



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Familiengesundheitspflege als Erweiterung der Pflege zu Hause im Bezirk Steyr-Land (OÖ)

Eine Bedarfsanalyse am Beispiel von pflegenden Angehörigen aus der Gemeinde Großraming mit
Empfehlungen für die Umsetzung im Bezirk Steyr-Land

Verfasser

Stefan Peter Hagauer

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, August 2010

Studienrichtung laut Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung laut Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuer:

Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD

Vorwort

Ich möchte mich recht herzlich bei meinem Diplomarbeitsbetreuer Herrn Univ.-Doz. Dr. Vlastimil Kozon PhD bedanken, der mich durch seine fachliche Kompetenz bestens begleitet und betreut hat. Er hatte bei Fragen und Unklarheiten meinerseits immer ein offenes Ohr und gab mir bei Bedarf hilfreiche Ratschläge. Vielen Dank für die ausgezeichnete, harmonische und kompetente Betreuung.

Ein ganz besonderer Dank gebührt Julia Kirchstetter, die mir in der stressigen Zeit der Doppelbelastung Diplomarbeit und Schule immer wieder das Wesentliche vor Augen geführt hat. Herzlichen Dank für die Geduld, das Verständnis, die Unterstützung und Motivation während dieser Zeit.

Ebenso möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich während meiner Studienzeit immer unterstützt haben. Zu Hause habe ich die Möglichkeit abzuschalten und neue Kraft zu tanken. Meinem Bruder gilt ebenfalls ein besonderer Dank. Seine Art, die Dinge in die Hand zu nehmen, ist vorbildlich und motiviert mich in meinem eigenen Handeln immer wieder aufs Neue. Zahlreiche eigene Überlegungen und Ideen zur Diplomarbeit wurden in Gesprächen mit ihm diskutiert. Meine Freunde haben einen großen Stellenwert in meinem Leben. Auch ihnen möchte ich meinen Dank aussprechen.

Weiters möchte ich mich bei den pflegenden Angehörigen aus Großraming bedanken, die mir durch ihre Interviewbereitschaft die Durchführung der Arbeit überhaupt erst ermöglichten. Die Pflegestammtischleitung von Großraming, Frau Christine Mandl, möchte ich an dieser Stelle auch namentlich erwähnen. Vielen Dank für das interessante Gespräch über die Pflege- und Betreuungslandschaft in der Region und für die Vermittlung der Kontaktadressen. Ein großes Dankeschön verdient auch der Sozialhilfeverband Steyr-Land, allen voran Herr Johannes Neustifter, der mir hilfreiche Literatur über den Sozialhilfeverband zu Verfügung stellte. Herzlichen Dank auch an Ines-Mercedes Freitag für das Korrigieren meiner Diplomarbeit.

Ich hoffe, dass diese Arbeit dazu beitragen kann, dass die Pflegewissenschaft als notwendige Disziplin für das umfangreiche Feld der Pflege noch mehr wahrgenommen wird.

Abstract

Hintergrund:

Die Pflegebedürftigkeit bzw. Krankheit eines Familienmitgliedes betrifft nicht nur die jeweilige Person, sondern hat Einfluss auf die gesamte Familie. Ca. 80 % der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zu Hause von ihren Familien (pflegenden Angehörigen) gepflegt und betreut. Pflegende Angehörige sind der größte Pflege- und Betreuungsdienst unserer Gesellschaft und stellen, ökonomisch gesehen, für den Staat und die Volkswirtschaft ein erhebliches personelles und finanzielles Potenzial dar (vgl. ÖBIG, 2005, 4). Beim Konzept der Familiengesundheitspflege wird der Fokus bereits auf das pflegebedürftige Familienmitglied im Kontext seiner Familie gelegt. Nicht die pflegebedürftige Person, sondern die gesamte Familie wird als Leistungsempfänger gesehen. Das österreichische Rote Kreuz fordert die Einführung der Familiengesundheitspflege in Österreich, unter anderem als Erweiterung für die Pflege und Betreuung zu Hause, um die unentbehrliche Ressource Familie besser zu unterstützen und zu fördern.

Ziel der Untersuchung:

In dieser Arbeit wird der Bedarf an einer Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land beispielhaft anhand der Probleme und Belastungen von pflegenden Angehörigen der Gemeinde Großraming aufgezeigt. Des Weiteren werden Empfehlungen für die Umsetzung der Familiengesundheitspflege im Setting „Pflege zu Hause“ für den Bezirk Steyr-Land gegeben.

Methodik:

Mittels problemzentrierten Leitfadeninterviews (n = 9) mit pflegenden Angehörigen der Gemeinde Großraming werden die Probleme der Befragten im Umgang mit Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes erhoben. Die Ergebnisse werden mit Hilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet und in Relation zur bearbeiteten Literatur gestellt, um den Bedarf einer Familiengesundheitspflege zu konkretisieren. Die Auseinandersetzung mit den Themen Familie im Kontext der Pflege zu Hause, dem Family Health Nurse Konzept der WHO und seine adaptierte Form in Deutschland und in Österreich, sowie die detaillierte Darstellung der extramuralen Pflege- und Betreuungslandschaft in Österreich, dem Bezirk Steyr-Land und Großraming bilden den theoretischen Rahmen für die Arbeit. Basierend darauf, sowie auf

Background:

The need for care or the illness of a family member is not only a problem for this person, but has a major impact on the whole family. Approximately 80 % of people with a need for care in Austria are attended by their family (nurturing relatives). Nurturing relatives are the biggest care group in our society and represent a high financial potential for the Austrian economy (see ÖBIG, 2005, 4). The concept of family health nursing has a special focus in the context of the family member who needs care and his/her family. It is not only the person who needs care but the whole family is considered as a beneficiary. Therefore the Austrian Red Cross already demands for the introduction of family health nursing in Austria – to enlarge home care and assistance and to better support and sponsor the essential resource of the family.

Purpose of the study:

This thesis shows the need for family health nursing in the district of Steyr-Land with a focus of problems and workload of nurturing relatives in the city of Grossraming. Furthermore the thesis gives recommendations to implement family health nursing especially in the home care setting in the district of Steyr-Land.

Methodology:

Using a problem-orientated guided interview (n = 9) with nurturing relatives in Grossraming problems of the interviewee in regard to the handling of illness and the need for care of a family member were collected. The results are evaluated with the help of a qualitative content analysis of Mayring and compared to the status quo of specific research in this field to give a concrete statement about the need of family health nursing. The topics family and nurturing relatives in the context of home care, the Family Health Nursing concept of the WHO and its adaption in Germany and Austria, home care area in Austria, in the district of Steyr-Land as well as in the city of Grossraming form the theoretical framework of this thesis. Based on this and

den Ergebnissen der Interviews und den Forderungen des österreichischen Roten Kreuz bzgl. der Einführung einer Familiengesundheitspflege in Österreich, werden Empfehlungen für eine Umsetzung im Bezirk Steyr-Land gegeben.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews werden in fünf zusammengefasste Themenschwerpunkte unterteilt, die wie folgt lauten:

- Pflege und Betreuung zu Hause im Setting „Familie“
- regionales Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. ehrenamtliche Hilfsleistungen)
- Wissens-/Informationsstand von pflegenden Angehörigen
- pflegende Angehörige im Kontext der Gesellschaft
- Familiengesundheitspflege – erste Aussagen und Vorstellungen der pflegenden Angehörigen

Die erarbeiteten Empfehlungen für eine mögliche Umsetzung im Bezirk Steyr-Land werden anhand der sechs folgenden notwendigen Implementierungskriterien beschrieben:

- regional flächendeckende Bedarfsevaluierung
- gesetzliche Anerkennung der Familiengesundheitspflegeausbildung
- Integrierung der Familiengesundheitspflege in die länderspezifischen Strukturstandards
- Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften bei Gemeinden und regionalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
- Sensibilisierung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger für die Familiengesundheitspflege
- Pilotprojekt als Vorstufe und Richtungsweiser für eine flächendeckende Einführung

Ein fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land zeigt die Möglichkeiten einer FHN in der Region auf.

Schlüsselwörter:

Familiengesundheitspflege, Pflege zu Hause, Hauskrankenpflege, extramurale Pflege und Betreuung, pflegende Angehörige, Familie

on the results of the interviews and the demand of the Austrian Red Cross for the implementation of family health nursing in Austria, the thesis gives recommendations on the realization in the district.

Results:

The results of the problem-orientated interviews can be summarized in five different focal points:

- care and assistance at home within the family
- regional supply for care and assistance (incl. voluntary support functions)
- level of knowledge/information of nurturing relatives
- nurturing relatives in the context of society
- family health nursing – first statements and ideas of nurturing relatives

The recommendations of this thesis for a possible implementation in the district of Steyr-Land can be described in six necessary implementation steps:

- regional and area-wide evaluation of the demand
- legal approval of family health nursing as a specific training
- integration of family health nursing in the country-specific structural standards
- employment of family health nurses at cities and regional health and social service facilities
- awareness of political opinion leaders in healthcare for family health nursing
- pilot project as a guide for a area-wide implementation.

An example of how working as an FHN could be, states the possibilities of this profession in the researched region.

Key Words:

Family Health Nursing, home care, home care area, nurturing relatives, family

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Forschungsfrage und angestrebte Ziele	2
1.2. Aufbau und Gliederung der Arbeit	3
 I. THEORETISCHER TEIL.....	4
 2. Literaturrecherche und -analyse.....	4
 3. Die Familie und ihre Bedeutung für die häusliche Pflege.....	5
3.1. Der komplexe Begriff „Familie“	6
3.2. Der Begriff „Familiengesundheit“	9
3.3. Die Familie als unersetzliche Ressource für die häusliche Pflege	10
3.3.1. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege	12
3.3.1.1. Gesetzliche Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegeberuf.....	13
3.3.1.2. Prävention in der Pflege	15
3.3.1.3. Gesundheitsförderung in der Pflege	15
3.3.2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie	16
3.3.3. Pflegende Angehörige	17
3.3.3.1. Probleme und Belastungen von pflegenden Angehörigen	17
3.3.3.2. Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich	21
 4. Family Health Nursing – Geschichte und Kernelemente des WHO Konzeptes	23
4.1. Ursprung und Entwicklung von Family Health Nursing in Nordamerika.....	23
4.2. Family Health Nursing in Europa, speziell in Deutschland und Österreich.....	24
4.3. Kernelemente des WHO Konzeptes der Family Health Nurse	28
4.3.1. Family Health Nurse – eine Definition.....	28
4.3.2. Rolle, erforderliche Qualifikationen und Zielgruppen der FHN	29
4.3.3. Das Verständnis von Familie als System und Subsystem zugleich.....	31
4.3.4. Die 4 Hauptinterventionsebenen der Family Health Nurse.....	32
4.3.5. Ausbildung der Family Health Nurse	34
4.3.6. Curriculum für die Family Health Nurse Ausbildung	34
4.3.6.1. Modul 1 – Einführungsmodul: Konzepte, Praxis und Theorie.....	35
4.3.6.2. Modul 2 – Erbringung von Pflege 1: Arbeit in Familien	36

4.3.6.3. Modul 3 – Entscheidungsfindung.....	36
4.3.6.4. Modul 4 – Informationsmanagement und Forschung.....	36
4.3.6.5. Modul 5 – Erbringung von Pflege 2: Arbeit mit Bevölkerungsgruppen	37
4.3.6.6. Modul 6 – Ressourcenmanagement.....	37
4.3.6.7. Modul 7 – Führung und multidisziplinäres Arbeiten	37
5. Familiengesundheitspflege in Deutschland	38
5.1. Projektdesign und Konsensphase	38
5.2. Implementierungs- und Machbarkeitsphase (2005-2008).....	41
5.2.1. Das adaptierte Curriculum der Familiengesundheitspflege in Deutschland	42
5.2.1.1. Wesentliche Inhalte des Curriculums	42
5.2.1.2. Die ersten Erfahrungen mit dem Curriculum	44
5.2.1.2.1. Erfahrungen der AusbildungsteilnehmerInnen.....	44
5.2.1.2.2. Erfahrungen der KursleiterInnen	46
5.2.1.2.3. Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen	47
5.2.2. Die Weiterbildung der Familiengesundheitspflege in Deutschland	47
5.2.2.1. Die ersten Erfahrungen mit der Weiterbildung	47
5.2.2.1.1. Erfahrungen der WeiterbildungsteilnehmerInnen	48
5.2.2.1.2. Erfahrungen der KursleiterInnen mit der Weiterbildung	51
5.2.2.1.3. Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen mit der Weiterbildung.....	51
5.2.2.2. Die ersten Erfahrungen im Rahmen der Praxiseinsätze	53
5.2.3. Erste Erfahrungen nach der Ausbildung.....	53
5.2.3.1. Erfahrungen der AbsolventInnen nach der Ausbildung	54
5.2.3.2. Ergebnisse aus den Befragungen der ArbeitgeberInnen.....	55
5.2.4. Erste Erfahrungen der Familien.....	57
5.2.4.1. Erfahrungen der Familien mit Pflege und Betreuung vor Begleitung durch die FHN	58
5.2.4.2. Erfahrungen der Familien mit den Family Health Nurses.....	59
5.2.5. Erste Effekte und Auswirkungen durch die Begleitung der Familien.....	62
6. Familiengesundheitspflege in Österreich	63
6.1. Zur Notwendigkeit einer Familiengesundheitspflege in Österreich.....	63
6.2. Status Quo und nationale Bestrebungen bzgl. einer Umsetzung.....	64
6.3. Die österreichische Ausbildung und das Curriculum der Familiengesundheitspflege.....	66
6.3.1. Grundannahmen zur Ausbildung der Familiengesundheitspflege in Österreich.....	67

6.3.2. Das österreichische Curriculum der Familiengesundheitspflege	68
7. Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich in Österreich	69
7.1. Historischer Rückblick	69
7.2. Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung.....	72
7.2.1. Länderspezifität der extramuralen Pflege und Betreuung in Österreich	72
7.2.2. Berufsgruppen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich.....	73
7.2.3. Gesetzliche Regelungen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich.....	76
7.2.4 Pflegeorganisationssysteme in der extramuralen Pflege und Betreuung.....	77
7.2.4.1. Bezugspflege/Primary Nursing.....	77
7.2.4.2. Funktionspflege	79
7.2.4.3. Zimmer- und Gruppenpflege	79
7.2.4.4. Tourenplanung bzw. Tourensystem	79
7.2.4.5. Bezirkssystem	79
7.2.4.6. Pflegeorganisationssysteme und ihr Anwendungsgebiet in Österreich.....	80
7.2.5. Finanzierung des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches	82
7.3. Daten und Fakten der nationalen extramuralen Pflege und Betreuung	83
7.4. Aktuelle Probleme in der extramuralen Pflege und Betreuung	85
7.4.1. Die medizinische Hauskrankenpflege und ihr Finanzierungszwist.....	85
7.4.2. Personalprobleme	86
7.4.3. Qualitätsmängel	87
7.4.4. Fehlende politische Unterstützung und die Problematik der gesetzlichen Rahmenbedingungen	88
7.5. Lösungsvorschläge für die extramurale Pflege und Betreuung.....	89
8. Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich im Bezirk Steyr-Land.....	90
8.1. Entstehungsgeschichte des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land	91
8.2. Organisation und Aufgaben des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land	93
8.2.1. Finanzierung	93
8.2.2. Extramurale Pflege- und Betreuungsangebote im Rahmen des SHVSE.....	94
8.2.2.1. Sozialberatungsstellen	95
8.2.2.2. Geldaushilfen.....	96
8.2.2.3. Familienhilfe.....	96
8.2.2.4. Mobile Hilfe und Betreuung.....	97
8.2.2.5. Medizinische Hauskrankenpflege.....	100

8.2.2.6. Tagesbetreuung.....	101
8.2.2.7. Pflege- und Betreuungsangebote in Steyr-Land unabhängig vom SHVSE.....	101
8.3. Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich im Bezirk Steyr-Land und Umgebung	102
8.3.1. Ausbildungsmöglichkeiten für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege	102
8.3.2. Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegehilfe, Heimhilfe und andere Soziale Berufe ..	103
8.3.3. Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich auf akademischen Niveau	104
8.4. Die Gemeinde Großraming und ihre extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft	107
8.4.1. Eckdaten der Gemeinde Großraming	107
8.4.2. Extramurales Pflege- und Betreuungsangebot in Großraming.....	107
8.4.3. Ehrenamt/freiwilliges Engagement im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in Großraming.....	108

II. EMPIRISCHER TEIL110

9. Methodisches Vorgehen110

9.1. Das problemzentrierte Interview	111
9.1.1. Planung der Interviews	113
9.1.1.1. Die Erstellung des Interviewleitfadens.....	113
9.1.1.2. Zugang und Auswahl der befragten pflegenden Angehörigen.....	115
9.1.1.3. Forschungsrelevante ethische Überlegungen	118
9.1.2. Die Interviewdurchführung	119
9.1.3. Bearbeitung und Auswertung der Interviews	120
9.1.3.1. Die Verschriftlichung der Interviews – das Transkribieren	121
9.1.3.2. Die Interviewauswertung.....	122
9.1.4. Darstellung der Ergebnisse	125
9.1.4.1. Themenschwerpunkt Pflege und Betreuung zu Hause im Setting „Familie“	126
9.1.4.2. Themenschwerpunkt regionales Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. ehrenamtliche Hilfsleistungen).....	132
9.1.4.3. Themenschwerpunkt Wissens-/Informationsstand von pflegenden Angehörigen	140
9.1.4.4. Themenschwerpunkt pflegende Angehörige im Kontext der Gesellschaft	143

9.1.4.5. Themenschwerpunkt Familiengesundheitspflege – erste Aussagen und Vorstellungen der pflegenden Angehörigen.....	146
9.1.5. Zusammenfassung der Ergebnisse.....	147
10. Diskussion.....	151
10.1. Ergebnisdiskussion in Relation zur ausgearbeiteten Literatur	152
10.2. Empfehlungen für die Einführung einer professionellen Familiengesundheitspflege im Setting „Pflege zu Hause“ im Bezirk Steyr-Land	162
10.2.1. Regional flächendeckende Bedarfsevaluierung.....	162
10.2.2. Gesetzliche Anerkennung der Familiengesundheitspflegeausbildung	163
10.2.3. Integrierung der Familiengesundheitspflege in die länderspezifischen Strukturstandards	166
10.2.4. Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften bei Gemeinden und regionalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen	168
10.2.5. Sensibilisierung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger für die Familiengesundheitspflege	171
10.2.6. Pilotprojekt als Vorstufe und Richtungsweiser für eine flächendeckende Einführung	172
10.3. Fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land	173
11. Limitation der Untersuchungsmethode.....	177
12. Anhang.....	178
12.1. Interviewleitfaden	178
13. Literaturverzeichnis	182

1. Einleitung

„Frau N. ist 86 Jahre alt, verwitwet und hatte 2 Jahre zuvor einen Schlaganfall. Aufgrund der ausgeprägten Hemiplegie¹ links kann sie nur mit fremder Hilfe das Bett verlassen. Deshalb ist sie von ihrer Zweizimmerwohnung in das Haus ihrer 60-jährigen Tochter übersiedelt, die ebenfalls alleinstehend ist. Seit dem Schlaganfall ist Frau N. auch harn- und stuhlinkontinent und hat Schluckbeschwerden. Die Tochter übernimmt die Pflege, fühlt sich aber zunehmend überfordert. Besonders belastend erlebt sie die oft weinerliche und traurige Stimmung ihrer Mutter. Sie hat das Gefühl, dass ihre Mutter ihre Bemühungen gar nicht schätzt. Die Tochter hat auch 2 kleine Enkelkinder, um die sie sich manchmal kümmern möchte. Als sich der Allgemeinzustand von Frau N. verschlechterte – insbesondere die Schluckbeschwerden wurden immer stärker – überwies der Hausarzt Frau N. ins Krankenhaus. Der stationäre Aufenthalt dauerte 2 Wochen und Frau N. wurde mit einer PEG-Sonde² an einem Freitagmittag entlassen. Die Tochter wurde am selben Tag in der Früh über den Entlassungstermin informiert und war völlig verzweifelt, da sie keine Informationen zur Sonderversorgung hatte. Sie wandte sich an den Hausarzt, der empfahl, die Hauskrankenpflege³ anzufordern, welche sich um alles Weitere kümmern würde. Die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester hat noch Freitagnachmittag den ersten Hausbesuch absolviert und alle notwendigen Schritte veranlasst. Seither wird Frau N. regelmäßig von der Hauskrankenpflege betreut. Das Pflegegeld, das Frau N. seit ihrem Schlaganfall bezieht, wird für diverse Selbstbehalte, für Inkontinenzmaterialien und andere Pflegehilfsmittel verwendet. Für den einstündigen Besuch der Hauskrankenpflege muss Frau N. ca. 5 Euro vom Pflegegeld und 15 Euro von ihrer Pension bezahlen.“ (Wild, 2002, 22)

Die Situation von Frau N. und ihrer Tochter verdeutlicht den Alltag und die Probleme in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen zu Hause sehr gut. Es ist offensichtlich, dass nicht nur Frau N., sondern auch ihre Tochter regelmäßige und professionelle Hilfe benötigt. Das Praxisbeispiel zeigt, dass Familien im Umgang mit Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Fami-

¹ Hemiplegie ist eine vollständige Lähmung einer Körperhälfte (vgl. Menche et al., 2004, 1244).

² Eine PEG-Sonde, kurz für perkutan-endoskopische Gastrostomie, ist eine Sonde zur enteralen Langzeiternährungsbehandlung, welche durch die Bauchdecke in den Magen geleitet wird. Sie wird häufig bei PatientInnen mit Schwierigkeiten im oberen Verdauungstrakt verwendet (Aspirationsgefahr, Ausfall des Schluckreflexes durch Bewusstseinsstörung, Ösophagusvarizen, etc.) (vgl. Menche et al., 2004, 577).

³ Der Begriff „Hauskrankenpflege“ ist den Begriffen „Pflege zu Hause“, „Pflege im häuslichen Umfeld“ und „häusliche Pflege“ von der Bedeutung gleichgesetzt. Der Begriff „medizinische Hauskrankenpflege“ fällt in den Bereich Hauskrankenpflege, wird aber aufgrund seiner Sonderstellung explizit als medizinische Hauskrankenpflege angeführt.

lienmitgliedes vor großen Herausforderungen stehen. Die Versorgungsressource Familie, unentbehrlich und kostengünstig für das österreichische Gesundheitssystem, und der Verbleib zu Hause stellen wesentliche Bedürfnisse bei den pflegebedürftigen Menschen dar. Die Strapazen und Probleme, die Familienangehörige damit auf sich nehmen, werden allerdings oftmals nicht erkannt bzw. ignoriert.

Im Laufe des Studiums wurde ich ständig mit den Problemen und der Vernachlässigung von pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege in Österreich konfrontiert, sodass ich es mir im Rahmen der Diplomarbeit zur Aufgabe gemacht habe, diese Thematik aufzugreifen.

Das Konzept der Familiengesundheitspflege, unter anderem als Angebotserweiterung in der Hauskrankenpflege, wird hierzulande bereits aktuell von PflegeexpertInnen gefordert. Das österreichische Rote Kreuz schlägt diesbezüglich das WHO⁴ Konzept der Family Health Nurse vor. In Zusammenarbeit mit dem Land Steiermark, dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, sowie dem Gesundheitsministerium wurde bereits ein Ausbildungscurriculum für eine mögliche Umsetzung entworfen.

Die Arbeit soll Informationen darüber liefern, ob eine professionelle Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr- Land benötigt wird und was für eine Umsetzung in der Region notwendig ist.

1.1. Forschungsfrage und angestrebte Ziele

Die Forderung nach einer professionellen Familiengesundheitspflege ist die logische Folge von fehlenden bzw. nicht zeitgemäßen familienbezogenen und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangeboten in Österreich. In Anbetracht der aktuellen Situation in der häuslichen Pflege, der nationalen Situation hinsichtlich einer möglichen Einführung der Familiengesundheitspflege, sowie aufgrund des persönlichen Bezugs und Interesses am Bezirk Steyr-Land, stellt sich folgende Forschungsfrage:

⁴ WHO – World Health Organization

Besteht, aufgrund der Probleme der pflegenden Angehörigen aus der Gemeinde Großraming in der Pflege und Betreuung eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes, ein Bedarf am Konzept der Familiengesundheitspflege des österreichischen Roten Kreuzes und welche Voraussetzungen müssen für eine Umsetzung im Setting „Pflege zu Hause“ im Bezirk Steyr-Land geschaffen werden?

Durch Interviews mit pflegenden Angehörigen aus der Gemeinde Großraming soll beispielhaft der Bedarf an einer Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land dargestellt werden. Zudem sollen, basierend auf den Interviewergebnissen, der theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik der Familiengesundheitspflege und der Analyse der ambulanten⁵ Pflege- und Betreuungslandschaft in Österreich, Steyr-Land und Großraming, Empfehlungen für die Umsetzung des Konzeptes in der häuslichen Pflege im Bezirk gegeben werden. Die Auseinandersetzung mit dem FHN⁶ Pilotprojekt aus Deutschland soll zusätzlich wichtige Informationen für eine mögliche Umsetzung in Steyr-Land liefern. Die Ergebnisse der Arbeit sollen den Erkenntnisstand über die Familiengesundheitspflege in Österreich erweitern und gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern Möglichkeiten für eine Implementierung veranschaulichen.

1.2. Aufbau und Gliederung der Arbeit

Die Arbeit ist grob in einen theoretischen und einen empirischen Teil gegliedert. Im theoretischen Teil wird zu Beginn die Literaturrecherche beschrieben, die im Vorfeld der theoretischen Themenaueinandersetzung stattgefunden hat. Danach wird der Bedeutung von Familien (pflegenden Angehörigen) für die Pflege zu Hause nachgegangen. Im Anschluss wird das Hauptaugenmerk auf die Familiengesundheitspflege der WHO und ihre adaptierte Form in Deutschland und Österreich gelegt, um die länderspezifischen Umsetzungsstrategien aufzuzeigen. Eine Darstellung der extramuralen Pflege- und Betreuungslandschaft in Österreich, speziell im Bezirk Steyr-Land und Großraming, soll Einblick in die ambulante Versorgungslandschaft geben.

Im empirischen Teil der Arbeit wird der potentielle Bedarf einer Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land beispielhaft mittels Interviews mit pflegenden Angehörigen aus der

⁵ ambulant ist in der Arbeit den Begriffen „mobil“ und „extramural“ gleichgesetzt und beschreibt den nicht stationären Pflege- und Betreuungssektor. Ambulant steht demnach nicht für Krankenhausambulanzen oder Ambulatorien.

⁶ FHN – Family Health Nurse; die Abkürzung wird in der gesamten Arbeit als Abkürzung für FamiliengesundheitspflegerIn, Familiengesundheitshebamme und Familiengesundheitspflegekraft verwendet.

Gemeinde Großraming erhoben. Ebenso wird die gewählte Forschungsmethode begründet und näher vorgestellt. Aufgrund der Interviewergebnisse und der theoretischen Themenauseinandersetzung im ersten Teil der Arbeit, werden danach in der Diskussion Empfehlungen für eine mögliche Umsetzung der Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land gegeben und ein fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN in der beforschten Region erarbeitet. Am Ende wird der gewählte Forschungsansatz bzgl. Aussagekraft und Reichweite diskutiert.

I. THEORETISCHER TEIL

Dieser Teil der Arbeit stellt den theoretischen Bezugsrahmen dar, basiert auf den Ergebnissen der analysierten recherchierten Literatur und beinhaltet vorwiegend zum Thema passende aktuelle wissenschaftliche Publikationen. Zu Beginn wird die Methode der Literaturrecherche und -analyse erklärt. Anschließend werden die einzelnen erarbeiteten Kapitel beschrieben.

2. Literaturrecherche und -analyse

Für die theoretische Themenauseinandersetzung erfolgte eine gezielte elektronische und manuelle Literaturrecherche, die größtenteils bereits während der Erarbeitung des Exposés stattfand.

Im Rahmen der Online-Recherche wurden die Datenbanken PUBMED, Verlag Hans Huber, Med Pilot, Google, Google Scholar, sowie der Online Katalog des österreichischen Bibliothekenverbundes, allen voran der Bestand der Hauptuniversität Wien, der Medizinischen Universität Wien und der Stadtbücherei Wien mit einbezogen. Das E-Journal Service der Universität Wien, durch das man kostenlosen Zugriff auf zahlreiche internationale Pflegezeitschriften hat, erwies sich für die internationale Literaturbeschaffung ebenfalls als sehr hilfreich.

Die elektronische Recherche in den Datenbanken erfolgte nach folgenden Suchbegriffen:

Familiengesundheitspflege	Rotes Kreuz Österreich
Family Health Nursing	Familie
pflegende Angehörige	ehrenamtliches Engagement
ambulante Pflege in Österreich	Angehörigenpflege
ambulante Pflege im Bezirk Steyr-Land	Hauskrankenpflege
mobile Pflege in Österreich	Pflege zu Hause
mobile Pflege im Bezirk Steyr-Land	Gemeindeschwester

Sämtliche Suchbegriffe wurden in den verschiedenen möglichen Kombinationen eingegeben und mit den Bool'schen Operator AND/UND verknüpft.

Die manuelle Literatursuche beinhaltete Bücher aus den Bibliotheken der Universität Wien, der Medizinischen Universität Wien, der Wiener Stadtbücherei und der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des Kaiserin Elisabeth Spitals in Wien. Als Schüler der Gesundheits- und Krankenpflegeschule am Kaiserin Elisabeth Spital bot sich zudem die Möglichkeit, dort aufliegende Pflegezeitschriften (Österreichische Pflegezeitschrift, Pro Care, Die Schwester/der Pfleger, etc.) für die Recherche zu verwenden. Wissenschaftliche Studien, die im Rahmen des Seminars „Familien- und gemeindeorientierte Pflege,, zu Verfügung gestellt wurden, wurden ebenfalls miteinbezogen.

3. Die Familie und ihre Bedeutung für die häusliche Pflege

Dieses Teilkapitel beschäftigt sich mit dem Kernthema Familie und soll anfangs abklären, was unter den Begriffen Familie und Familiengesundheit zu verstehen ist. Des Weiteren wird versucht, die Familie als unersetzliche Ressource für die häusliche Pflege zu thematisieren. Diesbezüglich wird auf die gesetzliche Verpflichtung zur Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegeberuf und auf das Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenzial von Familien eingegangen, um aufzuzeigen, inwieweit diese beiden Aspekte zusammenhängen. Die Probleme und Belastungen von pflegenden Angehörigen, sowie die derzeitigen Entlastungsangebote für diese Personengruppe werden hierfür ebenfalls behandelt. Das Kapitel wird deshalb bereits zu Beginn

der Arbeit angeführt, weil es zum Verständnis der Grundidee der Familiengesundheitspflege beitragen soll, welches für diese Arbeit wesentlich ist.

3.1. Der komplexe Begriff „Familie“

Familie ist ein sehr komplexer Begriff, der je nach Betrachtungsweise aus unterschiedlichen Perspektiven eine andere Bedeutung haben kann. Demzufolge gibt es keine einheitliche allgemeingültige Definition von Familie. Unterschiede innerhalb einer Gesellschaft (Einkommen, Herkunft, Alter, etc.) tragen dazu bei, dass mit dem Begriff Familie unterschiedliche Aspekte verbunden werden (vgl. Aschenbach, 2001, 44-45). Zwischen verschiedenen Kulturen und Religionen kann das Verständnis von Familie ebenfalls sehr unterschiedlich sein.

In den von den Vereinten Nationen 1948 veröffentlichten Menschenrechten wird über die Familie folgendes geschrieben:

„The family is the natural and fundamental group unit of society and is entitled to protection by society and the State.“ (WHO - Office of the High Commissioner for Human Rights, Article 16/3)

Das Zitat unterstreicht den hohen Stellenwert, den Familien in einer Gesellschaft haben sollten. Zum Schutz der Familien sollen der Staat und die Gesellschaft selbst beitragen. Ein Gedanke, der leider nicht überall auf der Welt verfolgt wird, aber dennoch einen Meilenstein für die Familienpolitik darstellt.

Für Gubrium und Holstein (1990, zitiert nach Gehring, 2001, 25) ist eine Familie eine soziale Einheit und kein Objekt, welches durch intra- oder interpersonelle Beziehungen, durch Fürsorge und der Bereitschaft Verantwortung für den anderen zu übernehmen, charakterisiert ist.

Orientiert man sich am Familienbegriff nach Wied und Wambrunn (2003, 224), so ist eine Familie ein Bündnis von Menschen, die eine soziale Einheit bilden und auch als solche gesehen werden. Die Familienmitglieder sind aufgrund von genetischer, emotionaler oder gesetzlicher Faktoren miteinander verbunden und stellen eine soziale Lebensgemeinschaft dar, die wiederum die Basiseinheit in menschlichen Gesellschaften ist. Für die einzelnen Personen innerhalb einer Gesellschaft, somit auch innerhalb ihrer Familien, ist die Familie der Ausgangspunkt ihrer Lebens- und Handlungsweisen und der Mittelpunkt ihrer Lebenserfahrung.

Für Kean (2000) ist die Familie ein „*offenes System*“, wobei die Familie als Ganzes größer ist als die Summe ihrer Teile. Innerhalb der Familien gibt es Subsysteme (Vater-Mutter, Vater-Kind, Bruder-Schwester, etc.) und die Familie als Ganzes ist ebenfalls Teil eines Subsystems (Kommune, Schule, Kirche, etc.). Die einzelnen Familien stellen Familiensysteme dar, die durch Stabilität, Veränderung, Zirkularität und Grenzen gekennzeichnet sind.

Um zu klären, welche Definition von Familie im Rahmen der Pflege als relevant betrachtet wird, muss man vom Blickwinkel der Pflegeperson ausgehen und davon, welche Ziele von dieser verfolgt werden. Ist das Ziel die Pflegehandlung, dann sollen bei der Definition von Familie gesellschaftsstrukturelle, religiöse, politische und ökonomische Einflüsse und individuelle Erfahrungen und Eigenschaften einer Person miteinbezogen werden (vgl. Aschenbach, 2001, 45).

In der Familiengesundheitspflege als Teilbereich der Pflege bildet die Familie das Setting für gesundheitsfördernde und präventive Interventionen, wobei Familie als eine Gruppe von Menschen verstanden wird, die sich selbst als solche definiert und demnach jegliche Form des sozialen Zusammenlebens sein kann (vgl. Schüssler, 2007, 6).

Das einzelne Familienmitglied oder die Familie als Ganzes steht im Zentrum der Pflegehandlung. Dabei muss immer der Kontext im Sinne der Wahrnehmung der gesamten Familie inklusive ihrer Umwelt gesehen werden (vgl. Kean, 2000).

Die hier beispielhaft dargelegten Definitionen und Vorstellungen von Familie erscheinen im Rahmen dieser Arbeit für das Verständnis von Familie sehr wichtig. Zentral sind nicht die Faktoren aufgrund derer die Familienmitglieder miteinander verbunden sind, sondern die Tatsache, dass die Familie als soziale Lebensgemeinschaft angesehen wird, innerhalb der sich die einzelnen Familienmitglieder entwickeln und von der sie auch beeinflusst werden. Auch die gesellschaftliche Beeinflussung findet in diesen Definitionen Platz.

Vergleicht man die Kernaussagen der jeweiligen Definitionen und Vorstellungen miteinander, ergibt sich eine Übereinstimmung und es lässt sich folgendes schlussfolgern:

Die pflegebedürftige Person muss im Kontext der Familie und seinem Umfeld (sozial, gesellschaftlich, religiös, ökonomisch, politisch, etc.) gesehen werden, da jedes Familienmitglied sich

innerhalb einer Familie entwickelt und von dieser auch beeinflusst wird. Deshalb betrifft die Gesundheit und Krankheit eines Familienmitgliedes nicht nur die jeweilige betroffene Person, sondern ihre gesamte Familie und Umwelt.

Dieses Verständnis von Familie ist allerdings bei den Pflegepersonen nicht immer vorhanden. Das Pflegepersonal konzentriert sich oftmals nur auf die einzelne Person, den/die PatientIn als primäre Einheit. Allerdings sind PatientInnen Mitglieder einer Familie und die Familie wiederum ein Baustein unserer Gesellschaft. Deshalb muss auch die Familie als Betreuungseinheit gesehen werden, da die Krankheit eines Familienmitgliedes nicht nur dieses selbst, sondern die gesamte Familie betrifft. Pflegepersonen, die die Familienstrukturen, -funktionen und -prozesse kennen und verstehen, können gemeinsam mit der Familie Bewältigungsstrategien entwickeln und dadurch der gesamten Familie helfen, mit Krankheit und anderen Krisensituationen umzugehen. Auch das Wissen über kulturspezifische familiäre Unterschiede ist unabdingbar für Pflegepersonen (vgl. Denham, 2005, 119-156).

Für Aschenbach (2001, 46) liegt die fehlende Miteinbeziehung der Familie und ihrer Umwelt in die Pflege nicht primär am fehlenden Verständnis für diesen Ansatz, sondern vielmehr daran, dass in der Ausbildung diese Art von Pflegeverständnis nicht vermittelt wird.

Auch die gesetzlichen Rahmendbedingungen und sozialpolitischen Einflussfaktoren (z.B. steuerliche Förderung von Ehepaaren) prägen das Verständnis für Familie. Pflege sollte sich daher nicht nur an Einzelpersonen richten, sondern die Einzelperson (pflegebedürftige Person) im Kontext ihrer Familie und ihrem Umfeld berücksichtigen, diese mit einbeziehen und dementsprechend die Pflegeinterventionen darauf abstimmen (vgl. Gehring, 2001, 11, 23).

Daraus lässt sich schließen, dass nicht nur die kranke Person, sondern die gesamte Familie gepflegt und betreut werden sollte.

Genau von diesem Verständnis von Familie wird in der Diplomarbeit ausgegangen. Es wird bewusst der Begriff „Verständnis“ verwendet, da sich die Komplexität des Familienbegriffes nicht mit einer allgemeinen Definition erläutern lässt.

3.2. Der Begriff „Familiengesundheit“

Geht man von dem im vorigen Kapitel erläuterten Grundverständnis des Begriffes „Familie“ aus, gilt es an dieser Stelle abzuklären, was „Gesundheit“ bedeutet, um in weiterer Folge den Begriff der „Familiengesundheit“ zu verstehen.

Für „Gesundheit“ gibt es wiederum unterschiedliche Definitionen, wobei der Fokus bei dieser Arbeit auf der Gesundheitsdefinition der WHO liegt. Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Österreich ist die nationale Adaptierung des WHO Konzeptes der FHN. Demzufolge ist es logisch und notwendig zu wissen, auf welchem Verständnis von Gesundheit das FHN Konzept aufbaut.

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (WHO, 1946)

Diese Definition strotzt vor Optimismus. Es ist eigentlich unmöglich, diesen Zustand zu erreichen. Aber ist man deshalb krank bzw. wie würde ein komplett gesunder Mensch aussehen? Auch für ältere gebrechliche Menschen ist diese Definition, so wie sie hier steht, nicht übertragbar (vgl. Strobl, 2000, 408).

Die zahlreich existierenden unterschiedlichen Definitionen von Gesundheit sind ein Indiz dafür, dass Menschen der Gesundheit unterschiedliche Bedeutung und Wertschätzung zukommen lassen. Im Rahmen dieser Arbeit wird, wie bereits erwähnt, von der WHO-Definition von Gesundheit ausgegangen, allerdings mit dem Hintergrundwissen, dass die Verwendung der WHO Definition für unterschiedliche Personengruppen einen Interpretationsspielraum haben muss.

Bringt man den Gesundheitsbegriff der WHO in das im vorigen Kapitel erarbeitete Verständnis von Familie mit ein, so ist die Abwesenheit von Krankheit und Behinderung, das vollständige körperliche, geistige, seelische und soziale Wohlbefinden und die aktive Schaffung, Erkennung, Veränderung und Beeinflussung von Wohlbefinden nicht nur auf den einzelnen Menschen zu beziehen. Es ist der Kontext der Familie und des Umfeldes, indem der Mensch lebt, zu berücksichtigen. Verspürt ein Familienmitglied kein vollständiges geistiges oder körperliches Wohlbe-

finden, so hat das Einfluss auf sein Umfeld (z.B. Freunde) und die restliche Familie. Familiengesundheit ist auch die Fähigkeit der Familie, sich aktiv Bedingungen zu schaffen, die Wohlbefinden ermöglichen bzw. beeinträchtigende Bedingungen auf das Wohlbefinden zu erkennen, zu beeinflussen und zu verändern.

Die Familie stellt für das einzelne Familienmitglied eine Ressource für die Lebensfähigkeit und die individuelle Gesundheit dar. Allerdings kann die Familie für bestimmte Familienmitglieder, vor allem für Mütter und Frauen, auch ein krank machender Faktor sein. Sie sind es nämlich, die hauptsächlich die Pflege von Familienangehörigen übernehmen. Meistens sind sie Mehrfachbelastungen ausgesetzt. Kindererziehung, Angehörigenpflege, Haushalt, etc. führen zu einer enormen physischen und psychischen Belastung und es kommt oftmals in weiterer Folge zu Problemen mit dem Partner (vgl. Herold, 2002, 34-35).

Es ist demnach auch wichtig, die krankmachenden Faktoren von Familien zu verstehen und in das Grundverständnis von Familiengesundheit mit einfließen zu lassen, um ein ganzheitliches Bild zu bekommen.

Bei der Erläuterung von Familiengesundheit ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass die Komplexität des Begriffes keine allgemeine Definition zulässt und primär das Grundverständnis für Familiengesundheit wesentlich ist.

3.3. Die Familie als unersetzliche Ressource für die häusliche Pflege

In Österreich ist eine Veränderung der Bevölkerungsstruktur in Richtung einer alternden Gesellschaft deutlich erkennbar. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei einer Geburt im Jahr 2007 betrug bei den Männern 77,34 Jahre und bei den Frauen 82,87 Jahre. In den letzten 27 Jahren, von 1970 bis 2007, hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern um 10,9 Jahre erhöht und für Frauen um 9,5 Jahre. Im Jahr 2007 betrug die Zahl der über 60-jährigen Menschen in Österreich rund 1.850.000. In den nächsten 65 bis 70 Jahren wird die Bevölkerung wesentlich älter sein als heute. Lediglich 13 % werden Kinder unter 15 Jahre sein und bereits 34 % der Bevölkerung wird älter sein als 60 Jahre. Nur noch etwas mehr als die Hälfte (53 %) wird im heutigen Haupterwerbsalter von 15 bis unter 60 Jahren stehen. Das Durchschnittsalter würde demnach im Jahr 2075 bei 46,9 Jahren liegen. Gründe dafür sind die steigende Lebenserwartung und die sinkende Sterblichkeit (Mortalität), unter anderem aufgrund des medizinischen Fortschritts (vgl. Statistik Austria, 2008, 35-55).

Das Altern der Gesellschaft hat als logische Folge einen Anstieg der Zahl an pflegebedürftigen Menschen. In unserem Land sind 550.000 Menschen pflegebedürftig und die Prognose bis 2011 lässt die Zahl auf 800.000 anschwellen. Im Jahr 2050 rechnet man bereits mit rund 1 Million Pflegebedürftigen in Österreich. Von diesen 550.000 Pflegebedürftigen werden rund 80 % zu Hause betreut und gepflegt (vgl. Chorherr, 2007, 6-7). Ein Großteil davon ist zwar nur geringfügig betreuungsbedürftig, dennoch steht die Hauskrankenpflege diesbezüglich vor großen Veränderungen, weil vermutet werden kann, dass sehr viele dieser Menschen in ihrem eigenen zu Hause gepflegt und betreut werden wollen. Demzufolge muss der Pflege und Betreuung von alten und sehr alten Menschen in ihrem häuslichen Umfeld zukünftig große Bedeutung zukommen (vgl. Rogner, 2008, 74).

Diese Vermutung belegt die österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007, aus der hervorgeht, dass Familienangehörige für ältere Menschen die mit Abstand bedeutendste Hilfsressource darstellen. 75 % der über 60-jährigen rechnen im Falle einer längeren Krankheit oder einer Pflegebedürftigkeit auf eine Betreuung durch Familienangehörige. Diese Leistung wird zu rund 67 % von weiblichen Familienangehörigen erbracht. 3 % der über 60-jährigen bekommen Hilfe von Nachbarn oder aus dem Freundes- oder Bekanntenkreis. Bei 15 % der älteren Menschen erledigen soziale Dienste, ehrenamtliche HelferInnen oder sonstige bezahlte Dienste die Betreuung. Rund 128.000 Menschen, die Betreuung benötigen würden, haben keine Betreuungsperson bzw. wissen nicht, wer sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit betreuen sollte (vgl. Statistik Austria, 2007, 6-7).

Familien stehen demnach im Umgang mit Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes vor großen Herausforderungen. Die Versorgungsressource Familie, wohl gemerkt unentbehrlich und kostengünstig, und der Verbleib zu Hause stellen wesentliche Bedürfnisse bei den pflegebedürftigen Menschen dar.

Die enorme Bedeutung und der Einfluss von Familien auf die individuelle Gesundheit und Versorgung von pflegebedürftigen Familienmitgliedern werden oftmals vergessen. Es wird zumeist als selbstverständlich angesehen – insofern als Selbstverständlichkeit, als dass man das pflegerische, präventive und gesundheitsfördernde Potenzial, das in einer Familie steckt, nicht nützt und aufrecht erhält und vor allem, aufgrund der demographischen Entwicklungen, nicht fördert und weiterentwickelt (vgl. Denham, 2005, 120-121).

In den nächsten Kapiteln werden die gesetzliche Verpflichtung zur Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegeberuf und das Gesundheitsförderungs- und Präventionspotential innerhalb von Familien analysiert und die Zusammenhänge dieser beiden Aspekte herausgefiltert. Pflegende Angehörige, ihre Probleme sowie derzeitige Unterstützungsangebote für diese Personengruppe werden ebenfalls behandelt, um den Stellenwert und die Leistungen der pflegenden Angehörigen für das österreichische Pflegesystem zu verdeutlichen.

3.3.1. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege

Hippokrates (460-377 v. Chr.) verfolgte bereits einen sehr modernen Gedanken, der zwar von jedem nachvollziehbar ist, allerdings hapert es auch heutzutage noch sehr häufig an der Umsetzung. Er war der Meinung, dass Gesundheit das höchste Gut des Menschen sei. Und gerade weil es das höchste Gut ist, sollte ein jeder Mensch auch das Wissen erwerben müssen, um sich im Krankheitsfall selbst helfen zu können. Die Umsetzung dieser Gedanken würde für die heutige Zeit folgendes bedeuten: Das Bewusstsein für die eigene Gesundheit muss gestärkt werden, um Gesundheit nicht nur dann wahr zu nehmen, wenn sie aufgrund einer Krankheit verschwindet. Wer gesund ist, registriert seine eigene Gesundheit kaum und oftmals erst dann, wenn man bereits von einer Krankheit betroffen ist (vgl. Gruber, 2000, 398).

Die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit kann durch fundiertes Wissen darüber gesteigert werden. Woher soll aber das Wissen genommen werden? Aus dem Internet oder aus Fachbüchern? Beides sind mit Sicherheit Quellen, die, wenn man sie richtig verwendet, durchaus eine Wahrnehmungssteigerung ermöglichen können. Laut Gruber (2000, 399) sind die Medizin und die Pflege in erster Linie eine Lehre von Gesundheit. Demnach sind MedizinerInnen und Pflegepersonen ExpertInnen im Bereich der Gesundheit und somit eine weitere Quelle bzgl. Gesundheitsinformationen. Der wesentliche Unterschied ist, dass diese Quellen, weil sie ihre Profession dazu verpflichtet, von sich aus Informationen weitergeben müssen und somit präventiv arbeiten. Die hier angesprochene Prävention, von Seiten der Medizin und Pflege, ist Potenzial und Ressource zugleich. Pflegekräfte verfügen, aufgrund ihrer Ausbildung, über ein Wissen, dass ein präventives Potenzial in sich birgt. Für PatientInnen stellt dieses Präventionspotenzial eine Informationsquelle und somit eine Ressource dar. Durch Beratungen, Anleitungen und Schulungen von Seiten der Pflegekräfte, kann das Potenzial zu Gunsten der PatientInnen ausgeschöpft werden. Gleichzeitig nehmen PatientInnen dadurch die Ressource der professionellen Pflegekraft in Anspruch. Prävention ist somit Krankheitsverhütung, die unter anderem durch Wissensver-

mittlung von Pflegekräften an die PatientInnen dazu beitragen kann, die Risikofaktoren für Krankheiten zu erkennen um sie in weiterer Folge zu vermeiden.

Gesundheitsförderung und Prävention zählen neben dem Setting „Familie“ und der „Betreuung und Pflege im häuslichen Umfeld“ zu den 3 Kernelementen der Familiengesundheitspflege (vgl. Wild, 2008, 10-11). Sie sind gesetzlich geregelt und werden nachfolgend näher erläutert.

3.3.1.1. Gesetzliche Rahmen für Gesundheitsförderung und Prävention im Pflegeberuf

Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde bereits in den 1980er Jahren entwickelt. 1990 wurde von der WHO vorgeschlagen, dass die Pflegeberufe eine Schlüsselposition in der Gesundheitsförderungsbewegung einnehmen sollen. Die Pflege soll als integrierter Bestandteil des Gesundheitssystems einen grundlegenden Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten (vgl. Strobl, 2000, 407).

Die mit der GuKG⁷-Novelle 1997 neu eingeführte Berufsbezeichnung Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester verdeutlicht bereits im Wortlaut, dass Pflegepersonen nicht nur bei Krankheit zu handeln haben, sondern auch bereits davor, wenn der Mensch noch gesund ist. Es soll das Ziel verfolgt werden, die Gesundheit aufrecht zu erhalten bzw. zu fördern (Gesundheitsförderung). Zudem impliziert diese Berufsbezeichnung die Notwendigkeit, die Begriffe Gesundheit und Krankheit primär zu verstehen, um, ausgehend von diesem Verständnis, pflegerische Handlungen setzen zu können. Dieses Verständnis beinhaltet wiederum, dass Pflegepersonen nicht nur den kranken Menschen sehen, sondern auch die gesunden Potenziale des Menschen wahrzunehmen haben, um sie für die Pflege nutzbar zu machen (vgl. Menche et al., 2004, 108).

Der gesetzlich geregelte eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich beinhaltet unter anderem die Verpflichtung zur Informationsweitergabe über Krankheitsvorbeugung (Primärprävention), sowie zur Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen und psychosozialer Betreuung. Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ein Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht und tragen für pflegerische Tätigkeiten in diesem Bereich die Durchführungsverantwortung. Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich beinhaltet unter anderem die Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen, sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, Vorbereitung der

⁷ GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

pflegebedürftigen Person und ihre Angehörigen auf die Entlassung von Krankenhäusern oder Betreuungseinrichtungen pflegebedürftiger Menschen, Hilfestellung bei der Weiterbetreuung, Gesundheitsberatung und Sorge für eine adäquate Betreuung, während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung (vgl. GuKG, 1997, § 16).

Das Gesundheitsförderungsgesetz von 1998, nicht zu verwechseln mit der GuKG-Novellierung von 1997, hat zusätzlich sehr interessante Rahmenbedingungen geschaffen. Der Fokus liegt auf einem umfassenden Gesundheitsbegriff, der auch psychosoziale und gesellschaftliche Aspekte mit einbezieht (vgl. Strobl, 2000, 417).

Das Gesetz als rechtliche Grundlage bietet demnach bereits die Möglichkeiten bzw. die Verpflichtung zur Gesundheitsförderung und Prävention und schafft somit einen klar definierten Handlungsspielraum. Es gilt diesen Handlungsspielraum auszuschöpfen und weiter zu entwickeln, sodass es den PatientInnen zu Gute kommen kann. Dazu bedarf es Fachwissen, welches während der Ausbildung, aber auch laufend im Beruf vermittelt werden muss. Auch für Hackmann (2001, 217) findet gesundheitsfördernde Pflege am ehesten dann statt, wenn dementsprechende Rahmenbedingungen gegeben sind und die Pflegepersonen für die gesundheitsfördernden Tätigkeiten vorbereitet sind. Das Gesetz bzw. die Gesundheitspolitik sollte die Rahmenbedingungen dafür schaffen, damit die in der Ausbildung gelernten gesundheitsfördernden Aufgaben adäquat erfüllt werden können.

Dennoch ist anzumerken, dass im internationalen Vergleich die Pflege in Österreich und Deutschland in der Gesundheitsförderung und Prävention noch sehr wenig tätig ist, was sicherlich auch daran liegt, dass in Österreich 1997 und in Deutschland 2004 der Begriff „Gesundheit“ in der Berufsbezeichnung verankert wurde und somit erst seit einigen Jahren bewusst auf eine gesundheitsfördernde Pflege verwiesen wird (vgl. Menche et al., 2004, 108).

Es ist an der Zeit diesbezüglich neue Arbeitsbereiche in der Pflege zu schaffen. Einer dieser Arbeitsbereiche ist die Familiengesundheitspflege. Hier sind die Komponenten Gesundheitsförderung und Prävention zentral für die pflegerische Praxis. Was im Rahmen der Pflege konkret in den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung fällt, verdeutlichen die beiden nächsten Kapitel.

