



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Family Health Nurse

Ein Konzept der WHO und seine Implementierbarkeit in die österreichische,
gemeindenahe Pflege am Beispiel Kärntens

Verfasserin

Alexandra Lugger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.- Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD.

Danksagung

Ein großes Dankeschön an meinem Diplomarbeitsbetreuer Univ.- Doz. Dr. Vlastimil KOZON, PhD., für die Begleitung meiner Arbeit und seine fachliche Unterstützung.

Ein ganz besonderer Dank gilt auch den PflegeexpertInnen, die bereit waren ihr Wissen und ihre Erfahrungen in diversen Interviews mit mir zu teilen. Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, das Interesse und die Offenheit die sie mir entgegengebracht haben, sie haben einen wesentlichen Beitrag zu dieser Arbeit geliefert.

Schließlich möchte ich meiner Familie für die fortwährende Unterstützung und Inspiration danken. Danke, Eduard und Johanna für Euer Verständnis, eure Geduld und Liebe, die ihr mir in diesen Jahren immer wieder entgegengebracht habt. Ihr bereichert mein Leben auf so unbeschreiblich vielfältige Weise.

Ebenso ein Dankeschön an meine Eltern, die immer an meine Fähigkeiten geglaubt und mir so Vieles ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung / Summary	1
1. Theoretischer Teil	2
1.1. Einführung in die Thematik.....	2
1.2. Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit	4
1.3. Aufbau der Arbeit.....	4
1.4. Methodik.....	6
2. Familie - Eine Begriffsdefinition.....	7
2.1. Die Familie	7
2.1.1. Der Familienbegriff aus soziologischer Sicht	8
2.1.2. Der Familienbegriff aus rechtlicher Sicht	8
2.1.3. Der Familienbegriff aus genealogischer Sicht	9
2.1.4. Der Familienbegriff aus theologischer Sicht.....	9
2.1.5. Der Familienbegriff aus psychologischer Sicht	9
2.1.6. Der Familienbegriff aus pflegewissenschaftlicher Sicht.....	10
2.2. Die Familie - eine Ressource in der Betreuung und Pflege von Menschen zu Hause.....	13
2.3. Schulung von Pflegenden	13
3. Begriffserklärung „Family Health Nursing“ und „Community Health Nursing“	15
3.1. Family Nursing	15
3.1.1. Ansatz von Wright & Leahey.....	16
3.1.2. Ansatz von Friedemann.....	17
3.1.3. Ansatz von Friedman	17
3.2. Community-based Nursing.....	20
3.3. Community Health Nursing	20
3.4. Family Health Nursing	21
4. Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich.....	23
4.1. Definitionen von Gesundheit.....	23
4.2. Differenzierung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention	24
4.2.1. Gesundheitsförderung	25
4.2.2. Prävention.....	25
4.3. Das österreichische Gesundheitsförderungsgesetz.....	27

4.4. Familiengesundheit.....	27
5. Family Health Nurse - Ein Konzept stellt sich vor	29
5.1. „Gesundheit 21“	29
5.1.1 Ziel 18	31
5.2. Das WHO Konzept der Family Health Nurse	32
5.2.1. Aufgabenprofil der Family Health Nurse.....	33
5.2.2. Hauptinterventionsformen der Family Health Nurse	36
5.2.3. Die Zielgruppe der Family Health Nurse	39
5.3. Curriculare Anforderungen zum Family Health Nurse Konzept	39
6. Implementierung der Familiengesundheitspflegefachkraft oder - hebamme (FGP/FGH).....	43
6.1. Familiengesundheitspflege in Deutschland.....	43
6.1.1. Projektdesign und Konsensphase	43
6.1.2. Implementierungs- und Machbarkeitsphase.....	45
6.2. Slowenien	45
6.2.1. Das Patronage - System.....	46
6.2.2. Umsetzung des WHO Konzeptes in Slowenien	46
6.3. Das Curriculum der Familiengesundheitspflege in Österreich	47
6.3.1. Ausbildung zur FamiliengesundheitspflegerIn/-hebamme	47
7. Die mobile Pflege in Österreich	51
7.1. Aspekte der Hauskrankenpflege in Österreich.....	51
7.1.1. Ausbildung	52
7.2. Demografie	52
7.2.1. Gesamteinschätzung.....	53
7.2.2. Begriffsbestimmungen	54
7.2.3. Hauskrankenpflege in Österreich	55
7.3. Mobile Pflegelandschaft in Kärnten	57
7.3.1. Demografie.....	57
7.3.2. Mobile Pflege in Kärnten	59
8. Empirischer Teil.....	62
8.1. Grundprinzipien der qualitativen Forschung.....	62
8.1.1. Gütekriterien qualitativer Forschung	63
8.1.2. Forschungsethische Prinzipien.....	64
8.1.3. Fragenstellung und Ziel der Arbeit	64
8.2. Datenerhebung.....	65

8.2.1.	Das ExpertInneninterview	65
8.2.2.	Interviewleitfaden.....	66
8.3.	Auswahl der ExpertInnen	68
8.3.1.	Durchführung und Verlauf der Erhebung	69
8.4.	Datenauswertung	70
8.4.1.	Zusammenfassende qualitative Interviewanalyse nach Mayring.....	70
9.	Ergebnisse der Interviewanalyse	74
9.1.	Rollen des/der Familiengesundheitspflegers/in	74
9.1.1.	Die FHN als Vertreterin der Familie.....	74
9.1.2.	Die FHN als KoordinatorIn.....	76
9.1.3.	Die Family Health Nurse als SchnittstellenmanagerIn	77
9.1.4.	Die Family Health Nurse als InitiatorIn auf Gemeindeebene	79
9.1.5.	Die Family Health Nurse als neutrale Stelle	81
9.2.	Ausbildung der Family Health Nurse.....	82
9.3.	Ansiedlung der Family Health Nurse	83
9.4.	Zielgruppen der Family Health Nurse.....	84
9.5.	Gesundheitsförderung ein Schwerpunkt der Ausbildung der Family Health Nurse.....	86
9.6.	Berührungspunkte und Konflikte mit anderen Berufsgruppen	89
9.7.	Vorteile der Implementierung	90
9.8.	Situation in Österreich.....	92
9.8.1.	Situation in Kärnten im Vergleich mit Wien	92
9.8.2.	Unterschiede zwischen stationärer und extramuraler Pflegebereich.....	93
9.8.3.	Szenarien für die Umsetzung in Österreich.....	93
9.9.	Finanzierung	95
9.10.	Die Bedeutung der Familie	97
10.	Diskussion	101
1.	Literaturverzeichnis.....	105
	Curriculum Vitae	113

0. Zusammenfassung / Summary

Der/die FamiliengesundheitspflegerIn¹ – Ein Konzept der WHO und seine Implementierbarkeit in die österreichische gemeindenähe Gesundheitsversorgung, am Beispiel Kärntens.

Die vorliegende Arbeit untersucht beispielhaft die Voraussetzungen für eine Implementierung des Konzeptes der *Family Health Nurse (FHN)* in das bestehende österreichische mobile Pflege- und Betreuungssystem am Beispiel Kärntens.

Dabei wird das Konzept der *Family Health Nurse* detailliert dargestellt, und auf Basis der Ergebnisse von ExpertInneninterviews (n=8) und des theoretischen Rahmens eine Empfehlung für die Implementierung des Konzeptes der *Family Health Nurse* erarbeitet.

Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews werden in folgende Themenkomplexe unterteilt: Ansiedlung, Rolle bzw. Aufgaben der *Family Health Nurse*; derzeitige Rahmenbedingungen hinsichtlich einer Implementierung; Probleme hinsichtlich einer Einführung, Kooperationspartner und Ausbildung der Familiengesundheitspflegepersonen sowie die vorgesehenen Zielgruppen des Konzeptes.

Eine Einführung des Konzeptes der *Family Health Nurse* ist an bestimmte Rahmenbedingungen geknüpft. Für die Implementierung muss es eine klar definierte Matrix geben, diese soll beinhalten a) gesetzliche Festlegungen der FHN b) Ausbildung und Curriculum österreichweit und standardisiert c) Finanzierbarkeit d) klare Definition der Schnittstellen und der Aufgaben e) definierter Zeitplan für die Einführung und Umsetzung;

The *Family Health Nurse* - A concept of the WHO and its implementation in the Austrian home care, at the example of Carinthia.

The present study investigate the conditions for the implementation of the concept of the *Family Health Nurse (FHN)* in the existing Austrian mobile care and welfare system in the province of Carinthia. The concept of the *Family Health Nurse* is presented in detail, based on the results of expert interviews (n = 8) and the theoretical framework and giving a recommendation for the implementation of the concept *Family Health Nursing*.

The results of the expert interviews are divided into the following issues:

Establishment, role and responsibilities of the *Family Health Nurse*, current conditions and problems in terms of implementation; cooperative partners and training of *Family Health Nurses* and the intended target group of the concept.

An introduction of the concept of the *Family Health Nurse* is linked to certain conditions. For the implementation a clearly defined matrix has to exist including the following a) statutory provisions of the FHN b) standardized training and curriculum for total Austria c) affordability d) clear definition of the interfaces and their responsibilities e) defined timetable for the introduction;

¹ In dieser Arbeit werden sowohl der Begriff *Family Health Nurse (FHN)* als auch die deutsche Version FamiliengesundheitspflegerIn verwendet.

1. Theoretischer Teil

Die Themenfindung zur Diplomarbeit hat sich im Zuge eines Seminars bei Frau Mag.^a Monika Wild ergeben. Die Schwerpunktsetzung lag dabei bei der familien- und gemeindena-hen Betreuung von pflegenden Angehörigen. Auch ein Seminar mit Herrn Prof. Dr. Wilfried Schnepf, der sehr eindrucksvoll das Thema Familie immer wieder in seinen Vor-trägen be-handelte, weckte mein Interesse für diese Thematik. Die Entscheidung Interviews auch mit Kärntner PflegeexpertInnen durchzuführen ergab sich daraus, dass ich meinen Lebensmittelpunkt in Kärnten habe und es mir ein Anliegen ist, dieses Thema auch in dieser Region in den Fokus zu rücken und zu hinterfragen.

1.1. Einführung in die Thematik

Meine Arbeit baut auf dem Konzept der „*Family Health Nurse*“² auf, das die ganze Familie als Einheit betrachtet (vgl. Gehring, 2001, 11-13).

Den Interaktionen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern, oder zwischen der Familie und deren Umfeld, werden durch dieses Konzept besondere Aufmerksamkeit zuteil.

In Gesprächen mit pflegenden Angehörigen habe ich schon des Öfteren den Grundtenor vernommen, dass sie sich eine bessere strukturierte mobile Pflege wünschen, eine Pflege welche die Menschen dort abholt, wo sie stehen.

Betrachtet man die aktuelle Situation der mobilen Pflege, so findet sich kaum Platz für eine intensive Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Sorgen der pflegenden Angehörigen, denn die Person die gepflegt wird steht im Mittelpunkt. Dabei wäre es so wichtig auch gezielte präventive Maßnahmen bei den Familienmitgliedern der betreuten Personen zu setzen. Fast 80% der Pflegebedürftigen werden in Österreich zu Hause von engagierten Angehörigen versorgt. Sie sind eine unentbehrliche Ressource, die es zu erhalten und vor allem zu stärken gilt (vgl. Wild, 2006, 20).

Um die Pflegenden im mobilen Bereich zu unterstützen und eine Verbesserung der Familien-gesundheit zu erzielen, ist es erforderlich klare Konzepte zu finden bzw. zu integrieren und bestehende Konzepte auszubauen (vgl. McHugh, 2000, 147).

² *Family Health Nurse* wird im Verlauf dieser Arbeit auch mit FHN abgekürzt.

In Österreich wird der Bedarf an professionell zu leistender Pflege in den nächsten Jahren zunehmen, vor allem der häusliche Pflege- und Betreuungsbedarf unserer Bevölkerung nimmt stetig zu.

Aus diesem Grund wurden von der WHO Überlegungen angestellt, auf welche Weise man die beruflichen Potentiale des Pflegeberufes voll ausschöpfen könnte, um die Gesundheit aller Bevölkerungsgruppen mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln zu fördern und zu optimieren (vgl. Mörgelin, 2000, 138). Der Grundgedanke dabei ist die Stärkung der Familie als die wichtigste gesellschaftliche Einheit, in welcher Gesundheit gefördert werden kann (vgl. Mörgelin, 2000, 139).

Die WHO empfiehlt in diesem Zusammenhang die Umsetzung des Konzeptes der „*Family Health Nurse*“ (FHN). Der Schwerpunkt dieser Pflegefachkraft setzt in der primären Gesundheitsversorgung an, wobei sie ein Dienstleistungsspektrum von der Pflege über Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Beratung und Koordination, Public-Health-Aufgaben und Gesundheitsbedarfsermittlung abdecken soll (vgl. Achenbach, 2000, 4).

Dabei soll die FHN keineswegs einen neuen Beruf im Bereich der Pflege benennen, sondern vielmehr eine Erweiterung der bestehenden Rolle der Pflegenden beschreiben, die eine besondere Qualifizierung, neue Kompetenzen und Dienstleistungen verlangt (vgl. Achenbach, 2000, 5).

Auch in Österreich wird seit etlichen Jahren über Reformen des Gesundheitssystems diskutiert. Dabei geht es vor allem darum sogenannte sozial schwache Bevölkerungsgruppen, die aufgrund hoher Barrieren kaum Zugang zum Gesundheitssystem finden, durch niederschwellige und aufsuchende Angebote der FHN zu erreichen. Mit dem Konzept der FHN könnten so gesundheitsförderliche Maßnahmen initiiert werden, die eine Früherkennung von Krankheiten und krankheitsbeeinflussenden Faktoren ermöglichen würden.

Auch chronisch Kranke könnten von der Arbeit der FHN profitieren, indem diese die PatientInnen³ berät, Versorgungsengpässe abfängt und individuelle Betreuungskonzepte anbietet (vgl. Hackl, 2007, 14).

³ Der Begriff „Patient“ wird in der Pflege bevorzugt verwendet. Er leitet sich ab vom lat. pati: (er)dulden, leiden. Der Terminus „Patient“ spiegelt ein hierarchisches Abhängigkeitsverhältnis zwischen Behandelten und Behandelnden, welches die Rolle des Betroffenen prägt (vgl. Achenbach, 2001, 4).

Die Unterstützung, Beratung und Anleitung von pflegenden Angehörigen wird in Zukunft eine immer größere Rolle spielen. Sie stellen eine Ressource dar, die es unbedingt zu erhalten gilt. Man kann davon ausgehen, dass durch gezielt eingesetzte Gesundheitsförderung und den Fokus auf die primäre Prävention, gerade im mobilen Pflege- und Betreuungssektor, Ressourcen eingespart werden können. Es könnten so teure Behandlungen vermieden, zumindest aber hinausgezögert werden (vgl. Schaeffer und Ewers, 2006, 197-203).

Intention dieser Arbeit ist es durch das Konzept der FHN einen alternativen Pflegeansatz für die mobilen Pflege- und Betreuungsbereiche aufzuzeigen, sowie konkrete Maßnahmen für eine Implementierung dieses Konzeptes darzustellen.

1.2. Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit widmet sich dem Konzept der „*Family Health Nurse*“ und versucht mit Hilfe von ExpertInneninterviews einen Einblick in die momentane Situation der mobilen Pflege in Österreich zu verschaffen, wobei die zentrale Frage der Implementierbarkeit dieses Konzeptes im Vordergrund steht.

Die leitende Fragestellung, die mit der zugrundeliegenden Literatur und den anschließenden ExpertInneninterviews lautet:

Ist das Konzept der Family Health Nurse wie es die WHO empfiehlt in den mobilen Pflege- und Betreuungsbereich in Österreich/Kärnten aus der Sicht von PflegeexpertInnen integrierbar und welche Voraussetzungen werden dafür gebraucht?

Daraus lassen sich in weiterer Folge folgende Forschungsfragen ableiten.

1. In welcher Form wird die Familie als Zielgruppe der Pflege in Österreich (Kärnten) bereits berücksichtigt?
2. Welche Ansätze der familienorientierten Pflege sind in Österreich (Kärnten) schon erkennbar bzw. implementiert?

1.3. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen. Nach einer Einführung in die Thematik folgen die Formulierung der Forschungsfrage und die Aufklärung über die Zielsetzung dieser Arbeit.

Im folgenden Kapitel 2 werden die verschiedenen Familienbegriffe geklärt und die pflege-wissenschaftliche Relevanz dieser Thematik ausgearbeitet.

Es folgt in Kapitel 3 eine Einführung in die Grundlagen der familienbezogenen Pflege mit anschließender Gegenüberstellung der Konzepte „*community health nursing*“ und „*family health nursing*“.

In Kapitel 4 werden Begriffe wie Prävention und Gesundheitsförderung erörtert. Aufbauend darauf wird im nächsten Kapitel 5 das Konzept der FHN der WHO, seine Entwicklung, die „*Gesundheit 21*“, die Aufgabenfelder und die Ausbildung zur FHN vorgestellt.

In Kapitel 6 erfolgt die Auseinandersetzung mit dem Pilotprojekt in Deutschland, woraus wichtige Erkenntnisse und mögliche Hürden für die Implementierung dieses Konzeptes in Österreich aufgezeigt werden. Weiters wird in diesem Kapitel das Patronar System in Slo-wenien vorgestellt, das dem Konzept der „Family Health Nurse“ ähnelt.

Kapitel 7 gewährt einen Einblick in die österreichische, kärntenweite mobile Pflege- und Betreuungslandschaft.

Kapitel 8 stellt den Forschungsprozess genau dar. Die Forschungsfrage, das Forschungsdesign und der Verlauf der Datenerhebung werden erläutert. Anhand qualitativer Interviews, die mit Experten und ExpertInnen aus ausgewählten Organisationen in Wien und Kärnten durchgeführt wurden, soll gezeigt werden, ob ein Bedarf an dem Konzept der „*Family Health Nurse*“ besteht.

Danach werden die Forschungsergebnisse, die sich aus der vorangehenden Datenanalyse ergeben diskutiert.

Im letzten Kapitel 10 erfolgt eine Schlussbetrachtung der Arbeit und darauf aufbauend werden Empfehlungen für die Umsetzung des Konzepts der „*Family Health Nurse*“ gegeben.

1.4. Methodik

Für die Literaturanalyse im ersten Teil der Diplomarbeit erfolgte eine Recherche in den verschiedensten einschlägigen deutsch- und englischsprachigen Medien.

Fachpublikationen wurden in nationalen und internationalen pflegerelevanten Datenbanken sowie in heimischen Bibliotheken (Hauptuniversität Wien, Bibliothek des Rudolfinerhauses, Medizinische Bibliothek am AKH Wien, Nationalbibliothek, Psychologische Bibliothek, Bibliothek der Soziologie, etc.) gesucht und analysiert.

Zusätzlich zur Literaturanalyse werden im zweiten Teil der Arbeit FachexpertInnen zu Wort kommen, die in Interviews befragt werden und mit den gewonnenen Daten wird eine qualitative zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Die Untersuchungsergebnisse werden in Kapitel 10 diskutiert, reflektiert und kritisch beleuchtet.

2. Familie - Eine Begriffsdefinition

Dieses Kapitel befasst sich ausführlich mit der Erörterung des Familienbegriffes und gibt Einblick in unterschiedliche Herangehensweisen verschiedener Disziplinen. Abschließend wird veranschaulicht, welchen hohen Stellenwert die Ressource Familie in der Betreuung und Pflege von Menschen hat.

2.1. Die Familie

Die Familie kann auf ganz unterschiedliche Arten definiert werden.

Davon geht auch Harmon Hanson aus (2005, 6):

“There is no generally agreed-upon definition of family. Family is a word that conjures up different images for every individual and group, and the word has evolved in its meaning over time”.

Natürlich haben sich die verschiedensten Wissenschaften damit auseinandergesetzt und versucht einen möglichst wertungsfreien Familienbegriff für ihre Disziplin zu definieren. Dementsprechend haben sich über die Zeit Unterschiede in den verschiedenen Definitionen herauskristallisiert. So wird sich natürlich eine Definition von Familie in der Pflegewissenschaft von einer Familiendefinition in der Rechtswissenschaft oder Psychologie unterscheiden.

Auch im österreichischen Familienbericht (1999, 24) wird die Familie als alltägliches Sozialgebilde beschrieben, das uns alle umgibt. Jeder Einzelne von uns kennt Familie und ist selbst Teil einer, wie immer im konkreten gearteten, Familie.

Von der wissenschaftlichen Sicht aus spielt es natürlich eine Rolle für welchen Zeitraum, gesellschaftlichen und ethischen Rahmen man Begrifflichkeiten festlegen will. Jeder bringt natürlich eigene Erfahrungen mit, die er/sie mit dem Begriff der Familie verbindet, und diese fließen auch in die Definition mit ein (vgl. Beham & Schramm, 1995, 37). Laut Werneck (2000, 9) ist es erforderlich den Familienbegriff von anderen Wissenschaften abzugrenzen, um ihn für die eigene definieren zu können.

2.1.1. Der Familienbegriff aus soziologischer Sicht

In der Soziologie nimmt die Familie als soziale Gruppe einen zentralen Stellenwert ein. Die Familie ist der Bereich unserer Gesellschaft in der wir unsere ersten soziologischen Erfahrungen sammeln können. Hier wächst das Individuum heran und wird durch die ersten Abschnitte seiner Sozialisation in seiner emotionalen Entwicklung geformt. Die erste Aufgabe einer Familie liegt also eindeutig in der Sozialisierung der Nachkommen. Allgemein wird die Familie als kleinste Einheit unserer Gesellschaft gesehen. Daraus folgt aus sozialwissenschaftlicher Sicht, dass jede weitere inhaltliche Betrachtung der Familie gesamtgesellschaftliche Faktoren, welche die Familiendynamik beeinflussen, berücksichtigen (vgl. Köhlen, 2003, 67).

Natürlich unterliegen die Familienformen auch einem historischen Wandel. Und obwohl das klassische Familienbild (Vater, Mutter, Kind) heute immer noch eine zentrale Rolle einnimmt, finden sich zahlreiche Familienformen, die davon abweichen.

Wie z. B.:

- Familien mit Alleinerziehenden und Kindern
- Patchworkfamilien
- Familien aus anderen Kulturkreisen mit traditionellen Familienformen
- Wohn- und Lebensgemeinschaften jeglicher Art
- Familien mit gleichgeschlechtlichen Elternteilen
- Familien ohne Kinder

Familienzugehörigkeit wird nicht mehr darüber definiert ob man Teil eines Haushaltes ist. Familie existiert auch unabhängig von Partnerschaft in den unterschiedlichsten Formen (vgl. Österreichischer Familienbericht, 1999, 28; Friedmann, 1996, 71-101). Die Menschen selbst definieren für sich, was Familie ist. Somit wird aus soziologischer Sicht ein möglichst offener Familienbegriff angestrebt.

2.1.2. Der Familienbegriff aus rechtlicher Sicht

Der Begriff der Familie ist im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch definiert. Nach § 40 ABGB wird unter dem Begriff der Familie die Stammeltern und all ihre Nachkommen verstanden (vgl. Schneewind, 1999, 19).

Die Familie setzt sich somit aus allen Personen zusammen, deren Verbindung auf einer Ehe oder einer Blutverwandtschaft beruht, letzteres kann beispielsweise aufgrund einer Adoption nachgebildet werden (vgl. Koziol, 2001, 400).

2.1.3. Der Familienbegriff aus genealogischer⁴ Sicht

Bei diesem Familienbegriff wird die Familie durch das Verwandtschaftsprinzip definiert. Hier werden nicht nur Blutsverwandte, sondern auch Verschwägte zur Familie gezählt. Dieser Familienbegriff ist einerseits weiter gefasst als der oben beschriebene rechtliche Familienbegriff, andererseits ergibt sich auch eine Abgrenzung gegenüber vielen familienähnlichen Lebensformen. Ein Stiefvater oder ein Adoptivkind würden beispielsweise nicht zur Familie gezählt werden (Schneewind, 1999 zit. n. Werneck-Rohrer, 2000, 9).

2.1.4. Der Familienbegriff aus theologischer Sicht

In der Religion stellt die Familie die älteste Religionsgemeinschaft dar. Der Vater übt kultische Funktionen aus. Die Bindung in der Familie entsteht durch die Blutsverwandtschaft und den gemeinsamen Besitz übernatürlicher Kräfte. Das Individuum wird nur als Glied der Familie gesehen (vgl. Brockhaus, 1968, 235).

2.1.5. Der Familienbegriff aus psychologischer Sicht

Der psychologische Familienbegriff wurde vor allem von Schneewind geprägt.

Als wichtigstes Merkmal der Familie im psychologischen Sinne nennt Schneewind (1999, 29) das Prinzip des „*gemeinschaftlichen Lebensvollzugs*“. Allerdings wird dieses Prinzip auch durch andere Gruppen (Arbeits-, Sport- und Freizeitgruppen) erreicht. Als weiteres Kennzeichen nennt Schneewind den hohen Grad an „*interpersoneller Involviertheit*“.

Liebe und Streit sind zum Beispiel ein Zeichen für „*interpersonelle Involviertheit*“, ist diese gegeben, so ist auch zugleich die wichtigste Voraussetzung für die Familie als „*intimes Beziehungssystem*“ gegeben.

Daneben müssen noch vier weitere Kriterien erfüllt sein (vgl. Werneck, 2000, 10):

- 1. Nähe:** Diese wird hier definiert als physische, geistige und emotionale Nähe.
- 2. Abgrenzung:** Das Leben einer Familie ist sowohl räumlich als auch zeitlich von dem anderer abgegrenzt.

⁴ Genealogie: früher im Deutschen auch oft als Sippenforschung bezeichnet (Duden)

3. Privatheit: Nur in einem klar umgrenzten Lebensraum ist eine intime, interpersonelle Beziehung der Familienmitglieder möglich.

4. Dauerhaftigkeit: Das Ziel einer Familie ist die längerfristige Gemeinsamkeit durch wechselseitige Bindung, Verbindung und Zielorientiertheit.

Ausgehend von der Entwicklung des Begriffs der Familie und der Entwicklung der traditionell bürgerlichen Kernfamilie zu weiter gefassten Familienbegriffen wird erkannt, dass eine eindeutige Definition der Familie nicht leicht ist.

Die Definition der Familie ist einerseits davon abhängig, welche Wissenschaft sich mit der Familie beschäftigt, andererseits auch davon, in welcher Zeit und unter welchen wissenschaftlichen und kulturellen Bedingungen die Familie definiert wird. Auch persönliche Erfahrungen mit der eigenen Familie spielen eine Rolle. Es stellt sich die Frage, wie sinnvoll es überhaupt ist, die Familie absolut definieren zu wollen.

Dass eine Familie ein „intimes Beziehungssystem“ ist und durch „*interpersonelle Involviertheit*“ gekennzeichnet ist, mag in den meisten Fällen stimmen, trifft dies jedoch auf alle Familien zu?

Wer zur Familie zählt, hängt erstens davon ab, ob er bzw. sie sich „*vom Gefühl her*“, als emotional dazugehörig erlebt. Zweitens erscheint es wichtig, ob er bzw. sie auch von anderen Mitgliedern der Familie emotionell als dazugehörig betrachtet werden. Der Deckungsbereich stellt dann wahrscheinlich die „*Realität der Familie*“ dar (vgl. Werneck, 2000, 14).

2.1.6. Der Familienbegriff aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Für Köhlen (2003, 68) ist der Begriff der „*Familie*“ innerhalb der Pflegewissenschaft vor allem für die Bereiche Family Nursing (familienorientierte Pflege) und (Family Health) Familiengesundheit relevant. Stuart (1991, 31) unterscheidet auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Literatur fünf Kernmerkmale der Familie:

- „*The family is a system or a unit*“. Dazu meint Köhlen (2003, 68), dass die Familie ein soziales System oder eine soziale Einheit darstellt, das sich/die sich durch seine Mitglieder selbst definiert. Die Familie stellt kein konstantes System dar.
- „*There is commitment and attachment among family members that includes future obligation*“. Sowohl die Bindung, als auch die Verpflichtung haben sich in einem gewissen Zeitraum entwickelt und daraus folgt, dass es für das System bzw. die Einheit eine Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft gibt (vgl. Köhlen 2003, 68).

- **„The family care giving functions consist of protection, nourishment and socialisation of its members”.** Die familiäre Pflegefunktion beinhaltet Schutz, Ernährung und Sozialisation der Mitglieder.
- **„Its members may or may not be related and may or may not live together”.** Die Mitglieder einer Familie sind oder sind nicht durch Geburt, Adoption oder Heirat miteinander verwandt. Sie leben nicht zwingend unter einem Dach.
- **„The unit may or may not contain children”.** Die Kernfamilie war bis vor kurzem eine Variante, die in der Pflegewissenschaft von ForscherInnen für ihre Studien herangezogen wurde. Mittlerweile kommt man aber immer mehr davon ab, da die traditionelle Kernfamilie, weitläufigere Verwandte, unverheiratete Paare, homosexuelle Partnerschaften etc. ausschließt.

Daraus resultiert die Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit kontextspezifische Phänomene darstellen, die immer im Zusammenhang mit dem Umfeld des Individuums zu sehen sind. Die symbiotische Beziehung, die das Individuum und sein Umfeld miteinander eingehen, bedarf seitens der Pflege einer individuellen Betrachtungsweise um die Ressourcen, die jede Familie zu bieten hat, erkennen und nützen zu können (vgl. Friedemann, 1996, 28-31; Friedmann, 1996, 71).

Die *“International Classification for Nursing Practice”* (ICNP) definiert Familie folgendermaßen:

„An assemblage of human beings seen as a social unit or collective whole composed of members connected through blood, kinship, emotional or legal relationships, including significant others. The social unit constituted by the family as a whole is seen as something in addition to the individuals and their relationships of blood, kinship, emotional or legal relationships, including significant others, making up the parts of the group” (ICN 2001, 7).

Laut dieser Definition ist also eine Blutsverwandtschaft nicht zwingend um als Familie zu gelten, es zählen auch jene zu einer Familie, die sich emotional mit einer Gruppe von Menschen verbunden fühlen. Dies unterscheidet sich schon sichtlich von älteren Definitionen, die Familie als reine Kernfamilie identifizierten.

Friedemann (1996, 31), eine wichtige Vertreterin in der pflegewissenschaftlichen Forschung und Entwicklerin des Modells des systemischen Gleichgewichts, stellt folgende Propositionen zum Konzept der Familie auf:

1. *„Die Familie, eingebettet in der Zivilisation, ist damit bemüht, Kultur an die nächste Generation zu überliefern. Dies betrifft die grundlegenden Werte und Lebensmuster.*
2. *Die Familie und die Subsysteme in der Gemeinde und in der weiteren Umwelt teilen die Verantwortung für Lebensraum, Sicherheit, Fortpflanzung, Erziehung und soziale Verhaltensregeln.*
3. *Die Familie unterstützt die persönliche Entwicklung der Angehörigen und gewährt ihnen Zugehörigkeit durch emotionale Bindung. Sie gibt ihnen Halt bei der Suche nach einem Lebensziel durch die Übermittlung einer Lebensanschauung und spirituellen Ritualen.*
4. *Die Familie befriedigt das Bedürfnis nach Regulation/Kontrolle der Angehörigen, indem sie von ihnen Mitarbeit, Mitbestimmung und Verantwortung für die Familienangehörigen erwartet. Durch diese Aufgaben fühlen sich die Angehörigen bestätigt.*
5. *Familienprozesse sind ein gegenseitig akzeptiertes Kollektivverhalten, das unter den vorhandenen Grundbedingungen von Zeit, Raum, Energie und Materie die Ziele von Stabilität, Wachstum Regulation/Kontrolle und Spiritualität anstrebt“ (Friedemann 1996, 30).*

Die Familie steht laut Friedemann (1996, 31) in einer ständigen Wechselbeziehung mit der Umwelt und stellt ein System dar, das verschiedene Subsysteme beherbergt. Bestimmte Familienmitglieder schließen sich zu interpersonellen Subsystemen zusammen, um bestimmte Aufgaben zu lösen. Dabei bekommt jeder Angehörige eine definierte Rolle zugeschrieben.