3.3.1.2. Prävention in der Pflege

Nach Fischer (2004, 5) beinhaltet die Prävention in der Pflege sämtliche Maßnahmen, die darauf abzielen, Unfälle und Krankheiten zu vermeiden, ein Krankheitsfortschreiten zu verhindern bzw. den Fortschritt zu verlangsamen. Je nach Interventionszeitpunkt während des Krankheitsverlaufes wird unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Bei der **Primärprävention** sind Krankheitsverhütung und Gesundheitsvorsorge die primären Handlungsbereiche für die Pflege und zwar zu einem Zeitpunkt, bei dem noch keine Krankheits-symptome erkennbar sind. Primärprävention ist somit sinngemäß Gesundheitsförderung und versucht Risikofaktoren, welche die menschliche Gesundheit gefährden könnten, zu vermeiden (zB durch gesunde Ernährung, Sport, etc.). Bei der **Sekundärprävention** sind die Krankheitsfrüherkennung und eine ehest mögliche Behandlung die wesentlichen Ziele. Krankheiten sind in diesem Stadium der Prävention bereits ausgebrochen und es wird versucht die Heilungschancen so hoch wie möglich zu halten bzw. den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Vorsorgeuntersuchungen (zB eine regelmäßige Gesundenuntersuchung) und Früherkennungsscreenings (zB Mammascreeenings) sind wesentliche Tätigkeiten im Rahmen der Sekundärprävention. Im Rahmen der **Tertiärprävention** hat die Krankheit bereits das klinische Stadium erreicht. Es wird versucht ein Leben mit der Krankheit bestmöglich zu gewährleisten bzw. ein Fortschreiten zu verhindern. Die Tertiärprävention ist somit bereits zum Bereich der Rehabilitation zu zählen (vgl. Menche et al., 2004, 108).

3.3.1.3. Gesundheitsförderung in der Pflege

Die Gesundheitsförderung, unabhängig ob als Primärprävention oder zur Krankheitsverlaufsverbesserung, kann in allen Lebensbereichen angewendet werden und ist nicht auf Einrichtungen des Gesundheitswesens zu reduzieren. Grundvoraussetzung dafür ist, dass der Gesundheitsbegriff, wie bereits zuvor festgestellt, nicht nur auf die Abwesenheit von Krankheit und körperlicher Störungen reduziert werden darf. Er sollte daher Themen wie Wohlbefinden, Lebenstüchtigkeit, Lebensmut und den salutogenesischen Ansatz von Antonovsky⁸ beinhalten. Dadurch können auch die Maßnahmen der Gesundheitsförderung erweitert werden und nicht nur auf eine Krankheitsvorbeugung reduziert werden (vgl. Fischer, 2004, 32).

⁸ Beim Salutogenesemodell nach Antonovsky stehen gesundheitsfördernde Aspekte im Zentrum der Überlegungen. Im Vordergrund steht die Frage „Was hält Menschen gesund?“ und nicht wie bei der Pathogenese „Was macht den Menschen krank?“ (vgl. Menche et al., 2004, 10).

3.3.2. Gesundheitsförderung und Prävention in der Familie

Bei Krankheit eines Familienmitgliedes nimmt die Familie eine bedeutende Rolle ein. Sie wird oftmals völlig plötzlich und unvorbereitet mit einer Krankheit konfrontiert und muss, sozusagen automatisch, von sich aus Hilfe zu Verfügung stellen. Diese automatische Hilfe ist tief mit der familiären Verbundenheit verwurzelt und, je nach Rolle der Familienangehörigen (Mutter, Vater, Geschwister, Onkel, etc.), unterschiedlich. Durch das Helfen wird versucht, die familiäre Verbundenheit zu schützen (vgl. Schnepp, 2002, 9).

Familienangehörige sollten in den Heilungsprozess integriert werden. Das beruht auf der Annahme, dass die Beziehung zwischen der pflegebedürftigen Person und dem Familienmitglied eine Vertrautheit und Nähe in sich trägt, die es beiden Parteien ermöglicht, die großen Belastungen in Bezug auf die Krankheit zu bewältigen. Der Prozess des Hineinwachsens in die Situation, den Angehörige von ihrer Seite wahrnehmen, geschieht zwar automatisch, kann und sollte aber auch durch professionelle Hilfe von Pflegekräften unterstützt werden (vgl. Horn, 2002, 39).

Aus der hier angesprochenen emotionalen Verbundenheit und dem geradezu selbstverständlichen Verpflichtungsgefühl gegenüber einem zu helfenden Familienmitglied resultiert das Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenzial einer Familie. In gewissem Ausmaß, bzw. je nach vorhandenem Wissen, wird es von den Familienmitgliedern automatisch gegeben. Um dieses Potenzial allerdings bestmöglich zu nutzen, bedarf es professioneller Hilfe von Pflegekräften, die den Familien die vorhandenen Ressourcen aufzeigen, sie anleiten und beraten und so dazu beitragen, die Ressourcen auszuschöpfen und die Potenziale weiter zu entwickeln.

Das Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenzial der Familie und die gesetzliche Verpflichtung der Pflege zur Gesundheitsförderung und Prävention hängen somit gegenseitig voneinander ab. Die Familie nützt ihr Potential am besten, wenn sie professionelle Hilfe bekommt. Das wiederum ist die Aufgabe und gesetzliche Verpflichtung der Pflege.

3.3.3. Pflegende Angehörige

Die bereits zuvor dargestellten Daten zur demographischen Entwicklung in Österreich sind zwar hinlänglich bekannt, dennoch muss man sich die Fakten immer wieder vor Augen führen, damit der Ernst der Lage erkannt wird.

Pflegende Angehörige sind der größte „Pflege- und Betreuungsdienst“ unserer Gesellschaft und stellen, ökonomisch gesehen, für den Staat und die Volkswirtschaft ein erhebliches personelles und finanzielles Potential dar (vgl. ÖBIG⁹, 2005, 4).

Die Pflege von Familienangehörigen führt auch zu Veränderungen im Leben der pflegenden Angehörigen. Eine neue Verantwortung muss getragen werden, körperliche und emotionale Belastungen nehmen zu und neue Fertigkeiten müssen erlernt werden. Es kommt zur ständigen Konfrontation mit der eigenen Lebensplanung, Verhaltensweisen und Wertvorstellungen (vgl. Born et al., 2002, 4).

Die tatsächlichen Probleme und Belastungen, mit denen pflegende Angehörige tagtäglich zu kämpfen haben, werden im nachfolgenden Kapitel beispielhaft dargelegt.

3.3.3.1. Probleme und Belastungen von pflegenden Angehörigen

Born et al. (2002, 12-97) analysierten die Alltagsveränderungen und langfristigen Folgen, die mit einer auftretenden Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen verbunden sind. Folgende Alltagsveränderungen gingen dabei hervor:

- Wohnen und Pflegen in Einklang bringen
- pflegerische Kompetenz muss nach Möglichkeit erlernt sein
- Entwicklung eines Krankheitsverständnisses
- das Leben in verschiedenen Welten sollte verstanden werden
- therapeutische Begleitung kann sowohl Entlastung als auch Belastung zugleich sein
- Selbstorganisation wird groß geschrieben
- Einschränkungen in der Erwerbstätigkeit

⁹ ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Als langfristige Folgen im Rahmen einer Angehörigenpflege wurden folgende beschrieben:

- Veränderungen in der Beziehung zwischen pflegendem/r Angehörigen/r und pflegebedürftiger Person
- Änderungen in den Familienstrukturen
- Verwandte und Freunde glauben es besser zu wissen
- dauerndes Anwesendsein und Verringerung der eigenen Mobilität
- soziale Isolation, Ausgrenzung und Stigmatisierung
- Tabus und fehlende Anerkennung

Im Endbericht zur „Situation pflegender Angehöriger“ in Österreich, durchgeführt vom ÖBIG, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, wurden 3.500 BundespflegegeldbezieherInnen mittels Fragebogen zur ihrer Situation als pflegende/r Angehörige/r befragt. Die wesentlichen Ergebnisse (vgl. ÖBIG, 2005, 11-50) werden nun folgend aufgelistet:

- 79 % der pflegenden Angehörigen sind weiblich und im Alter zwischen 20 und 96 Jahren. Das Durchschnittsalter beträgt 58 Jahre. 40 % der Betreuungsleistung wird von den Ehe-/LebenspartnerInnen erfüllt und rund 25 % wird von Kindern für ihre Eltern erbracht.
- 68 % der pflegenden Angehörigen üben keine Erwerbstätigkeit aus, obwohl 56 % davon vor Übernahme der Pflege- und Betreuungstätigkeit berufstätig waren.
- 82 % der Betreuungspersonen sind pensionsversichert, davon 43 % aufgrund ihrer Berufstätigkeit. Ein Fünftel der Betreuungspersonen sind nicht pensionsversichert. Die Versorgung dieser Menschen im Alter ist somit nicht geklärt. Als primäre Gründe dafür werden Informationsmangel, mangelhaftes Problembewusstsein und die hohen Kosten einer freiwilligen Selbst- bzw. Weiterversicherung genannt.
- In 58 % der Fälle war durch das Pflegegeld die Betreuung zu Hause überhaupt erst möglich. Dennoch liefert das Pflegegeld für die pflegenden Angehörigen nicht genügend wirtschaftliche Entlastung, um den Wegfall der Erwerbstätigkeit der Betreuungsperson zu kompensieren.
- Eine grundsätzlich ablehnende Haltung (48 %) und das Scheitern an der Finanzierbarkeit (42 %) sind die beiden Hauptgründe, warum nicht ausreichend oder gar keine mobilen

Dienste in Anspruch genommen werden. In ländlichen Gebieten wird das Angebot an mobilen Hilfsdiensten als nicht ausreichend empfunden.

- Lediglich in 25 % der Fälle werden mobile Hilfsdienste in Anspruch genommen. Die am häufigsten in Anspruch genommenen Hilfsdienste sind die medizinische Hauskrankenpflege (ca. 47 %), die Heimhilfe (39 %) und Essen auf Rädern (30 %).
- Für die Hauptpflegepersonen ist die Betreuung und Pflege mit sehr vielen Belastungen verbunden. Rund 70 % fühlen sich bei ihrer Pflegetätigkeit zwischen ab und zu und fast immer belastet. Zudem kommen psychische Belastungen, wie das Gefühl der Verantwortung, Überforderung und Aussichtslosigkeit dazu.
- Als Gründe für ein dennoch ausreichendes Angebot an Hilfsdiensten werden die nicht in Anspruchnahme von notwendiger Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen genannt. Selbstüberschätzung der eigenen Person und die gleichzeitige Unterschätzung der zukünftigen Betreuungs- und Pflegearbeit, vermeintliche soziale Verpflichtungen, die Arbeit alleine schaffen zu müssen, Angst, Scham und Scheu, dass fremde Personen in das eigene private Umfeld eindringen, das fehlende Wissen über finanzielle Unterstützung, sowie die Inkongruenz zwischen vorhandenem Angebot und speziellen Bedarf, tragen ebenfalls erheblich zu dieser nicht in Anspruchnahme bei.

Weiters wurden im Situationsbericht 18 Institutionen, die Beratung, Betreuung und Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige anbieten, mittels mündlicher Befragung um ihre Einschätzung der Situation von pflegenden Angehörigen befragt. Die Ergebnisse (vgl. ÖBIG, 2005, 51-65) werden nachfolgend beispielhaft aufgelistet:

- Das Angebot der jeweiligen Institutionen richtet sich nach den finanziellen Möglichkeiten der Institutionen, welche größtenteils auf Subventionen, Spenden und Mitgliedsbeiträge ausgerichtet sind. Das flächendeckende Angebot ist ebenfalls von den finanziellen Möglichkeiten der Institutionen abhängig.
- Die Informationen über mögliche Unterstützungsangebote müssen ausreichend bekannt gemacht werden. Mundpropaganda, Instituts-Websites, Informationsbroschüren, Informationszeitschriften und zahlreiche Veranstaltungen sollen die Betroffenen ausreichend über das Angebot informieren. Kleinere Institutionen schätzen ihren öffentlichen Bekanntheitsgrad eher gering ein. Große Institutionen, wie das Rote Kreuz oder die Caritas, sind in der Öffentlichkeit oftmals nur aufgrund ihrer Katastropheneinsätze im Ausland bekannt. Weniger jedoch ihre Dienstleistungen im Rahmen der Pflege und Betreuung zu

Hause. Vor allem Menschen, die keine pflegebedürftigen Familienmitglieder haben, haben kaum Wissen über die Unterstützungsangebote.

- Der Bekanntheitsgrad der Institutionen hängt zudem auch von der Akzeptanz und der Bekanntheit ihrer Tätigkeiten im ärztlichen Umfeld ab.
- Die institutionsübergreifende Zusammenarbeit in Form von Projekten, Schnittstellenmanagement, Überleitungspflege und Entlassungsmanagement, wird von den jeweiligen Institutionen als gut bis sehr gut bewertet.
- Die Institutionen legen sehr großen Wert auf die Flexibilität und den Umgang mit Belastungen. Die Angebote werden an die zeitlichen Ressourcen und die Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen angepasst. Fixe Bürozeiten sollen den pflegenden Angehörigen die Möglichkeit bieten, telefonisch oder persönlich Auskunft zu erhalten. Zudem werden vermehrt Hausbesuche außerhalb der Bürozeiten angeboten. Dadurch können sich MitarbeiterInnen auch ein besseres Bild von der Situation verschaffen und die Beratung, Betreuung und Unterstützung zielgerichteter abstimmen.
- Die Institutionen sind darauf bedacht, das Bewusstsein für die Selbstpflege der pflegenden Angehörigen bereits während der Pflege- und Betreuungsleistung zu vermitteln, um die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu erhöhen. Dadurch können Sekundärerkrankungen und somit staatliche Gesundheitsausgaben eingespart werden. Die Institutionen sehen die Betreuung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen im Rahmen der Vorbereitung und Einschulung, der Beratung und Begleitung während einer Pflegesituation und die Nachbetreuung nach Beendigung einer Pflege zu Hause als wichtige Parameter, um Belastungen zu vermindern oder gänzlich zu vermeiden.
- Die Institutionen haben ihre personellen und finanziellen Kapazitäten voll ausgeschöpft. Bestehende Selbsthilfegruppen haben ein zeitliches Problem, weil sie diese Leistungen meist ehrenamtlich neben der normalen Beschäftigung anbieten. Weiterbildungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige fehlen, weil das Angebot nicht zeitlich auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen abgestimmt ist.
- Hauptsächlich im ländlichen Bereich fehlen niederschwellige Wohn- und Tagesbetreuungsstrukturen, Kurzzeitpflegeplätze, gut funktionierende Überleitungspflege und Entlassungsmanagement.
- Der gesellschaftliche und familiäre Stellenwert von pflegenden Angehörigen wird von den Institutionen keineswegs entlastend empfunden. Zahlreiche Krankheiten werden von Seiten der Öffentlichkeit und der Politik als nicht wirklich arbeitsintensiv und belastend empfunden. Das beste Beispiel dafür sind Demenzerkrankungen. Bei der Pflegegeldein-

stufung liegt die Orientierung ausschließlich auf medizinisch-pflegerischen Aspekten. Der psychosoziale Betreuungsbedarf, der eigentlich den größeren Teil der Belastung für pflegende Angehörige ausmacht, wird zu wenig berücksichtigt.

Es ist erkennbar, dass die Einschätzungen der Institutionen über ihre eigenen Leistungen für pflegende Angehörige, bezogen auf die Probleme dieser Personengruppe, zum Teil nicht der Realität entsprechen. Mit welchen Problemen und Belastungen die pflegenden Angehörigen in Großraming zu kämpfen haben, wird im empirischen Teil erhoben.

3.3.3.2. Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich

Im Rahmen des Situationsberichtes für pflegende Angehörige in Österreich wurde eine Liste mit Institutionen veröffentlicht, die Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Österreich anbieten (vgl. ÖBIG, 2005, 53-55). Bei den Institutionen handelt es sich um jene Einrichtungen, die auch im Situationsbericht befragt wurden. Auffallend hierbei ist, dass sich die derzeitigen Hilfsangebote für pflegende Angehörige großteils lediglich auf die Entlastung im Sinne einer pflegerischen Entlastungshilfe oder auf Angehörige spezieller PatientInnengruppen konzentrieren. Das System der Familie, innerhalb der die pflegenden Angehörigen leben, wird großteils nicht bzw. zu wenig berücksichtigt.

Ehrenamtliche Hilfsdienste, die pflegende Angehörige entlasten und unterstützen, leisten einen enormen gesellschaftlichen Beitrag und dürfen in diesem Zusammenhang nicht übersehen werden. In Österreich wird im Rahmen der Freiwilligenpolitik versucht, die Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement zu schaffen. Dabei geht es laut BMSK¹⁰ (2009, 118) nicht darum, freiwilliges Engagement als Kostensenkung heranzuziehen, um sozialversicherungspflichtige Leistungen durch bürgergesellschaftliches Engagement zu ersetzen. Vielmehr soll ein bürgergesellschaftliches freiwilliges Engagement den sozialen Zusammenhalt innerhalb einer Gesellschaft stärken. Der österreichische Rat für Freiwilligenarbeit, in dem VertreterInnen der Bundesministerien, SozialpartnerInnen, Landesvertretungen, Städte, Gemeinden und Dachorganisationen von Freiwilligenorganisationen aus allen gesellschaftlichen Bereichen vertreten sind, versucht laufend Maßnahmen und Projekte zur Aufwertung und Anerkennung des freiwilligen Engagements durchzuführen.

¹⁰ BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz

Die Freiwilligenarbeit lässt sich in eine formelle und eine informelle Freiwilligenarbeit unterteilen. Formelle Freiwilligenarbeit beinhaltet Aktivitäten, die im Rahmen einer Organisation, eines Vereines oder einer Institution erfolgen. Der Großteil der ehrenamtlichen Tätigkeiten im ambulanten Pflegebereich ist in diesem Bereich einzugliedern. Die informelle Freiwilligenarbeit, auch Nachbarschaftshilfe genannt, ist an keinen institutionellen Rahmen gebunden und erfolgt aus persönlicher Initiative. Dazu zählen unter anderem Haushaltsarbeiten, einkaufen, Kinderbetreuung und Gartenpflege. Insgesamt leisten 44 % der ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren in irgendeiner Form Freiwilligenarbeit. Generell ist das Engagement in den ländlichen Regionen (OÖ, T, Vbg, NÖ), im Vergleich zum städtischen Bereich, höher. Bemerkenswert ist, dass im Sozial- und Gesundheitsbereich der Freiwilligenanteil der 60- bis 79-jährigen mit 15 % mehr als doppelt so hoch ist, als der aller anderen Altersgruppen in diesem Bereich (vgl. BMSK, 2009, 119). Das ist ein Indikator dafür, dass der Großteil der pflegenden Angehörigen und freiwillig tätigen Personen im Pflege- und Betreuungssektor in diese Altersgruppe fallen.

Aufgrund der beschränkten finanziellen und personellen Ressourcen der ambulanten Pflegedienste trachten diese ständig nach ehrenamtlich tätigen Menschen in ihren Einrichtungen. Planen ambulante Pflegedienste ehrenamtliche Mitarbeiter zu gewinnen, sollte bedacht werden, dass diese ihre Interessen verwirklichen können, damit sie nicht gleich wieder verloren gehen. Viele Ehrenamtliche fühlen sich gerade deshalb von den Institutionen, bei denen sie tätig sind, nicht Ernst genommen. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Mitarbeitern im Pflegebereich setzt das Vertrauen der professionellen Pflegepersonen in die Fähigkeiten und partnerschaftliche Hilfe voraus. Dabei müssen die professionellen Pflegekräfte auch anerkennen, dass die ehrenamtlich tätigen Personen bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren Familien einen besonderen Stellenwert genießen (vgl. Herold, 2002, 263-265).

Es muss an dieser Stelle kritisch angemerkt werden, dass ohne ehrenamtliche Hilfsdienste die Qualität in der Pflege und Betreuung deutlich sinken würde. Qualität hat bekanntlich seinen Preis. Daher sollten sich die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger nicht nur auf das humane Gewissen der ehrenamtlich tätigen Menschen verlassen, sondern diesen gesellschaftlichen Dienst angemessen honorieren und fördern. In Anbetracht der Tatsache, dass ehrenamtlich tätige Menschen rechtlich gesehen in keinem Arbeitsverhältnis stehen, kein Entgelt für ihre Leistungen erhalten und oftmals lediglich von den ambulanten Institutionen Unfall und Haftpflicht versichert werden (vgl. Herold, 2002, 267), ist es längst an der Zeit, diese Personengruppe gesellschaftlich aufzuwerten, um sie in Zukunft weiterhin als Ressource nützen zu können.

4. Family Health Nursing – Geschichte und Kernelemente des WHO Konzeptes

Das Kapitel setzt sich mit der Entwicklungsgeschichte von Family Health Nursing auseinander und schildert den Transfer in den europäischen und deutschsprachigen Raum, wo sie sich, jeweils auf nationale Strukturen adaptiert, momentan in Deutschland und Österreich zu etablieren versucht. Des Weiteren werden die Kernelemente des WHO Konzeptes der FHN vorgestellt.

4.1. Ursprung und Entwicklung von Family Health Nursing in Nordamerika

Die Wurzeln der Familiengesundheitspflege liegen in Nordamerika und gehen auf Carl Rogers zurück, der bereits vor nun mehr 70 Jahren begann, klientenzentrierte Therapieformen bei PsychatriepatientInnen anzuwenden. Für ihn war die klientenzentrierte Therapie in der Psychiatrie ein kontinuierlicher Prozess, in dem der/die TherapeutIn dem/der PatientIn vermittelt, dass er/sie als Person individuell und wichtig ist, unter Berücksichtigung seiner/ihrer persönlichen Kapazitäten und seiner/ihrer freien Selbstbestimmung. Rogers bestätigte mit seiner Therapieform, dass die therapeutische Beziehung zu seinen PatientInnen nicht nur das Verhalten der PatientInnen beeinflusst, sondern auch Auswirkungen auf ihr Familien- und gesellschaftliches Leben hat (vgl. Bamm et al., 2008, 1618).

Mitte der 1960er Jahre ließ die Association for the Care of Children in Hospital (heute Association for the Care of Children's Health) die Ideen und Erkenntnisse von Rogers in ihre Arbeit mit einfließen. Sie gingen allerdings nicht mehr nur von einer klientenzentrierten Betreuung aus, sondern erkannten bereits den bedeutenden Einfluss der Familie auf die Krankheit bzw. das Wohlbefinden des Kindes (vgl. Rosenbaum et al., 1998, zitiert nach Bamm et al., 2008, 1618).

Bronfenbrenner (1979, zitiert nach Bamm et al., 2008, 1618) stellte in seiner „ecological theory of child development“ fest, dass man beim Arbeiten mit Kindern nicht nur die Kernfamilie, sondern auch die erweiterte Familie und die Umwelt des Kindes berücksichtigen sollte.

Ab den 1970er Jahren begann man in der Pflege die Bedeutung der Familie für die zu betreuende Person zu erkennen. Man kam zu der Überzeugung, dass die Familie nicht nur für Kinder, sondern auch für Erwachsene bei der Krankheitsbewältigung eine große Rolle spielt. Die Familie wurde als jene soziale Einheit gesehen, in der sich Familienmitglieder entwickeln, von

der sie lernen und Unterstützung bekommen (vgl. Rosenbaum et al., 1998, zitiert nach Bamm et al., 2008, 1618).

„Family focused“, „Family centered“ und „Family Nursing“ waren zu Beginn der Mitteinbeziehung von Familien in die Pflege jene Begriffe, die als Synonym für den Bereich der Pflege von Familien verwendet wurden (vgl. Kean, 2001, 48). Das Pflegen im Kontext der Familie wurde zum Grundgedanken. Die Familie wurde immer mehr als ein System gesehen und man legte die von Von Bertalanffy 1968 entwickelte Systemtheorie auf die Familien um (vgl. Bamm et al., 2008, 1619). Daraus entstand die systemtheoretische Grundlage für sämtliche in den Bereich des Family Nursing fallenden Modelle und Konzepte. In der angloamerikanischen Pflege (Nordamerika) entstanden, als erste berufspolitisch anerkannte Pflegebereiche, „Public Health Nursing“¹¹ und „Community Nursing“¹², die erstmals die Familieneinheit als Bezugspunkt für die Gesundheitsförderung integrierten (vgl. Kean, 2001, 47).

Family Health Nursing ist demnach seit nun mehr fast 40 Jahren ein berufspolitisch anerkannter Pflegebereich in Übersee. Die zahlreichen Forschungsstudien im Bereich des Family Health Nursing aus Nordamerika unterstreichen die Tatsache, dass sich in diesem Teil der Erde Family Health Nursing in den letzten 40 Jahren weiter professionalisiert und spezialisiert hat.

4.2. Family Health Nursing in Europa, speziell in Deutschland und Österreich

Public Health Nursing entwickelte sich zur selben Zeit (1970er Jahre) auch in Europa und hatte ihren Ausgangspunkt in Großbritannien in Form von Health Visitors¹³, welche ihren Platz im britischen Gesundheitssystem bis heute inne haben. Zahlreiche ähnliche familien- und gemeindenahe Pflegeleistungen entstanden auch in Skandinavien zu dieser Zeit.

In Deutschland und Österreich gab es bereits während der NS-Zeit so genannte Gemeindegewestern, die im Dienste der Nationalsozialisten ihre Ideologie der Gesundheitsförderung ver-

¹¹ Public Health Nurses sind Pflegenden in den USA, die nach einer pflegerischen Erstausbildung eine zusätzliche Weiterbildung absolviert haben. Sie arbeiten im ambulanten Bereich in der Betreuung von Kindern im Alter von bis zu 5 Jahren. Regelmäßige Hausbesuche, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen zählen zu ihren Aufgaben, die vergleichbar sind mit denen der Health Visitors in Großbritannien (vgl. Gehring et al., 2001, 252-253).

¹² Community Nurses sind Pflegenden im ambulanten Bereich in Großbritannien, die im Setting „Gemeinde“, Menschen mit gesundheitlichen Problemen zu Hause versorgen. Zu ihnen zählen district nurses (ähnlich der deutschen Fachweiterbildung Gemeindekrankenpflege), community psychiatric nurses (Pflegenden mit psychiatrischer Fachweiterbildung) und macmillan nurses (Pflegenden, die im Bereich der onkologischen Pflege arbeiten) (vgl. Gehring et al., 251).

¹³ vergleichbare Aufgaben wie Public Health Nurses in den USA

traten. Während dem nationalsozialistischen Regime in Europa wurden sämtliche Pflegeberufsverbände zusammengelegt und unter die Schirmherrschaft der NSDAP¹⁴ gestellt. Die Pflegekräfte in Österreich und Deutschland wurden so zum ausführenden Organ der nationalsozialistischen Vorstellungen in der Gesundheitsführung und -förderung. Sie wurden zu Gesundheits-erzieherInnen auf Gemeindeebene und hatten dadurch einen Überblick über die Gesundheit der Bevölkerung. Die Aufgaben beinhalteten unter anderem die Anleitung zu einer gesunden und sparsamen Lebensweise, Kochkurse, Vergabe von Kuren und Kinderlandverschickungen. Für sie bestand die Pflicht, Kindesmissbildungen und Verhaltensabnormitäten an die oberen Instanzen zu melden. Dadurch waren die Gemeindeschwestern unmittelbar an der Erb- und Rassenpflege im Dritten Reich beteiligt (vgl. Degner, 1997, 7-8).

Die nächsten Ansätze bzgl. einer Gesundheitsförderung im Setting „Familie“ entstanden vor 40 Jahren in Deutschland. Das Konzept der Sozialstationen wurde entwickelt und ab dem Jahr 1970 umgesetzt. Durch die Sozialstationen sollten verschiedene Gesundheitsdienste gebündelt werden. Das primäre Ziel dabei war, mit möglichst geringem Aufwand und aufgrund einer neuen Organisationsform eine pflegerische Versorgung zu gewährleisten und die Nachbarschaftshilfe zu forcieren (vgl. Herold, 1990, zitiert nach Hackmann, 2001, 212-213).

Ein wesentliches Aufgabengebiet der Sozialstationen war unter anderem die Schulung und Aufklärung der Bevölkerung über die häusliche Krankenpflege. Durch die Einrichtung der Sozialstationen kam es zu einer Professionalisierungswelle in der Pflege. 1975 entstand in Niedersachsen eine staatlich anerkannte Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger bzw. zur Fachkrankenschwester in der Gemeindekrankenpflege. Die Weiterbildung beinhaltete bereits die Schwerpunkte Gesundheitserziehung, Gesundheitsvorsorge, Beratung und Pädagogik. Dass die Gesundheitsförderung in der Pflege in Deutschland bereits vor 30 Jahren ein Thema war wird durch die Tatsache belegt, dass die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung 1981 eine Informationsveranstaltung zum Thema „Gesundheitserziehung in der ambulanten Pflege“ veranstaltete. In welcher Art und Weise die gesundheitsfördernden Aspekte der Sozialstationen in die pflegerische Praxis umgesetzt wurden, ist nicht bekannt, da es darüber keine aussagekräftige Literatur gibt (vgl. Hackmann, 2001, 213-215).

In Österreich fiel durch die Gesetzesnovellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes von 1997 und dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung,

¹⁴ NSDAP – Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei

-aufklärung und –information (Gesundheitsförderungsgesetz – GfG) von 1998 der Startschuss für eine berufspolitisch anerkannte Gesundheitsförderung und Prävention in der professionellen Pflege, welche, wie bereits erwähnt, zu den Kernelementen der Familiengesundheitspflege zählen.

Den Grundstein für die Entwicklung einer professionellen Familiengesundheitspflege in Österreich und Deutschland legte allerdings die WHO mit dem Konzept der FHN. Im Zuge des WHO Rahmenkonzeptes „Gesundheit 21“ wurde das Konzept der FHN vorgestellt. Darin werden die europäischen Staaten der WHO aufgefordert, Ideen und Vorstellungen zur Umsetzung der FHN zu entwickeln, um die gesundheitliche Situation der Bevölkerung zu verbessern (vgl. Mörgelin, 2000, 138).

Laut WHO (1999, 4) ist das oberste Ziel des Rahmenkonzeptes „Gesundheit 21“ die gesundheitlichen Potentiale aller Menschen voll auszuschöpfen. Für die Erreichung dieses Zieles orientiert man sich an 3 Grundwerten, die als ethische Handlungsgrundlage dienen:

1. Gesundheit ist fundamentales Menschenrecht
2. gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität zwischen Ländern, zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb eines Landes und zwischen Mann und Frau
3. Teilnahme, Verantwortung und Rechenschaftspflicht jedes Einzelnen, sowie auch von Gruppen, Gemeinschaften, Institutionen, Organisationen und anderen Bereichen der gesundheitlichen Entwicklung

Es wurden zudem 4 Hauptstrategien als Rahmen für Maßnahmen zur Erreichung der Ziele entwickelt. Sie sollen gewährleisten, dass wissenschaftliche, wirtschaftliche, soziale und politische Nachhaltigkeit die Umsetzung von „Gesundheit 21“ sicherstellen und vorantreiben (vgl. WHO, 1999, 5):

- multisektorale Strategien, um sich mit Einflussfaktoren von Gesundheit auseinanderzusetzen zu können unter Berücksichtigung physischer, wirtschaftlicher, sozialer, kultureller und geschlechtsspezifischer Perspektiven und um die Beurteilungen gesundheitlicher Auswirkungen sicherzustellen
- integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, welche von flexiblen und reaktionsfähigen Krankenhaussystemen unterstützt wird

- Programme und Investitionen, welche auf das Gesundheitsresultat ausgerichtet sind und der Entwicklung und klinischen Versorgung dienen
- ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozess, der potentielle Partner für Gesundheit auf allen Ebenen wie das zu Hause, den Arbeitsplatz, Schule, örtliche Gemeinden und das Land miteinbezieht, ihnen Verantwortung überträgt und eine gemeinsame Entscheidungsfindung beinhaltet

Zur Beurteilung des Fortschrittes von „Gesundheit 21“ wurden 21 Ziele definiert, die einen übersichtlichen Umsetzungsrahmen bilden. Die beteiligten Länder, Gemeinden und Organisationen sollen die 21 Ziele ihren jeweiligen örtlichen Verhältnissen, Erfordernissen und Möglichkeiten anpassen, anstatt sie 1:1 umzusetzen (vgl. WHO, 1999, 5).

„Gesundheit 21“ beinhaltet als eines der wesentlichen Ziele den Ausbau der gesundheitlichen Primärversorgung in Form einer Erweiterung von Versorgungsangeboten für das familien- und gemeindenahe Setting. Die WHO unterstreicht damit eindeutig, dass nicht nur soziale und ökonomische Faktoren Einfluss auf die persönliche Lebensführung und das Gesundheitsverhalten von Menschen haben, sondern der Zugang zu gesundheitsfördernden Angeboten die Gesundheit und Lebensdauer von Menschen wesentlich beeinflusst. Die Familie als zentrale soziale Einheit des Menschen und der Gesellschaft rückt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Das FHN Konzept stellt diesbezüglich ein erweitertes Angebot dar mit dem Ziel, ein Rahmenkonzept zur Ausbildung von Familien- und Gemeindekrankenschwestern (Family Health Nurses) für die europäischen WHO Länder zu entwickeln. Insgesamt nahmen 20 Länder (Andorra, Armenien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Irland, Kirgisien, Kroatien, Lettland, Litauen, Moldawien, Polen, Portugal, Schottland, Schweden, Slowenien, Spanien und Tadjikistan) an dem im Februar 2001 gestarteten zweijährigen Projekt der Family Health Nurse teil. Das Modellprojekt wurde wissenschaftlich begleitet und ausgewertet, um Rückschlüsse auf die jeweiligen länderspezifischen Adaptierungsnotwendigkeiten ziehen zu können (vgl. Kollak, 2004, 96).

In Deutschland wurde im Jahr 2005 das Pilotprojekt für die Umsetzung von FHN gestartet. Nunmehr bereits 9 Jahre nach dem Projektbeginn der WHO wird auch in Österreich über die Einführung von Family Health Nursing diskutiert. Das österreichische Rote Kreuz fordert, wie bereits erwähnt, die landesweit adaptierte Umsetzung des WHO Konzeptes und somit die Ansiedelung einer professionellen Familiengesundheitspflege in Österreich.

4.3. Kernelemente des WHO Konzeptes der Family Health Nurse

Im Rahmen dieses Teilkapitels wird das Rahmenkonzept der FHN anhand der Punkte Definition, Rolle, Qualifikationskriterien, Zielgruppen, Systemtheorie und Interventionsbereiche einer Family Health Nurse vorgestellt. Auf die Ausbildung und das Curriculum wird ebenfalls eingegangen.

4.3.1. Family Health Nurse – eine Definition

Für das FHN Rahmenkonzept ist es von grundlegender Bedeutung, dass sämtliche Teilnahmestaaten trotz nationaler Unterschiede im Pflegesystem mit der Profession der FHN dieselben Annahmen und Auffassungen assoziieren. Eine einheitliche Definition von Family Health Nurse liefert dafür die Basis. Die WHO definiert eine Family Health Nurse folgendermaßen:

„Die Family Health Nurse hilft einzelnen Menschen und ganzen Familien, 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 verhaltensbedingten Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständigen Stellen können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle überweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eine pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.“ (WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 2)

Die Definition bzw. die Bezeichnung „Family Health Nurse“ soll verdeutlichen, dass sich diese Pflegekräfte mit KlientInnen im Kontext ihrer Familien beschäftigen. Der Fokus einer FHN soll allerdings nicht nur auf den Kontext der Familie minimiert werden. Ihre Rolle bezieht sich auf die gesamte Bevölkerung, egal ob Menschen in Partnerschaft oder alleine, mit oder ohne Kinder leben, ob sie ein Zuhause haben oder ausgegrenzt werden. Sie sollen einzelne Gemeinschaften (z.B. Gemeinden) befähigen, selbstbestimmt zu handeln, mit ihnen gemeinsam versuchen, das

vorhandene Potential und die Ressourcen zu nützen und dadurch eigenständig Lösungen für vorhandene Probleme zu finden (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 2).

In der Definition der WHO findet man einige Aspekte, die in manchen Ländern der europäischen WHO Region bereits zum Aufgabenbereich von Pflegekräften gehören. Neu am FHN Konzept ist allerdings, dass viele unterschiedliche Aspekte bzw. pflegerische Handlungsbereiche unter einer Definition zu finden sind und der Schwerpunkt auf der Familie und dem Zuhause als Setting liegt. Innerhalb des Settings sollen Familienmitglieder gemeinsam ihre Gesundheitsprobleme anpacken, um sich so ihre gesunde Umgebung zu bewahren bzw. sie wieder zu erlangen. Das impliziert, dass die Aus- und Weiterbildung zur FHN einem umfassenden und adäquaten Curriculum bedarf um der Definition gerecht zu werden (vgl. Büscher, 2001, 180; WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 3).

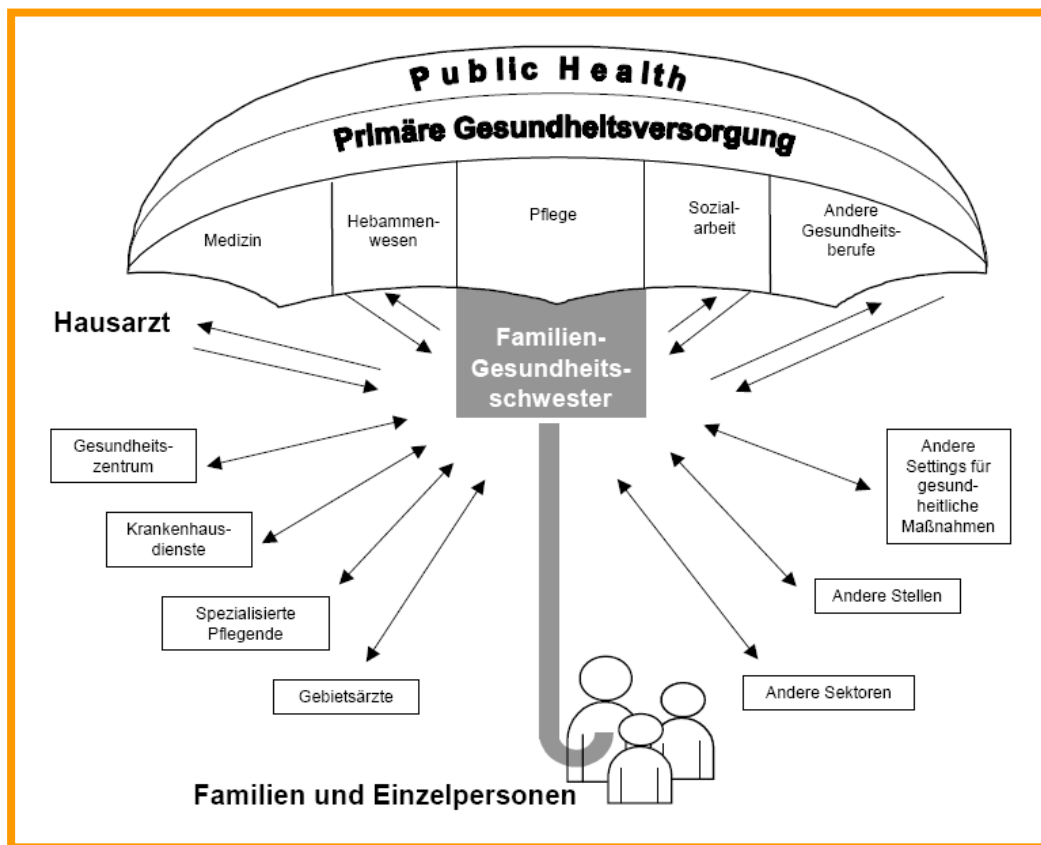
4.3.2. Rolle, erforderliche Qualifikationen und Zielgruppen der FHN

Die Rolle der FHN und die damit verbundenen Qualifikationen beinhalten laut WHO (Regionalbüro für Europa, 2000, 9) folgende fünf Funktionen:

- Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen
- Rolle der EntscheidungsträgerIn
- ManagerIn
- MeinungsbildnerIn
- KommunikatorIn und Kommunikationsschnittstelle

Die nachfolgende Grafik stellt die Rolle der FHN im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung unter dem Schirm von Public Health dar:

Abbildung 4-1: FHN unter dem Schirm von Public Health (WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 3)



Damit diese Rolle eingenommen werden kann, werden in der Ausbildung Inhalte gelehrt, die jene Kompetenzen vermitteln sollen, die der Rolle einer FHN gerecht werden (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 10).

Die Zielgruppen einer FHN sind nicht eindeutig zu definieren, da der Aufgabenbereich der Familiengesundheitspflege sehr weitläufig ist. Einige von der WHO festgelegte Szenarien, in denen Family Health Nurses ihrer Profession nachgehen können, werden an dieser Stelle beispielhaft dargelegt (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 9):

- Prävention und Management chronischer Krankheiten im Setting Gemeinde, Betrieb, etc.
- Betreuung von Familien, wo ein Elternteil krank ist (z.B. Brustkrebs der Mutter)
- Pflege von Alleinstehenden mit Krankheit/Pflege von älteren alleinstehenden Menschen mit multipler Krankheitspathologie
- Betreuung von Familien, in der ein Familienmitglied psychische und alkoholbedingte Gesundheitsprobleme hat
- Betreuung von Familien mit einem Neugeborenen

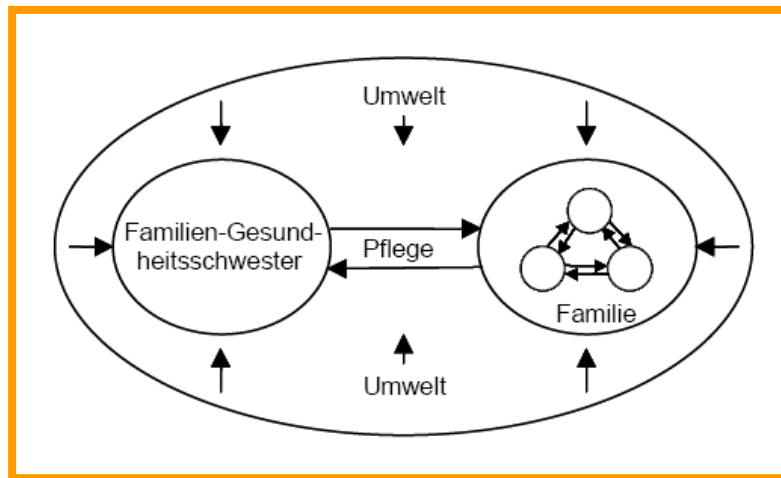
- Betreuung eines älteren Ehepaares, bei dem beide bereits altersbedingte Krankheitserscheinungen haben
- Betreuung einer Teenager-Mutter
- Betreuung von Flüchtlingsfamilien, die einer ethnischen Minderheit angehören

4.3.3. Das Verständnis von Familie als System und Subsystem zugleich

Die Family Health Nurse und die Familie sind als Subsysteme zu verstehen, welche innerhalb eines bestimmten Kontextes oder Umwelt (das übergeordnete System) operieren und interagieren. Teile dieser Umwelt (Stressoren) beeinflussen die Subsysteme sowohl negativ als auch positiv. Die Gesundheit stellt das dynamische Gleichgewicht zwischen den Systemen (Familie, einzelne Familienmitglieder, Umwelt und Family Health Nurse) dar. Jedes einzelne System verändert sich allerdings im Laufe der Zeit und macht die Arbeit der Family Health Nurse umso schwieriger. Sie arbeitet interaktiv. Die Familie und andere Pflege- und Sozialbetreuungsfachkräfte sind ihre MitarbeiterInnen, um Stressfaktoren bzw. gesundheitliche Bedrohungen innerhalb einer Familie zu überstehen bzw. bereits im Vorfeld zu vermeiden. Dadurch soll das Gesundheitsgleichgewicht bzw. der Gesundheitszustand in der Familie konstant gehalten oder sogar verbessert werden (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 5). Das Systemverständnis ist wesentlich in der Familiengesundheitspflege. Nicht mehr die einzelne pflegebedürftige Person steht im Mittelpunkt der Handlung, sondern die Person im Kontext seines dazugehörigen Subsystems (Familie, Freundeskreis, Gemeinde, etc.) und übergeordneten Systems (die gesamte Umwelt).

Je nachdem welche Familienkonstellationen und Umweltfaktoren vorhanden oder nicht vorhanden sind, hat die FHN dementsprechend ihr Pflegeszenario zu planen, durchzuführen und zu evaluieren. Die nachfolgende Grafik soll die Systemtheorie und die Umwelteinflussfaktoren, welche auf die Familie und die FHN einwirken, verdeutlichen. Dadurch wird auch die Interaktion zwischen diesen beiden Subsystemen in ihrem übergeordneten System Umwelt beeinflusst:

Abbildung 4-2: FHN und Familie als Subsysteme im übergeordneten System Umwelt (WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 5)



4.3.4. Die 4 Hauptinterventionsebenen der Family Health Nurse

Ausgehend von der Tatsache, dass das System Familie von unterschiedlichen Umweltfaktoren (Stressoren) beeinflusst wird, kann die Family Health Nurse, je nachdem wann der Stressor bemerkt wird, aktiv dagegen (negativer Stressor) bzw. entgegen (positiver Stressor) steuern und Interventionen setzen. Diese Interventionen lassen sich laut WHO (Regionalbüro für Europa, 2000, 7) auf folgenden vier Hauptinterventionsebenen umsetzen:

Primärprävention:

Auf der Ebene der primären Prävention geht es darum, mögliche negative Stressoren und Bedrohungen für die Gesundheit bereits vor Eintritt aufzudecken und sie dadurch zu verhindern. Die Pflegefachkraft hilft hierbei den Familien mittels Gesundheitserziehung bzw. Ausbau von Widerstandsressourcen und schult die Familien dahingehend, mögliche potentielle Gesundheitsbedrohungen selbstständig zu erkennen.

Sekundärprävention:

Auf der sekundären Präventionsebene können die Family Health Nurses, weil sie die Familie gut kennen, gesundheitliche Probleme bereits früh erkennen. Das hat eine schnelle Reaktion zur Folge und gewährleistet, dass Familien in ihrem Lebensrhythmus so wenig wie möglich gestört werden. Das Zusammenwirken mit anderen Gesundheitsprofessionen ist in dieser Ebene ebenfalls von Bedeutung.

Tertiäre Prävention:

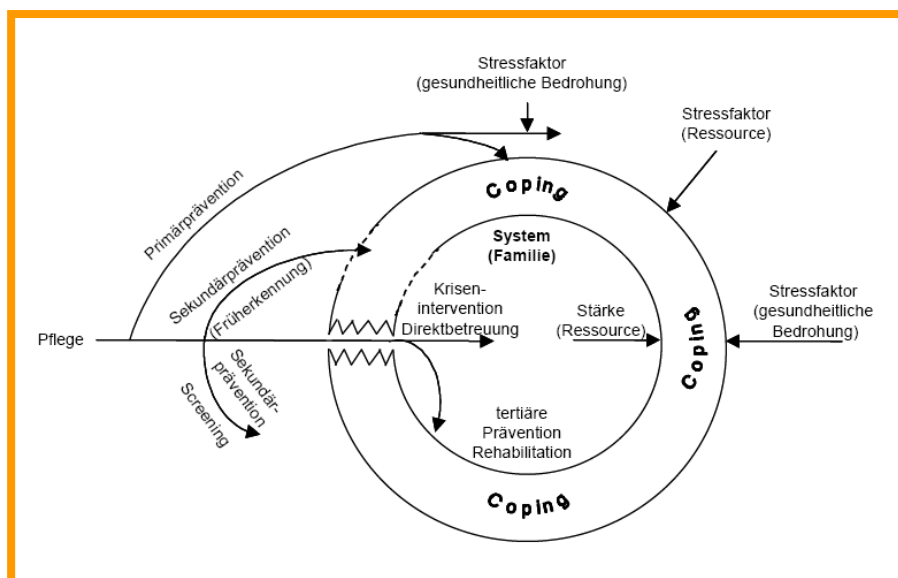
In der tertiären Prävention ist eine FHN am Rehabilitationsprozess maßgeblich beteiligt. Wesentliche Aufgabe der FHN in dieser Ebene ist der gemeinsame Wiederaufbau von Widerstandsressourcen mit der Familie.

Krisenintervention:

Die Bewältigungsfähigkeit der Familie bzw. der einzelnen Person ist in diesem Bereich nicht mehr vorhanden. Die FHN arbeitet in der direkten Betreuung und Pflege und nimmt somit die herkömmliche Rolle der Pflegefachkraft ein. Sie versucht gemeinsam mit der Familie eine Heilung und Schmerzlinderung zu erreichen.

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht den Weg der jeweiligen Interventionsschritte einer FHN:

Abbildung 4-3: Weg der Interventionsschritte einer FHN (WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 7)



Das Erlernen von Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) zur selbstständigen Gesundheitsbewahrung der Familien ist eine wesentliche Aufgabe einer FHN. Je besser die Primärprävention und Sekundärprävention funktioniert, desto weniger besteht die Gefahr Kriseninterventionen setzen zu müssen.

4.3.5. Ausbildung der Family Health Nurse

Die Ausbildung zur Family Health Nurse dauert insgesamt 40 Wochen. Prinzipiell wäre ein Vollzeitstudium angedacht. Allerdings ist es sinnvoll, je nach vorhandenen Ressourcen der einzelnen Länder auch über andere Ausbildungsvarianten nachzudenken, beispielsweise über ein berufsbegleitendes Studium oder ein Fernstudium. Für die Ausbildung zugelassen sind Pflegepersonen, die eine pflegerische Grundausbildung (Gesundheits- und Krankenpflegediplom), wie sie in der WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegekräften und Hebammen angegeben ist, abgeschlossen haben (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 4). Die Mindestdauer dieser Ausbildung beträgt demnach 3 Jahre und sollte mit einem Universitätsabschluss enden. Die darauf folgende theoretische Ausbildung zur FHN sollte auf Fachhochschulen oder Universitäten stattfinden und mit dem akademischen Titel „Family Health Nurse“ abschließen (vgl. Büscher, 2004, 181).

Da Österreich erst mit der Akademisierung der Grundausbildung in der Pflege begonnen hat, muss hierzulande eine Alternativlösung angedacht werden. Näheres dazu folgt in Kapitel 10.2. in den erarbeiteten Empfehlungen für eine mögliche Umsetzung im Bezirk Steyr-Land.

Zudem werden von der WHO zwei Jahre praktische Berufserfahrung empfohlen bevor man die Ausbildung zur Family Health Nurse beginnt, sowie ein 3-monatiges Praktikum vorgeschlagen (vgl. Büscher, 2004, 180-181). Im Praktikum sind die Pflegefachkräfte bei Familien daheim oder arbeiten im gemeindenahen Settings mit. Während der praktischen Ausbildung soll eine ständige Anleitung und regelmäßige Supervisionen von berufserfahrenen Family Health Nurses gewährleistet sein. Da diese noch nicht vorhanden sind, wird die praktische Anleitung von erfahrenen und qualifizierten Pflegefachkräften aus der ambulanten Pflege übernommen, die dafür geschult werden. Während der gesamten Ausbildungsdauer sind die Pflegekräfte einer bestimmten Familie zugeteilt, die dafür ihre Einverständniserklärung gibt. So können die Auszubildenden eine professionelle Beziehung zur Familie aufbauen und das theoretisch erworbene Wissen im Arbeitssetting „Familie“ erproben (vgl. Büscher, 2001, 180; WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 4).

4.3.6. Curriculum für die Family Health Nurse Ausbildung

Das Curriculum der FHN setzt sich aus 7 Modulen zusammen. Die WHO gibt diesbezüglich eine Themenübersicht bzw. einen Rahmen für den jeweiligen Lehrplan der einzelnen Module vor, innerhalb welchem die Mitgliedsstaaten die Ausbildungsinhalte anzupassen haben. Die Modul-

Lehrinhalte sollten sich an der aktuellen nationalen und internationalen Literatur zur jeweiligen Thematik orientieren und dadurch bedarfsgerechte Ausbildungsinhalte gewährleisten. Die Anpassung der Lehrinhalte an das WHO Rahmencurriculum ist die Hauptaufgabe der einzelnen Mitgliedsstaaten, damit das FHN Konzept adaptiert und umgesetzt werden kann (vgl. Büscher, 2001, 183).