Für Friedemann sind Familienmitglieder jene Menschen mit denen sich die Person verbunden fühlt, zu denen sie in irgendeiner Form eine emotionale Bindung hegt. Während sich also bei Friedemann ein Mensch zu einer Familie zählen kann, wenn er sich mit einem Familienmitglied auf emotionaler Ebene verbunden fühlt, definieren Wright und Leahey (1994, 40) den Begriff der Familie so:

„The family is who they say they are“

Diese Definition lässt viel Spielraum für jeden einzelnen, denn letztendlich bestimmen alle Menschen selbst, jenseits der verschiedenen Ansätze der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen, wen sie als Mitglied ihrer Familie bezeichnen und wen sie in ihre Privatsphäre hineinlassen. Abschließend bleibt für diesen Teil der Arbeit festzuhalten, dass die Familie eine Ressource darstellt, ein Fundament auf dem unsere Gesellschaft aufbaut. In ihr leben

Menschen deren Entscheidungen, Verhalten und Gewohnheiten einen Einfluss auf jedes einzelne Mitglied haben.

2.2. Die Familie - eine Ressource in der Betreuung und Pflege von Menschen zu Hause

Die Familie hat einen immensen Einfluss auf die Gewohnheiten und das Verhalten eines Menschen.

Für Stuart (1991, 32-40) müssen Familien, wenn ein Familienmitglied erkrankt, ihre Ressourcen aktivieren um die Betreuung und Versorgung für das betroffene Individuum zu gewährleisten. Das sensible Gleichgewicht der Familie kommt in solchen Situationen oft ins Wanken. Um es aufrechtzuerhalten, bedarf es für die Betroffenen an Hilfe von außen (z. B. gemeindenahe Pflegeangebote).

Gesundheitspolitische Bemühungen zielen zukünftig immer mehr auf pflegende Angehörige ab, die durch die Pflege ihrer Familienmitglieder oft an ihrer gesundheitlichen Grenzen gehen müssen. Aus gesundheitsökonomischer Sicht ist es ratsam diese große Ressource der familiären Pflege zu unterstützen und das Potential, das in ihr steckt, zu erkennen. Hier sind es wiederum die professionell Pflegenden des mobilen Betreuungs- und Pflegebereiches, die durch ihren engen Kontakt mit den Familien einen Vertrauensvorschluss in unserer Gesellschaft genießen. Dies erleichtert natürlich den Zugang zu den Familien und verschafft den professionell Pflegenden einen Einblick in die alltäglichen Abläufe und Probleme der zu Betreuenden und deren Angehörigen. Es ist wichtig, die Angehörigen in den Heilungsprozess zu integrieren, da sie es sind, die eine Beziehung mit dem Erkrankten führen (vgl. Horn, 2002, 14).

2.3. Schulung von Pflegenden

Hanson et al. (2005, 4) empfiehlt, dass professionell Pflegende über eine familienorientierte Arbeitsweise wie sie dem FHN Konzept der WHO zugrunde liegt, unterrichtet werden sollten. Denn jede/r einzelne bringe Erfahrungen und Erlebnisse aus ihrer/seiner eigenen Familie mit und sei in einem Wertesystem aufgewachsen, wodurch er/sie verleitet werden kann, ihre/seine erlernten Werte an andere weiterzugeben.

Damit verbleibe laut Hanson et al. (2005, 4) kein Raum für objektives Handeln, deshalb sei es hilfreich, wenn professionell Pflegende über Familienstrukturen, -theorien und -prozesse Bescheid wissen und so Familien und ihre Gesundheit unterstützen können.

Weiters werden im mobilen Pflegebereich die Erbringer von Gesundheitsleistungen vermehrt mit psychologischen und sozialen Aspekten der Erkrankungen ihrer Patienten konfrontiert. Hier sieht die WHO (1999, 147) ein großes Potential in der „*primären Gesundheitsversorgung*“ (siehe Kapitel 4) der Patienten. Deshalb wird von dieser Stelle empfohlen, dass Pflegende vermehrt geschult werden sollten, die Lebensumstände ihrer Patienten zu analysieren und somit mögliche Faktoren zu erkennen, die einen Einfluss auf die Erkrankung haben können.

Auf diese Weise könnten Symptome richtig erkannt und Krankheiten frühzeitig behandelt werden, womit unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen verhindert und gespart werden könnten (vgl. WHO, 1999, 147).

3. Begriffserklärung „Family Health Nursing“ und „Community Health Nursing“

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Konzepte „*Community Health Nursing*“ und „*Family Health Nursing*“ und zeigt deren Einbettung bzw. Bezugspunkte zur familienorientierten Pflege.

3.1. Family Nursing

Auch hier stößt man wie bei der Definition von Familie auf keine konformen Übereinstimmungen darin, was Family Nursing ausmacht. Soviel ist sicher, es stellt einen speziellen Bereich der Pflege dar.

Ins Deutsche kann „*Family Nursing*“ mit familienorientierter, familienzentrierter oder familienbezogener Pflege übersetzt werden (vgl. Köhlen, 2003, 70).

Dabei ist zu beachten, dass „*Family Nursing*“ nichts mit dem Begriff der Familienpflege, welche in der Bundesrepublik Deutschland seit über 50 Jahren eine eigenständige Ausbildung für Tätigkeiten in der mobilen Versorgung von Haushalten darstellt, zu tun hat (vgl. Köhlen, 2003, 72).

Auch nicht zu verwechseln mit „*Family Health Nursing*“ (Familiengesundheitspflege), das Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen, bei dem Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Familien im häuslichen Umfeld im Vordergrund stehen. Das Konzept der Familiengesundheitspflege beruht auf einer Verknüpfung von Salutogenese und Systemtheorie⁵ (vgl. Köhlen, 2003, 81; Kühnert, 1996, 23; Psychrembl, 2007, 261).

Zur oben erwähnten „*familienbezogenen Pflege*“ existieren bereits internationale pflegewissenschaftliche Konzepte und Modelle, welche alle auf einer systemtheoretischen⁶ Grundlage basieren.

⁵ Die Systemtheorie geht davon aus, dass alles was komplex ist, von der kleinsten Zelle bis zum Universum, in Systeme geordnet ist. Soziale Systeme z. B. haben untergeordnete Systeme oder Subsysteme, deren kleinstes der einzelne Mensch ist. Menschen organisieren sich als soziale Systeme, wie Familien, Organisationen, Vereinigungen etc.

⁶ Mit dem Begriff „System“ ist an dieser Stelle eine Gruppe von Menschen gemeint, die sich als ein funktionales Ganzes im stetigen Austausch miteinander befinden. Der Mensch mit seinen Stärken und Schwächen existiert nicht für sich allein, er kommuniziert und interagiert laufend mit anderen Systemen (vgl. Wild, 2007, 20).

An der aktuellen Situation lässt sich ablesen, dass „*Family Nursing*“ in der Pflegepraxis, -bildung und schließlich auch in der Pflegeforschung immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Es existiert keine allgemein anerkannte Definition von „*Family Nursing*“, vielmehr gibt es neben dem Begriff „*Family Nursing*“ weitere Begriffe, die zum einen den Ansatz (u. a. „*Family focused*“, „*Family centered*“) und zum anderen Spezialgebiete der Pflege mit einem jeweils unterschiedlichen Schwerpunkt charakterisieren (u. a. „*Family centered Community Nursing*“ mit Blick auf die Gemeinde oder „*Family Health Care Nursing*“ mit Blick auf die Gesundheitsförderung) (vgl. Köhlen, 2003, 70).

„*Family Nursing*“ versteht sowohl die gesamte Familie als auch das einzelne Individuum als Pflegeempfänger bzw. Klient, dem gesundheitsfördernde Pflege zugestanden wird. Auf welchen Ebenen sich die Pflegenden dabei bewegt, ist sowohl abhängig vom jeweiligen Fokus der Pflege, als auch von den Bedürfnissen der Familie und des Individuums (vgl. Köhlen, 2003, 71; Kean zit. n. in Gehring, 2001, 48).

In der Literatur werden verschiedene Auffassungen vertreten und einige der bekanntesten Ansätze seien an dieser Stelle erwähnt.

3.1.1. Ansatz von Wright & Leahey

Wright & Leahey (1990) beschreiben zwei Ebenen bei der Pflege von Familien.

1. Ebene 1: „*Family Nursing*“

- Fokus auf dem Individuum mit der Familie als Kontext (individual foreground, family background)
- Fokus auf der Familie mit dem Individuum als Kontext (family foreground, individual background)

Wenn das Individuum im Vordergrund steht, dann legen Pflegenden den Fokus auf die (Krankheits-) Erfahrungen des Individuums im Kontext der Familie und fragt nach den Bedürfnissen und Erfahrungen des Klienten.

Liegt die Aufmerksamkeit bei der Familie, verschiebt sich der Ansatzpunkt der Pflegenden auf die Erfahrungen der Familienmitglieder mit einer bestimmten Erkrankung. Wobei hier auch die Bewältigungsstrategien und die kommunikativen Prozesse der Familie im Zusammenhang mit der Erkrankung von Interesse sind.

Die Pflegehandlungen richten sich hier auf eine Veränderung innerhalb des Familiensystems. Pflegehandlungen auf dieser Eben werden als Family Nursing verstanden.

2. Ebene 2: „*Family Systems Nursing*” bzw. „*Nursing of Families*”

Das gesamte Familiensystem als Bezugspunkt. Es werden sowohl die Familie als auch das Individuum in seiner Komplexität wahrgenommen. Hier geht es um die Veränderung des gesamten Systems. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Interaktion und Gegenseitigkeit in dem System Familie.

3.1.2. Ansatz von Friedemann

Ein weiterer Ansatz kommt aus dem nordamerikanischen Raum von Friedemann (1989, 27). Friedemann definiert drei Ebenen auf denen die Pflege der Familie ansetzen kann:

- Ebene 1: „*Individually focused Family Nursing*“
- Ebene 2: „*Interpersonal Family Nursing*”
- Ebene 3: „*Family Systems Nursing*”

Ebene 1: setzt beim Individuum an und die restlichen Familienmitglieder werden als Subsysteme definiert, die das Individuum unterstützen.

Ebene 2: das interpersonale System auf dieser Ebene kann aus zwei oder mehreren Individuen bestehen, der Ansatzpunkt der Pflege liegt hier auf der Kommunikationsebene. Hier gilt es, in der Interaktion mit den betreffenden Individuen familiäre Prozesse, wie Entscheidungsfindung, Rollendefinition oder emotionale Bindungen und ihre Auswirkungen mit Unterstützung der Pflegenden zu erkennen, zu klären und gegebenenfalls zu ändern (vgl. Friedemann 1989, 32).

Ein Beispiel für ein interpersonelles System ist die Mutter-Kind- Beziehung (Köhlen, 2003, 71).

Ebene 3: entspricht der Ebene 2 bei Wright & Leahey (1990), wobei bei Friedemann die Umgebung der Familie explizit Beachtung findet.

3.1.3. Ansatz von Friedman

Friedman (1998) unterscheidet folgende vier Ebenen:

- Ebene 1: Family as context
- Ebene 2: Family as Sum of Its Parts
- Ebene 3: Family Subsystem as Client
- Ebene 4: Family as Client

Ebene 1: Die Pflege ist auf das Individuum fokussiert und die Familie rückt in den Hintergrund.

Ebene 2: Die Familie wird als die Summe ihrer Mitglieder wahrgenommen. Dieses Verständnis entspricht laut Köhlen (2003, 72) nicht dem systemischen Gedanken, weil in diesem Fall die Familie nicht in ihrer Gesamtheit gesehen wird.

Friedman (1998) schreibt, dass dieses Konzept vor allem bei der Familienprimärpflege „*Family Primary Care*“ und in der Gemeindegesundheitspflege „*Community Health Nursing*“ Anwendung findet. Geht man nach Köhlen (2003, 72), so handelt es sich in diesem Fall nicht um „*Family Nursing*“ sondern Einzelpflege.

Ebene 3: Familien-Subsysteme als Klienten entsprechen dem Konzept „*interpersonal family nursing*“ von Friedemann (1989). Die Pflege ist auf familiäre Dyaden oder Triaden ausgerichtet wie z. B.: Mutter-Kind-Beziehung, Eltern-Kind-Beziehungen.

Ebene 4: Familie als Klient: Das gesamte Familiensystem wird bei diesem Ansatzpunkt als Pflegeempfänger definiert. Die Familie bildet den Vordergrund und das Individuum bleibt im Hintergrund. Laut Köhlen ist eine strikte Trennung der Ebenen nicht immer angebracht, da sie auch ineinander übergehen können. In ihren späteren Arbeiten unterscheidet Friedemann aus diesem Grund nur noch zwei Ebenen (vgl. Friedemann 1996, 1995).

In der folgenden Tabelle (Abbildung 1) werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der verschiedenen Ansätze in einer übersichtlichen Form gegenübergestellt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Family Nursing auf einem gesundheitsorientierten, holistischen, interaktionistischen und die Familie stärkenden und fördernden Pflegeverständnis aufbaut, welches in die Pflegemaßnahmen⁷ einfließt.

⁷ Pflegemaßnahmen „sind alle Pflegehandlungen die im Kontext der Beziehung Familie, Gemeinde und Pflegenden stehen, und für die die Pflegenden zuständig ist. Sie erfolgen anhand des Pflegeplans in Zusammenarbeit mit der Familie und anderen involvierten Personen und werden modifiziert, wenn die Familiensituation sich verändert“ (vgl. Friedemann, 1996).

• VerfasserInnen	• Ebenen von Family Nursing	• Ausbildungsniveau der Ebenen
• Wright and Leahey (1994)	• Ebene 1: Family Nursing • individual foreground, • family background • family foreground • individual background • Ebene 2: Family Systems Nursing	• Ebene 1: Family-as-context • generalistisch • Bachelor • Veränderungen innerhalb der Familie • Ebene 2: Family-as-unit • spezialisiert • Masters degree • Veränderungen des Familiensystems • Pflegeforschung-Dissertation
• Friedemann (1989)	• Ebene 1: Individually focused Family Nursing • Ebene 2: Interpersonal Family Nursing • Ebene 3: Family Systems Nursing	• Ebenen 1 & 2: Family-as-context • generalistisch • Bachelor • Veränderungen innerhalb der Familien • Ebene 3: Family-as-unit • spezialisiert • Masters degree • Veränderungen des Familiensystems
• Friedman (1998)	• Ebene 1: Family as context • Ebene 2: Family as Sum of its Parts • Ebene 3: Family Subsystem as Client • Ebene 4: Family as Client	• Ebenen 1, 2 & 3: Family-as-context • generalistisch • Bachelor • Veränderungen innerhalb der Familie • Ebene 4: Family-as-unit • spezialisiert • Masters degree • Veränderungen des Familiensystems

Tabelle 1: Gegenüberstellung Ansätze Friedemann, Friedman und Wright und Leahey (Köhlen, 2003, 74-75)

3.2. Community-based Nursing

„Bei Community-based Nursing handelt es sich um eine Philosophie der professionellen Pflege. Diese beinhaltet die Pflege/Betreuung für Individuen, Familien und Patientengruppen, wo auch immer sie sich befinden, leben, arbeiten, wohnen spielen, oder zur Schule gehen. Community-based Nursing ist charakterisiert durch eine individuelle und familienzentrierte Orientierung. Beachtet wird dabei sowohl die Entwicklung einer partnerschaftlichen Beziehung zum Klienten als auch die Berücksichtigung der Werte und Wertvorstellungen der Gemeinde/Gesellschaft. Aufgrund dieses Verständnisses ist Community-based Nursing keine spezialisierte Pflege sondern eine Philosophie, welche die Pflege/Betreuung in allen Bereichen spezialisierter Pflege betrifft“ (Köhlen, 2003, 84).

3.3. Community⁸ Health Nursing

Wenn man das Augenmerk auf den angloamerikanischen Raum richtet, waren historisch gesehen „Public Health Nursing“ und „Community Nursing“ die ersten Bereiche welche, wenn es um Gesundheitsförderung ging, die Familie als Einheit sahen und sie in den pflegerischen Ablauf miteinbezogen (vgl. Whall, 1986, 23).

„Community Health Nursing“ basiert auf zwei Wissensgebieten: der Pflegewissenschaft und der Gesundheitswissenschaften.

„Community Nurses“ (UK) sind mobil Pflegenden, die auf Gemeindeebene Menschen mit Gesundheitsproblemen zu Hause versorgen. Zu ihnen gehören unter anderem „district nurses“ (vergleichbar mit der deutschen Fachweiterbildung Gemeindekrankenpflege), „community psychiatric nurses“ (Pflegenden mit psychiatrischer Fachweiterbildung), aber auch „Macmillan nurses“, das sind Pflegenden, die im Bereich der onkologischen Pflege arbeiten (vgl. Gehring, 2001, Glossar).

⁸ community: Der deutsche Begriff „Gemeinde“ trifft seine Bedeutung nur bedingt im Rahmen von „Public Health“. Definition der WHO: „A community is a social group determined by geographic boundaries and/or community values and interests. Its members know and interact with one another. It functions within a particular social structure and exhibits and creates norms, values and social institutions“ (WHO, 1974, 7).

„*Community Health Nursing*“, also Pflege, deren Handeln im Wesentlichen auf die Bedürfnisse, den Bedarf und die Versorgung von „*Communities*“ fokussiert, entwickelte sich in den USA seit Mitte des 18. Jahrhunderts.

„*Community Health Nursing*“ steht synonym für „*Public Health Nursing*“ und ist eine spezielle Fachrichtung der professionellen Pflege. Es bietet Pflege sowohl für Individuen und Gruppen an, obwohl im Verantwortungsbereich von „*Community Health Nursing*“ in erster Linie die Gesundheit der gesamten Bevölkerung mit einer speziellen Ausrichtung auf die Identifikation von Risikofaktoren steht.

Die Philosophie, die dem Ansatz zugrunde liegt, ist „*Primary Health Care*“, wie diese von der WHO empfohlen wird, und bei der ein Minimum an essentieller Gesundheitsfürsorge für alle Menschen garantiert werden soll. Infolgedessen weist „*Community Health Nursing*“ eine große Nähe zur Strategie „*Gesundheit 21*“ und zum Konzept der FHN der WHO auf (WHO, Regionalbüro für Europa, 2000a).

3.4. Family Health Nursing

Dieses Konzept wird in Kapitel 5 ausführlich behandelt und sei an dieser Stelle nur kurz erwähnt, um eine Gegenüberstellung der Konzepte zu veranschaulichen. „*Family Health Nursing*“ ist ein Bereich der Pflege, dem immer mehr an Beachtung geschenkt wird.

Laut Bomar und McNelly (1996) taucht der Begriff der „*Family Health Nurse*“ schon in den 70er Jahren auf und findet seinen Ursprung in den Bereichen „*Maternal Child Nursing*“, „*Community Nursing*“ und „*Psychiatric Mental Health Nursing*“.

Beim Konzept des „*Family Health Nursing*“ der World Health Organisation liegt der Fokus eindeutig auf der Gesundheitsförderung und findet im Bereich der Gesundheitsfürsorge „*Primary Health Care*“ seine Anwendung (vgl. Kean, 2001, 48).

Aus der folgenden Tabelle 2 lässt sich ablesen, dass das Konzept der „*Family Health Nurse*“ sehr breit angelegt ist.

Kernpunkte des Konzepts	Community-based Nursing	Community Health Nursing	Family Health Nursing
Fokus der Pflege	- Betreuung / Management von akuten oder chronischen Krankheiten - Förderung der Selbstpflege	- Schutz der Gesundheit - Förderung der Selbstpflege	-Betreuung/Management von akuten oder chronischen Krankheiten - Förderung der Selbstpflege - Schutz der Gesundheit - Prävention
Pflegeempfänger	- Individuum und Familie	- Gemeinde	- Individuum und Familie - Gemeinde -Bevölkerungsgruppen
Profil der Pflege	- Berücksichtigung der menschlichen Entwicklung während des gesamten Lebenszyklus	- primäre Gesundheitspflege im Sinne von Primary Health Care	- Berücksichtigung der menschlichen Entwicklung während des gesamten Lebenszyklus - primäre Gesundheits-Pflege im Sinne von Primary Health Care
Beschreibung der Klienten	- Alle Altersgruppen während des gesamten Lebenszyklus	- Alle Altersgruppen während des gesamten Lebenszyklus mit Ausrichtung auf gesundheitliche Risikofaktoren	-Alle Altersgruppen während des gesamten Lebenszyklus mit Ausrichtung auf gesundheitliche Risikofaktoren
Hausbesuche	- ja	- ja	- ja
Ebene der Pflegedienstleistung	- lokale Gemeinde	- lokal - kommunal - national - international	- lokal - kommunal - national - international

Tabelle 2: Kernpunkte Family Health Nursing, Community Health Nursing und Community-based Nursing (Köhlen, 2003, 105)

4. Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich

Das folgende Kapitel widmet sich den wichtigsten Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention, um ein genaueres Bild dieser Bereiche, in dem die FHN tätig werden soll, zu erhalten. Das gesundheitsfördernde Potential der Pflegeberufe sowohl im mobilen, als auch im stationären Bereich darf nicht unterschätzt werden. Aufgrund ihrer pflegerischen bzw. gesundheitlichen Fachkenntnisse und ihrer Nähe zu den Klienten sind Pflegende prädestiniert, um frühzeitig gesundheitliche Probleme in Familien wahrzunehmen und darauf zu reagieren (vgl. Schüssler, 2006, 130).

In das Tätigkeitsprofil der „*Family Health Nurse*“ fällt unter anderem auch die Förderung der Gesundheit einer Familie, das Erkennen verhaltensbedingter Risikofaktoren und gesundheitlicher Probleme im Frühstadium, das Erteilen von Ratschlägen bezüglich der Lebensweise und das Wahrnehmen der Auswirkungen von sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit einer Familie (WHO, 2000, 56).

4.1. Definitionen von Gesundheit

Gesundheit ist ein ziemlich allgemeiner Begriff, der ein großes Spektrum verschiedener Bedeutungen beinhaltet. Das englische Wort „*health*“ (Gesundheit) zum Beispiel ist von dem altenglischen Wort für heilen (*hael*) abgeleitet, welches vollständig bedeutet (vgl. Naegele, 2004, 2).

Gesund sein bedeutet für jeden etwas anderes. Für viele Menschen in unserer Gesellschaft bedeutet gesund zu sein einfach „*nicht krank zu sein*“. Gesund zu sein ist etwas, das als selbstverständlich erachtet wird, bis es zu einer Erkrankung oder einem die Gesundheit einschränkenden Problem kommt.

Ewles (2007) meint dazu, dass jeder seinen Gesundheitszustand subjektiv an seinen eigenen Erwartungen und Normen misst, d. h. dass die Vorstellungen von Gesundheit und Gesundsein weit auseinandergehen können. In unserem westlichen Denken ist die vorherrschende professionelle Sichtweise von Gesundheit stark vom medizinisch-wissenschaftlichen Modell geprägt, das Gesundheit benutzt, um das Nichtvorhandensein einer Krankheit festzustellen (vgl. Hackl, 2007, 22).

Die WHO dagegen definiert Gesundheit so:

„Gesundheit ist ein grundsätzliches Menschenrecht und wesentlich für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung“ (vgl. Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung, WHO, 1997).

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit sondern als:

„Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Behinderung“ (vgl. WHO, 1986).

4.2. Differenzierung zwischen Gesundheitsförderung und Prävention

„Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei grundlegend verschiedene gesundheitswissenschaftliche Disziplinen bzw. Strategien. Die Prävention zielt auf die Vermeidung bzw. Minimierung von Gesundheitsrisiken und trägt damit zur Gesunderhaltung bei. Die Gesundheitsförderung zielt auf den Erhalt und die Stärkung von Ressourcen ab. Beide Strategien entstammen verschiedenen gesundheitspolitischen Denkschulen“ (vgl. Strupeit, 2008, 161).

Die ersten präventiven Maßnahmen wurden im 19. Jahrhundert gesetzt, in einer Zeit, die von der Industrialisierung und Urbanisierung geprägt war. Damals zogen immer mehr Menschen in die Städte, dabei breiteten sich Infektionskrankheiten rasch aus. Als oberste Prämisse galt es das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden und gleichzeitig ihre Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität der urbanen Bevölkerung zu vermindern.

Der eher junge Fachbereich der Gesundheitsförderung wurde vor allem durch den Einfluss der WHO und das *„salutogenetische Denken“* von Antonovsky, einem israelisch amerikanischen Arzt geformt.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (vgl. WHO, 1998, 1).

Laut Trojan (2002, 195-228) unterscheiden sich Gesundheitsförderung und Prävention dadurch, dass die Idee der Gesundheitsförderung unspezifisch ist, die Idee der Prävention hingegen krankheitsspezifisch und an der ICD-Klassifikation⁹ orientiert.

4.2.1. Gesundheitsförderung

Ziel der Gesundheitsförderung ist vordergründig die Stärkung der Gesundheitsressourcen. Laut Dahlgren & Whitehead (1991) gibt es vier Ebenen die verdeutlichen sollen, wie und wo Gesundheit hergestellt wird:

1. *„Das soziale Umfeld, das der Gesundheit sowohl förderlich, als auch hinderlich sein kann.*
2. *Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu Einrichtungen und Diensten.*
3. *Die ökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen, wie z. B. der Lebensstandard.*
4. *Die Verhaltens- und Lebensweisen des/der Einzelnen;“*

Laut Hackl (2007, 19) zählt der Bereich der Gesundheitsförderung zu den öffentlichen Aufgaben. Wichtig für ein gesamtpolitisches Konzept der Gesundheitsförderung ist es, den einzelnen Menschen größere Handlungsspielräume und Wahlmöglichkeiten zuzusprechen und ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (Empowerment). (vgl. Kaba-Schönstein, 2004, 73; Hackl 2007, 19).

4.2.2. Prävention

Die Prävention zielt darauf ab, Gesundheit zu erhalten und Krankheit frühzeitig zu erkennen. (vgl. Fonds Gesundes Österreich)

Man unterscheidet drei Formen von Prävention:

Die **Primärprävention** setzt an bevor eine Krankheit entsteht. Dazu werden unspezifische als auch spezifische Maßnahmen gesetzt:

„Unspezifische Maßnahmen sind solche, welche die Gesundheit des Einzelnen und der Bevölkerung fördern, ohne dass man versucht damit gezielt bestimmte Krankheiten zu

⁹ ICD-Klassifikation: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and related Health Problems) ist das wichtigste weltweit anerkannte Klassifikationssystem in der Medizin.

verhindern. Zu diesen unspezifischen Maßnahmen gehören gute Ernährung, sauberes Wasser, adäquate Kleidung und Wohnung, Umweltschutzmaßnahmen, Hygienemaßnahmen etc.“ (vgl. Hackl, 2007, 20).

Zu den „spezifischen Maßnahmen“ im Bereich der Infektionen zählen z. B. Impfungen. Auch Maßnahmen wie die Einschränkung des Rauchens und des Alkoholkonsums können hierzu gerechnet werden. Schließlich kann sich aber auch eine „allgemeine Verbesserung der Hygiene, Ernährung und Lebensverhältnisse spezifisch präventiv auf manche Krankheiten auswirken (z. B. Tuberkulose)“ (vgl. Infektionsnetz, 2010).

Die Zielgruppe primärpräventiver Maßnahmen sind Gesunde, oder zumindest Personen ohne manifeste Symptomatik.

Die **Sekundärprävention** dient der Krankheitsfrüherkennung. Ziel ist es, Krankheiten möglichst bevor subjektiv Symptome wahrgenommen werden mit bestimmten Untersuchungsverfahren (Screening) zu erkennen. Die Zielgruppe für Maßnahmen der Sekundärprävention sind vorzugsweise Personen, die ein erhöhtes Risiko für bestimmte Erkrankungen aufweisen.

Die **Tertiärprävention** konzentriert sich nach einer Krankheit auf die Vermeidung einer Verschlechterung bzw. die auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Sie richtet sich an Menschen, die bereits eine Krankheit oder eine Beeinträchtigung haben.

„Das Ziel von tertiär präventiven Maßnahmen ist es, manifeste Krankheiten in ihrer Intensität zu mildern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen bzw. weiteren Manifestationen vorzubeugen. Tertiäre Prävention und Rehabilitation sind nicht immer eindeutig zu trennen und überschneiden sich teilweise. Während Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind, zielt die Rehabilitation darauf ab, Betroffene und ihre Umwelt nicht nur medizinisch-therapeutisch, sondern auch psychosozial und schulisch-beruflich ein Leben mit Krankheit und Behinderung zu ermöglichen“ (vgl. Fonds Gesundes Österreich; Hackl, 2007, 21).

Die Grenzen zwischen der Gesundheitsförderung und Prävention sind in der Praxis schwer auszumachen. Für eine Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit unserer Bevölkerung sind beide mittlerweile unentbehrlich geworden. In Zukunft wäre jedoch auch in Österreich eine Forcierung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen wünschenswert, damit gesichert werden kann, dass alle Bevölkerungsgruppen Zugang zu gesundheitsfördernden

Maßnahmen erhalten. Zurzeit stehen jährlich ca. 7,25 Millionen Euro aus öffentlichen Mitteln für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung.

4.3. Das österreichische Gesundheitsförderungsgesetz

Die Gesundheitsförderung und die Gesundheitsberatung werden seit 1997 im Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in §14(1) als eigenverantwortliche Tätigkeitsbereiche von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen angeführt (vgl. Schwamberger, 2006, 50).

1998 wurde in Österreich das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) beschlossen, welches Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung beinhaltet. Dieses Gesetz umfasst auch die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, soziale und geistige Faktoren, die Gesundheit beeinflussen.

„Zur Erreichung der Ziele wurden Strategien entwickelt, die u. a. neben einem Strukturaufbau für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, die Entwicklung und Vergabe von Programmen in verschiedenen Settings, sowie Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen vorsehen“ (vgl. GfG, 1998).

4.4. Familiengesundheit

In diesem Zusammenhang werden folgend die Propositionen von Friedmann zum Konzept der Familiengesundheit vorgestellt (vgl. Friedemann, 1996, 40).

1. Familiengesundheit umfasst **drei Kriterien**.

Eine Familie ist gesund:

- a) *„wenn in allen vier Prozessdimensionen gehandelt wird;*
- b) *wenn Kongruenz¹⁰ innerhalb der Familie und zwischen der Familie und der Umwelt besteht;*
- c) *wenn die Familienmitglieder wenig Angst empfinden und mit der Familie so gut es geht zufrieden sind;“*

¹⁰ Kongruenz: Übereinstimmung, Gleichheit, Gemeinsamkeit (Duden online)

3. Familiengesundheit ist ein dynamischer Prozess, der je nach Situation immer wieder auf neue Art Kongruenz herstellt.
4. Ein Familienstil ist durch die Familienprozesse gekennzeichnet und unterscheidet sich von anderen Familien.
5. Kein Familientyp kann als gut oder schlecht bewertet werden. Die Funktionalität hängt allein von der Familiengesundheit ab. (wie unter 1. definiert)

Außerdem weisen „gesunde Familien“ laut Becvar & Becvar (2000) eine Anzahl von charakteristischen Eigenschaften auf. Dazu zählen:

- *“a legitimate source of authority, established and supported over time*
- *a stable rule system established and consistently acted on*
- *stable and consistent sharing of nurturing and marriage-maintenance practices*
- *a set of goals toward which the family and each individual work*
- *sufficient flexibility and adaptability to accommodate normal developmental challenges as well as unexpected crisis*
- *commitment to the family and its individuals*
- *appropriation for each other (a social connection)*
- *willingness to spend time together*
- *effective communication patterns*
- *a high degree of religious/spiritual orientation*
- *ability to deal with crisis in a positive manner (adaptability)*
- *encouragement of individuals*
- *clear roles”*

5. Family Health Nurse - Ein Konzept stellt sich vor

In diesem Kapitel wird das Konzept der FHN der WHO vorgestellt und beschrieben. Nach einer kurzen Darstellung der Entwicklung dieses Konzeptes folgt die Beschreibung der FHN, deren Aufgaben und Ausbildung. Den Abschluss dieses Teils bildet die Auseinandersetzung mit der Frage der Implementierung der FHN im Rahmen des Curriculum zur FHN, das in Österreich vom Roten Kreuz initiiert wurde.

5.1. „Gesundheit 21“

Die Strategie „*Gesundheit 21*“ wurde von der WHO entwickelt und im September 1998 in Kopenhagen verabschiedet (vgl. Büscher A., 2001, 177).

Sie war die Antwort der Europäischen Region auf das globale Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“, das während der Weltgesundheitsversammlung (vgl. WHO, 1977, 56) entstanden ist und im darauffolgenden Jahr mit der „Erklärung von Alma-Ata“ verabschiedet wurde. 1979 gilt als das Jahr, in dem die Beschlüsse von Alma Ata in einer globalen Strategie „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000*“ (GFA) konkretisiert wurden.