Die Curriculumsevaluation sollte von qualifizierten Lehrbeauftragten, PflegexpertInnen (speziell im Bereich der Familiengesundheitspflege) und Studierenden durchgeführt werden, um eine erfolgreiche Ausbildung garantieren zu können. In den ersten Jahren wird eine wissenschaftliche Begleitung (Peergruppe) empfohlen, um mögliche Anfangsprobleme zu erfassen und für die weiteren Ausbildungslehrgänge zu vermeiden. Alle Teilmodule, mit Ausnahme vom Einführungsmodul, beinhalten einen praktischen Ausbildungsteil, sodass die theoretischen Lehrinhalte umgehend in die Praxis miteinfließen können. Die Lehr- und Beurteilungsstrategien sind den Prinzipien der Erwachsenenpädagogik anzupassen, damit sich Lehrbeauftragte und Studierende erwachsenengerecht im Unterricht austauschen können. Der Großteil des Unterrichts orientiert sich an Pflegeszenarios. Mit Hilfe einer problemorientierten Herangehensweise und anderen zahlreichen Methoden (z.B. Seminargestaltung von Studierenden, Teamarbeit, praktische Demonstrationen, Einschätzung der psychischen Gesundheit, Förderung der nonverbalen und verbalen Kommunikation, etc.) sollen Lösungsvorschläge für Pflegeszenarios erarbeitet werden. Dafür benötigt man geeignete Lehrbeauftragte, adäquate Ausbildungslokalitäten und Ressourcen (z.B. Universitäten, Bibliotheken, etc.). Die praktischen Ausbildungsteile werden im Zuhause von Familien und anderen nicht institutionellen gemeindenahen Settings vermittelt. Pro Lehrgang sind 30 StudentInnen vorgesehen, im Idealfall sollen auf eine/n Lehrbeauftragte/n 10 Studierende fallen. All das ist bei der Planung zu berücksichtigen (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 11-12).

Die Modulinhalte des WHO Curriculums werden in den nächsten Kapiteln überblicksweise dargestellt.

4.3.6.1. Modul 1 – Einführungsmodul: Konzepte, Praxis und Theorie

Für das Einführungsmodul ist eine Dauer von zwei Wochen vorgesehen, indem ausschließlich theoretische Inhalte vermittelt werden. Den Studierenden werden die wichtigsten Konzepte, auf dem das Curriculum aufbaut, näher gebracht und ihnen nahe gelegt, dass sie ihre bisherigen erworbenen Kompetenzen einbringen sollen, um das neue Wissen mit ihren persönlichen Erfah-

rungen zu verbinden und somit weiterzuentwickeln. Die Bedeutung der Kombination von Wissenschaft und Praxis wird anhand von Arbeitserfahrungen, die die StudentInnen vor Ausbildungsbeginn im 3-monatigen Praktikum in einer Familie gemacht haben, verdeutlicht. Die Lehrinhalte werden mittels Vorlesungen, Fallstudien, Seminaren, Gruppenarbeiten, Diskussionsrunden und Rollenspiele vermittelt (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 14).

4.3.6.2. Modul 2 – Erbringung von Pflege 1: Arbeit in Familien

Für das Modul 2 sind zehn Wochen Ausbildungszeit vorgesehen. Die Pflegefachkräfte erarbeiten Konzepte und analysieren deren Bedeutung für die Familiengesundheitspflege. Der Fokus liegt hierbei auf Fragen in Hinblick auf pflegerische Interventionen im fördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, palliativen und unterstützenden Pflege- und Betreuungssektor. Die Methoden und Prinzipien für Planung, Anregung und Auswertung einer professionellen Familienbetreuung werden im Rahmen dieses Moduls ebenfalls erlernt. Dabei werden der reflektierende Dialog und ein selbstgesteuertes Lernen als Lernstrategien verwendet, um sich gezielt mit Interventionen in der Praxis der Familiengesundheitspflege auseinander setzen zu können (vgl. WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 16-17).

4.3.6.3. Modul 3 – Entscheidungsfindung

Im Rahmen des vierwöchigen Moduls 3 sollen die StudentInnen, basierend auf ihren persönlichen und fachlichen Kenntnissen, Prozesse und Typologien von Entscheidungsprozessen kennen und verstehen lernen, um ihr Wissen diesbezüglich weiter zu entwickeln. Es soll die Notwendigkeit des kritischen Denkens, in und für die Praxis, vermittelt werden (vgl. Büscher, 2001, 185).

4.3.6.4. Modul 4 – Informationsmanagement und Forschung

Innerhalb des sechswöchigen Moduls 4 sollen die Studierenden ihr Wissen und Können in den Bereichen Informationsmanagement und Forschung verbessern. Konzepte aus den Bereichen Informationsmanagement, Forschung, Lernen, Motivation, Kommunikation und Lehrmethoden werden dafür bearbeitet und gelehrt. Hauptsächlich geht es um das Lernen aufgrund einer Auseinandersetzung mit Studien und Forschungsergebnissen, um das Wissen im Rahmen der Familiengesundheitspflege zu erweitern und die Praxis kritisch zu hinterfragen. Die StudentInnen sollen dabei die Seminare zum Teil selbst leiten (vgl. Büscher, 2001, 186; WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 20-21).

4.3.6.5. Modul 5 – Erbringung von Pflege 2: Arbeit mit Bevölkerungsgruppen

Im Rahmen dieses zehnwöchigen Moduls verbringen die StudentInnen 40 % der Zeit in der Praxis. Die Determinante Gesundheit spielt bei der Arbeit mit Bevölkerungsgruppen eine große Rolle. Die StudentInnen sollen, basierend auf dieser Determinante, ihr Verständnis und Wissen für die Bedarfsermittlung, -einschätzung und -erfüllung der Bedürfnisse der Gemeinschaft, in der sie arbeiten und leben, weiterentwickeln. Es werden unter anderem Inhalte von Public Health, Gesundheitsversorgung, Epidemiologie und Diskriminierung unterrichtet. Die StudentInnen sollen Gemeindesituationen einschätzen und gemeindeorientierte Interventionen anwenden lernen (vgl. Büscher, 2001, 186; WHO Regionalbüro für Europa, 2000, 22-23).

4.3.6.6. Modul 6 – Ressourcenmanagement

In diesem vierwöchigen Modul liegt der Fokus auf Managementaspekten, die die geleistete Pflege und die Rolle der FHN in der Praxis beeinflussen können. Managementkompetenzen wie Budgetkontrolle und Zeitmanagement werden vermittelt. Die StudentInnen bekommen einen Einblick in die gesetzlichen, freiwilligen und privaten Organisationen und Dienste und werden in die Rolle versetzt, die unterschiedlichen Dienste im Rahmen der Familiengesundheitspflege zu organisieren und zu koordinieren. Aspekte des Pflegemanagements und Qualitätsmanagements werden ebenfalls vermittelt (vgl. Büscher, 2001, 186-187).

4.3.6.7. Modul 7 – Führung und multidisziplinäres Arbeiten

Im Rahmen des vierwöchigen Moduls 7 liegt der Fokus auf Führung und Teamarbeit. Den StudentInnen werden Führungstheorien und -modelle näher gemacht. Sie bekommen die Grundsätze der Teamarbeit vermittelt und werden auf den ständigen Wandel innerhalb von Organisationen vorbereitet. Lehrinhalte bzgl. Delegation von Arbeitsaufgaben, Supervision und Monitoring in Zusammenhang mit rechtlichen Aspekten, sind ebenfalls Lehrbestandteil dieses Moduls (vgl. Büscher, 2001, 187).

Wie die Umsetzung des WHO Konzeptes der FHN in Deutschland abgewickelt wurde, um mögliche Rückschlüsse auf Österreich und den Bezirk Steyr-Land ziehen zu können, wird im nächsten Teilkapitel näher behandelt.

5. Familiengesundheitspflege in Deutschland

Im Frühling 2005 nahm der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBFK) die Empfehlungen der WHO bzgl. Family Health Nursing in seine Überlegungen auf. Im Rahmen des Pilotprojektes zur Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland standen die Adaptierung des WHO Curriculum an deutsche Versorgungsstrukturen und eine zweijährige modellhafte Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegendе und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung“ im Mittelpunkt des Projektes. Als wissenschaftliche Begleitung fungierte der Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenаhe Pflege der Universität Witten/Herdecke. Die Robert Bosch Stiftung und das Bundesministerium für Gesundheit (BMGS) waren die Förderer des Pilotprojektes (vgl. Eberl et al., 2008, 6).

Dieses Kapitel beschreibt die einzelnen Phasen und Ergebnisse des Pilotprojektes in Deutschland und dient als wesentliche Orientierung für eine mögliche Umsetzung in Österreich.

5.1. Projektdesign und Konsensphase

Im Rahmen der von 2004 – 2005 dauernden Projektdesign- und Konsensphase, welche als Vorstudie dem Pilotprojekt vorangestellt wurde, konnte bereits der Bedarf und die Notwendigkeit einer Familiengesundheitspflege in Deutschland aufgezeigt werden (vgl. Eberl et al., 2008, 2). Dafür wurden ExpertInnen aus Bundeskrankenkassenverbänden, Fachhochschulen, Forschungsinstituten, Verbänden und Bundesärztekammern der jeweiligen Landesministerien befragt, wie und in welchem Umfang die Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitssystem implementiert werden kann (vgl. Mischke et al., 2007, 14).

Die Konsensfindung der ExpertInnen erfolgte mittels Gruppendiskussionen in zwei ExpertInnenworkshops. Die Aussagen und Vorstellungen der ExpertInnen zu einer möglichen Familiengesundheitspflege in Deutschland wurden vor den Gruppendiskussionen mittels ExpertInneninterviews erhoben. Aus den daraus analysierten zentralen Aussagen und Ergebnissen wurden 5 Szenarien als mögliche Handlungsfelder einer FHN in Deutschland ausgearbeitet. Diese Szenarien bildeten die Ausgangsbasis der Gruppendiskussionen. Sie wurden, ausgehend von den Ergebnissen des ersten ExpertInnenworkshops, nochmals überarbeitet und im Rahmen eines zweiten ExpertInnenworkshops erneut diskutiert und erstellt. Aufgrund der Szenarien war es bereits möglich, Aussagen über Zielgruppen, Anlässe und Bedarf, Kooperationspartner, Handlungskompetenzen, Finanzierungsmöglichkeiten und über die potentiellen An-

siedelungsmöglichkeiten einer Familiengesundheitspflege in Deutschland zu treffen. Der Begriff Family Health Nurse wurde durch die deutschen Bezeichnungen FamiliengesundheitspflegerIn bzw. Familiengesundheitshebamme ersetzt¹⁵. Die ExpertInnen waren sich darüber einig, dass die Familiengesundheitspflege für die Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitssystem unabdingbar ist und sprachen sich für eine aktive Mitgestaltung bei der Curriculumsanpassung aus (vgl. Schnepf et al., 2005, 2).

Durch die Projektdesign- und Konsensphase war es bereits möglich die Kompatibilität des FHN Konzeptes der WHO mit dem deutschen Gesundheitssystem aufzuzeigen. Es konnten der Bedarf und die Notwendigkeit einer Familiengesundheitspflege in Deutschland heraus gearbeitet werden, sowie eine Rechtfertigungsgrundlage für das Pilotprojekt zur Machbarkeit in Deutschland geschaffen werden (vgl. Eberl et al., 2008, 11).

Die bereits erwähnten Szenarien zeigen die möglichen Handlungsfelder einer FHN in Deutschland auf und bildeten die Grundlage für den weiteren Projektverlauf (vgl. Mischke et al., 2007, 14).

Sie werden nun nachfolgend tabellarisch, in eigener Darstellungsform nach Schnepf et al. (2005, 13) dargestellt:

Szenario 1: Aufsuchende Hilfe bei alleinstehenden älteren Personen	
Zielgruppe	ältere Personen, alleinstehend und/oder mit Selbstfürsorgedefizit, chronisch Kranke
Anlass	chronische Wunden, Selbstfürsorgedefizit, sozialer Rückzug, drohende Pflegebedürftigkeit
Bedarf	Wundversorgung, soziale und pflegerische Betreuung, Veränderung der alltäglichen Lebensführung
Zugang	Hausarzt
Handlungskompetenz	Assessment, Wundversorgung, Gesprächsführung, Beziehungs- und Vertrauensaufbau, Beratung und Begleitung in der alltäglichen Lebensführung, Anleitung und Motivation, Förderung der Eigenaktivität, Aufzeigen von Alternativen, Befähigung zur Alltagsbewältigung, Gesundheitsförderung durch Kompetenzerweiterung, Motivation zur Knüpfung sozialer Kontakte, Kontinuität
Ansiedlung	ambulanter Pflegebereich
Finanzierung	Krankenkasse (Behandlungspflege), evtl. SGB V (Vermeidungspflege), Soziotherapie

¹⁵ Anmerkung: dennoch wird in dieser Arbeit durchgehend der Begriff Family Health Nurse – FHN verwendet

Szenario 2: Case Management und unterstützende Begleitung der Familie	
Zielgruppe	pflegebedürftige Personen und ihre Familien
Anlass	Entlassung aus dem Spital, Verschlechterung der Situation, Zunahme des Pflegebedarfs
Bedarf	koordinierte Entlassung, Stabilisierung des Pflegearrangements
Zugang	Spitäler
Handlungskompetenz	Case Management, Familienassessment, Ressourcen- und Bedarfseinschätzung, Vermittlung, Koordination und Vernetzung unterstützender Dienste, Information, Beratung und Begleitung, Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Anleitung zur aktivierenden und fördernden Pflege, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen AkteurInnen
Ansiedlung	Krankenkasse, Spitäler in Form von EntlassungsmanagerInnen, Beratungsstellen
Finanzierung	Krankenkasse, Pflegekasse
Szenario 3: FHN als PflegeexpertInnen in Hausarztpraxen	
Zielgruppe	Familien in Krisen- und Umbruchsituationen
Anlass	Entlassung aus der Rehabilitation mit bestehender Pflegebedürftigkeit
Bedarf	strukturschwache Regionen, Gestaltung des Pflegearrangements, Entscheidungsfindung
Zugang	freiberufliche Hebammen
Handlungskompetenz	Familienassessment, Beratung und Unterstützung in komplexen Situationen, regulierendes Eingreifen, Unterstützung in der Entscheidungsfindung, Vermittlung, Vernetzung und Koordination erforderlicher Hilfen, Erkennen der Prioritäten, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen AkteurInnen
Ansiedlung	Hausarztpraxen
Finanzierung	integrierte Versorgung (als Vertragspartner im Rahmen der integrierten Versorgung genau so wie die Hausärzte)
Szenario 4: Die Familienhebamme im öffentlichen Gesundheitsdienst	
Zielgruppe	gesundheitlich, sozial und wirtschaftlich benachteiligte Familien, Familien mit Gewalterfahrungen, MigrantInnenfamilien, Alleinerziehende, Schwangere, Teenagerschwangere, drogenabhängige Schwangere und Mütter, Frauen mit Behinderung
Anlass	soziale Brennpunkte; Unterversorgung durch soziale und medizinische Risiken
Bedarf	Aufklärung, Vertrauensaufbau, Öffnung gefährdeter Gruppen und Familien für Hilfs- und Beratungsangebote
Zugang	Aufsuchende Angebote, öffentliche Einrichtungen
Handlungskompetenz	verschiedene Assessments, Gesprächsführung, Beratung, Vermittlung und Koordination unterstützender Hilfen, Begleitung, Befähigung, sozialrechtliche Kompetenzen, Kooperation mit anderen AkteurInnen und Institutionen, Öffentlichkeitsarbeit
Ansiedlung	Gesundheitsämter
Finanzierung	Kommune, Krankenkasse
Szenario 5: Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung	
Zielgruppe	sozial und gesundheitlich benachteiligte Gruppen, Familien und Einzelpersonen, Gruppen mit Risikoprofilen oder erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem,

	kommunale Gremien, öffentliche Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, Vereine
Anlass	Gesundheitsprobleme aufgrund desolater sozialer und wirtschaftlicher Situation, Hilflosigkeit, Misstrauen
Bedarf	Vertrauensaufbau, Stärkung der Eigenverantwortung, Hilfe zur Selbsthilfe, verbesserter Zugang zum Gesundheitssystem
Zugang	niederschwellige aufsuchende Angebote vor Ort, Alltagsbezug
Handlungskompetenz	verschiedene Assessments, Gesprächsführung, Gesundheitserziehung, alltagsbezogene Beratung und Begleitung in Krisen- und Umbruchsituationen, Befähigung zur Alltagsbewältigung, Vernetzung von Angeboten, Entwicklungsarbeit, Nutzung alltagsbezogener Einrichtung für die Öffentlichkeitsarbeit, Kooperation mit anderen AkteurInnen und Institutionen, Fähigkeit zur Abgrenzung
Ansiedlung	interdisziplinäres Beratungszentrum als Teil des Quartiersmanagements
Finanzierung	Kommune

Der einstimmige Konsens der beteiligten ExpertInnen zur Durchführung des Pilotprojektes in Deutschland zeigt, dass sich die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und die Politik über die Notwendigkeit der Familiengesundheitspflege einig sind, die Prävention und Gesundheitsförderung im Land zur forcieren. Die fünf in der Vorstudie erarbeiteten virtuellen Szenarien beinhalten vier mögliche Handlungsfelder für die FamiliengesundheitspflegerInnen und ein Handlungsfeld für die Familienhebamme. Zudem wurden bereits mögliche notwendige Handlungskompetenzen innerhalb der einzelnen Szenarien, sowie der Zielgruppenzugang und eine mögliche Finanzierung ausgearbeitet. Somit existieren in Deutschland bereits erste konkrete Aussagen über den Anlass, den Bedarf, den Zugang, den Handlungskompetenzen, die Finanzierung und die Ansiedelung einer Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitssystem. In der Implementierungs- und Machbarkeitsphase des Pilotprojektes konnten diese neuen Rollen für die Pflegekräfte und Hebammen nun praktisch umgesetzt und erprobt werden (vgl. Eberl et al., 2008, 11-12).

Nähere Informationen diesbezüglich liefert das nächste Kapitel.

5.2. Implementierungs- und Machbarkeitsphase (2005-2008)

Die zentralen Themen der Projektphase 2 sind die Adaptierung des WHO Curriculums an das deutsche Gesundheitssystem, sowie die Durchführung der Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung“. Die Projektphase 2 wurde abermals in 2 Teile unterteilt. Von Juni 2005 bis Oktober 2007 wurde die Weiterbildung analysiert und evaluiert. Im zweiten Teil der Untersuchungsphase, von November 2007 bis Juni 2008, konzentrierte man sich auf den AbsolventInnenverbleib und bereits mögliche Auswirkungen der neuen Rollen (vgl. Eberl et al., 2008, 37). Die Verantwortung diesbezüglich

oblag der wissenschaftlichen Begleitung, dem Lehrstuhl für familien- und gemeindenähe Pflege in Witten/Herdecke. Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte einen möglichen weiteren Anpassungsbedarf bzgl. der zukünftigen Rolle der FHN aufdecken und demzufolge für eine weitere Anpassung ans deutsche Gesundheitssystem genutzt werden (vgl. Mischke et al., 2007, 15).

Die folgenden Kapitel informieren über das adaptierte deutsche Curriculum und die Durchführung der Weiterbildung.

5.2.1. Das adaptierte Curriculum der Familiengesundheitspflege in Deutschland

Das deutsche Curriculum ist in 8 Module mit unterschiedlichem Stundenumfang eingeteilt. Die Module und deren inhaltliche Gestaltung bauen auf der bislang in der Ausbildung erworbenen Grundkompetenzen der TeilnehmerInnen auf und orientieren sich am WHO Curriculum der FHN, dem Handbuch zur Fortbildung Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union und an den erarbeiteten Handlungsszenarien. Im Oktober 2005 war der Start für die modellhafte zweijährige Weiterbildung. Zwei Weiterbildungseinrichtungen, das Bildungsinstitut des DBfK Landesverbandes Nordwest in Essen und die Akademie Städtisches Klinikum München GmbH stellten das berufsbegleitende Angebot zur Verfügung. Insgesamt nahmen sechzehn Frauen und zwei Männer an der Weiterbildung teil, davon waren drei Frauen Hebammen. Die restlichen TeilnehmerInnen waren ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegefachkräfte oder Altenpflegefachkräfte (vgl. Mischke et al., 2007, 15-16).

5.2.1.1. Wesentliche Inhalte des Curriculums

Anfangs wurde das adaptierte deutsche Curriculum dem WHO Curriculum vergleichend gegenübergestellt, um in weiterer Folge die vom DBfK geplante Stundenanzahl und Präsenzphasen je Modul, sowie die jeweiligen Modulinhalte mit dem dafür vorgesehenen Stundenanzahl, Präsenzphasen und Modulinhalten der WHO zu vergleichen und abzustimmen (vgl. Eberl et al., 2008, 49).

Der Inhalt des achtmoduligen Curriculums gliedert sich in 720 Stunden theoretische Weiterbildung, 720 Stunden Selbststudium (inklusive Facharbeiten, Prüfungsvorbereitung und Praxisaufgaben) und 120 Stunden Pflichtpraktika und enthält laut Mischke et al. (2007, 16) folgende wesentliche theoretischen Inhalte:

- Vermittlung der Handlungsfelder der FHN und die Auseinandersetzung mit Rollen, Aufgaben, KlientInnen, gegenwärtigen und zukünftigen Arbeitsfeldern, ethischen Grundsätzen und die internationalen Ausführungen von Family Health Nursing
- Vermittlung der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und Einblick in die Gesundheitswissenschaften
- Theoretische Hintergründe und Einflussfaktoren der FHN und die praktische Umsetzung ihrer Rolle
- Kommunikations- und Beratungsstrategien und die verschiedenen Zugangsmöglichkeiten
- Zielgruppenorientierte Handlungskonzepte erarbeiten und umsetzen
- Assessmentinstrumente, Pflege- und Gesundheitsplanung anwenden lernen
- Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsberatung in der Familie
- Vermittlung von Typologien der Problemlösung und Entscheidungsfindung
- Informationsmanagement und regionale Informationssysteme
- Sozial-, pflege-, und hebammenwissenschaftliche Forschung und die Bedeutung der Forschung für ein begründetes theoriegeleitetes Handeln im zukünftigen Feld der Familiengesundheitspflege
- Management und Organisation der praktischen Arbeit als FHN und die Koordination und Organisation unterstützender Dienste
- Strategien des Zeit- und Selbstmanagements, betriebswirtschaftliche und qualitätssichernde Maßnahmen
- Notwendigkeit und die Bedeutung einer multidisziplinären Teamarbeit für die Familiengesundheitspflege

Von den vorgesehenen 120 Stunden für die Pflichtpraktika sind 40 Stunden in einer übergeordneten Einrichtung des Gesundheitswesens (Behörden, öffentliche Gesundheitsdienste, etc.) und 80 Stunden in Gesundheitsberatungseinrichtungen (Schwangeren- und Familienberatung, Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitszentren, Pflegekassen, Arztpraxen, aktuelle zum Thema passende Projekte, etc.) zu erbringen. Des Weiteren werden, zur besseren Verknüpfung von Theorie und Praxis, zwei oder mehrere Familien während der gesamten Ausbildung begleitet.

Das deutsche Curriculum enthält bis auf die Supervision, welche nachträglich von der WHO zugefügt wurde, alle Inhalte des WHO Curriculums. Für Public Health, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung wurde im deutschen Curriculum mehr Ausbildungszeit vorgesehen. Wesentlicher Grund dafür ist die bis dato noch nicht ausreichende Berücksichtigung dieser

Bereiche in der Bundesrepublik, sowie die mangelhafte Vermittlung dieser Themen während der pflegerischen Grundausbildung (vgl. Eberl et al., 2008, 52).

5.2.1.2. Die ersten Erfahrungen mit dem Curriculum

Durch die wissenschaftliche Begleitforschung konnten die Erfahrungen und Sichtweisen der AusbildungsteilnehmerInnen, der KursleiterInnen und der AnsprechpartnerInnen zum Curriculum gesammelt und ausgewertet werden, um in weiterer Folge als Basis für noch notwendige Änderungen in der Ausbildung zu dienen. Die wesentlichen Ergebnisse wurden von der wissenschaftlichen Begleitforschung in einem Abschlussbericht festgehalten (vgl. Eberl et al., 2008, 58-67) und werden in den folgenden Kapiteln im Überblick dargestellt.

5.2.1.2.1. Erfahrungen der AusbildungsteilnehmerInnen

Die Befragung der AusbildungsteilnehmerInnen wurde mit Hilfe von zwei Gruppendiskussionen ein Jahr nach Beginn und am Ende der Ausbildung durchgeführt und lieferte folgende Ergebnisse:

Anspruchsvoller und komplexer Inhalt

Für die TeilnehmerInnen waren die theoretischen Inhalte sehr komplex und anspruchsvoll. Das Lesen von wissenschaftlichen Texten und das Schreiben von Berichten bereiteten, aufgrund der geringen Vorkenntnisse, am Anfang Schwierigkeiten. Das erste Ausbildungsjahr wurde als sehr theoretisch empfunden und es fehlte der Theorie-Praxis Bezug. Die TeilnehmerInnen wussten oft nicht, was sie mit Public Health und Gesundheitsförderung in den Familien anfangen sollten und erachteten diese Bereiche eher für die Arbeit in der Gemeinde als wesentlich. Instrumente wie Pflegeplanung, Assessment, Beratung und Case Management sollten von Anfang an vermittelt werden, da dies von den TeilnehmerInnen als Handwerkszeug der Familiengesundheitspflege gesehen wurde. Bei der Umsetzung der Theorie in die Praxis war die Kluft zwischen Theorie und Praxis sehr groß, sodass die Umsetzung nicht durchführbar war. Negative Fälle in den Szenarien wären wünschenswert um aufzuzeigen, dass es bei den problematischen Situationen kein „Schema F“ gibt.

Auf die Pflege ausgerichtete Inhalte

Die Hebammen fühlten sich, aufgrund der Pflegelastigkeit des Curriculums, oftmals Fehl am Platz und als politischer Türöffner für die Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Deutsch-

land. Pflegende und Hebammen waren sich dennoch einig, dass die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen diesen beiden Berufsgruppen notwendig und bereichernd waren.

Unterschiedliche Rollendefinition

Die Rollenvorstellungen der TeilnehmerInnen in Essen bzgl. Familiengesundheitspflege wichen von denen der TeilnehmerInnen in München ab. In Essen wurden die Rollen BeraterIn, VernetzerIn, VermittlerIn, Case ManagerIn, BegleiterIn, AnleiterIn und LehrerIn für die Familiengesundheitspflege als wesentlich betrachtet. In München wurden die Rollen nicht konkret formuliert. Sie sahen die Familiengesundheitspflege als Erweiterung des Tätigkeitsfeldes und als eine Vergrößerung des Handlungsspielraumes in der Arbeit mit Familien.

Die Notwendigkeit der Praktika

Die Praktika wurden von den TeilnehmerInnen als wichtig und lehrreich erachtet um Netzwerke zu schaffen. Kooperationen mit Einrichtungen wie Gesundheitsämtern, Beratungsstellen, etc. sollten aufgebaut werden, um während der Ausbildung bereits als Kontaktperson für diese Einrichtungen zu fungieren und bei Bedarf kontaktiert werden zu können.

Unterstützung durch Supervisionen

Die TeilnehmerInnen aus München empfanden die Supervisionen als Unterstützung. In Essen war es umgekehrt, da hier die Supervisionen bereits zu einem Zeitpunkt statt fanden, an dem die TeilnehmerInnen noch keine Familienbegleitung in der Praxis gemacht hatten. Es wurden nur die Konflikte innerhalb der Ausbildungsgruppe diskutiert und nicht die Erfahrungen der Familienbegleitung aus den Praktika.

Ansiedlung der Ausbildung im tertiären Bildungssektor

Die TeilnehmerInnen plädierten für eine Ansiedlung der Ausbildung auf Hochschulebene. Dies führe zu mehr Akzeptanz und würde sie mit den anderen AkteurInnen der Gesundheitsberufe mit akademischem Titel auf eine Stufe stellen. Eine Verbesserung der Lobbyarbeit, die Anbindung zu anderen Studiengängen und ein besserer Zugang zu verschiedenen Medien wären für die TeilnehmerInnen die angenehmen Nebeneffekte bei einer Ansiedlung auf tertiärem Bildungsniveau.

Berufsbezeichnung FamiliengesundheitspflegerIn nicht adäquat

Die TeilnehmerInnen bevorzugten aufgrund der Internationalität und den damit verbundenen höheren Stellenwert die Berufsbezeichnung Family Health Nurse, anstatt FamiliengesundheitspflegerIn. Zudem würde eine einheitliche internationale Bezeichnung die Weiterbildung und die Qualität der Ausbildung als international gleichwertig aufscheinen lassen.

5.2.1.2.2. Erfahrungen der KursleiterInnen

Die beiden KursleiterInnen wurden zu Beginn, im Verlauf und am Ende der Weiterbildung zum Curriculum befragt. Folgende Ergebnisse wurden dadurch erzielt:

Aufbau und Gliederung nicht passend

Der Aufbau der Modulinhalte sowie die Reihenfolge der Theorieteile wurden als nicht nachvollziehbar angesehen. Case Management sollte zu Beginn vermittelt werden, um darauf aufbauend Familienassessment und eine Familienberatung durchführen zu können. Die Räumlichkeiten für Supervisionen und Kursbegleitungen waren nicht vorhanden. Moderne Lernverfahren wie E-Mail und Internet zur Verkürzung der Präsenzzeiten wurden nicht ausreichend genutzt.

Theorielastiges Curriculum

Die KursleiterInnen empfanden das Curriculum ebenfalls zu theorielastig. Die TeilnehmerInnen waren überfordert und konnten aufgrund ihres Berufes die theoretischen Ausbildungsinhalte in der Freizeit nicht ausreichend reflektieren. Es wurde viel Zeit damit verbracht, den TeilnehmerInnen die Grundlagen zur Umsetzung der theoretischen Inhalte näher zu bringen. All das spiegelte sich in den Modulabschlussarbeiten wieder. Aufgrund der wenig vorhandenen Zeit konnten Lehrinhalte nur angerissen und nicht richtig vermittelt werden.

Keine klare Rollendefinition

Die KursleiterInnen konnten sich aufgrund des Curriculum keine klare Vorstellung davon machen, was die genauen Aufgabenbereiche der TeilnehmerInnen nach der Ausbildung sein würden, da es keine einheitliche und klare Definition von Familiengesundheitspflege gibt und zu viel Überlagerung mit anderen Leistungsanbietern vorherrscht.

Überarbeitungsempfehlungen für das Curriculum

Zu Beginn sollten Grundlagen in den Bereichen Kommunikation, Beratung, Moderation und Sicherheit im Auftreten vermittelt werden. Systemische Familientherapie und Gesundheitsförde-

rung sollten ebenfalls am Anfang gelehrt werden, um genügend Zeit für Reflexionen und Übungen zu haben. Das Modul „Public Health“ sollte am Ende gelehrt werden, da der Bedarf sich erst ergibt, wenn die TeilnehmerInnen bereits längere Zeit mit den Familien arbeiten. Arbeits- und Praxisaufträge, die Praktika selbst und die Supervisionen sollten erweitert werden. Die Ansiedelung auf Hochschulebene wird von den KursleiterInnen aus denselben Gründen wie die der TeilnehmerInnen gefordert.

5.2.1.2.3. Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen

Die AnsprechpartnerInnen der beiden Weiterbildungsinstitute in Essen und München wurden nach einem Jahr und am Ende der Ausbildung zum Curriculum befragt. Die Ergebnisse sind ebenfalls Empfehlungen zur Überarbeitung des Curriculums:

Zusammenfassung von Themen

Themen wie Ethik und Kommunikation sollten für die AnsprechpartnerInnen in allen Modulen vorkommen und nicht nur in einem Modul abgehandelt werden. Die einzelnen Module müssten so aufgebaut werden, dass sie in sich abgeschlossen sind. Andere AnsprechpartnerInnen sahen wiederum in der Modulierung und Abgeschlossenheit der einzelnen Module eine Einschränkung in der Flexibilität und in der Vernetzung von Ausbildungsinhalten. Die Ausbildung sollte jedenfalls auf Hochschulebene, in Form eines dreijährigen Bachelorstudiums, bei gleichbleibender Stundenanzahl angeboten werden. Zudem sollte nicht vorgegeben werden, wie viele Stunden die TeilnehmerInnen in ihrem Hauptberuf arbeiten. Wichtig sei nur, dass sie aufgrund ihrer Arbeit den ambulanten Pflegebereich kennen.

5.2.2. Die Weiterbildung der Familiengesundheitspflege in Deutschland

Wie bereits zuvor erwähnt, dauerte die berufsbegleitende modellhafte Weiterbildung von Oktober 2005 bis Oktober 2007. Es nahmen insgesamt 18 TeilnehmerInnen teil, von denen 14 die Ausbildung mit einem Zertifikat beendet haben (vgl. Eberl et al., 2008, 67). Die ersten Erfahrungen mit der Weiterbildung werden, basierend auf den Ergebnissen des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitforschung (vgl. Eberl et al., 2008, 72-82), in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt.

5.2.2.1. Die ersten Erfahrungen mit der Weiterbildung

Mittels Interviews und Gruppendiskussionen wurden die AusbildungsteilnehmerInnen und KursleiterInnen zu Beginn und ein Jahr nach Ausbildungsstart zur Weiterbildung der Familien-

gesundheitspflege befragt. Die AnsprechpartnerInnen wurden lediglich zu Beginn und am Ende der Ausbildung befragt. Folgende Ergebnisse lassen sich aus den Befragungen ableiten:

5.2.2.1.1. Erfahrungen der WeiterbildungsteilnehmerInnen

Motivation aufgrund einer neuen Herausforderung

Die TeilnehmerInnen empfanden die Ausbildung als einen Aufbruch zu etwas Neuem und waren Anfangs dementsprechend motiviert und engagiert. Fast alle TeilnehmerInnen dachten schon im Vorfeld über berufliche Veränderungen nach und hatten bereits vor der Weiterbildung in jenen Familien, bei denen sie bislang tätig waren, versucht, Gesundheitsförderung, Beratung, Unterstützung und Begleitung einzubringen.

Überforderung während der Ausbildung

Während der Ausbildung mussten sie allerdings feststellen, dass sie zum Teil an ihre Grenzen stießen und oftmals überfordert waren. Die Gründe für die Überforderung waren die anspruchsvollen Selbststudien, Praktika, Familienbegleitungen und Modulabschlüsse. Die TeilnehmerInnen erkannten zwar die Notwendigkeit der Unterstützung in den Familien, konnten allerdings aufgrund ihrer fehlenden Kompetenzen und des fehlenden Wissens teilweise keine Entscheidung treffen und waren nicht bereit, die Verantwortung dafür zu übernehmen. Vor allem von „Problemfamilien“, die aufgrund ihrer familiären Situation (z.B. sexueller Missbrauch eines Kindes) Familiengesundheitspflege benötigt hätten, distanzierten sich die AusbildungsteilnehmerInnen.

Fehlende gesellschaftliche, politische und finanzielle Unterstützung

Die TeilnehmerInnen beklagten die fehlende finanzielle Unterstützung und Anerkennung von Seiten der Gesellschaft und Politik. Die Gesundheitserhaltung würde zwar langfristig Kosten sparen, ist allerdings in den Köpfen der Politiker noch nicht verankert. Zudem sahen die TeilnehmerInnen für pflegende Angehörige große Defizite in der Gesundheitsversorgung, Beratung und Begleitung, eine mangelnde Vernetzung der vorhandenen Angebote und eine fehlende Kommunikation der Akteure untereinander. Für sie sei das Gesundheitssystem zu komplex und nicht transparent genug. Man wisse nicht, welche Leistungen von den ambulanten Akteuren angeboten werden bzw. was überhaupt möglich ist. Die TeilnehmerInnen kritisierten, dass die jeweiligen Familiensituationen nicht ernst genommen werden und beschrieben deren Versorgung teilweise als ethisch nicht vertretbar. Sie sahen einen großen Hilfsbedarf für Familien, sind aller-

dings der Ansicht, dass die ambulanten Pflegedienste für die Deckung dieses Bedarfs nicht ausreichen. Zudem wurde für die FHN eine Hilfsperson gefordert, die während der Ausbildungszeit als VermittlerIn fungiert und dafür sorgt, dass man sich selbst und den KollegInnen besser helfen kann.

Zweifel über berufliche Zukunft in der Familiengesundheitspflege

Die TeilnehmerInnen waren sehr stolz, die Pioniere auf dem Gebiet der Familiengesundheitspflege zu sein und strebten nach der Ausbildung die Bildung eines Netzwerkes zur gegenseitigen Hilfe und Unterstützung in beruflichen Belangen an. Dennoch bestand Zweifel darüber, ob sie den Anforderungen der Ausbildung gerecht werden und eine Arbeitsstelle als FHN bekommen würden. Es herrschte keine Klarheit darüber, wohin der berufliche Weg der TeilnehmerInnen führen wird. Die Familiengesundheitspflege wird als breites Feld im ambulanten Bereich wahrgenommen, welches in ihrer Umsetzung aufgrund der Tatsache, dass die Ausbildung breitgefächert ist und nicht einengt, sehr viel Spielraum und Möglichkeiten lässt. Auch die Rolle der Familiengesundheitspflege in der integrierten Versorgung und die Anstellung bei niedergelassenen ÄrztInnen wurden als Chance für die Umsetzung der Familiengesundheitspflege gesehen. Die Kooperation mit Jugend- und Gesundheitsämtern wurde als sehr wesentlich angeführt, um Netzwerke und Kontakte mit Stakeholdern zu knüpfen.

Ungeklärte Finanzierung als Hürde für die Umsetzung

Die ungeklärte Finanzierung wurde als Hürde für die Umsetzung der Familiengesundheitspflege gesehen. Es herrschte unter den TeilnehmerInnen die Meinung, dass Gesundheit Kosten spart und die Krankenkassen deshalb die Finanzierung der Leistungen im Rahmen der Gesundheitspflege zu erbringen haben. Mit Krankheit ließe sich viel Geld verdienen und die Finanzierung gesundheitsfördernder und präventiver Leistungen erfordere ein Umdenken in der Gesellschaft. Während der Ausbildung wurden die TeilnehmerInnen für ihre Praktika nicht bezahlt und befürchteten nach Beendigung der Weiterbildung ein Abrutschen ins ehrenamtliche Tätigkeitsfeld. Die Klärung der Finanzierung wird als wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung einer regelrechten und flächendeckenden Familiengesundheitspflege gesehen, um nicht in den freiberuflichen Sektor abzurutschen oder lediglich eine „Nischenfunktion“ zwischen bzw. innerhalb der ambulanten Pflegedienste einzunehmen.

Zu geringe TeilnehmerInnenzahl

Die Zahl von lediglich 18 TeilnehmerInnen am Modellprojekt wurde mit den verbundenen Aufwendungen in Zusammenhang mit der Ausbildung (Kursgebühren, Fahrtkosten, Freizeitaufwand, Übernachtungskosten, Lehrmittel, mangelnde Unterstützung der Arbeitgeber, unklare Perspektiven nach der Weiterbildung, etc.) begründet. Die Möglichkeiten einer Lobbyarbeit mit dieser geringen Anzahl an Family Health Nurses wurden als äußerst schwierig angesehen.

Berufsbegleitende Ausbildung mit 50%igen Arbeitsverhältnis

Die Doppelbelastung Ausbildung und Beruf (manche arbeiteten Vollzeit) war für viele sehr anstrengend und schwer zu schaffen. Ein 50%iges Arbeitsverhältnis neben der Ausbildung wäre laut TeilnehmerInnen passend, um Beruf und Ausbildung besser kombinieren zu können.

Änderung des Blickwinkels auf Familien und fehlende Zeit für die Ausübung der Familiengesundheitspflege

Die TeilnehmerInnen entwickelten im Rahmen ihrer Ausbildung einen anderen Blick auf die Familien. Familienmitglieder wurden nicht mehr nur als die Pflegebedürftigen oder die Angehörigen gesehen, sondern es wurde auch das weitere Umfeld miteinbezogen. Die ganze Familie wurde als Betreuungseinheit wahrgenommen und die Leistungen darauf abgestimmt. Dieser Blickwinkel sollte auch im stationären Bereich übernommen werden, damit eine gewisse Sensibilität für die PatientInnen entwickelt wird. Die fehlende Zeit, während der Praktika für die Familien da zu sein, um adäquate Begleitung und Beratung durchführen zu können, wurde ebenfalls kritisiert. Es wurde festgestellt, dass sich ambulante Pflegedienste Familiengesundheitspflege nicht leisten können, weil sie die Zeit dafür nicht haben.

Forcierung der Öffentlichkeitsarbeit und Pflegewissenschaft im Bereich Familiengesundheitspflege

Die Öffentlichkeitsarbeit sollte vorangetrieben werden, damit die Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen und die Krankenkassen über die Weiterbildung, die neuen Rollen und möglichen Handlungsfelder, sowie die generellen Chancen der Familiengesundheitspflege für Deutschland informiert werden. Im Rahmen der Pflegewissenschaft sollen bundesweite Projekte den Bedarf und die Effektivität der Familiengesundheitspflege belegen, um politische Entscheidungsträger von der Notwendigkeit zu überzeugen. Die Family Health Nurses sollten Befugnisse und Rollenakzeptanz bekommen, damit ihre Arbeit von Seiten der Gesundheitseinrichtungen auch anerkannt und akzeptiert wird.

5.2.2.1.2. Erfahrungen der KursleiterInnen mit der Weiterbildung

Wechselspiel zwischen Motivation und Frustration

Die beiden KursleiterInnen beschrieben die Situation genau so wie die TeilnehmerInnen, als ein Wechselspiel zwischen Motivation und Frustration. Die Umsetzung und die inhaltliche Ausgestaltung der Ausbildung wurden als Herausforderung und Chance für etwas Neues gesehen. Die teilweise Überforderung der TeilnehmerInnen aufgrund der Doppelbelastung Ausbildung und Beruf, die Anforderungen der Ausbildung und das Unverständnis innerhalb der eigenen Berufsgruppe und die damit verbundene zu leistende Aufklärungsarbeit, konnten von den KursleiterInnen beobachtet werden. Für die Module „Arbeit mit Familien“, „Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung“ war es schwierig geeignete DozentInnen zu finden. Die DozentInnen setzten Vorwissen voraus, welches den TeilnehmerInnen fehlte. Ein Konsens zwischen DozentInnen und KursleiterInnen über die primären Inhalte sollte diesen Aspekt beseitigen. Praktikumsplätze waren schwer zu finden, da die kurze Praktikumszeit für die Institutionen ein wesentlicher Grund für eine Absage war. Die KursleiterInnen fungierten, vor allem während der Theorieblöcke durch die Supervisionen, als UnterstützerInnen und MotivatorInnen für die TeilnehmerInnen. Auch der Austausch der TeilnehmerInnen untereinander wurde als Bereicherung gesehen. Den TeilnehmerInnen wurde Zeit eingeräumt, um sich im Feld der Familiengesundheitspflege einzuleben und sich zu orientieren. Für die KursleiterInnen war es wichtig, dass die TeilnehmerInnen von der Öffentlichkeit wahrgenommen werden.

Keine homogenen Ausbildungsgruppen

Die Gruppendynamik innerhalb der TeilnehmerInnen war stark durch das Pflegedenken geprägt, was, aufgrund der unterschiedlichen Vorerfahrungen im Beruf, keine homogene Gruppen zuließ. Dies wurde auf der einen Seite als Chance für gegenseitigen Austausch gesehen, zeigte sich allerdings auf der anderen Seite auch als Problem bzgl. unterschiedlicher Bewältigung der Ausbildungsanforderungen und der Auseinandersetzungen mit den Inhalten.

5.2.2.1.3. Erfahrungen der AnsprechpartnerInnen mit der Weiterbildung

Probleme bei der Teilnehmerinnensuche

Die Teilnehmerinnensuche stellte sich als schwierig heraus. Das rege Interesse, hauptsächlich aus dem akutstationären Bereich der Intensivstationen und Dialyseabteilungen, war zwar vorhanden, dennoch entschieden sich die meisten InteressentInnen zunächst dafür, das Modell-

projekt und die Entwicklungen abzuwarten. Hohe Kursgebühren, unklare Zukunftsperspektiven und die fehlende Unterstützung der ArbeitgeberInnen waren die Hauptgründe der Absagen. Die ambulanten Pflegedienste und bereits existierenden Beratungsstellen für Familien zeigten sich insgesamt wenig interessiert an der Familiengesundheitspflege. Zudem fehlte es von Seiten der Leitungspersonen im ambulanten Setting an Unterstützung. Die AnsprechpartnerInnen sahen darin ein Versäumnis dieser Einrichtungen, die Chance und Notwendigkeit von qualifizierten MitarbeiterInnen zu erkennen.

Problematik des Feldzuganges

Für Hebammen sahen die AnsprechpartnerInnen weniger Probleme in der Umsetzung ihrer Tätigkeit, da der Zugang zu den Familien klarer ist. Bei den Pflegenden ist der Zugang in die Familien noch sehr eng an die Pflegebedürftigkeit und Krankheit gekoppelt. Das besondere der Familiengesundheitspflege müsse klar definiert werden, um sich von den anderen Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen abgrenzen zu können und eine Diskussion über Zuständigkeiten und Umverteilung der Aufgabenbereiche zu vermeiden.

FamiliengesundheitspflegerIn und Familiengesundheitshebammen keine passenden Berufsbezeichnungen

Der Begriffe „FamiliengesundheitspflegerIn“ und „Familiengesundheitshebamme“ wurden auch von den AnsprechpartnerInnen als nicht passend empfunden, da die Gesundheitserhaltung, Beratung, Begleitung und das Case Management – das Aktive an der Tätigkeit – nicht berücksichtigt würde und die Öffentlichkeit mit dem Begriff nichts anfangen könne. Es bestünde eine fehlende Abgrenzung zur Familienpflege. „Pflegefachkraft für Familiengesundheit“ bzw. „Hebamme für Familiengesundheit“ wurden von Seiten der AnsprechpartnerInnen als passender betrachtet. Zudem müssten die AbsolventInnen nach der Weiterbildung in ihrer zukünftigen Arbeit begleitet werden, um das Ergebnis der Ausbildung in der Praxis evaluieren zu können.

Forcierung der Öffentlichkeitsarbeit und Pflegewissenschaft im Bereich Familiengesundheitspflege

Ähnlich wie die KursleiterInnen forderten die AnsprechpartnerInnen ebenfalls den politischen Dialog als Notwendigkeit für eine erfolgreiche Umsetzung. Berufsverbände, die Pflegewissenschaft und die Stakeholder müssten diesbezüglich eine Linie verfolgen und konzentrierte Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Die Weiterbildungsinstitute könnten lediglich die Werbung auf regio-

naler Ebene durchführen, auf Bundesebene und auf berufspolitischer Ebene fällt die Öffentlichkeitsarbeit in den Kompetenzbereich der Berufsverbände.

Zu wenige InteressentInnen für weitere Ausbildungslehrgänge

Die Weiterbildung in Hessen konnte weitergeführt werden. Für München gab es zu wenige InteressentInnen. Hohe Kursgebühren und die ungewisse Zukunft der Familiengesundheitspflege waren die wesentlichen Gründe dafür. Die Institutionen können die Weiterbildung erst dann regelmäßig anbieten, wenn der Markt den Wert erkennt und somit auch eine ausreichende Nachfrage besteht.

5.2.2.2. Die ersten Erfahrungen im Rahmen der Praxiseinsätze

Großteils Interesse und Unterstützung von Seiten der Institutionen für die Familiengesundheitspflege

Die TeilnehmerInnen wurden von ihren Praktikumsstellen größtenteils unterstützt. Informationen und Anregungen über die Familiengesundheitspflege wurden ausgetauscht. Lediglich eine Teilnehmerin bekam kritische und demotivierende Rückmeldungen von der Praktikumsstelle. Die Ausbildung sei zu teuer und die Chance einer Anstellung sehr gering. Im Rahmen der Praktika konnten die TeilnehmerInnen nicht nur die Theorie in die Praxis umsetzen, sondern auch weitere Kontakte knüpfen. Für einige ergab sich dadurch eine zukünftige Arbeitsstelle (vgl. Eberl et al., 2005, 102-105).

5.2.3. Erste Erfahrungen nach der Ausbildung

Nach der Absolvierung der Ausbildung wurden mittels Einzelinterviews, Familieninterviews und Gruppendiskussionen die AbsolventInnen der Weiterbildung, deren Arbeitgeber und die von den FHN begleiteten Familien über den Verbleib der AbsolventInnen, die Umsetzung der neuen Rollen der FHN innerhalb den deutschen Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen und über das professionelle Handeln der FHN befragt. Zudem konnten bereits die ersten Auswirkungen einer Familiengesundheitspflege aufgezeigt werden. Folgende Ergebnisse (vgl. Eberl et al., 106-116) gingen aus der Befragung der AusbildungsabsolventInnen hervor:

5.2.3.1. Erfahrungen der AbsolventInnen nach der Ausbildung

Fehlende Möglichkeiten in der Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Familiengesundheitspflege

Die AbsolventInnen kritisierten die fehlende Möglichkeit, ihre Leistungen im Rahmen der Familiengesundheitspflege abzurechnen. Hauptsächlich für jene AbsolventInnen, die eine Anstellung bei einem ambulanten Pflegedienst inne haben, war die Abrechnung und Umsetzung ihrer Leistungen sehr schwierig. Sie versuchten ihr neu erworbenes Wissen im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeiten mit einfließen zu lassen. Die Transparenz und klare finanzielle Abgeltung dieser Leistungen war nicht vorhanden. Einigen AbsolventInnen blieb als einzige Möglichkeit, um ihre Leistungen und professionelles Wissen im Rahmen der Familiengesundheitspflege umsetzen zu können, ehrenamtlich in Gemeinden oder Vereinen tätig zu werden. Für die Family Health Nurses wäre eine Gebührenverordnung für ihre Tätigkeiten angebracht, welche im Hebammenwesen in Deutschland bereits existiert und funktioniert.

Primäre Handlungsfelder und Aufgaben im Rahmen der Familiengesundheitspflege

Die AbsolventInnen sahen Gesundheitsförderung, Prävention und Jugendhilfe als wesentliche Handlungsfelder für die Familiengesundheitspflege und forderten eine Einbindung in das Frühwarnsystem. Die Erfahrungen der AbsolventInnen zeigten auch, dass Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb einer Familie erst dann möglich ist, nachdem Akutphasen und Krisen bereits bewältigt wurden und es zu einer Stabilisierung innerhalb der Familien gekommen ist. Zu den wesentlichen Aufgaben der FamiliengesundheitspflegerInnen und –hebammen zählen die Entlastung der Familien (hauptsächlich pflegende Angehörige) in Form von Beratung, Begleitung, Anleitung, informativen Gesprächen, Vernetzungs- und Vermittlungsaufgaben. Dass Family Health Nurses im Rahmen ihrer Tätigkeiten dabei nicht zusätzlich die gesamte Pflege übernehmen können, liegt auf der Hand. Das Vertrauen zu den Familien spielte eine große Rolle, um Sicherheit vermitteln zu können. Die gesellschaftliche Ignoranz, die Familien mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verspürten, führte bei den Familien zu einer zusätzlichen Belastung.

Forcierung der Öffentlichkeitsarbeit und strikte Abtrennung von Familiengesundheitspflege, Familienpflege und Familienhilfe

Es müsse mehr Öffentlichkeitsarbeit und Projekte im Rahmen der Familiengesundheitspflege geben, um Kontakte zu knüpfen, Netzwerke aufzubauen und um die Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens über die konkreten Leistungen und Handlungsfelder von Family Health Nur-

ses in Kenntnis zu setzen. Die AbsolventInnen erachteten es als Notwendigkeit, nach der Beendigung des Modellprojektes weiter zu machen, damit es nicht nur bei einem Modellprojekt bleibt, sondern weiterhin in Richtung einer Etablierung der Familiengesundheitspflege in Deutschland gearbeitet wird. Des Weiteren wird von den Familien und Akteuren im Gesundheitswesen oftmals der Unterschied zwischen Familiengesundheitspflege, Familienpflege¹⁶ und Familienhilfe nicht erkannt und als dasselbe angesehen.

Änderungsvorschläge für die Ausbildung

Insgesamt wurde die Weiterbildung von den AbsolventInnen als eine Bereicherung für ihre berufliche Tätigkeit gesehen. Sie bekamen eine andere Sichtweise für die Familien und das gesamte Gesundheitswesen und haben gelernt, sich von anderen Leistungsanbietern im Gesundheits- und Sozialsektor abzugrenzen. Zudem wurde für das Curriculum mehr Praxisbezug gefordert, um die erlernten Instrumente besser kennen und anwenden zu lernen. Fehlendes sozialrechtliches Wissen, welches immer wieder von den Familien benötigt wurde, sollte mit einer intensiveren Auseinandersetzung mit den Sozialgesetzbüchern während der theoretischen Ausbildung kompensiert werden. Das Case Management sollte, entsprechend den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Care - und Case Management, erweitert und offiziell ausgewiesen werden.

Netzwerkbildung nach der Ausbildung

Die AbsolventInnen von München treffen sich weiterhin regelmäßig zu einer kollegialen Beratung, um Informationen und Erfahrungen auszutauschen und nützen den Verein Familiengesundheitspflege als Plattform für ihre Treffen und Öffentlichkeitsarbeit. Die TeilnehmerInnen in Essen stehen zwar in Telefon- und E-Mail-Kontakt zueinander, konnten allerdings kein direktes Netzwerk aufbauen.