Mit dem Rahmenkonzept „*Gesundheit 21*“ sollten die wichtigsten Voraussetzungen zur Erreichung und Erhaltung des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus für alle Menschen geschaffen werden (vgl. Eberl & Schnepf, 2005, 7).

„*Gesundheit 21*“ artikuliert zwei primäre Ziele, drei Grundwerte und vier wichtige Strategien.

„Die darin enthaltenen 21 Ziele setzen einen Maßstab zur Beurteilung der Fortschritte hinsichtlich Gesundheitsverbesserung und Gesundheitsschutz sowie Reduzierung von Gesundheitsrisiken“ (vgl. WHO, 2005a, 11). „*Gesundheit 21*“ als Hauptagenda der WHO – Regionalbüro für Europa hat als oberstes Ziel, das gesundheitliche Potential aller Menschen zu entfalten.

Darin enthalten sind **zwei Hauptziele**:

- Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens
- Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten bzw. Verletzungen und der damit verbundenen Leiden, welche einen Handlungsrahmen für alle Mitgliedsstaaten abgeben sollen.

Jeder Staat hat hier die Möglichkeit seine eigene Gesundheitspolitik und gesundheitspolitischen Strategien mit Anlehnung an „Gesundheit 21“ auszubauen (vgl. WHO, 1999, 4).

Die folgenden **drei ethischen Grundwerte** werden als die Säulen des Konzeptes „*Gesundheit 21*“ gesehen:

- Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht
- Es soll gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität bei den Handlungen zwischen Ländern, zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder und zwischen Männern und Frauen bestehen
- Partizipation und Rechenschaftspflicht des Einzelnen wie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und Sektoren in der gesundheitlichen Entwicklung ist notwendig (vgl. WHO, 1999, 5).

Damit diese Ziele erreicht werden, hält die WHO ein Konzept aus **vier Hauptstrategien** für erforderlich „um sicherzustellen, dass wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale und politische Nachhaltigkeit die Umsetzung der „*Gesundheit 21*“ vorantreibt.

1. *Multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten für Gesundheit auseinanderzusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und Beurteilungen der gesundheitlichen Auswirkungen sicherzustellen;*
2. *Auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Programme und Investitionen zur gesundheitlichen Entwicklung und klinischen Versorgung*
3. *Integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, unterstützt durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem*
4. *Ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozess, der relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen – zu Hause, Schule und Arbeitsplatz, örtliche Gemeinde und Land - einschließt und der ein gemeinsames Vorgehen im Entscheidungsprozess, bei der Umsetzung und hinsichtlich der Rechenschaft fördert“ (vgl. WHO, 1999, 5).*

Die Pflegenden stellen die größte Gruppe der Gesundheitskräfte in der Europäischen Region dar und erledigen den Hauptteil der unmittelbaren Gesundheits- und Pflegeleistungen. Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung hängen daher wesentlich von der Qualität und Effizienz der Pflege ab. „*Gesundheit 21*“, das Rahmenprogramm „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO appelliert an die zuständigen Gesundheitsminister und

Verantwortlichen, die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe, insbesondere die des Pflegepersonals, zu reformieren und die Kompetenzen zu erweitern (vgl. WHO, 1999, 168).

In „*Gesundheit 21*“ wird unter dem europäischen Ziel 15 ein integrierter Gesundheitssektor empfohlen, in dem nahegelegt wird, dass bis zum Jahr 2010 die Menschen in einer Region einen wesentlich besseren Zugang zu einer familienorientierten und gemeindenahen primären Gesundheitsversorgung haben sollten. Wobei sie durch ein flexibles und reaktionsschnelles Krankenhaussystem unterstützt werden sollten.

5.1.1 Ziel 18¹¹

Das Konzept der FHN ist dem Ziel 18 zugeordnet, in dem es um die „*Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben*“ geht (vgl. WHO, 1999, 169).

Bis zum Jahr 2010 sollten alle Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass sich Fachkräfte im Gesundheitswesen und in anderen Sektoren, die zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit erforderlichen Kenntnisse, Einstellungen und Kompetenzen aneignen (vgl. Wild M., 2005, 1).

Hier werden vor allem zwei Berufsgruppen, nämlich die ÄrztInnen und die Pflegepersonen, hervorgehoben. Ihnen wird eine besondere Stellung in der gesundheitlichen Primärversorgung zugesprochen (vgl. WHO, 2000a, 23).

¹¹ Ziele der Gesundheit 21 siehe im Anhang

5.2. Das WHO Konzept der Family Health Nurse¹²

Mit dem Konzept der „*Family Health Nurse*“ wird innerhalb des Rahmenkonzeptes für die europäische Region der WHO, eine neue Fachkraft vorgestellt. Wobei es sich bei der FHN nicht um einen neuen Gesundheitsberuf in Österreich handelt, sondern vielmehr um eine Erweiterung der mobilen Pflege (vgl. ÖRK, 2007, 10).

Die „*Family Health Nurse*“ wurde im Rahmen eines zukunftsweisenden Konzeptes entwickelt, das im Bereich der öffentlichen Gesundheit mit einem speziellen Fokus auf die Familie und das Zuhause der KlientInnen und Klienten angesiedelt ist. Hierdurch kann durch präventives Aufsuchen, durch Begleitung, Beratung, Unterstützung und Befähigung der Familien gerade auch der vulnerablen Gruppen ein niederschwelliges Angebot gemacht werden, das den Zugang zu Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens erleichtert (vgl. ÖRK, 2007, 8).

Ausgehend von dieser Definition kann die FHN in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen an der Umsetzung von 20 der 21 Ziele der europäischen Strategie „*Gesundheit 21*“ mitwirken. Die Familiengesundheitsschwester nimmt somit neben den HausärztInnen eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen ein (vgl. ÖRK, 2007, 7).

„Die FHN haben die Aufgabe, die Familien über den gesamten Gesundheits/und Krankheitsprozess zu begleiten. Dabei legen sie einen speziellen Schwerpunkt darauf, Familien/Individuen und Gemeinden durch Empowerment zu unterstützen. In der Hauptsache werden FHN in kritischen Perioden im Leben ihrer Klienten aktiv und achten auf die Bedürfnisse marginalisierter und vulnerabler Bevölkerungsgruppen“ (vgl. Hasseler, 2006, 45).

Die „*Family Health Nurse*“ ist eine SpezialistIn, wenn es um Themen der Gesundheitsförderung geht. Sie unterstützt Familien und arbeitet eng mit den pflegenden Angehörigen in deren häuslicher Umgebung.

Außerdem können „*Family Health Nurse*“ durch Assessmentverfahren frühzeitig Gesundheitsprobleme bei KlientInnen erkennen und ihnen wird somit eine tragende Rolle in

¹²Die Bezeichnung FHN wurde für Österreich durch die Bezeichnung Familiengesundheitspflegerin/-hebamme (FGP/H) ersetzt (vgl. ÖRK, 2007).

der Gesundheitsförderung und Prävention unseres Gesundheitssystems zugesprochen. Mit ihrer Ausbildung in Bereichen wie Public Health und Sozialwissenschaften, ihrem Zugang zu den PatientInnen über die Pflege, wird den FamiliengesundheitspflegerInnen eine Schlüsselrolle zuteil.

„Sie können die Effekte von sozioökonomischen Faktoren auf die Gesundheit einschätzen und die betroffenen Familien an die entsprechenden Institutionen im Gesundheitswesen und die Berufsgruppen weiterleiten“ (vgl. WHO, 1999).

Auch wenn die *„Family Health Nurses“* nicht alle Tätigkeiten selbst durchführen, so sind es doch sie, die die Primärverantwortung in der Familie tragen. Die FHN kommt in die Familie, kennt die Familie persönlich und weiß genau, welche Maßnahmen in jedem einzelnen Fall zu treffen sind. Sie vermittelt und versucht jeder Familie eine optimale Gesundheitsversorgung zuteilwerden zu lassen.

Für eine Umsetzung dieses Konzeptes sind laut WHO die Mitgliedsstaaten selbst verantwortlich. Um eine Implementierung zu ermöglichen müssen in den Ländern vorerst Strukturen im jeweiligen Gesundheitssystem geschaffen werden, und *„gesundheitswissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, die den Zusammenhang von Gesundheit und Familie begründen“*, in bereits bestehende Gesundheitsförderungsmaßnahmen aufgenommen werden (vgl. Köhlen, 2003, 19).

Die ersten Schritte in diese Richtung wurden schon gesetzt, eine Implementierung dieses Konzeptes ist in Österreich jedoch noch nicht geplant. Wobei durch die steigenden Kosten unseres Gesundheitssystems stetig nach neuen Versorgungs- und Finanzierungsmodellen gesucht wird.

5.2.1. Aufgabenprofil der Family Health Nurse

Die WHO definiert die Aufgaben der *„Family Health Nurse“* wie folgt:

„Die Family-Health-Nurse kann 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. Diese Pflegefachkräfte können sinnvolle Ratschläge zu Fragen der Lebensweise und verhaltensbedingte Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass diese auch frühzeitig behandelt werden.

Mit ihrem gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis, anderer für Sozialfragen zuständiger Stellen, können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist“ (vgl. WHO, 2000a, 2; WHO, 1999, 169).

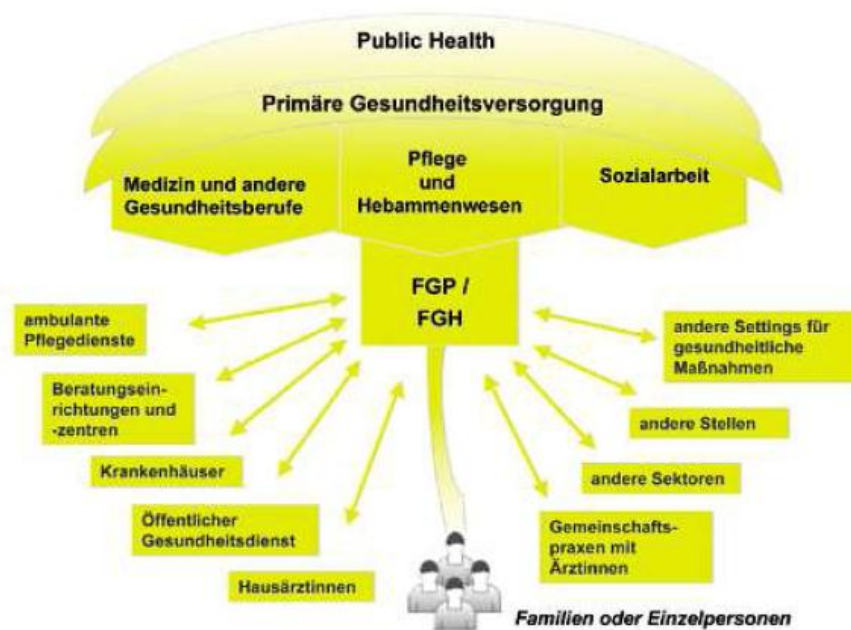


Abbildung 1: Die FHN unter dem „Schirm“ von Public Health und primärer Gesundheitsversorgung (vgl. WHO, 2000a, 3)

In der oben gezeigten Abbildung wird veranschaulicht, dass die FHN prinzipiell unter der Schirmherrschaft von „Primary Health Care“ und im weiteren Sinne unter „Public Health Care“ arbeitet. Ihr kommt eine wichtige Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Einzelpersonen, Familien und Bevölkerungsgruppen zu.

Weiters wird von der „*Family Health Nurse*“ erwartet, dass sie qualifiziert die folgenden fünf Aufgaben übernimmt:

care provider

Erbringer von Betreuungs- und Pflegeleistungen

Dabei werden die Klienten¹³ als Individuum in ihrer Ganzheit und Vernetzung mit der Familie, Gesellschaft und Kultur wahrgenommen. Die FHN leisten hochwertige, auf ethischen Grundwerten basierende, umfassende kontinuierliche und persönliche Versorgung.

decision-maker

Die FHN als Entscheidungsträger

Die „*Family Health Nurses*“ ermitteln die relevanten, gesundheits- und krankheitsbezogenen Bedürfnisse oder Probleme und entscheiden, welche Interventionen ethisch vertretbar und kostenwirksam durchführbar sind. Ziel ist es, eine ganzheitliche und hochwertige Versorgung gewährleisten zu können.

communicator

Die FHN als Kommunikator und Kommunikationsschnittstelle

Diese Fertigkeit versetzt die FHN in die Lage durch eine fruchtbare Zusammenarbeit gesunde Lebensweisen zu stärken. Sie erläutern, lehren und befürworten bestimmte Entscheidungen, wodurch sie den einzelnen Menschen und die Gemeinschaft dazu animieren und befähigen, ihre Gesundheit zu schützen und zu fördern.

community leader

Die FHN als Meinungsbildner

Sie haben das Vertrauen der Menschen mit denen sie arbeiten gewonnen, können die individuellen und gesellschaftlichen gesundheitlichen Bedürfnisse erkennen und miteinander vereinbaren, das individuelle und gemeinschaftliche Handeln erleichtern oder im Namen einzelner Personen und Gemeinschaften Maßnahmen anregen.

¹³Der Begriff „Klient“ leitet sich ab vom lat. *clinare*, *cliens*, der Auftraggebende. Er steht für ein modernes und verändertes Patientenverhältnis. Der/die PflegeempfängerIn entscheidet selbstbestimmt und aktiv, welche Aktion er/sie für einen optimalen Gesundheitsprozess setzt (vgl. Achenbach, 2001, 4).

Die FHN als Manager

Sie können als Manager verfügbare Daten sachgerecht nutzen und mit Einzelpersonen und Organisationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens harmonisch zusammenarbeiten. Sie erschließen und koordinieren die verfügbaren Ressourcen, die gebraucht werden, um den Bedürfnissen von Klienten und Gemeinschaften gerecht zu werden (vgl. Büscher, 2001, 18; Achenbach, 2001, 54; WHO, 2000, 9).

Diese Kernqualifikationen lassen sich erreichen, wenn sich die FHN im Laufe ihrer Ausbildung Kompetenzen aneignet, die sie dazu befähigen, wirksam und effizient z. B. die Gesundheit von Einzelnen, Familien und Bevölkerungsgruppen zu fördern.

5.2.2. Hauptinterventionsformen der Family Health Nurse

In Kapitel 4 wurde schon auf die drei Präventionsebenen eingegangen, hier wird vom Gesichtspunkt des/der Familiengesundheitspflegers/in und seiner/ihrer Interventionsmöglichkeiten die Thematik neu beleuchtet. Der Tätigkeitsschwerpunkt dieser neuen Profession an Pflegefachkräften liegt darin, während des gesamten Gesundheits-/Krankheitskontinuums auf die Bedürfnisse von Familien einzugehen. Diese Definition bezieht sich nicht nur allein auf die Familie, sondern umfasst auch Ein-Personenhaushalte, Alleinerziehende, homosexuelle Lebensgemeinschaften sowie Marginalisierte und Obdachlose (vgl. Achenbach, 2001, 38; Fawcett-Henesy, 1999, 4).

Der FHN stehen die vier Hauptinterventionsformen primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sowie Krisenintervention bzw. direkte Pflege zur Verfügung (vgl. Krüger, 2006, 16; WHO, 2000a, 6):

- In der **Primärprävention** werden Ursachen bestimmter Krankheiten oder Erkrankungen erkannt und versucht, mögliche Stressoren oder gesundheitliche Bedrohungen zu identifizieren und deren Auswirkungen zu reduzieren. Die FHN würde zum Beispiel in Gemeinden, Schulen, Kindergärten und in Familien aktiv und würde an Projekten, welche der Gesundheitsvorsorge dienen, zusammen mit Ärzten Konzepte erarbeiten, die auf die jeweiligen Erfordernisse abgestimmt werden. (Kariesprophylaxe, Stillberatungen, Ernährungsberatung etc.)
- **Sekundäre Prävention:** Durchführung von Screening Programmen und Impfprogrammen. Frühzeitige Identifizierung von störenden Faktoren in Familien und

frühzeitiges Intervenieren, sowie rechtzeitiges Einbeziehen anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Aufgrund ihres Nahverhältnisses zu vielen Familien in der Gemeinde kann die FHN schon viele Erkrankungen im Frühstadium erkennen und entsprechend darauf reagieren. Somit ist eine schnelle Reaktion und Intervention, die zu einer geringen Beeinträchtigung der einzelnen KlientInnen und deren Familien in ihrem Alltag führt. Die FHN dient als Ansprechpartner und Kontaktperson für die gesamte Familie. Sie beantwortet Fragen bezüglich der Gesundheit oder Krankheit jedes/r Einzelnen und arbeitet nach dem Prinzip „*open doors*“ (Achenbach, 2001, 41; Krüger, 2006, 15; Schober & Fadwa, 2001, 45).

- **Tertiäre Prävention:** Rehabilitation und Wiederaufbau der Widerstandskräfte von Familien. Bei KlientInnen mit chronischen Erkrankungen kann die FHN aufgrund ihres Fachwissens und dem gewachsenen Vertrauensverhältnisses zur Familie frühzeitig Veränderungsprozesse im Verlauf der Krankheit erkennen. Worauf sie situativ und individuell angepasste Maßnahmen mit den KlientInnen und dem HausärztInnen absprechen und einleiten wird. Außerdem trägt sie dazu bei, die Widerstandsressourcen einer Familie wieder zu stärken, um so eine Milderung bzw. Verzögerung der Erkrankung zu gewährleisten (WHO, 2000a, 7, 30-32).

- **Krisenintervention bzw. die direkte Pflege und Betreuung:**

„...wenn der Bewältigungsmechanismus der Familie oder des einzelnen Menschen beispielsweise durch Krankheit außer Kraft gesetzt ist. In diesem Fall arbeitet die FHN partnerschaftlich mit der Familie oder dem Einzelnen daran, Heilung, Rehabilitation, Schmerzlinderung und/oder Unterstützung zu erreichen“ (vgl. WHO, 2000a, 6).

Die FHN bildet die Schnittstelle zwischen Laien- und Profisystem. Sie leistet Hilfe im Umgang mit den gesellschaftlichen Infrastrukturen und bezieht die erforderlichen Stellen für soziale und medizinische Hilfsangebote mit ein (WHO, 2000a).

5.2.3. Die Zielgruppe der Family Health Nurse

Die **Familiengesundheitspflege** richtet sich an folgende Zielgruppen:

- *„gesundheitslich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien*
- *MigrantInnen,*
- *Kinder, Jugendliche, allein stehende ältere Menschen*
- *Schwangere, drogenabhängige Schwangere*
- *alleinerziehende Mütter und Väter,*
- *Familien in Krisen und Umbruchsituationen,*
- *Familien die von akuten und/oder chronischen Krankheiten und/oder Behinderung betroffen sind,*
- *pflegebedürftige Menschen im familiären Umfeld, Individuen, Familien oder Gruppen mit erschwertem Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem, etc.“* (vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2007, 36).

5.3. Curriculare Anforderungen zum Family Health Nurse Konzept

Die Ausbildung der FHN ist strukturell als Modulsystem konzipiert, dass aus sieben theoretischen Teilen aufgebaut ist. Der Kurs dauert 40 Wochen und ist als Vollzeitstudium ausgerichtet. Man sollte jedoch nicht außer Acht lassen, dass die verschiedenen Mitgliedsstaaten unterschiedliche Strukturen und Voraussetzungen vorweisen, und dass hier eine Anpassung an die unterschiedlichen Gegebenheiten erfolgen sollte (vgl. WHO, 2005b).

Eine Voraussetzung für die Aufnahme ist der erfolgreiche Abschluss einer pflegerischen Erstausbildung gemäß den WHO Richtlinien, wie sie in der Ausbildungsstrategie *„Pflegerische und Hebammen für Gesundheit - Eine WHO Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa“* der WHO empfohlen wird.

Eine weitere Bedingung um diese einjährige Weiterbildung konsumieren zu können stellt eine zweijährige Berufserfahrung und ein dreimonatiges Praktikum in der Gemeinde und innerhalb der Familie dar (vgl. Achenbach 2001, 51-53).

Die WHO empfiehlt pro Kurs nicht mehr als 30 Auszubildende aufzunehmen, wobei im Idealfall auf eine/n Lehrbeauftragte/n 10 Auszubildende fallen sollten. Die Ausbildung sollte laut WHO an Universitäten oder Fachhochschulen angesiedelt sein.

Die TeilnehmerInnen erhalten nach Abschluss der Ausbildung den Titel „*Family Health Nurse*“ bzw. „*Familien-Gesundheitsschwester*“ (vgl. WHO, 2000, 12).

Modul 1	Lehrgang Familien- und Gesundheitsschwester, Einführungsmodul: Konzepte, Praxis und Theorie	Dauer: 2 Wochen
Modul 2	Erbringung von Pflege 1: Arbeit mit Familien	Dauer: 10 Wochen
Modul 3	Entscheidungsfindung	Dauer: 4 Wochen
Modul 4	Informationsmanagement und Forschung	Dauer: 6 Wochen
Modul 5	Erbringung von Pflege 2 die Familien- Gesundheitsschwester- Arbeit mit Bevölkerungsgruppen	Dauer: 10 Wochen
Modul 6	Ressourcenmanagement	Dauer: 4 Wochen
Modul 7	Führung und multidisziplinäres Arbeiten	Dauer: 4 Wochen

Tabelle 3: Module des Curriculums der FHN in Anlehnung an (vgl. WHO, 2000, 47)

Im ersten Modul der Ausbildung werden ausschließlich theoretische Inhalte vermittelt, die Teilmodule 2-7 enthalten jeweils einen praktischen Ausbildungsteil.

Die Praktika in der Ausbildung sollen fortdauernd angeleitet und durch erfahrene „*Family Health Nurses*“, supervisioniert werden. In jenen Ländern, in denen das Konzept neu implementiert wird, sollen kundige Pflegepersonen (PflegeexpertInnen), die zuvor in speziellen Lehrgängen geschult wurden, die Supervision durchführen (vgl. Büscher, 2001, 182).

Das **1. Modul** gibt den Studierenden einen Überblick über die familienorientierte Pflege und den zugrundeliegenden Begrifflichkeiten. Mittels Gruppenarbeiten, Seminaren, Rollenspielen und Diskussionen wird die Problemlösungsfähigkeit der TeilnehmerInnen gefördert.

Im **2. Modul** werden die Pflegefachkräfte an das „*Thema Arbeit mit Familien*“ herangeführt. In den Fokus rücken Aspekte der „*pflegerischen Interventionen im fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, palliativen und unterstützenden Pflegesektor*“. Es werden unterschiedliche Familientheorien diskutiert und das Rahmenkonzept der FHN vorgestellt, wobei deren Rolle, Aufgabengebiete, deren berufliche, rechtliche und ethische Perspektiven analysiert werden. Weitere Schwerpunkte dieses Moduls bilden die Beschäftigung mit Themen wie: Familien-Assessment, Familientherapie, Entwicklungstheorien von Kindern, Erwachsenen und älteren Menschen, Konzepte der Gesundheitserziehung und -förderung

sowie Beratungspraxis (vgl. WHO, Regionalbüro für Europa, 2000, 16; Büscher, 2001, 184-185).

Das **3. Modul** beschäftigt sich mit der Vermittlung der Typologien von Entscheidungsfindungsprozessen, wodurch die Pflegefachkräfte ihre persönlichen und fachlichen Kenntnisse weiterentwickeln können. Die Studierenden erlernen kritisches Denken in der Praxis und vertiefen ihre Verhandlungsfertigkeiten (vgl. Büscher, 2001, 185).

Das **4. Modul** konzentriert sich primär auf die Vertiefung des vorhandenen Wissens zu Fragen des Informationsmanagements sowie der Forschung. Forschungsmethoden werden vorgestellt und eine Einführung in den Forschungsprozess sowie in statistische Auswertungsmethoden wird gegeben (vgl. WHO, Regionalbüro für Europa, 2000, 20-21).

Ein Teil des Curriculums sieht vor, dass die Studierenden mit verschiedenen Bevölkerungsgruppen (**Modul 5**) in Kontakt treten. Dieses Modul beschäftigt sich mit wesentlichen Konzepten aus dem Bereich Public Health. Die Theorie zu Themen wie Gesundheitsversorgung im primären, sekundären und tertiären Bereich, Definitionen von Gesundheit, Krankheit und Behinderung, Epidemiologie, Pharmakologie, Diskriminierung, benachteiligte Gruppen etc. wird vermittelt (vgl. Büscher, 2001, 186).

Im **6. Modul** lernen die Studierenden Grundlagen zu Budgetkontrolle, Zeitmanagement, sie erhalten Einblicke in gesetzliche, freiwillige und private Organisationen. Dieses Modul soll den TeilnehmerInnen vermitteln, wie sie in der Praxis verschiedene Dienste in der Familiengesundheitspflege organisieren und koordinieren können.

Im abschließenden **7. Modul** erfahren die Studierenden Grundlagen zu Theorien, Typologien, Prozessen und Fertigkeiten von Führung und Leitung. Lehrinhalte wie die Delegation von Arbeitsaufgaben, der Supervision und des Monitoring sind Aspekte, die in diesem Modul behandelt werden (vgl. WHO, Regionalbüro für Europa, 2000, 20-22).

Folgende Kompetenzen sollen die Studierenden durch die Ausbildung zur FHN erlangen, um *„wirksam und effizient“*:

- *den Gesundheitszustand und die gesundheitlichen Bedürfnisse von Einzelpersonen und Familien im Rahmen ihrer Kulturen und Gemeinschaften zu erkennen und zu beurteilen;*
- *auf der Grundlage von ethischen Grundsätzen Entscheidungen zu treffen*
- *innerhalb ihres Verantwortungsbereiches die Betreuung der Familien zu planen, anzuregen und zu leisten*

- *die Gesundheit von Einzelnen, Familien und Bevölkerungsgruppen zu fördern*
- *für Einzelne, Familien und Bevölkerungsgruppen ihr Wissen im Hinblick auf die unterschiedlichsten Lehr- und Lernstrategien einzusetzen*
- *sich an der Krankheitsprävention zu beteiligen*
- *die Pflege zu koordinieren und zu managen*
- *ihre Praxis systematisch zu dokumentieren*
- *klinische forschungsbasierte und statistische Informationen (Daten) für die Planung der Versorgung zu schaffen, zu handhaben und zu nutzen*
- *die einzelnen Menschen und Familien zu unterstützen, sodass sie im Stande sind, auf ihre Gesundheit betreffende Entscheidungen selbstbestimmt zu beeinflussen und sich an diesem Prozess zu beteiligen*
- *Standards festzulegen und die Wirksamkeit von Tätigkeiten im Rahmen der Familiengesundheitspflege zu beurteilen*
- *unabhängig und als Mitglied eines Teams zu arbeiten*
- *sich an die Prioritätensetzung im Hinblick auf gesundheits- und krankheitsbezogene Tätigkeiten zu beteiligen*
- *mit Veränderungen umzugehen und diese aktiv voranzutreiben;*
- *zu Kollegen eine gute Arbeitsbeziehung zu pflegen und sich in einer stützenden kollegialen Rolle zu bewähren*
- *sich nachweislich für ein lebenslanges Lernen und eine laufende berufliche Weiterentwicklung zu engagieren“ (vgl. WHO, 2000, 10).*

6. Implementierung der Familiengesundheitspflegefachkraft oder -hebamme (FGP/FGH)¹⁴

In diesem Kapitel wird gezeigt, dass es WHO-Mitgliedstaaten gibt, die an einer Umsetzung des Konzeptes der FHN interessiert sind. Weiters wird ein Einblick in bereits bestehende Familiengesundheitspflegesysteme verschiedener Länder gewährt, wobei Deutschlands Implementierungsversuche analysiert und Sloweniens Patronar-System, das dem der FHN sehr ähnelt, vorgestellt werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Einführung in das Curriculum der Familiengesundheitsförderung in Österreich.

6.1. Familiengesundheitspflege in Deutschland

In diesem Kapitel wird die Situation der Familiengesundheitspflege in Deutschland ermittelt. Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V. - hat am Pilotprojekt der WHO zur Umsetzung des Konzeptes der FHN teilgenommen. In Kooperation mit dem Institut der Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke wurde 2003 ein Projektantrag an das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und an die Robert Bosch Stiftung, zur Förderung der Implementierung des Projektes eingereicht (vgl. Schrader, 2005, 32).

In den folgenden Abschnitten wird ein Überblick über das Projektdesign, die Konsensphase, Implementierungs- und Machbarkeitsphase sowie die daraus resultierenden Ergebnisse der Familiengesundheitspflege in Deutschland vermittelt. Auf diese Weise können Rückschlüsse auf eine mögliche Umsetzung des Konzeptes der „*Family Health Nurse*“ in das bestehende österreichische Gesundheitssystem gezogen werden.

6.1.1. Projektdesign und Konsensphase

2004 bis 2005 konnte der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) als WHO Collaborating Center die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)¹⁵ geförderte Vorstudie durchführen. Wissenschaftlich begleitet wurde diese Phase

¹⁴Der Begriff Familiengesundheitspflegefachkraft oder-hebamme wird in Deutschland und auch im Curriculum des österreichischen Roten Kreuzes anstelle des gängigen Begriffes der FHN (Family Health Nurse) verwendet. In dieser Arbeit wird der Begriff der Family Health Nurse (FHN) verwendet.

¹⁵Das BMGS wurde nach dem Amtsantritt der Bundesregierung 2005 neu konzipiert und ein Teil der Arbeitsbereiche wurde dem Bundesministerium für Gesundheit unterstellt die anderen Arbeitsbereiche wurden in das Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingegliedert (vgl. Krüger, 2006, 20).

vom Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten/Herdecke (vgl. Krüger, 2006, 20-21).

Anfang der 80er Jahre wurden in Deutschland die bestehenden Sozialstationen durch mobile Pflegedienste abgelöst. Der Grundtenor war damals „mobil vor stationär“, doch die extramuralen Betreuungs- und Pflegeorganisationen konnten den wachsenden hochqualitativen Anforderungen nicht völlig gerecht werden (vgl. Moers, 1997 zit. n. Macht, 2010, 17).

Dieses entstandene Vakuum sollte nun geschlossen werden, Deutschland bot einen fruchtbaren Boden für das „*Family Health Nursing*“-Konzept.

In der ersten Phase des Projektes wurde eine ExpertInnengruppe aus Vertretern der Landesministerien, der Bundesverbände, gesetzlicher Krankenkassen, der Pflegeforschung, der Bundesärztekammer, des Bundes Deutscher Hebammen und der Verbraucherzentrale zusammengesetzt (vgl. Eberl & Schnepf, 2005, 19).

Ziel der Vorstudie „*Projektdesign- und Konsensphase zur „Family Health Nurse“ in Deutschland*“ war es zu ergründen, „*ob und in welchem Umfang die Rolle der FHN, wie sie im Konzept der WHO für die Europäische Region verankert ist, in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung etabliert werden kann bzw. ob es sinnvoll ist, dies über ein Pilotprojekt herauszufinden*“ (vgl. Schnepf & Eberl, 2005, 5-6).

Diese Vorstudie wurde damals vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gefördert und dauerte von Mai 2004 bis Februar 2005.

Laut Schnepf & Eberl (zit. n. Hagauer 2010, 38) wurden in zwei Workshops Interviews mit ExpertInnen geführt, um deren Meinungen und Vorstellungen bezüglich einer möglichen Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Deutschland zu eruieren.

Als Ergebnis dieser Gruppendiskussionen und Interviews wurden fünf Szenarien über „*die möglichen Handlungsfelder der Familiengesundheitspflege und Familienhebamme*“ (vgl. Schnepf & Eberl, 2005, 2) erarbeitet.

Mit den aus den Szenarien abgeleiteten „*spezifischen Merkmalen der Familiengesundheitspflege in Deutschland können Aussagen über ihre Zielgruppen, Anlässe und Bedarfe, mögliche Kooperationspartner, Handlungskompetenzen, Finanzmöglichkeiten und die Ansiedlung, zugeschnitten auf die deutschen Versorgungsstrukturen, getroffen werden*“ (vgl. Eberl et al. 2005, 2).

Bei den ExpertInnen herrschte Konsens darüber, dass das Pilotprojekt zur Machbarkeitsphase der FGP/FGH in Deutschland durchgeführt werden sollte. Aus den Interviews und den Gruppendiskussionen ließ sich eindeutig ablesen, dass ein Bedarf für die Rolle der FGP/FGH bestand und *„diese eine wesentliche Rolle in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung einnehmen könnte“* (vgl. Schnepf et al., 2005, 41).