5.2.3.2. Ergebnisse aus den Befragungen der ArbeitgeberInnen

Insgesamt wurden 6 ArbeitgeberInnen über ihre Erfahrungen mit den AbsolventInnen interviewt. Dabei handelte es sich um eine Fachstelle für pflegende Angehörige, eine stationäre Einrichtung und vier ambulante Pflegedienste. Die Finanzierung der Beratungsstelle erfolgt über Fördergel-

¹⁶ Die Familienpflege ist in Deutschland eine eigenständige Ausbildung um Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung ausüben zu können. Die Tätigkeiten umfassen primär Aufgaben der Haushaltsführung, wobei auch sozialpflegerische Kompetenzen und Aufgaben mit der Familienpflege verbunden sind (vgl. Kühnert, 1996, zitiert nach Gehring, 2001, 25).

der. Die ambulanten Pflegedienste finanzieren sich hauptsächlich selbst. In der stationären Einrichtung ist die Familiengesundheitspflege nur als Ehrenamt durchführbar, da die Leistungen nicht abgerechnet werden. Die Ergebnisse aus der Befragung (vgl. Eberl et al., 2008, 116-125) werden an dieser Stelle im Überblick dargestellt:

Notwendigkeit und Finanzierungsprobleme

Die Notwendigkeit der Familiengesundheitspflege wurde von den ArbeitgeberInnen durchaus wahrgenommen. Vor allem der Familienkontext, die Miteinbeziehung und Berücksichtigung der gesamten Familie und nicht nur der pflegebedürftigen Person, wurde als Bereicherung für die Pflege und Betreuung gesehen. Die Finanzierung stellt allerdings eine Hürde für die Einführung dar. Die Leistungen können nicht abgerechnet werden, weil es dafür keine Kostenträger gibt. Die Weiterbildung würde zwar von den Einrichtungen gefördert werden, um unternehmensintern die fachliche Qualifikationen zu erweitern. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist allerdings kein Profit zu machen. Als wesentliche Gründe dafür wurden die fehlende finanzielle Berücksichtigung und der nachhaltige Benefit von Prävention und Qualität genannt. Die Finanzierungsregelung wird als gesundheitspolitische Aufgabe gesehen, deren Zuständigkeit in den Bereich der Kommunen fällt. Zwei ArbeitgeberInnen waren der Ansicht, dass die Finanzierung nicht primär durch die Kassen übernommen werden, sondern ein Stundensatz festgelegt werden sollte. Weitere Überlegungen zur Umsetzung der Finanzierung wurden als notwendig erachtet.

Mögliche Arbeitsfelder für die Familiengesundheitspflege

Die Arbeitsfelder der Familiengesundheitspflege wurden hauptsächlich in der Beratung, Anleitung, Schulung (im Umgang mit spezifischen Krankheiten, etc.), Pflegeüberleitung und Begleitung als Angebotserweiterung im Bereich der häuslichen Pflege gesehen, sowie bei Fragen bzgl. der Einstufung des Betreuungsgeldes im Rahmen der Pflegeversicherung. Vor allem bei einer Pflegebedürftigkeit von Kindern könnte die FHN eine wesentliche Rolle einnehmen. Im Setting „Schule“ und „Kindergarten“ wären die Leistungen einer FHN ebenfalls vorstellbar. Die ambulanten Pflegedienste sahen in der Pflegeüberleitung, aufgrund existierender mangelnder Kommunikation, Kooperation und Vernetzung der Leistungsanbieter, eine wesentliche Aufgabe der Familiengesundheitspflege.

Vorschläge für Curriculumsänderungen

Beratung, hauptsächlich in Bezug auf sozialrechtliche Angelegenheiten wie Pflegeversicherung, Behinderung und Hilfe zur Pflege, Case Management, Kommunikation und der Umgang mit

spezifischen Krankheitsbilder wie Demenz, sollten im Curriculum forciert bzw. ausgebaut werden, um den Bedarf der Familien gerecht zu werden. Pädagogische Elemente, Ethik und eine vermehrte Reflexion würden vor allem im Rahmen der Pflegebedürftigkeit eines Kindes weiterhelfen. Vom Begriff der Gemeindeschwester wurde abgeraten. Dieser Begriff sei geschichtlich zu negativ besetzt und man könnte die Arbeit der FHN als Spionage empfinden. Transparenz, was Familiengesundheitspflege eigentlich ist, wird als Notwendigkeit angesehen.

Berufliche Abgrenzung und die häusliche Pflege als Feldzugang

Die berufliche Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen wird laut den ArbeitgeberInnen für eine erfolgreiche Umsetzung notwendig sein, um Transparenz und eine klare Aufgabenzuordnung gewährleisten zu können. Die ArbeitgeberInnen der ambulanten Pflegedienste sahen die häusliche Pflege als einen sehr guten Zugangsweg. Es wäre auch durchaus denkbar, ihre MitarbeiterInnen eine Weiterbildung im Rahmen der Familiengesundheitspflege zu ermöglichen, da sie den Bedarf und die Notwendigkeit durchaus wahrnehmen. Allerdings nur dann, wenn es eine Finanzierungslösung gibt.

5.2.4. Erste Erfahrungen der Familien

Jene Familien, die von Family Health Nurses im Rahmen ihrer Ausbildung begleitet wurden, wurden über ihre Erfahrungen mit der neuen Betreuungsform befragt. Bei den Familien handelte es sich um zwei Familien mit einem pflegebedürftigen Kind, eine alleinerziehende Mutter, eine Familie mit einer Risikoschwangerschaft, eine sozial schwache Familie, drei Familien mit einem an Demenz erkrankten Familienmitglied und eine Familie mit einer pflegebedürftigen Großmutter, bei der während der Begleitung auch Demenz diagnostiziert wurde (vgl. Eberl et al., 2008, 126-130).

Die wesentlichen Erfahrungen der Familien, einerseits mit der Pflege und Versorgung vor der Betreuung und Begleitung durch Family Health Nurses (vgl. Eberl et al., 2008, 130-137) und andererseits die Erfahrungen der Familien mit den Family Health Nurses (vgl. Eberl et al., 2008, 137-156) werden nachfolgend vorgestellt:

5.2.4.1. Erfahrungen der Familien mit Pflege und Betreuung vor Begleitung durch die FHN

Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien

Alle Familien haben sich im Laufe der Zeit ihre individuellen Bewältigungsstrategien angeeignet, um mit ihrer Situation zurecht zu kommen. Diese reichen von Alltagsritualen und Regeln, stärkerem Zusammenhalt innerhalb der Familie, Beibehaltung eines möglichst normalen Alltags bis hin zur Akzeptanz der Situation.

Grenzen werden erreicht, man vergisst auf sich selbst

Im Rahmen der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes kam es bei den Befragten immer wieder zu Verzweiflung und Überforderung, hauptsächlich von Seiten der Hauptpflegepersonen (pflegende Angehörige). Die restlichen Familienmitglieder, allen voran die Kinder, wurden aufgrund der fehlenden Zeit vernachlässigt, was bei den Eltern zu Gewissensbisse führte. Zudem wurde eine notwenige Gebundenheit an zu Hause beschrieben. Es musste immer jemand anwesend bzw. zu Hause sein, gemeinsame familiäre Aktivitäten wurden hinten angestellt. Überlegungen einer vorübergehenden Kurzzeitpflege blieben, aus Rücksicht auf die pflegebedürftige Person, lediglich Überlegungen. Die eigenen Interessen, Wünsche und Vorstellungen verloren an Bedeutung und waren oftmals nicht mehr umzusetzen.

Familienzusammenhalt als Grundvoraussetzung für die Situationsbewältigung

Der Familienzusammenhalt wurde von den Familien als Grundvoraussetzung für die Bewältigung der Anforderungen beschrieben. Die gesamte Familie, auch die Kinder, waren in die Pflege und Versorgung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes involviert. Jedes Familienmitglied hatte eine Rolle und die damit verbundenen Aufgaben zu erledigen, welche im Vorfeld besprochen wurden. Dadurch wurde die Hauptpflegeperson entlastet.

Der Aufwand wird von Außenstehenden unterschätzt

Vor allem die Hauptpflegepersonen bekundeten, dass sie über die innerfamiliäre Situation, Belastungen, Sorgen, Spannungen und Konflikte mit keiner außenstehenden Person reden konnten. Diese würden lediglich die getane Arbeit sehen und keine Vorstellungen davon haben, welcher Aufwand tatsächlich mit der Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen verbunden ist.

Soziale Kontakte gehen verloren

Die Familien beschrieben unterschiedliche Gründe für den Verlust der sozialen Kontakte. Fehlende Kraft für die Aufrechterhaltung von Freundschaften, Unverständnis von Außenstehenden und Schamgefühl bzgl. der eigenen Situation wurden für die soziale Isolation verantwortlich gemacht.

Fehlende Vernetzung und Information der Leistungsanbieter

Die Familien bekundeten eine fehlende Vernetzung der in der Familie tätigen Akteure. Vor allem bei Familien mit pflegebedürftigen Kindern, wo mehrere Leistungsanbieter in der Familie tätig waren, wurde die fehlende Vernetzung untereinander kritisiert. Der Tagesablauf wird von den Hilfsdiensten mitbestimmt, was vor allem die Hauptpflegepersonen in Zeitdruck versetzt. Die Familie wurde nicht als Ganzes wahrgenommen, sondern lediglich das kranke Familienmitglied. Es kam zu keinem Austausch zwischen den Hilfsdiensten und der restlichen Familie, allen voran der Hauptpflegeperson. Die Auswirkungen auf den Rest der Familie wurden ignoriert. Die Notwendigkeit, sich mit den Hilfsdiensten zu arrangieren und ihnen gewisse Arbeiten zu übertragen, wurde als wesentlich angesehen, um einer Überforderung vorzubeugen. Trotz der Inanspruchnahme von Hilfsdiensten bestand bei den Familien ein enormer Beratungs- und Informationsbedarf, was ein eindeutiges Indiz dafür ist, dass die bereits agierenden Leistungsanbieter diese Form von Hilfe den Familien nicht gaben. Gewünschte Informationen wurden größtenteils in Eigenregie eingeholt und oftmals nur per Zufall entdeckt. Die HausärztInnen sind hierfür eine wesentliche Informationsquelle. Allerdings wurden mit diesen unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Teilweise wurden ihre Informationen als sehr hilfreich angesehen. Andere Familien kritisierten ihre Kompetenz und ihr Wissen in „pflegerische Belange“ und stellten in Frage, ob die HausärztInnen die richtigen Ansprechpersonen für solche Informationen seien. Zudem wurde von manchen Familien, aufgrund negativer Erfahrungen, die Kompetenz von Gesundheits- und Sozialämtern in Frage gestellt.

5.2.4.2. Erfahrungen der Familien mit den Family Health Nurses

Respektierte Vertrauensperson und Aufbau einer persönlichen Beziehung

Für die Familien stellte die FHN eine Vertrauensperson dar, der sie alles erzählen konnten. Das Vertrauen führte bei einigen Familien zum Aufbau einer persönlichen Beziehung, was meistens als angenehm empfunden wurde. Andererseits wurde auf die Gefahr einer zu innigen Beziehung

und den damit verbundenen möglichen emotionalen Konsequenzen nach Beendigung der Zusammenarbeit hingewiesen.

Informations- und RatschlaggeberIn

Für die Familien war es wichtig, von den Family Health Nurses Tipps und Ratschläge zur besseren Alltagsbewältigung zu bekommen. Vor allem die Hauptpflegepersonen profitierten davon, da sie aufgrund von Zeitmangel nichts Neues ausprobieren konnten, obwohl sie es eigentlich wollten. Die FHN gab ihnen diesbezüglich die nötigen Anregungen. Einige Familien sahen in der FHN die primäre Ansprechperson für mögliche Ideen ihrerseits im Rahmen der Pflege und Betreuung ihres Familienmitgliedes.

Kompetente Ansprechperson, welche die Familiensituation kennt

Die FHN stellte für die Familien eine kompetente Ansprechperson dar, mit der man über die Familiensituation sprechen konnte, ohne dass man bei jedem Gespräch alles von vorne erzählen musste. Vor allem die Hauptpflegepersonen vertrauten oftmals weniger nahe stehenden Personen mehr als den eigenen Familienmitgliedern, da diese (FHN) die Kompetenzen und das nötige Wissen über die Situation haben. Diese Distanz wurde sehr geschätzt. Die Empathie von Seiten der FHN wurde als positiv empfunden, sowie die Tatsache, dass das Interesse nicht nur dem pflegebedürftigen Familienmitglied entgegen gebracht wurde, sondern auch der restlichen Familie, hauptsächlich den Hauptpflegepersonen. Die regelmäßigen Hausbesuche (zumeist wöchentlich), sowie die Möglichkeit, im Zuge dessen über die Familiensituation ohne Zeitdruck zu sprechen, wurden als äußerst positiv empfunden, bei gleichzeitiger Kritik an die ambulanten Pflegedienste, wo diese Möglichkeit de facto nicht bestand. Die Family Health Nurses fungierten als ModeratorInnen bei Familiengesprächen und konnten so gezielt potentielle wahrgenommene Probleme ansprechen, die ansonsten womöglich nie zur Sprache gekommen wären. Alleine die Tatsache, dass es bei möglichen auftretenden Problemen eine konkrete Ansprechperson gab, vermittelte den Familien sehr viel Sicherheit. Vor allem bei Familien mit pflegebedürftigen Kindern wurde die fachliche Kompetenz der FHN sehr befürwortet. Für die Familien waren die von der FHN vor Beginn ihrer Tätigkeit durchgeführten Familienkonferenzen eine große Bereicherung. Hierbei konnten alle Beteiligten ihre Sicht der Dinge darlegen und eine optimale Pflege und Betreuung geplant werden. Zudem wurde mit den benötigten Hilfsdiensten vor Betreuungsbeginn ein Hilfeplangespräch durchgeführt, um die nötige Pflege und Betreuung untereinander optimal abzustimmen. Das und die Vermittlung von Hilfsdiensten durch die FHN wurde von den Familien als große Hilfe empfunden.

MotivatorInnen und MutmacherInnen

Die Familien erfuhren durch die FHN Motivation und Bestärkung in dem was sie leisten. Das gab ihnen Mut, die Erkenntnis auf dem richtigen Weg zu sein und die nötige Stärke, weiter zu machen. Des Weiteren bekundeten die Familien durch diese Motivation besser mit ihren Ängsten und Sorgen umgehen gelernt zu haben.

Bedarfsorientierte und jederzeit erreichbare HelferInnen

Für die Familien war das Angebot der aufsuchenden Hilfe, das sich nach dem Bedarf und der Zeit der Familien richtet, und das Wissen, die FHN jederzeit kontaktieren zu können, eine wesentliche Unterstützung und Entlastung. Das Kennen der Familiensituation und die regelmäßigen Hausbesuche, um zu sehen ob alles in Ordnung ist, wurden von den Familien sehr geschätzt.

BeraterInnen und InformationsgeberInnen

Für die Familien stellte die Beratung und Information durch die FHN im Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, einer richtigen Ernährung, einer adäquaten Alltagsstrukturierung- und -bewältigung, sowie das Aufzeigen möglicher Alternativen bei schwierigen Entscheidungen eine große Bereicherung dar.

Vermittlung von Hilfen und Vermittlung innerhalb der Familie

Bei den Familien bestand fehlendes Wissen über mögliche Hilfsmittel, Entlastungsangebote, Therapiemöglichkeiten, etc. Die FHN fungierte diesbezüglich als VermittlerIn und sorgte dafür, dass die Familien die nötigen Informationen und Hilfsmittel bekamen. Des Weiteren intervenierte sie bei Spannungen und Konflikten innerhalb der Familie als Vermittlungsperson und sorgte dafür, dass die Probleme innerhalb der Familie besprochen wurden und gemeinsam an einer Lösungsfindung gearbeitet wurde.

Unterstützung bei Behörden- und Amtswegen

Die Familien empfanden es als sehr große Hilfe, dass sie von der FHN bei den Behörden- und Amtsgängen unterstützt wurden. Einige Familien hatten aufgrund negativer Erfahrungen in der Vergangenheit bereits Angst, die Ämter und Behörden wegen erneuter Hilfe zu kontaktieren. Die FHN unterstützte sie bei diesem Vorhaben und half ihnen, die ihnen zustehenden finanziellen und sonstigen Hilfen zu bekommen.

Wertschätzung und Befürwortung der Familiengesundheitspflege

Für die Familien stellen Family Health Nurses eine wesentliche Hilfe und Entlastung dar, um mit der familiären Situation zu Recht zu kommen. Sie befürworteten den Ausbau dieses Angebotes, damit noch mehr Familien davon profitieren können. Zudem forderten sie, dass die Ausbildung vom Staat mehr unterstützt werden soll, da es dem Wohl der Familien zu Gute kommt.

5.2.5. Erste Effekte und Auswirkungen durch die Begleitung der Familien

In den Familien mit demenzkranken Familienmitgliedern konnte durch die Unterstützung der FHN die Pflege und Betreuung zu Hause weiter gewährleistet werden, da die Hauptpflegepersonen dementsprechend unterstützt, beraten und entlastet wurden. Des Weiteren konnte eine Familie mit einem pflegebedürftigen Kind den drohenden Sorgerechtsentzug vermeiden. Durch die Hilfe der FHN sah das Gericht davon ab, mit der Bedingung, weiterhin die Hilfe der FHN in Anspruch zu nehmen. Die FHN sorgte innerhalb der Familien zur Stabilisierung der Familiensituation. Dadurch bekamen die Familienmitglieder wieder die nötige Kraft und Zeit zum Durchatmen und konnten auch wieder an sich selbst und den Rest der Familie denken und Zukunftspläne schmieden. Die Familien, allen voran die Hauptpflegepersonen, konnten, aufgrund der Unterstützung der FHN, das Umgehen mit der Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit ihres Familienmitgliedes weitgehend professionalisieren, waren mitunter nicht mehr auf ambulante Hilfsdienste angewiesen, lernten als Ganzes (gesamte Familie) mit der Situation besser umzugehen und notwendige Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der dadurch neu gewonnene Freiraum und bessere Umgang mit der Familiensituation führten dazu, dass einige Hauptpflegepersonen wieder ihrer Berufsausübung (zumindest Teilzeit) nachgehen konnten (vgl. Eberl et al., 2008, 156-159).

Der derzeitige Standpunkt und die relevanten Ergebnisse des Pilotprojektes im Rahmen der Umsetzung der Familiengesundheitspflege in Deutschland wurden in diesem Kapitel dargelegt. Sie dienen als wesentliche Orientierung für die Umsetzung in Österreich. Das nächste Kapitel soll Aufschluss darüber geben, inwieweit die Familiengesundheitspflege hierzulande bereits Anklang, Zustimmung und Umsetzung findet.

6. Familiengesundheitspflege in Österreich

In diesem Kapitel wird zu Beginn auf die Notwendigkeit der Familiengesundheitspflege in Österreich eingegangen. Anschließend werden die aktuellen nationalen Bestrebungen bzgl. einer möglichen Implementierung, sowie die bereits getanen Schritte (österreichisches Curriculum) für eine Umsetzung der Familiengesundheitspflege erläutert.

6.1. Zur Notwendigkeit einer Familiengesundheitspflege in Österreich

In Österreich trachten die älteren Menschen danach, weitgehend ein unabhängiges und selbstständiges Leben zu führen. Rund 400.000 ÖsterreicherInnen sind PflegegeldbezieherInnen. Von diesen 400.000 Menschen sind ca. 86,5 % über 70 Jahre alt. 330.000 PflegegeldbezieherInnen leben zu Hause. Die Anzahl der gesamten hilfs- und pflegebedürftigen Menschen beträgt sogar rund 540.000. Die wesentliche Frage ist, wie man diese Zielgruppe erreicht und hilft? Die häusliche Pflege und Betreuung als eine der wenigen Dienste, die regelmäßig ins „zu Hause“ der älteren Menschen kommt und akzeptiert wird, nimmt in der Beantwortung dieser Frage eine Schlüsselposition ein. Allerdings kann die Pflege diesen Erwartungen nur dann gerecht werden, wenn Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Case Management, Anleitung, Informationen, Beratung und Hilfe bei der Alltagsbewältigung von Menschen mit chronischer Erkrankung in Österreich in Zukunft einen höheren Stellenwert (gesellschaftlich und politisch) einnehmen. Zudem sind Gesundheit und Krankheit kontextspezifische Phänomene, innerhalb derer die Familie als soziale Einheit von wesentlicher Bedeutung ist. Ein Krankheitserleben ist ein geteiltes Erleben und das Kranksein verändert die Bedürfnisse, die der Kranke an die Familie hat. Das kann wiederum zu neuen Bedürfnissen innerhalb der Familien führen. Die Familie ist oftmals primärer Hilfsapparat bei einer Krankheit eines Familienmitgliedes. Sie beeinflusst dadurch den Prozess und die Ergebnisse der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Außerdem werden das Gesundheitsverhalten, -einstellungen und -entscheidungen von der Familie stark beeinflusst (vgl. Wild, 2008, 2-9).

Die demographischen Entwicklungen verdeutlichen, dass die mobile Pflege in Österreich in Zukunft immer wichtiger werden wird. VertreterInnen des Sektors mobile Pflege warnen bereits vor einer rapiden Zunahme von alten bis sehr alten Menschen in den nächsten Jahren, sowie vor nachlassenden bzw. fehlenden Betreuungskapazitäten des informellen Sektors. Dazu zählen vor

allem Angehörige und private soziale Netze. Ein erheblicher Mehrbedarf an professioneller mobiler Pflege wird daher in Zukunft unabdingbar sein (vgl. LBIMGS¹⁷, 2005, 7).

Die VerfasserInnen des Berichtes „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ sehen, um den zukünftigen Bedarf in der mobilen Pflege zu decken bzw. zu professionalisieren, interprofessionelle mobile Teams als eine mögliche Lösung. Primary Nursing, unter anderem inkludiert mit ExpertInnen aus dem Bereich des Family Health Nursing, wird diesbezüglich als Lösungsalternative genannt (vgl. LBIMGS, 2005, 41).

Die Spezialisierung der mobilen Dienste, um einerseits zielgruppenorientiert arbeiten zu können und andererseits die Qualität der Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich zu steigern, ist demnach eine Grundvoraussetzung, um die notwendigen Strukturen und Interdisziplinarität für Primary Nursing zu schaffen. Die FHN, als ExpertIn in der Pflege und Betreuung von Familien, bildet einen Teil des interprofessionellen Teams. Sie kann dadurch wesentlich zur Qualitätssteigerung in der Pflege und Betreuung im ambulanten Bereich beitragen.

All das sind wesentliche Punkte, die die Notwendigkeit einer professionellen Familiengesundheitspflege in Österreich aufzeigen.

6.2. Status Quo und nationale Bestrebungen bzgl. einer Umsetzung

Im Oktober 2008 veröffentlichte das Rote Kreuz eine „To Do-Liste für Österreich“. Der Inhalt der To Do-Liste beschäftigt sich mit Anliegen und Vorschlägen für die Bereiche Migration und Integration, Freiwilligkeit und Zivilgesellschaft, Blutspendewesen, internationale Hilfe, Kinder und Jugendliche und **Pflege und Betreuung**. Ziel dieser To Do-Liste ist es, notwendige Handlungsfelder für die zukünftige Regierung aufzuzeigen. Die Liste wurde deshalb auch allen Klubobmännern und Verhandlungsmitgliedern des Regierungsbildungsteams ausgehändigt. In diesem Katalog wird auf die Notwendigkeit der familiären/informellen Pflege hingewiesen. Es wird die Einführung der Familiengesundheitspflege in Österreich gefordert mit der Begründung, dass man durch die Konzentration auf Gesundheitsförderung und Prävention in Familien und in Bevölkerungsgruppen, beispielsweise in Gemeinden, die Miteinbeziehung des zivilgesellschaftlichen Engagements und die Förderung und Stärkung des Pflegepotentials einer Familie einen wesentlichen Beitrag zur langfristigen Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Pflegewesens leisten kann.

¹⁷ LBIMGS – Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie

Das WHO Konzept der Family Health Nurse wurde hierfür als Lösung angegeben (vgl. Rotes Kreuz Österreich, 2008, 16).

Da diese Forderungen nicht unmittelbar sofort umsetzbar sind, wurden die dringlichsten Anliegen in einem Dokument mit dem Titel „Sieben Seiten für Österreich“ zusammengefasst. Ein wesentlicher inhaltlicher Bestandteil dieses Dokuments betrifft abermals die Forderung der Implementierung der Familiengesundheitspflege in Österreich (vgl. Rotes Kreuz Österreich, 2008, 4).

Am 23. November 2008 erschien das Regierungsprogramm für die 24. Gesetzgebungsperiode 2008 – 2013. Im Rahmen des Themenschwerpunktes Soziales und Gesundheit wird im Kapitel Pflege und Betreuung unter der Unterschrift Qualität und Standards folgendes verlautbart:

„Die Bundesregierung verfolgt gemeinsam mit den Ländern und Gemeinden das Ziel, bestehende Betreuungslücken (z. B. Verfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen oder Tagesangeboten, ambulante Wochenend- und Nachtdienste) zu schließen. Es sollen neue Formen der sozialen Diagnostik zum Wohl der Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und der Fördergeber im Sinne der Verbesserung der Betreuungsqualität angewandt werden (soziale Diagnostik, family conference, Netzwerkkarte, family health nurse u. a.). Case- und CaremanagerInnen sollen die Führung, Beratung und Begleitung der Pflegebedürftigen anbieten.“ (Österreichische Bundesregierung, 2008, 170)

Laut Wild (2007, 23) bedarf es zur Umsetzung einer Familiengesundheitspflege in Österreich neben der Etablierung einer universitären Ausbildung zusätzlich, dass die Tätigkeiten und Aufgaben der Familiengesundheitspflege in den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen strukturell verankert und finanziell abgegolten werden. Der erste Schritt sollte demnach die Etablierung der Familiengesundheitspflege in der Ausbildung sein und zwar auf akademischem Niveau an Universitäten bzw. als Universitätslehrgänge an anderen Ausbildungseinrichtungen.

Die konkreten Forderungen des Roten Kreuz Österreich für die Umsetzung einer Familiengesundheitspflege in Österreich an die Politik sind folgende (vgl. Wild, 2008, 13):

- Anerkennung der Familiengesundheitspflege als Sonderausbildung
- Ausbildung auf universitärer Ebene

- Finanzielle Förderungen für die Ausbildungskosten
- Implementierung der Familiengesundheitspflege in die Strukturstandards der Länder
- Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften bei Gemeinden und Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
- Finanzielle Abgeltung der pflegerischen Tätigkeiten im Bereich der Familiengesundheitspflege

Das österreichische Rote Kreuz hat, in Zusammenarbeit mit dem österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, dem Gesundheitsministerium und dem Land Steiermark, hierfür bereits sehr viel Vorarbeit geleistet. Es wurde, basierend auf dem WHO Konzept der Family Health Nurse, ein Curriculum zur Ausbildung der Familiengesundheitspflege in Österreich entwickelt. Die Aufgabengebiete der Family Health Nurse sind eine Erweiterung der derzeitigen Aufgabenbereiche in der häuslichen Pflege und Betreuung. Vor allem Gesundheitsförderung und Prävention sind wesentliche Aufgabengebiete. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit speziellen Zusatzqualifikationen sorgen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich für die Koordinierung und Versorgung im kurativen und präventiven Handlungsbereich. Das Family Health Nurse Konzept soll zur einer besseren und leistbareren Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beitragen (vgl. ohne Autor, 2008, 10).

Die Weiterbildung wird derzeit lediglich Rot-Kreuz-intern angeboten. Eine Bestrebung anderer Institutionen, die Familiengesundheitspflege in ihre Angebotspalette aufzunehmen, war aus der recherchierten Literatur nicht ersichtlich.

6.3. Die österreichische Ausbildung und das Curriculum der Familiengesundheitspflege

Die Ausbildung und das Curriculum basiert, wie in Deutschland, auf dem WHO Konzept der Family Health Nurse. Die Grundannahmen der adaptierten österreichischen Ausbildung und der Curriculumsinhalt werden nun näher behandelt.

6.3.1. Grundannahmen zur Ausbildung der Familiengesundheitspflege in Österreich

Die Ausbildung der Familiengesundheitspflege in Österreich beruht laut Wild (2008, 10) auf drei zentralen Aspekten des WHO Konzeptes der Family Health Nurse:

- Verlagerung des Pflegeansatzes auf eine höhere Systemebene
- Förderung der Gesundheit aller Beteiligten (der gesamten Familie)
- Schwerpunkt liegt bei der häuslichen Pflege

Zur Erfüllung dieser drei Aspekte bedarf es eines modifizierten Pflegeansatzes. Derzeit liegt eine Tätigkeitsorientierung vor, bei der die pflegebedürftige Person der Pflegeleistungsempfänger ist und die (pflegenden) Angehörigen lediglich Randfiguren darstellen. Die pflegerische Leistungserbringung ist demnach auf Einzelpersonen fokussiert. Der Pflegeansatz der Familiengesundheitspflege ist interaktionsorientiert und sieht die PatientInnen als Teil eines Gesamtsystems. Das Gesamtsystem (PatientIn inklusive Familie und Umfeld) ist der Adressat der pflegerischen Leistungserbringung. Der Fokus liegt hierbei auf dem Bezugssystem (vgl. Wild, 2008, 11).

Je nachdem, inwieweit das Bezugssystem wahrgenommen wird bzw. vorhanden ist, lassen sich laut Wild (2008, 12) drei unterschiedliche Ebenen des Familiengesundheitspflegeansatzes identifizieren:

- Ebene 1 – Der/die PatientIn wird im Kontext der Familie wahrgenommen
- Ebene 2 – Die Pflegekraft bezieht einen oder mehrere Familienmitglieder in die Pflege und Betreuung mit ein
- Ebene 3 – Der Fokus der Pflegekraft liegt auf der Familie als dynamische, interagierende Einheit. Die Familie ist das Ziel der pflegerischen Intervention

Für die Pflege zu Hause in Österreich bedeutet das eine Erweiterung des Handlungsfeldes. Präventive Hausbesuche, um Gesundheitsförderung in die direkte PatientInnenpflege mit einzubringen, Übernahme von Case und Care Managementaufgaben, Identifizierung des Pflege- und Betreuungsbedarfs für eine Region bzw. für eine bestimmte Zielgruppe sind wesentliche Erweiterungen des Handlungsfeldes und primäre Aufgaben der Familiengesundheitspflege (vgl. Wild, 2008, 18-19).

Wie die zukünftigen Pflegekräfte das notwendige zusätzliche Wissen und die benötigten Fähigkeiten zur Ausübung der Familiengesundheitspflege in Österreich vermittelt bekommen und welche theoretischen Schwerpunkte die Ausbildung beinhaltet, darüber soll das nächste Kapitel Auskunft geben.

6.3.2. Das österreichische Curriculum der Familiengesundheitspflege

Das österreichische Curriculum ist inhaltlich annähernd kongruent mit dem deutschen Curriculum, lediglich mit dem Unterschied, dass in Österreich die Ausbildung nicht in Modulen abläuft, sondern in drei Lehrgängen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunktkompetenzen. Nennenswert ist, dass für jeden Lehrgang bereits potentielle Einsatzfelder (ähnlich den Handlungsszenarien in Deutschland) identifiziert wurden, die unter anderem den AusbildungsteilnehmerInnen als berufliche Orientierung dienen sollen. Bei den Lehrgängen handelt es sich um „Case- und Care Management im Kontext familiärer Pflege“, „Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung“ und um „Familiengesundheitspflege“. Die drei Lehrgänge bauen zum Teil aufeinander auf, können aber auch unabhängig von einander absolviert werden. Die wesentlichen Inhalte der einzelnen Lehrgänge werden in der nachfolgenden Tabelle übersichtlich dargestellt:

Lehrgang 1: Case - und Care Management im Kontext familiärer Pflege (30 ECTS)	
Schwerpunktkompetenzen	Information, Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen, Gestaltung individueller Pflegearrangements, Sicherung der Betreuungskontinuität durch Case - und Care Management
Potentielle Einsatzfelder	mobile Pflege und Betreuung, niedergelassene ÄrztInnen, Beratungsstellen bei Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Spitäler (Entlassungsmanagement), stationäre Pflegeeinrichtungen (Angehörigenarbeit)
Lernfelder	Familie als System, Assessment, sozialkommunikative Kompetenz, Konzepte und Methoden des Case - und Care Managements, Ressourcenmanagement, Qualitätsmanagement, Bewältigungsstrategien, Wissenschaft und Forschung, Praktikum und Abschlussarbeit
Lehrgang 2: Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung (30 ECTS)	
Schwerpunktkompetenzen	Ressourcenorientierung und Stärkung der Selbst- und Bewältigungskompetenzen, Gesundheitsförderungsprojekte, Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung von Kindern und Jugendlichen
Potentielle Einsatzfelder	direkte Pflege und Betreuung unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, Entwicklung und Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten in verschiedenen Settings, öffentliches Gesundheitswesen, z.B. an Gemeinden, Schulen, Beratungsstellen bei Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, etc.
Lernfelder	Public Health Konzepte, gesetzliches, wissenschaftliches und administratives Umfeld von Public Health, Human- und Sozialwissenschaften in Public Health, Gesundheitsbedarfsermittlung/Epidemiologie, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, Pflege und Public Health, Praktikum

Lehrgang 3: Familiengesundheitspflege (Variante 1 30 ECTS; Variante 2 60 ECTS)	
Schwerpunktkompetenzen	Die Familie wird als systematische Einheit gesehen, mit der gearbeitet wird, Assessmentmethoden, Tools und Interventionsmethoden
Einsatzfelder	Familiengesundheitspflege als eigene Leistung in der häuslichen Pflege und Betreuung, Beratungsstellen, Spitäler (zur Beratung und Begleitung von Familien in schwierigen Lebenssituationen), stationäre Langzeitpflegeeinrichtungen, niedergelassene ÄrztInnen, etc.
Lernfelder	Familie als System, Lebensphasen und –muster, Phasen und Methoden der Familiengesundheitspflege, Funktion und Rollenverständnis der FamiliengesundheitspflegerInnen, Arbeit mit Gemeinschaften und spezifischen Bevölkerungsgruppen, Wissenschaft und Forschung, Praktikum

(vgl. Wild, 2008, 21-27; eigene Darstellung)

Die theoretische Auseinandersetzung mit den Themen Familie und ihre Bedeutung für die Pflege zu Hause, Family Health Nursing, dem WHO Konzept der FHN und der adaptierten Form der Familiengesundheitspflege in Deutschland und Österreich ist an dieser Stelle abgeschlossen. Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist es weiters notwendig, die extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft von Österreich, dem Bezirk Steyr-Land und im Speziellen der Gemeinde Großraming näher zu analysieren. Die Teilkapitel 7 und 8 sollen diesbezüglich Aufschluss geben.

7. Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich in Österreich

In diesem Kapitel soll der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich in Österreich analysiert werden. Im Speziellen werden ein historischer Rückblick, die Organisation (Länderspezifität, Berufsgruppen, rechtliche Rahmenbedingungen, Pflegeorganisationssysteme, Finanzierung), aktuelle Daten, Fakten und Probleme in der extramuralen Pflege, sowie mögliche Lösungsvorschläge für die angesprochenen Probleme behandelt.

7.1. Historischer Rückblick

Die Darstellung einer spezifischen österreichischen Pflegegeschichte ist schwierig. Grund dafür sind die wechselnden Landesgrenzen der ehemaligen Donauraupublik in den letzten Jahrhunderten. Je nach Betrachtungszeitpunkt ist die österreichische Pflegegeschichte unter Zugrundelegung der heutigen Landesgrenzen auch tschechische, ungarische, slowakische, polnische oder deutsche Pflegegeschichte (vgl. Steppe, 1996, 18).

Um die Geschichte des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches in Österreich aufzeigen zu können, ist der Geschichte der Hauskrankenpflege auf den Grund zu gehen.

Die Pflege zu Hause (Hauskrankenpflege) wird weit verbreitet als die Urform der Pflege kranker Menschen angesehen, weil in Gesellschaften, unabhängig von kulturellem, politischem oder religiösem Verständnis, nach wie vor die Meinung besteht, dass pflegebedürftige Menschen primär durch ihre Angehörigen unterstützt und betreut werden sollen. Die Bereitschaft, pflegebedürftige Familienmitglieder zu betreuen, ist in den ländlichen Teilen von Österreich wesentlich größer als in den Städten. Dementsprechend unterschiedlich sind auch die Hauskrankenpflegeangebote. In den 1970er Jahren gehörte in England, Holland oder der Schweiz die professionelle Pflege zu Hause bereits zum fixen Bestandteil des Gesundheits- und Sozialsystems. Die Sozialversicherungsträger in Österreich konnten im Jahr 1975 noch keinen (finanziellen) Vorteil einer professionellen Hauskrankenpflege in Österreich erkennen. Auch die nationalen Berufsverbände und Ausbildungsanbieter für Führungskräfte in der Pflege sahen zu dieser Zeit noch keinen zusätzlichen Bedarf für professionelle Hauskrankenpflege im extramuralen Bereich. Die 1980er Jahre waren für die Hauskrankenpflege in Österreich von großer Bedeutung. Es wurde der Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) eingerichtet, der die finanziellen Mittel zur Erweiterung der extramuralen Betreuungsdienste zu Verfügung stellte. Hierbei handelte es sich um Bundesmittel, die von den einzelnen Ländern unterschiedlich genutzt werden konnten. Vor allem das Rote Kreuz und die Caritas ergriffen zu Beginn die Initiative für die Verbesserung der Pflege zu Hause. Die Hauskrankenpflege wurde als freiwillige „Kann-Leistung“ in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aufgenommen. 1988 veröffentlichte das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) die erste aussagekräftige Studie zum damaligen Status Quo der Hauskrankenpflege in Österreich (vgl. Ertl et al., 2001, 9-10).

Zahlreiche Modellversuche von Privatorganisationen schafften es zwar sich dauerhaft als reguläre Dienstleistung zu halten, aber ohne jegliche langfristige Finanzierungskonzepte. Sie waren auf Spenden, Subventionen und Kostenbeiträge von KlientInnen angewiesen und arbeiteten in gewisser Weise wie Vereine. Es fehlte zu dieser Zeit noch an formaler, öffentlicher und politischer Unterstützung und Anerkennung für die Hauskrankenpflege. Zur gleichen Zeit änderten sich auch das Verhalten der pflegebedürftigen Menschen und ihre Erwartungen an die Pflege. Das Verbringen des letzten Lebensabschnittes in Krankenhäusern, Pflege- oder Altenwohnheimen wurde nur dann als Alternative gewählt, wenn keine andere Möglichkeit mehr existierte. Der Verbleib in den eigenen vier Wänden war und ist auch nach wie vor ein wesentliches Be-

dürfnis der pflegebedürftigen Menschen. Das steigende Einkommensniveau, bessere Wohnungen und die ersten familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangebote (Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfe, etc.) machten es auch für viele Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen möglich, diese weiterhin zu Hause zu behalten. Den damaligen extramuralen Leistungsanbietern wurde dadurch bewusst, dass für ein adäquates (fachlich kompetent, wirtschaftlich und organisatorisch durchführbar) Angebot der Dienstleistung Hauskrankenpflege die normale Pflegeausbildung und ein durchschnittliches Managementwissen über den entsprechenden Wirtschaftsbereich nicht ausreichen. Es entwickelten sich die ersten Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegepersonen. Die Bildungsangebote im Bereich des Sozialmanagements erfuhren ebenfalls eine Erweiterung. Den wirklichen Durchbruch schaffte die Hauskrankenpflege allerdings erst in den 1990er Jahren. Die Kostenexplosion des stationären Bereiches (hauptsächlich Spitäler) war politisch nicht mehr zu rechtfertigen. Die längst überfällige Aufteilung der Leistungen zwischen Medizin, Therapie und Pflege wurde vollzogen. Eine klare Zuordnung der Kostenträger war nun möglich und schaffte wesentlich mehr Transparenz. In der Hauskrankenpflege sah man die Möglichkeit, Menschen nun früher als bisher aus dem Krankenhaus zu entlassen. Die Kostenreduktion hatte oberste Priorität. Die Krankenhäuser sollten sich rein auf ihren medizinischen Auftrag konzentrieren (vgl. Ertl et al., 2001, 11).

1993 wurde per Gesetzesbeschluss im Rahmen der Pflegevorsorge das Pflegegeld und 1997 das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (LKF) eingeführt. Ebenfalls kam es 1997, im Zuge der Novellierung des österreichischen Krankenpflegegesetzes, zur Verankerung der Hauskrankenpflege in der Ausbildung und im Berufsbild. Dadurch erfuhr die Hauskrankenpflege erstmals einen rechtlichen und öffentlichen Stellenwert. Zusätzlich wurde ein Teil der Hauskrankenpflege, die medizinische Hauskrankenpflege, im ASVG von den Krankenkassen als Pflichtleistung anerkannt (vgl. Ertl et al., 2001, 11).

Das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem (LKF) sollte die Krankenhausverweildauer verkürzen. Allerdings hätten bereits zu diesem Zeitpunkt (1997) in den Bundesländern funktionierende und flächendeckende Gesundheits- und Sozialsprengel vorhanden sein müssen. Die Folgen waren Versorgungslücken und –engpässe in der nachstationären Pflege und Betreuung (Hauskrankenpflege) und eine abermalige stationäre Aufnahme (vgl. Gigl, 2000, 326). Diese Problematik ist nach wie vor zum Teil noch präsent und ein Indiz für qualitative und quantitative Mängel in der Hauskrankenpflege.

7.2. Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung

Das föderalistische System in Österreich führt in der extramuralen Pflege und Betreuung teilweise zu länderspezifischen Unterschieden in der Organisation. Im Rahmen dieses Kapitels soll die extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft in Österreich hinsichtlich Länderspezifität, tätigen Berufsgruppen, gesetzlichen Regelungen, Pflegeorganisationssystemen und Finanzierung dargestellt werden.

7.2.1. Länderspezifität der extramuralen Pflege und Betreuung in Österreich

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde der Ausbau des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches durch die Gründung des Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) eingeläutet. Aus diesem Fond werden den Ländern Gelder für die extramurale Pflege- und Betreuungsver-sorgung zugesprochen. Die Verwendung dieser Gelder ist zum Teil von Bundesland zu Bundesland recht unterschiedlich. Dementsprechend unterschiedlich sind auch teilweise die extramuralen Pflege- und Betreuungsangebote der Bundesländer und somit auch das Hauskrankenpflegeangebot. In Vorarlberg ist die Hauskrankenpflege eine gewachsene Struktur. Die ersten Hauskrankenpflegevereine gab es dort schon vor 100 Jahren. In den restlichen Bundesländern kam es Anfang der 1970er Jahre zu den ersten Beschäftigungen von Gemeindegemeinschaften. Sie waren in den ersten Jahren auf sich allein gestellt, ohne jegliche strukturelle Unterstützung. In der Steiermark und in Salzburg hatte das Rote Kreuz bereits 1976 die ersten Hauskranken-schwesterinnen beschäftigt (vgl. Wild, 2000, 320).

In Vorarlberg gab es im Jahr 2000 rund 96 regionale Hauskrankenpflegevereine, bei denen ca. 45.000 Vorarlberger Mitglied waren. Durch Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrages (derzeit 30 Euro laut Krankenpflege- und Betreuungsverein Burs, 2010) besteht bei Bedarf Anspruch auf Hauskrankenpflege. Für die bezogenen Pflegestunden muss kein gesonderter Betrag mehr bezahlt werden. In Tirol gab es zur Jahrtausendwende 62 Sozial- und Gesundheitssprengel. Bei den Sprengeln handelt es sich, ähnlich wie in Vorarlberg, abermals um Vereine, in denen mehrere Gemeinden als Mitglieder zusammengeschlossen werden. Die Sprengel bieten verschiedene Dienstleistungen wie Hauskrankenpflege, Alten- und Heimhilfe an. Die KlientInnen zahlen in jedem Sprengel einen gleich hohen Kostenbeitrag, der einkommensabhängig ist. In Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich, Kärnten, Steiermark und im Burgenland gibt es verschiedene Wohlfahrtsorganisationen, die Hauskrankenpflege und begleitende soziale Dienste als Dienstleistung anbieten (z.B. Rotes Kreuz, Caritas, Volkshilfe, Diakonie, Hilfswerk). Zusätzlich gibt es einige kleine private gewinnorientierte Unternehmen und nicht gewinnorientierte Vereine, die

ihre Dienste zu Verfügung stellen. In den jeweiligen Bundesländern bzw. Bezirken gibt es teilweise unterschiedliche Kooperationsformen der Trägerorganisationen. So bietet in manchen Regionen die Trägerorganisation alle Dienstleistungen an (Hauskrankenpflege, soziale Dienste, Essen auf Rädern, etc.), oder es existieren Kooperationen mit anderen Trägerorganisationen (z.B. eine Organisation bietet Hauskrankenpflege an, die andere soziale Dienste). Die mobile Krankenpflege der Stadt Wien (MA 47 – Mobile Schwestern) ist der größte Anbieter im Bereich der Hauskrankenpflege in Wien. In der Bundeshauptstadt gibt es ebenfalls private, gewinnorientierte Unternehmen, die hauptsächlich Leistungen zu Verfügung stellen, die von der mobilen Krankenpflege der Stadt Wien nicht gedeckt werden. Das Rote Kreuz Wien bietet in bestimmten Teilen der Stadt eine ganzheitliche Hauskrankenpflege an. Die Dienstleistungsnehmer erhalten hier sämtliche erforderlichen Leistungen nur vom Roten Kreuz (vgl. Wild, 2000, 321).

7.2.2. Berufsgruppen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich

In Österreich wird die extramurale Pflege und Betreuung hauptsächlich von drei Berufsgruppen durchgeführt. Die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind in der medizinischen Hauskrankenpflege tätig. Die PflegehelferInnen übernehmen im Rahmen ihrer Kompetenzen die pflegerischen Tätigkeiten. Die Aufgaben der Heimhilfen werden der Betreuung zugeschrieben (vgl. Rogner, 2008, 66).

Der Fokus soll auf die drei eben genannten Berufsgruppen gelegt werden. Des Weiteren sind noch andere Professionen im extramuralen Bereich tätig. Dazu zählen medizinisch-technische Dienste und die Sozialbetreuungsberufe, die, mit Ausnahme der Familienhilfe, lediglich namentlich genannt werden.

Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Im GuKG ist das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege relativ breit gefasst. Es bietet den Angehörigen dieser Profession die Möglichkeit in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Kuration und Rehabilitation unmittelbar und mittelbar aktiv tätig zu werden. Die Gesundheits- und Krankenpflege, als Dienstleister im Gesundheits- und Sozialwesen, beinhaltet laut ÖBIG (2006, 10-11) folgende Aufgabenbereiche:

- Im Rahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich autonome Pflege. Dazu gehören unter anderem die Anleitung und Aufsicht von Hilfsdiensten, Neulingen und Auszubildenden, die Pflegeorganisation und die aktive Mitwirkung an der Pflegeforschung. Der

eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich beinhaltet alle Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses (vor allem Pflegeanamnese, Pflegediagnostik, Pflegeplanung, Durchführung der Pflegemaßnahmen, Pflegeevaluierung und Dokumentation)

- Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich beinhaltet die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Ver- und Anordnung (z.B. Medikamentenverabreichung, Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen, Legen von Magensonden, Blutentnahme, Setzen von Blasenkathetern, Durchführung von Darmeinläufen, etc.). Die Pflegekraft fungiert als ärztliche Assistenz und kann auch, je nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung, Tätigkeiten an PflegehelferInnen, GuK-SchülerInnen oder Rettungssanitäter delegieren und die Durchführung beaufsichtigen
- Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich liegt die primäre Aufgabe in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, beispielsweise im Bereich der Unfallverhütung, des Entlassungsmanagements oder der Gesundheitsförderung und Prävention
- Mitarbeit bei Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege und in der Organisation
- Mitarbeit in der Administration und Ablauforganisation von Einrichtungen
- Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (Aufgabe der Pflegehilfe)

Pflegehilfe

Im Berufsbild der Pflegehilfe ist festgelegt, dass die Pflegehilfe als Unterstützung für Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und für ÄrztInnen eine Betreuungsfunktion hat. Zudem sollen sie andere Gesundheitsberufe in ihrer Berufsausübung unterstützen. Das heißt, die Pflegehilfe pflegt keine pflegebedürftigen Menschen, sondern betreut sie lediglich. Allerdings beinhaltet der Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe durchaus Pflegebefugnisse. Sie sind zur Durchführung von pflegerischen Maßnahmen, wie beispielsweise zur Durchführung von Techniken der Pflege und Mobilisation oder für die Krankenbeobachtung befugt, allerdings nur unter Anordnung und unter Aufsicht des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Im extramuralen Bereich haben sämtliche Anordnungen schriftlich zu erfolgen. Für die Pflegehilfe besteht ebenfalls die Dokumentationspflicht für durchgeführte Pflegemaßnahmen. Die AltenfachbetreuerInnen fallen nicht in die Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege. Sie zählen in Österreich zu den Sozialberufen und werden auf Landesebene geregelt. Die Ausbildung der Altenfachbetreuung beinhaltet auch die Pflegehilfeausbildung. Sie haben somit zusätzlich die Berufsberechtigung für die Pflegehilfe. Aufgrund dessen erhalten auch Sozialbetreuungsberufe wie Heimhilfen, Behinderten- und FamilienbetreuerInnen in bestimmtem Ausmaß Pflegekompetenzen. Für die Zukunft ist eine bundesweit einheitliche Berufsausbildung

in der Altenfachbetreuung vorgesehen. Die Berufsbezeichnung lautet zukünftig FachsozialbetreuerIn mit dem Schwerpunkt Altenarbeit (vgl. ÖBIG, 2006, 9-13).

Heimhilfe

Die ausgebildeten Heimhilfen sind für die Betreuung und Unterstützung von Menschen aller Altersstufen zuständig. Ihre Aufgaben fallen in den Kompetenzbereich der Länder und umfassen laut Gigl (2000, 331) unter anderem folgende Dienstleistungen:

- bei Bedarf Unterstützung bei der Haushaltsführung
- Erhaltung und Förderung des körperlichen Wohlbefindens (z.B. Unterstützung beim Waschen, An- und Ausziehen, Kochen, etc.)
- Sicherstellung der sozialen Grundbedürfnisse (z.B. Begleitung bei Behörden- und Arztbesuchen, Motivation und Förderung der Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten, etc.)

Familienhilfe

Die Familienhilfe wird ebenfalls nach landesgesetzlichen Bestimmungen durchgeführt. Die Dienstleistung umfasst die Sorge um das Wohl von Familien in schwierigen Zeiten durch eine ganzheitliche Hilfestellung. Ziel ist es, den gewohnten Lebensrhythmus der Familien beizubehalten und der Familie bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen beizustehen (vgl. Gigl, 2000, 331). Sie wird durch eigens dafür ausgebildete DiplomsozialbetreuerInnen mit Schwerpunkt Familienarbeit durchgeführt und auch im Bezirk Steyr-Land angeboten. Einige Ansätze der professionellen Familiengesundheitspflege werden bereits in der Familienhilfe verfolgt, sind allerdings in den Landesgesetzen nicht genau definiert (vgl. BMSK, 2009, 46).

Weitere (Hilfs)dienste in der extramuralen Pflege und Betreuung

Das Angebot an sozialen Diensten ist je nach Bundesland verschieden. Die praktische Umsetzung erfolgt unter anderem durch FachsozialbetreuerInnen. Mit dem Inkrafttreten der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG zwischen Bund und Länder über die Sozialbetreuungsberufe im Juli 2005 wurde der Grundstein für die Aufwertung der Berufsgruppen im Alten- und Behindertenbereich gelegt. Der Bund und die Länder kamen überein, österreichweit einheitliche Regelungen bzgl. Berufsbild, Tätigkeitsbereiche und Berufsausbildung für Sozialbetreuungsberufe einzurichten. Zu den Sozialbetreuungsberufen zählen FachsozialarbeiterInnen und DiplomsozialarbeiterInnen für die Fachrichtungen Altenarbeit, Behindertenarbeit und -begleitung, DiplomsozialbetreuerInnen für die Fachrichtung Familienarbeit und HeimhelferInnen. Der Bund hat auch eine

wesentliche Adaptierung im Gesundheits- und Krankenpflegerecht veranlasst, um die Ausbildungsqualität zu erhöhen. Es wurde bei den Heimhilfen und den DiplomsozialbetreuerInnen mit der Fachrichtung Behindertenarbeit das Basismodul „Basisversorgung“ in die Ausbildung aufgenommen. DiplomsozialbetreuerInnen mit den Fachrichtungen Altenarbeit und Familienarbeit absolvieren auch, wie bereits erwähnt, die Ausbildung zum/zur PflegehelferIn (vgl. BMSK, 2009, 44). Des Weiteren finden sich noch folgende Hilfsdienste in der extramuralen Pflege und Betreuung:

- mobile Therapie (Physio- und Ergotherapie)
- Nachbarschaftshilfe
- Notruftelefon
- Essen auf Rädern
- Besuchsdienst
- Beschäftigungshilfe
- Behindertenbetreuung
- Klienten-/Angehörigenbetreuung
- Hospizbetreuung
- Wäschepflegedienst
- Wohnungsbetreuung
- Kinderbetreuung

7.2.3. Gesetzliche Regelungen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich

Die Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG) 1997 war ein Meilenstein für die österreichische Gesundheits- und Krankenpflege und gilt sowohl gleichermaßen für den stationären als auch ambulanten Pflegebereich. Es bildet den gesetzlichen Rahmen der Profession Pflege und legt erstmalig einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich fest, innerhalb diesem Pflegende autonom handeln können. Um die Ausbildung auf die neuen gesetzlichen Bestimmungen anzupassen, wurde 1999 eine neue Ausbildungsverordnung veranlasst (vgl. Weiss-Faßbinder et al., 2006, zitiert nach Rogner, 2008, 66).