6.1.2. Implementierungs- und Machbarkeitsphase

In der darauffolgenden Implementierungs- und Machbarkeitsphase, die von der Robert-Bosch-Stiftung und dem BMGS gefördert wurde, konnte die Umsetzbarkeit des WHO Konzeptes überprüft werden. Im Mittelpunkt standen Fragen nach der Entwicklung der AbsolventInnen, nach der Adaptierung des WHO Curriculums an die deutschen Gegebenheiten und nach den Auswirkungen der Tätigkeiten des Pflegepersonals in den Familien auf (vgl. DBfK, 2009, 56).

Im Oktober und November 2005 starteten die ersten beiden Ausbildungskurse zur FGP/FGH in Deutschland mit insgesamt 18 TeilnehmerInnen aus der Pflege und Hebammenwesen (vgl. Krüger, 2006, 21).

Die Ergebnisse der Begleitforschung zeigten klar, dass eine Implementierung der Familiengesundheitspflege viele Vorteile bringen würde, da die FGH/FGP eine wichtige Ergänzung zu den bestehenden Akteuren und Angeboten darstelle. Aus den Interviews mit Familien ließ sich ablesen, dass es für die Familien essentiell war, in den Entscheidungsprozess aktiv eingebunden zu werden (vgl. Eberl et al., 2008).

6.2. Slowenien

Slowenien kann auf eine lange Tradition der Gesundheitsförderung in der Pflege zurückblicken. *„Gemeindepflegefachkräfte leiten und haben Verantwortung für Gesundheitshilfskräfte in der Pflege von kranken Menschen in städtischen Gebieten. Pflegefachkräfte sind verantwortlich für Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Gesundheitserziehung“* (vgl. Büscher, 2001, 200).

Das slowenische Gesundheitssystem baut auf den Säulen *„der Reduzierung von Ungleichheiten, Forschung, Gesundheitserziehung und Prävention“* auf (vgl. Hennessy & Gladin, 2006, 153).

Bezeichnend ist, dass es schon lange vor der Einführung des WHO-Konzeptes der „*Family Health Nurse*“ ein ähnliches Modell gab, weshalb es auch Schwierigkeiten bei der Umsetzung eines neuen passenden Ausbildungsmoduls gab (vgl. Macht, 2010, 27 zit. n. Macduff, 2006).

6.2.1. Das Patronage - System

In den 80er Jahren wurden in den ländlichen Regionen Sloweniens vermehrt Pflegepersonen eingesetzt die Aufgaben übernahmen, die heute eine „*Family Health Nurse*“ durchführen würde (vgl. WHO, 2006, 35).

„Patronage health service is defined as an integral part of the health system which uses specific methods of work focusing on health education. Its' main purpose is outreach health care, active tracing of individuals in need of health and social protection, empowering and supporting individuals, families and other groups and their training independently to apply measures of their health protection“ (vgl. Kisman, 2009, 366).

Das Patronage-System ist schon seit langem ein wichtiger Teil des slowenischen Gesundheitssystems und setzt seine Schwerpunkte vor allem in der Gesundheitsförderung und präventiven Pflege, Pflege während der Schwangerschaft und nach der Geburt, Pflege kranker Menschen und Gesundheitserziehung.

Laut Hennessy & Gladin (2006, 45) wird es mit 76,7% über staatliche Versicherungen getragen und zu 23,3% von Privatversicherungen.

6.2.2. Umsetzung des WHO Konzeptes in Slowenien

Die einjährige Ausbildung zur „*Family Health Nurse*“ ist in Slowenien universitär angesiedelt und wird nach einer drei-jährigen Basisausbildung zur Pflegeperson in Form eines postgradualen Lehrgangs angeboten (vgl. Hennessy & Gladin, 2006, 45).

Das Curriculum besteht zu 53% aus praktischer Ausbildung, zu 39% aus Seminaren und zu 8 % aus Vorlesungen (vgl. WHO, 2006, 65).

ExpertInnen sehen die „*Family Health Nurse*“ als eine Pflegeperson, die nur in Familien und Gemeinden tätig ist und eine Dreifachrolle einnimmt. *„Diese Rolle ist kurativ, präventiv und gesundheitsfördernd. Seitens der Gesundheitspolitik wird diese Rolle beworben, um der Bevölkerung Gesundheitsleistungen direkt zur Verfügung zu stellen und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden. Slowenien stellt sich als Mischform von Patronar-*

System und „Family Health Nursing“ dar. Die Grenzen verschwimmen und sind aus der Literatur nicht klar erkennbar“ (vgl. Macht, 2010, 28).

Slowenien kann in Bezug auf sein Pflegesystem als Vorreiter gesehen werden. Ein, dem Konzept der FHN ähnliches Modell, besteht in Slowenien schon seit den 80er Jahren. Der Aufteilungsschlüssel der Finanzierung des slowenischen Systems, auf private und staatliche Versicherungsträger könnte für andere Guideline für andere Länder darstellen.

6.3. Das Curriculum der Familiengesundheitspflege in Österreich

Auch in Österreich haben sich viele ExpertInnen für eine Implementierung des Konzeptes der FHN ausgesprochen. 2007 formierte sich eine Arbeitsgruppe, unterstützt vom Roten Kreuz in Kooperation mit dem Land Steiermark sowie dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, um ein Curriculum zur Ausbildung der Familiengesundheitspflege/Hebamme zu erarbeiten. Voraussetzungen für die Teilnahme an der Ausbildung wurden festgelegt und ein Lehrplan erstellt. Im nächsten Abschnitt folgt eine Beschreibung des Curriculums. Das Konzept der FHN konnte bis dato noch nicht in das österreichische Gesundheitssystem eingeführt werden (vgl. ÖRK, 2007, 15).

„Die Ausbildung zur Familiengesundheitspflege/Hebamme ist eine Spezialisierungsmöglichkeit im Pflegebereich und entspricht in ihrem Umfang und Anspruch den derzeitigen Sonderausbildungen für den gehobenen Dienst in der Gesundheits- und Krankenpflege“ (vgl. ÖRK, 2007, 14).

6.3.1. Ausbildung zur FamiliengesundheitspflegerIn/-hebamme

Das österreichische Curriculum beinhaltet drei Lehrgänge, die auf universitärer Ebene angesiedelt werden sollen, ihr Haupteinsatzgebiet soll der häusliche, familiäre und gemeindenahe Pflege- und Betreuungsbereich sein. Die Spezialisierung richtet sich an Personen, welche eine Grundausbildung in den folgenden Bereichen abgeschlossen haben:

- *Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege*
- *Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege*
- *Kinder und Jugendpflege*
- *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege*
- *Hebammen (vgl. ÖRK, 2007, 15).*

Die drei Lehrgänge ergänzen sich, können aber bei Bedarf auch unabhängig voneinander absolviert werden. Um den Titel FamiliengesundheitspflegerIn führen zu dürfen müssen alle drei Lehrgänge abgeschlossen werden (vgl. Österreichische Rotes Kreuz, 2007, 8).

A. Case- und Care Management im Kontext familiärer Pflege

Der Lehrgang „Case-Management“ schult Fachkräfte für die mobile Betreuung von PatientInnen, die einer komplexen multiprofessionellen Versorgung bedürfen. Das Betreuungspaket wird auf die individuellen Bedürfnisse des zu Pflegenden abgestimmt, wobei das Ziel verfolgt wird einen möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu fördern.

„Case-Management“ unterstützt die PatientInnen und deren Angehörige und entlastet die professionellen Betreuungspersonen, ohne die Selbstbestimmtheit und Entscheidungsfreiheit der KlientInnen zu hemmen“ (vgl. Krüger, 2001, 41).

Laut Peinhaupt, Novak et al. (2004, 19) spielt „Case-Management“ eine entscheidende Rolle

- *„in der aktiven Einbindung und im Aufbau der Ressourcen von PatientInnen (Empowerment);*
- *in der Förderung des selbständigen Umgangs mit der Erkrankung durch eine sorgfältige Einschätzung der Möglichkeiten zu Hause und eine gemeinsame Planung mit den KlientInnen und deren Familien;*
- *in der Kooperation mit verschiedenen Berufsgruppen, die in die Pflege der PatientInnen involviert sind“;*

B. Public Health mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung

Dieser Lehrgang setzt Themenschwerpunkte in der Förderung der Gesundheit, Krankheitsprävention und Gesundheitserziehung. Im Mittelpunkt steht die Früherkennung und Verhinderung von Krankheiten und die Vermittlung gesunder Lebensweisen (vgl. ÖRK, 2007, 11).

Die AbsolventInnen dieses Lehrganges:

- *„kennen Schlüsselkonzepte von Public Health, Gesundheit, Gesundheitsförderung und primärer Gesundheitsversorgung versteht die Rolle und Funktion der Pflege im Gesundheitssystem*
- *erkennt die Einflussfaktoren von Gesundheit*
- *kann den Einfluss von Gesetzgebung, Politik und Ökonomie auf das Gesundheitswesen erfassen und die Gesundheit des Einzelnen einschätzen*

- *kennt die nationalen Gesundheits- und Sozialstrukturen*
- *kann die Bedeutung der fachlichen Einzeldisziplinen der Gesundheitswissenschaften für Public Health erklären*
- *kann Gesundheitsberatung durchführen*
- *kann gesellschaftliche und individuelle Wertvorstellungen in Bezug auf Public Health und Pflege kritisch diskutieren etc.“ (vgl. ÖRK, 2007, 24).*

C. Familiengesundheitspflege

Dieser Lehrgang kann in zwei Varianten absolviert werden

Variante 1: Abschluss nach Guk.WV mit Zeugnis und Führung der Zusatzbezeichnung „*Familiengesundheitspflege*“

Variante 2: Abschluss Master of Science „*Family Health Nursing*“

Inhalte dieses Lehrganges sind:

- *„Familie als System*
- *Lebensphasen und Lebensmuster*
- *Phasen und Methoden der Familiengesundheitspflege*
- *Funktion und Rollenverständnis der Familiengesundheitsschwester¹⁶*
- *Arbeit mit Gemeinschaften und spezifischen Bevölkerungsgruppen*
- *Wissenschaft und Forschung“ (vgl. ÖRK, 2007, 40-46)*

Pro Lehrgang sind 30 ECTS vorgesehen. Eine Adaptierung des Familiengesundheitsgesetzes, sprich die gesetzliche Regelung der neuen Ausbildungsstandards ist der erste Schritt für die Einführung des Konzeptes der FHN. Das Curriculum wurde 2007 vorgestellt, bis dato sind keine weiteren Schritte zu einer Einführung geschehen.

¹⁶Familiengesundheitsschwester: auf den Begriff „Schwester“ wird in dieser Arbeit bewusst verzichtet, da die Konnotation dieses Wortes, mit den klassischen Stereotypen von Weiblichkeit, zum Teil mit den problematischen Erwartungen der KlientInnen und Haltungen kongruieren. Schließlich entspricht die Begrifflichkeit „Schwester“ keiner modernen, dem heutigen Berufsbild adäquaten Anrede von Pflegefachkräften (vgl. Achenbach, 2001, 38).

Die folgende Tabelle gibt abschließend einen Überblick über die Inhalte der Lehrgänge.

	Lehrgang/Module	SWS	Praktikum (h)	Selbststudium	ECTS	Work load (h)
1	<i>Case und Care Management im familiären Kontext</i>					
1.1	Familie als System I	2		52	3	77
1.2	Assessment	2		51	3	75
1.3	Sozial-kommunikative Kompetenz	4		70	5	120
1.4	Konzepte und Methoden des Case- und Care-Managements	4		115	7	165
1.5	Ressourcenmanagement	2		33	2	58
1.6	Qualitätsmanagement	1		32	2	45
1.7	Bewältigungsstrategien (Coping)	2		33	2	58
1.8	Wissenschaft und Forschung	2		45	3	70
1.9	Praxistransfer (Praktikum und Abschlussarbeit)		40	82	3	82
	<i>Zwischensumme</i>	19	40	513	30	750
2	<i>Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung</i>					
2.1	Public Health Konzepte	2		75	4	100
2.2	Gesetzliches, wissenschaftliches und administratives Umfeld von Public Health	2		50	3	75
2.3	Human- und Sozialwissenschaften in Public Health	2		75	4	100
2.4	Gesundheitsbedarfsermittlung und Epidemiologie	2		50	3	75
2.5	Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung	2		50	3	75
2.6	Pflege und Public Health	2		50	3	75
2.7	Kolloquium	4		120	7	175
2.8	Praxistransfer (Praktikum mit Arbeitsaufträgen)	2	30	50	3	75
	<i>Zwischensumme</i>	18	30	520	30	750
3	<i>Familiengesundheitspflege</i>					
3.1	Familie als System II	1		65	3	75,5
3.2	Lebensphasen und Lebensmuster	1		38	2	50,5
3.3	Phasen und Methoden der Familiengesundheitspflege	6		65	6	140
3.4	Funktion und Rollenverständnis der FHN	1		65	3	75
3.5	Arbeit mit Gemeinschaften und spezifischen Bevölkerungsgruppen	5		90	6	145
3.6	Wissenschaft und Forschung	4		79	5	129
3.7	Praxistransfer (Praktikum und Abschlussarbeit)		80	123	5	120
	<i>Zwischensumme</i>	18	80	525	30	750
	Gesamtsumme aller Lehrgänge als Weiterbildungen in Form von z. B. Universitätslehrgängen	55	150	1558	90	2250
	Familiengesundheitspflege – Masterabschluss					
3.8	Master in Science	6		675	30	750
	<i>Zwischensumme</i>	24	80	1200	60	1500
	Gesamtsumme aller Lehrgänge mit Masterabschluss	61	150	2233	120	3000

Tabelle 4: Quelle: Österreichisches Rotes Kreuz Curriculum Familiengesundheitspflege (vgl. ÖRK, 2007, 34)

7. Die mobile Pflege in Österreich

Dieses Kapitel soll einen Überblick über die momentane Situation der mobilen Pflege in Österreich geben. Ausgehend von den geschichtlichen über die demografischen Entwicklungen des mobilen Betreuungs- und Pflegesektors unseres Landes wird in einem Unterkapitel die mobile Pflege in Kärnten erläutert.

7.1. Aspekte der Hauskrankenpflege in Österreich

Mobile Pflege beschreibt die Pflege und Betreuungsstrukturen außerhalb des Krankenhauses. Synonym werden auch Begriffe, wie Gemeindepflege, extramurale Pflege oder Hauskrankenpflege (Österreich), ambulante Pflege (Deutschland) und auch häusliche Pflege, verwendet (vgl. Rogner, 2008, 65).

In diesem Teil der Arbeit soll nun vorerst die Entwicklung der Hauskrankenpflege in Österreich in den letzten Jahrzehnten beschrieben werden.

„In den 80er Jahren wurde vermehrt auf Hauskrankenpflege gesetzt, es wurde ein Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds - KRAZAF errichtet, der den Ausbau der extramuralen Bereiche förderte und finanzierte. Von den Bundesländern wurden diese finanziellen Zuwendungen unterschiedlich genützt. Vor allem die Wohlfahrtseinrichtungen wie Caritas und Rotes Kreuz setzten in der häuslichen Pflege neue Maßstäbe und bildeten die ersten Initiativen. Zu dieser Zeit wurde die Hauskrankenpflege als freiwillige Kann-Leistung in das allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aufgenommen“ (vgl. Ertl, 2007, 11).

Einige Modellversuche privater Organisationen konnten sich zwar als dauerhafte und reguläre Dienstleistung halten, allerdings ohne langfristig verbindliche Finanzierungskonzepte.

„Die Organisationen waren auf Spenden, Subventionen und Kostenbeiträge der KundInnen angewiesen. Es fehlte die öffentliche und politische Anerkennung der Hauskrankenpflege im Gesundheits- und Sozialwesen“ (vgl. Ertl, 2007, 13).

In den 90er Jahren wurden verstärkt Maßnahmen gesetzt, um die Professionalisierung der Hauskrankenpflege zu forcieren. Die Hauskrankenpflege wurde gefördert und unterstützt, denn man erhoffte sich eine weniger kostenintensive Pflege als die der Spitäler. Im Jahr 1992 wurde die medizinische Hauskrankenpflege ins ASVG, 1993 das Pflegegeld und 01.01.1997 das „LKF leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem“ eingeführt, letzteres zielte

auf eine kürzere Verweildauer der PatientInnen in den Krankenhäusern ab (vgl. Pelikan, 1998, 15; ASVG und LKF).

Anfang der 90er Jahre entsprach die Zielgruppe der mobilen Pflege meist älteren Menschen und chronisch Kranken mit hohem Pflegebedarf. Dies wurde etliche Jahre später auch auf andere Zielgruppen ausgeweitet (vgl. Ertl, 2007, 12).

Im Österreichischen Krankenpflegegesetz wurde der Ausbildungen zur Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft dadurch erst eine rechtliche und öffentliche Bedeutung zugestanden. Die „*Medizinische Hauskrankenpflege*“ wurde jetzt im ASVG als Pflichtleistung der Krankenkassen verankert (vgl. Ertl, 2007, 16).

7.1.1. Ausbildung

Schon in den 80ern wurde von den Organisationen und Pflegepersonen bemängelt, dass es keine zusätzlichen Qualifikationen (neben der Grundausbildung) für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in der mobilen Pflege gab. Einige Bundesländer setzten Impulse in der Professionalisierung der Hauskrankenpflege. *„Diese beruflichen Weiterbildungen wurden infolge knapper finanzieller Ressourcen nach wenigen Jahren wieder eingestellt.“* Jahre später wurde die Thematik wieder aufgerollt, weil man erkannte, dass in der Hauskrankenpflege eine umfassende Weiterbildung für die DGKP von höchster Priorität wäre (vgl. Ertl, 2007, 29-31).

Die Realität sieht jedoch noch nicht so aus, während *„es für Fachbereiche wie Hygiene, Intensivpflege, Anästhesie und Nierenersatztherapie, die in hochstandardisierten Systemen wie den Krankenhäusern integriert sind, längst gesetzlich verankerte Weiterbildungen gibt“*, gelten diese Bedingungen nicht für die Hauskrankenpflege. Obwohl die Hauskrankenpflege als humanpflegerische Dienstleistung mit höchster Eigenverantwortlichkeit, das Kerngeschäft der Pflege darstellt. (vgl. Ertl, 2007, 31).

7.2. Demografie

Eine wachsende Zahl von älteren und pflegebedürftigen Menschen stellt das Gesundheitssystem in Österreich vor neue Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Vor allem der mobile Pflege- und Betreuungsbereich muss flächendeckend und sehr vielfältig ausgebaut werden. Es müssen Strukturen in der mobilen Pflege geschaffen werden, die auch Konzepte der Gesundheitsförderung integrieren.

„Das System der mobilen Pflege ist im Vergleich zur stationären Pflege nur marginal ausgebildet. So arbeiten nur 3,5 % aller berufstätigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und 8,5% der Alten-/PflegehelferInnen in der mobilen Pflege“ (vgl. ÖGB, 2005, 6).

In Österreich leben zurzeit ca. 8 Millionen Menschen, von denen ca. 1,7 Mio. unter 19 Jahren und rund 1,5 Mio. über 65 Jahren alt sind. Der Rest befindet sich im Mittelfeld und ist zwischen 20 und 64 Jahren alt (Statistik Austria, 2010).

Nachdem in Österreich rund 80% der pflegbedürftigen Menschen zu Hause betreut werden, und die Familie im eigentlichen Sinne hierzulande den größten Pflegeplatz darstellt, sind Konzepte gefragt, die diese enorme Ressource, die pflegende Angehörige darstellen, unterstützen, fördern und entlasten (vgl. Ertl, 2007, 9).

7.2.1. Gesamteinschätzung

Der mobile Pflege und Betreuungssektor ist im Vergleich zu skandinavischen Ländern qualitativ und quantitativ unterentwickelt.

Das System funktioniert nur, weil der mobile Sektor in Österreich Probleme, die er von der Menge oder Komplexität her nicht bewältigen kann auf folgende Weise zu kompensieren versucht:

- *„herangezogen wird der Bereich der informellen Pflege - die Familien/sozialen Netze müssen verstärkt einspringen.*
- *externalisiert wird auch in die individuelle (Zusatz-) Leistungsbereitschaft von MitarbeiterInnen, die angesichts offener Bedürfnisse immer wieder bereit sind, (teilweise unbezahlte) Mehrarbeit zu leisten.*
- *es kann mit der Bereitschaft vieler KlientInnen gerechnet werden, für den Sonderwunsch, weiter zuhause leben zu können, auch Opfer zu bringen - eine relativ geringe Versorgungsdichte und persönliche Risiken zu akzeptieren.*
- *bei steigendem individuellem Versorgungsbedarf (vor allem durch akute Krankheit) kann in Österreich (natürlich mit regionalen Unterschieden) eine „höhere“ Versorgungsstufe relativ leicht in Anspruch genommen werden - aufgrund der hohen Kapazitäten im österreichischen Akutbereich. Plakatativ formuliert: viele Akutkrankenhäuser sind aktuell noch an Auslastung interessiert und können Kapazitäten anbieten - zumindest zeitweise. Die Gangbetten z. B. auf den allgemeinen internen Abteilungen bei Grippewellen weisen aber auf die Grenzen dieses Modells hin.*

- der „schwarze/graue“ Pflegemarkt spielt als Entlastungsmöglichkeit bzw. bei hohem Bedarf eine wichtige Rolle. Wie quantitativ umfangreich dieser Markt tatsächlich ist, lässt sich nur schwer einschätzen. 10.000 bis 60.000 Pflegekräfte aus den Nachbarländern werden ohne Angaben von Quellen bzw. Schätzungsmodell kolportiert. Eine im Rahmen dieser Expertise auf dieser problematischen Basis aufbauende, durch Berücksichtigung von Qualifikation (diplomierte Pflegekräfte/ausgebildete Pflege- und AltenhelferInnen) und Arbeitsumfang (Vollzeitäquivalente, VZÄ) vergleichbar gemachte Schätzung kommt auf etwa 1.000 bis 6.000 VZÄ, knapp die Hälfte davon (formal) qualifiziert“ (vgl. ÖGB, 2005, 9).

7.2.2. Begriffsbestimmungen

Als Bindeglied zwischen der familiär-nachbarschaftlichen Hilfe, den behandelnden niedergelassenen Ärzten und den stationären medizinisch-pflegerischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Rehazentren) kann die Hauskrankenpflege gesehen werden. Ein enges Miteinander und Zusammenwirken der verschiedenen sozialen Einrichtungen ist im praktischen Alltag unerlässlich. Es ist aber wichtig, die fachliche Hauskrankenpflege vom breiten Spektrum der sozialen Dienste zu trennen, um den Untersuchungsgegenstand und eine Begriffsdefinition wie folgt vorzunehmen (vgl. Fülöp, 1988, 42-48).

„Hauskrankenpflege ist die fachliche Pflege von Patienten in deren Wohnbereich durch Pflegepersonen im Sinne des Bundesgesetzes betreffend die Regelung des Krankenpflegefachdienstes, der medizinisch-technischen Dienste Sie umfasst die Pflege bei Erkrankungen aller Art und jeden Lebensalters im präventiven und kurativen Sinn“ (vgl. §152 ASVG).

Hauskrankenpflege ist die professionelle, fachliche Pflege von Patienten zu Hause. Vorrangig eignet sich diese Art der Pflege für Personen, deren Erkrankung sich über einen längeren Zeitraum erstreckt oder nicht geheilt werden kann, auch für Personen, die nach einer stationären Behandlung noch für eine bestimmte Zeitdauer temporär fachlich weiterbetreut werden müssen. Die Herausforderung und Aufgabe dieser Pflege ist die Hilfeleistung an „*Menschen aller Altersstufen im Zustand der Krankheit*“ mit dem Ziel, den Genesungsprozess und ein dauerhaftes Gesundbleiben zu ermöglichen, chronisch Kranken oder auch Sterbenden ein würdevolles menschliches Dasein zu wahren.

Gemäß der Definition zur Hauskrankenpflege findet sich dort neben der präventiven auch die kurative Komponente. Werkzeuge wie Beratung, Gesundheitserziehung und medizinische Präventivmaß werden zur Pflege der Gesundheit und deren Erhaltung eingesetzt.

Österreichweit haben sich in den letzten Jahren regional unterschiedliche Bezeichnungen für in diesem Bereich tätiges Fachpersonal gebildet:

- Hauskrankenpflegeschwester (Oberösterreich, Salzburg)
- Sozialmedizinische Schwester (Steiermark, Niederösterreich)
- Hauspflegerin (Aktionsgebiete der Caritas)
- Mobile Krankenschwester (Wien)
- Gemeindeschwester (ländliche Gebiete in Westösterreich)
- Gesundheitsschwester (vgl. ÖBIG-Studie 1975: „*Gesundheitsschwester*“).

Eine bundesweite Vereinheitlichung der Terminologie, sowie eine Adaptierung der gesetzlichen Grundlagen für einen Ausbau der Hauskrankenpflege ist anzustreben. Ein Vorschlag sind die Bezeichnungen/Begriffe „*HauskrankenpflegerIn*“ oder „*Hauskranken-schwester*“ und „*HauskrankenpflegerIn*“ einzuführen und unter „*Hauskrankenpflegeperso-nal*“ zu subsumieren.

Aus dem Bundesgesetzbuch BGBl. 102/1961 könnte man zur Definition der Hauskranken-pflege auch ableiten, dass Angehörige des Sanitätshilfsdienstes in der fachlichen Hauskran-kenpflege tätig werden können. Laut Fülöp (1998, 56) ist dies nach dem Bedarf der Grund-pflege sogar gerechtfertigt, fachlich höherwertige Tätigkeiten wie (Einlauf und Katheter Insulininjektionen, etc.) sind von diplomiertem Pflegepersonal auszuführen.

7.2.3. Hauskrankenpflege in Österreich

Laut Ertl (2007, 56) versteht man unter „*Hauskrankenpflegefachdienst die medizinisch-pflegerische Betreuung von Personen innerhalb deren Wohnung durch diplomiertes Kran-kenpflegepersonal. Hauskrankenpflege kann auch im Rahmen „sozialer Dienste“ im Sinne der Sozialhilfegesetze geleistet werden, unterscheidet sich aber von anderen persönlichen Hilfen in besonderen Lebenslagen, die von Laien oder Hilfspersonal erlernt und ausgeführt werden können, dadurch, dass sie nur von dem zu dieser Tätigkeit gesetzlich befugten Personal beruflich ausgeübt werden darf*“.

Hauskrankenpflege ist in Österreich nahezu überall verfügbar. In den Bundesländern bestehen mehrere Organisationen nebeneinander die ihre Dienstleistungspakete anbieten. Die KlientInnen können neben der Hauskrankenpflege auch additive Dienste wie Essen auf Rädern, Heimhilfe, Altenhilfe, Nachbarschaftshilfe und Besuchsdienste in Anspruch nehmen.

Die extramuralen Dienste werden von den Ländern und Gemeinden in der Regel nicht selbst angeboten. Die öffentliche Hand übernimmt hier die Aufgabe der finanziellen Mittelbereitstellung, Qualitätsmanagement und -kontrolle, sowie die Steuerung von Gesundheits- und Sozialleistungen. Den Organisationen werden von den verantwortlichen Behörden Mindeststandards und Richtlinien für die Ausführung der Dienstleistungen vorgegeben und sie vereinbaren auf privatwirtschaftlicher Basis die Preise der verschiedenen Dienste.

Wie ExpertInnen bestätigen gibt es *„einige Symptome für einen qualitativen Personalmangel in der mobilen Pflege in Österreich, welcher in Zukunft zu einer qualitativ nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der KlientInnen ausgerichteten Betreuung führen könnte“* (vgl. ÖGB, 2005, 24).

Pelikan (1998, 15) konstatiert, dass für eine effiziente Versorgung Schwerkranker zu Hause *„professionell koordinierte Versorgungsangebote“* benötigt werden, und fordert den Ausbau der ganzheitlichen und integrierten Hauskrankenpflege *„hospital at home“* oder *„hospital in the home“*.

Zukünftig werden Krisen- und Konfliktmanagement zu einer zentralen Kernkompetenz in der mobilen Pflege werden. Zurzeit sind die Pflegefachkräfte dafür aber noch zu wenig ausgebildet. Wild (2001, 47) sieht die mobile Pflege und Betreuung zukünftig vor drei große Herausforderungen gestellt.

A.) *„Integrierte Versorgung*

In Zukunft sollte man vermehrt auf neue Modelle setzen, die eine bessere Vernetzung der einzelnen Bereiche des österreichischen Gesundheitssystems gewährleisten. Weiters sollte Case- und Caremanagement konsequent eingeführt bzw. bereits bestehendes Management weiter ausgebaut werden“.

B.) *Gesundheitsförderung*

Die Gesundheitsförderung im mobilen Bereich sollte einen großen Stellenwert einnehmen, und durch Konzepte wie z. B. die FHN in die Tat umgesetzt werden. Um dies umzusetzen, bedarf es einer forcierten Wahrnehmung der Belange von Familien. Es müssen Maßnahmen zur Gesunderhaltung gesetzt werden um Familien zur Selbstbestimmung zu befähigen“ (vgl. Wild, 2001, 88-92).

7.3. Mobile Pflegelandschaft in Kärnten



Abbildung 3: Evaluierung und Fortschreibung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für stationäre, teilstationäre und mobile soziale Dienste in Kärnten. (vgl. ÖBIG, 2008, 34)

7.3.1. Demografie

Die Bevölkerungszahl in Kärnten sinkt seit dem Jahr 2009 jährlich ca. 1.000 Einwohner. Diese Abwärtstendenz wird sich in den nächsten Jahren fortsetzen.

„Die internationale Zuwanderung kann die Binnenwanderungsverluste und die negativen Geburtenbilanzen nicht kompensieren. Der Rückgang erreicht bis 2030 rund 2% des Ausgangbestands, und die Bevölkerung wird dann 547.000 gegenüber 558.000 im Jahr 2011 betragen. Bis zum Jahr 2060 wird in der aktuellen Prognose ein weiteres Absinken auf 511.000 Einwohner errechnet, das ist gegenüber 2011 ein Minus von 8%“ (vgl. Statistik Austria, 2012).

Worin sich alle Experten einig sind, ist dass es zu einer gravierenden Abnahme der jungen Bevölkerung kommen wird, wobei 2050 laut Prognosen etwa 40% der Personen über 60 Jahre sein werden (vgl. NPO, 2004, 90).

Das Bundesland Kärnten steht in naher Zukunft vor großen Herausforderungen, die Bevölkerungsstruktur ändert sich. Die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren wird zahlen- und anteilmäßig stark an Gewicht zunehmen.

Jahr	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis 60 Jahre	Über 60 Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis 60 Jahre	Über 60 Jahre
	absolut				in %		
2008	560.579	82.227	342.934	135.418	14,7	61,2	24,2
2009	560.391	80.653	342.236	137.502	14,4	61,1	24,5
2010	560.004	79.061	341.685	139.258	14,1	61,0	24,9
2011	559.721	77.568	341.198	140.955	13,9	61,0	25,2
2012	559.619	76.346	340.513	142.760	13,6	60,8	25,5
2013	559.625	75.441	339.507	144.677	13,5	60,7	25,9
2014	559.685	74.745	338.258	146.682	13,4	60,4	26,2
2015	559.787	74.185	336.608	148.994	13,3	60,1	26,6
2020	560.264	72.845	322.907	164.512	13,0	57,6	29,4
2025	560.917	72.385	305.342	183.190	12,9	54,4	32,7
2030	561.588	72.150	290.308	199.130	12,8	51,7	35,5
2035	561.064	70.816	283.651	206.597	12,6	50,6	36,8
2040	559.401	68.877	281.067	209.457	12,3	50,2	37,4
2045	556.541	67.210	276.632	212.699	12,1	49,7	38,2
2050	552.402	66.434	272.661	213.307	12,0	49,4	38,6
2075	525.282	65.266	264.190	195.826	12,4	50,3	37,3

Tabelle 5: Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2010

7.3.2. Mobile Pflege in Kärnten

Für den mobilen Pflege- und Betreuungsbereich ist in Kärnten die Abteilung 4 des Amts der Kärntner Landesregierung zuständig.

1994 wurden Sozial- und Gesundheitssprengel ins Leben gerufen, um eine bessere Koordination der anbietenden Organisationen und Selbsthilfegruppen in den jeweiligen Bezirken zu gewährleisten. In Kärnten bieten zehn Stellen der Sozial- und Gesundheitssprengel ihre Hilfe bei der Vermittlung von mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten an.

Somit ist gesichert, dass KundInnen nach Abklärung ihrer/seiner Bedürfnisse, an die bestmögliche Organisation weitergeleitet werden.

Seit 2007 sind die Aufgaben der Sozial- und Gesundheitssprengel im Kärntner Mindestsicherungsgesetz festgelegt.

„§38 K-MSG (Absatz 1) hält fest, dass den Sozial- und Gesundheitssprengeln die Koordination der in ihrem Bereich angebotenen ambulanten, stationären und teilstationären Leistungen der sozialen Mindestsicherung und die Hilfe bei ihrer Inanspruchnahme obliegt“ (vgl. ÖBIG, 2008, 29).

Durch die Bildung von Sozial- und Gesundheitssprengel soll in Kärnten eine:

- *„flächendeckende*
- *koordinierte und*
- *am Bedarf orientierte Betreuung mit sozialen Diensten gewährleistet,*
- *Transparenz beim Leistungsangebot geschaffen und*
- *ein rascher Zugang zu den sozialen Diensten ermöglicht werden“ (vgl. NPO, 2004, 94).*

Die zehn verschiedenen Sozial und Gesundheitssprengel in Kärnten sollen folgende Aufgaben übernehmen:

- *„Feststellung des Bedarfs an sozialen Diensten*
- *Möglichkeit der Inanspruchnahme*
- *Abstimmung der Bedarfsdeckung (Über- und Unterversorgung, Initiativen für eine ausgeglichene Versorgung)*
- *Sicherung der qualitativen und quantitativen Versorgung*
- *Schaffung von Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch*
- *Planung von sozialen Diensten und Anregung an die Träger, diese umzusetzen*

- *Förderung der Zusammenarbeit und wechselseitigen Information hinsichtlich aller Träger*
- *Vorlage von Kosten- und Leistungsvergleichen für soziale Dienste von einzelnen Anbietern“ (Quantum 2007, 13).*

Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass die Betroffenen ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben in ihrer gewohnten Umgebung führen können (vgl. Quantum, 2007, 13).

Hauskrankenpflege / Hauskrankenhilfe / Heimhilfe

Gemäß § 56 Abs. 1 lit. h u. i des Kärntner Sozialhilfegesetzes (vgl. K-SHG 1996, LGBl. Nr.30, i. d. g. F.), ist das Land als Träger von Privatrechten zuständig für:

- die Vorsorge für die Durchführung der Hauskrankenpflege und
- die Vorsorge für die Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes

Essen auf Rädern

Essen auf Rädern wird von den Gemeinden getragen, es gibt in diesem Bereich keine Finanzierung durch das Land (vgl. Quantum, 2007, 17).

Anbieter

Die Durchführung von „sozialen Diensten“ wird seitens des Landes an Träger der freien Wohlfahrtspflege delegiert. Alle 12 Anbieter, die 2001 einen Vertrag mit dem Land abgeschlossen hatten, bieten Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe und Heimhilfe an.

In Kärnten gibt es folgende privat-gemeinnützige Anbieter von Hauskrankenpflege, Altenhilfe/Pflegehilfe und Heimhilfe:

- Die Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens (in allen Bezirken vertreten)
- Hauskrankenhilfe Klagenfurt
- Hauskrankenhilfe Velden (HKH Ve)
- Hauskrankenhilfe Spittal/Drau
- Das Kärntner Hilfswerk (in allen Bezirken vertreten)
- Kärntner Caritasverband (in allen Bezirken vertreten)
- Österreichisches Rotes Kreuz
- Sozialhilfe Kärntner Frauen (Klagenfurt)
- Mobiler Pflegedienst Klagenfurt
- Sozialmedizinischer Betreuungsring Maria Saal - Magdalensberg

- Sozialmedizinischer Betreuungsring Krumpendorf - Pörschach - Moosburg
- Volkshilfe Kärnten

Frei finanzierte Anbieter sind zum Beispiel

- MOKI (Mobile Kinder - Krankenpflege)
- Privater Pflege- und Betreuungsdienst ISL (frei finanzierter Anbieter)
- Diakonie

„2005 wurden in der Hauskrankenpflege, Hauskrankenhilfe und Heimhilfe 723.626 Stunden erbracht. 2006 wurden für sämtliche soziale mobile Dienste (mit Ausnahme von Essen auf Rädern) 2006 wurden 3.724 Personen durch soziale mobile Dienste betreut. In Kärnten kann die medizinische Hauskrankenpflege nicht aus dem gesamten Hauskrankenpflegebereich herausgerechnet werden, denn pflegebedürftige Personen erhalten den für die medizinische Hauskrankenpflege bezahlten Betrag von der Krankenkasse zurückerstattet. Im Jahr 2005 erbrachten zwölf Anbieter an 5.023 Personen insgesamt 107.722 Pflegestunden. Im Jahr 2006 betrug die Höchstanzahl der bewilligten Stunden der medizinischen Hauskrankenpflege 145.679 Stunden. Im Jahr 2005 erbrachten zwölf Anbieter an 4.258 Personen insgesamt 321.027 Hauskrankenhilfestunden. Im Jahr 2006 betrug die Höchstanzahl der bewilligten Stunden 349.333 Stunden“ (vgl. Quantum Institut, 2007, 12-15).

Die Arbeiterkammer fordert zur Sicherung einer bedürfnisorientierten und leistbaren, häuslichen Pflege und Betreuung in Österreich folgende Maßnahmen:

„Aufbau von gemeindenahen Versorgungsstrukturen wie Gesundheitssprengel oder Gesundheitszentren, um Tag- und Nachbetreuung aufbauen und gewährleisten zu können“ (vgl. Kärntner Arbeiterkammer).

Beim Pflege- und Betreuungsangebot muss klarer unterschieden werden zwischen der eigentlichen Pflegetätigkeit und der Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (Haushaltsführung, Kochen, Waschen, ...).

„Die derzeitige Handhabung der medizinischen Hauskrankenpflege und deren Finanzierung durch die Kassen ist nicht bedarfsgerecht und muss überarbeitet werden“ (vgl. Kärntener Arbeiterkammer). Auf bedürfnisorientierte Pflege muss ein Rechtsanspruch geschaffen werden. Die Finanzierung ist sicherzustellen, wobei ein Mehssäulenmodell die Lasten verteilen soll. Neben dem Pflegegeld kann auch auf Teile des Pensionseinkommens zurückgegriffen werden. Der Rest ist von den Ländern zu tragen.

8. Empirischer Teil

In diesem Abschnitt werden die Methoden dieser qualitativen Arbeit und deren wissenschaftliche Grundlagen, das Forschungsdesign sowie die Vorgangsweise bei der Datenerhebung beschrieben. Ausgehend von der Vorstellung und Begründung der Wahl des leitfadengestützten ExpertInneninterviews als Forschungszugang, werden die Entwicklung des Interviewleitfadens, die Planung der Durchführung der Interviews und die Wahl der ExpertInnen Berücksichtigung finden. Daran anschließend wird, um eine Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit der Forschungsarbeit gewährleisten zu können, die Methode der Datenauswertung expliziert.

8.1. Grundprinzipien der qualitativen Forschung

Die qualitative Forschung setzt den Menschen als Individuum in den Mittelpunkt. Jeder Mensch betrachtet die Dinge aus seiner eigenen Perspektive. Das Ziel der qualitativen Forschung ist es, das subjektive¹⁷ Erleben des Einzelnen in einer natürlichen Umgebung zu untersuchen und bestimmte Phänomene zu identifizieren und zu verstehen (vgl. Mayer, 2002, 77)

Qualitative Forschung ist offen gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, der Theoriebildung, der Methode und flexibel im Forschungsprozess und in der Methodik (Mayer, 2002, 73).

Vorteile qualitativer Methoden:

- offen und flexibel im Vorgehen, Methode passt sich an den Untersuchungsgegenstand an und nicht umgekehrt
- Forscher/Forscherin erhält eher wahre und vollständige Informationen der Untersuchungsteilnehmer, da diese keinerlei Vorgaben haben
- entdecken neuer Sachverhalte durch die Offenheit des Vorgehens
- die für den Teilnehmer/die Teilnehmerin relevanten Sachverhalte bestimmt er/sie selbst
- durch die persönliche Interaktion ist es möglich, Hintergründe zu erfragen und Unklarheiten zu beseitigen
- hohe inhaltliche Validität durch nicht prädefinierte Vorgehensweise

¹⁷ Subjektiv meint hier: eine vom Einzelnen ausgehende Beobachtung (vgl. Mayer, 2002, 72)

- tieferer Informationsgehalt durch offene Befragung
- größere Subjektivität der Ergebnisse

Nachteile qualitativer Forschung:

- qualitative Methoden sind relativ zeit- und kostenintensiv
- die Anforderungen an die Qualifikation des Interviewers sind recht hoch, die Qualität der Daten ist zu einem gewissen Teil auch davon abhängig
- die Auswertung ist vor allem im Vergleich zu den quantitativen Methoden relativ aufwendig
- aus qualitativen Daten lassen sich keine numerischen Daten ableiten (vgl. Mayer, 2002, 70-73; Lamnek, 1995, 220).

Wichtig für die Datenerhebung und Datenauswertung in der qualitativen Forschung ist vor allem die Transparenz des Erhebungsverlaufes. So müssen Aufbau und Ablauf der Untersuchung offengelegt werden.

Folgende Punkte sollten hierbei berücksichtigt werden:

- Definition der Fragestellung
- Entscheidung über Art und Strukturierungsgrad der Methode
- Entwicklung des Interviewleitfadens
- Rekrutierung der Teilnehmer
- Durchführung der Interviews
- Transkription der Interviews
- Auswertung der Verbaldaten mittels qualitativer Inhaltsanalyse
- Ergebnisinterpretation

8.1.1. Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität der Forschungsergebnisse und deren Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten, wurden in dieser Arbeit basierend auf den Gütekriterien nach Mayring (1996):

- Verfahrensdokumentation
- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung, Daten erhoben.

Damit der Forschungsprozess für andere nachvollziehbar wird, muss detailliert dokumentiert werden, welche Methoden angewendet werden (vgl. Mayer, 2002, 80). Das Datenmaterial wurde systematisch bearbeitet und ausgewertet. Die „Nähe zum Gegenstand“ erfolgte durch den persönlichen Kontakt zu den InterviewpartnerInnen und die Durchführung der Interviews. Eine Reflexion war durch den regen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie dem Diplomarbeitsbetreuer gewährleistet.

8.1.2. Forschungsethische Prinzipien

Für jede Forschungsarbeit ist natürlich auch im Vorfeld zu klären, ob ethische Grundprinzipien eingehalten werden können. Die Teilnahme an den Interviews erfolgte auf freiwilliger Basis und es herrschte ein *informed consent*¹⁸. Die InterviewteilnehmerInnen wurden über die Zielsetzung der Untersuchung in Kenntnis gesetzt. Die freiwillige Teilnahme und die Wahrung der Anonymität wurden ihnen zugesichert. Sie stimmten ihrerseits mündlich einem Interview zu und wurden darüber informiert, dass sie jederzeit, ohne Angabe von Gründen, das Gespräch abbrechen oder Fragen unbeantwortet lassen können.

8.1.3. Fragenstellung und Ziel der Arbeit

Ist das Konzept der FHN wie es die WHO empfiehlt in seiner Gesamtheit im mobilen Pflegebereich in Österreich/Kärnten aus der Sicht von PflegeexpertInnen umsetzbar und welche Voraussetzungen werden dafür gebraucht?

Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, wie sich die momentane Situation der mobilen Pflege in Österreich, speziell in Kärnten, darstellt und ob es einen Bedarf an dem Konzept der FHN gibt. Außerdem soll dargestellt werden, welche Voraussetzungen für eine effiziente Umsetzung des Konzeptes in Österreich bzw. Kärnten geschaffen werden müssten.

Durch die Daten die aus den verschiedenen ExpertInneninterviews gewonnen wurden, der vorhergehenden Literaturanalyse zum Konzept der FHN und dem mobilen Pflegebereich in Kärnten bzw. Österreich wird eine Darstellung der momentanen Situation möglich.

Abschließend wird versucht eine Empfehlung zur möglichen Implementierung des Konzeptes der FHN in das bestehende Gesundheitssystem zu geben.

¹⁸ „Informed consent“: bedeutet, dass die InterviewpartnerInnen zustimmungsfähig sind und ihre Zustimmung ohne äußeren Druck geben. Ferner muss ihnen jederzeit die Möglichkeit eingeräumt werden, das Interview abzubrechen. Ergebnisse der Interviews dürfen nur in anonymisierter Form veröffentlicht werden (vgl. Körtner, 2004, 182)

Die Analyse der Ergebnisse dieser Arbeit soll Aufschluss über den Erkenntnisstand der Familiengesundheitspflege in Österreich geben und Möglichkeiten für eine Implementierung veranschaulichen.

8.2. Datenerhebung

8.2.1. Das ExpertInneninterview

Als Methode der Datenerhebung wurde das halb standardisierte¹⁹, leitfadenorientierte Experteninterview gewählt, eine Erhebungsform, die in der Sozialforschung sehr beliebt ist und sich gerade bei Themen anbietet, zu denen es noch wenig Fachliteratur gibt. Laut Mayer (2002, 124) ist bei dieser Art von Interview ein Leitfaden vorgegeben, der lediglich eine Hilfestellung für die ForscherInnen darstellen soll. Dabei können Reihenfolge, Formulierung und Anzahl der Fragen selbst bestimmt werden. Wenn die Interviewsituation es erfordert, werden Zwischen- und Verständnisfragen gestellt.

Das ExpertInneninterview ermöglicht den Forscherinnen und Forschern einen direkteren Zugang zu „praktischem Insiderwissen“ und bietet eine Dichte der Datengespinnung in einer zeitlich und ökonomisch nicht so aufwendigen Durchführung wie z. B. teilnehmende Beobachtungen oder Feldstudien (vgl. Bogner & Menz, 2005, 7).

Halb standardisierte Interviews haben den Vorteil, dass man differenzierte, subjektive Aussagen der Befragten erreicht.

Das ExpertInneninterview ist eine Befragung von Personen, die als ExpertInnen in einem bestimmten Fachgebiet oder in Bezug auf eine bestimmte Fragenstellung gelten (vgl. Bartholomeyczik, 2008, 26).

„Experte beschreibt die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen“ (vgl. Gläser & Laudel, 2009, 12).

Halbstrukturierte Interviews mit offenen Fragen eignen sich speziell um differenzierte, individuelle Aussagen der InterviewpartnerInnen zu erreichen. Den subjektiven Meinungen und Erfahrungen der ExpertInnen wird durch diese Art des Interviews ein Raum geboten.

¹⁹Halb standardisiert: bei denen die Handlungen des Interviews durch den Fragebogen (Interviewleitfaden) standardisiert werden, den InterviewpartnerInnen aber freigestellt wird, wie sie die Fragen beantworten.(vgl. Gläser & Laudel,, 2009, 41)

Somit kann ein ganzheitliches Bild zu einem Thema gewonnen werden, wobei sich vorangehende Literaturanalyse und ExpertInneninterview ergänzen.

Ein Vorteil von ExpertInneninterviews ist die Exploration eines Problemfeldes, denn ExpertInnen und Experten erkennen Probleme in statu nascendi und ihre Problemsicht, ihr Deutungswissen kann von großem Nutzen für eine Forschungsarbeit sein.

Laut Meuser & Nagel (2002, 74) sind ExpertInnen allgemein „*FunktionsträgerInnen innerhalb eines organisatorischen und institutionellen Kontextes, die Problemlösungen und Entscheidungsstrukturen repräsentieren*“.

ExpertInnen müssen aber nicht zwangsläufig der „(Funktions-) Elite“²⁰ einer Organisation angehören, in der Regel sind es gut ausgebildete Personen, die es gewohnt sind, mit Frage-situationen umzugehen und komplexe Zusammenhänge darzulegen.

ExpertInnen sind all diejenigen Menschen, die mit ihrer sachverständigen Sicht auf eine spezifische Realität dazu beitragen, dem Fragesteller seinen Blick auf die gleiche Realität zu bilden, zu weiten oder zu schärfen. Sie können das, weil sie einen Wissensvorsprung haben, oder weil sie eine im Vergleich zum Fragesteller privilegierte Perspektive auf den jeweiligen Gegenstand (und dadurch einen Wissensvorsprung) haben (vgl. Bogner, 2005, 175).

Das Kontextwissen von ExpertInnen und Experten kann vor allem auch im Sinne einer Problemstrukturierung als sehr hilfreich erachtet werden (vgl. Bogner & Menz, 2005, 10).

8.2.2. Interviewleitfaden

Ein Interviewleitfaden stellt das Grundgerüst der mündlichen Befragung dar und baut auf den Forschungsfragen auf.

Für die halb standardisierten Interviews in dieser Untersuchung wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Dieser stellt während der Interviewsituation eine Gedächtnisstütze dar, an die sich der Interviewer halten kann. Der Interviewleitfaden lässt sich flexibel an die Gesprächssituation anpassen (vgl. Mayer, 2002, 123 -125).

Der formale Aufbau eines Interviewleitfadens folgt prinzipiell dem Verlauf des Interviews. Kennzeichen von Leitfadeninterviews, hierzu zählt das Experteninterview, sind laut Reinders

²⁰Der Begriff meint diejenigen Personen, die „Teil des Handlungsfeldes, dessen Probleme gelöst werden sollen“, sind. (vgl. Meuser/Nagl, 1994, 181-184)

(2011) ein viergliedriger Aufbau, bestehend aus Einstiegs-, Aufwärm-, Haupt- und Ausstiegsphase.

Einstiegsphase:

Diese Phase des Gesprächseinstieges ist sozusagen als Vorspann zum eigentlichen Interview gedacht. Hier stehen folgende Aspekte im Vordergrund:

- Begrüßung
- Kennenlernen und Etablierung einer vertrauensvollen Atmosphäre
- Kurze Vorstellung der eigenen Person (InterviewerIn)
- Verdeutlichen der Ziele des Interviews sowie Aufklärung über die Vorgehensweise
- Einwilligung der InterviewpartnerInnen in die Aufzeichnung des Interviews

Aufwärmphase:

Dieser Teil des Interviews dient dazu das inhaltliche Gespräch in Gang zu setzen. Weiters werden die InterviewpartnerInnen in dieser Phase der Befragung darüber aufgeklärt, dass sie jederzeit das Interview abbrechen oder Fragen unbeantwortet lassen können.

Hauptteil des Interviews:

Dieser Teil des Interviews nimmt am meisten Zeit in Anspruch und hier erfolgt eine Auseinandersetzung mit den in Leitfäden skizzierten Themen- und Fragenkomplexen. Der Leitfaden dient an dieser Stelle als Rahmen für das Gespräch, kann aber jederzeit verlassen werden, denn er ist kein Instrument, das starr befolgt werden muss, sondern eine Hilfe die dem Gesprächsverlauf flexibel angepasst werden kann (vgl. Morse & Field, 1998, 123).

Abschlussphase:

In der Abschlussphase des Interviews werden nochmals Angaben zu Person des/der Forschers/Forscherin gemacht. Man bedankt sich für das Vertrauen das einem entgegengebracht wurde und die Bereitschaft am Interview teilzunehmen (vgl. Mayer, 2002, 132).

An dieser Stelle wird auch die genaue Vorgehensweise geklärt, der/die InterviewpartnerIn wird darüber informiert, dass seine/ihre Daten vertraulich behandelt werden und dass die Interviewinhalte in anonymisierter Form in die Forschungsarbeit einfließen. Falls für den/die Befragten/Befragte noch Fragen offen sein sollten, werden sie jetzt noch besprochen (vgl. Ditton, 2011, 38).

8.3. Auswahl der ExpertInnen

Die Auswahl der ExpertInnen erfolgte aufgrund ihres umfangreichen Wissens und ihrer Erfahrungen in Bezug auf den Forschungsgegenstand. So wurden InterviewpartnerInnen befragt die Teil der Arbeitsgruppe des Curriculums der FHN in Österreich waren. Gezielt ergänzt wurden diese durch regionale ExpertInnen aus Kärnten, die für Organisationen, die mobile Pflege anbieten, tätig sind.

Es wurden Personen befragt, die über ein praxisnahes und breites Übersichtswissen im Bereich der mobilen Pflege und Gesundheitsförderung verfügen. Die folgende Tabelle werden die ExpertInnen mit Namen, Organisation und Funktion dargestellt.

Name	Organisation	Funktion
Mag. ^a Andrea ALDER MBA	Wiener Hilfswerk	Lektorin FH Campus Wien, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Mobile Elternberatung
Mag. ^a Monika WILD, MAS MSc. DGKS	Österreichisches Rotes Kreuz	Bereichsleitung Gesundheits- und Soziale Dienste, Curriculum FHN
DGKP Andreas SIDORENKO	AVS Villach Land Mobile Pflegedienste	Akad. Leiter im Gesundheitsmanagement
DGKS Renate PENKER	Kärntner Hilfswerk	Pflegedienstleitung
DKKS Sabine GRÜNBERGER	MOKI Kärnten	Landesvorsitzende Mobile Kinderkrankenpflege Kärnten
Mag. Dr. Martin NAGL- CUPAL	Uni Wien Institut für Pflege- wissenschaft	Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Mag.(FH) Dieter DÜRNBERGER	Kärnten AVS-mobile Dienste	Pflegedienstleitung
Gabriele PICHLER MBA	Hermagor und Villach Süd	Pflegedienstleitung

Tabelle 6: ExpertInnen der Befragungen

8.3.1. Durchführung und Verlauf der Erhebung

Insgesamt wurden n=8 ExpertInnen interviewt. Der Erstkontakt erfolgte schriftlich entweder per Email oder per Brief. Die ExpertInnen wurden um eine Teilnahme an einem ExpertInneninterview gebeten. Es wurde darauf hingewiesen, dass es sich um eine Befragung im Rahmen einer Diplomarbeit am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien handelt. Weiters wurden die InterviewpartnerInnen über den Gesprächsgegenstand und die mögliche Dauer des Interviews aufgeklärt. Es wurde Ihnen weiters noch die Möglichkeit eingeräumt Informationsmaterial zum Thema „*Family Health Nursing*“ zu erhalten - dieses Angebot nahmen drei InterviewpartnerInnen an.

Alle IntervieteilnehmerInnen wurden vor der Befragung auf die methodische Vorgehensweise und die Inhalte der Befragung aufmerksam gemacht. Manche ExpertInnen wurden nach dem Versenden der Email noch telefonisch kontaktiert um einen Termin zu fixieren. Alle TeilnehmerInnen konnten persönlich interviewt werden, wobei die Befragungen in den von ihnen vorgeschlagenen Räumlichkeiten stattfanden (Büros oder Räumlichkeiten der jeweiligen Organisationen).

In der Phase des Gesprächseinstieges wurden die Befragten über die Gesprächsaufzeichnung informiert und um ihre Zustimmung zur Aufzeichnung gebeten. Ein Interview konnte wegen technischer Schwierigkeiten nicht mit MP3 Player aufgezeichnet werden, es wurde hierfür ein ausführliches Protokoll angefertigt. Weiters wurden die IntervieteilnehmerInnen darüber aufgeklärt, dass die Inhalte der Befragungen transkribiert und inhaltsanalytisch bearbeitet werden. Es wurde Ihnen auch mitgeteilt, dass die Ergebnisse in anonymisierter Form in die Forschungsarbeit einfließen und die Möglichkeit besteht, das Interview ohne Angabe von Gründen abbrechen zu können. Die Einstiegsfragen wurden so formuliert, dass sie an die konkrete Lebenswelt und das Tätigkeitsfeld der InterviewpartnerInnen anschlossen und so ein fließender Übergang zum Hauptteil des Interviews konstruiert werden konnte.

In diesem Teil der Befragung wurden die persönlichen Sichtweisen und Meinungen bezüglich des Konzeptes der FHN herausgearbeitet. Auch Schlussfolgerungen und Zukunftsvisionen über eine Implementierung der FHN in das bestehende Gesundheitssystem fanden hier Raum zur Diskussion. Die Abschlussphase des Gespräches wurde genutzt, um das Gespräch zusammenzufassen, wobei die InterviewpartnerInnen an dieser Stelle ihre Zustimmung zum Ausdruck bringen oder gegebenenfalls Missverständnisse aufklären konnten. Weiters wurde ihnen im Rahmen des Gesprächsabschlusses die Möglichkeit eingeräumt Fragen, die ihrerseits noch offen waren, zu stellen und zu diskutieren.

Nach dem Interview wurden Interviewdauer, Örtlichkeit des Interviews und allfällige Bemerkungen zum Gesprächsverlauf und der Interviewdynamik schriftlich festgehalten (vgl. Rogner, 2008, 85). Im Fall des Interviews ohne Aufnahme wurde ein genaues Protokoll erstellt.

Die Dauer der Interviews betrug zwischen 25 und 58 Minuten. Die Befragungen wurden zwischen November 2009 und November 2010 durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, transkribiert, anonymisiert und inhaltsanalytisch bearbeitet. Die transkribierten Interviews wurden den InterviewpartnerInnen zugesandt und diese hatten die Möglichkeit Änderungen oder Ergänzungen vorzunehmen.

8.4. Datenauswertung

Bei der Auswertung von qualitativen Daten sind keine strikten Standards wie etwa in der quantitativen Forschung (mathematische Verfahren) vorgegeben. Welches Analyseverfahren der oder die Forscher/in für die Auswertung seiner/ihrer Texte bevorzugt, wird in der qualitativen Forschung vom Datenmaterial vorgegeben (vgl. Mayer, 2001, 166).

Wichtig für die Zuverlässigkeit der Daten ist, dass alle Schritte des Auswertungsprozesses sorgfältig offengelegt und begründet werden können. Auf diese Weise wird auch eine Nachvollziehbarkeit der Untersuchung für andere Forscher und Forscherinnen gewährleistet. Für die vorliegende Arbeit wurde die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) gewählt. Im folgenden Abschnitt wird diese qualitative Analysemethode erläutert.

8.4.1. Zusammenfassende qualitative Interviewanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein Verfahren, das sich gut eignet um größere Textmengen systematisch und theoriegeleitet zu bearbeiten. Kennzeichnend für diese Methode der Datenauswertung ist das systematisierbare und nachvollziehbare Vorgehen anhand klar definierter Analyseschritte und Analyseregeln.

Interpretative Techniken

Zusammenfassung: Ziel der Analyse ist es, das Material zu reduzieren (durch Abstraktion), dass wesentliche Inhalte (als Abbild des Grundmaterials) erhalten bleiben.

Explikation²¹: Ziel der Analyse ist, zu fraglichen Textteilen (z. B. Begriffe, Sätze) zusätzliches Material zur Klärung zu beschaffen.

Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, nach vorher festgelegten Ordnungskriterien, bestimmte Aspekte aus dem Material zu filtern, oder das Material auf Grund spezieller Kriterien einzuschätzen (Mayring, 2002, 115).

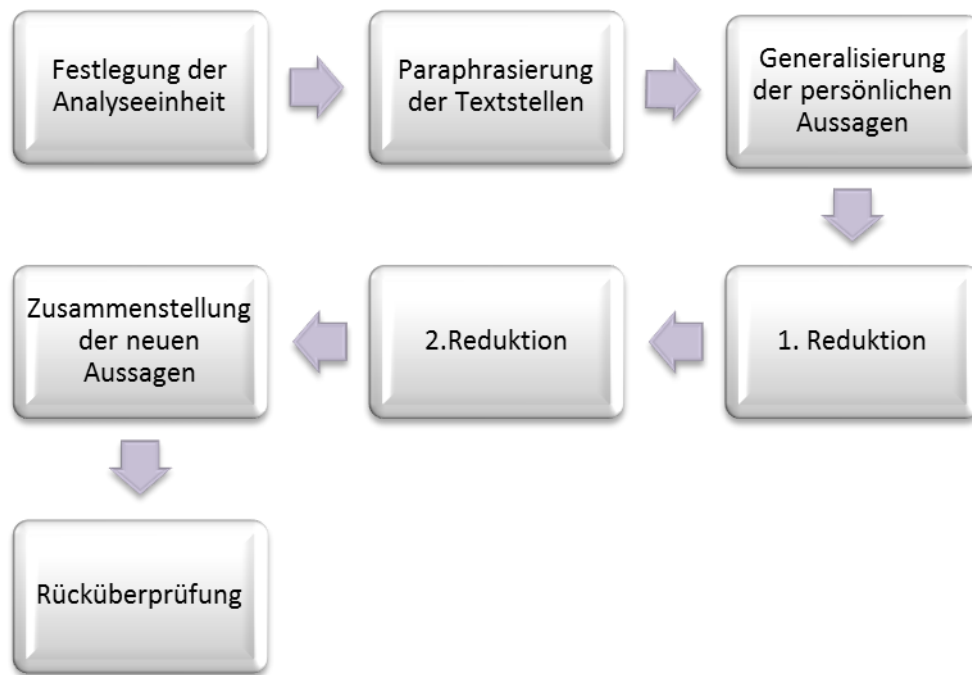


Abbildung 4: Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2008; modifizierte Version)

Laut Mayring (2008) wird durch die Technik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Material reduziert, bis nur mehr die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. In dem Analyseverfahren werden durch Auslassungen, Generalisierungen, Konstruktionen, Integrationen, Selektionen und Bündelungen abstrakte Aussagen getätigt, die das ursprüngliche Textmaterial paraphrasieren. Zu Beginn werden die einzelnen Einheiten, die zu analysieren sind, bestimmt. Es werden Themenkomplexe gebildet. Schließlich folgt ein Durchsehen des transkribierten Materials (Paraphrasierung).

²¹Die Explikation ist eine Technik, die im eigentlichen Sinn einer Kontextanalyse entspricht. Bei Stellen die einer näheren Interpretation bedürfen wird Material aus dem Text herangezogen, um es zu erläutern bzw. verständlicher zu machen. (vgl. Mayring, 1996, 94)

In dieser Phase der Analyse werden die Kodiereinheiten in *knappe, nur noch auf den Inhalt beschränkte grammatikalische Kurzformen* umgeschrieben.

Anschließend werden die *„gewonnen Paraphrasen auf einem vorab festgelegten Abstraktionsniveau allgemeiner formuliert (=Generalisierung). Durch die Generalisierung entstandene inhaltliche bzw. auch unwichtige Paraphrasen werden gestrichen. Im darauffolgenden Reduktionsschritt werden sich aufeinander beziehende, aber über den Text verstreute Paraphrasen zu neuen Aussagen in Form eines komplexen Kategoriensystems zusammengefasst. Alle ursprünglichen Paraphrasen des ersten Materialdurchgangs müssen in diesen Kategorien aufgehen. Gegebenenfalls kann ein weiterer Reduktionsschritt folgen“* (vgl. Mayring, 2003, 61).

Ziel der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ist es eine bestimmte Struktur aus dem Datenmaterial herauszufiltern. Hierbei ist ein Verfahren sehr hilfreich, das in folgenden drei Schritten vorgeht:

1. Definition der Kategorien: Es wird explizit definiert, welche Textbestandteile zu einer Kategorie gezählt werden.

2. Ankerbeispiele: Hier werden konkrete Textstellen angeführt, die unter eine Kategorie fallen und als Beispiele hierfür gelten sollen.

3. Kodierregeln: Wenn Abgrenzungsprobleme zwischen den Kategorien bestehen sollten, werden Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnung zu ermöglichen (vgl. Mayring, 1996, 96).

IP	Zeile	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
1	122	Die SozialarbeiterInnen können oft gar nicht mehr	SozialarbeiterInnen können nicht mehr	Überforderung der SozialarbeiterInnen
1	156	Vor allem arbeitet sie im präventiven Bereich	Arbeitsfeld präventiver Bereich	Arbeitsfeld der FHN: Präventive Gesundheitsförderung
1	158	Ich denke dass die FHN nicht direkt angreift bei der Arbeit sondern eher beratend, anleitend und eben präventiv arbeitet	FHN keine Direktpflege, sondern beratend, anleitend, präventiv tätig	Tätigkeitsfeld der FHN: Anleitung, Beratung, präventive Maßnahmen
1	173	Entlassungsmanagement machen die Stationsschwester vor Ort, in schweren Fällen einer der beiden Sozialarbeiter	Entlassungsmanagement: Stationsschwester oder Sozialarbeiter	Verantwortung: Aufteilung, Schwestern der Station oder Sozialarbeiter

Tabelle 7: Beispiel für einen Reduktionsvorgang bei einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse

9. Ergebnisse der Interviewanalyse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse der Interviewanalysen interpretiert.