Die Pflegeberufe in Österreich fallen in die Kategorie „nicht ärztliche Gesundheitsberufe“ und werden als „Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ bezeichnet. Dazu zählen der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Pflegehilfe, die beide im GuKG gesetzlich geregelt sind. Vor der Einführung des GuKG regelte das Krankenpflegegesetz von 1961 insge-

samt 22 Gesundheitsberufe. Darunter waren auch die heutigen Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Die Berufsbilder und Beschreibungen dieser 22 Gesundheitsberufe waren sehr allgemein gehalten, was zu Auslegungsschwierigkeiten und Problemen in der Praxis führte. Aufgrund dessen wurde laut ÖBIG (2006, 8-9) im GuKG besonderes Hauptaugenmerk auf folgende Punkte gelegt:

- Festlegung der Berufsrechte und – pflichten
- Neuformulierung der Berufsbilder
- Änderung der Berufsbezeichnung
- detaillierte Beschreibung der Tätigkeitsbereiche
- umfassende Regelungen bzgl. Berufsberechtigungen und Berufsausübung
- Festlegung der Ausbildungsrahmenbedingungen (Zugang, Ausschluss, Anrechnungen, Prüfungen)
- Einrichtung von Schülervvertretungen
- Regelungen für Fort- und Weiterbildungen, für verpflichtende Sonderausbildungen zur Ausübung von Spezial-, Lehr- und Führungsaufgaben, sowie für Sonderausbildungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege und in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege
- Novellierung und Neufassung der Nostrifikationsbestimmungen
- Ergänzungen der EWR-Bestimmungen

7.2.4 Pflegeorganisationssysteme in der extramuralen Pflege und Betreuung

Pflegeorganisationssysteme sind wesentliche Konzepte der Handlungsanleitung. Sie haben einen großen Einfluss auf die Pflegequalität, da sie die Arbeitsabläufe systematisch, methodisch und planmäßig strukturieren (vgl. ÖBIG, 2007, 44). Im Rahmen dieses Kapitels werden die in Österreich verwendeten Pflegeorganisationssysteme kurz beschrieben und ihr Anwendungsgebiet settingbezogen dargestellt. Aus Gründen der Wesentlichkeit wird zudem auf das Tourensystem und das Bezirkssystem näher eingegangen.

7.2.4.1. Bezugspflege/Primary Nursing

Die Bezugspflege bzw. Primary Nursing ist ein modernes Pflegesystem, das aus dem angloamerikanischen Raum kommt. Es ermöglicht Aufgaben zu delegieren, aber dennoch die Verantwortung für den/die KlientIn zu tragen. Die Primary Nurse ist eine/r diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger, die/der für die gesamte Pflege einer/s KlientIn verantwortlich ist. Je

nach Institution betreut die Primary Nurse mehrere KlientInnen. Die Aufgaben der Primary Nurse sind vielfältig und umfassen das Assessment, die Pflegeplanung, die Evaluierung, die Delegation und Kontrolle von Aufgaben und organisationsbedingte Zusatzleistungen. Sie führt allerdings nicht alle Aufgaben selbst durch, sondern, wie bereits erwähnt, sie delegiert. Die Endverantwortung liegt allerdings bei der Primary Nurse. Die Kernaufgabe der Primary Nurse besteht darin, für KlientInnen das bestmögliche Betreuungsangebot zu finden, dieses laufend zu evaluieren und bei Bedarf anzupassen (vgl. LBIMGS, 2005, 23).

Das hat den Vorteil, einen qualitativ hochwertigen Pflegeprozess gewährleisten zu können, da die einzelnen Prozessschritte kontinuierlich von einer Person durchgeführt und kontrolliert werden können und die Primary Nurse im ständigen direkten Kontakt mit dem/der PatientIn steht (vgl. ÖBIG, 2007, 45).

In der extramuralen Pflege benötigt eine Primary Nurse für diese Aufgaben hohe kommunikative Fähigkeiten und ein umfangreiches Fachwissen. Sie muss langjährige Erfahrung in der Hauskrankenpflege haben, über das österreichische Sozialsystem sehr gut Bescheid wissen und Erfahrung im Leadership mitbringen (vgl. LBIMGS, 2005, 23).

Die Primary Nurse soll die Spitze eines interprofessionellen mobilen Teams bilden. Das Kernteam soll aus Heimhilfen, Alten- und PflegehelferInnen und jüngeren DGKP¹⁸ bestehen, die den Großteil der Pflegearbeit leisten. Unter der Leitung und Koordination der Primary Nurse kann so eine gut abgestimmte und umfassende Betreuung gewährleistet werden. Die Primary Nurse und ihr Kernteam sollten zusätzlich durch ein Netzwerk von SpezialistInnen aus anderen mobilen Diensten unterstützt bzw. ergänzt werden, wenn möglich mit guten Kooperationsbeziehungen zum stationären Bereich. Zu diesen SpezialistInnen zählen, je nach Betreuungsbedarf, z.B. Advanced Nurse Practitioners, DemenzexpertInnen, DiabetesexpertInnen, **ExpertInnen im Bereich der Familienpflege (Family Health Nurses)**, sowie mobile medizinisch-therapeutische Berufe wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Die VerfasserInnen des Berichtes „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ sind sich des Weiteren darüber einig, dass Primary Nursing der Lösungsweg für die Probleme in der mobilen Pflege wäre, um den zukünftigen Bedarf im ambulanten Setting zu decken bzw. die ambulante Pflege zu professionalisieren (vgl. LBIMGS, 2005, 41).

¹⁸ DGKP - Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen

7.2.4.2. Funktionspflege

Dieses Pflegeorganisationssystem regelt die Pflege dahingehend, dass bestimmte Pflegeschritte (z.B. Mundhygiene) lediglich von einer Pflegekraft an mehreren PatientInnen erledigt werden. Dabei werden die zu verrichtenden Tätigkeiten in Einzeltätigkeiten unterteilt. Der Nachteil bei diesem Organisationssystem besteht darin, dass man die Gesamtübersicht über die Pflege der einzelnen PatientInnen verlieren kann. Außerdem werden die PatientInnen mit einem ständigen Pflegekräftewechsel konfrontiert (vgl. ÖBIG, 2007, 45).

7.2.4.3. Zimmer- und Gruppenpflege

Die Zimmer- und Gruppenpflege sind der Funktionspflege sehr ähnlich. Eine Pflegeperson ist gemeinsam mit anderen KollegInnen für die Pflege von bestimmten PatientInnengruppen verantwortlich (Gruppenpflege). Setzt sich diese PatientInnengruppe aus Personen zusammen, die gemeinsam in einem Zimmer liegen, so spricht man von einer Zimmerpflege. Die jeweiligen zuständigen Pflegepersonen teilen sich die pflegerischen Tätigkeiten untereinander auf (vgl. ÖBIG, 2007, 45).

7.2.4.4. Tourenplanung bzw. Tourensystem

In der extramuralen Pflege und Betreuung, allen voran im Bereich der Pflege zu Hause ist es notwendig, Hausbesuche bei pflegebedürftigen Menschen zu bestimmten Touren zusammenzufassen. Dadurch soll eine gewisse Regelmäßigkeit, Kontinuität und Sicherheit bei der Versorgung gewährleistet werden und kurze Anfahrtswege den ökonomischen Faktor begründen. Die Versorgung erfolgt nach geographischer Nähe in fix festgelegten Fahrtrouten und orientiert sich an der Pflegezeit und der erforderlichen Leistung. Der Vorteil ist, dass das System gut plan- und kalkulierbar ist und eine zentrale Steuerung durchführbar ist. Die MitarbeiterInnen haben klare Vorgaben und Abweichungen bedürfen einer Begründung. Dennoch kann es vorkommen, dass Pflegekräfte ihre Touren tauschen, um der Gefahr von Burn-Out durch eine zu starke Einbindung in die Familiensituation vorzubeugen (vgl. Palte et al., 2004, 22-23).

7.2.4.5. Bezirkssystem

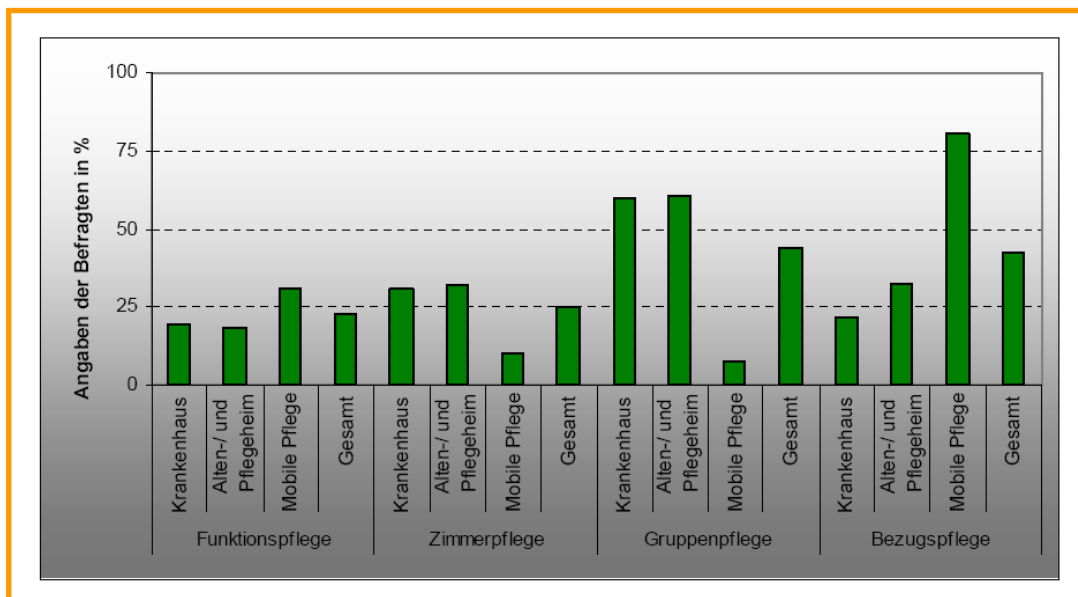
Das Bezirkssystem ist überwiegend in kirchlichen Einrichtungen vertreten. Eine Pflegeperson verrichtet ihre Tätigkeit in einem bestimmten Wohngebiet/Gemeinde über Jahre. Der Vorteil liegt darin, dass eine höchstmögliche Kontinuität, wenig MitarbeiterInnenwechsel und ein außerordentliches Vertrauen zu den pflegebedürftigen Menschen und deren Angehörigen gewährleistet werden kann. Der Nachteil besteht darin, dass ein MitarbeiterInnenwechsel mit

enormem Aufwand verbunden ist. Eingefahrene Routineabläufe und Pflegemethoden werden selten hinterfragt und es entwickeln sich sehr leicht Abhängigkeiten (vgl. Palte et al., 2004, 22).

7.2.4.6. Pflegeorganisationssysteme und ihr Anwendungsgebiet in Österreich

Die nachfolgende Abbildung zeigt eine Übersicht der verwendeten Pflegeorganisationssysteme in Österreich je Setting in Prozent:

Abbildung 7-1: Pflegeorganisationssysteme in Österreich – settingbezogen (ÖBIG, 2007, 46)

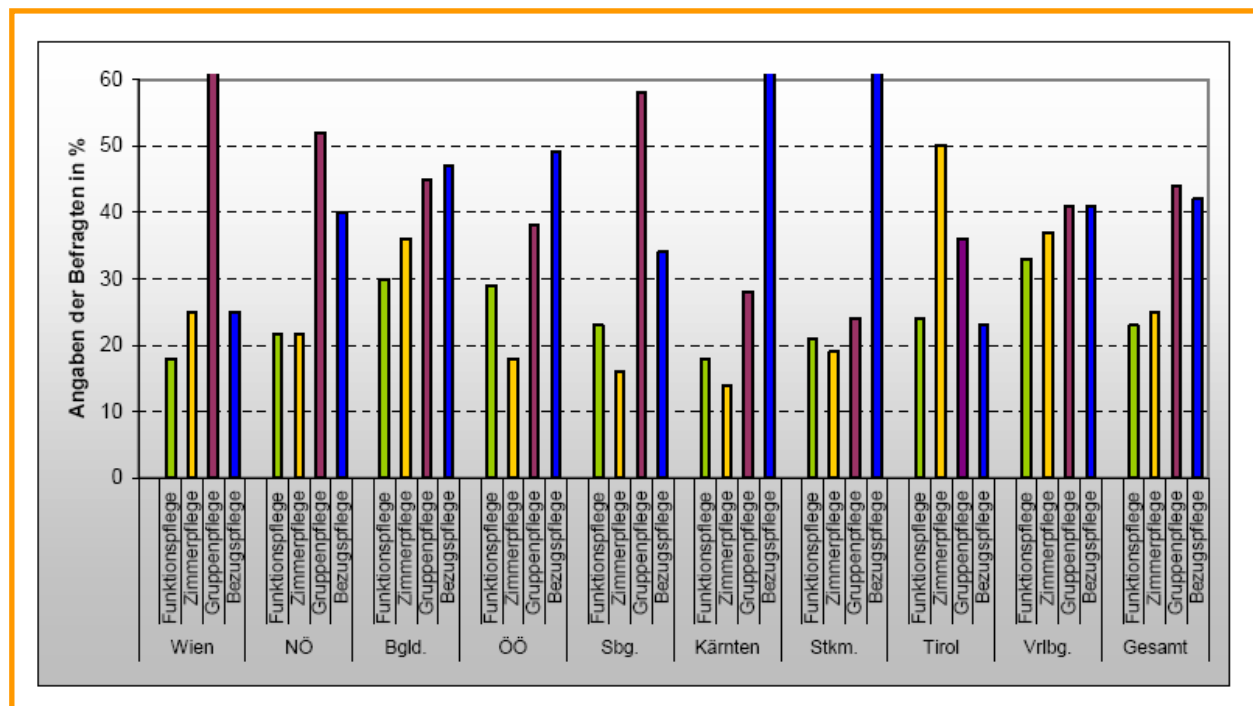


Aus der Grafik geht hervor, dass Funktionspflege zu 23 %, Zimmerpflege zu 25 %, Gruppenpflege zu 44 % und Bezugspflege zu 42 % durchgeführt wird. Im Krankenhaus und in den Alten- und Pflegeheimen dominiert die Gruppenpflege. In der extramuralen Pflege und Betreuung wird der Bezugspflege (Primary Nursing) eindeutig am meisten Bedeutung zugeschrieben. Die Funktionspflege und die Zimmerpflege sind in keinem Setting stark vertreten (vgl. LBIMGS, 2007, 45-46).

Es ist anzumerken, dass die verwendete Bezugspflege in Österreich noch nicht einem professionellen Primary Nursing entspricht, da sich derzeit Primary Nursing hier zu Lande erst in bestimmten Regionen zu etablieren versucht und sich somit erst am Anfang einer flächendeckenden professionellen Umsetzung befindet.

Die folgende Grafik zeigt die Verbreitung der Pflegeorganisationssysteme in den einzelnen Bundesländern:

Abbildung 7-2: Pflegeorganisationssysteme und ihre Verbreitung in den Bundesländern (ÖBIG, 2007, 47)



Es ist erkennbar, dass die Funktionspflege in den Bundesländern eher seltener vorkommt, am häufigsten noch in Vorarlberg mit 33 %. Die Zimmerpflege kommt hauptsächlich in West-österreich zur Anwendung (Tirol 50 %, Vorarlberg 37 %) und im Burgenland (36 %). In Wien (63 %), Salzburg (58 %) und Niederösterreich (52 %) ist die Gruppenpflege das führende Pflegeorganisationssystem und dominiert demnach in Ostösterreich. In der Steiermark (67 %) und in Kärnten (63 %) dominiert eindeutig die Bezugspflege. Auch in Oberösterreich (49%) und im Burgenland (47 %) ist die Bezugspflege das am häufigsten verwendete Pflegeorganisationssystem (vgl. ÖBIG, 2007, 46-47).

Die Grafiken verdeutlichen sehr gut den hohen Stellenwert, den die Bezugspflege (Primary Nursing) in der österreichischen Pflegelandschaft besitzt. Hauptsächlich im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich ist eine professionelle Bezugspflege ein Qualitätsindikator. Die VerfasserInnen des „österreichischen Pflegeberichtes“ aus dem Jahr 2007 sehen in der Bezugspflege nicht nur eine Qualitätsverbesserung der Pflege, sondern auch eine klarere Verantwortungsteilung. Deshalb soll die Bezugspflege auch im stationären Bereich forciert werden (vgl. ÖBIG, 2007, 47).

Primary Nursing ist demzufolge jenes Pflegeorganisationssystem, mit dem die zukünftigen Herausforderungen gemeistert werden müssen, sei es auf dem extramuralen Sektor oder auf dem

stationären Sektor. Aufgrund dessen gehört es ausgebaut und professionalisiert. Der professionellen Familiengesundheitspflege, wie bereits erwähnt, wird im Rahmen des Primary Nursing ein wesentliches Aufgabengebiet zugeschrieben.

7.2.5. Finanzierung des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches

Die Finanzierung der häuslichen Pflege ist aufgrund des föderalistischen Systems in Österreich unterschiedlich und nur sehr schwer nachvollziehbar (vgl. Wild, 2002, 25), was sich unter anderem durch ein unterschiedliches Engagement der jeweiligen Sozialversicherungsträger im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege zeigt. In Vorarlberg, Salzburg, Oberösterreich, Niederösterreich und Wien wird an die Länder ein Pauschalbetrag zur Finanzierung der Hauskrankenpflege bezahlt. Die SV-Träger handeln hierbei mit den Ländern eine Pauschalierung aus, in der bestimmt wird, wie viele finanzielle Mittel sie für die Hauskrankenpflege zu Verfügung stellen. In Tirol und in der Steiermark gibt es Einzelabrechnungen, im Burgenland und in Kärnten werden die Kosten individuell rückerstattet. Die SV-Träger tragen in diesen Bundesländern so gut wie nichts zur Finanzierung der Hauskrankenpflege bei. Die medizinische Hauskrankenpflege in Wien ist kostenlos und bezieht sich nur auf behandlungspflegerische Maßnahmen. Die Kostenbeiträge der Dienstleistungsnehmer richten sich nach der Höhe des Einkommens und betragen in der Regel zwischen 25% und 40 % der Gesamtkosten. In Vorarlberg existieren regionale Hauskrankenpflegevereine, denen man, wie bereits erwähnt, durch Zahlung eines jährlichen Mitgliedsbeitrages beitreten und bei Bedarf kostenlose Pflege in Anspruch nehmen kann (vgl. Wild, 2000, 322; Wild, 2001, 40; Rogner, 2008, 68).

Weiters kann man zur finanziellen Unterstützung Pflegegeld beantragen. Das Pflegegeld ist eine Leistung, die zweckgebunden ist und einzig und allein für die Abdeckung der pflegerisch bedingten Mehraufwendungen vorgesehen ist. Es handelt sich somit um keine Einkommenserhöhung. In der Regel übersteigen die tatsächlich anfallenden Kosten für die Pflege das gebührende Pflegegeld. Es ist daher ein Pauschalbeitrag, den man zusätzlich für die Kosten der benötigten Pflege beantragen kann. Die Höhe des Pflegegeldes richtet sich nach dem jeweiligen Pflegebedarf, ist in 7 Stufen unterteilt und wird monatlich ausbezahlt. Die Unterstützungen bewegen sich zwischen 154,20 Euro/Monat (Pflegestufe 1) und 1.655,80 Euro/Monat (Pflegestufe 7). Die Einkommenshöhe und das Vermögen, sowie die Ursache der Pflegebedürftigkeit haben keine Auswirkungen auf die Höhe des zustehenden Pflegegeldes. Pflegegeldanspruch haben jene Personen, die einen ständigen Pflegebedarf aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung haben oder durch eine Sinnesbehinderung beeinträchtigt sind. Der Pflegebedarf muss ein

Ausmaß von mehr als 50 Stunden/Monat haben und aller Voraussicht nach mindestens 6 Monate andauern. Zudem muss der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich sein. Pflegegeldanspruch für Menschen im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen ebenfalls möglich (vgl. BMSK, 2009, 8).

Anhand der bereits zuvor beschriebenen geschichtlichen Entwicklung der Pflege zu Hause ist erkennbar, dass die momentane Debatte „ambulant vor stationär“ auch bereits vor 15 Jahren Thema war. Es war und ist nach wie vor immer von Kostenreduktion die Rede. Ein Wort, das in vielen Köpfen gleichzeitig den Gedanken eines Qualitätsverlustes aufkommen lässt. Die Alltagsfloskel „was nichts kostet ist nichts wert“ hat sich, aufgrund unserer kapitalistischen Gesellschaft, vor allem im wirtschaftlichen Sektor durchgesetzt. Spricht man nun von Kostenreduktion im Gesundheitsbereich, so ist anzunehmen, dass die Gesundheit scheinbar den politischen Entscheidungsträgern nicht viel wert ist. Die Gründe für die Kostenexplosion liegen eindeutig in der falschen Verteilung der finanziellen Mittel im Gesundheitssystem. Geplant wird nicht nachhaltig, orientiert an den demographischen Entwicklungen, über Jahrzehnte hinweg, sondern lediglich kurzfristig und gewinnbringend. Es wird demnach ein riskantes Geschäft mit unserer Gesundheit betrieben. Die Aufteilung der Leistungen auf Medizin, Therapie und Pflege war ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. Die verursachten Kosten und angebotenen Leistungen können dadurch den einzelnen Kosten- und Leistungsträgern zugeordnet werden und fördern somit die Transparenz der finanziell eingesetzten Mittel. Das Wort Kostenreduktion sollte vermieden und vielmehr von einer nachhaltigen bedarfsorientierten (Finanz)mittelverteilung gesprochen werden. So können bei Bedarf nachhaltige Lösungskonzepte entwickelt werden, um langfristig die Stabilität und Qualität im Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten und zu verbessern. Die neuen angebotenen Leistungen bringen wiederum Geld, um die dadurch verursachten Mehrkosten abzudecken, bzw. im Sinne der Nachhaltigkeit auch Gewinne abzuschöpfen. Nachhaltigkeit währt am längsten, sichert die Qualität und vermeidet langfristig eine Kostenexplosion. Das föderalistische Pflegesystem in Österreich trägt ebenfalls nicht unbedingt dazu bei, dass die finanziellen Mittel effektiv und effizient ausgeschöpft werden. Allein die entstehenden Mehrkosten durch dezentrale Verwaltungs- und Entscheidungsinstanzen sind nicht gerade ein Beispiel dafür, wie man Gelder bedarfsgerecht und nachhaltig verteilt.

7.3. Daten und Fakten der nationalen extramuralen Pflege und Betreuung

Die beiden österreichischen Pflegeberichte von 2006 und 2007, erstellt vom ÖBIG in Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, liefern interessante Informationen

über die Pflege in Österreich. Im Rahmen dieses Kapitels werden, basierend auf diesen beiden Pflegeberichten, beispielhaft relevante Daten und Fakten der extramuralen Pflege aufgezeigt.

Am Ende des Jahres 2002 waren Personen im Ausmaß von rund 3400 Vollzeitäquivalenten¹⁹ in der extramuralen Pflege und Betreuung tätig. Von den 3400 Vollzeitäquivalenten waren 2002 1734 diplomierte Pflegekräfte und 1665 Alten-/PflegehelferInnen bzw. AltenfachbetreuerInnen beschäftigt. Die Zahl der Vollzeitäquivalenten ist in Österreich zwischen 1995 und Ende 2002, ohne Berücksichtigung von Kärnten und Wien für die in diesen Jahren keine Zahlen vorlagen, um rund 1.150 Vollzeitpflegekräfte gestiegen. Das entspricht einer Personalzunahme von rund 80 % (vgl. ÖBIG, 2006, 19; ÖBIG, 2007, 12). Die Versorgungsdichte stieg innerhalb der gleichen Zeit um 2,3 Personen pro 1000 EinwohnerInnen ab 75 Jahren (vgl. ÖBIG, 2007, 12). Das bedeutet, dass der Anstieg der Beschäftigungszahlen nicht nur durch die Veränderung der Altersstruktur bestimmt ist (der Anstieg der Bevölkerung ab 75 Jahren betrug zwischen 1996 und 2001 13 %), sondern auch, dass mehr pflegebedürftige Menschen von mobilen Diensten betreut werden und die einzelnen Pflege- und Betreuungspersonen einen größeren Umfang an Dienstleistungen erbringen (vgl. ÖBIG, 2006, 20).

In den letzten Jahren hat sich die Anzahl der ausländischen Pflegekräfte in Österreich vermehrt. Der Anteil ausländischer Pflegepersonen im extramuralen Bereich ist zwar deutlich geringer als im stationären Bereich (vgl. ÖBIG, 2006, 36). Dennoch ist anzumerken, dass die Dunkelziffer der „illegal“ arbeitenden ausländischen Pflegekräfte im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich sicherlich beträchtlich ist.

In Bezug auf die in der Praxis verwendeten Pflegeorganisationssysteme ist zu erwähnen, dass die Bezugspflege (Primary Nursing) eindeutig jene Organisationsform ist, in der Pflegekräfte sich seltener müde, körperlich und emotional erschöpft, ausgelaugt, schwach und krankheitsanfällig fühlen (vgl. ÖBIG, 2007, 47).

Fakt ist demnach, dass sich der extramurale Pflege –und Betreuungsbereich in den letzten 15 Jahren in Österreich rasant vergrößert hat und sich laut Prognosen noch weiter vergrößern wird. Die damit verbundenen Probleme und Lösungsvorschläge, in Hinblick auf einen adäquaten Ausbau dieses Pflege- und Betreuungssektors, werden im nun folgenden Kapitel näher erläutert.

¹⁹ vollzeitäquivalent = Anzahl der Vollzeitbeschäftigten bei Umrechnung sämtlicher Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitarbeitsverhältnisse (vgl. Rogner, 2008, 72)

7.4. Aktuelle Probleme in der extramuralen Pflege und Betreuung

Österreichische GesundheitsexpertInnen pflegen den Leitspruch „ambulant vor stationär“, im Sinne einer Kostenreduktion. Dieser Spruch hat aber, wie bereits erwähnt, seine Tücken. Man will eine Kostenreduktion bei gleichbleibender, wenn nicht besserer Qualität in der Versorgung. Nimmt man den Spruch so hin wie er auf zahlreichen Titelblättern von Pflegefachzeitschriften bis Dato publiziert worden ist, darf man nicht vergessen, dass Kostenreduktion eine Einschränkung der Mittel bedeutet. Will man nun die Kosten reduzieren und gleichzeitig die Qualität beibehalten bzw. verbessern, muss man kurzfristig dennoch investieren um nachhaltige, zukunftsangepasste Lösungen zu erhalten. Ambulant vor stationär gibt klar die Richtung vor, in welchem Bereich investiert werden muss und zwar im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung. Die langfristige Kostenersparnis ist nur ein Grund von vielen, warum auf diesem Sektor investiert gehört. Die nationalen demographischen Entwicklungen unterstreichen lediglich die Notwendigkeit eines Ausbaus im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich, um die zukünftigen Herausforderungen meistern zu können.

Aktuell existieren allerdings Probleme im ambulanten Pflege- und Betreuungsbereich. Auf die Pflege in Österreich kommen somit arbeitsreiche Zeiten zu. Es gehören die aktuellen Probleme der extramuralen Pflege und Betreuung behoben, um einerseits den demographischen Entwicklungen gerecht zu werden und somit die Qualität sicherzustellen. Andererseits kann das langfristig zu einer Kostenreduktion führen, im Sinne des Leitspruches „ambulant vor stationär“. Die aktuellen Probleme erschweren zwar die Antworten auf die zukünftigen Herausforderungen zusätzlich, dennoch gilt es sie zu lösen. Es werden nun beispielhaft, basierend auf den Ergebnissen des Berichtes „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ (2005), sowie dem „österreichischen Pflegebericht“ von 2006 und 2007, die momentanen Probleme in der extramuralen Pflege- und Betreuung aufgezeigt.

7.4.1. Die medizinische Hauskrankenpflege und ihr Finanzierungszwist

Anfang der 1990er Jahre wurde die Entwicklung der Hauskrankenpflege durch zwei neue Gesetze stark beeinflusst und es kam zur Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialleistungen. Im Rahmen der 50. ASVG-Novelle wurde in den Paragraphen 144 und 151 die medizinische Hauskrankenpflege geregelt. Zudem wurde per Gesetz das Bundespflegegeld eingeführt. Die medizinische Hauskrankenpflege sollte als Pflichtleistung der Krankenkassen den stationären Bereich entlasten. Allerdings umfasst die medizinische Hauskrankenpflege nur medizinisch-pflegerische Leistungen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, die der Arzt verordnet und

die als Krankenhaus ersetzende Maßnahme dienen. Laut Gesetz gehört die Grundpflege (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich) und die hauswirtschaftliche Versorgung der pflegebedürftigen Person nicht zur medizinischen Hauskrankenpflege. Die medizinische Hauskrankenpflege wird deshalb nur dann bezahlt, wenn eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn vorhanden ist. So eine Krankheit liegt dann vor, wenn ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand vorliegt, der einer Krankenbehandlung bedarf. Diese straffe Definition der medizinischen Hauskrankenpflege führt neben den komplizierten Durchführungsbestimmungen dazu, dass für diese Pflichtleistung bedeutend weniger finanzielle Mittel von Seiten der Versicherungen aufgewendet werden, als ursprünglich vorgesehen. Die Tatsache, dass vom gesamten Budget der Krankenkassen lediglich 0,11 % (rund 10,5 Mio. Euro) für die medizinische Hauskrankenpflege ausgegeben wird, verdeutlicht die Problematik der Finanzierung einer adäquaten Hauskrankenpflege (vgl. Wild, 2002, 25).

7.4.2. Personalprobleme

Die mobile Pflege und Betreuung ist im Vergleich zur stationären Pflege nur rar besetzt. Lediglich 3,5 % der Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und 8,5 % der Alten- und PflegehelferInnen sind in der mobilen Pflege tätig. Der quantitative Personalmangel wird dennoch aktuell nur vereinzelt wahrgenommen. Hinweise auf systematisch geleistete Überstunden (Indiz für Personalknappheit) gibt es kaum, allerdings arbeiten Teilzeitkräfte sehr häufig über das vereinbarte Ausmaß hinaus. Formal gesehen handelt es sich hierbei aber nicht um Überstunden mit Zuschlägen, sondern um Mehrstunden, die in der Überstundenstatistik nicht berücksichtigt sind. Der quantitative Personalmangel wird allerdings aufgrund der demographischen Entwicklungen und der nachlassenden Betreuungskapazitäten des informellen Sektors (private soziale Netze und Angehörige) in Österreich - bei gleichbleibendem Beschäftigungsverhältnis von ambulant und stationär - rapide zunehmen. Primär wird ein qualitativer Personalmangel beklagt. Ausgeschriebene Stellen können, hauptsächlich vom diplomierten Pflegepersonal, nicht adäquat besetzt werden, da es oftmals an Berufserfahrung fehlt, oder erfahrene diplomierte Pflegekräfte mit den Arbeitsbedingungen in der mobilen Pflege nicht zurecht kommen. Es ist dies die Folge einer fehlenden Attraktivität der Arbeit im mobilen Sektor. In den meisten Bundesländern (mit Ausnahme Vorarlberg) sind die finanzielle Vergütung und die Sozialleistungen wesentlich unattraktiver als im stationären Bereich. Zudem hat die mobile Pflege mit Imageproblemen innerhalb der eigenen Berufsgruppe zu kämpfen. Es fehlt an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diplomiertes Pflegepersonal, die den Bedürfnissen des mobilen Sektors angepasst sind. Die Ausbildungen werden durch Krankenhausbetreiber angeboten und

konzentrieren sich deshalb fast ausschließlich auf die stationäre Pflege. Der Hauskrankenpflege wird in der Ausbildung eindeutig zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. LBIMGS, 2005, 6-8).

Zudem fühlen sich Beschäftigte in der mobilen Pflege mit Belastungen konfrontiert, die aufgrund der Arbeitsorganisation und der spezifischen Art der Tätigkeit hervorgerufen werden. In vielen Organisationen wird über Zeitmangel, Dokumentationsaufwand und fehlendes unterstützendes Führungsverhalten von Seiten der Organisationen gesprochen. Sozialräume zum Austausch mit KollegInnen sind de facto nicht vorhanden und die Rolle als Gast im Haus der pflegebedürftigen Person wird als belastend empfunden. Vor allem bei auftretenden Krisen und Konflikten, unter anderem auch mit Angehörigen, fehlt ein entlastendes Team und adäquate Bewältigungskompetenzen aufgrund fehlender Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich. Die Verantwortung alleine Entscheidungen treffen zu müssen (z.B. Ärzte verständigen, Krankenhauseinweisung veranlassen, etc.), wird als belastender Faktor gesehen. Aufgrund der Tatsache, dass diplomiertes Pflegepersonal den stationären Bereich bevorzugt, ist anzunehmen, dass nicht nur die hier angesprochenen Aspekte das extramurale Tätigkeitsfeld unattraktiv machen, sondern auch die damit verbundenen Belastungen. Dazu kommt, dass die nationalen Pflegeorganisationen, hauptsächlich in Ostösterreich, immer mehr durch ausländische Billiganbieter aus den Nachbarstaaten unter Druck gesetzt werden und Pflegeleistungen dadurch immer weniger überschaubar werden (vgl. LBIMGS, 2005, 6-8).

7.4.3. Qualitätsmängel

In der mobilen Pflege fehlen Qualitätskriterien zur Beurteilung einer sicheren und angemessenen Pflege. Die ExpertInneneinschätzungen im Rahmen des Berichtes „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ (2005) sind zum Teil sehr widersprüchlich. Unter anderem ist die Rede davon, dass in der mobilen Pflege die PatientInnensouveränität sehr hoch ist und man deshalb davon ausgehen muss/kann, dass angemessen gepflegt wird. Klagen von PatientInnen und Angehörigen über eine mangelnde Versorgungsqualität sind laut diesem Bericht nicht bekannt, wobei man nicht abschätzen kann, welche Rolle ein niedriges Erwartungsniveau dieser Personengruppen in diesem Zusammenhang einnimmt. Allerdings sind die PflegexpertInnen, aufgrund der demographischen Entwicklungen und der dadurch steigenden Nachfrage nach mehr und komplexeren Pflegeleistungen im mobilen Sektor, skeptisch, ob das scheinbar existierende Gleichgewicht stabil genug für die zukünftigen Herausforderungen ist. Die fehlende Integration der mobilen Dienste als selbstständiges Handlungsfeld am nationalen Pflegesektor, sowie die Sonderregelung der

medizinischen Hauskrankenpflege sind ebenfalls negative Einflussfaktoren auf die Qualität und fördern eine Fragmentierung und Unüberschaubarkeit. Das wiederum führt zur vermehrten Inanspruchnahme des zuvor angesprochenen grauen/schwarzen Arbeitsmarktes, bzw. bei Personen mit höherem Einkommen zur Nutzung von privaten Dienstleistungsangeboten im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung. Die fehlenden spezifischen extramuralen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diplomiertes Pflegepersonal führen zum Mangel an hervorragend, spezifisch ausgebildeten Fachkräften in Österreich. Wegen der geringen finanziellen Attraktivität ist es zudem schwer, gut ausgebildete Fachkräfte zu halten. Fehlende Qualitätssicherungs- und Entwicklungssysteme wirken sich ebenfalls negativ auf die Pflegequalität im extramuralen Bereich aus (vgl. LBIMGS, 2005, 7-8).

7.4.4. Fehlende politische Unterstützung und die Problematik der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Die Organisationen im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich sind im Vergleich zu stationären Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime nicht in der Lage, die MitarbeiterInnen vor Einflüssen der Außenwelt zu bewahren. Stationäre Einrichtungen können aufgrund ihrer Geschlossenheit viele negative Einflüsse von außen verhindern und schützen dadurch ihre MitarbeiterInnen. Pflegekräfte in der mobilen Pflege haben diesen Schutz in der Regel nicht. Die mobile Pflege wird eher als ein sozialer Dienst gesehen und nicht als Krankenbehandlung. Die Folge sind andere Rahmenbedingungen und somit knappere Ressourcenausstattung, eine komplexere Finanzierungsstruktur mit viel mehr Beteiligungsdruck der KlientInnen und Angehörigen in Bezug auf Kosten und Leistungen. Eine starke ökonomische Orientierung der extramuralen Organisation hemmt zudem die MitarbeiterInnenunterstützung. Die fehlenden Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind auf die fehlende politische Unterstützung zurückzuführen, die lediglich die Ausbildung im Rahmen des finanziell lukrativeren stationären Sektors fördert und somit für das schlechte Image der Hauskrankenpflege maßgeblich mitverantwortlich ist. Die Komplexität und die benötigte Professionalität, die man im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich benötigt, sind dadurch nur wenigen bewusst. Aufgrund der demographischen Entwicklungen gibt es hier akuten Handlungsbedarf von Seiten der Politik (vgl. LBIMGS, 2005, 8-9).

7.5. Lösungsvorschläge für die extramurale Pflege und Betreuung

Die von den VerfasserInnen des Berichtes „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ (2005) erarbeiteten Vorschläge zur Lösung der im vorigen Kapitel angesprochenen Probleme der extramuralen Pflege und Betreuung in Österreich, sollen an dieser Stelle beispielhaft genannt werden:

Bei der zukünftigen Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung soll der Fokus auf MitarbeiterInnenorientierung, Integration von Betreuungsleistungen und PatientInnenorientierung gelegt werden. Für die Gewährleistung einer langfristigen und nachhaltigen Qualitätssicherung müssen hochqualifizierte diplomierte Pflegepersonen zentral in die Organisation eingebunden werden. Dafür bedarf es einer Orientierung am Konzept des Primary Nursing bzw. am Case und Care Managements. Der Primary Nurse obliegt die Gesamtverantwortung für die Pflege und Betreuung des/der PatientIn, wobei sie nicht alle Leistungen selbst erbringt, sondern delegiert. Die Primary Nurse ist der Kopf eines interprofessionellen Teams, dem Heimhilfen, Alten- und/oder PflegehelferInnen und jüngere diplomierte Pflegekräfte angehören. Gemeinsam mit einem weiteren Netzwerk professioneller Gesundheitsberufe und den pflegenden Angehörigen, sowie mit der pflegebedürftigen Person selbst sollen die benötigten pflegerischen und betreuenden Leistungen erbracht werden. Damit man diesen spezifischen Anforderungen gerecht wird, wird zu allererst ein Netzwerkaufbau von PflegespezialistInnen empfohlen, die speziell für die Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen ausgebildet werden. Zu diesen PflegespezialistInnen zählen ExpertInnen im Bereich der Familiengesundheitspflege (Family Health Nurses), Demenz, Inkontinenz, Diabetes, etc., sowie SpezialistInnen aus den medizinisch-therapeutischen Berufe. In Absprache und Abstimmung mit der Primary Nurse, die unter anderem für die Pflegeplanung zuständig ist, sollen die SpezialistInnen ihre Dienstleistung direkt an den PatientInnen verrichten und innerhalb des interprofessionellen Teams den anderen KollegInnen helfen, sodass eine reibungslose, gegenseitig unterstützende, allumfassende und qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden kann.

Die Gesundheits- und Sozialpolitik muss diese Empfehlungen unterstützen, indem es die notwendigen Rahmenbedingungen schafft, damit die extramurale Pflege und Betreuung nicht nur als billigere, sondern durchaus als gleichwertige bzw. oftmals bessere Alternative für eine stationäre Versorgung angesehen wird. In der ersten Entwicklungsphase wird eine Basisanierung vorgeschlagen, beispielsweise durch die bundesweite Umsetzung des Vorarlberger Modells im Sinne einer systematischen Besserstellung der Pflegekräfte im mobilen Sektor. Die erforderlichen Weiterbildungsmöglichkeiten müssen geschaffen werden (z.B. für Primary Nursing, Family

Health Nursing, etc.). Die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches müssen, um diese Entwicklung finanziell tragen zu können, geändert werden. Es ist notwendig, vergleichbare Bedingungen wie im stationären Sektor zu schaffen, um das Potenzial des nicht stationären Sektors nützen zu können. Zudem müssen Maßnahmen ergriffen werden, die das Berufsbild und die Attraktivität des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches verbessern, um qualifizierte MitarbeiterInnen rekrutieren und halten zu können (z.B. durch verbesserte Kinderbetreuung) (vgl. LBIMGS, 2005, 10-13).

Diese auszugsweise dargestellten Lösungsmöglichkeiten zeigen nicht den gesamten Umfang der Problemlösungsvorschläge. Welche Maßnahmen im Detail auf der Mikro-, Meso- und Makroebene vorgeschlagen werden, ist im besagten Bericht „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ nachzulesen.

8. Der extramurale Pflege- und Betreuungsbereich im Bezirk Steyr-Land

In Oberösterreich fällt die Koordinierung und Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung in den Zuständigkeitsbereich der regionalen Träger, den so genannten Sozialhilfeverbänden der jeweiligen Bezirke. Das Rote Kreuz und die Caritas führen hierbei im Auftrag des Sozialhilfeverbandes die Dienstleistungen im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung durch. Auch einige soziale Dienste werden von diesen beiden beauftragten Organisationen, aber auch teilweise unabhängig der Sozialhilfeverbände, durchgeführt. Zudem bieten andere private Organisationen in Oberösterreich, ebenfalls unabhängig von den jeweiligen Sozialhilfeverbänden, Dienste im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung an. Die Organisationen werden von zahlreichen Angeboten des informellen Sektors (Ehrenamt) praktisch kostenlos unterstützt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist es von Bedeutung, die Strukturen und Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung im Bezirk Steyr-Land zu analysieren. In diesem Kapitel werden deshalb die Entstehungsgeschichte, die Organisation und Aufgaben des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land, die Finanzierung sowie die Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der (extramuralen) Pflege und Betreuung im Bezirk Steyr-Land und Umgebung näher behandelt. Des Weiteren wird auf die angebotenen Dienstleistungen des öffentlichen und des informellen Sektors eingegangen. Die extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft der Gemeinde Groß-

raming wird ebenfalls dargestellt und soll zum besseren Verständnis der Interviewergebnisse beitragen.

8.1. Entstehungsgeschichte des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land

Die Geschichte des SHVSE²⁰ ist eng mit den demographischen Entwicklungen und der steigenden Pflegebedürftigkeit in dieser Region verbunden. Die 20 Gemeinden des Bezirkes Steyr-Land haben sich, um den Menschen in der Region adäquate Pflege- und Betreuungsangebote bieten zu können, nach den Bestimmungen des oberösterreichischen Sozialhilfegesetzes 1998 dazu entschlossen, den Sozialhilfeverband Steyr-Land zu gründen. Primäre Aufgabe ist es, die sozialen Anliegen und Bedürfnisse der BürgerInnen des Bezirkes gemeinsam zu befriedigen (vgl. SHVSE, 2010; Homepage-Information).

Die Gemeinden versuchen die Strukturen des SHVSE der jeweiligen Betreuungs- und Pflege nachfrage anzupassen, was bedeutet, dass sie die Strukturen und Rahmenbedingungen für die extramurale Pflege und Betreuung mitbestimmen und umsetzen. Der SHVSE fungiert als Koordinations-, Organisations- und Auftraggeberorgan in der Region. Die Entwicklung der extramuralen Pflege und Betreuung wird an dieser Stelle geschichtlich nicht mehr aufgearbeitet, da sie ident mit dem bereits zuvor gegebenen historischen Rückblick in Kapitel 7.1. ist. Wesentlich ist, dass sich das Rote Kreuz und die Caritas die extramuralen Pflege- und Betreuungsdienste, beauftragt vom SHVSE, im Bezirk Steyr-Land aufteilen. Wie diese Aufteilung konkret aussieht und umgesetzt wird, wird später beschrieben.

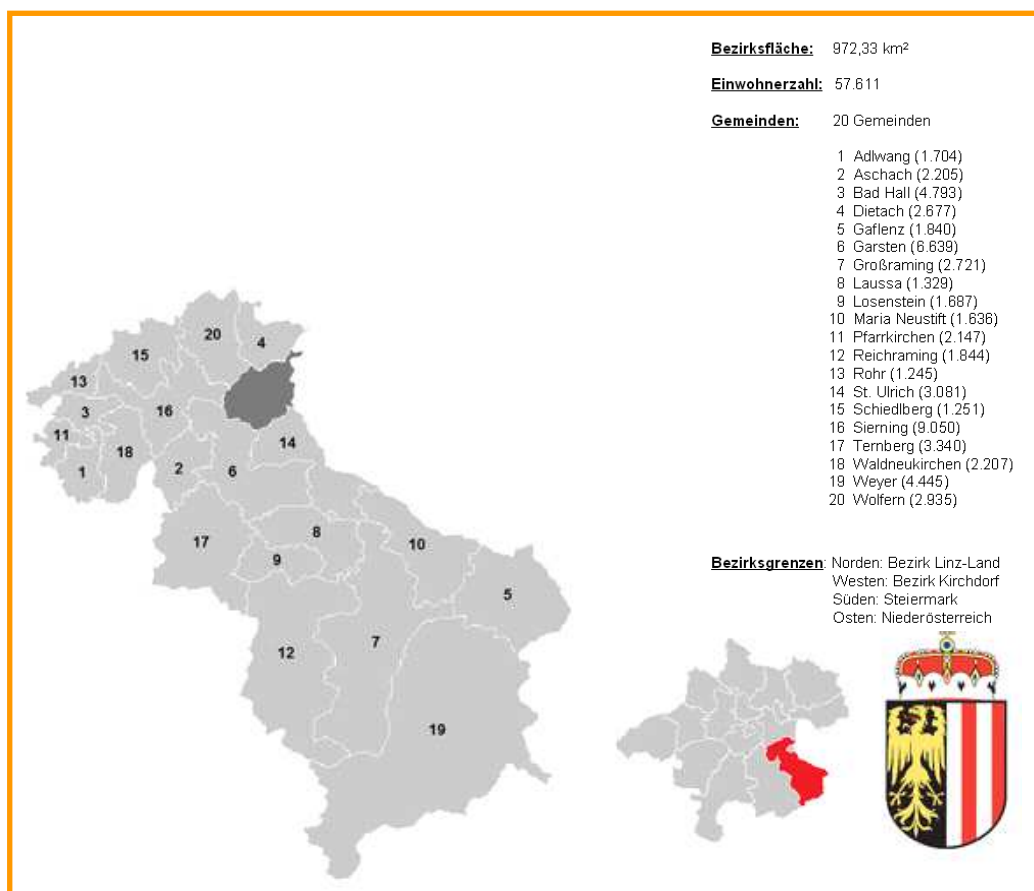
Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung wurde im Jahr 1978 das erste Altenheim des SHVSE in Weyer in Betrieb genommen. Zu Beginn handelte es sich primär um eine Wohneinrichtung mit einer Kapazität von 90 Personen. Aufgrund der zunehmenden Pflegebedürftigkeit änderten sich die Strukturen in Weyer. Die Einrichtung wurde auf 123 Betten aufgestockt und wird als ein Bezirksalten- und Pflegeheim geführt, mit dem Schwerpunkt auf Pflege und Betreuung alter Menschen. 1991 nahm das Bezirksseniorenwohnheim in Bad Hall mit 125 Betreuungsbetten den Betrieb auf. Nach zweimaligem Umbau ist es heute ebenfalls ein reines Alten- und Pflegeheim. Im Jahr 1999 wurden das Bezirksalten- und Pflegeheim Garsten und Sierning mit jeweils 64 Betten gegründet. Mit Ende 2009 öffnete das Bezirksalten- und Wohnheim in Wolfen mit insgesamt 64 Bewohnerplätzen seine Pforten, welches das bisherige Gemeindealtenheim

²⁰ SHVSE - Abkürzung für Sozialhilfeverband Steyr-Land, wobei das SE am Ende für Steyr-Einzug steht und als Synonym für Steyr-Land verwendet wird

mit 34 Betten ersetzt, das nicht mehr dem neuesten Stand entsprach. Zusätzlich gibt es noch zwei Seniorenheime bzw. Pflegeheime, die von anderen Trägerorganisationen verwaltet werden und zwar das Seniorenheim Schloss Hall (Caritas Bad Hall) und das Pflegeheim St. Josef in Sierning (Schwestern vom Heiligen Kreuz). Im SHVSE sind derzeit rund 300 MitarbeiterInnen angestellt. Mit der Inbetriebnahme des Bezirks- und Pflegeheim in Wolfers ist der Personalstand auf rund 350 angestiegen. Des Weiteren ist ein Alten- und Pflegeheim in Ternberg in Planung, welches in den nächsten Jahren eröffnet wird. Dazu kommen noch die MitarbeiterInnen des Roten Kreuzes und der Caritas, die die extramuralen Pflege- und Betreuungsdienste im Auftrag des SHVSE in der Region erledigen (vgl. Neustifter, 2009²¹).

Die nachfolgende Grafik liefert einige Eckdaten vom Bezirk Steyr-Land und gibt einen geographischen Überblick über die Region:

Abbildung 8-1: Eckdaten und geographischer Überblick vom Bezirk Steyr-Land (vgl. Free Software Foundation, 2008; eigene Darstellung)



²¹ Anmerkung: Der Inhalt dieses Absatzes bezieht sich auf eine E-Mail von Herrn Johannes Neustifter, einem Mitarbeiter des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land, der sich nach Rückfrage bereit erklärt hat, als Quelle für diese Informationen zitiert werden zu dürfen.

8.2. Organisation und Aufgaben des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land

Wie bereits im vorigen Kapitel erwähnt, fungiert der SHVSE als Organisations-, Koordinations- und Auftraggeberorgan, indem er versucht, ein adäquates extramurales Pflege- und Betreuungsangebot für die Region anzubieten. Dabei liegt laut SHVSE (2010; Homepage-Information) der Schwerpunkt auf folgenden Leistungen:

- Betreuungshilfe, Unterstützung und Beratung von Hilfsbedürftigen durch soziale Dienste (Familienhilfe, Sozialberatung, Sozialplanung, etc.)
- medizinische Hauskrankenpflege, mobile Altenhilfe
- Geld – und Sachleistungen
- Hilfe zur Arbeit
- Erziehungshilfe (Jugendwohlfahrt)
- Beiträge zur Behindertenhilfe, Pflegegeld

Für die Umsetzung dieser Leistungen bedarf es an Budget und konkreten Pflege- und Betreuungsangeboten. Auskunft über diese beiden Aspekte sollen die folgenden zwei Kapitel liefern.

8.2.1. Finanzierung

In Kapitel 7.2.5. (Finanzierung des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches) wurde bereits auf die unterschiedlichen Finanzierungsvarianten, bedingt durch das föderalistische System in Österreich, hingewiesen, welches zu einer schwierigen Nachvollziehbarkeit führt (vgl. Wild, 2002, 25).

In Oberösterreich bekommt das Land für die Finanzierung der Hauskrankenpflege einen Pauschalbetrag aus dem Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds – KRAZAF (siehe Kapitel 7.1. Historischer Rückblick). Für die adäquate Verteilung dieses Betrages auf die einzelnen Sozialversicherungsträger wird von den SV-Trägern mit den Ländern eine Pauschalierung ausgehandelt, in der bestimmt wird, wie viele finanzielle Mittel für die extramurale Pflege und Betreuung bereitgestellt werden (vgl. Wild, 2000, 322).

Wohl gemerkt handelt es sich hierbei lediglich um die kostenlose Vergütung der medizinischen Hauskrankenpflege von Seiten der Krankenkassen. Das Restliche Budget wird zum einen, je nach vorangegangener Bedarfsermittlung, auf die Sozialhilfeverbände aufgeteilt, und zum ande-

ren als Landespflegegeld verwendet. Das Landespflegegeld soll pflegebedingte Mehraufwendungen in Form eines pauschalierten Beitrags abgelten und so pflegebedürftigen Menschen zusätzlich helfen, sich die notwendige Hilfe auch leisten zu können. Die Gemeinden des Sozialhilfeverbandes leisten ebenfalls einen großen finanziellen Beitrag für die Finanzierung der extramuralen Pflege und Betreuung im Bezirk. Das Jahresbudget des Sozialhilfeverbandes Steyr-Land für das Jahr 2009 betrug rund 32 Mio. Euro (für Alten- und Pflegeheime und mobile Pflege und Betreuung). Die 20 Gemeinden übernahmen davon einen Betrag von rund 11 Mio. Euro (vgl. Neustifter, 2009²²).

Eine Ausgaben- und Einnahmenabschätzung bis 2015, durchgeführt im Rahmen des „Bedarfs- und Entwicklungsplan Neu/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen“ für die öö. Landesregierung, kam zu dem Ergebnis, dass aufgrund des steigenden Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen die Ausgaben ebenfalls steigen werden. Den höheren Ausgaben stehen zwar einerseits höhere Einnahmen aufgrund der Beiträge einer größeren Anzahl an KlientInnen bzw. HeimbewohnerInnen gegenüber. Andererseits müssen allerdings auch die Zuschussleistungen der regionalen Trägerorganisationen (Sozialhilfeverbände) und der Gemeinden und Städte steigen müssen, um der zukünftigen Nachfrage nach adäquater Pflege und Betreuung nachkommen zu können (vgl. Ackerl, 2007, 15).