Nachdem das Textmaterial einer qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse unterzogen wurde, kann eine mögliche Umsetzung der „*Family Health Nurse*“ in Österreich/Kärnten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Vor der Analyse der ExpertInneninterviews wurden Themenkomplexe festgelegt, um diesen anschließend die wichtigsten Kernaussagen der jeweiligen ExpertInnen zuzuordnen. Irrelevante Aussagen wurden weggelassen. Innerhalb der Themenkomplexe wurde darauf geachtet ein möglichst ganzheitliches Bild der Thematik zu erlangen, indem man Meinungen und Gegenmeinungen gegenüberstellt. Um eine Nachvollziehbarkeit der Dateninterpretation zu gewährleisten, werden in diesem Kapitel die Themenkomplexe dargestellt und durch beispielhafte Originalzitate der ExpertInnen untermauert.

9.1. Rollen des/der Familiengesundheitspflegers/in

In allen Interviews wird deutlich ausgedrückt, dass die FHN ein wichtiges Bindeglied in der aktuellen Pflege darstellen könnte. Über die Rollen, welche die FHN dabei einnehmen sollte, gibt es seitens der Befragten keinen eindeutigen Konsens. Einige InterviewpartnerInnen sehen die FHN als Sprachrohr der Familie, andere wiederum als Schnittstelle zwischen den verschiedenen Institutionen und Dienstleistungen am mobilen Pflege- und Betreuungssektor.

Worin sich die meisten Befragten jedoch einig sind, ist, dass die Rolle der FHN einen klaren Schwerpunkt in der Entlastung der Familie setzen sollte. In diesem Abschnitt werden jene von den ExpertInnen vorgeschlagenen Rollen, die eine künftige FHN einnehmen könnte, diskutiert.

9.1.1. Die FHN als Vertreterin der Familie

Einige GesprächspartnerInnen sehen die FHN als Entscheidungsträger/in und Vertreter/in der Familie, durch die der familienorientierte Ansatz endlich in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Pflege rückt. Als Vertreter/in der Familie geht die FHN auf alle Belange ein, die gleichermaßen für Angehörige und Patienten Stabilität und Unterstützung bedeuten.

Der Einbezug der Familienangehörigen in den Pflege- und Betreuungsprozess wird mehrfach gewünscht, jedoch besteht hier in Österreich laut ExpertInnen noch Aufholbedarf.

Das System Familie wird in der häuslichen Pflege zwar schon als ein Einflussfaktor für die Genesung und das Wohlbefinden des Patienten erachtet, das Umsetzen sinnvoller, förderlicher Strukturen ist aber vielerorts noch nicht passiert.

„... dieses Konzept der FHN wäre wünschenswert. Es braucht ganz dringend jemanden der umfassend die Belange der gesamten Familie erfasst, und die Angehörigen bei Entscheidungsfindungen unterstützt. ... ich denke da auch an das Anamnesegespräch, es ist so mühsam, da brauchen wir ganz dringend eine Unterstützung in der mobilen Pflege“ (IP4: 314-316).

Aus den Interviews lässt sich ableiten, dass ein Ziel des Konzeptes sein muss, Kontinuität in Form einer „fixen Ansprechperson“ für den zu Pflegenden und dessen Umfeld in der Betreuung zu gewährleisten. Dies würde eine Steigerung der Pflege- und Betreuungsqualität nach sich ziehen, weil durch eine gleichbleibende, fachkundige Bezugsperson die Vertrauensbasis gestärkt würde.

„... und dann habe ich eben eine Person, die für diese Familie zuständig ist und mit denen bespricht, was braucht es jetzt, dass dort wirklich das Pflegearrangement besprochen wird, wer kann jetzt innerhalb des informellen Bereiches was übernehmen, wo brauche ich professionelle Dienstleistungen und man das halt laufend begleitet und eben, wenn sich der Zustand verändert, weil, ich meine, manchmal geht es schleichend, dann hat man wieder auch gute Ereignisse, aber ... ich hätte eben eine fixe Ansprechperson und die unterstützt mich dann“ (IP7: 69-76).

Laut einiger InterviewpartnerInnen könnte die Familiengesundheitspfleger/in vor allem jene Bereiche abdecken, die in der häuslichen Pflege noch vernachlässigt werden. Die ExpertInnen sehen auch häufig eine Überforderung des fachlich geschulten Pflegepersonals und würden sich eine Unterstützung wünschen.

„Es braucht da noch jemanden, wir können nicht an alles denken, das sprengt den Rahmen. ... jemand, der erfassen kann, was braucht die Familie noch? Welche zusätzlichen Unterstützungsangebote wären zum Beispiel noch hilfreich für alle Familienangehörigen, oder ich denke an den großen Bereich der Gesundheitsförderung. Da sind wir noch in den Kinderschuhen“ (IP6: 213-216).

In den Gesprächen wird deutlich, dass in der Betreuung der pflegenden Angehörigen (und hier sind auch Kinder keine Ausnahme) eine speziell ausgebildete Fachkraft von Nöten ist,

die eine Entlastung für die Familie schaffen kann und gleichzeitig das diplomierte Fachpersonal unterstützt.

„... wo werden die Geschwisterkinder berücksichtigt, die sind so wichtig und bleiben immer auf der Strecke. ..., dass man auch schaut was braucht diese Familie noch? Welche Förderangebote kann man ihnen anbieten, weil sie so mitleiden, weil sie so leiden...unter der ganzen Ausnahmesituation, in der sich die Familie befindet“ (IP2: 152-158).

Die Familie stellt in der häuslichen Pflege eine unersetzbare Ressource dar, die es zu erhalten und zu fördern gilt. Aus einigen Befragungen geht hervor, dass die optimale Lebensqualität der betreuten Personen in der häuslichen Pflege nur dann gewährleistet werden kann, wenn auch eine Integration der Angehörigen in den Pflegeprozess stattfindet. Ein Großteil der ExpertInnen sieht gerade im Konzept der FHN eine Möglichkeit familienorientierte Pflege auf hohem Niveau anzubieten und somit professionell auf die Bedürfnisse der gesamten pflegenden Familie und die der Pflegebedürftigen einzugehen. Die FHN in ihrer Rolle als Vertreterin der Familie soll laut einem Interviewpartner mögliche Belastungen der pflegenden Angehörigen frühzeitig erkennen, um die *„Pflegekraft Familie“* lange erhalten zu können.

Die FHN sollte der Familie bei allen Entscheidungsfindungen, welche die Pflege betreffen, zur Seite stehen, um eine ganzheitliche und hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

9.1.2. Die FHN als KoordinatorIn

Aus nachfolgenden Aussagen der Gesprächspartner wird deutlich, dass die FHN auch die Rolle eines/einer Koordinators/in übernehmen könnte.

„... Vernetzen der Organisationen, der Institutionen und der Familie, jemand der auch rechtlich Bescheid weiß und die Familien unterstützt, wenn es um Behörden und Förderungen geht, in diesem Bereich soll sie kompetent sein ...“ (IP5: 412-420).

„Ich könnte mir vorstellen, dass Leistungen um Gruppen, Patienten, Familien, was auch immer, besser koordiniert sind, besser abgestimmt sind, ... besser die Menschen das Leistungspaket kriegen, welches sie eigentlich brauchen“ (IP3: 56-59).

Viele pflegende Angehörige sind mit der Situation ein nahes Familienmitglied zu pflegen schlichtweg überfordert. Zur tatsächlichen Pflege des/der Angehörigen gesellen sich viele weitere Faktoren, die den Alltag für die Familienmitglieder erschweren: Behördengänge stehen an, Förderanträge müssen ausgefüllt und eingereicht werden, Informationen zu Versicherungen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten müssen eingeholt werden.

„Es gibt sehr vieles an Unterstützung, aber jeder ist halt immer nur für sein Angebot zuständig und sie müssen von A bis C bis D und bis sie irgendwann da einmal ankommen ... also sie haben sieben verschiedene Ansprechstellen und sie wissen dann auch nicht mehr ... dann überschneidet sich wieder etwas ... wer ist wie zuständig und ...“ (IP7: 217-222).

„Ja, es gibt sehr vieles, aber das zu koordinieren ist ein Wahnsinn und man wird herumgeschickt, und man kennt sich dann eigentlich nicht mehr aus“ (IP1: 371-372).

„Also ich denke mir, dass die „Family Health Nurse“ als Koordinatorin auftritt, also sozusagen die Versorgung bündelt, sinnhaft bündelt und den Personen das gibt, was sie eigentlich brauchen“ (IP4: 324-330).

Die ExpertInnen sind sich einig, dass gerade die Rolle der Koordinatorin „Versorgungsbündlerin“ in unserem Gesundheitssystem noch unzureichend besetzt ist. Ein Interviewpartner macht darauf aufmerksam, dass die FHN als „Manager“ sozusagen jene Funktion übernehmen sollte, alle verfügbaren Ressourcen zu koordinieren, um den individuellen Bedürfnissen von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen gerecht zu werden.

„Die Family Health Nurse allein ist nicht die Löserin der ganzen Probleme, aber sie hat eine Schlüsselfunktion und holt andere Berufsgruppen ins Boot, wenn sie es braucht. Sowohl innerhalb der Pflege als auch natürlich anderer Berufsgruppen“ (IP2: 412-420).

“Ich denke mir die Family Health Nurse hat ja eine Aufgabe, die darf man nicht unterschätzen. Nämlich bei Bedarf die Personen heranzuziehen, die sie braucht, um die Probleme zu lösen“ (IP3: 37-42).

9.1.3. Die Family Health Nurse als SchnittstellenmanagerIn

Die meisten Befragten sehen im Übergang Krankenhaus oder Reha zur häuslichen Pflege eine Schnittstelle, die vielerorts noch nicht optimal koordiniert ist. In manchen Regionen sind das Entlassungsmanagement und der Informationsfluss schon sehr gut organisiert, während in vielen ländlichen Regionen niemand zuständig scheint. Die Leidtragenden sind die Pflegebedürftigen und deren Angehörige. Hier besteht teilweise noch großer Handlungsbedarf.

„Ich sehe hier Handlungsbedarf die Übergänge vom Krankenhaus in den mobilen Bereich, die Sozialarbeiter drinnen sind oft überfordert, es ist alles nicht so effizient wie man sich das wünschen würde“ (IP1: 64-69).

„Aber die personelle Ressource ist im Krankenhaus einfach nicht da in Bezug auf Sozialarbeiter und so übernehmen es die Stationsschwestern. Das funktioniert mal besser mal schlechter...“ (IP: 145-146).

„Das Schnittstellenmanagement ist mehr oder weniger gut, es gibt Krankenhäuser, mit denen es ganz toll funktioniert. Da gibt es Sozialarbeiter mit denen es ganz toll funktioniert. Aber dann wiederum gibt es Krankenhäuser da geht gar nix. Die Kunden sind mehr oder weniger ihrem Schicksal überlassen. ... und es gibt auch mehr oder weniger gute Entlassungsberichte“ (IP4: 17-24).

Ein Experte ist der Meinung, dass der Bereich des Schnittstellenmanagements, das er als klassische Aufgabe von diplomiertem Pflegefachpersonal im mobilen Betreuungs- und Pflegesektor sieht, schon abgedeckt ist. Ein Einsatz von FHN in diesem Bereich würde nur zu unnötiger Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen führen.

„Ich kann das Aufgabengebiet der FHN hier schwer nachvollziehen, weil ich da einfach die Dinge sehe, die für mich zu den Kernkompetenzen einer Pflegefachkraft im mobilen Bereich gehören. Das ist das Schnittstellenmanagement, das interdisziplinäre Schnittstellenmanagement, ob das jetzt Sozialarbeiter, Physiotherapeut, Arzt usw. ist ... das ist sowieso das kleine Einmaleins“ (IP8: 417-422).

Die ExpertInnen sehen gerade in diesem Sektor noch viele Ausbaumöglichkeiten und Aufgabenfelder mit pflegerischen, organisatorischen und interdisziplinären Aspekten, die eine FHN übernehmen könnte.

„Also hier wäre eine FHN gut vorstellbar, jemand aus der Pflege der sich auskennt und der vernetzend tätig wird. Sie könnte auch zwischen Krankenhaus und mobilen Bereich eine Vermittlerin sein. Und sie sollte die Pflegegeldanträge machen, das machen jetzt wir oder die Stationsschwestern, es funktioniert ja so lala, aber es macht jeder dazu, weil es niemanden gibt, der das sonst macht. Das fällt ja normalerweise nicht in den Aufgabenbereich einer Stationsschwester, aber die machen es zurzeit. Also ich denke hier ist nicht ganz geklärt welche Berufsgruppe da zuständig sein soll (Sozialarbeiter, Schwester, Psychologe), das wäre eine Lücke, die es zu füllen gilt“ (IP1: 54-61).

„Also viele pflegende Angehörige wünschen sich eine Kommunikationsschnittstelle zwischen dem Hausarzt und den betreuenden extramuralen Diensten. Viele Angehörige sind überfordert, wenn sie selbst dafür herhalten müssen“ (IP6: 115-118).

Aus den Gesprächen mit den InterviewpartnerInnen wird deutlich, dass durch ein effizientes Schnittstellenmanagement im Gesundheitswesen Kosten minimiert und der gesamte mobile Pflegesektor durch diese Optimierung organisatorisch entlastet werden könnte. Dadurch würden schließlich auch die personellen Ressourcen der ambulanten Pflegedienste profitieren.

„...ja, dass jemand von drinnen mit nach draußen geht, das wäre wünschenswert! Die Sozialarbeiter sind teilweise völlig überlastet, hier könnte ich mir eine Familiengesundheitspflegerin gut vorstellen...“ (IP3: 213-218).

Es wird mehrfach erwähnt, dass es momentan vielerorts an einem nahtlosen Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung mangelt. Ein Großteil der Gesprächspartner wünscht sich Konzepte, die eine sektorenübergreifende, kontinuierliche Versorgung der KlientInnen sicherstellt und somit auch deren Selbständigkeit fördern und Kosten reduzieren könnten.

9.1.4 Die Family Health Nurse als InitiatorIn auf Gemeindeebene

Wie aus den nachfolgenden Zitaten ersichtlich wird, sehen einige ExpertInnen die FHN in der Rolle einer Initiatorin auf Gemeindeebene.

„Die FHN ist eine wichtige Schlüsselperson, die auch auf Ebene der Gemeinde (in Wien auf Grätzlebene) eine wichtige Funktion übernimmt. Es geht in diesem Bereich auch um eine Bedarfserhebung, was braucht die Region, die Menschen, die dort leben. Auf der einen Seite stehen die Bedürfnisse der Menschen und diese gilt es zu ermitteln und dementsprechend darauf zu reagieren. Eine FHN könnte auch eine Wegbereiterin sein, die sich für die gesundheitserhaltenden, gesundheitsförderlichen Belange der Bevölkerung einsetzen sollte“ (IP5: 213-217).

So meint eine Gesprächspartnerin, dass auf Gemeindeebene wieder eine verbesserte Form der Gemeindeschwester eingeführt werden sollte. Es wäre eine lohnenswerte Investition in die Gesundheit der Gemeinden, wenn es jemanden gäbe, der sich intensiv um die gesundheitlichen Belange der Gemeindemitglieder kümmern könnte.

„Ich sehe die FHN vor allem auch im gemeindenahen Setting, so eine neue verbesserte Form der Gemeindeschwester. Jemand der für die Menschen in der Region und ihre Belange ein Sprachrohr ist und eine Anlaufstelle“ (IP7: 56-59).

So eine „Anlaufstelle“ hätte auch die Aufgabe die finanziellen und menschlichen Ressourcen einer Gemeinde zu eruieren und diese effizient zu bündeln.

„Ich würde mir eine gemeindenähe Pflege wünschen, in der die Menschen und ihre Ressourcen erkannt werden, wo verstärkt Primär- Sekundär- und Tertiärprävention auch in der mobilen Pflege Fuß fassen ... es bräuchte wieder eine Gemeindeschwester, die ihr Alltagswissen über die von ihr betreuten Menschen in der Gemeinde nur abzurufen bräuchte“ (IP2: 66-73).

Aus den Aussagen der ExpertInnen geht hervor, dass sie sich eine FHN als AnsprechpartnerIn auf Gemeindeebene vorstellen können, diese qualifizierte Fachperson sollte für alle Mitglieder einer Gemeinde da sein. Weiteres wäre es vorstellbar, dass eine FHN in dieser Funktion auch eine vernetzende Tätigkeit erfüllt und sich für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung in den Schulen, der Gemeinde, bei niedergelassenen Ärzten, Arbeitgebern, Kindergärten etc. einsetzt.

„...und hier ist immer die Gretchenfrage, wie komme ich an sozioökonomisch schwache Personengruppen heran. Also das wäre so ein Thema, wo es diese Family Health Nurse ... je nachdem ... ein Grätzl in der Großstadt oder in einer Gemeinde ...,dass man hier schaut, wer sind hier eigentlich die, die am meisten den Bedarf haben und was kann... mit welchen Maßnahmen kann ich sie erreichen“ (IP6: 123-126).

Im Idealfall wird die FHN als Instanz gesehen, die Impulse für soziale Initiativen und Projekte gibt und dort, in welcher Form auch immer, mitarbeitet oder sie begleitet.

„Dabei spielt die FHN auch eine tragende Rolle bei der Initiierung von sozialen Initiativen und Projekten“ (IP7: 224).

Das Setzen von gezielten Aktivitäten im Gemeindesetting zur Gesundheitsförderung zählt zu den Kernkompetenzen der FHN. Dabei sollte auf individuelle Bedürfnisse der Gemeindeglieder eingegangen werden.

„Aber da geht es wirklich primär um diese Angebotsberatung, also was gibt es alles. ... und das andere wäre eben jetzt diese Ergänzung im Sinne dieser Gesundheitsförderungsaufgaben, eben diese Einzelsachen im Rahmen der präventiven Hausbesuche, aber auch diese Gruppenaktivitäten, dass ich dort Stammtische einrichte, Selbsthilfegruppen initiiere, irgendwelche andere Gruppenaktivitäten mache, indem ich halt irgendwelche Bewegungsgeschichten oder Entspannungsangebote für pflegende Angehörige oder sonst für Ältere. Gibt es auch von der WHO ... jetzt überlege ich gerade, wie das heißt ... ebenso Methoden für ein Gemeindeassessment, um zu schauen ... weil ich muss ja schauen ... jede Gemeinde braucht ja nicht das Gleiche“ (IP4: 205-216).

9.1.5. Die Family Health Nurse als neutrale Stelle

Eine Expertin betont, dass das Aufgabenprofil einer „Family Health Nurse“ nicht wirklich mit dem einer Gemeindeschwester zu vergleichen ist. In ihrem Sinne wäre es zielführend die FHN als eine neutrale Stelle im Gesundheitsbereich einzusetzen. Eine Schlüsselperson, die sich für die gesundheitlichen Belange der Bürger einer Gemeinde oder eines Grätzls verantwortlich zeigt. Aus den Ergebnissen wird auch transparent, dass sich dieses Konzept vor allem dadurch auszeichnet, dass die FHN auf Mikro- und Mesoebene Verantwortlichkeiten innehält. Die Koordination und Organisation von Gesundheitsprogrammen sowie Screeningprogrammen sind Schwerpunkte, die auf kommunaler und gemeindebezogener Ebene gesetzt werden.

„Na ja, ich meine ... das müsste man sich dann anschauen. Jetzt rein aus fachlicher Sicht, muss ich sagen, wäre es am besten, wenn ich da jetzt eben in der Gemeinde oder wo auch immer ... habe ich da eine neutrale Stelle, die das eben macht. Also die Family Health Nurse, das ist schon ein deutlicher Unterschied zu dem wie die Gemeindeschwestern vor zwanzig/dreißig Jahren in Österreich gearbeitet haben. Also es wäre ein ganz neues Aufgabenprofil damit eigentlich verbunden, aber es sollte halt aus meiner Sicht schon eben eine eher neutrale Stelle sein als es wird bei einer Pflegeorganisation angeboten“ (IP2: 230-235).

Es wird mehrfach erwähnt, dass sich in Bundesländern wie Kärnten, in denen mehrere Trägerorganisationen mobile Pflege anbieten, eine neutrale Stelle für die Belange der Familienangehörigen und des Pfleglings einsetzen sollten. Diese Funktion könnte eine FHN übernehmen, um die pflegenden Angehörigen bei Entscheidungsfindungen bezüglich Pflegeangebote zu unterstützen.

„Also es hängt dann immer sehr davon ab, wie schaut die Struktur aus der mobilen Pflege und Betreuung. Weil wenn ich jetzt in einem Bundesland mehrere Trägerorganisationen in einem Bezirk habe, ist es dann immer schwer, wer kommt dann ... so gesehen wäre so eine neutrale Stelle ... die halt dann direkt die mobile Pflege, ich meine da weiterhin an die Organisationen vermittelt“ (IP7: 46-62).

„Ich sehe in der FHN so eine Art Case Managerin ... das fehlt vielerorts ... sie sollte wissen welche Angebote es gibt, wo ich Kosten sparen kann ... das ganze Paket eben für die Pflegenden“ (IP5: 56-59).

9.2. Ausbildung der Family Health Nurse

Die ExpertInnen sind sich nicht darüber einig, ob die Ausbildung zur FHN auf universitärem Niveau angesiedelt sein sollte. Eine Expertin spricht sich für eine gekürzte organisationsinterne Version aus, andere sind für eine flächendeckende österreichische Version, die allgemeine Gültigkeit besitzt. Einigkeit herrscht darüber, dass die FHN eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit Berufserfahrung sein sollte. Gefordert wird auch, dass die Studierenden aus dem Bereich der mobilen Pflege kommen sollten.

Die Ausbildung zur Familiengesundheitspflegeperson universitär anzusiedeln, erachten die meisten Experten als sinnvoll, obwohl es für all jene DGKP, die keine Matura haben eine Barriere darstellen würde. In solchen Fällen könnte es zu Beginn der Ausbildung Ausnahmeregelungen geben.

„Wenn ich die Ausbildung an der Uni festlege, dann hab ich das Problem, dass ich viele in der Pflege Tätige, die keine Matura haben ausschließe“ (IP 3: 23-25).

Das Curriculum gibt vor, dass die Personen, welche diese Ausbildung beginnen möchten eine mindestens zweijährige Berufserfahrung vorzuweisen haben.

„Also in dem Curriculum ist festgeschrieben, dass diese Personen eine zweijährige Berufserfahrung haben müssen. Und sie müssen, je nachdem, wo das angesiedelt ist, ob das jetzt in Universitäten angesiedelt ist, was der Idealfall wäre, meiner Meinung nach ... halt die notwendigen Voraussetzungen mitbringen, damit sie halt da studieren dürfen“ (IP2: 45-52).

Eine der zentralen Fragen ist die nach den Ausbildungsstandards und der Ausbildungsmodalitäten. Uneinigkeit herrscht über die Form der Ausbildung ob sie haupt- oder nebenberuflich zu absolvieren sein sollte.

„Weiteres stellt sich auch die Frage der Finanzierung der Ausbildung und ob sie so konzipiert ist, dass man die Module auch nebenberuflich absolvieren kann“ (IP4: 216-218).

Falls es in Österreich zu einer Einführung dieses Konzeptes kommen sollte, stellt sich den ExpertInnen die Frage nach den genauen Lehrinhalten.

Aufgrund der Vielschichtigkeit der Krankheitsbilder denen das Pflegefachpersonal in der extramuralen Pflege begegnet, wird es eine Herausforderung einen adäquaten, allgemein gültigen Lehrplan zu erarbeiten, um die Pflegefachkräfte für den Berufsalltag zu rüsten.

„Die Family Health Nurse ist ja schon eine sehr starke Spezialisierung, die aber wiederum in ihrem Curriculum Möglichkeiten ... spezielle, sage ich jetzt mal, pflegerelevante Phänomene, die halt typisch sind für die mobile Pflege zuhause, ja ... das kann Diabetes, das kann Leben mit ... ich weiß nicht ... im extremsten Fall, sage ich jetzt mal, Heimbeatmung vielleicht sein. Da ausbildungsmäßig darauf zu reagieren ... also diese Freiheiten gibt es im Curriculum schon“ (IP6: 178-182).

„Die Tätigkeit zuhause, die hat ja noch so viele andere ... ist ja so komplex ... weil ich komme ja zu allen Erkrankungsbildern, die es irgendwie gibt. Also ich brauche da ja ein sehr breites Fachwissen, im Gegensatz zu einer Pflegefachkraft die im Krankenhaus auf einer speziellen Station arbeitet“ (IP5: 123-129).

Über die pflegerischen Kenntnisse und Fähigkeiten hinaus, ist es im häuslichen Pflege- und Betreuungssektor notwendig, Wissen in rechtlichen und formalen Belangen zu erwerben, um die Klienten bestmöglich beraten zu können.

„... wie sieht es mit Förderungen aus, Härteausgleichfond, Familienhospizkarenz, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung“ (IP6: 411-412).

Aus dem Gespräch mit einem Interviewpartner geht hervor, dass er sich sehrwohl eine berufsbegleitende Ausbildung im Pflegebereich wünschen würde. Dadurch wäre es möglich die Attraktivität des Arbeitsplatzes zu heben und eine Fluktuation der Beschäftigten zu vermeiden.

„Also ich würde das, was Sie jetzt hier an dreijähriger Ausbildung zitiert haben, in modularer Weise berufsbegleitend gerne sehen für Kollegen, die heute in dem Beruf tätig sind. Es ist schwierig, den jungen KollegInnen heutzutage einen attraktiven Arbeitsplatz zu schaffen“ (IP8: 45-51).

9.3. Ansiedlung der Family Health Nurse

Über die Ansiedlung der FHN im Pflege- und Betreuungsbereich lässt sich aus den Gesprächen mit den ExpertInnen folgendes ablesen. Die FHN wird vorrangig in der Nähe eines praktischen Arztes der Gemeinde oder eingebunden in Beratungs- bzw. Gesundheitszentren gesehen.

Eine Befragte bringt zum Ausdruck, dass in ihrer Idealvorstellung die FHN in einer Beratungsstelle situiert ist, wobei diese entweder bei der Antragsstellung des Pflegegeldes oder bei Bedarf in der Form von Hausbesuchen, aktiv wird.

„Also meine Idealvorstellung wäre, wenn ebenso ein Pflegebedarf entsteht, ob das jetzt akut ist oder schön langsam, dass ich jetzt ... dass ich überall in Österreich Beratungsstellen hätte, die eben fix sind an einem Ort, die aber auch zugehende Beratungen zu den Familien machen, u.a. diese Beratungsstellen auch diese präventiven Hausbesuche anbieten, also von sich aus auch Kontakt aufnehmen, aber wenn eben dann so ein Pflegebedarf entsteht, am besten eben wäre das gekoppelt mit dem Pflegegeldantrag, also wenn ich einen Pflegegeldantrag stelle, dass dann eben ... das ich dort sage: „Ok und jetzt gibt es eine Case Managerin, in diesem Fall die FHN, für diese Familie“ (IP7: 145-150).

Eine andere Interviewpartnerin sieht die Kooperation bei der Entlassung zwischen FHN und Krankenhaus als zielführend.

„Ja, dass jemand von drinnen mit nach draußen geht, das wäre wünschenswert. Ich kann mir auch vorstellen, dass diese Familiengesundheitsschwester mit dem Spital oder der Klinik kooperiert, und die Patienten nach Hause begleitet und alles organisiert wenn jemand nach Hause gehen kann. Da ist noch manches im Argen ... “ (IP5: 96-101).

Als sinnvoll und erstrebenswert wird jene Variante der Ansiedelung der FHN gesehen, welche eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassen Ärzten vorsieht. Diese lokale Bündelung der Kompetenzen hätte den Vorteil interdisziplinärer Vernetzung zum Wohle der Klienten, und günstigere Erreichbarkeitsrelationen.

„Meiner Meinung nach wär es sinnvoll die FHN an eine Hausarztpraxis anzugliedern, das gibt es heut schon in vielfältiger Weise, zum Beispiel Physiotherapeuten oder Stillberaterinnen etc., ... auf diese Weise erreicht man auch besser die Zielgruppen, und alles ist an einem Punkt gebündelt, das ist für manche betagte Menschen sicher von Vorteil“ (IP3: 346-352).

9.4. Zielgruppen der Family Health Nurse

Bei der Frage nach der Zielgruppenbestimmung sind sich die ExpertenInnen im folgenden Punkt einig. Das Konzept sollte auf niederschwellige Angebote für vulnerable, marginalisierte Bevölkerungsgruppen ausgerichtet sein.

„Die Stärke der Family Health Nurse wäre, dass sie mehr und fokussiert ... mehr als bisher und viel mehr fokussiert, nicht nur auf die Einzelperson, sondern auch deren soziales Umfeld schaut. Sprich, die Augen nicht nur auf die Person, die pflegebedürftig ist, lenkt, sondern auch auf deren soziales Umfeld“ (IP3: 89-93).

„Also ich stell mir vor dass die FHN den Familienmitgliedern Ratschläge geben kann, wie sie die Pflege des Angehörigen optimieren können, vor allem aber auch aufzeigt, wo man als pflegender aufpassen muss, dass man sich nicht auspowert, sowas wie Copingstrategien vermitteln. Die FHN betreut die gesamte Familie“ (IP1: 152-155).

„Was sie machen, ist, dass sie neben dem Pflegebedürftigen auch auf die Familie schauen, eben wie ich schon gesagt habe. Sozusagen eine Krankheit findet in der Familie statt und von der Krankheit sind ja nicht nur die Betroffenen, sondern auch deren soziales Umfeld betroffen. Das heißt, wenn ich auf den nicht schaue ... sagen wir so ... es geht gar nicht, auf die Angehörigen nicht zu schauen. Das wissen alle und das erleben auch alle in ihrer täglichen Praxis“ (IP2: 123-129).

Die FHN spricht prinzipiell alle Bevölkerungsschichten, unabhängig ihrer sozialen Stellung an, das Setzen von Schwerpunkten ist aber dennoch wichtig.

„Die FHN spricht alle Bevölkerungsschichten an“ (IP4:310).

Der Zugang zum Gesundheitssystem in Österreich ist vor allem für die Gruppe der MigrantInnen sehr schwierig. Die InterviewpartnerInnen sehen gerade hier ein großes Potential dieses Konzeptes.

„Ich stell mir vor allem jemanden vor, das niederschwellige Angebote für MigrantInnen setzt, hier stoßen wir immer wieder auf Menschen, die eine hohe Hemmschwelle in der Nutzung der medizinischen Versorgungseinrichtungen haben“ (IP5: 512-516).

„Also je nachdem, wie die angesiedelt ist und was für Tätigkeiten die hat, geht das ja auch ganz stark mit Fokus auf vulnerable oder benachteiligte Gruppen. Gruppen, die von Haus aus schon Schwierigkeiten haben, mit dem Gesundheitssystem in Kontakt zu treten. Gruppen, wo es abhängigkeitsbedingte Probleme geben kann, dann wieder mit Drogen oder irgendetwas, das sich dann wieder auf die Gesundheit auswirkt. Aber natürlich auch sozusagen die Familie selbst unter einem ganz anderen Fokus zu sehen, nämlich nicht nur als Nebeneffekt für meine Haupttätigkeit, die bedeutet, mich auf das kranke Familienmitglied zu konzentrieren, sondern im Sinne von systemischer Denkweise, sich wirklich auf die Familie, auf den Klient zu beziehen“ (IP6: 152-159).

Für Risikogruppen sind neben den aufsuchenden Hausbesuch weitere additive Maßnahmen wie gesundheitsfördernde Settings in Kindergärten oder Schulen sowie am Arbeitsplatz zu installieren. Das in dem Thema Gesundheitsförderung noch viel Aufholbedarf nötig ist, lässt sich aus den Gesprächen erkennen.

Vulnerable Gruppen wie Familien aus sozioökonomisch schwächeren Einkommensschichten, Migrantenfamilien haben einen erschwerten Zugang zum Gesundheitssystem. Die vielen Präventionsmaßnahmen scheinen nicht zu greifen und bei den bedürftigen Gruppen nicht anzukommen. Allein aus diesem Grund ist das Konzept der FHN eine Bereicherung für das Gesundheitssystem.