Die Finanzierung der extramuralen Pflege und Betreuung erfolgt demnach nicht nur von einer Instanz. Es gibt mehrere Geldgeber, die in einen Topf einzahlen. Die Verwendung der Gelder fällt allerdings in den Kompetenzbereich der Sozialhilfeverbände, die innerhalb der landespolitischen Rahmenbedingungen möglichst bedarfsorientiert die finanziellen Mittel verteilen bzw. einsetzen. Das Problem dieses Systems ist demnach die Unübersichtlichkeit und die zahlreichen Instanzen, die bei der Finanzierung beteiligt sind, Richtlinien vorgeben und Mitspracherecht haben. Es ist dies das Resultat eines bereits angesprochenen föderalistischen Pflegesystems in Österreich.

8.2.2. Extramurale Pflege- und Betreuungsangebote im Rahmen des SHVSE

Das jährliche Budget des SHVSE wird, wie bereits erwähnt, unter anderem für die extramurale Pflege und Betreuung verwendet. Für das Jahr 2009 war laut Aussage von Herrn Neustifter²³ für die mobilen Dienste die Einführung eines Case Managements geplant. Es wird erwartet, dass

²² Verweis auf Fußnote 21

²³ Verweis auf Fußnote 21

sich dadurch eine bessere Steuerung und eine effizientere Leistungserbringung umsetzen lassen. Während bereits seit nun mehr 5 Jahren (siehe Bericht „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ aus dem Jahr 2005) die Forderung von Seiten der PflegeexpertInnen nach einem Case Management im extramuralen Pflege- und Betreuungssektor existiert, hinkt der SHVSE in punkto Umsetzung bereits einige Jahre hinterher.

Für die extramurale Pflege und Betreuung beauftragt der SHVSE das Rote Kreuz Steyr-Land und die Caritas Oberösterreich. Dabei teilen sich diese ihre Arbeitsgebiete regional und nach Leistungsangebot im Bezirk auf. Das Rote Kreuz Steyr-Land übernimmt dabei die medizinische Hauskrankenpflege im gesamten Bezirk. Die Caritas Oberösterreich ist primär für die sozialen Hilfsdienste zuständig. Die folgenden Kapitel geben Auskunft über die extramuralen Pflege- und Betreuungsleistungen des Roten Kreuzes Steyr-Land und der Caritas Oberösterreich, die in Auftrag des SHVSE angeboten werden.

8.2.2.1. Sozialberatungsstellen

Die Sozialberatungsstellen sind nicht nur ein spezielles Angebot des SHVSE, sondern fungieren in ganz Oberösterreich als Anlaufstellen für Menschen, die soziale Unterstützung und Informationen über Hilfsmöglichkeiten im Rahmen der Pflege und Betreuung benötigen. Primäres Anliegen der Sozialberatungsstellen ist es, den Menschen den Zugang zu sozialen Hilfen zu erleichtern. Die Sozialhilfeverbände haben laut Gesetz (gemäß § 31 Abs. 5-7 des oberösterreichischen Sozialhilfegesetzes 1998) die Verpflichtung zur Errichtung von Sozialberatungsstellen in ihrem jeweiligen regionalen Zuständigkeitsgebiet. Im Jahr 2007 haben in Oberösterreich insgesamt 24.983 KlientInnen mit 56.738 verschiedenen Anliegen die Dienste der Sozialberatungsstellen in Anspruch genommen. Wie aus der nachfolgenden Tabelle ersichtlich, betraf die Beratung primär finanzielle Angelegenheiten und die Pflege und Betreuung (vgl. Land OÖ, 2008, 18-20).

Abbildung 8-2: Beratungsleistungen der Sozialberatungsstellen in OÖ 2007 (vgl. Land OÖ, 2008, 20; eigene Darstellung)

Beratungsbedarf absteigend gereiht	Absolute Zahlen	%
finanzielle Angelegenheiten	25.209	44,43
Pflege und Betreuung	18.872	33,26
sonstige Beratungsthemen (Ehe- und Familienberatung, Alkoholberatung, Frauenberatung, etc.)	4.997	8,81
Antrag auf *	3.824	6,74
Wohnen	2.599	4,58
Arbeit	868	1,53
Sucht	247	0,44
Gewalt	122	0,22

*... bezieht sich auf Antragstellung für die Aufnahme in ein Alten- und Pflegeheim, Hauskrankenpflege, mobile Betreuung und Hilfe, Sozialbetreuung mit dem Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit, Heimhilfe

Derzeit gibt es im Bezirk Steyr-Land zwei Sozialberatungsstellen (jeweils eine Beratungsperson pro Stelle) in Garsten und in Sierning, deren Einsatzgebiete auf den gesamten Bezirk aufgeteilt sind. An bestimmten Tagen findet auch in Bad Hall und Weyer von diesen beiden Beratungspersonen eine Sozialberatung statt (vgl. SHVSE, 2010; Homepage-Information). Konkrete Zahlen zu den Sozialberatungsstellen im Bezirk Steyr-Land, um Rückschlüsse auf die konkrete Inanspruchnahme im Bezirk ziehen zu können, konnten in der Literatur nicht gefunden werden.

8.2.2.2. Geldaushilfen

Für Menschen in einer besonderen sozialen Notlage werden vom SHVSE Geldaushilfen gegeben. Dabei handelt es sich nach den Richtsätzen der Oö. Sozialhilfeverordnung um einmalige oder laufende Geldleistungen bzw. um Krankenhilfe (z.B. die Kostenübernahme für eine Selbstversicherung in der Krankenversicherung oder die Übernahme von noch ausstehenden Pflegegebühren in Krankenanstalten). Die Geldleistungen sind unter bestimmten Umständen von den EmpfängerInnen selbst, ihrer Erben, von unterhaltspflichtigen Angehörigen oder von Personen, die vom/von der HilfsempfängerIn beschenkt wurden, rückzuerstatten (vgl. SHVSE, 2010; Homepage-Information).

8.2.2.3. Familienhilfe

Die Familienhilfe fällt in Österreich in den Kompetenzbereich der Länder. In Oberösterreich wird die Familienhilfe im Auftrag der regionalen Sozialhilfeverbände von den mobilen Diensten der Caritas angeboten. Unterstützt werden sie dabei vom Sozialressort des Landes Oberösterreichs (vgl. Caritas Oberösterreich, 2007). Die angebotene Familienhilfe im Bezirk Steyr-Land ist somit in den Landesgesetzen geregelt.

Die Caritas Oberösterreich bietet die Familienhilfe als Kurzzeit- oder Langzeithilfe an. Der/die FamilienhelferIn hat eine Ausbildung, die ihn/sie dazu befähigt, Aufgaben in der Kinderbetreuung, in der Pflege und im Haushalt zu übernehmen bzw. um bei Krisensituationen innerhalb der Familien helfen zu können. Die Krisensituationen umfassen unter anderem die Kinderbetreuung bei Krankheit oder Krankenhausaufenthaltes eines Elternteils, die Betreuung von kranken Kindern bei Berufstätigkeit der Eltern oder Hilfe bei sozialen Notsituationen (vgl. Caritas Oberösterreich, 2007).

In der Kurzzeitfamilienhilfe werden die Aufgaben und Tätigkeitsbereiche der FamilienhelferInnen gemeinsam mit der Familie geplant. Für eine Langzeitfamilienhilfe benötigt man einen Bewilligungsentscheid des Sozialhilfeverbandes. Das tägliche Betreuungsausmaß und die Gesamteinsatzdauer werden nach einer Bedarfsabklärung verbindlich schriftlich vereinbart und festgehalten. Die Familienhilfe kann stundenweise oder ganztags in Anspruch genommen werden. Wie lange die Familienhilfe ins Haus kommt, hängt von der jeweiligen Situation und dem Aufgabenumfang ab. Im Rahmen der Kurzzeithilfe beträgt die Einsatzdauer in der Regel zwischen zwei bis vier Wochen. In der Langzeitfamilienhilfe beträgt die Anspruchsdauer zwischen sechs Monaten und drei Jahren. Die Kosten für die Familienhilfe sind sozial gestaffelt. Die Höhe der finanziellen Eigenleistung richtet sich nach dem Familiennettoeinkommen. Jene Kosten, die nicht durch die KlientInnenbeiträge gedeckt werden, werden jeweils zur Hälfte aus den Sozialhilfemitteln des Landes Oberösterreich, sowie aus den Mitteln der regionalen Sozialhilfeverbände (inkl. den finanziellen Gemeindebeteiligungen) finanziert (vgl. Caritas Oberösterreich, 2007).

Es ist ersichtlich, dass hier wesentliche Ansätze des Konzeptes der Familiengesundheitspflege vorhanden sind. Die hilfsbedürftige Person wird bereits im Kontext der Familie wahrgenommen und man versucht, der ganzen Familie in Krisenzeiten zu helfen. Es stellt sich allerdings dennoch die Frage, ob die FamilienhelferInnen für ihre essentiellen Aufgaben genügend geschult und ausgebildet sind, um den Familien bestmöglich helfen zu können. Betrachtet man die aktuellen Ausbildungsangebote, so wird man im Bereich der Familiengesundheitspflege nicht fündig, was ein eindeutiges Indiz für mangelnde Ausbildungsmöglichkeiten in diesem Pflegebereich ist.

8.2.2.4. Mobile Hilfe und Betreuung

Für die mobile Hilfe und Betreuung werden im Bezirk Steyr-Land das Rote Kreuz und die Caritas OÖ vom SHVSE beauftragt. Für den nördlichen Bezirksteil ist das Rote Kreuz zuständig und für den südlichen Bezirksteil die Caritas (siehe Grafik).

Abbildung 8-3: Zuständigkeitsaufteilung RK und Caritas im Rahmen des SHVSE (vgl. Neustifter, 2009²⁴)



Die mobile Hilfe und Betreuung wird nach dem Oö. Altenfachbetreuungs- und Heimhilfegesetz von 2002 durchgeführt. Primäre Aufgabe der mobilen Hilfe und Betreuung ist eine ganzheitliche Hilfestellung, um das soziale und körperliche Wohlbefinden von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen unabhängig vom Alter zu erhöhen und ihnen somit einen längeren Verbleib in ihren eigenen vier Wänden gewährleisten zu können. Darunter fallen Tätigkeiten wie Einkaufen, Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme, Körperpflege und Hausführung und die Begleitung zu ÄrztInnen oder Behörden (vgl. Ackerl, 2007, 9).

Die Kosten der mobilen Hilfe und Betreuung hängen von der Höhe des Einkommens (abzüglich Miete, Hauseigentümerpauschale, Heizung, Betriebskosten) und vom Bezug eines Pflegegeldes ab. Folgende Tabelle soll einen Überblick der derzeitigen Tarife geben:

²⁴ Verweis auf Fußnote 21

Abbildung 8-4: SHVSE Tariftabelle für die mobile Hilfe und Betreuung (vgl. SHVSE, 2010; Homepage-Information)

	Alleinstehende	Ehepaare bzw. Lebensgemeinschaft	Kostenbeitrag in € pro Betreuungsstunde
Unter	783,99	1.175,45	0,82
bis	883,99	1.275,45	1,63
bis	983,99	1.375,45	2,47
bis	1.083,99	1.475,45	4,08
bis	1.183,99	1.575,45	6,12
bis	1.283,99	1.675,45	8,20
bis	1.383,99	1.775,45	10,23
bis	1.483,99	1.875,45	12,26
bis	1.583,99	1.975,45	14,27
bis	1.683,99	2.075,45	16,30
bis	1.783,99	2.175,45	18,38
über	1.983,99	2.375,45	22,46

Der Kostenbeitrag bei Pflegegeldbezug beträgt 4,13 Euro/Betreuungsstunde. Will man mobile Hilfe und Betreuung in Anspruch nehmen, muss man sich an den Hausarzt wenden, der den Kontakt zum jeweiligen zuständigen Anbieter aufnimmt (vgl. SHVSE, 2010; Homepage-Information).

Laut dem Bedarfs- und Entwicklungsplan Neu/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen betrug im Jahr 2006 der Bedarf an Vollzeitäquivalenten im Bezirk Steyr-Land 28,9 bei 448 KlientInnen. Für das Jahr 2010 werden 37,2 Vollzeitäquivalente bei 544 KlientInnen prognostiziert und für 2015 bereits 47,9 Vollzeitäquivalente bei 655 KlientInnen. Mit dieser Anpassung sollen Faktoren, wie das Auflösen von familiären Netzwerken, die Zunahme von Einpersonenhaushalten von SeniorInnen und die Entlastung von pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden (vgl. Ackerl, 2007, 9).

Laut E-Mail von Herrn Neustifter von der Bezirkshauptmannschaft Steyr Land waren mit 1.1.2009 11,2 Vollzeitäquivalente FachsozialarbeiterInnen Altenarbeit beim Roten Kreuz und 8,16 FachsozialarbeiterInnen Altenarbeit bei der Caritas in der Mobilen Betreuung und Hilfe in Steyr-Land tätig. Zudem waren 2,5 Vollzeigäquivalente HeimhelferInnen beim Roten Kreuz und 1,25 Vollzeitäquivalente HeimhelferInnen bei der Caritas angestellt gewesen. In Summe waren demnach zu dieser Zeit 23,11 Vollzeitäquivalente in der mobilen Pflege und Betreuung im Bezirk tätig. Das sind, im Vergleich zu den Ergebnissen des Bedarfs- und Entwicklungsplans um rund 5 Vollzeitäquivalente weniger als in der Bedarfsplanung für 2006 errechnet wurde, wobei zusätzlich anzumerken ist, dass die Bedarfsplanung für 2009 aufgrund der demographischen

Entwicklung eigentlich höher einzustufen ist als für 2006. Trotzdem wird von Seiten des SHVSE behauptet, dass das Hilfsangebot ausreichend ist.

In diesem Zusammenhang ergibt sich folgende Überlegung: Werden die demographischen Entwicklungsprognosen für die Region nicht ernst genommen? Das könnte dazu führen, dass zusätzliche finanzielle Mittel für die extramurale Pflege und Betreuung von Bund, Land und den Gemeinden als nicht notwendig erachtet werden. Es wird zwar propagiert, dass das Angebot dennoch ausreichend ist. Hilfesuchende können diesbezüglich allerdings am wenigsten beurteilen, ob die Hilfsangebote adäquat vorhanden sind, da sie aufgrund der strikt verteilten Zuständigkeitsbereiche der einzelnen Organisationen keine Vergleichsmöglichkeit in punkto Qualität haben. Will man langfristig eine qualitative Versorgung im extramuralen Bereich gewährleisten, so dürfen die demographischen Entwicklungsprognosen nicht ignoriert werden, denn das führt lediglich zu Defiziten in der finanziellen Unterstützung und somit zum Stillstand. Das bereits erwähnte Problem, dass Teilzeitkräfte oftmals über ihr Arbeitspensum, in Form von Mehrstunden und nicht durch Überstunden mit Zuschlägen, hinaus arbeiten und somit nicht in der Überstundenstatistik aufscheinen, könnte zwar eine Erklärung für die fehlenden 5 prognostizierten Vollzeitäquivalenten sein. Das ist aber kein Garant dafür, dass die Qualität darunter nicht leidet.

8.2.2.5. Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege wird im Bezirk Steyr-Land ausschließlich von diplomierten Pflegepersonal des Roten Kreuzes durchgeführt. Dabei handelt die diplomierte Pflegefachkraft auf Anordnung des/der behandelnden ÄrztIn, was dazu führt, dass während der gesamten Pflegedauer Kontakt zwischen Pflegefachkraft und Arzt bestehen sollte. Die Pflegedauer ist abhängig vom medizinischen und pflegerischen Bedarf (vgl. Land OÖ, 2010; Homepage-Information).

Die Tätigkeiten der medizinischen Hauskrankenpflege beinhalten unter anderem Verbandswechsel, Katheter setzen, Sondenlegung, Injektionen, Blutabnahme, präventive Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung sowie die Pflegeplanung und Evaluierung. In der Pflegeberatung fungiert die Pflegefachkraft oft als Beratungsorgan für die pflegenden Angehörigen und stellt ein Bindeglied zwischen Familie (pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige, andere Familienmitglieder), ÄrztInnen und anderen Gesundheitseinrichtungen dar. Für die Inanspruchnahme einer medizinischen Hauskrankenpflege ist ebenfalls wieder der/die HausärztIn zu kontaktieren, der die nötigen Maßnahmen dafür in die Wege leitet (vgl. Rotes Kreuz Steyr-Land, 2009; Homepa-

ge-Information). Die Interviewergebnisse im empirischen Teil der Arbeit zeigen allerdings, dass die Realität der pflegenden Angehörigen aus Großraiming nicht dem Ideal einer medizinischen Hauskrankenpflege entspricht.

Die Finanzierungsproblematik der medizinischen Hauskrankenpflege wurde bereits behandelt. Es wird an dieser Stelle deshalb nicht mehr darauf eingegangen. Fakt ist allerdings, dass die medizinische Hauskrankenpflege lediglich Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinn berücksichtigt und nur im Falle solcher Krankheiten von den Krankenkassen bezahlt wird. Aufgrund dieser Definition kommt es dazu, dass die Pflichtleistungen für die medizinische Hauskrankenpflege bedeutend geringer sind, als ursprünglich geplant und somit die wesentlichen Kosten auf die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen zurückfallen.

8.2.2.6. Tagesbetreuung

Der SHVSE bietet gemeinsam mit dem Roten Kreuz Steyr-Land eine Tagesbetreuung an. Die primären Ziele der Tagesbetreuung bestehen darin, pflegende Angehörige einen Tag in der Woche zu entlasten, Alleinstehende zu unterstützen, die Mobilität der pflegebedürftigen Menschen zu fördern und die sozialen und gesellschaftlichen Kontakte dieser Menschen aufrecht zu erhalten. Die Betreuung erfolgt durch freiwillige MitarbeiterInnen der Sozialdienstgruppen des Roten Kreuzes. Die Tätigkeit fällt unter den Kompetenzbereich Nachbarschaftshilfe und beinhaltet Hilfsleistungen wie gemeinsames Essen, Aktivitätstraining, Spiele, Musik, Gymnastik, etc. und zum Teil pflegerische Betreuung. Das Tagesbetreuungsangebot bezieht sich derzeit lediglich auf die Gemeinden Sierning, Aschach an der Steyr, Schiedlberg und Maria Neustift. Im restlichen Bezirk wird noch keine Tagesbetreuung von Seiten des SHVSE und dem Roten Kreuz Steyr-Land angeboten. Die Kosten für einen Betreuungstag betragen 22 Euro inkl. Mahlzeit. Für ein Bad werden 5 Euro zusätzlich in Rechnung gestellt. Der Transport zur Tagesbetreuungsstätte und retour nach Hause kann entweder vom Roten Kreuz veranlasst werden und ist somit kostenpflichtig, oder wird privat von den Angehörigen oder der Betreuungsperson organisiert (vgl. Rotes Kreuz Steyr-Land, 2010; Homepage-Information).

8.2.2.7. Pflege- und Betreuungsangebote in Steyr-Land unabhängig vom SHVSE

Das Rote Kreuz Steyr-Land und die Caritas Oberösterreich bieten unabhängig vom Sozialhilfeverband noch weitere Leistungen an. Das Rote Kreuz ist zusätzlich Ansprechperson für Krankentransporte, Essen auf Rädern, Betreutes Reisen und der Rufhilfe. Die Caritas OÖ bietet zusätzlich ein mobiles Hospiz (Palliative Care), betreutes Wohnen, Servicestellen für pflegende

Angehörige und die Dienstleistung Invita an, bei der Menschen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit einer Langzeitbetreuung haben.

Nicht wegzudenken ist das unersetzbare freiwillige Engagement der Bevölkerung. Einige Gemeinden im Bezirk bieten im Rahmen des Vereins „Netzwerk Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich zahlreiche Hilfen in Form von Informationsveranstaltungen, Stammtische für pflegende Angehörige, etc. an. Nähere Informationen dazu liefert das Kapitel 8.4.3. (Ehrenamt/freiwilliges Engagement im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in Großraming).

Es gibt noch andere Privatorganisationen (z.B. Volkshilfe und Hilfswerk) im Bezirk Steyr-Land, die Dienstleistungen im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung anbieten, auf die jedoch in dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird.

8.3. Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich im Bezirk Steyr-Land und Umgebung

Es wurde bereits aufgezeigt, welche Berufsgruppen in der extramuralen Pflege- und Betreuung in Steyr-Land tätig sind. In diesem Kapitel sollen die Ausbildungsmöglichkeiten in der Region und der Umgebung beschrieben werden. Es werden die Möglichkeiten der Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Pflegehilfe und Heimhilfe), für Sozialberufe, die im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung arbeiten und für universitäre Ausbildungen im Bereich der Pflege und Betreuung aufgezeigt. Das Kapitel soll hilfreiche Informationen bzgl. einer möglichen Ansiedlung einer Ausbildung im Bereich der Familiengesundheitspflege in der Region geben.

8.3.1. Ausbildungsmöglichkeiten für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege

In Oberösterreich wird die Ausbildung für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege und psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege hauptsächlich auf speziell dafür eingerichtete Schulen gelehrt, die jeweils in ein Krankenhaus integriert sind. Folgende Ausbildungsstätten (vgl. Land OÖ, 2006, 77-81) gibt es diesbezüglich im Bezirk Steyr-Land und Umgebung:

- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am LKH Steyr (inkl. Ausbildung zum/zur FachsozialarbeiterIn Altenarbeit und Ausbildung zur Pflegehilfe)
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am LKH Kirchdorf (inkl. Ausbildung zur Pflegehilfe)
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am allgemeinen öffentlichen Krankenhaus der Elisabethinen in Linz
- Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege am Ausbildungszentrum der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (inkl. Ausbildung zum/zur FachsozialarbeiterIn Altenarbeit und Ausbildung zur Pflegehilfe)
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Allgemein öffentlichen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz (inkl. Bakkalaureat der Pflegewissenschaft – vierjährig, in Kooperation mit der Universität Hall/Tirol)
- Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege an der Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg in Linz
- MED Ausbildungszentrum am AKH der Stadt Linz (inkl. Ausbildung zur Pflegehilfe)
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des BFI Oberösterreich in Linz
- Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Diakonissen-Krankenhaus Linz

Für den Bezirk Steyr-Land sind die Ausbildungsstätten in den Städten Steyr, Kirchdorf und Linz jene, die am nächsten sind.

8.3.2. Ausbildungsmöglichkeiten für Pflegehilfe, Heimhilfe und andere Soziale Berufe

Die Pflegehilfe und die Heimhilfe zählen, wie bereits erwähnt, zu den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen. Die FachsozialarbeiterInnen Altenarbeit (ehem. AltenfachbetreuerInnen) haben aufgrund ihrer Ausbildung ebenfalls die Berufsberechtigung für die Pflegehilfe, zählen aber zur Berufsgruppe der Sozialberufe. Diese drei Berufe kann man in Oberösterreich zum Teil auf allgemeinen Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege (siehe voriges Kapitel) erlernen, oder auf Schulen und Akademien für Sozialberufe, die außer diesen drei Ausbildungsmöglichkeiten noch eine Palette anderer Berufsausbildungsmöglichkeiten anbieten. Die folgende Auflistung (vgl. Land OÖ, 2006, 85-89) beinhaltet Schulen für Sozialberufe im Bezirk Steyr-Land und Umgebung:

- Steyr: Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe des Vereins zur Erhaltung und Förderung der Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe
Ausbildungsmöglichkeiten:
FachsozialarbeiterIn Altenarbeit, Pflegehilfe
- Linz: Altenbetreuungsschule des Landes OÖ
Ausbildungsmöglichkeiten:
FachsozialarbeiterIn Altenarbeit, je nach Bedarf Heimhilfe, basales und mittleres Management, PflegedienstleiterInnen, HeimleiterInnen, etc.
- Linz: Schule für Sozialbetreuungsberufe mit Ausbildungsschwerpunkt Behindertenarbeit/Behindertenbegleitung der Caritas der Diözese Linz
Ausbildungsmöglichkeiten:
Dipl.-Behindertenpädagogin, FachsozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung, DiplomsozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung
- Linz: Schule für Sozialbetreuungsberufe der Caritas für Betreuung und Pflege
Ausbildungsmöglichkeiten:
FachsozialarbeiterIn Altenarbeit, Pflegehilfe, Familienhilfe, DiplomsozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Familienarbeit (dreijährig)

Zudem kann man in 5 regionalen BFI Ausbildungsstätten (Region Linz/Mühlviertel, Region Innviertel, Region Steyr, Region Salzkammergut, Region Wels) und am WIFI Linz Aus- und Weiterbildungen im Gesundheits- und Sozialbereich in Tagesform oder berufsbegleitend absolvieren (vgl. Land OÖ, 2006, 85-89).

Für die Region Steyr-Land sind die Ausbildungsstätten in Steyr und Linz jene, die verkehrstechnisch am günstigsten gelegen sind. Es ist anzumerken, dass lediglich die Schule für Sozialbetreuungsberufe der Caritas für Betreuung und Pflege in Linz eine Ausbildung mit Schwerpunkt Familienarbeit anbietet (Familienhilfe und DiplomsozialbetreuerIn mit Schwerpunkt Familienarbeit).

8.3.3. Ausbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich auf akademischen Niveau

Die Akademisierung der Pflege, der Sozialberufe und der medizinisch-technischen Dienste hat in Österreich erst vor 5-10 Jahren begonnen. In Oberösterreich sind die meisten Akademien für Sozialarbeit in Fachhochschulstudiengänge umgewandelt worden. Die Ausbildungsdauer beträgt

in den Ausläuferstudien 8 Semester (Magisterabschluss) bzw. aufgrund der Bolognaregelung nunmehr 6 Semester (Bachelorabschluss), mit der Möglichkeit, ein weiterführendes Masterstudium (Dauer 4 Semester) zu belegen. Im Bereich der medizinisch-technischen Dienste und der Pflege verläuft die Eingliederung in das tertiäre Ausbildungssystem (Ausbildung mit Universitätscharakter) sehr schleppend und langsam, was die Professionalisierung dieser Berufsgruppen zum einen hemmt und zum anderen nicht gerecht wird. Die medizinisch-technischen Dienste sind bereits hauptsächlich an Akademien mit universitärem Abschlussniveau angesiedelt. Die Ausbildung für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege wird noch fast ausschließlich an den Schulen angeboten. Lediglich die Vinzentinum Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am allgemein öffentlichen Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Linz bietet die Möglichkeit, die Diplomausbildung zusätzlich mit einem Bakka-laureat in Pflegewissenschaft abzuschließen. Die Ausbildung dauert hierbei 4 Jahre und erfolgt in Kooperation mit der Universität Hall in Tirol. Im Oktober 2009 hat die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Landeskrankenhaus Vöcklabruck in Kooperation mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität ein Studium der Pflegewissenschaften einschließlich der Ausbildung zur/zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester/-pfleger gestartet. Die Ausbildung ist kostenpflichtig, läuft unter dem Titel „2 in 1 Modell Pflege“ und wird ab Oktober 2010 auch am Landeskrankenhaus in Steyr angeboten (vgl. Gespag²⁵, 2010; Homepage-Information).

Weiterführende Studiengänge im Bereich der Pflege sind rar und beschränken sich fast ausschließlich auf wiederum kostenpflichtige Universitätslehrgänge mit Schwerpunkt Management, Leitung und Lehre. Die folgende Übersicht der universitären Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der Pflege und Betreuung in Oberösterreich (vgl. Land OÖ, 2006, 98-111) bestätigt diese Aussage:

Fachhochschulstudiengänge:

- FH OÖ Campus Linz – Social/Health

Ausbildungsmöglichkeiten:

Medizintechnik (bakk.), Soziale Arbeit (bakk. oder berufsbegleitend), Sozial- und Verwaltungsmanagement (berufsbegl.), Masterstudium Soziale Arbeit ab 2010 geplant

- FH OÖ Campus Steyr – Management

²⁵ Gespag – Gesundheits- und Spitals-AG Oberösterreich

Ausbildungsmöglichkeiten:

Prozessmanagement Gesundheit (bakk., oder berufsbegleitend)

Universitätsstudiengänge:

- BFI Oberösterreich Linz in Kooperation mit der Hamburger Fern-Hochschule

Ausbildungsmöglichkeiten:

Pflegemanagement

Universitätslehrgänge und Lehrgänge universitären Charakters:

- Haslach: Body&Health Academy – School auf Public Health

Ausbildungsmöglichkeiten:

Lehrgang universitären Charakters MBA Gesundheits- und Sozialmanagement, Lehrgang universitären Charakters Master of Public Health

- Linz: Johannes Kepler Universität

Ausbildungsmöglichkeiten:

Universitätslehrgang für lehrendes bzw. leitendes Personal im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und in den gehobenen medizinisch-technischen Diensten, Universitätslehrgang für Gesundheitsmanagement, Universitätslehrgang Aufbaustudium of Public Health and Hospital Management PMPB, Universitätslehrgang Sozialmanagement, Universitätslehrgang Aufbaustudium Sozialmanagement MBA

- Linz: PGA Akademie

Ausbildungsmöglichkeiten:

Universitätslehrgang für integrative Gesundheitsvorsorge und –förderung

Die Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung sind auf sekundärem Bildungsniveau durchaus gegeben. Es ist allerdings anzumerken, dass es aufgrund der demographischen Entwicklungen in Zukunft Spezialisierungen geben muss, wie z.B. eine Spezialisierung im Bereich der Familiengesundheitspflege. Dabei gilt es, eine klare Abgrenzung zwischen den Gesundheits- und Krankenpflegeberufen und den Sozialberufen zu schaffen, damit Kompetenzüberschreitungen vermieden werden. Auf tertiärem Bildungsniveau sind die Ausbildungsmöglichkeiten in Oberösterreich im Bereich der Pflege und Betreuung sehr begrenzt. Überwiegend werden kostenpflichtige Universitätslehrgänge im Bereich Management, Leitung und Lehre angeboten. Vor allem im tertiären Bildungssystem, in Anbetracht der bereits zum Teil

stattfindenden Akademisierung der Pflege wird man in Zukunft einiges ändern müssen. Die Berücksichtigung der demographischen Entwicklungen ist unumgänglich, um ein adäquates Angebot stellen zu können. Die Familiengesundheitspflege sollte langfristig gesehen nach Möglichkeit in das tertiäre Bildungssystem integriert werden.

8.4. Die Gemeinde Großraming und ihre extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft

Dieses Kapitel soll Eckdaten der Gemeinde liefern und einen kurzen Überblick über die extramurale Pflege- und Betreuungslandschaft, sowie über das vorhandene freiwillige Engagement in Großraming geben und so zum besseren Verständnis der Interviewergebnisse beitragen.

8.4.1. Eckdaten der Gemeinde Großraming

In der Gemeinde Großraming lebten per 1.1.2009 2.736 EinwohnerInnen, wovon 15,2 % unter 15 Jahren, 64,7 % 15 bis 64 Jahre und 20,1 % 65 Jahre und älter waren. Insgesamt lebten per 15. Mai 2001 764 Familien in der Gemeinde, wovon 80 % dem Familientyp „Ehepaar“ angehörten, 8,1 % dem Typ „Lebensgemeinschaft“, 10,5 % waren „alleinerziehende Mütter“ und 1,4 % „alleinerziehende Väter.“ 32,9 % der Familien hatten keine Kinder, 25,7 % ein Kind, 27,1 % zwei Kinder, 9,6 % drei Kinder und 4,8 % vier Kinder oder mehr. Die Gemeinde zählte 2001 976 Haushalte, wovon 23,6 % in Einpersonenhaushalte, 27,2 % in Zweipersonenhaushalte, 16,2 % in Dreipersonenhaushalte, 19,1 % in Vierpersonenhaushalte und 14,0 % in Haushalten mit fünf Personen oder mehr lebten (vgl. Statistik Austria, 2009).

Anhand dieser Daten lässt sich ableiten, dass rund ein Fünftel der Gemeindebevölkerung bereits 65 Jahre und älter ist und dass die gesellschaftliche Einheit „Familie“ in Großraming durchaus Relevanz besitzt. Das System Familie, als Handlungsfeld für die Familiengesundheitspflege, ist in Großraming demnach durchaus gegeben.

8.4.2. Extramurales Pflege- und Betreuungsangebot in Großraming

Wie bereits erwähnt, beauftragt der Sozialhilfeverband Steyr-Land für die Pflege und Betreuung zu Hause das Rote Kreuz und die Caritas, die sich ihre Leistungen regional aufteilen. Für die medizinische Hauskrankenpflege ist das Rote Kreuz im gesamten Bezirk zuständig, die restlichen Leistungen werden je nach Region von einer der beiden Organisationen angeboten. Die Gemeinde Großraming fällt in den Zuständigkeitsbereich der Caritas. Auf das Angebot der mo-

bilen Dienste in der Region wurde bereits eingegangen und es wird an dieser Stelle nicht mehr näher abgehandelt.

Im Rahmen des Projektes „Betreubares Wohnen“ entstand im Ortszentrum von Großraming ein Wohnhaus mit acht behindertengerecht ausgestatteten Wohnungen, welche seit August 2004 bewohnt werden. Die Wohnungen sollen vor allem älteren Menschen die Möglichkeit geben, so lange wie möglich selbstständig in einer eigenen Wohnung zu leben, unabhängig davon, ob Betreuungshilfen in Anspruch genommen werden oder nicht (vgl. Gemeinde Großraming, 2010; Homepage-Information).

Des Weiteren wurde in der Jännerausgabe der Großraminger Gemeindezeitung (2010, 6) das Projekt „Tagesbetreuung für ältere Menschen“ vorgestellt, indem ältere Menschen jeweils an Donnerstagen von 8:00 – 17:00 Uhr, unter der Leitung einer diplomierten Pflegefachkraft und in dazu passenden Räumlichkeiten betreut, versorgt und gepflegt werden. Dadurch sollen pflegende Angehörige entlastet werden. Die täglichen Kosten belaufen sich auf 35,00 Euro und decken die Betreuung und Verpflegung ab. Das Projekt startet, wenn sich genügend InteressentInnen bei der Gemeinde angemeldet haben.

8.4.3. Ehrenamt/freiwilliges Engagement im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in Großraming

Das freiwillige Engagement im Rahmen der Pflege und Betreuung in Großraming ist weitreichend und eine unabdingbare Unterstützung für Familien, die ein pflegebedürftiges Familienmitglied zu Hause betreuen. Das Rote Kreuz Steyr-Land und die Caritas Oberösterreich profitieren ebenfalls von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die in ihrem Auftrag soziale Dienste verrichten. Das Rote Kreuz bietet diesbezüglich den Hilfsdienst Essen auf Rädern an, der in Großraming von einheimischen freiwilligen MitarbeiterInnen durchgeführt wird. Zusätzlich ist eine Gemeindebürgerin ehrenamtlich für das Rote Kreuz als Beraterin tätig. Sie informiert bei Bedarf die BürgerInnen unter anderem über die Anschaffung notwendiger Krankenbehelfe (Rollstühle, Krankenbetten, etc.) (vgl. Gemeinde Großraming, 2009, 1).

Das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ in Oberösterreich, in dem Großraming per Gemeinderatsbeschluss vom 11. November 2001 vertreten ist, basiert auf dem Gesundheitskonzept der WHO (Gesundheit 21) und hat das Ziel, dass die Gemeinde aktiv an der Gesundheitsförderung für ihre BürgerInnen mitarbeitet. Dafür bilden sich zur Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen partei- und vereinsübergreifende Arbeitskreise aus ehrenamtlichen mitwirken-

den GemeindebürgerInnen, sowie einheimischen GesundheitsexpertInnen. Die Ideen für die Aktivitäten kommen entweder direkt aus der Gemeinde und orientieren sich an den Bedürfnissen der GemeindebürgerInnen, oder richten sich nach den Themenschwerpunkten der Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich (primär Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit und medizinische Themen). Auf Gemeindeebene werden die Arbeitskreise von ArbeitskreisleiterInnen geführt, welche auch als Hauptansprechpersonen fungieren. Zusätzlich gibt es im Gemeindeamt eine/n MitarbeiterIn, die die Aufgaben im Rahmen des Netzwerks mitkoordiniert. Auf Landesebene obliegt die Koordinierung dem „Gesunde Gemeinde Team“ der Abteilung Gesundheit. Zusätzlich existiert in jedem Bezirk eine Regionalbetreuung. Die Aktivitäten werden je nach den örtlichen Ressourcen gestaltet. Regionale und externe ReferentInnen halten im Rahmen der Gesundheitsförderung Vorträge, Seminare, etc. Primäres Anliegen des Netzwerkes „Gesunde Gemeinde“ ist es, örtliche Organisationen, Vereine und Institutionen für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und zu vernetzen. Die Aktivitäten des Netzwerkes werden aus Mitteln des Gemeindebudgets (Empfehlung: 1 Euro pro GemeindebürgerIn) und aus einer einmaligen Starthilfe vom Land Oberösterreich von derzeit 1.000 Euro finanziert. Zudem können für bestimmte Themen noch zusätzliche finanzielle Hilfen beantragt werden. Für die Öffentlichkeitsarbeit werden Publikationen in Gemeindezeitungen, regionalen Zeitungen und die Homepages der Gemeinden und des Netzwerkes „Gesunde Gemeinde“ herangezogen. Die Aktivitäten des Netzwerkes sollen Erkenntnisse über Prävention und Gesundheitsförderung in der Region bringen und nicht die Grundsätze der Schulmedizin oder wissenschaftliche Erkenntnisse in Frage stellen. Die Gemeinden erhalten nach dreijähriger Mitarbeit im Netzwerk ein Qualitätszertifikat, welche die Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung in der Region bestätigen soll (vgl. Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich, 2010; Homepage-Information).

Durch das Netzwerk entstanden in den oberösterreichischen Landesbezirken zahlreiche Stammtische für pflegende Angehörige. Im Bezirk Steyr-Land gibt es derzeit 12 solcher Stammtische (LKH Steyr, Großraming, Sierning, Schiedlberg, Aschach an der Steyr, Wolfert, Dietach, Pfarrkirchen, Adlwang, Rohr, Waldneukirchen, Bad Hall). In Großraming existiert der Stammtisch für pflegende Angehörige seit Beginn des Jahres 2009 und wird nach den Aussagen der InterviewpartnerInnen zu Folge als große Bereicherung angesehen. Das Angebot richtet sich an BürgerInnen, die einen kranken und/oder alten Menschen zu Hause pflegen und betreuen. Finanziert wird der Stammtisch vom Land Oberösterreich und den Gemeinden. Beim Stammtisch treffen sich einmal im Monat pflegende Angehörige in von der Gemeinde zu Verfügung gestellten passenden Räumlichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Eine diplomierte Pflegefachkraft aus der Ge-

meinde leitet den Stammtisch ehrenamtlich, steht mit Rat und Tat zur Seite, stellt Kontakte zu benötigten Unterstützungsangeboten her und versucht durch gemeinsame Aktivitäten, die pflegenden Angehörigen vom Alltag wegzubekommen und abzulenken. Dadurch können diese wieder Energie tanken und eine soziale Isolation vermeiden (vgl. Land OÖ, 2009, 1-2).

Inwieweit die pflegenden Angehörigen in der Gemeinde Großraming mit dem regionalen und örtlichen Angebot im Rahmen der Pflege und Betreuung zufrieden sind, welche Probleme sie haben und was sie vom Angebot der Familiengesundheitspflege halten, soll im empirischen Teil der Arbeit näher dargelegt werden. Es soll dadurch beispielhaft der Bedarf einer professionellen Familiengesundheitspflege in der Region aufgezeigt werden.

II. EMPIRISCHER TEIL

Der empirische Teil der Arbeit beschreibt die einzelnen Schritte der angewendeten qualitativen Forschungsmethode (problemzentriertes Interview) und beinhaltet die Ergebnisdarstellung. Die darauf folgende Diskussion umfasst die Analyse der ausgewerteten Interviewergebnisse in Relation zur ausgearbeiteten Literatur, sowie Empfehlungen für die Einführung einer professionellen Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land. Ein fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land zeigt die Möglichkeiten der Familiengesundheitspflege in der beforschten Region auf und bildet den Abschluss der Diskussion. Auf die Aussagekraft der Arbeit wird im letzten Kapitel eingegangen.

9. Methodisches Vorgehen

Wie bereits in Kapitel 1.1. (Forschungsfrage und angestrebte Ziele) erwähnt, sind die Forderungen des österreichischen Roten Kreuzes nach einer professionellen Familiengesundheitspflege die logische Folge von nicht zeitgemäßen bzw. fehlenden familienbezogenen und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangeboten in Österreich. Aufgrund der aktuellen Situation im Setting „Pflege zu Hause“, den Forderungen des Roten Kreuzes bzgl. der Einführung einer professionellen Familiengesundheitspflege und nicht zuletzt aufgrund des persönlichen Bezuges und

Interesses am Bezirk Steyr-Land, wurde folgende Forschungsfrage definiert, welche an dieser Stelle nochmals festgehalten wird:

Besteht, aufgrund der Probleme der pflegenden Angehörigen aus der Gemeinde Großraming in der Pflege und Betreuung eines pflegebedürftigen Familienmitgliedes zu Hause, ein Bedarf am Konzept der Familiengesundheitspflege des österreichischen Roten Kreuzes und welche Voraussetzungen müssen für eine Umsetzung im Setting „Pflege zu Hause“ im Bezirk Steyr-Land geschaffen werden?

Anhand mündlicher Befragungen (halbstandardisierte problemzentrierte Leitfadeninterviews) mit pflegenden Angehörigen aus der Gemeinde Großraming werden deren aktuelle Probleme, ihre Zufriedenheit mit dem regionalen Angebot im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause, die Bedeutung der Familie, sowie erste Aussagen über das Konzept der Familiengesundheitspflege des österreichischen Roten Kreuzes erhoben. Es soll beispielhaft der Bedarf für eine professionelle Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land aufgedeckt werden.

Im Rahmen der nun folgenden Kapitel wird die verwendete qualitative Forschungsmethode näher beschrieben. Es sollen die schrittweise Vorgehensweise sowie die persönlichen Überlegungen diesbezüglich festgehalten und die Ergebnisse der Interviews dargestellt werden.

9.1. Das problemzentrierte Interview

Wenn in der Forschung von Interviews die Rede ist, sind mündliche Befragungen gemeint, für die ein planmäßiges Vorgehen und eine wissenschaftliche Zielsetzung typisch sind. Das Interview ist eine sehr beliebte Methode in der qualitativen Pflegeforschung, um Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der interviewten Personen in Erfahrung zu bringen (vgl. Mayer, 2007, 174).

Die Durchführung der Interviews erfolgte in Anlehnung an das Pilotprojekt in Deutschland, bei dem Familien vor bzw. nach der Begleitung durch eine FHN über ihre Erfahrungen und Meinungen diesbezüglich ebenfalls mit Hilfe von problemzentrierten Leitfadeninterviews befragt wurden (vgl. Eberl et al., 2008, 46-47).

Das Ziel eines problemzentrierten Interviews besteht darin, die persönliche Sichtweise der InterviewpartnerInnen zu bestimmten Problemfeldern einer Gesellschaft zu erfahren. Der halb-

standardisierte Interviewleitfaden dient in diesem Zusammenhang dazu, dass alle Aspekte des Problems angesprochen werden, die aus Sicht des/der Forschers/in als wesentlich gesehen werden. Diese Form der Befragungen findet vor allem bei Fragestellungen Anwendung, bei denen kein explorativer Charakter mehr vorhanden ist und somit über das behandelte Problem bereits etwas bekannt ist, bzw. bei stark theoriegeleiteten Fragestellungen, bei denen konkrete und stark themenbezogene Fragen im Vordergrund stehen (vgl. Mayer, 2007, 181-182).

Nach Lamnek (2002, zitiert nach Mayer, 2007, 182) sind folgende drei Aspekte bei einem problemzentrierten Interview wesentlich:

- **Problemzentrierung:** Das Interview ist fokussiert auf ein gesellschaftlich relevantes Problem, welches vorab definiert wird (z.B. die Probleme von pflegenden Angehörigen)
- **Gegenstandsorientierung:** Das Interview orientiert sich am Gegenstand und wird nach ihm entwickelt und modifiziert. Der Interviewleitfaden ist nicht starr, sondern muss laufend dem Gegenstand angepasst werden
- **Prozessorientierung:** Die Prozessorientierung bezieht sich auf den Forschungsprozess und bedeutet, dass die Daten schrittweise gewonnen, geprüft und reflektiert werden

Demzufolge war es für die mündlichen Befragungen der pflegenden Angehörigen wichtig, dass die Befragten gezielte Aussagen zu den in den Interviews festgelegten Themenschwerpunkten gaben. Es wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der die Richtung des Gespräches vorgab und Unterfragen beinhaltete, die gestellt wurden, falls wesentliche Informationen aus den Interviews nicht erhalten wurden.

Die Reihenfolge der Fragen, sowie die Fragenformulierung können bei einem problemzentrierten Leitfadeninterview dennoch verändert und der jeweiligen Interviewsituation angepasst werden. Zudem können Verständnis- und Zwischenfragen gestellt werden (vgl. Mayer, 2007, 174-175).

Die Themenschwerpunkte wurden weitgehend offen gestaltet, sodass die Befragten genügend Artikulationsspielraum für ihre Meinungen und Antworten hatten. Das erwies sich im Nachhinein als sinnvoll, da die pflegenden Angehörigen ein starkes Mitteilungsbedürfnis hatten und

zum Teil Fragen des Interviewleitfadens bereits in ihren ausgiebigen Erzählungen beantworteten, ohne die Frage gestellt bekommen zu haben.

In den folgenden Kapiteln werden die Planung, Durchführung und Auswertung der Interviews behandelt.

9.1.1. Planung der Interviews

Die Planung der Interviews beinhaltete die Erstellung des Interviewleitfadens, den Zugang und die Auswahl der InterviewteilnehmerInnen, sowie forschungsrelevante ethische Überlegungen. Die einzelnen Planungsschritte werden in diesem Kapitel näher beschreiben.

9.1.1.1. Die Erstellung des Interviewleitfadens

Wie bereits in Kapitel 9.1. (Methodisches Vorgehen) erwähnt, wurde die halbstandardisierte (semisstrukturierte) Interviewform gewählt. Der Interviewleitfaden wurde in einem Zeitraum von 4 Wochen entwickelt. Der Fokus im Leitfaden lag auf insgesamt 4 Themenschwerpunkten, zu denen durch zielgerichtete Fragestellungen wesentliche Informationen eingeholt werden sollten.

Zu Beginn des Interviewleitfadens wurden einleitende Fragen zur Dauer der Pflegtätigkeit, zu den Umständen wie es zur Pflegebedürftigkeit des Angehörigen gekommen ist und über die Gründe für die Entscheidung den Angehörigen zu Hause zu pflegen gestellt. Der Grund, warum diese Fragen zu Beginn gestellt wurden, war, dass durch diese Fragen die pflegenden Angehörigen bereits zu Beginn zum Erzählen angeregt wurden. Dadurch sollte von Anfang an die oftmals als unangenehm empfundene Situation des stakkatomäßigen Fragens und Antwortens bei Interviews vermieden werden und ein flüssiger Einstieg ins Interview ermöglicht werden.

Im ersten Themenschwerpunkt liegt der Fokus auf der Familie. Es sollte abgeklärt werden, welche Bedeutung die Familie für die pflegenden Angehörigen hat, inwieweit die gesamte Familie in der Pflege und Betreuung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes involviert ist, welche Auswirkungen und Veränderungen die Pflegebedürftigkeit des Familienmitgliedes für den Rest der Familie zu Folge hat und wie damit und mit gesundheitlichen Veränderungen des pflegebedürftigen Familienmitgliedes umgegangen wird. Des Weiteren sollte in Erfahrung gebracht werden, ob die Familien bereits professionelle Anlaufstellen haben bzw. kennen, die kontaktiert werden können, wenn es aufgrund der Pflegebedürftigkeit ihres Angehörigen zu Problemen oder

Konflikten innerhalb der Familie kommt, sowie ob es oftmals Phasen der Überforderung gegeben hat.

Der zweite Themenschwerpunkt hat die professionelle Pflege- und Betreuungsunterstützung zum Inhalt. Es sollte der Wissensstand der pflegenden Angehörigen über das regionale Angebot der Pflege und Betreuung zu Hause abgeklärt werden. Es wurde nach einer primären Kontaktperson gefragt, die den pflegenden Angehörigen Informationen über mögliche notwendige Pflege- und Betreuungshilfen gibt. Zudem sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Pflege- und Betreuungshilfen in Anspruch genommen werden, wie der Kontakt bzw. die Zusammenarbeit mit den Hilfsdiensten hergestellt wurde und wie diese ihre Arbeit verrichten. Des Weiteren sollte die Thematik des Entlassungsmanagements angesprochen werden.

Im dritten Themenschwerpunkt liegt das Hauptaugenmerk auf Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und ihre Familien. Hierbei sollte das Gesundheitsförderungspotential bzw. die Gesundheitsförderungskompetenz der Familien und der in der Hauskrankenpflege tätigen Pflegepersonen zum Vorschein kommen, sowie das Wissen der pflegenden Angehörigen über konkret angebotene Entlastungsangebote aufgezeigt werden. Die finanzielle Entlastung (Pflegegeld) und die Wertschätzung von pflegenden Angehörigen von Seiten der Familie, Gemeinde und Staat werden ebenfalls thematisiert.

Der vierte Themenschwerpunkt konzentriert sich auf die Familiengesundheitspflege. Es sollten die Meinungen der pflegenden Angehörigen über die Familiengesundheitspflege in Erfahrung gebracht werden. Das Konzept der Familiengesundheitspflege wurde den Befragten bei telefonischer Erstkontaktaufnahme vorgestellt, bzw. noch einmal vor Interviewbeginn in einem direkten Gespräch mittels selbst erstellter Informationsbroschüre. Die Befragten sollten danach Auskunft darüber geben, was sie vom Konzept der Familiengesundheitspflege halten und was sie sich konkret von einer Familiengesundheitspflegekraft erwarten würden (Charaktereigenschaften, Fachwissen, etc.). Somit konnten erste Vorstellungen und Aussagen von pflegenden Angehörigen zum Konzept der Familiengesundheitspflege eingeholt werden.

Am Ende wurde, zur Abrundung des Interviews, nach der generellen Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung zu Hause in der Region gefragt. Des Weiteren konnten die Befragten Wünsche zur Veränderung des aktuellen Pflege- und Betreuungsangebotes äußern, die ihre individuelle

Situation verbessern könnte. Es wurde ihnen auch die Möglichkeit gegeben, noch offen gebliebene Fragen zu klären.

Der verwendete Interviewleitfaden ist zur Ansicht im Anhang beigelegt.

9.1.1.2. Zugang und Auswahl der befragten pflegenden Angehörigen

Das Konzept der Familiengesundheitspflege soll hauptsächlich die Situation von Familien im Umgang mit Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes verbessern. Jene Personen, die in diesem Zusammenhang großen Belastungen ausgesetzt sind, sind bekanntlich pflegende Angehörige. Diese Personengruppe würde von einer professionellen Familiengesundheitspflege mit Sicherheit profitieren. Demnach schien es naheliegend, die Gruppe der pflegenden Angehörigen als Zielgruppe für die mündliche Befragung ins Auge zu fassen. Das Pilotprojekt in Deutschland, bei dem, wie bereits erwähnt, Familien (inkl. pflegende Angehörige) zur selben Problematik befragt wurden, bestätigt diese Überlegung.

Das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich erschien aufgrund der Literaturrecherche als idealer Zugang, um die besagte Zielgruppe über die Stammtische für pflegende Angehörige in der Region zu erreichen. Die Bezirksobfrau des Netzwerkes wurde per E-Mail angeschrieben. Sie vermittelte den Kontakt zur Stammtischleitung der Gemeinde Großraming. Diese wurde telefonisch kontaktiert und im Rahmen eines persönlichen Treffens über das Vorhaben und Anliegen informiert. Die Stammtischleitung wusste über die Pflege- und Betreuungslandschaft in der Gemeinde sehr gut Bescheid und stellte Namen, Adressen und Telefonnummern von potentiellen InterviewpartnerInnen zur Verfügung. Die pflegenden Angehörigen wurden angerufen und vorwiegend ebenfalls über das Vorhaben und die Intentionen der Arbeit informiert. Lediglich zwei von zwölf potentiellen InterviewpartnerInnen verweigerten ein Interview.

Bei der dadurch erhaltenen Gelegenheitsstichprobe handelte es sich um pflegende Angehörige, die zum Teil regelmäßig zum Stammtisch gehen und andere, die dieses Entlastungsangebot aus unterschiedlichen Gründen (siehe Interviewergebnisse) nicht nutzen können. Die nachfolgende Tabelle listet die an der mündlichen Befragung teilgenommenen pflegenden Angehörigen (InterviewpartnerInnen 1-9; IP 1-9) nach den Kriterien *Alter des/der pflegenden Angehörigen in Jahren (A1)*, *Alter des pflegebedürftigen Familienmitgliedes in Jahren (A2)* und *kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation* anonymisiert auf. Die im Rahmen des Prätests befragte Person wurde in die Interviewauswertung nicht miteinbezogen.