„Die Frage ist ja immer, was ja auch bei der Family Health Nurse ganz wichtig ist, diese Arbeit mit Gruppen, dass eben diese Pflegefachkraft in einer Region arbeitet und dort auch schaut, jetzt wenn ich sage, in einer Gemeinde, wo ist hier Bedarf, eben aufgrund eines bestimmten Assessments, das sie da erhebt, wo ist hier Bedarf und mit welchen Leuten muss ich da jetzt arbeiten. Also da brauche ich eben dann auch diesen gruppenorientierten Ansatz“ (IP7: 312-319).

9.5. Gesundheitsförderung ein Schwerpunkt der Ausbildung der Family Health Nurse

Die WHO sieht das Aufgabenprofil der FHN ganz klar als Begleitung von Familien während des gesamten Gesundheits-/Krankheitsprozesses. Das Erkennen und Beseitigen von Risikofaktoren, sowie die Forcierung von gesundheitsförderlichen Verhalten stehen im Mittelpunkt. Die FHN soll ein Bindeglied zwischen den verschiedenen Tätigkeiten anderer Berufsgruppen sein und eine Wegbereiterin zu einer ganzheitlich geplanten und gelebten Gesundheitsversorgung.

Aus den Gesprächen mit den ExpertInnen geht hervor, dass pflegende Angehörige besonderer Unterstützung in der Pflege und Betreuung ihrer Familienmitglieder bedürfen. Die Familie wird im Kontext der Gesamtsituation noch immer zu wenig wahrgenommen. Durch das Setzen gezielter präventiver Maßnahmen könnten Kosten minimiert und die Ressource der pflegenden Angehörigen gestärkt werden.

„Es gibt niemanden der in die Familie geht, dabei ist das das Wichtigste. Stellen Sie sich mal vor es gäbe die FHN, die präventiv Hausbesuche machen könnte und ein genaues Assessment

machen würde. Wie sehr würden die Familien davon profitieren und auch unser Gesundheitssystem könnte sich über kurz oder lang Kosten sparen“ (IP4: 142-146).

„... durch die Family Health Nurse hätte es viel mehr einen Fokus darauf. Das Besondere, denke ich, ist, dass dadurch viel stärker das Augenmerk also auf präventive Potentiale auch gelegt werden könnte, um zu vermeiden ... um die Ressourcen der pflegenden Angehörigen zu stärken, sage ich jetzt mal. Und um auch zu vermeiden, dass die sich verschleifen, so schnell wie sie es teilweise machen“ (IP3: 43-49).

Eine Expertin berichtet von der Wichtigkeit der Notwendigkeit von präventiven Hausbesuchen durch geschultes Fachpersonal. Diese Maßnahme diene zur Früherkennung der Risikofaktoren von Erkrankungen.

Außerdem könne die gezielte Beratung den Patienten beeinflussen, seine Lebensweise zu verändern. Ziel dieser Hausbesuche sei die Krankheitsvermeidung durch Beratungsgespräche und das Abgeben von Empfehlungen.

„Eine dieser typischen Vorsorgeaktivitäten, jetzt gerade was auf den häuslichen Bereich abzielt, wären die präventiven Hausbesuche. Aus unserer Sicht wäre das ganz dringend notwendig, dass wir hier österreichweit so ein Konzept von präventiven Hausbesuchen umsetzen, wo es eben nicht nur um einmal hingehen ... also jetzt nicht nur ein einmaliger Besuch, sondern auch schon ein mehrmaliger, auch mit ... wen besucht man da, welche Beratungen mache ich dort, wie schaut dort das Assessment aus ... also wirklich sehr fundiert müsste man das aufarbeiten“ (IP1: 313-319).

Dieselbe Expertin sieht in der Umsetzung des Konzeptes eine große Chance für den Bereich der mobilen Pflege, da es nachweislich zu einem Aufschub der Pflegebedürftigkeit und somit zu einer Kostenreduktion kommen würde.

„... da gibt es eben Belege, dass ebenso präventive Hausbesuche, wenn die gescheit umgesetzt werden, also dass eben einerseits die Pflegebedürftigkeit sich hinausschiebt und auch Pflegeheimübersiedlungen reduziert werden können. Also da gibt es wirklich tolle Sachen. Und das wär so eine typische Aufgabe für so eine Family Health Nurse, weil da braucht es natürlich auch mehr Kompetenzen, weil die jetzige Ausbildung eben nur auf diese 1:1 Tätigkeiten ausgerichtet ist“ (IP1: 321-329).

Eine Gesprächspartnerin bringt zum Ausdruck, dass Gesundheitsförderung kein Schlagwort bleiben darf, sie sieht sehr wohl noch dringenden Bedarf bei der Umsetzung der im GuGK verankerten Bereiche, die den Aspekt der Gesundheitsförderung betreffen.

Die Umsetzung der im Gesetz niedergeschriebenen Mehrschichtigkeit des Betreuungsprozesses hat bis dato wenig Eingang in den Berufsalltag gefunden. Dies liegt nicht zuletzt auch an den fehlenden finanziellen Rahmenbedingungen.

„Und eben aber wirklich ... weil die Pflege ja derzeit nur in der 1:1 Pflege tätig ist, also ich habe einen kranken oder pflegebedürftigen Menschen und dann mache ich da meine Pflegehandlungen. Also jetzt ... ob im eigenverantwortlichen Bereich oder im mitverantwortlichen auf Anordnung des Arztes, aber ich mache immer diese direkten Pflegehandlungen. Aber dass ich jetzt im Bereich der Vorsorge mehr mache, das wird eben in der Praxis nicht umgesetzt, einerseits von den Pflegefachkräften, aber auch die Geldgeber ...“ (IP2: 142-149).

In einem Interview geht eine Befragte davon aus, dass die Einführung des Konzeptes der FHN eine Bewusstseinsbildung im Bereich der Gesundheitsförderung sowie eine Fokussierung auf die Familie mit sich bringen würde. Die aktuelle Situation der extramuralen Pflege zeigt, dass der Schwerpunkt immer noch auf der direkten Pflege liegt und die systemische Ansicht sowie der Blick auf gesundheitsfördernde Aspekte vernachlässigt werden.

„Auf der einen Seite eben wirklich dieses bewusste Hinschauen auf die Gesundheitsförderung, auf die Gesundheitsvorsorge und Prävention. Grundsätzlich ist es ja im Bereich des Berufsbildes der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen aufgrund des Gesetzes von 1997 implementiert. Gesundheitsbildung, glaube ich, heißt das, im Rahmen der Pflege, also im eigenverantwortlichen Bereich, und auch dann extra noch einmal im interdisziplinären Bereich erwähnt, also diese Gesundheitsförderungsaufgaben, sage ich jetzt mal. Und tatsächlich sehen wir halt in der Praxis, dass dort der Fokus halt noch immer sehr an dieser ... am aktuellen Tun ist, also jetzt direkten pflegerischen Tätigkeiten, und eben diese Maßnahmen zur Vorsorge werden kaum umgesetzt. Also jetzt einerseits in der direkten Pflege ... ich meine, in der direkten Pflege schon noch ein bisschen diese Ressourcenorientierung, das hat auf jeden Fall in den letzten Jahren stattgefunden. Aber darüber hinaus eben erweiterte Aktivitäten ... da hapert es ein bisschen“ (IP7: 517-529).

Es lässt sich aber auch feststellen, dass es bereits in vielen Gemeinden bzw. Bezirken Fortschritte gibt, indem man gesundheitsfördernde Akzente setzt.

„Gesundheitsförderung: das ist im GuKG ja festgesetzt aber inwieweit die Umsetzung in der mobilen Pflege auch funktioniert, das ist ein weiter Begriff, also bei uns in Villach gibt es einen Miniclub wo Eltern von Frühgeborenen, Eltern von Gesunden Neugeborenen, Eltern von Neugeborenen mit besonderen Bedürfnisse kommen können. Jeden Monat findet der Termin statt. Es gibt da Vorträge von Kinderkrankenschwestern oder Zahnärzten StillberaterInnen, Homöopathen, Ärzten ...“ (IP8: 211-217).

9.6. Berührungspunkte und Konflikte mit anderen Berufsgruppen

Angesprochen auf die Thematik der Berührungspunkte mit anderen Berufsgruppen äußerten die ExpertInnen, dass bei Einführung dieses Konzeptes die FHN mit verschiedenen Professionen im Gesundheitssektor vernetzt agieren soll. Andererseits wurden aber auch Bedenken hinsichtlich einer funktionierenden Zusammenarbeit bei der Implementierung geäußert. Einigkeit herrscht bei den InterviewpartnerInnen darüber, dass eine möglichst reibungslose Umsetzung des Konzeptes nur dann von statten gehen kann, wenn das Ziel eine frucht-bare Kooperation aller Disziplinen anvisiert.

„Die Arbeitsaufteilung zwischen Sozialarbeit, Pflege, Medizin, und Public Health wird dabei immer fließend und überlappend sein, aber jede dieser Gruppen ist in ihrer spezifischen Kompetenz gefordert Überschneidungen im Gesundheitssektor: Also die gibt es ja teilweise ... Der Gesundheitsbereich ist ja einer, in dem raffen sich ja viele Berufe und der Patient gehört ja der Pflege nicht allein, sage ich jetzt mal. Gerade die soziale Arbeit bezieht ja ihre Tätigkeit ... die machen teilweise genauso Entlassungsmanagement, ja. Die gehen teilweise genauso in Familien hinein. Allerdings nicht so unter dem Gesundheitsaspekt natürlich. Ich denke mir, in gewissen Bereichen sind Überschneidungen egal, ja. Da muss man sich einfach fragen „Ok, was braucht es?“. In gewissen Bereichen ist es dann wieder nicht egal. Genauso wie wir nicht wollen beispielsweise, dass andere Berufsgruppen sich in unseren eigenständigen Tätigkeitsbereich einmischen, da ist ja die Pflege auch sehr heikel, wollen das natürlich andere auch nicht. Und da gibt es im mobilen Sektor sicher viele Überschneidungen, gerade auch in Richtung soziale Arbeit“ (IP2: 178-191).

Eine Gesprächspartnerin weist darauf hin, dass das Konzept der FHN an die österreichische Pflegelandschaft angepasst werden muss. Sie gibt auch zu bedenken, dass Tätigkeiten die in den Bereich der Familientherapie oder Psychotherapie fallen immer an die jeweilige Profession weitergeleitet werden sollen. Um Irritationen zu vermeiden, muss eine klare Abgrenzung der Tätigkeiten der FHN zu anderen Berufsgruppen definiert sein.

„Aber auch in Richtung Familientherapie von Seiten der Psychotherapie, von Seiten der Psychologie. Also ich denke mir, da muss man aufpassen, dass sich das da irgendwie gut einfügt ... deswegen ist es auch so wichtig, dass man das Konzept einfach auf die gängige Situation im Land anpasst, weil während es in Amerika beispielsweise eine Tätigkeit ist, was die Pflege durchführt und durchführen darf, ist das bei uns einfach ein No-Go“ (IP5: 251-259).

„Das passiert aber in vielen Berufsgruppen, man muss dann schon mal einen Psychologen zu Rate ziehen oder einen Arzt etc. ... ja aber in Prinzip mache ich das ja auch ich meine Überlappungen mit anderen Berufsgruppen. Ich beziehe eine Psychologin mit ein wenn Bedarf ist, von einer Institution mit der wir kooperieren“ (IP1: 346-350).

„es wird auch davon gesprochen, dass die FHN genaue Bereiche abdecken sollte. Sie muss auch ihre Grenzen kennen, wenn es Fälle gibt in denen eine Familie ein großes familienpsychologisches Problem hat, dann muss diese an eine/n FamilientherapeuInnen weitervermittelt werden. Ebenfalls in allen anderen Bereichen, wo andere Professionen besser helfen können. da muss man auf jeden Fall aufpassen, wenn man so konfliktbehaftete Familiengespräche führt, dass man wirklich immer einen Pflegebezug hat. Da ist schon wichtig, dass der pflegerische Bezug da ist“ (IP5: 232-242).

Eine Interviewpartnerin sieht aber gerade im Bereich der Gesundheitsförderung eine Chance für die FHN Fuß zu fassen, weil sie Aufgaben übernehmen würde die noch von keiner Profession im Pflegesektor explizit für sich in Anspruch genommen werden.

„Also der erste Ansatz wäre eben dieser Gesundheitsförderungsaspekt, wo eben wirklich neue Aufgaben die Family Health Nurse übernimmt, eben auf dieser planenden, konstruktiven Ebene. Und dann natürlich auch, wenn möglich, auf der Umsetzungsebene, soweit es geht“ (IP 7: 123-126).

9.7. Vorteile der Implementierung

In schwer erreichbaren, abgelegenen, dezentralen Regionen sind pflegende Familienangehörige oft von Information und zusätzlichen Angeboten ausgeschlossen. Einige der Interviewten berichten von der Notwendigkeit einer professionellen Betreuung in ländlichen Regionen Österreichs. In diesem Bereich würde ein Konzept wie das der FHN eine große Unterstützung für die mobilen Pflegefachkräfte bedeuten.

„Eine Implementierung des Konzeptes der FHN ist meiner Meinung nach gerade in ländlichen Regionen vorstellbar. In Kärnten zum Beispiel, wo es natürlich auch sehr abge-schiedene Regionen gibt, ist die mobile Gesundheits- und Krankenpflegeperson oft die einzige Bezugsperson in Sachen Pflege. Und die Hausärzte die gerade in diesen Regionen und hier spreche ich nicht nur für Kärnten, könnte eine Family Health Nurse der mobilen Pflege eine große Unterstützung sein und die Bedürfnisse vieler Menschen abdecken“ (IP4: 86-92).

„Pflegerische Angehörige sind oft allein gelassen, der Besuch mobilen Pflegeperson ist oft die einzige Verbindung nach draußen. Für viele ist der Weg zum nächsten Arzt schon eine Hürde, mobile Pflege- und Betreuungsangebote müssen gefördert und erweitert werden um diesen Menschen bessere Möglichkeiten zu schaffen und sie bestmöglich in der Pflege ihrer Angehörigen zu unterstützen“ (IP5: 52-59).

„Ich weiß noch wie ich viele Jahre als mobile Hauskrankenpflegerin im oberen Gailtal und Lesachtal unterwegs war. Ich war für viele Angehörige die einzige Kontaktperson nach draußen. Da hätte ich mir eine Family Health Nurse gut vorstellen können, jemand der das Assessment macht, und in manchen Belangen auch den Arzt ersetzt. In solchen abgelegenen Regionen ist das essentiell ...“ (IP6:79-83).

Das Konzept der FHN beinhaltet auch die Entlastung des mobilen Pflegepersonals. Die Inter-aktion mit den Angehörigen und dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen sind wesentliche Aspekte, die zum Tätigkeitsprofil einer FHN gehören.

„Das können unsere HauskrankenpflegerInnen nicht auch noch übernehmen, die müssen ent-lastet werden, gerade wenn es um organisatorische, formale Dinge geht. Die FHN könnte auch viel im Bereich Gesprächsführung mit Angehörigen übernehmen, diese Elemente gibt's zwar schon, aber die Zeit fehlt, dafür sind viele auch nicht ausgebildet“ (IP7: 162-166).

Eine flächendeckende Umsetzung auf einer gesetzlichen Grundlage ist nur dann zu bewerk-stelligen, wenn entsprechenden Impulse zur Umsetzung aus den höheren Führungsebenen der operativ tätigen Organisationen kommen. Wie auch die Experteninterviews belegen, sind Forderungen von den ausführenden Professionisten im Pflege- und Betreuungsbereich vor-handen, aber finden zu wenig Anklang.

„Die Bevölkerung und vor allem auch das diplomierte Pflegepersonal im extramuralen Pflege- und Betreuungsdienst sollte auf Themen wie familienorientierte Pflege sensibilisiert werden. Eine Implementierung kann nur vonstattengehen, wenn sich möglichst viele

Betroffene dafür aussprechen und Professionisten aus dem Tätigkeitsfeld einen Bedarf an einem Konzept wie das der FHN äußern“ (IP8: 88-93).

„Die bestehenden Ressentiments gegenüber dem Konzept der FHN sollten nicht missachtet werden. Es bedarf genauen Aufklärung der über das Tätigkeitsfeld, die Zielgruppen, die Ansiedlung, die Ausbildung und Wirkungsweise einer FHN. Nur mit gezielter Aufklärung kann ein Informationsfluss gewährleistet werden“ (IP3: 126-129).

9.8. Situation in Österreich

Die Einführung der FHN in das österreichische Gesundheitssystem ist noch nicht geschehen. Dies hat mehrere Gründe. Ein Hauptgrund wird darin gesehen, dass es bei den Entscheidungsträgern an Vorstellungsvermögen fehlt, nämlich die Familie als System zu sehen und nicht nur, wie bisher, die Krankheit und die Pflege rund herum.

„Und ich denke mir ... und das ist möglicherweise noch ein anderer schwerer Hemmgrund ... Dass es da ... also warum das bei uns vielleicht noch schwierig ist ... dass vielen das Vorstellungsvermögen fehlt, was es bedeutet, sich auf die Familie als System zu konzentrieren und nicht nur die Familie als Kontext von Krankheit zu betrachten. Also ... ich würde sagen, das ist ... es stimmt, viele machen schon viele Tätigkeiten, die im Curriculum festgeschrieben sind. Sie machen es aber teilweise gar nicht mal bewusst, sondern es geht so nebenher. Und ... es ist eine sehr enge Sichtweise, von dem, was die Family Health Nurse eigentlich sein will ...“ (IP3: 66-74).

9.8.1. Situation in Kärnten im Vergleich mit Wien

Wenn man die häusliche Pflege in Kärnten mit der in Wien vergleicht, fällt vor allem auf, dass Wien stark zentral organisiert ist. Der Fonds Soziales Wien (FSW)²² ist hier jene Einrichtung, die im Auftrag der Stadt Wien Förderungen und Leistungen im Pflege- und Betreuungsbereich vermittelt. Rund 100.000 WienerInnen werden jährlich vom FSW und seinen über hundert Partnerorganisationen individuell unterstützt (Fonds Soziales Wien)

„Jetzt als extremes Beispiel im Vergleich zu Wien, ist Kärnten sehr schlecht gestellt, weil es in Kärnten sehr viele verschiedene Gesundheitsgeldtöpfe gibt: Krankenkassen, Pensionsversicherungsanstalten, das Land selbst, Wohlfahrtsräte, freie Einrichtungen etc.

²² Fonds Soziales Wien: (FSW) ist ein Steuerelement der Stadt Wien über den alle geförderten, pflegerischen und sozialen Leistungen verteilt werden. (vgl. Fonds Soziales Wien)

In Wien ist es einfacher, zahlt alles die Stadt Wien. Es gibt den Fond Soziales Wien. Der sagt: „Ist gut, machen wir mit.“ oder „Ist nicht gut, machen wir nicht mit“ (IP8:59-65).

Andere ExpertInnen meinen wiederum, dass gerade in Kärnten noch viel Handlungsspielraum bestünde. Der behäbige und starre Apparat Fonds Soziales Wien, lässt den Agierenden nicht viel Entscheidungsfreiheit. Weiteres sei der bürokratische Aufwand auch dementsprechend größer und der Informationsfluss langsamer. Was jedoch angemerkt wird ist, dass es für pflegende Angehörige in Wien ziemlich eindeutig ist, an wen sie sich wenden können, der Fonds Soziales Wien ist die Instanz, die weitervermittelt, je nachdem was benötigt wird.

9.8.2. Unterschiede zwischen stationärer und extramuraler Pflegebereich

Von vielen ExpertInnen wird angemerkt, dass die Ausbildung des Pflegepersonals im extramuralen Bereich besser sein könnte. Eine DGKS, die in diesem Bereich tätig ist, muss in vielerlei Hinsicht geschult sein.

„Der Traum wäre, wenn ich im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung das erste Modul „Case und Care Management im familiären Kontext“ für alle Diplomierten, die im mobilen Bereich tätig sind, anbieten könnte“ (IP1: 212-215).

Von diplomiertem Pflegepersonal im stationären Bereich wird eine spezielle vertiefte Ausbildung gefordert. Eine tiefergehende Ausbildung wäre auch für Fachkräfte im Bereich der extramuralen Pflege wünschenswert.

„Wenn man sich anschaut im Krankenhaus die Pflegekräfte, die jetzt im Anästhesiebereich, OP, Dialyse, wo auch immer arbeiten, also in jedem Spezialbereich, ist verpflichtend vorgeschrieben eine einjährige Sonderausbildung“ (IP6: 34-37).

„Aber ... es schwingt natürlich schon auch irgendwie mit, denke ich, dass der mobile Sektor, gerade in Österreich, gegenüber dem stationären Sektor, was die Weiterentwicklung und Professionalisierung der Pflege bedeutet, eben gegenüber dem stationären Sektor sehr im Nachteil ist. Weil ... wenn du dir den stationären Sektor anschaut, was für Weiterentwicklungs-, was für Fortbildungsmöglichkeiten es da gibt, also zumindest so von dem, was ich irgendwie wahrnehme, tut sich da in der mobilen Pflege sehr wenig“ (IP6: 72-78).

9.8.3. Szenarien für die Umsetzung in Österreich

Um das Konzept der FHN im österreichischen Gesundheitssystem umzusetzen braucht es ein klares Bekenntnis dazu. Dieses Bekenntnis muss von Seiten des Gesetzgebers kommen und

die Rolle der FHN muss im System klar abgegrenzt und definiert werden. Die Aufgabe der Gesundheitspolitik ist es, die Rahmenbedingungen klar vorzugeben und eine gezielte Um-setzung, in einem konkreten Zeithorizont durchzuführen.

„Es ist zumindest mit der Entwicklung des Curriculums das damalige Commitment des Gesundheitsministeriums eingeholt worden. Aber ... was heißt das? Das heißt im Prinzip ... nur ein Bekenntnis, dass so etwas Sinn macht und dass man so etwas braucht. Damit ist ja noch gar nichts erledigt in Wahrheit. Weil ... es muss natürlich auch eben, sage ich jetzt mal, gezahlt werden und es muss dann die wirkliche Umsetzung geleistet werden. Und die Umsetzung geht ja nicht nur über die Ausbildung der Personen hinaus, sondern das geht ja ganz stark in die Richtung, was kann ich mir vorstellen, dass diese Personen für unser Gesundheitssystem Positives leisten“ (IP5: 122-130).

Für eine Einführung und Umsetzung ist es unerlässlich von den alten und konservativen Sichtweisen abzugehen. Es braucht ein klares Berufsbild und eine klare Abgrenzung zu den anderen Professionen im Pflegebereich, d. h. Schnittstellen mit anderen Professionen sind zu bereinigen um das Konzept lückenlos umsetzen zu können. Die Initiative muss von den verantwortlichen Trägerorganisationen und den zuständigen Landesregierungen bzw. dem Bundesministerium und der Bundesregierung ausgehen.

„Das heißt aber auch noch nicht, dass es deswegen gleich umgesetzt wird. Weil ... ich denke mir mal, man muss so argumentieren ... was macht oder wie verändert sich ein System zum Positiven über das hinaus, was es jetzt schon gibt, ja? Was man immer wieder hört, ist ja „So etwas haben wir ja eh schon“ oder „Die machen das ja eh schon“. Das sind so die gängigen Floskeln, würde ich mal sagen. Zu dem kommt natürlich, dass auf ... weil du gesagt hat, die Regierung ... also die Bundesregierung allein oder ... nicht allein Entscheidungen treffen kann. Je nachdem, wo das sozusagen angesiedelt ist oder je nachdem, wo die Ausbildung stattfindet, haben ja da Trägerorganisationen und auch Länder entscheidende Wörter mitzureden“ (IP1: 193-209).

„Es ist doch so, dass es bei vielen Entscheidungsträgern ein Stückchen weit noch an der Vorstellungskraft mangelt, was denn die Family Health Nurse ist und wie die in das bestehende Gesundheitssystem zur Zeit passen würde, sage ich jetzt mal so. Das ist sicherlich ein Hemmgrund, wo es sicher noch viel zu tun gäbe“ (IP4: 26-32).

9.9. Finanzierung

Für viele der InterviewpartnerInnen ist eine Einführung der FHN zwar wünschenswert, doch sehen manche auch ein eindeutiges Problem, wenn es um die Finanzierung der Ausbildung und der Implementierung der FHN in das bestehende Pflege- und Betreuungssystem in Österreich geht. Der derzeitige Status, welcher darauf abzielt, die vorhandenen Betten, unabhängig vom Auslastungsgrad zu füllen, schafft naturgemäß wenig Anreize dies zu ändern.

„In Kärnten denkt sich der von der Gebietskrankenkasse: „Ich zahl jeden Tag meine 1000 Betten in Kärnten. Wenn ich jetzt dem sage, gehst halt ins Krankenhaus, ich zahle es eh. Ich zahle deswegen nicht mehr oder weniger“, d. h. es ist kein Anreiz in unserem aktuellen Finanzierungsschema da, einen Patienten extramural zu versorgen. Wozu? Die Krankenkasse halst sich damit nur Mehrkosten auf ...“ (IP8: 126-132).

Ein Hauptproblem des Pflegebereiches ist, dass das Fachpersonal, aus Mangel an organisierten und klar definierten Schnittstellen, auch für unqualifizierte Arbeiten herangezogen wird, das eine Verzerrung der Arbeit nach sich zieht. Eine Folge daraus ist ein Imageschaden der Pflegeberufe und naturgemäß ein unverhältnismäßig starkes Ansteigen der Pflegekosten, da die Relation der Zeitaufwendungen der qualifizierten zu den unqualifizierten Tätigkeiten nicht mehr stimmt. Das Gespräch mit einer Führungskraft aus dem Bereich der Pflege hat diesen Eindruck bestätigt und wird auch dort als großes Problem gesehen. Hier würde eine gezielte Arbeitsteilung zwischen pflegerischen Tätigkeiten durch qualifiziertes Fachpersonal und Nebentätigkeiten, die durch kostengünstigere, weniger qualifiziertes Personal durchgeführt werden könnten, vor allem in Hinblick auf die Kosten, Abhilfe schaffen.

„... das hängt vom Professionalisierungsverständnis ab, ja. Ich kann ... wenn ich ehrlich bin, müsste ich sagen, ich sehe in der Pflege so viele Tätigkeiten, die nichts mit Pflege zu tun haben ... beispielsweise Betten von A nach B schieben. Beispielsweise Administration ohne Ende ... die gar nichts mit Pflege zu tun haben, die nur vermeintlich den Beruf aufwerten, aber das überhaupt nicht tun. Und ich denke mir ... Themen, wie sich um Familien zu kümmern, sind an und für sich Pflege Themen, wo ich die Notwendigkeit nicht sehe, dass man die noch extra zahlt“ (IP1:34-41).

„... stark überspitzt, aber wenn der Arzt irgendetwas nicht machen will oder machen kann, macht es die Pflege. Wenn die Putzfrau irgendetwas nicht machen kann, macht es dann auch

die Pflege. Das ist das eine. Und dazu ist das andere, dass sich viele durch manche Tätigkeiten aufgewertet fühlen, denke ich. Also ... vielleicht hast Du das auch erlebt, aber ... vielen ist es, gerade wenn man mal eine Stationsleitung hat ... die beschäftigen sich dann teilweise viel lieber mit Schreibarbeiten, weil sie glauben, dass das sozusagen eine höher stehende Tätigkeit ist, als sich um Patienten oder um Familie zu kümmern. Also ... meine Haltung ist da ganz eine andere. Meine Haltung ist, Akademisierung hin oder her, Pflege gehört zum Patienten und soll da professionell und gut arbeiten. Effiziente Arbeitsteilung ist das A&O. So könnte man mit Sicherheit auch Kosten sparen“ (IP3: 142-156).

Die Frage nach der Finanzierung der Ausbildung zur FHN ist noch nicht geklärt. Prinzipiell muss geklärt werden, ob die Ausbildung von den Anwärtern selbst zu finanzieren sein wird, oder ob öffentliche Körperschaften wie Hauptverband der Sozialversicherungsträger, Länder, Gemeinden oder mobile Trägerorganisationen die Kosten tragen. Das Hauptproblem sieht ein Experte in der fehlenden Finanzierungsplanung und des dazugehörigen Aufteilungsschlüssels der Ausbildungskosten.

„Und ein weiterer Hemmgrund, denke ich, ist die Finanzierung, die weitestgehend noch nicht geregelt ist. Es war da eine Idee, dass das ... wenn die Family Health Nurse z. B. als Person in mobilen Trägerorganisationen angesiedelt ist, dass die da die Finanzierung übernehmen. Oder zumindest, sage ich jetzt mal, zu einem Teil die Finanzierung übernehmen. Weil, mich bitte da jetzt nicht festnageln ... natürlich soll eine Ausbildung teuer sein und nur aus eigener Kasse ... wird schon ein gehöriger Betrag fällig werden und ... ja. Es gibt wahrscheinlich viele Argumente von Seiten der Person, die die Ausbildung macht, dass sie das nicht zahlen will oder zahlen kann. Also ... ich denke mir, der finanzielle Aspekt ist sicher auch ein Grund, warum das noch nicht umgesetzt wurde“ (IP2: 101-110).

„Wenn es um die Finanzierung der Ausbildung geht meinen manche ExpertInnen, dass die Möglichkeit bestünde die MitarbeiterInnen, wenn sie die Ausbildung absolvieren wollen, sozusagen für ein paar Jahre verbindlich an die Organisation zu binden“ (IP5: 77-80).

„Finanzierung wäre ein zusätzliches Angebot, das eben von den Gemeinden oder vom Land, wie auch immer, finanziert wird, vielleicht gemeinsam mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger“ (IP3: 103-105).

Das österreichische System der Sozialversicherungsträger, die mit den Krankenhäusern auf Basis von Pauschalvereinbarungen abrechnen ist sehr teuer. Dass extramurale Pflege wesentliche kostengünstiger bewerkstelligt werden kann ist Factum. Hier müsste auf Initiative

des Gesetzgebers der extramurale Bereich verstärkt gefördert werden und es wäre auch kostenseitig mit Einsparungen zu rechnen.

„Das System in Österreich ist halt so, dass der Sozialversicherungsträger den Aufenthalt im Krankenhaus finanziert und dabei einen Pauschalbetrag an die Krankenhäuser richtet, wobei es ihm egal ist wann der Patient heimgeht. Und draußen wird es halt nach Tagessätzen abgerechnet, und es ist Fakt dass es draußen viel billiger ist als drinnen. Wir haben Kinder heimgeschickt mit Heimbeatmung, herzkranke Kinder,... die haben eine 24-Stunden Schwester im ersten Monat zur Seite gestellt bekommen. Und das ist immer noch billiger als ein Intensivkrankenplatz“ (IP4: 122-128).

9.10. Die Bedeutung der Familie

Die Familie ist die größte Ressource und Kraftquelle in unserer Gesellschaft. Dieses gesellschaftlich und monetär unverzichtbare und unersetzbare Kapital muss erhalten und gestärkt werden.

„Ja, zweifellos eine sehr große. Und zweifellos wird die Bedeutung noch sehr lang aufrechterhalten bleiben. Allein, wenn man sich anschaut, wie viele Menschen von Pflegediensten oder sonstigen im formellen oder informellen Sektor betreut werden und wie viele ausschließlich von Angehörigen betreut werden, der bekannte 80/20 Schlüssel, den man ja kennt. Da, denke ich, lässt sich ganz gut erkennen, dass das eine immense Bedeutung für familiäre Krankheitsbewältigung und Pflegebedürftigkeit in Familien haben wird. Und sicher noch für eine lange Zeit, denke ich“ (IP4: 37-43).

Ein Großteil der Menschen wünscht sich, im Fall des Falles, in der gewohnten Umgebung von den vertrauten Personen gepflegt zu werden. Für bestimmte Tätigkeiten sollen dennoch Fachkräfte zur Verfügung stehen um eine optimale Versorgung des Klienten zu erreichen. Hier kann das Konzept der FHN wertvoller Beitrag sein, um für die Menschen einer modernen Gesellschaft die Betreuungsqualität zu steigern.