IP	A1	A2	
IP 1	74	79	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Das Ehepaar lebt gemeinsam in einer Wohnung mitten im Ort. Der Ehemann (pflegebedürftige Person) war schon jahrelang Alkoholiker. 2004 wurde die Diagnose Alzheimer gestellt. Im selben Jahr begann auch die Pflege- und Betreuungstätigkeit der Ehefrau. Der Ehemann ist in Pflegestufe 3 eingestuft. Seine Ehefrau und er haben jeweils 2 Kinder aus erster Ehe, die auswärts wohnen und nicht in die Pflege involviert sind. Die Ehefrau geht regelmäßig, sofern es die Zeit zulässt, zum Stammtisch für pflegende Angehörige und nahm zum Zeitpunkt des Interviews keine Hilfsdienste in Anspruch. Lediglich einmal in der Woche kommt eine Person von einer vom Land geförderten Institution, die sich mit dem Ehemann 1-2 Stunden beschäftigt (rechnen, Puzzle bauen, etc.).			
IP 2	75	80	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Das Ehepaar lebt gemeinsam in einer Wohnung. Gleich nebenan, im selben Haus, wohnen Tochter und Schwiegersohn, die sich allerdings kürzlich eine Eigentumswohnung im südlichen Österreich gekauft haben und selten zu Hause sind. 2007 erfuhr das Ehepaar, dass der Ehemann Alzheimer und Parkinson hat. Im selben Jahr begann auch die Pflege und Betreuung der Frau für ihren Gatten. Das Ehepaar hat noch eine zweite Tochter, die auswärts wohnt. Diese übernimmt die finanziellen Angelegenheiten bzgl. der Pflege und Betreuung des Vaters. Der Ehemann hat Pflegestufe 4 und es werden derzeit keine Hilfsdienste in Anspruch genommen. Wegen einer Familienkrise vor einigen Jahren wurde die Sozialberatungsstelle bzgl. Hilfe kontaktiert. Die Ehefrau geht, sofern sie in dieser Zeit jemanden organisieren kann, der bei ihrem Mann bleibt, regelmäßig zum Stammtisch für pflegende Angehörige.			
IP 3	76	74	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Das Ehepaar lebt in einem Einfamilienhaus und hat 5 Kinder, die nicht in der Umgebung beheimatet sind und auch nicht in die Pflege involviert sind. Die pflegebedürftige Gattin (Diagnose Alzheimer; sie hatte vor 3 Jahren einen Schlaganfall und sitzt seitdem im Rollstuhl) wird schon seit 3 Jahren vom Ehemann gepflegt. Die Frau ist in Pflegestufe 4 eingestuft. In letzter Zeit (seit einigen Monaten) hat sich der AZ²⁶ der Frau so verschlechtert, dass der Ehemann alleine nicht mehr zu recht gekommen ist. Anfangs wurde zweimal in der Woche Hilfe von der Caritas für die körperliche Pflege in Anspruch genommen. Danach entschied sich der Ehemann für eine 24-Stunden-Betreuung vom Ausland. Zusätzlich wird auch oftmals die Hilfe einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin des Roten Kreuz in Anspruch genommen, um Informationen über notwendige pflegerische Hilfsbehelfe zu bekommen. Der Stammtisch für pflegende Angehörige ist zwar bekannt, wird aber nicht besucht.			
IP 4	52	90	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Die pflegende Angehörige lebt gemeinsam mit ihrem Gatten (56 Jahre) und ihrer Schwiegermutter in einem Haus. Das Ehepaar hat 2 Kinder, die schon ausgezogen sind, dennoch aber regelmäßig nach Hause kommen. Die Schwiegertochter ist die Hauptpflegperson und wird von ihrem Mann, ihren Kindern wenn sie zu Hause sind und ihrer Schwägerin in der Pflege und Betreuung der Schwiegermutter unterstützt. Berufstätig ist die Hauptpflegperson nicht. Die Schwiegermutter wird seit 10 Jahren gepflegt, hat hochgradige Osteoporose, der AZ ist altersentsprechend und sie ist mit einer Gehhilfe unter Aufsicht noch einigermaßen mobil. Die Schwiegertochter hat Probleme mit der Bandscheibe und ist deswegen regelmäßig im Krankenhaus. Seit 2005 wird eine Heimhilfe in Anspruch genommen. Derzeit ist die Schwiegermutter in Pflegestufe 4 eingestuft. Das Angebot des Stammtisches für pflegende Angehörige wird von der Hauptpflegperson regelmäßig in Anspruch genommen.			

²⁶ AZ - Allgemeinzustand

IP 5	55	29	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Die pflegende Angehörige (55 Jahre) lebt gemeinsam mit ihrem Gatten (64 Jahre) und ihren zwei Töchtern (27 Jahre und 29 Jahre) in einem Zweifamilienhaus im Erdgeschoss. Im Obergeschoss wohnen die Schwägerin und ihr Gatte. Die jüngere Tochter studiert auswärts, kommt aber dennoch regelmäßig nach Hause. Kurz nach der Geburt wurde, mit einigen Komplikationen bei der Feststellung der Krankheit aufgrund des seltenen Auftretens, bei der 29-jährigen Tochter die Diagnose Cornelia De Lange Syndrom²⁷ diagnostiziert. Alle Familienmitglieder helfen in der Pflege und Betreuung mit und entlasten die Hauptpflegeperson dadurch ein wenig. Die pflegende Angehörige (Hauptpflegeperson) ist nicht berufstätig und war seit der Geburt der Kinder zu Hause und kümmerte sich um den Haushalt. Tagsüber ist die Tochter in der Behindertentagesstätte im Ort untergebracht. Vor einigen Jahren wurde, aufgrund eines Autounfalls der pflegenden Angehörigen, für kurze Zeit eine Familienhilfe in Anspruch genommen. Ansonsten hat sich die Familie bislang immer selbst um das behinderte Familienmitglied gekümmert. Das Angebot des Stammtisches für pflegende Angehörige ist zwar bekannt, wird aber nicht in Anspruch genommen.			
IP 6	48	78	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Die pflegende Angehörige lebt mit ihrem Gatten (50 Jahre), ihren 4 Kindern im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, ihrem pflegebedürftigen Vater (78 Jahre) und der Schwiegermutter (72 Jahre) in einem Zweifamilienhaus mit einer kleinen Landwirtschaft. Vor 2 Jahren wurde von den Ärzten im nahe liegenden Krankenhaus die Diagnose Alzheimer gestellt und seit ca. 2 Jahren ist der Vater auch pflegebedürftig. Die Kinder kommen regelmäßig an den Wochenenden nach Hause, sind allerdings nicht in die Pflege und Betreuung ihres Großvaters involviert. Die pflegende Angehörige bekommt dennoch von ihrem Mann und der Schwiegermutter viel Unterstützung bei der Betreuung ihres Vaters. Die PflegegeldEinstufung erfolgte in Stufe 3 und es werden derzeit keine Hilfsdienste in Anspruch genommen. Der Stammtisch für pflegende Angehörige wird von der Tochter regelmäßig in Anspruch genommen und sehr geschätzt.			
IP 7	54	83/78	
Kurze Beschreibung der Pflege- und Familiensituation			
Die pflegebedürftigen Familienangehörigen sind bereits verstorben (Schwiegermutter vor ca. 20 Jahren, Schwiegervater vor einem Jahr). Die pflegende Angehörige lebt mit ihrem Gatten und ihren 3 Kindern im Alter zwischen 23 und 27 Jahren in einem Einfamilienhaus. Die Kinder studieren auswärts und kommen regelmäßig an den Wochenenden nach Hause. Die pflegebedürftige Schwiegermutter und Schwiegervater lebten im Haus nebenan. Die primäre Betreuung reduzierte sich Jahre lang zunächst nur aufs Kochen und Putzen. Erst kurz vorm Tod der Schwiegermutter bzw. des Schwiegervaters wurde die Pflege aufwändiger. Der Schwiegervater hatte zu diesem Zeitpunkt Pflegestufe 2. Die Kinder halfen bei diversen pflegerischen Tätigkeiten immer mit. Die Schwiegertochter war nicht berufstätig. Es gab keine konkrete Krankheitsdiagnose. Aufgrund des hohen Alters kam es zu ständiger Verschlechterung des AZ. Die pflegende Angehörige ist selbst auch in der ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe tätig und kennt sich in der regionalen Hauskrankenpflege sehr gut aus. Hilfsdienste wurden nie in Anspruch genommen. Der Stammtisch für pflegende Angehörige wird von der pflegenden Angehörigen zwar nicht regelmäßig besucht, dennoch sehr geschätzt. Für sie wäre es vorstellbar, jetzt wo sie mehr Zeit hat, Vorträge von ExpertInnen im Rahmen des Stammtisches zu besuchen.			

²⁷ Beim Cornelia de Lange Syndrom, kurz CdLS, handelt es sich um ein variables Krankheitsbild, bei dem vermutet wird, dass Genmutationen die Ursache für die Krankheit sind. CdLS gehört zu den Fehlbildungs- und Retardierungssyndromen. Je nach Stärke der Betroffenheit sind die Merkmale dementsprechend ausgebildet, was eine frühe Diagnose erleichtert, bzw. erschwert. Typische Krankheitsmerkmale sind z.B. ein Geburtsgewicht von meist unter 250 Gramm, dichtes, kräftiges Kopfhaar und Augenbrauen, breiter Nasenrücken, geringe Kopfgröße, lange Oberlippenrinne, kleine Hände und Füße (vgl. Arbeitskreis CdLS, 2010, 2).

IP 8	58	85	
Kurze Beschreibung Pflege- und Familiensituation			
Die pflegebedürftige Mutter ist seit 1,5 Jahren (seit Beginn der Pflegebedürftigkeit) bei der Tochter und ihrem Mann in einem Einfamilienhaus. Die Mutter hatte vorher eine Wohnung im Haus der Schwester (ca. 40 km entfernt) gehabt, die allerdings berufsbedingt zu wenig Zeit hatte, um für die Mutter zu sorgen. Die Krankheitsdiagnose lautet Diabetes mit Folgeerkrankung Neuropathie und chronische Leukämie. Die pflegende Angehörige wird von ihrem Mann und ihren Geschwistern immer wieder entlastet. Die Mutter ist in Pflegestufe 2 eingestuft. Hilfsdienste werden zurzeit nicht in Anspruch genommen. Der Stammtisch für pflegende Angehörige wird regelmäßig besucht. Die pflegende Angehörige ist nicht berufstätig.			
IP 9	53	92	
Kurze Beschreibung Pflege- und Familiensituation			
Die pflegende Angehörige lebt mit ihrem Gatten, ihrem Sohn und ihren Schwiegereltern auf einem Nebenerwerbsbauernhof (Gatte und Sohn gehen nebenbei Vollzeit arbeiten). Sie ist alleine für den Haushalt und den pflegebedürftigen Schwiegervater zuständig, der einen verschlechterten AZ aufweist und bereits harn- und stuhlinkontinent ist. Zudem erfährt sie wenig Anerkennung von Seiten der Schwiegermutter. Die pflegende Angehörige hatte selbst vor einigen Jahren eine Knieoperation mit Komplikationen (Prothese) und Brustkrebs, der eine Chemotherapie nach sich zog. Diesbezüglich ist sie regelmäßig wegen Kontrolluntersuchungen im Krankenhaus. Äußerungen der seelischen Verzweiflung kamen im Interview des Öfteren zum Vorschein. Derzeit werden täglich die medizinische Hauskrankenpflege (Insulin spritzen für die zuckerkrankte Mutter) und 2 Pflegehilfen (bis auf Mittwoch und Sonntag) in Anspruch genommen. Zusätzlich erhalten sie von der Landwirteversicherung eine Arbeitshilfe für den Hof. Der Stammtisch für pflegende Angehörige wird von der Tochter aus zeitlichen und oftmals aus gesundheitlichen Gründen nicht besucht.			

9.1.1.3. Forschungsrelevante ethische Überlegungen

Körtner (2004, 16) definiert Ethik als „selbstreflexive Theorie der Moral“, die innerhalb unterschiedlicher Berufsgruppen, Branchen, Kulturen, Familien, etc. existiert. Vor allem im Feld der Forschung ist die Ethik eine wichtige Richtlinie dahingehend, was gesellschaftlich moralisch vertretbar ist und was nicht. Ethische Richtlinien beruhen nach Mayer (2007, 62) auf den Prinzipien der biomedizinischen Ethik und lauten folgendermaßen:

- Autonomie
- Benefizienz (die Absicht etwas Gutes zu tun)
- Non-Malefizienz (die Absicht nichts Schlechtes zu wollen bzw. vor Schaden zu schützen)
- Gerechtigkeit

Daraus lassen sich für Mayer (2007, 62) drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes für die Forschung ableiten, die eingehalten werden sollen:

- Umfassende Information und freiwillige Zustimmung/Teilnahme aller TeilnehmerInnen
- Anonymität

- Schutz des/der Einzelnen vor möglichen psychischen und physischen Schäden

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden die pflegenden Angehörigen über das Vorhaben und die verfolgten Ziele der Befragung informiert. Alle Befragten bestätigten die Interviewteilnahme mündlich via Telefon und wurden vor Interviewbeginn darüber aufgeklärt, dass sie jederzeit, ohne jegliche Angabe von Gründen, Fragen nicht beantworten müssen bzw. das Interview abbrechen können. Demzufolge konnten eine freiwillige Teilnahme und ein „informed consent“ gewährleistet werden. Den pflegenden Angehörigen wurde zudem vor Interviewbeginn der vertrauliche Umgang mit den Ergebnissen und die Anonymisierung ihrer Personendaten zugesichert. Psychische oder physische Schäden konnten für die InterviewpartnerInnen ausgeschlossen werden.

9.1.2. Die Interviewdurchführung

Während der Interviewdurchführung wurde der Fokus auf die Kommunikationsstrategie von problemzentrierten Interviews nach Lamnek (1995, 76) gelegt. Demnach besteht ein Interview aus einem erzählgenerierenden Intervieweinstieg, allgemeinen und spezifischen Sondierungsfragen und Ad-hoc Fragen, die dem/der InterviewerIn die Gelegenheit verschaffen, Fragen zu bestimmten Themenschwerpunkten, die noch nicht angesprochen wurden, zu stellen.

Die Kontaktaufnahme zu den pflegenden Angehörigen erfolgte, wie bereits zuvor erwähnt, per Telefon. Aufgrund meiner noch nicht beendeten Ausbildung in Wien bot sich lediglich an den Wochenenden die Möglichkeit für die Befragungen. Die pflegenden Angehörigen hatten diesbezüglich nichts dagegen und so konnten die Interviews im Zeitraum von Ende Dezember 2009 bis Mitte Februar 2010 im zu Hause der pflegenden Angehörigen durchgeführt werden.

Insgesamt wurden 10 Interviews (9 Frauen, 1 Mann) durchgeführt, wobei lediglich 9 Interviews für die Auswertung berücksichtigt wurden. Das erste Interview wurde als Prätest herangezogen, um herauszufinden, inwieweit die Interviewtaktik (Art der Gesprächsführung, angemessener Interviewleitfaden, Beobachtung der Befragten, Qualität des Aufnahmegerätes, etc.) den gewünschten Vorstellungen entspricht, bzw. ob Adaptierungen notwendig sind.

Vor Interviewbeginn wurden die pflegenden Angehörigen nochmals in einem direkten Gespräch ausführlich über das Vorhaben (Gesprächsinhalt, Vorstellung des Konzeptes der Familiengesundheitspflege, universitärer Rahmen und gesteckte Ziele, anonymer und vertraulicher Umgang

mit den Daten) informiert. Den Befragten wurde erklärt, warum gerade sie für die Interviews ausgewählt wurden. Zudem wurde die Erlaubnis für eine Gesprächsaufzeichnung mittels digitalen Diktiergeräts eingeholt. Es wurde ihnen die Möglichkeit eingeräumt, das Interview jederzeit und ohne Begründung abubrechen, bzw. Fragen unbeantwortet lassen zu können.

Für den erzählgenerierenden Intervieweinstieg wurde eine Frage gewählt, bei der die pflegenden Angehörigen die Umstände, wie es zur Pflegebedürftigkeit des Familienmitgliedes gekommen war, erläutern sollten, bzw. die Dauer ihrer Pflgetätigkeit bekundeten. Die Wahl dieser Einstiegsfrage erwies sich bereits im Prätest als korrekt, da bereits hier die Befragte durch die eigene Darstellung der Pflegebedürftigkeit ihres Mannes ins Thema eingeführt werden und von sich aus erzählen konnte.

Die allgemeinen und spezifischen Sondierungsfragen gaben primär den Gesprächsverlauf vor und sorgten dafür, dass die einzelnen im Interviewleitfaden festgelegten Themenschwerpunkte angesprochen wurden.

Die Ad-hoc Fragen wurden im Interviewleitfaden lediglich als mögliche Unterfragen angeführt und nur dann gestellt, wenn die gewünschten Informationen mit Hilfe der Sondierungsfragen nicht eingeholt werden konnten.

Den Interviewabschluss bildete, wie bereits schon erwähnt, eine allgemeine Frage zur generellen Zufriedenheit bzgl. dem derzeitigen Pflege- und Betreuungsangebot zu Hause in der Region. Es wurde den pflegenden Angehörigen zudem die Möglichkeit eingeräumt, offen gebliebene Fragen, Wünsche oder Informationen einholen, bzw. kund tun zu können.

Die Interviewdauer betrug zwischen 30 und 65 Minuten.

9.1.3. Bearbeitung und Auswertung der Interviews

Im Rahmen dieses Kapitels wird auf die Bearbeitung und Auswertung der Interviews eingegangen. Im Detail wird die Verschriftlichung der aufgenommenen Interviews (das Transkribieren) beschrieben, die Wahl der Auswertungsmethode (zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring) begründet und der Auswertungsvorgang erklärt.

9.1.3.1. Die Verschriftlichung der Interviews – das Transkribieren

Unter dem Begriff Transkription wird eine graphische Darstellung bestimmter Verhaltensaspekte von Personen verstanden, die an einem Gespräch (z.B. einem Interview) teilnehmen. Transkripte machen Gesprächsinhalte in schriftlicher Form für wissenschaftliche Analysen auf dem Papier dauerhaft verfügbar und verfolgen das Ziel, geäußerte Wortfolgen, sowie redegerechtes nicht-sprachliches Verhalten möglichst genau wieder zu geben. Sie dienen als Ergänzungen und nicht als Ersatz für digitale Aufnahmen (vgl. Kowal et al., 2009, 438).

Für die Entwicklung eines Transkriptionssystems müssen nach Kowal et al. (2009, 439) folgende Entscheidungen miteinbezogen werden:

- Auswahl der zu transkribierenden Verhaltensmerkmale (verbal, außersprachlich, prosodisch und parasprachlich). Die Auswahl wird von der Fragestellung und Zielsetzung des jeweiligen Forschungsprojektes bestimmt
- Auswahl von Notationszeichen (z.B. Notierung der Silbendehnung als da: oder da). Die Notation wird von der Verfügbarkeit des Zeichenrepertoires und der Annahme der Lesbarkeit mitbestimmt
- Auswahl des Transkriptionsformats zur räumlichen Anordnung und zeitlichen Abfolge der Gespräche
- Fähigkeit des Transkribierenden, das Notationssystem richtig anzuwenden
- Fähigkeit des Transkribierenden, das Transkript so aufzubereiten, dass es für die Zielgruppe (z.B. Laien, Linguisten, etc.) lesbar ist

Für Ehlich (1993, zitiert nach Kowal et al., 2009, 440) sollte ein Transkript den folgenden Kriterien entsprechen:

- Einfachheit und Validität
- gute Lesbarkeit und Korrigierbarkeit
- geringer Trainingsaufwand für Transkribierende und Transkriptionsbenutzende

Die Entscheidungen von Kowal et al. (2009) und Transkriptionskriterien von Ehrlich (1993) bzgl. einer Erstellung von Transkripten wurden in die Überlegungen und schriftliche Aufbereitung der Transkripte miteinbezogen. Als Verschriftlichungsform wurde deshalb die Standardorthographie herangezogen, die sich an den Normen der geschriebenen Sprache orientiert und so-

mit das Transkribieren erheblich erleichtert (vgl. Kowal et al., 2009, 441). Es wurde, im Sinne der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit, die regionalbedingte Mundartsprache in die Schriftsprache transferiert und das Notationssystem so einfach wie möglich gehalten. Auf transkribierte Verhaltensmerkmale wurde verzichtet, da sie keinerlei Einfluss auf die Fragestellung und Zielsetzung hatten.

Die aufgenommenen Audiodateien wurden auf den Computer kopiert und in das Open Source Transkriptionsprogramm „F4“ importiert. Dieses Programm erleichtert die Verschriftlichung der Aufnahmen insofern, als dass mittels simpler Tastenkombinationen Funktionen wie „Forward“, „Rewind“, „Stop“ und „Start“, die beim Transkribieren wesentlich sind, so betätigt werden können, dass dennoch ein kontinuierlicher Schreibfluss gewährleistet ist. Zudem dient F4 als Formatvorlage, sodass, je nach gewählter Einstellung, gezielt Zeitmarken im Text gesetzt werden können und die zeitliche Abfolge des Gespräches übersichtlich dargestellt werden kann. Die automatische Zeilennummerierung ergänzt die Übersichtlichkeit des Interviews und erleichtert das Auffinden von bestimmten Textpassagen. Die Abspielgeschwindigkeit der Aufnahme kann im Programm F4 ebenfalls individuell eingestellt werden.

Zur Gewährleistung der Anonymität wurden die Namen der befragten pflegenden Angehörigen mit den Kürzeln IP 1 – IP 9 (InterviewpartnerIn 1-9) dargestellt. Sämtliche namentlich genannten Personen und Orte wurden mit frei erfundenen Anfangsbuchstaben abgekürzt.

Zusätzlich zu den Transkripten wurde ein Interviewprotokoll erstellt, welches Informationen zur Dauer, Zeitpunkt, Gesprächsort, Alter der pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Familienmitglieder beinhaltete, sowie relevante Notizen über nicht aufgenommene Gespräche, die nach Beendigung des Interviews mit den pflegenden Angehörigen geführt wurden. Diesbezüglich wurde von den pflegenden Angehörigen eine mündliche Erlaubnis eingeholt.

9.1.3.2. Die Interviewauswertung

Für die Auswertung der Interviewdaten wurde die Methode der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) herangezogen. Zusammenfassende Inhaltsanalysen bieten sich vor allem dann an, wenn der/die ForscherIn lediglich am Inhalt des zu analysierenden Materials interessiert ist und ein überschaubarer, zusammengefasster Kurztext des Materials in komprimierter Form benötigt wird (vgl. Mayring, 2009, 472). Ziel dieser Form der Inhaltsanalyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben und durch Abs-

traktion eine überschaubare Zusammenfassung des Materials geschaffen wird, welche dennoch das Ausgangsmaterial repräsentativ abbildet (vgl. Mayring, 2008, 58). Demzufolge erschien die Methode der qualitativen zusammenfassenden Inhaltsanalyse für die Auswertung der transkribierten problemzentrierten Interviews als passend. Zudem wurde im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland ebenfalls die zusammenfassende Inhaltsanalyse für die inhaltsanalytische Auswertung der Familienbefragungen herangezogen (vgl. Eberl et al., 2008, 47).

Die Grundlage und Orientierung für die Datenauswertung bildeten das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse sowie die dazugehörigen Interpretationsregeln nach Mayring (2008, 60, 62). Zur Veranschaulichung und besseren Verständlichkeit der einzelnen Analyseschritte sollen an dieser Stelle das Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse und die dazugehörigen Interpretationsregeln grafisch dargestellt werden:

Abbildung 9-1: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring, 2008, 60; eigene Darstellung)

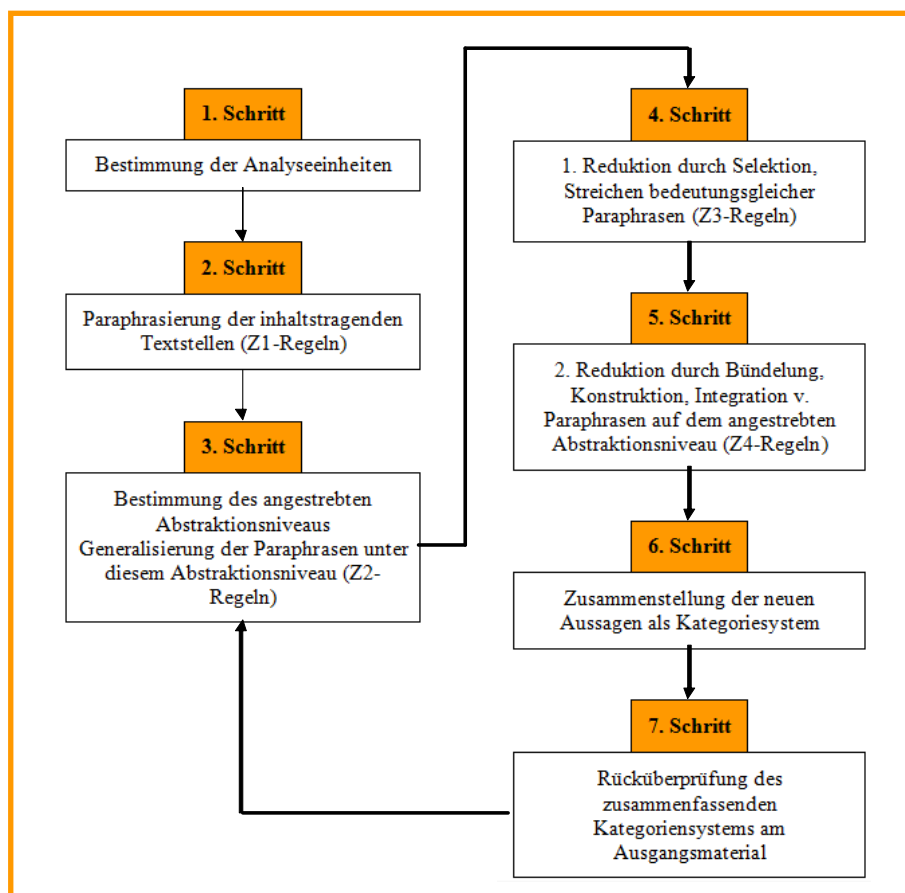
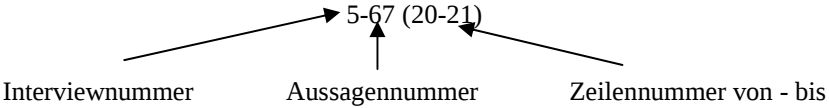


Abbildung 9-2: Interpretationsregeln nach Mayring (vgl. Mayring, 2008, 62)

Z 1	Paraphrasierung
Z 1.1.	Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichte Wendungen!
Z 1.2.	Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!
Z 1.3.	Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!
Z 2	Generalisierung auf das Abstraktionsniveau
Z 2.1.	Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in die neue formulierten impliziert sind!
Z 2.2.	Generalisiere Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!
Z 2.3.	Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!
Z 2.4.	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!
Z 3	Erste Reduktion
Z 3.1.	Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!
Z 3.2.	Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!
Z 3.3.	Übernimm die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!
Z 3.4.	Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!
Z 4	Zweite Reduktion
Z 4.1.	Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!
Z 4.2.	Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!
Z 4.3.	Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!
Z 4.4.	Nimmt theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Die einzelnen Interviews wurden zunächst hinsichtlich themenbezogenen Aussagen der pflegenden Angehörigen untersucht. So konnten vorweg bereits nicht relevante Textbestandteile identifiziert und aussortiert werden. Die übrig gebliebenen Aussagen wurden als Kodiereinheit festgelegt und bildeten die Grundlage für die weiteren Analyseschritte mit dem Endziel, ein abstraktes, zusammengefasstes, das Ausgangsmaterial repräsentatives Kategoriensystem zu erhalten. Die Kodierung der einzelnen relevanten Aussagen erfolgte nach folgendem Schema:

Interviewaussage	„Ja natürlich. An 1. Stelle steht immer die Tochter und dann kommt erst die andere Arbeit. Da bleibt viel liegen.“
Kodierung und Erklärung	 Interviewnummer Aussagennummer Zeilennummer von - bis

Die Kodierung war eine wesentliche Erleichterung beim Auffinden von Ankerbeispielen für die Ergebnisdarstellung.

Danach erfolgte die Paraphrasierung der kodierten Aussagen. Nicht inhaltsrelevante Textteile, wie ausschmückende oder wiederholte Textbestandteile, wurden gestrichen. Die inhaltsrelevanten Textstellen wurden auf eine einheitliche Sprachebene transferiert. Das standardorthographische Transkribieren im Vorfeld erwies sich diesbezüglich als gute Vorarbeit. Die inhaltstragenden Textstellen wurden auf eine grammatikalische Kurzform gebracht und konnten nun weiter bearbeitet werden.

Bei der darauffolgenden Reduktion wurden Paraphrasen mit gleichem Inhalt auf eine Paraphrase zusammengefasst und somit reduziert. Inhaltlich bedeutungslose Paraphrasen wurden gestrichen, sowie sich aufeinander beziehende Paraphrasen zu einer Paraphrase zusammengefasst. Jene Paraphrasen, die demnach weiterhin als inhaltlich relevant erachtet wurden, konnten dadurch selektiert werden.

Durch das Paraphrasieren und der ersten Reduktion wurde eine Art Zwischenzusammenfassung in Form von Zwischenkategorien geschaffen. Die Zwischenkategorien wurden einer erneuten Reduktion unterzogen und konnten dadurch auf eine neue Abstraktionsebene transferiert werden, auf der die Aussagen der pflegenden Angehörigen verallgemeinert beschrieben werden konnten. Im Rahmen einer dritten Reduktion konnten fünf Themenschwerpunkte identifiziert werden, denen die Endkategorien zugeordnet werden konnten.

9.1.4. Darstellung der Ergebnisse

Das Kapitel soll die Interviewergebnisse übersichtlich, eingeteilt in die fünf Themenschwerpunkte mit den zugeordneten Endkategorien, darstellen. Die Ergebnisse werden zusätzlich mit Aussagen von InterviewpartnerInnen ergänzt, um ihre Wesentlichkeit zu untermauern.

9.1.4.1. Themenschwerpunkt Pflege und Betreuung zu Hause im Setting „Familie“

Solange es geht, den Familienangehörigen zu Hause pflegen

Die Pflege eines Familienangehörigen so lange wie möglich zu Hause gewährleisten zu können, stellt ein wesentliches Bedürfnis der pflegenden Angehörigen dar. Schlechte Erfahrungen mit Altenheimen veranlassen die pflegenden Angehörigen das Familienmitglied in seinem gewohnten Umfeld belassen zu wollen. Ein starkes Gefühl der Verpflichtung (z.B. aufgrund von Erbschaft) sowie der Wunsch des pflegebedürftigen Familienmitgliedes daheim gepflegt zu werden, sind weiters zentrale Gründe für die Entscheidung, den Angehörigen zu Hause selbst zu pflegen. Voraussetzung ist, dass es die Wohnverhältnisse, im Sinne eines nahen Beisammenwohnens, zulassen.

„Und in ein Altersheim möchte ich ihn [pflegebedürftigen Ehepartner] so lange es geht nicht geben, weil wir es mit der Schwiegermutter mitbekommen haben. Die hat dann nur Tabletten bekommen, damit sie ruhiggestellt war und im Gitterbett bleibt.“ (IP 1, Z. 54-56)

„Ja es ist halt selbstverständlich gewesen, weil wir das Haus übernommen haben, dass ich mich um die Schwiegermutter kümmere.“ (IP 4, Z. 13-15)

„Also so lange ich noch so bin, nervlich bin ich zwar schon ein bisschen schlecht beisammen, aber so lange ich so bin, bleibt mein Mann bei mir daheim. Ich kann es mir überhaupt nicht vorstellen, dass ich meinen Mann weggebe.“ (IP 2, Z. 40-42) „... weil das ist seine Heimat und da will ich ihn nicht herausreißen.“ (IP 2, Z. 45-46)

„Und weil ich eben in der Nähe bin, in der Nachbarschaft, ist das dann halt so gekommen, dass ich mich um sie (Schwiegermutter) gekümmert habe.“ (IP 7, Z. 13-15)

Die Bedeutung der Familie für pflegende Angehörige

Für die pflegenden Angehörigen stellt die Familie eine wesentliche Unterstützungsressource dar. Die Familienmitglieder helfen in der Pflege des pflegebedürftigen Familienmitgliedes zum Teil mit und dienen den pflegenden Angehörigen als GesprächspartnerInnen bei eigenen Problemen. Pflegerische Angelegenheiten werden oftmals zuerst innerhalb der Familie besprochen. Die Familienmitglieder sind dabei auch oftmals eine hilfreiche Informationsquelle.

„...bei der Oma, die war zum Wickeln, da sind sie [die Kinder] mitgegangen helfen, weil man das alleine fast nicht geschafft hat.“ (IP 7, Z. 54-57)

„Wenn meine Mutter nicht wäre, dann wäre der Aufwand mehr für mich, dann würde ich jemanden brauchen, der mich entlastet.“ (IP 6, Z. 240-242)

„...wegen den ganzen Anforderungen die da gestellt werden aufgrund der Krankheit, ist Familie für mich wichtig, dass ich mich ausreden kann am Abend, wenn die Kinder Heim kommen.“ (IP 6, 47-49)

„Wir haben zuerst innerhalb der Familie darüber gesprochen. Mit allen 2 Schwägerinnen haben wir darüber debattiert. Eine davon ist Krankenschwester und die hat uns sehr gute Sachen gesagt. Die hat uns auch beim Pflegegeld geholfen.“ (IP 7, Z. 83-86)

Von einer pflegenden Angehörigen wird die Familie auch als Hilfsressource gesehen, auf die im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. Der Zusammenhalt innerhalb der Familie beeinflusst ebenfalls die Entscheidung, das pflegebedürftige Familienmitglied zu Hause zu pflegen.

„Es ist gut wenn man Familie hat, gerade wenn man erwachsen ist und selbst einmal Hilfe braucht, dass jemand da ist, wenn man wen braucht.“ (IP 7, Z. 45-46)

„Unsere Familie, also meine Geschwister und ich, wir halten sehr zusammen, das ist sehr wichtig. Es ist immer ein jeder für den anderen da und man hilft in jeder Lage zusammen. Und darum war das auch irgendwo selbstverständlich, dass wir die Mutter nicht ins Altersheim geben.“ (IP 8, Z. 56-59)

Kinder sind nicht verpflichtet bei der Pflege eines pflegebedürftigen Elternteils mitzuhelfen

Vor allem bei älteren pflegenden Angehörigen, die alleine mit dem Ehepartner in einem Haushalt leben, werden die Kinder von der Verpflichtung, sich an der Pflege zu beteiligen, frei gesprochen. Eigene Vorerfahrungen, sowie die Tatsache, dass die Kinder wo anders leben und selbst mit der eigenen Arbeit und den Kindern genug zu tun haben, werden als Begründung angegeben.

„Meine Kinder möchte ich nicht anhängen, weil ich den Schwiegervater 18 Jahre hier gehabt habe. Ich möchte das nicht von meinen Kindern.“ (IP 2, Z. 58-60)

„Die [Kinder] haben alle ihre Arbeit, ihren Beruf. Die müssen selber schauen, wie sie mal weiterkommen und wie sie durchkommen.“ (IP 1, Z. 67-69)

„Nein das geht nicht. Die [Kinder] sind alle weit weg in Z in X und in Y. Das ist alles weit weg.“ (IP 3, Z. 29-30)

Einschränkungen/Veränderungen aufgrund der Pflegebedürftigkeit des Familienmitgliedes

Die mit der Pflegebedürftigkeit des Familienangehörigen verbundenen Einschränkungen bzw. Veränderungen innerhalb der Familie, speziell bei den pflegenden Angehörigen, stellen großteils eine Belastung dar. Aufgrund des „ständig Anwesend-Sein-Müssens“ wird die Verrichtung alltäglicher Notwendigkeiten (z.B. einkaufen) zum Problem. Hobbies können nicht mehr ausgeübt werden, es kommt zu beruflichen Einschränkungen und immer mehr zu einer sozialen Isolation. Vor allem ältere pflegende Angehörige, die mit dem pflegebedürftigen Ehepartner alleine in einem Haushalt leben, sind von der sozialen Isolation betroffen.

„Wir sind immer in die Sauna gefahren. Oft dreimal Mal in der Woche. Das haben wir schon seit 1973 gemacht. Und das war bis jetzt immer noch unser Kontakt zur Außenwelt. Das hat sich jetzt durch den Zustand meines Mannes praktisch aufgehört.“ (IP 1, Z. 95-99)

„Ich könnte gar nicht mehr einkaufen gehen, wenn ich niemanden hätte, weil ich sie [pflegebedürftige Ehefrau] nicht alleine lassen kann.“ (IP 3, Z. 36-37)

„Wie die Kinder dann weg waren, was hätte ich dann noch tun sollen? Ich muss auch weiterkochen für ihn [Schwiegervater] und kann keinen Beruf mehr weiter machen, weil dann war ich eh schon 50 Jahre alt wie er [Schwiegervater] gestorben ist. Dann brauch ich auch nicht mehr irgendwo anfangen.“ (IP 7, Z. 105-108)

Der Alltag und Tagesablauf wird auf die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Familienmitgliedes abgestimmt. Somit wird der Fokus auf den pflegebedürftigen Angehörigen gelegt und der Rest der Familie kommt zu kurz. Das hilfsbedürftige Familienmitglied wird zum Lebensmittelpunkt. Die Folge daraus ist eine mangelnde bzw. fehlende Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen.

„Und ja, man versucht zwar den täglichen Ablauf, so wie man es immer gemacht hat, so gut es geht beizubehalten, aber es ist halt, weil man in der Früh Zucker messen und alles machen muss. Da muss man sich dann anpassen und auf Pünktlichkeit schauen.“ (IP 8, Z. 81-84)

„Ja natürlich. An erster Stelle steht immer die Tochter und dann kommt erst die andere Arbeit. Da bleibt viel liegen.“ (IP 5, Z. 20-21)

„Wir können nicht einmal miteinander [die Familie] spazieren gehen, weil immer jemand zu Hause bleiben muss.“ (IP 4, Z. 60-61)

„Da ist alles auf mir hängen geblieben. Dafür hab ich jetzt die Probleme mit den Bandscheiben seit 2005. Ständig bin ich deshalb im Krankenhaus. Vor kurzem war ich wieder. Ich hoffe, dass es mal besser wird.“ (IP 4, Z. 15-18)

„Jetzt ist es eh wieder ein wenig leichter, weil ich wieder Kraft in den Knien und in den Beinen habe und ich wieder besser über die Stiegen gehen kann. Ich habe einfach zu wenig Zeit gehabt, um die Therapien, die ich machen hätte sollen, auch zu machen.“ (IP 9, Z. 146-148)

Bei den pflegenden Angehörigen herrscht ein Konsens darüber, dass sie sich um notwendige Hilfe ständig selbst kümmern müssen. Hilfsdienste werden nach eigener Bedarfseinschätzung selbst kontaktiert. Werden Pflegehilfsmittel benötigt, so muss man sich diese selbst organisieren. Informationen über das konkrete Pflege- und Betreuungsangebot sowie über Fortbildungskurse für pflegende Angehörige werden selbst eingeholt und die finanziellen Hilfen (Pflegegeld) eigenständig beantragt. Vor allem in der Anfangsphase der Pflegetätigkeit ergeben sich dadurch Schwierigkeiten. Diese Tatsache stellt für die pflegenden Angehörigen eine große Belastung dar.

„Ich habe mich selbst über mögliche Kurse [Fortbildungskurse f. pflegende Angehörige] informieren müssen, weil wie soll es denn jemand wissen, was ich brauche. Also es ist bei allem, dass ich den Rollator bekommen habe, dass ich den Rollstuhl bekommen habe, dass ich den Badelifter bekommen habe. Man muss bei allem einfach immer selbst gehen.“ (IP 1, 172-177)

„Man muss sich ohnehin immer um alles selbst kümmern und erkundigen, so wie beispielsweise beim Bedarf an Hilfsmitteln, weil sie [Schwiegermutter] hat am Anfang immer zu Hause Therapie bekommen und dann haben wir um einen Rollator schauen müssen.“ (IP 4 , Z. 34-36)

„Ganz am Anfang [zu Beginn der Pfl egetätigkeit] war ich nicht zufrieden, weil es einem kein Doktor gesagt hat, dass es da ein Pflegegeld und doppelte Kinderbeihilfe gibt. Da muss man sich um alles selbst kümmern und selbst drauf kommen.“ (IP 5, Z. 139-140)

„...und hat mich beraten und gesagt [Hausarzt], dass er sich sorgen um mich macht und dass ich auf Kur fahren soll und schauen soll, dass ich mal eine Weile von hier wegkomme. Aber was während der Zeit mit den Schwiegereltern ist und ob da dann länger jemand kommt, darum muss ich mir wieder selbst schauen.“ (IP 9, Z. 270-274)

Die pflegenden Angehörigen stoßen mit ihren zur Verfügung stehenden Ressourcen (auch finanzieller Art) oftmals an ihre Grenzen und darüber hinaus. Hilfe (Hilfsdienste) wird als letzter Ausweg erst dann aufgesucht, wenn die Grenze der Belastbarkeit erreicht bzw. bereits überschritten wurde. Vor allem eine fehlende Unterstützung während der Anfangsphase der Pfl egetätigkeit wird beklagt. Die pflegenden Angehörigen haben zu diesem Zeitpunkt noch nicht die nötige Kompetenz, um mit der neuen Situation umzugehen. Die Folge ist eine Überforderung. Gesundheitsveränderungen des pflegebedürftigen Familienmitgliedes werden zwar bereits im Vorfeld von der Familie wahrgenommen, aufgrund von mangelnden Wissen können allerdings keine präventiven Maßnahmen gesetzt werden. Zudem fördert ein starkes Unabhängigkeitsgefühl, mit der Situation so lange wie möglich alleine zu recht kommen zu wollen, die Überschreitung der eigenen Belastbarkeitsgrenze.

„Ich kann mir auch private Hilfe holen, aber da habe ich mich noch zu wenig informiert bzgl. der Stundenabrechnung, weil ich dann mit dem Pflegegeld nie auskommen würde. Weil das haben wir schon einmal probiert. In 14 Tagen bis 3 Wochen habe ich 300 Euro ausgegeben. Das Pflegegeld habe ich ja gar nicht. Weil die Oma bekommt lediglich 280 Euro....“ (IP 9, Z. 213-218)

„...die ersten paar Jahre waren schon stark eigentlich. Da haben wir, wie soll ich sagen, mich hat es auch nervlich ein wenig dabei gehabt, denn es ist sehr viel zusammen gekommen. Und dann haben wir, wie es gar nicht mehr gegangen ist, institutionelle Hilfe in Anspruch genommen, das uns weitergeholfen hat.“ (IP4, 77-80)

„Da ist es mir dann aufgefallen, dass draußen einfach das Licht angegangen ist und der Vater ist rausgegangen und hat draußen einfach irgendwo seine Notdurft verrichtet. Dann hab

ich gesagt, dass drinnen auch ein Klo ist und er nicht rausgehen braucht. Ich habe es schon geahnt, dass so etwas auf uns zukommt, aber was hätten wir unternehmen sollen. Dass das so schnell daher kommt, das habe ich nicht geglaubt.“ (IP 6, Z. 10-15)

Im Laufe der Zeit lernen die pflegenden Angehörigen meist in Eigenregie ohne professionelle Hilfe mit der Situation umzugehen und individuelle Copingstrategien zu entwickeln. Es werden Entlastungsstrategien entwickelt, um den Alltag nicht nur von den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Familienmitgliedes bestimmen zu lassen. Für die pflegenden Angehörigen gehören ein vorübergehender Abstand von zu Hause und vom pflegebedürftigen Familienmitglied, die gelegentliche Ausübung von Hobbies, der Pflegestammtisch sowie sich einfach zu Hause für ein paar Stunden ausruhen zu können (fernsehen, etc.) zu den wesentlichen Entlastungsstrategien. Für eine Interviewpartnerin stellt die räumliche Trennung im Haus eine wesentliche Erleichterung dar. Dadurch wird ebenfalls ein gewisser Abstand zum pflegebedürftigen Familienmitglied gewährleistet.

„Das ist immer sehr gut, wenn man mal ein paar Tage fort fahren kann und den [pflegebedürftiges Familienmitglied] mal für ein paar Tage nicht sieht. Das ist sicher von Vorteil, weil man da wieder mal richtig durchatmen kann.“ (IP 7, Z. 147-149)

„Ein wenig spazieren gehen oder so etwas. Einfach mal für ein paar Stunden weg von dem Ganzen. Raus gehen, Besuche machen, sodass ich nicht da bin. Alleine den Einkauf erledigen, das ist schon Erholung....“ (IP 9, Z. 281-283)

„Ab und zu fernsehen daheim, niederlegen und ausspannen hilft mir sehr.“ (IP 5, Z. 99)

„Im Winter geh ich Stock schießen. Da habe ich den Hausarzt gefragt, ob ich das darf. Er meint, ich muss halt aufpassen. Aber ich muss gehen, weil vor ein paar Jahren habe ich oft schon mal Phasen gehabt, wo ich gemeint habe, die Decke fällt mir auf den Kopf.“ (IP 4, Z. 235-238)

„Und in X wie ich die Brustoperation gehabt habe, da habe ich auch eine psychologische Betreuung gehabt und die haben auch gemeint, mein Mann soll das sofort trennen. Die Schwiegereltern sollen rauf ziehen. Das war eine schleppende Geschichte, dass wir das so weit gebracht haben wie es jetzt ist. Also dass sie wirklich oben sind. Aber das ist sehr gut so und ich habe ein wenig meine Ruhe.“ (IP 9, Z. 128-133)

„Weil er [Vater] hat ihn aufgehalten und das war ein Fahrschullehrer von der Nachbarschaft. Der hätte schon den Beifahrersitz frei gemacht und hat gesagt, kommt herein und setzt euch rein. Und meine Mutter hat dann gesagt, du brauchst nicht ausräumen, er hat Alzheimer. Und mein Vater hat das gehört und hat gesagt du Blunzn du blöde, wie kannst du das sagen. Dann ist er davon gelaufen und hat gemeint, dass ihn das Ganze gern haben kann und jetzt fort geht. Dann bin ich wieder nachgefahren und habe ihn wieder abgeholt. Und das sind oft Situationen, wo ich selbst oft so weit war, dass ich Karten geschrieben habe, damit diese Situation für mich nicht mehr vorkommt. Dass ich einfach beim Autofahrer stehe und ich ihm die Karte zeige wo drauf steht Alzheimer. Weil wenn ich das neben dem Autofahrer sage, ich glaube, dass das für den Vater sicher keine gute Situation ist.“ (IP 6, Z. 310-319)

9.1.4.2. Themenschwerpunkt regionales Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. ehrenamtliche Hilfsleistungen)

Keine adäquaten Hilfsdienste

Für die pflegenden Angehörigen stellen die von ihnen in Anspruch genommenen Pflege- und Betreuungsdienste Ent- und Belastung zugleich dar. Es wird beklagt, dass nach erbrachter Pflege- und Betreuungsleistung ständig noch mal nachgesehen werden muss, ob alles erledigt und in Ordnung ist. Sie werden von Seiten der Hilfsdienste zum Teil gar nicht oder nur gering in die Pflege und Betreuung des Familienmitgliedes eingebunden. Ausländische Pflege- und Betreuungsdienste werden in Anspruch genommen, da die regionalen Angebote den benötigten Bedarf nicht decken können bzw. finanziell nicht leistbar sind. In einigen Fällen wird die Anwesenheit des Hilfsdienstes oftmals nicht wahrgenommen, da miteinander nicht kommuniziert wird. Es ist ein Indiz dafür, dass es den Hilfsdiensten im Umgang mit den pflegenden Angehörigen an Kompetenz fehlt. Der Fokus wird auf die pflegebedürftige Person gelegt. Die restliche Familie wird im Kontext der Gesamtsituation nicht wahrgenommen. Sie wird deshalb nicht betreut, beraten oder informiert und kann als Ressource nicht verwendet werden. Zudem kritisiert eine pflegende Angehörige, die medizinische Hauskrankenpflege und Pflegehilfen zugleich in Anspruch nimmt, eine fehlende Absprache und Zusammenarbeit der Hilfsdienste untereinander.

„Die Hilfen die kommen, die sind sehr unterschiedlich. Die eine schaut nicht ins Bett rein, ob das nass ist, die geht einfach wieder. Die eine putzt dann die Dusche nach dem Waschen raus, die andere macht es nicht. Da muss man halt dann immer wieder nachschauen gehen, dass das halt alles passt, weil die Oma das einfach nicht mehr kennt wenn das Bett nass ist oder wenn es

irgendwo daneben gegangen ist. Da muss ich halt immer wieder schauen gehen.“ (IP 9, Z. 62-67)

„Ich habe vorgestern zur Pflegerin gesagt, dass die [Schwiegermutter und Schwiegervater] sich nicht mehr die Zähne putzen und zwar schon längere Zeit nicht mehr. Und so haben sie doch einmal nach geschaut. Ansonsten bin immer ich diejenige, die immer wieder gehen muss und sagt hallo, das und das machen sie auch nicht mehr. Ich würde mir erwarten, dass einfach besser nachgeschaut wird.“ (IP 9, Z. 383-387)

„Aber jetzt, die Familienhelferinnen dürfen ja gar nicht mehr da bleiben. Und so jemand wie meine Tochter braucht in der Nacht auch jemanden. Das ist eine Lücke, weil wenn sie über Nacht da bleibt, dann mag man sie ja gar nicht bezahlen.“ (IP 5, Z. 71-74)

„Das sind vier verschiedene die kommen. Nein, die reden überhaupt nicht untereinander miteinander. Die Helferinnen von der Organisation X haben mit den Krankenschwestern der Organisation Y eigentlich überhaupt keinen Kontakt. Es sind oft beide gleichzeitig da, aber die haben keinen Kontakt zueinander. Da wird nach meinem Eindruck eigentlich so gut wie gar nicht zusammengearbeitet. Weil die Krankenschwester geht dann einfach wieder weg und redet kaum etwas, das ist mir schon aufgefallen. Die spritzt einfach, gibt die Tabletten und ist wieder weg.“ (IP 9, Z. 247-255)

„Ja, erstens würde ich mir mehr erwarten, dass sie mehr zu mir kommen, weil ich die Hauptpflegeperson bin und die ganze Woche daheim bin. Es ist sonst niemand da, außer den Eltern. Sie kommen und gehen über die Stiege rauf. Sie kommen oft nicht einmal herein und es kann auch passieren, dass eine nicht einmal ‚Guten Morgen‘ oder ‚Auf Wiedersehen‘ sagt. Die Haustüre wird zugeschmissen und die Person ist weg.“ (IP 9, Z. 413-417)

„Das kann durchaus passieren, dass sie gar nicht hereinkommen, oder dass ich es einfach übersehe, dass die da waren, das ist mir auch schon passiert.“ (IP 9, Z. 420-421)

Fehlendes/mangelndes Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt

Aus den Interviews geht hervor, dass die Familien, allen voran die pflegenden Angehörigen, nach einem Krankenhausaufenthalt des pflegebedürftigen Familienmitgliedes oftmals nicht über die mit den aufgrund des veränderten Gesundheitszustandes notwendigen pflegerischen Anforde-

rungen informiert werden. Es wird ihnen zwar mitgeteilt, dass sie Hilfe in Anspruch nehmen sollen, aber nicht, was sie konkret benötigen. Das Bedürfnis, das pflegebedürftige Familienmitglied zu Hause pflegen zu wollen, wird nicht erkannt. Die zu betreuende Person kann im Kontext der Familie nicht wahrgenommen werden, da die familiäre Situation zu Hause nicht bekannt ist. Dadurch kommt es zu voreiligen Verurteilungen der pflegenden Angehörigen bzgl. mangelnder/falscher Betreuung. Bei einem Krankenhausaufenthalt des pflegenden Angehörigen werden ebenso keine adäquaten Informationen gegeben (keine konkreten Informationen über regionale Pflege- und Betreuungsangebote). Die pflegenden Angehörigen müssen demnach selbst die Informationen über potentielle Hilfen einholen und den Kontakt selbst herstellen, was abermals die Tatsache, dass sie sich um alles selbst kümmern müssen, bestätigt.