„Ja. Ich glaube, ein Großteil der Personen will, jetzt unabhängig davon, ob sie jetzt einmal ... von wem sie gepflegt werden wollen ... einmal daheim gepflegt werden. Und dann gibt es noch einmal einen großen Teil, die wollen dann einfach von niemand anderem gepflegt werden. Dann gibt es wiederum einen Teil, die wollen, dass bestimmte Sachen andere tun ... also sozusagen Profis oder Externe machen ... und bestimmte Sachen wiederum nur die Familie macht, ja. Also ... da muss man sich wirklich die Konstruktionen dann im Einzelfall

sehr genau anschauen, aber es ist irgendwie von allem irgendetwas dabei, sage ich jetzt mal so. Ich denke mir ... eine ganz wichtige Frage ist einfach, sozusagen wie, welche Arrangements muss man treffen, dass das in Zukunft auch tragfähig bleibt, ja. Und ich denke mir, da ist die Family Health Nurse sicher ein wesentlicher Beitrag dazu“ (IP5:49-54).

„Ich denke mir, das ist ganz stark davon abhängig, wie sich der Pflegeberuf auch selbst sieht. Solange ich im Pflegeberuf nicht die Perspektive habe, dass die Familie etwas ist, worauf ich mein Augenmerk richten muss, wird es komplett aufgegeben. Es gibt schon einen Bedarf. Aber wird es das Bedürfnis auch der Berufsgruppe nicht geben, sich auf Familie zu beziehen, sagen wir es mal so“ (IP7: 21-29).

Die ExpertInnen sind sich darüber einig, dass die Familie zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit und der Entwicklung des Gesundheitsverhaltens, sowie der Pflege von pflegebedürftigen Menschen beiträgt. Zukünftig ist die Frage zu stellen, welche Maßnahmen zur Entlastung von pflegenden Angehörigen zu setzen sind, vor allem in Hinblick auf eine finanzielle Entlastung unseres Gesundheitssystems. Die folgende Tabelle gibt einen kurzen Überblick über die in diesem Kapitel genannten Themenkomplexe, welche zusammen mit der erarbeiteten Literatur in Kapitel 10 eine abschließende Betrachtung finden.

	Ansiedlung	Kooperationspartner	Finanzierung	Probleme	Rolle	Zielgruppen
IP 1	Beratungszentren	Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen,	Mit der Finanzierung sieht es schlecht aus	Finanzierung	Casemanagerin, rechtliche Grundlagen, Erkennen der Ressourcen, Beratung, Vernetzung	Gesamte Familie, vor allem sozial benachteiligte Familien
IP 2	Gemeinde	Ärzte, Pflegeheime, Krankenhäuser, Kassen, diverse Disziplinen im mobilen Bereich	Bund, Sozialversicherungsträger	Alle Töpfe für Prävention, Krankenversicherungen, Landesebene, Bundesebene	Krankheitsvorbeugung, das Bindungsglied zwischen stationär und mobil, Entlassungsmanagement Kommunikationsschnittstelle , nimmt Verbindung mit den verschiedenen Diensten auf, Planung , unterstützt die Familie in Entscheidungsfindungen, Koordination	alle
IP 3	Gesundheitszentren Hausärzte	Alle Stellen die sich für Gesundheitsförderung zuständig fühlen	Landesregierung Bund	Die meisten Aufgaben die eine FHN übernehmen soll, werden schon von anderen Berufsgruppen übernommen.	Begleitet und unterstützt die Familie, erkennt Krankheitsursachen, Gesundheitsaufklärungen, Schulungen, Supervision der Pflegenden Angehörigen; heikle Familiengespräche	niederschwellige Angebote, vulnerable Gruppen, MigrantInnen, Familien die Hilfe benötigen,
IP 4	mobile Pflege	Vernetzung mit Kindergärten, Schulen, Pflegeheimen		Das Konzept ist etwas schwammig, die FHN hat keine Konturen,	Begleitet, unterstützt die Familie; zeigt Finanzierungsmöglichkeiten auf, kennt sich	Sozial benachteiligte Familien, junge Schwangere,

				macht die alles?	rechtlich aus, Vernetzung mit anderen Professionen;	alte Menschen
	Ansiedlung	Kooperationspartner	Finanzierung	Probleme	Aufgabenbereiche	Zielgruppen
IP 5	Selbständig	mit allen Professionen im Gesundheitssektor	Sozialversicherungsträger	Finanzierung, Hebammen sollten nicht mit ins Boot geholt werden	Arbeitet in der Familie und auch auf Gemeindeebene, Gesundheitsförderung in allen Bereichen, Sprachrohr der Familie	Keine Einschränkung; vor allem MigrantInnen, Arbeitslose, Alkoholabhängige, Drogenabhängige,
IP 6	Gemeinde und Bezirksebene	Ärzte, Schulen, Kindergärten, Physiotherapeuten, Psychologen, Krankenhäuser, Kassen,		Überschneidung mit anderen Professionen	Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung, „präventive Hausbesuche“, nicht unbedingt direkte Pflege, nur zur Anleitung und Beratung	Gruppen/Gemeinde Familien
IP 7	Gemeinde, Grätzlebene	Alle Professionen im extramuralen Sektor			Vernetzerin, Beraterin, Begleitende Rolle, neutrale Stelle, Initiatorin von Projekten Schwerpunkt Prävention, präventive Hausbesuche	Familien, betroffen von chronischen oder akuten Erkrankungen
IP 8	Gemeinde, regionale Settings	Da gibt es zu viele Überlappungen,		finanziert niemand,	kann ich mir nicht vorstellen, ist bereits ausreichend abgedeckt durch andere Berufsgruppen	

Tabelle 8: Ausgearbeitete Themenkomplexe

10. Diskussion

In diesem Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung der Ergebnisse aus den ExpertInneninterviews mit der recherchierten Literatur. Die Diskussion orientiert sich an den Themenkomplexen der Interviewergebnisse und soll Aufschluss darüber geben, inwieweit eine Umsetzung des Konzeptes der „*Family Health Nurse*“ in Österreich bzw. Kärnten möglich ist. An dieser Stelle wird auch ein Ausblick für den Pflegesektor gewagt.

Rolle und Ansiedlung der Family Health Nurse

Die Rollen, welche der FHN zugesprochen werden sind vielschichtig. Sie geht als Vertreterin der Familie auf die Belange der pflegenden Angehörigen und der Patienten ein, um dieses sensible System zu stabilisieren und zu unterstützen.

Weiters kann die FHN als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen, und durch ihre niederschweligen und aufsuchenden Angebote alle Bevölkerungsschichten erreichen (vgl. WHO, 1999, 169).

Durch ihre Professionalität und ihr interdisziplinäres Agieren kann die FHN, aufbauend auf ihrer modularen Ausbildung (Familiengesundheitspflege, Public Health, Case- und Care Management), sowohl eine Entlastung für die Familie, als auch für das oft überforderte Pflegepersonal im extramuralen Bereich sein.

In ihrer Rolle als Kommunikatorin vermag die FHN vernetzende Tätigkeiten durchzuführen, d. h. sie ist eine Vermittlerin zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Pflegesektor und den pflegenden Angehörigen. Die Familienangehörigen der zu pflegenden KlientInnen sind ihrerseits oft maßlos überfordert. Am Beispiel der extramuralen Pflegelandschaft in Kärnten lässt sich ablesen, dass es für die Angehörigen oft sehr schwierig ist, das adäquate Betreuungsangebot aus der Fülle der anbietenden Dienstleister im Pflegebereich zu finden. Durch ihre aufsuchende Tätigkeit könnte eine FHN von Anfang an die richtigen Impulse setzen und die Familien bestmöglich beraten und begleiten. Dabei ist festzuhalten, dass gerade Österreich aufgrund seiner ländlichen Strukturen, laut ExpertInnenmeinungen für dieses Konzept geeignet scheint. Denn die FHN würde vor allem auch in entlegenen, dezentralen Regionen durch ihren aufsuchenden Charakter die Versorgungssicherheit und Qualität der Pflege sichern bzw. steigern.

Aspekt der Gesundheitsförderung und Prävention

Die FHN ist auch Ansprechperson für alle Mitglieder einer Gemeinde und stellt ihr interdisziplinäres Fachwissen zur Verfügung, um gesundheitliche Belange der Bevölkerung zu verbessern. Die FHN zeichnet sich dadurch aus, dass sie sowohl auf Mikro- als auch auf Mesebene Verantwortlichkeiten innehält, und als Initiatorin gesundheitsförderlicher Maßnahmen in der Gemeinde oder im Grätzl Impulse setzt (vgl. WHO, 2000, 9).

Durch den gezielten Einsatz der FHN in familien- und gemeindenahen Ebenen, beispielsweise im Nahbereich eines niedergelassenen Arztes oder eines Gesundheitszentrums, könnten die KlientInnen besser erreicht werden und professionell über pflegerische Themen informiert werden.

Die Stärke der FHN liegt in der ganzheitlichen Betrachtung des Systems Familie und der Interaktion der verschiedenen Mitglieder. Durch ihr spezielles Fachwissen erkennt sie frühzeitig verhaltensbedingte Risikofaktoren und gesundheitliche Probleme im Frühstadium und kann regulierend eingreifen (vgl. WHO, 2000, 56).

In der Familie werden Stile des Umgangs mit dem Körper geprägt und modifiziert. Sie ist eine Quelle sozialer Unterstützung, die in der Regel auch im Krankheits- und im Pflegefall zu Verfügung steht (vgl. Schnepf, 2006,).

Durch die Fokussierung auf gesundheitsfördernde, präventive Aspekte wird die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen für ihre eigene Gesundheit gesteigert.

Berührungspunkte

Berührungspunkte mit anderen Professionen wird es unweigerlich geben. Auch wenn die FHN keine neue Berufsgruppe, sondern lediglich eine Erweiterung originär pflegerischer Kompetenzen darstellt, stehen einige PflegeexpertInnen dem Konzept der FHN kritisch gegenüber. In diesem Aspekt sehen auch viele ExpertInnen ein Problem, dass von den verschiedensten Disziplinen im Pflege und Betreuungssektor immer wieder zu hören ist, dass die konzeptionell vorgesehenen Aufgabenbereiche einer FHN bereits heute von Fachkräften, die Gesundheitswesen tätig sind, wahrgenommen werden (vgl. Krüger, 2006, 60).

Bei einer praktischen Einführung des Konzeptes muss davon ausgegangen werden, dass genaue Tätigkeitsbereiche abgesteckt werden müssen. Bereits vorhandene Berufsgruppen dürfen nicht verdrängt werden. (vgl. Schnepf, 2005, 34)

Für eine klare Abgrenzung gegenüber den anderen Professionen im Pflegebereich müssen die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Protagonisten klar definiert werden. Das setzt voraus, dass im Vorfeld entsprechende gesetzliche Verankerungen und Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Finanzierung

Die Eingliederung in das bestehende österreichische Gesundheitssystem und vor allem die Finanzierung, sprich das Bereitstellen von entsprechenden Budgets und deren Aufteilungsschlüssel zwischen den öffentlichen Körperschaften: Bund, Länder und Gemeinden, ist als die größte Herausforderung zu sehen.

Die geplante Zusammenführung der verschiedenen Sozialversicherungssysteme in Österreich könnten eine Chance für die Einführung und Finanzierung des FHN Konzeptes bieten. Dafür ist es notwendig, dass von den zuständigen Pflegeexperten und Organisationen die entscheidenden Impulse gesetzt und an die politischen Verantwortlichen herangetragen werden.

In Anbetracht des starken demografischen Wandels und der damit einhergehenden Überalterung der Gesellschaft, gepaart mit der permanent steigenden Verschuldung des Staatshaushaltes, wird sich die Frage nach der Finanzierbarkeit in Zukunft verschärfen.

Aus gesundheitspolitischer Sicht, noch mehr aus ihrer Verantwortung der Gesellschaft gegenüber, steht hier die Politik vor einer der größten Aufgaben unserer Zeit. Es ist zu hoffen, dass die zuständigen handelnden Personen ihre Position und Stellung dafür einsetzen um hier eine Veränderung zu bewirken.

Familie als Ressource

Die Interviewergebnisse spiegeln ganz klar jenes Bild von Familie, wie es auch in der Literatur vielfach beschrieben wird. Für viele Angehörige ist es selbstverständlich ein pflegebedürftiges Familienmitglied im gewohnten Umfeld daheim zu unterstützen und zu pflegen.

Die Intensität einer Pflege setzt sich zusammen aus der zeitlichen Abfolge der Betreuung, deren Wiederholungen in einem definierten Zeitraum und der körperlichen und psychischen Beanspruchungen während der Tätigkeit. In dieser Diskussion wird die Tatsache selten erwähnt, dass hinter dem Begriff „Pflegende Angehörige“ in der Regel fachlich nicht ausgebildete Personen, oder solche, die im Alltag aufgrund ihres Alters und der körperlichen Konstitution selbst auf Hilfe angewiesen sind. Ein beträchtlicher Anteil der pflegenden

Angehörigen bilden in Österreich auch Kinder bzw. Jugendliche, welche die Betreuung ihrer Familienangehörigen übernehmen.

Ausblick

Die Familie stellt in Österreich die größte Pflegeeinheit dar, fast 80% der Pflege- und Hilfeleistungen werden von Angehörigen erbracht. Wenn diese für die Gesellschaft unentbehrliche Ressource erhalten werden soll, ist eine Unterstützung der pflegenden Angehörigen unumgänglich.

Den größten Pfeiler der öffentlichen Gesundheit bilden die Pflegekapazitäten der Angehörigen. Ohne diese unentgeltlichen privaten Leistungen der sich aufopfernden Personen wäre unser System nicht zu organisieren und finanzieren. Ökonomisch gesehen stellt die Familie für den Staat und die Volkswirtschaft ein unerhebliches, personelles und finanzielles Potential dar.

In der Arbeit wurde der derzeitige Status in Kärnten erhoben, die Gegebenheiten dargestellt und Interviews mit operativ tätigen ExpertInnen geführt. Für eine detaillierte Beurteilung müsste jedoch eine Evaluierung durchgeführt werden. Dafür sollte der Kontakt zu den im extramuralen Bereich tätigen Organisationen gesucht werden.

Aus gesundheitspolitischer Sicht muss klar sein, dass auf Bundes- und Landesebene der Aufbau der Infrastruktur im Pflege- und Betreuungsbereich sowie das Schaffen der entsprechenden Rahmenbedingungen im Verantwortungs- und Aufgabenbereich der Politik liegen.

Aus dieser Arbeit lässt sich ableiten, dass die Einführung des Konzeptes der Family Health Nurse aus pflegewissenschaftlicher Sicht zu unterstützen ist. Das vorliegende Curriculum in Österreich ist als erster Schritt zu sehen, für eine eventuelle Implementierung in Österreich/Kärnten wird eine finanzielle Machbarkeitsstudie empfohlen, welche die Basis für künftige Entscheidungen darstellen wird.

1. Literaturverzeichnis

- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch ABGB (2002) <http://www.ibiblio.org/ais/abgb1.htm> (22.11.2011).
- ASVG: [http://www.jusline.at/Allgemeines_Sozialversicherungsgesetz_\(ASVG\).html](http://www.jusline.at/Allgemeines_Sozialversicherungsgesetz_(ASVG).html) (25.11.2011).
- Achenbach G. (2001): Die *Family Health Nurse* im Kontext der Gesundheitspolitik der WHO. Ein neues Berufsbild in der professionellen Pflege und der gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung. Diplomarbeit, Fachhochschule Münster.
- Amann G., Wipplinger R. (1998): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Dgvt-Verlag, Tübingen.
- Badura B., Hurrelmann K., Iseringhausen O., Schäffer D. (Hrsg.)(2004): Versorgung chronisch Kranker: Patientenorientierung, Qualitätsentwicklung und Gesundheitsförderung, Journal of Public Health. Abstraktband 3. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Springer Verlag, Dresden.
- Barabas F. K., Erler M. (1994): Die Familie. Einführung in die Soziologie und Recht. Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Bartholomeyczik S. et al. (2008): Lexikon der Pflegeforschung – Begriffe aus Forschung und Theorie. Urban & Fischer, Elsevier, München.
- Becvar D. S. & Becvar R. J. (2000): Family Therapy: A systemic integration. Allan & Bacon, Boston.
- Beham M., Schramm B. (1995): Familie und Arbeit – zwei eindeutig mehrdeutige Begriffe? In: Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten (Hrsg.): Familie und Arbeitswelt. Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten, Wien.
- Benner P., Tanner Ch. A., Chesla C. A. (2000): PflegeExpertInnen. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Hans Huber Verlag, Bern.
- Billingham K., Mc Clelland A., Rowe A. (2000): Assessing Family and Community Health Needs. The Contribution of Nursing. Kopenhagen, Dänemark. <http://www.euro.who.int/document/e73494.pdf> (10.4.2011).
- BMGF Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005). Das Gesundheitswesen in Österreich. <http://www.bmg.gv.at/> (3.2.2011).
- Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.)(2005): Das ExpertInneninterview. Theorie, Methode, Anwendung. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Bomar P., McNeely G. (1996): Family Health Nursing Role: Past, present and future, In: Nurses and Family Health Promotion: Concepts, Assessment, and Intervention, edited by: Perri J. Bomar, W.B Saunders Company, Philadelphia. 3-21.
- Brokhaus (1968): Enzyklopädie. F.A. Brockhaus, Wiesbaden.
- Robert Bosch Stiftung (2004): Pflegebildung und -beratung in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Pflegebildung und -beratung in der häuslichen Kinderkrankenpflege. Gefördert

- durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis, Berlin.
- Brieskorn-Zinke M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Büscher A. (2001): Das *Family Health Nurse* Konzept der Weltgesundheitsorganisation. In: Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern. 177-205.
- Büscher A., Schnepf W. (2001): Die politische Umsetzung des *Family Health Nurse* Konzeptes in der WHO. In : Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
- Clark J. (2000): Verantwortung in der Pflege. WHO-Regionalbüro für Europa. http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-grm-t06.pdf (15.4.2011).
- Cotroneo M. & McHugh M. (2000): Die Familiengesundheitspflege in der Pflegewissenschaft. In: Pflege Aktuell, 54 Jahrgang, Heft 3. 12 – 93.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009): Familiengesundheit – Ein neues Handlungsfeld für Pflegendе und Hebammen; gefördert von der Robert Bosch Stiftung, Berlin.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Hrsg.(2007): Prävention und Gesundheitsförderung. Familiengesundheit – Ein neues Handlungsfeld für Pflegendе und Hebammen. Berlin.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege. http://www.familiengesundheitspflege.de/seiten/content/frame.php?id_mnu=156 (11.3.2011).
- Ditton H. et al. (2011): Empirische Bildungsforschung: Strukturen und Methoden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Duden: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline> (6.10.2012).
- Dür W., Pelikan J. M. (1998): Qualität in der Gesundheitsförderung. Ansätze und Beispiele zur Qualitätsentwicklung und Evaluation. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Dür W., Pelikan J.M.(1997): Gesundheitsförderung regional. Projekte aus den österreichischen Bundesländern. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Eberl I., et al. (2008): Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung. Die Schwester, Ausgabe 06. http://www.familiengesundheitspflege.de/seiten/content/frame.php?id_mnu=122 (12.01.2012)
- Erikssen K. (2001): Gesundheit. Ein Schlüsselbegriff der Pflege-theorie. Verlag Hans Huber, Bern.
- Ertl R. und Kratzer U. (2007): Hauskrankenpflege. Wissen – Planen – Umsetzen. 2. aktualisierte Auflage. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Ewles L., Simnett I. (2007): Gesundheit fördern. Ein praktischer Leit-faden. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

- Familienbericht, Österreichischer (1999): Zur Situation von Familie und Familienpolitik in Österreich. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, Wien.
- Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/pravention> (16.2.2012).
- Fonds Soziales Wien: http://www.fsw.at/ueber_uns/ (12.1.2011).
- Franzkoviak P., Lehmann M. (2004): Gesundheits-/Krankheitskontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz. 113-114.
- Friedemann M.-L., Köhlen C. (2003): Familien- und umweltbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
- Friedemann M.-L. (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Family, Community and Mental Health Nursing. Bern.
- Friedmann M.-L. (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Verlag Hans Huber, Bern.
- Froschauer U., Lueger M. (2003): Das qualitative Interview. Verlag Facultas, Wien.
- Fülöp G., Schäfer E., Frisch R. (1988): Hauskrankenpflege in Österreich. Herausgeber und Verleger: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.
- Gehring M. (2001): Familie – eine Begriffsdefinition. In: Gehring M. et al. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern. 15-32.
- GfG- Das Gesundheitsförderungsgesetz (1998): In: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. www.ris.bka.gv.at (26.6.2012).
- Gläser J., Laudel G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hack C. (2007): Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit dem Schwerpunkt sozial Schwache. Konzeption von Zielgruppenspezifischen Maßnahmen. Diplomarbeit, IMC Fachhochschule Krems.
- Hagauer S. (2010): Familiengesundheitspflege als Erweiterung der Pflege zu Hause im Bezirk Steyr Land (OÖ). Diplomarbeit, Wien.
- Hanson S. H. M., Gedaly-Duff V. (Hrsg.), Rowe Kaakinen J. (2005): Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research, F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Hasseler M. & Meyer M. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege. Schütersche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Hennessy D. & Gladin L. (2006): Report on the evaluation of the WHO multi-country *Family Health Nurse* pilot study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Horn A. in Schnepf W. (2002): Angehörige pflegen. Verlag Hans Huber, Bern.
- Hurrelmann K. et al. (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern.
- Infektionsnetz: <http://www.infektionsnetz.at/TextExtPraevention.phtml> (14.9.2011).

- Kaba-Schönstein L. (2004): Gesundheitsförderung I. Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und –strategien. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2004): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz, 73-77.
- Kärntner Arbeiterkammer: <http://kaernten.arbeiterkammer.at/arbeitsrecht/krankheit.htm> (16.8.2011).
- Kisman M. & Donev D. (2009): Patronage Nurses. The outreach Nursing System - A Milestone of Health Promotion. <http://biecoll.uni-bielefeld.de/volltexte/2009/2264/pdf/dokument3.2.pdf> (3.4.2011).
- Kollak I. (2004): FHN – Internationale Beispiele gelungener häuslicher Versorgung. In: Hasseler M. (Hrsg.): Mobile Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Schlütersche Verlag GmbH, Hannover.
- Kollak I. (2001): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Köhlen Ch. (2003): Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland. Theorie und Praxis der familienorientierten Pflege. Göttingen V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag. Dissertation, Osnabrück.
- Körtner U. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Koziol H., Welser R. (2001): Grundriss des Bürgerlichen Rechts. Band 1/ Auflg. 12. Manzsche Verlag, Wien.
- Krüger C. (2006): Das WHO-Konzept der *Family Health Nurse* in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen. Abschlussarbeit im Studienlehrgang Bachelor of Science in Nursing vorgelegt dem Institut der Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Kühnert S. (1996): Die Situation der Familienpflege in NRW. In: Ministerium für Arbeit und Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen (Hrsg.) Familienpflege in Nordrhein-Westfalen. Moeker Merkur GmbH, Köln.
- Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Macht E. (2010): „family health nursing“ – Szenarien zum WHO – Konzept am Beispiel der Stadtgemeinde Pulkau. Diplomarbeit, Wien.
- Mayring Ph. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Beltz Psychologische Verlags Union, Weinheim.
- Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas, Wien.
- McHugh M., Cotroneo M. (2000): Die Familiengesundheitspflege in der Pflegewissenschaft. In: Pflege Aktuell, 3, 147.
- Mlady G., Richter T., Schäfer E. (1975): Gesundheitsschwester (mobile Krankenschwester). Ergebnisse eines Modellversuchs. Herausgeber und Verleger: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien.

- Mörgelin K. (2000): *Family Health Nurse* – die sogenannte Familiengesundheitsschwester. In: *Pflege Aktuell*. 54.Jg., Heft 3, März, 138-141.
- Morse J. M., Field P. A. (1998): *Qualitative Pflegeforschung - Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege*. Ullstein Medical, Wiesbaden.
- NPO Non Profit Organisationen (2004): *Non Profit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich, Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven*. <http://www.lebensweltheim.at/cms/dv/images/bag-studie.pdf> (7.8.2011).
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖGB (2005): *Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten*. Endbericht. Wien.
- ÖBIG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: *Österreichischer Pflegebericht 2007*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.
- ÖBIG (2008): *Evaluierung und Fortschreibung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für stationäre, teilstationäre und mobile soziale Dienste in Kärnten*. Endbericht. Im Auftrag des Amtes der Kärntner Landesregierung Abteilung 13 – Soziales, Jugend, Familie und Frau.
- Österreichisches Rotes Kreuz (2007): *Umsetzung des Konzepts der Family Health Nurse der WHO in Österreich*. Curriculum, Wien.
- ÖGB: (2005) *Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten*. Endbericht. http://lbim.gs-archiv.lbg.ac.at/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf (15.6.2011).
- Peinhaupt Ch. et al. (2004): *Integrierte Versorgung /14. Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung (in Wien 14. – 17. Bezirk)* Endbericht. LBIMGS, Wien.
- Pelikan J.M. Stacher A., Grundböck A., Krajic K. (1998): *Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von Ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Theoretische Konzepte, gesundheitspolitischer Kontext und praktische Erfahrungen in Europa*. Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Pochobradsky E. et al. (2008): *Evaluierung und Fortschreibung des Bedarfs- und Entwicklungsplanes für stationäre, teilstationäre und mobile soziale Dienste in Kärnten*. Endbericht. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH Im Auftrag der Kärntner Landesregierung Abteilung 13 – Soziales, Jugend, Familie und Frau.
- Pschyrembel Wörterbuch Pflege (2007): De Gruyter
- Quantum Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH (2007): *Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich*. Im Auftrag des Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/9/0/6/CH0184/CMS1229093595174/organisation_u_finanzierung_der_pflegevorsorge_in_oesterreich_endversion_2007-08-07.pdf (6.12.2009).
- Riess G., Rottenhofer I., Winkler P. (2007): *Österreichischer Pflegebericht 2007*. Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend.

- Rogner M. J. (2008): Primary Nursing im mobilen Setting – eine österreichische Perspektive. Diplomarbeit, Wien.
- Schaeffer D., Ewers M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: Pflege und Gesellschaft. 11(3), 197-209.
- Schneewind K. A. (1999): Familienpsychologie. Kohlhammer. Stuttgart; Berlin, Köln.
- Schneewind (1999): Familienpsychologie. In Werneck-Rohrer S. (2000): Psychologie der Familie. Theorien, Konzepte, Anwendungen. Universitätsverlag WUV, Wien.
- Schnepp W., Eberl I. (2006): Familiengesundheitspflege in Deutschland. Konsensfindung als Grundlage. Private Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Schnepp W., Eberl I. (2005): Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der *Family Health Nurse* in Deutschland. (Abschlussbericht). Private Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Schnepp W., Eberl I. (2007): Die multizentrierte Pilotstudie der WHO zur *Family Health Nurse*. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland (dritter Zwischenbericht). Private Universität Witten/Herdecke. Witten.
- Schober & Fadwa (2001) In: Hasseler M. & Meyer M. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Neue Aufgaben für die Pflege. Schütersche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schrader Ch. F. (2005): *Family Health Nurse*/familiengesundheitspflege. In: Österreichische Pflegezeitschrift. http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2005/05/schrader.pdf (14.3.2011).
- Schüssler D. (2007): Familiengesundheit sichern – ein Handlungsfeld für die Pflege. Neue Aufgaben(-teilung) in den Gesundheitsberufen. In: Pflegezeitschrift. 60.Jg., Heft 9. 495-498.
- Schüssler D. (2006): Die Familie als neues Pflegezentrum? In: Pflege aktuell, 60. Jg., März 2006, 130-131.
- Schwamberger H.(2006): GuKG Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Verlag Österreich, Wien.
- Seidler E., Leven K.-H. (2003): Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.
- Seitz F. et al. (2007): Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa. Eine Literaturstudie zur Implementierung. In: Pflege & Gesellschaft. 13. Jg., Heft 3, 260-276.
- Sozial- und Gesundheitssprengel Kärnten: <http://www.sgs-ktn.at/portal.php?gruppe=9>
Statistik Austria: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (19.7.2011).
- Steinbach H. (2007): Gesundheitsförderung - Ein Lehrbuch für Pflegende und Gesundheitsberufe. 2. aktualisierte Auflage. Facultas Universitätsverlag. Wien.
- Strupeit S. (2008): Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben und Maßnahmen durch Gemeindeschwestern in der ehemaligen DDR – ein Rückblick. In: Pflege & Gesellschaft, 13. Jg., 159-173.

- Stuart M. (1991): An analysis of the concept of family. In: Family Theory Development. In: Nursing: State of the Science and Art. Whall A.L. & Fawcett J. (Hrsg.). edition1. FA Davis, Philadelphia. 31-42.
- Trojan A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip P. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung.. Juventa Verlag, Weinheim und München, 195-228.
- Wendt, W. R. (1997): Case Management im Sozial und Gesundheitswesen - Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau.
- Werneck H., Werneck-Rohrer S. (2000): Psychologie der Familie. Theorien, Konzepte, Anwendungen. Universitätsverlag WUV, Wien.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2005a): Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Aktualisierung 2005. Europäische Schriftenreihe Nr.7. Kopenhagen. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20051201_1?language=german (7.7.2011)
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21 – „Das Rahmenkonzept für alle“ für die europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“. Nr.6. Kopenhagen. <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (12.12.2011).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa (2000a): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen. http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-grm-t06.pdf (4.1.2011).
- WHO – World Health Organisation Regional Office for Europe (2005b): Fourth Workshop on WHO *Family Health Nurse* Multinational Study: Intercountry Evaluation. Glasgow, Scotland. <http://www.euro.who.int/document/e86617.pdf> (12.12.2011).
- WHO – World Health Organisation Regional Office for Europe (2003): WHO *Family Health Nurse* Multinational Study. Report on a WHO Meeting. Madrid, Spain. <http://www.euro.who.int/document/e79369.pdf> (12.12.2011).
- WHO – World Health Organisation Regional Office for Europe (2001): Community Health needs Assessment. An introductory guide for the *Family Health Nurse* in Europe. Copenhagen. <http://www.euro.who.int/document/e73494.pdf> (12.12.2011).
- WHO – World Health Organisation Regional Office for Europe (2000b): Financing and structural arrangements for the *Family Health Nurse*. Report on a WHO meeting. Barcelona. Spain. <http://www.euro.who.int/document/e71498.pdf> (20.5.2011).
- WHO – World Health Organisation Regional Office for Europe (2000c): Pflegende und Hebammen für Gesundheit. Eine WHO – Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa, EUR/00/5019309/15. Kopenhagen.
- Wild M. (2001): Ambulante Pflege und Betreuung in Österreich. In Kollak I. (2001): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Wild M. (2005): *Family Health Nurse* in Österreich – Konzept für eine schrittweise Umsetzung. Österreichisches Rotes Kreuz, Wien.

- Wild M. (2006): Pflege (in) der Familie. Abschlussarbeit im Studiengang Master of Science (Pflegemanagement). Vorgelegt dem Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen der Donau-Universität Krems.
- Wild M. (2007): Pflege (in) der Familie. In: Österreichische Pflegezeitschrift 07/10. 18-23.
- Wild M., Rottenhofer I. (2007): Umsetzung des Konzepts der *Family Health Nurse* der WHO in Österreich.
- Wright L.M., Leahey M. (2009): Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen. Verlag Hans Huber, Bern.
- Wright L. & Leahey M. (1990): Trends in Nursing of Families. In: Readings in Family Nursing, edited by Gail D. Wegner & Rinda J. Alexander, (1999): Lippincott, Philadelphia, chapter 3: 23-33.
- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch ABGB (2002)
<http://www.ibtiblio.org/ais/abgb1.htm> (22.11.2011).

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Vorname, Name: Alexandra Lugger
Geburtsdatum: 19.07.1978
Geburtsort: Villach
Familienstand: verheiratet, eine Tochter



Ausbildung

9/1988 - 6/1996	Bundesgymnasium Saalfelden Humanistischer Zweig
10/1996 - 10/1999	Studium der Humanmedizin an Leopold Franzens Universität Innsbruck
8/1999	Ausbildung zur Rettungssanitäterin Rotes Kreuz Innsbruck
2/2001	Ausbildung Krisenintervention; Österreichisches Rotes Kreuz
1/2009	Ausbildung zur Zahngesundheitserzieherin bfi-Kärnten in Kooperation mit der KGKK
10/2011	Lehrgang Projektmanagement WIFI
10/2006-2013	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der Universität Wien mit Schwerpunkt Psychologie

Praktika

10/1999	Praktikum Diakonie De la Tour
7/2002	Psychologisches Praktikum mit Schwerpunkt klinisch psychologische Interventionen und Psychotherapie im BKH Lienz