„Sie [Krankenhauspersonal nach Spitalsaufenthalt des pflegenden Angehörigen] haben lediglich gesagt, dass ich Hilfe in Anspruch nehmen soll. Und die Nachbarin hat mir dann die Adresse gegeben und da hab ich dann angerufen.“ (IP 4, Z. 229-230)

„Weil nicht einmal im Spital kennen sie was das ist. Wir waren eh im Spital und sie stopften sie [pflegebedürftige Tochter] voll mit so Beruhigungsmittel und heraus gekommen ist gar nichts. Laut dem Spital hätten wir sie irgendwo in ein Heim geben sollen. Das haben wir aber nicht getan. Wir geben die Tochter nicht weg, wir brauchen sie doch daheim.“ (IP 5, Z. 43-47)

„Ja, das hat es schon oft gegeben, da brauchten wir dann den Arzt. Voriges Jahr war es so, da bin ich beim zweiten Knie operiert worden, dann hat sich der Gesundheitszustand des Schwiegervaters sehr verschlechtert. Er ist am Boden gelegen und war komplett weg. Da brachten wir ihn ins Krankenhaus und ich war mit der Knieoperation im Krankenhaus und die Schwiegermutter ist ständig zusammen gesunken. Das haben wir schon wochenlang beobachtet, dass sie einfach da sitzt und nicht mehr reagiert hat und total weg ist. Und da war halt die Familienhelferin da, die hat das auch mitbekommen und hat dann eigentlich dagegen etwas unternommen. Und sie wurde immer wieder ins Spital für 1-3 Tage rausgeschickt und dann immer wieder nach Hause geschickt. Sie haben nichts mit ihr gemacht. Sie haben sie zwar ein wenig untersucht und ein Arzt hat dann gesagt, dass beidseitig die Schlagadern etwas zu sind. Dann hab ich mal ins Krankenhaus kommen müssen, das war, bevor ich operiert worden bin. Das hat einige Monate gedauert bei der Schwiegermutter. Immer wieder umgesunken und dann war sie aber wieder da oder sie ist am Boden gelegen. Dann sind wir mit der Rettung wieder ins Krankenhaus und nach 2-3 Tagen wurde sie wieder nach Hause geschickt. So ist das sicher 5-6 Mal so dahin gegangen.

Dann habe ich mal raus müssen, da wurde mir dann mitgeteilt, dass der Zucker nicht passt und das Essen passt daheim nicht und die Pflege ist schlecht. Und wir schauen zu wenig nach und so weiter und sofort. Das wurde mir im Krankenhaus mitgeteilt. Und dann war eben die Familienhelferin da und die hat im Krankenhaus angerufen und hat ihnen das klipp und klar erklärt wie das ist, wenn die Schwiegermutter weg sinkt und dann ist sie auf die Neurologie gekommen, operiert worden und das ganze wieder gut geworden.“ (IP 9, Z. 151-172)

Mehrere unterschiedliche Ansprechpersonen bzgl. pflegerischen und gesundheitlicher Fragen

Für die pflegenden Angehörigen stehen unterschiedliche Ansprechpersonen, bzgl. pflegerischer und gesundheitlicher Fragen das pflegebedürftige Familienmitglied betreffend, zur Verfügung. Dabei nimmt der Hausarzt eine zentrale Rolle ein. Er ist die erste Ansprechperson bei gesundheitlichen Veränderungen des Familienmitgliedes und wird auch bei Fragen im Rahmen der Pflege und Betreuung herangezogen.

„Wenn irgendetwas [gesundheitliche Veränderungen] ist, wir haben eh einen guten Hausarzt, da kann man den auch fragen.“ (IP 5, Z. 112-113)

„Das ist der Gemeindefarzt. Das ist ganz sicher, dass er mir da hilft. Seine Kinder wollten ihn [pflegebedürftigen Ehemann] ja schon mal ins Altenheim stecken, da hätte er ja schon unterschreiben müssen. Da hat der Gemeindefarzt auch gesagt, nein das kommt nicht in Frage, wir bleiben so lange zu Hause, ich helfe ihnen dabei, so lange es nur geht.“ (IP 1, Z. 332-335)

Einige Interviewaussagen lassen darauf schließen, dass der Hausarzt²⁸ nicht immer die kompetenteste Ansprechperson bei pflegerischen Angelegenheiten ist. Er erkennt zwar den notwendigen Hilfsbedarf und bekundet, dass Hilfe in Anspruch genommen werden soll. Konkrete Informationen über mögliche Hilfen werden nicht gegeben. Bei jenen pflegenden Angehörigen, die den Hausarzt in der Praxis aufsuchen, kann vom Hausarzt die ganzheitliche Situation nicht wahrgenommen werden.

„Der Gemeindefarzt war auch schon öfters bei mir und ich habe ihm dann auch schon öfters mal erklärt, dass das ganze für mich sehr schwierig ist. Er hat mir dann zur Antwort gegeben, dass wir so eine alte Frau nicht einfach ins Altenheim geben können, die immer am Hof war.“ (IP 9, Z. 199-202)

²⁸ Anmerkung: es werden von den InterviewpartnerInnen unterschiedliche Hausärzte in Anspruch genommen

„Der Gemeindearzt war zwar einige Male da, aber Informationen über mögliche Hilfe zu Hause haben wir nicht bekommen. Er hat nur gemeint, dass Helfer kommen sollen. Was die ganze Versorgung so anbelangt, da hab ich von ihm keine Informationen bekommen.“ (IP 9, Z. 205-108)

„... aber nur die Information fehlt wirklich völlig, das stimmt schon und überhaupt im Ort. Weil man geht zum Hausarzt, der gibt einem ein paar Tabletten und aus. Zu mir zum Beispiel hat er jetzt gesagt, ich habe ihm das erzählt, dass ich mit meinem Herz Probleme habe. Er macht ein EKG und dann sagt er das gefällt mir nicht recht, da ist irgendetwas. Gehen sie ins Krankenhaus und lassen sie sich einen Herzkatheter machen. Was mit meinem Mann in der Zwischenzeit ist, das wird nicht berücksichtigt.“ (IP 2, Z. 241-245)

Der Stammtisch für pflegende Angehörige wird von vielen InterviewpartnerInnen als Informationsquelle herangezogen, um sich die notwendigen Informationen im Rahmen der Pflege und Betreuung ihres Familienmitgliedes zu holen und um die eigenen Probleme mit „Gleichgesinn-ten“ auszutauschen. Die Stammtischleitung fungiert hier primär als Auskunftgeber. Bei konkreten Fragen über notwendige Pflegehilfsmittel wird eine ortsansässige ehrenamtliche Mitarbeiterin einer Organisation kontaktiert.

„Ja ich geh zum Stammtisch jeden Monat (...). Da gibt es auch andere, die ähnliche Sachen haben, ähnliche Krankheiten.“ (IP 6, Z. 145-146)

„Und die Stammtischleiterin möchte ich da hervorheben, weil mit der kann man wirklich darüber reden, weil sie sich auskennt. Und das mit dem Stammtisch ist auch eine wunderbare Sache.“ (IP 2, 286-289)

„Ich würde mich zuerst beim Stammtisch informieren, weil die anderen zum Beispiel, wissen Bescheid darüber, was man mit dem pflegenden Angehörigen machen kann, wenn man Urlaub machen will. Ich würde mich diesbezüglich eigentlich schon zuerst innerhalb des Stammtisches informieren. Momentan ist die Situation nicht so gravierend, dass ich mich über Hilfsbedarf informieren müsste, aber beim Stammtisch da werden die Informationen gut ausgetauscht.“ (IP 6, Z. 162-167)

„...von einer Organisation bekomme ich von einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin im Ort Unterstützung bei den Möbeln und so weiter. Zum Beispiel ein Krankenbett.“ (IP 3, Z. 64-65)

Familienmitglieder, allen voran jene mit einer Ausbildung im Gesundheitsbereich, werden von einigen InterviewpartnerInnen ebenfalls als Ansprechperson herangezogen. Die Sozialberatungsstellen im Bezirk, welche verpflichtend als professionelle Anlaufstellen für Pflege- und Betreuungsangelegenheiten eingerichtet wurden, wurden lediglich von einer Interviewpartnerin in Anspruch genommen.

„Ja wir haben schon innerhalb der Familie miteinander gesprochen darüber. Mit allen 2 Schwägerinnen haben wir darüber debattiert. Und die eine, die ist Krankenschwester und die hat uns da recht gute Sachen gesagt. Die hat uns auch beim Pflegegeld geholfen....“ (IP 7, Z. 83-86)

„Ja ich habe einmal gewisse Dinge erfahren, da war ich auf der Sozialberatungsstelle, wo sie mir sehr viele Sachen haben sagen können.“ (IP 4, Z. 210-211)

Stammtisch für pflegende Angehörige ist wesentliche Bereicherung

Der Stammtisch für pflegende Angehörige stellt für die InterviewpartnerInnen eine wesentliche Bereicherung dar. Er dient nicht nur, wie zuvor schon erwähnt, als Informationsquelle für Fragen und Probleme im Rahmen der Pflege und Betreuung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes, sondern bietet den pflegenden Angehörigen auch die Möglichkeit, sich mit anderen Personen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, auszutauschen und sich gegenseitig wieder Kraft zu geben. Die Tatsache, dass der Stammtisch von „Gleichgesinnten“ besucht wird, gewährleistet einen Rahmen, innerhalb dem die pflegenden Angehörigen sich auch wirklich über ihre Probleme sprechen trauen und kein Schamgefühl empfinden. Durch die regelmäßigen Treffen können sich die BesucherInnen, wenn auch nur kurz, vom Alltag zu Hause los lösen und beugen so einer sozialen Isolation vor. Im Rahmen der Stammtischtreffen werden auch Vorträge und Kurse bzgl. Angehörigenpflege angeboten, die von den InterviewpartnerInnen sehr befürwortet werden. Der Stammtisch bietet den pflegenden Angehörigen somit eine regelmäßige Austausch- Informations- und Fortbildungsplattform.

„...da war ich jetzt mal im Rahmen des Pflegestammtisches bei einem Vortrag von der Stammtischleiterin und einer Kollegin, weil ich bin ja beim Stammtisch. Das war sehr interessant, z.B. wie man sie [pflegebedürftiges Familienmitglied] ins Bett bekommt und aus dem Bett bekommt....“ (IP 2, Z. 74-76)

„Jetzt habe ich gesagt zum Stammtisch möchte ich schon gehen. Das sind ein paar Stunden im Monat und das ist gut für die Gemeinschaft.“ (IP 4, Z. 63-65)

„...wie jetzt der Vortrag war vom Pflegestammtisch, da waren 15 oder 20 Leute und die eine hat das Problem und die andere hat das Problem. Da ist schon geredet worden was praktisch ist und was man wie macht. Daraus lerne ich halt.“ (IP 2, Z. 100-103)

„Nein, hauptsächlich machen wir das innerhalb von der Familie. Also so nach außen geh ich eigentlich noch nicht. Oder gerade beim Pflegestammtisch, dass man da redet drüber.“ (IP 8, Z. 197-199)

Familien- und gemeindenahе Angebote f. pflegende Angehörige können/wollen nicht in Anspruch genommen werden

Einige Aussagen der InterviewpartnerInnen zeigen deutlich, dass die familien- und gemeindenahen Angebote für pflegende Angehörige aus unterschiedlichen Gründen nicht genutzt werden können. Aufgrund der fehlenden Zeit, begründet durch die Notwendigkeit der Anwesenheit zu Hause, ist die Nutzung der Angebote mit zusätzlichen Strapazen und Stress verbunden. Zudem erschwert eine fehlende regionale Angebotsnähe teilweise den Besuch von Fortbildungskursen.

„Das [Besuch von Fortbildungskursen] wäre ja wieder alles nur Stress. Das will ich ja alles gar nicht. Ich will mit meinem Mann einfach leben und glücklich sein. Dass wir uns haben, genug zum Essen, dass wir aufstehen können....“ (IP 1, Z. 238-240)

„...aber wie soll ich zu einem Kurs kommen, ich kann meinen Mann nicht alleine lassen. Und wo sind die Kurse? In Y, hier bei uns ist nichts.“ (IP 2, Z. 110,111)

Der Mangel an familien- und gemeindenahen Angeboten führt dazu, dass diese nicht bzw. erst nach längerer Wartezeit genutzt werden können. Eine Interviewpartnerin tätigte dazu folgende Aussage:

„Da habe ich auch so ein großes Glück gehabt, dass sie [regionale Tagesbetreuungsstätte] ihn [pflegebedürftigen Ehepartner] mir überhaupt genommen haben. Im Herbst hab ich mal angeschaut, da hat es geheißen, nein wir sind voll besetzt. Die nehmen ja nur 10-12 auf. Und da kenne ich eine, zu der habe ich gesagt, vielleicht wenn einmal ein Platz frei wäre, und auf einmal im

Jänner wurde ich angerufen und es wurde mir gesagt, dass er einmal schnuppern kommen kann.“ (IP 2, Z. 290-294)

Die Einstellung für das kostenlose Angebot selbst etwas zurückgeben zu müssen, sowie eigene Gesundheitseinschränkungen und der Wunsch, die Familiensituation nicht nach außen Preis geben zu wollen, lassen die pflegenden Angehörigen von familien- und gemeindenahen Angeboten fern bleiben.

„Ja, die Stammtischleiterin hier im Ort bemüht sich sehr. Aber das bringt mir nichts. Das beruht auf Gegenseitigkeit. Man müsste, wenn man Hilfe beansprucht, auf der anderen Seite wieder Hilfe geben und ich kann ja nicht. Das bringt mir nichts. Deshalb gehe ich nicht zum Stammtisch.“ (IP 3, Z. 127-129)

„Ich habe schon Anrufe bekommen, dass ich kommen soll. Den Pflegenachmittag, der von der Stammtischleitung jeden Donnerstag angeboten wird. Da bin ich schon oft angerufen worden. Aber ich bin diesen Winter wieder voll in den Schmerzen gelegen, da war es mir wichtiger ich lege mich hin, bevor ich mich mit diesen Sachen völlig überhäufe, wo es mir eh nicht so gut geht.“ (IP 9, Z. 296-300)

„...die meisten, die ich angesprochen habe, die wollen eigentlich gar nicht zum Stammtisch, die wollen das [Familiensituation] wieder eher für sich behalten.“ (IP 6, Z. 267-268)

Wünsche bzgl. Pflege und Betreuung in der Region

Der Wunsch, das pflegebedürftige Familienmitglied gut untergebracht zu wissen, wenn man selbst nicht mehr für die Betreuung aufkommen kann, ist vor allem den älteren InterviewpartnerInnen, die alleine mit dem Ehepartner in einem Haushalt leben, ein großes Bedürfnis. Ein regelmäßiger Kontakt mit professionellen AnsprechpartnerInnen, welche die individuelle Situation der Familien kennen, soll den pflegenden Angehörigen dabei helfen, gezielte Copingstrategien für die Bewältigung ihrer Aufgaben zu entwickeln. Des Weiteren wird eine fixe Ansprechperson im Ort gewünscht, auf die „Verlass“ ist und die bei Bedarf hilft. Regelmäßige Informationen zur individuellen Situation bzw. zum aktuellen regionalen Pflege- und Betreuungsangebot werden ebenfalls befürwortet.

„...mir wäre es ja am wichtigsten zu wissen was mit meinem Mann geschieht, wenn ich ins Krankenhaus müsste. Das wäre zum Beispiel, wenn es notwendig werden würde, dass ich sagen kann, bitte Herr Doktor, schicken sie mir jemanden. Dass ich sagen kann, ja es kommt da jemand.“ (IP 1, Z. 327-329)

„Dass es einfach mehr Unterstützung für zu Hause geben würde. Und dass wirklich jemand im Ort ist, der einspringt, wenn man einen Arzttermin hat (...). Dass einfach eine fixe Person da wäre, auf die man sich wirklich verlassen kann.“ (IP 4, Z. 346-347)

„Ich kann mir schon vorstellen, dass, wenn man mit jemanden reden kann, der sich punktuell wirklich auskennt für diese Phase, praktisch für die schwierigsten Phasen, dass das sehr helfen kann (...). Für solche Sachen, wo er [Vater] während des Tages am aggressivsten ist, wenn man da noch ein paar Tipps bekommen würde von jemanden, der sich da auskennt. Damit wäre ich schon sehr einverstanden.“ (IP 6, Z. 293-295; 320-322)

„Ja das wäre sicher interessant. Regelmäßige Informationen wären sicher wichtig. Weil der Zustand wird ja nicht besser. Es kann ja von heute auf morgen sein, dass beide im Bett liegen und was tun wir dann?“ (IP 9, Z. 433-434)

9.1.4.3. Themenschwerpunkt Wissens-/Informationsstand von pflegenden Angehörigen

Wissens-/Informationsmangel pflegender Angehöriger

Die Aussagen der InterviewpartnerInnen lassen auf einen Wissensmangel der pflegenden Angehörigen schließen. Es wurden, sowohl von denen, die keine professionellen Hilfsdienste in Anspruch nehmen, als auch von den pflegenden Angehörigen, die von Pflege- und Betreuungsdiensten unterstützt werden, nur vage Äußerungen bzgl. dem Kennen von konkreten Pflege- und Betreuungsangeboten in der Region getätigt. Das mangelnde Wissen lässt sich darauf zurückführen, dass die pflegenden Angehörigen zu Beginn der Pfllegetätigkeit und auch während ihrer Betreuung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes von Seiten der Leistungsanbieter zu wenig oder auf falschem Weg über die Möglichkeiten im Rahmen der Pflege und Betreuung in der Region informiert werden. Auf die Frage welche Möglichkeiten der professionellen Pflege und Betreuung zu Hause in unserer Region gekannt werden, wurden unter anderem folgende Aussagen getätigt:

„Warten Sie kurz, da muss ich ein wenig studieren. Es gibt in X im Altersheim, aber wie das jetzt heißt weiß ich nicht, die hat mir gesagt, ich brauche sie nur anrufen und dann würde jemand meinen Mann waschen kommen.“ (IP 1, Z. 158-160)

„Die Nachbarschaftshilfe. Sonst weiß ich auch nicht so genau was es gibt. Essen auf Räder gibt es auch.“ (IP 4, Z. 203-204)

„Ja die Caritas. Das heißt Volkshilfe, oder nein das heißt nicht Volkshilfe. Caritas für Pflegende. Das weiß ich jetzt gar nicht.“ (IP 5, Z. 218-220)

Die fehlenden Informationen führen auch dazu, dass die pflegenden Angehörigen über das regionale Fortbildungs- und Kursangebot der vom SHVSE beauftragen Organisationen nicht Bescheid wissen.

„Ich weiß schon, dass da welche vom Roten Kreuz kommen oder von der Caritas, das weiß ich schon. Aber welche Kurse angeboten werden, das weiß ich nicht.“ (IP 2, 106-107)

Professionelle Anlaufstellen für pflegende Angehörige sind nicht bekannt und werden mit der Inanspruchnahme des Pflegestammtisches und ehrenamtlichen Hilfsdiensten kompensiert. Die Tagesbetreuungsstätte im Nachbarort ist den InterviewpartnerInnen ebenfalls ein Begriff. Auf die Frage, wen die pflegenden Angehörigen kontaktieren, wenn sie selbst einmal Hilfe, Rat oder jemanden zum Reden brauchen, kamen beispielsweise folgende Antworten:

„Ich wüsste nicht wen ich kontaktieren sollte, weil wenn ich Hilfe brauche, muss ich halt die Rettung anrufen.“ (IP 2, Z. 161,162)

„Wir haben die ehrenamtliche Mitarbeiterin vom Ort kontaktiert. Mittlerweile war ich einmal beim Pflegestammtisch und hab mir das mal angeschaut mit dem Bett und so. Und die Leiterin vom Pflegestammtisch will einmal kommen und sich das bei uns daheim anschauen.“ (IP 9, Z. 89-92)

Jenes Wissen, das die pflegenden Angehörigen über die Pflege und Betreuung zu Hause in der Region besitzen, wird oft nur zufällig bzw. über Dritte generiert. Die Kontaktherstellung mit Hilfsdiensten erfolgt ebenfalls oftmals nur per Zufall bzw. durch Vermittlung über Dritte.

„Ich kenne von meinem Mann seinem Arbeitskollegen, die Frau die macht die Stundenhilfe am Vormittag (...). Ich kenne die Organisation nicht. Sie hat Altenpflegerin im Altenheim gelernt und dann hat sie das gelernt, dass sie in der mobilen Pflege arbeiten kann. Aber für welche Organisation sie genau arbeitet, das weiß ich nicht.“ (IP 6, Z. 170-174)

„...ich habe nämlich eine Turngruppe, eh schon 23 Jahre lang. Und ich habe viele Freundinnen durch dieses Turnen. Und da hat eine auch sehr viele Probleme gehabt und ich habe mit ihr mal geredet. Sie hat gesagt, weißt du was, ruf dort an und geh zu dieser Person.“ (IP 2, 205-208)

Mit Wissen über Angehörigenpflege und Krankheit lebt es sich leichter

Zwei Interviewteilnehmerinnen verfügen im Vergleich zu den anderen über mehr Wissen bzgl. Angehörigenpflege und Krankheit des pflegebedürftigen Familienmitgliedes. Eine davon arbeitet selbst in der Nachbarschaftshilfe und eine weitere Interviewteilnehmerin holt selbst Informationen über die Krankheit ihres pflegebedürftigen Familienmitgliedes ein. Bei den beiden pflegenden Angehörigen ist erkennbar, dass ihr vermehrtes Wissen dazu beiträgt, dass sie mit der Situation besser zu Recht kommen. Im Vergleich zu den anderen InterviewpartnerInnen ist ihre Selbstfürsorge erheblich höher. Sie können ihre Copingstrategien zunehmend professionalisieren und sind dadurch unabhängiger von Hilfsdiensten.

„Und ich sage auch immer, wie es jetzt bei einer Dame vom Ort ist, so lange es gut geht, dass ich sie nicht heben muss oder so etwas. Aber wenn sie einmal wirklich zum Heben wäre, dann steige ich aus habe ich gesagt. Das tu ich meinem Kreuz nicht an. Wir waren zwar vor kurzem bei einer Dame, die hat uns das gezeigt wie das geht, aber ich habe keinen Altenfachbetreuer oder so etwas. Deshalb traue ich mich da auch nicht drüber.“ (IP 7, 97102)

„Also normalerweise ist es so, so gut wie ich meine Mutter jetzt kenne, oder dadurch, dass ich sie halt vorher auch schon immer so nebenbei betreut habe und ihre Krankengeschichte kenne und mich auch mit der Krankengeschichte beschäftige, entscheide ich eigentlich selbst was zu tun ist und sage wann ich mit ihr zum Doktor gehe. Oder zum Beispiel am Samstag, da hat sie so stark Nasenbluten gehabt und nach einer halben Stunde hat es noch nicht aufgehört gehabt. Da hab ich sie gleich ins Krankenhaus gebracht. Also da Frage ich nicht zuerst meine Geschwister oder den Doktor was ich tun soll, sondern das entscheide ich dann (...).“ (IP 8, Z. 104-110)

9.1.4.4. Themenschwerpunkt pflegende Angehörige im Kontext der Gesellschaft

Fehlende Wertschätzung/Anerkennung

Die Arbeit, die die pflegenden Angehörigen tagtäglich leisten, wird von den Familienmitgliedern und von außenstehenden Personen oftmals nicht gesehen und als Selbstverständlichkeit hingenommen. Man konzentriert sich nur auf das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Familienmitgliedes und vergisst dabei jene Personen, die für dieses Wohlbefinden verantwortlich sind.

„Ja das Gefühl, dass meine Arbeit nicht geschätzt wird, hab ich schon gehabt. Weil als Angehöriger bist du einfach nichts. Da ist das selbstverständlich.“ (IP 7, Z. 211-212)

„Ich sag halt auch von den Angehörigen, gewisse Verwandte, die auf Besuch kommen. Die sagen, ja dir geht es eh gut, zu meiner Mutter. Aber mich fragt niemand wie es mir geht, das ist eben das.“ (IP 4, Z. 167-169)

Auch von Seiten der Pflege- und Betreuungsdienste, der Gemeinde, des Landes und in weiterer Folge des Staates, erfahren die pflegenden Angehörigen zu wenig Unterstützung und Anerkennung für ihren Dienst an der Gesellschaft.

„Beim Spritzen, da habe ich immer wieder den Eindruck, dass sie ohnedies nicht kommen wollen, weil ich eh im Haus bin und sie vermutlich der Meinung sind, dass ich das eh machen kann. Es ist einfach so weit zum Fahren zu uns und solche Sachen kommen dann einfach. Ich habe den Eindruck, dass sie glauben, dass ich das eh machen könnte, weil ich eh immer da bin. Aber ich bin selbst oft nicht da, weil ich selbst sehr viele Kontrollen [Nachsorgeuntersuchungen im Krankenhaus] habe.“ (IP 9, Z. 261-266)

„Ich finde halt einfach, dass die eigenen Angehörigen, die praktisch Eltern pflegen oder so, oder sei es auch einen Partner pflegen, dass die zu wenig unterstützt werden. Sei es finanziell oder auch so, dass man ein wenig eine Betreuung hat, das wäre auch nicht schlecht.“ (IP 8, Z. 229-232)

„...dass es da ein Pflegegeld und doppelte Kinderbeihilfe gibt, da muss man auf alles selbst drauf kommen. Das haben Sie mir erst in X gesagt, wo wir da zu einem Behindertenkindergarten gefahren sind (...). Das sagt einem kein Doktor nicht, keine Gemeinde nicht, das sagt einem im

Spital niemand, aber wenn sie dann was wollen von dir, wenn etwas zum Zahlen ist, das wird einem sofort gesagt.“ (IP 5, Z. 139-144)

Unzufriedenheit mit der Pflegestufeneinteilung

Das Pflegegeld soll Familien mit pflegebedürftigen Familienmitgliedern die Pflege und Betreuung zu Hause finanziell leistbar machen und als staatliche Anerkennung für ihre Leistungen gelten. Dennoch geht aus den Interviewaussagen hervor, dass das Pflegegeld und die Pflegestufeneinteilung in ihrer eigentlichen Funktion, als ausgleichende Entlastung und Unterstützung, die pflegenden Angehörigen nicht befriedigen. Der Ablauf der Pflegestufeneinteilung wird von den InterviewpartnerInnen kritisiert. Die Art und Weise, wie die zuständigen ÄrztInnen das Begutachtungsgespräch führen, bei dem Aussagen der pflegenden Angehörigen ignoriert bzw. nicht zugelassen werden, stößt bei den interviewten Personen auf Unverständnis. Zudem bemerken die pflegenden Angehörigen, dass sich das pflegebedürftige Familienmitglied beim Begutachtungsgespräch gesundheitlich besser gibt, als es wirklich ist und dadurch die Einstufung beeinflusst. Auch die langen Wartezeiten zwischen Antragstellung und tatsächlichen Erhalt des Pflegegeldes werden kritisiert. Einige InterviewpartnerInnen waren, aufgrund von fehlendem Wissen, mit der Antragstellung überfordert. Eine Befragte bekundete, dass nicht das pflegebedürftige Familienmitglied, sondern die pflegenden Angehörigen das Pflegegeld beziehen sollen, da sie es auch sind, die die Arbeit haben.

„... zuerst haben wir mal angesucht gehabt um Pflegegeld. Da ist dann mal einer da gewesen, der hat mich dann irgendwo, so quasi wir wohnen so primitiv, keinen Aufzug haben wir und lauter so Sachen halt. Dann hätte ich ihm halt gesagt wie mein Mann ist und dann hat er gesagt ich soll meinen Mund halten, ich habe da nichts zu reden (...). Da habe ich mir dann gedacht, nein ich suche nicht mehr an, da kann sein was will. So, dann eben aufgrund der Untersuchungen im Krankenhaus, ist auf einmal voriges Jahr im Jänner oder im Februar ein Schreiben gekommen, dass mein Mann Pflegestufe 3 hat. Ich habe das leider nicht verstanden, dass ich gesagt hätte ich anerkenne das nicht, ich möchte haben, dass das auf Pflegestufe 4 oder 5 gesetzt wird. Und dann hat eben mein Hausarzt gesagt, dass es jetzt zu spät dafür ist, und dass ich das gleich hätte tun sollen und ich jetzt warten muss.“ (IP 1, Z. 28-41)

„Lächerlich war das ganze. Ich sag ihnen was, der kommt rein, grüßt sporadisch und fragt dann meinen Mann. Er fragt Dinge, wie wann sind sie geboren, welche Hausnummer haben sie, welche Telefonnummer haben sie, zeichnen sie mir da eine Uhr auf mit 10 vor 11. Da kommt man

nicht zum Reden. Ich bin eh nicht so, dass ich alles vorrede und nur zeige wie arm das wir sind, aber er lässt dich ohnehin nicht reden. Da hat er sein Diktiergerät, da geht das Ruckzuck und auf Wiedersehen, sie werden hören von uns. Da kommt man nicht zum Reden, dass man ihm sagt, jetzt ist es halt mal so, jetzt haben wir die Windeln oder jetzt geht's ins Bett oder sonst irgendwas. Also da fehlt es sehr weit, wirklich wahr. Der kommt da von Q, der kommt jetzt schon das dritte Mal zu uns und ich sag ihnen was, das ist furchtbar. Wenn man versuchen würde ihm was zu sagen, der redet da weiter, man kann ihm einfach nichts sagen. Und komischerweise, mein Mann weiß dann alles, wie gibt es das. Das weiß er ja sonst gar nicht. Also da staune ich nur. Und ein jedes Mal wie der Doktor da gewesen ist, hab ich mir immer gesagt, das gibt's nicht wie der auf Zack gewesen ist (...). Der war lediglich 20 Minuten da. Und wenn er wenigstens zuhören würde, wenn man ihm was sagen will. Dass man ihm das ein wenig erklären könnte. Und egal mit wem man darüber redet, die sagen alle das gleiche. Überall sagen sie das gleiche, die haben einfach keine Ahnung. Dann geht er und sagt sie hören von uns, aus (...).“ (IP 2, Z. 256-272)

„Also, was ich auf die Hand bekomme reicht nicht. Nein, das sicher nicht. Das vom Opa, das kommt auf die Kassa. Die Oma hat sich das Geld früher selbst behalten, die hat sich das vom Briefträger auszahlen lassen, da hat sie schon gewartet am 1. des Monats. Das hat sie einige Jahre so gemacht, obwohl ich es beantragt habe. Das ist anscheinend so, dass das die Person bekommt, die pflegebedürftig ist. Mittlerweile haben wir das umgedreht. Das Geld behalte ich mir jetzt einfach.“ (IP 9, Z. 353-358)

„Da muss man einen Antrag stellen, dann kommt der Amtsarzt und dann kommt einmal lange nichts. Vom Land kommt einmal lange nichts und zwar monatelang. Jetzt habe ich vorige Woche dort einmal angerufen und ja, hat sie gesagt, ich habe so einen Stoß Anträge, ich komme nicht zurecht. Im Februar wird er weiterbearbeitet, aber (...). Ich habe gesagt, ich muss ja die 24-Stunden-Betreuung zahlen, nicht. Naja, hat sie gesagt, sie wisse das schon, aber es geht nicht anders. Da wartet man monatelang. Sie haben zwar, wie der Antrag eingelangt ist, beim Amt der Landesregierung, das war im November einmal, da haben sie geschrieben, dass der Antrag eingelangt ist, aber das war es dann auch schon. Jetzt haben wir Februar und es ist noch nichts erledigt bei der Erhöhung der Pflegestufe.“ (IP 3, Z. 174-183)

9.1.4.5. Themenschwerpunkt Familiengesundheitspflege – erste Aussagen und Vorstellungen der pflegenden Angehörigen

Den pflegenden Angehörigen wurde, wie bereits erwähnt, vor Interviewbeginn das Konzept der Familiengesundheitspflege vorgestellt. Während des Interviews wurde gefragt, was sie davon halten bzw. welche Vorstellungen sie von einer Familiengesundheitspflegekraft haben.

Es wurde beinahe durchgehend, bis auf eine Interviewpartnerin, die Meinung vertreten, dass die Familiengesundheitspflegekraft eine fremde Person sein soll, die nicht vom Ort kommt und vertraulich mit dem Wissen über die Familiensituation umgeht. Dies begründet sich dadurch, dass die pflegenden Angehörigen befürchten, ihr eigenes Familienschicksal könnte in der Gemeinde öffentlich bekannt werden. Dennoch erhoffen sich die InterviewpartnerInnen den Aufbau einer Vertrauensbasis, welche durch ein längeres Kennen erreicht werden soll. Der Kontakt mit einer professionellen Pflegeperson, die sich regelmäßig von sich aus nach dem Befinden erkundigt, ins Haus der pflegenden Angehörigen kommt und so mit Hilfe ihres Fachwissens die individuelle Familiensituation richtig einschätzen und gezielt helfen kann, wird von den pflegenden Angehörigen befürwortet.

„Das Ding hat zwei Seiten. Es kann noch jemand 1000mal sagen ich rede nichts aus, es wird trotzdem geredet. Jetzt ist es praktisch so, dass es irgendwo dann eine Hemmschwelle gibt. Und wenn jetzt jemand Fremder kommt, der gar nicht von hier ist, und darum gefällt mir auch das von dieser Institution, die ich in Anspruch nehme, so gut. Weil der ist nicht vom Ort, der ist nicht von da, der macht seinen Sanktus und ist wieder fort. Und ich finde das ist auch das Schöne, wenn mein Mann einmal zum Pflegen wäre. Da kommt irgendeine Krankenschwester oder irgendjemand anderer, der gibt dir die Tabletten rein, streichelt dich ein wenig und ist dann wieder dahin. Und das ist in meinen Augen eine super Sache.“ (IP 1, Z. 289-296)

„Auswärtig wäre nicht schlecht. Es ist nicht immer gleich. Beim Pflegestammtisch auch. Aber da bleibt es halt in diesem Rahmen was ausgedet wird und ein paar sagen immer, ja die kennen mich alle und da will ich nicht hin jammern gehen. Ich sehe es auch bei der Pflegehelferin, denen kann ich gewisse Sachen sagen. Gut, die kommt jetzt schon ein paar Jahre und die kennt mich schon. Man redet sich vielleicht leichter. Mit der Leiterin vom Pflegestammtisch auch, weil die versteht auch was davon, aber gewisse Dinge redet man einfach lieber mit einer auswärtigen Person. Und wenn man die dann einmal kennt, da kann man dann auch alles ausreden.“ (IP 4, Z. 331-338)

„Ich kann mir schon vorstellen, dass, wenn man mit jemanden reden kann, der sich punktuell wirklich gut auskennt, für diese Phase, praktisch für die schwierigsten Phasen, dass das sehr helfen kann, wenn er uns regelmäßig daheim besucht.“ (IP 6, Z. 293-295)

„Ja ich glaube, dass das besser wäre, wenn so eine Familiengesundheitspflegekraft nicht vom eigenen Ort wäre, weil viele schon oft das Gerede fürchten.“ (IP 7, Z. 245-246)

Eine Interviewperson konnte keine konkreten Vorstellungen zum Thema Familiengesundheitspflege abgeben. Eine weitere Interviewperson war der Ansicht, dass die Familiengesundheitspflegekraft vom Ort oder von der Region sein soll.

„Ja, es gibt verschiedene Konzepte, aber das ist halt, da muss man halt sehen, ob das passt für einen. Ich könnte ja auch eine Kur oder was in Anspruch nehmen, aber das habe ich bis jetzt noch nicht in Erwägung gezogen, weil ich alleine war.“ (IP 3, Z. 157-159)

„Ich würde sagen vom Ort oder von der Region. Eine Person, die halt mit dem allen vertraut ist.“ (IP 8, Z. 238-239)

9.1.5. Zusammenfassung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse in Form einer Übersichtstabelle zusammenfassend dargestellt. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus den Familienbefragungen beim Pilotprojekt in Deutschland ist zu erwähnen, dass die Situation der pflegenden Angehörigen in Großraming sehr ähnlich ist (Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien, Grenzen werden erreicht, man vergisst auf sich selbst, Familienzusammenhalt als Grundvoraussetzung für die Situationsbewältigung, der Aufwand wird von Außenstehenden unterschätzt, soziale Kontakte gehen verloren, fehlende Vernetzung und Information der Leistungsanbieter, etc.).

Themenschwerpunkt Pflege und Betreuung zu Hause im Setting „Familie“	
Kategorien	Wesentlicher Inhalt
<i>So lange es geht, den Familienangehörigen zu Hause pflegen</i>	Aufgrund von: • schlechten Erfahrungen mit Altenheimen • gewohntes Umfeld soll beibehalten werden • Verpflichtungsgefühl gegenüber dem pflegebedürftigen Familienmitglied (z.B. Erbschaft) • pflegebedürftige Person will selbst zu Hause bleiben

	• wohnen in der näheren Umgebung als Voraussetzung für die Pflege zu Hause
Die Bedeutung der Familie für pflegende Angehörige	• Unterstützungsressource f. pflegende Angehörige - bei der Pflege - bei eigenen Problemen - GesprächspartnerIn/AnsprechpartnerIn bei Fragen im Rahmen der Pflege • Familie als Hilfsressource, wenn man selbst einmal Hilfe braucht • familiärer Zusammenhalt als Entscheidungskriterium für die Pflege zu Hause
Kinder sind nicht verpflichtet in der Pflege d. pflegebedürftigen Elternteils mitzuhelfen	• aufgrund eigener Vorerfahrungen • Wohnverhältnisse (geographische Entfernung)
Einschränkungen/Veränderungen durch die Pflegebedürftigkeit des Familienangehörigen	• man muss ständig anwesend sein - Einschränkung bei Hobbies - tägliche Notwendigkeiten werden zum Problem (z.B. einkaufen) - berufliche Einschränkungen - Gefahr der sozialen Isolation • Alltagsabstimmung auf die Bedürfnisse des pflegenden Angehörigen - pflegebedürftiges Familienmitglied wird Lebensmittelpunkt - Rest der Familie kommt zu kurz - mangelnde/fehlende Selbstfürsorge • man muss sich um alles selbst kümmern - Pflege- und Betreuungsdienste - Pflegehilfsmittel, finanzielle Hilfen - Informationen (über Pflege- und Betreuungsangebot) • man stößt an seine Grenzen und darüber hinaus - hauptsächlich in der Anfangsphase der Pflegetätigkeit - Hilfsdienste werden erst bei Grenzerreichung bzw. Überschreitung in Anspruch genommen • man lernt mit der Situation umzugehen - Entwicklung von Entlastungsstrategien - Entwicklung von Copingstrategien
Themenschwerpunkt regionales Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. ehrenamtliche Hilfsleistungen)	
Keine adäquaten Hilfsdienste	• Ent- und Belastung zugleich • pflegende Angehörige werden von den Hilfsdiensten nicht miteinbezogen • finanziell nicht leistbar (Folge: Ausländische Pflegekräfte werden in Anspruch genommen) • Fokus liegt auf pflegebedürftiger Person (restl. Familie wird im Kontext der Gesamtsituation nicht

	wahrgenommen) • fehlende Absprache der Hilfsdienste untereinander
<i>Fehlendes/mangelndes Entlassungsmanagement nach Krankenhausaufenthalt</i>	• fehlende Informationen über pflegerische Anforderungen bzgl. des veränderten Gesundheitszustandes des pflegebedürftigen Familienmitgliedes • Bedürfnis, pflegebedürftiges Familienmitglied zu Hause pflege zu wollen, wird nicht berücksichtigt • pflegebedürftige Person wird im Kontext der Familie und häuslichen Umgebung nicht wahrgenommen (Folge: Voreilige Verurteilungen) • bei Krankenhausaufenthalt des pflegenden Angehörigen werden ebenso keine konkreten Informationen über regionale Pflege- und Betreuungshilfen vermittelt (Folge: Informationseinholung und Kontaktaufnahme mit notwendigen Hilfen muss selbst erledigt werden)
<i>Mehrere unterschiedliche Ansprechpersonen bzgl. pflegerischer und gesundheitlicher Fragen</i>	• Hausarzt nimmt zentrale Rolle ein (oftmals erste Ansprechperson, auch bei Fragen im Rahmen der Pflege und Betreuung) • Hausarzt nicht immer kompetenteste Ansprechperson für Auskünfte, die die Pflege und Betreuung betreffen • Stammtisch für pflegende Angehörige (hauptsächlich Stammtischleitung) fungiert als Informationsquelle und Ratgeber bei Problemen in der Pflege und Betreuung • ehrenamtliche Mitarbeiterin im Ort wird bei notwendigen Pflegehilfsmitteln kontaktiert • Familienmitglieder, allen voran jene mit Ausbildung im Gesundheitsbereich, werden als Ansprechpersonen herangezogen • Sozialberatungsstellen werden nicht in Anspruch genommen (mit Ausnahme einer Interviewpartnerin)
<i>Stammtisch für pflegende Angehörige ist wesentliche Bereicherung</i>	• Informationsquelle • geschützter und vertraulicher Rahmen zum Austausch mit „Gleichgesinnten“ • regelmäßige Treffen beugen einer sozialen Isolation vor und ermöglichen den pflegenden Angehörigen, sich für kurze Zeit aus dem Alltag zu Hause zu lösen • Plattform für Vorträge und Kurse bzgl. Angehörigenpflege • Austausch-, Informations- und Fortbildungsplattform
<i>Familien- und gemeindenahe Angebote für pflegende Angehörige können/wollen nicht in Anspruch genommen werden</i>	• fehlende Zeit durch die Notwendigkeit der Anwesenheit zu Hause (zusätzlicher Stress und Aufwand) • fehlende regionale Angebotsnähe erschwert den Besuch von Fortbildungskursen • Mangel an familien- und gemeindenahen Angeboten (z.B. Tagesheimstätten) (Folge: Lange Wartezeiten für Inanspruchnahme)

	• Familiensituation soll anonym bleiben • Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen lässt die Nutzung der Angebote nicht zu • Verpflichtung, für kostenlose Hilfe etwas zurück geben zu müssen, hält davor ab, familien- und gemeindenahen Angebote zu nützen
Wünsche bzgl. der Pflege und Betreuung in der Region	• das pflegebedürftige Familienmitglied gut untergebracht zu wissen, wenn selbst die Betreuung nicht mehr möglich ist • regelmäßiger Kontakt mit professionellen Ansprechpersonen, die die individuelle Situation der pflegenden Angehörigen und ihrer Familien kennen • fixe Ansprechperson im Ort, auf die man sich verlassen kann und die bei Bedarf zu Verfügung steht • regelmäßige Informationen zur individuellen Situation bzw. zum aktuellen regionalen Pflege- und Betreuungsangebot
Themenschwerpunkt Wissens-/Informationsstand von pflegenden Angehörigen	
Wissens-/Informationsmangel pflegender Angehöriger	• Wissensmangel über konkretes Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. Entlastungs-, Fort-, und Weiterbildungsangebote für pflegende Angehörige) in der Region (bei Beginn der Pflegetätigkeit und während der Pflegetätigkeit) • zu wenig Informationen und nicht auf die pflegenden Angehörigen abgestimmte Informationsvermittlung von Seiten der Leistungsanbieter führen zum Wissensmangel • Ausnahme sind ehrenamtliche Hilfsdienste, die Tagesheimstätte im Nachbarort und der Stammtisch für pflegende Angehörige • Wissens- und Informationsgenerierung erfolgt meist nur per Zufall bzw. über Dritte. Die Kontaktherstellung mit Hilfsdiensten ebenfalls
Mit Wissen über Angehörigenpflege und Krankheit lebt es sich leichter	• Gesamtsituation wird besser bewältigt • Selbstfürsorge wird gesteigert (die eigene Gesundheit wird mehr wahrgenommen) • Copingstrategien werden professionalisiert und die Unabhängigkeit (von Hilfsdiensten) gefördert
Themenschwerpunkt pflegende Angehörige im Kontext der Gesellschaft	
Fehlende Wertschätzung und Anerkennung	Von Seiten der • Familienmitglieder, Verwandte und dem Umfeld (Wohlbefinden des pflegebedürftigen Familienmitgliedes wird zwar wahrgenommen, aber man vergisst dabei auf jene Personen, die für dieses Wohlbefinden verantwortlich sind) • Gesundheitsberufe (Fokus liegt auf pflegebedürftiger Person, die Leistungen der pflegenden Angehörigen werden nicht gesehen) • Gemeinde, Land und Staat (finanzielle Honorierung und mangelnde Hilfe für die pflegenden Angehörigen selbst werden kritisiert)

Unzufriedenheit mit der Pflegestufeneinteilung	• Ablauf (Begutachtungsarzt verhält sich nicht professionell) • Momentaufnahme (pflegebedürftige Person stellt sich besser als sie ist) • lange Wartezeiten zwischen Antragstellung und Erhalt des Pflegegeldes • fehlende Einbindung der pflegenden Angehörigen (Aussagen der pflegenden Angehörigen werden ignoriert bzw. nicht zugelassen) • finanzielle Abgeltung (nicht die pflegebedürftige Person, sondern der/die pflegende Angehörige/r soll PflegegeldbezieherIn sein)
Themenschwerpunkt Familiengesundheitspflege – erste Aussagen und Vorstellungen der pflegenden Angehörigen	
Vorstellungen bzgl. der Familiengesundheitspflege	• fremde Person, nicht vom Ort, soll ins eigene Haus/Wohnung kommen • vertraulicher Umgang mit dem Wissen über die Familiensituation, Vertrauensaufbau durch längeres Kennen • Anonymität (Familiensituation soll im Ort nicht öffentlich bekannt werden) • Fachkompetenz zur bedarfsgerechten Hilfe für die jeweilige individuelle Situation • Person sollte vom Ort oder der Region sein, damit sie mit dem Ganzen vertraut ist (Meinung einer Interviewpartnerin)

10. Diskussion

Im Rahmen dieses Kapitels sollen die Ergebnisse der Angehörigeninterviews in Relation zur ausgearbeiteten Literatur gestellt werden. Ziel dabei ist, den regionalen Bedarf und die möglichen Handlungsfelder der Familiengesundheitspflege, am Beispiel der Gemeinde Großraming, aufzuzeigen. Hierfür liegt der Fokus auf den Themenschwerpunkten der Interviewergebnisse, um zu konkretisieren, inwiefern eine professionelle Familiengesundheitspflege die Situation pflegender Angehöriger und ihrer Familien in Großraming verbessern kann. Es werden auch eigene Vorstellungen und wesentliche noch nicht angeführte Aspekte miteinbezogen.

Basierend darauf und auf der im Rahmen der Literaturrecherche ausgearbeiteten Themenkomplexe, werden in einem weiteren Schritt Empfehlungen für die Einführung einer professionellen Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land gegeben. Die Orientierung liegt hierbei hauptsächlich an den Forderungen des Roten Kreuz Österreich (vgl. Wild, 2008, 13) bzgl. der Umset-

zung einer professionellen Familiengesundheitspflege in Österreich. Ein fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land legt die eigenen Vorstellungen über das breite Aufgabenfeld und die praktische Umsetzung dieser möglichen zukünftigen Berufsgruppe dar und bildet den Abschluss der Diskussion.

10.1. Ergebnisdiskussion in Relation zur ausgearbeiteten Literatur

Themenschwerpunkt Pflege und Betreuung zu Hause im Setting „Familie“

Die Interviewergebnisse belegen, dass pflegebedürftige Menschen das Bedürfnis verspüren, zu Hause betreut zu werden. Auch für pflegende Angehörige und ihre Familien ist es aus unterschiedlichen Gründen eine Selbstverständlichkeit, das pflegebedürftige Familienmitglied daheim zu pflegen. Für Schnepf (2002, 9) stellen Familienangehörige oftmals automatisch von sich aus Hilfe zur Verfügung, welche sich in der emotionalen familiären Verbundenheit sowie den Schutz dieser Verbundenheit begründet.

Die Familie dient als wesentliche Unterstützungsressource für pflegende Angehörige und trägt somit maßgeblich zur Alltagsbewältigung bei. Die aus der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes resultierenden Veränderungen und Einschränkungen innerhalb der Familie sind immens. Die Verpflichtung, ständig anwesend sein zu müssen und die daraus entstehende Gefahr der sozialen Isolation, sowie die Tatsache, dass die Familien, allen voran die pflegenden Angehörigen, oftmals an ihre Grenzen der Belastbarkeit und zuweilen darüber hinaus gehen, sind nur einige wenige Beispiele dafür, in welcher prekären Lage sich pflegende Angehörige zum Teil befinden. Das pflegebedürftige Familienmitglied wird zum Lebensmittelpunkt. Die Folge daraus ist eine mangelnde bzw. fehlende Selbstfürsorge, beispielsweise in Form einer Vernachlässigung der eigenen Gesundheit. Dennoch lernen die pflegenden Angehörigen und ihre Familien mit der Situation umzugehen und entwickeln individuelle Copingstrategien. Horn (2002, 39) beschreibt dies als Prozess des Hineinwachsens, der automatisch geschieht und den pflegende Angehörige von sich aus wahrnehmen. Dieser Prozess sollte dennoch durch professionelle Hilfe von Pflegekräften unterstützt werden.

In Anbetracht der Tatsache, dass in der Familie gelernt wird, wie man mit dem eigenen Körper und der eigenen Gesundheit umgeht, und dass der Großteil (80 %) der Hilfs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen von Familienangehörigen erbracht wird, wird in Zukunft das Pflegen eines Fa-

milienmitgliedes nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein (vgl. BMGF, 2002, zitiert nach Wild, 2010, 17).

Die Familie leistet demzufolge einen großen Beitrag zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Gesundheit, zur Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins und dem daraus folgenden Gesundheitsverhalten, sowie zur Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Sie ist eine Ressource, ohne die unser Gesundheits- und Pflegesystem nicht funktionieren würde. Gerade deshalb sollten pflegende Angehörige und ihre Familien professionell unterstützt werden.

Die Familiengesundheitspflege kann diesbezüglich viel bewirken, da die pflegebedürftige Person im Kontext der Familie und seinem Umfeld wahrgenommen wird und somit ein ganzheitlicher Blick auf die Situation gewährleistet ist. Nicht nur das pflegebedürftige Familienmitglied wird als Ziel der pflegerischen Handlung gesehen, sondern die gesamte Familie. Im Rahmen des im Curriculum beinhaltenden Lehrgang 1 (Case - und Care Management im Kontext familiärer Pflege) (vgl. Wild, 2008, 22-23) werden genau jene Kompetenzen vermittelt, die professionelle Familiengesundheitskräfte dazu befähigen, den Familien bei der Bewältigung ihrer individuellen Situation zu helfen. Ein gezielter und kontinuierlicher Informationsfluss, Anleitung und Beratung bei Problemen innerhalb der Familie, sowie die Planung des individuellen Betreuungsbedarfes gemeinsam mit der Familie und zwar vor Beginn, bzw. während der Anfangsphase der Pflegetätigkeit, würde verhindern, dass pflegende Angehörige ihre Belastbarkeitsgrenze überschreiten. Die Alltagsgestaltung richtet sich nicht nur nach den Bedürfnissen des pflegebedürftigen Familienmitgliedes, sondern es werden die Bedürfnisse aller Familienmitglieder in die Planung miteinbezogen. Die Vermittlung von notwendigen Hilfsdiensten bzw. Pflegehilfsmittel wird von den Familiengesundheitspflegekräften übernommen und entlastet die pflegenden Angehörigen. Durch ein gezieltes Fallverstehen der FHN können, gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen, adäquate Copingstrategien zur Situationsbewältigung erarbeitet werden.

Der Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention bei Familien, vermittelt in Lehrgang 2 (Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung) (vgl. Wild, 2008, 24-25), sowie die Stärkung des familiären Pflegepotentials führen dazu, dass die Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen für ihre eigene Gesundheit steigt. Das wirkt sich wiederum positiv auf die gesamte Familie aus. Außerdem sind Gesundheitsförderung und Prävention Faktoren, die, richtig umgesetzt, eine langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheits- und Pflegewesens mitbestimmen (vgl. Wild, 2010, 17).

Die Befragungen jener Familien, die im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland von einer FHN begleitet wurden, bestätigen die oben angeführten Handlungsfelder. Die Familien bekamen von den FamiliengesundheitspflegerInnen Tipps und Ratschläge zur Alltagsbewältigung und konnten so individuelle Copingstrategien entwickeln. Es wurden regelmäßige Familiengespräche geführt, wodurch potentiell wahrgenommene Probleme angesprochen werden konnten, die ansonsten womöglich nie zur Sprache gekommen wären. Die vor Beginn der Pfllegetätigkeit durchgeführten Familienkonferenzen boten allen Familienmitgliedern die Möglichkeit, ihre Sicht der Dinge darzulegen. So konnte eine, auf die gesamte Familiensituation abgestimmte, optimale Pflege und Betreuung geplant werden. Die FHN gab den Familien die notwendigen Informationen und sorgte dafür, dass sie die benötigten Hilfsdienste bekamen. Zudem wurden sie bei Behörden- und Amtswegen unterstützt (vgl. Eberl et al., 2008, 137-156). Die FHN sorgten auch innerhalb der Familien für eine Stabilisierung der Familiensituation. Die Familienmitglieder bekamen wieder Kraft und Zeitressourcen und konnten ihre eigene Selbstfürsorge steigern (z.B. Wiederaufnahme der Berufstätigkeit) (vgl. Eberl et al., 2008, 156-159).

Themenschwerpunkt regionales Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. ehrenamtliche Hilfsleistungen)

Die in Anspruch genommenen Pflege- und Betreuungsdienste stellen für die pflegenden Angehörigen in Großraming eine Ent- und Belastung zugleich dar. Auch Born et al. (2002, 3-4) kamen zum selben Ergebnis. Die pflegenden Angehörigen werden von den Pflege- und Betreuungsdiensten nicht miteinbezogen. Der Fokus liegt auf der pflegebedürftigen Person. Die gesamte Familie kann deshalb nicht im Kontext wahrgenommen werden. Die Familiengesundheitspflege verfolgt diesbezüglich einen anderen Ansatz. Familienmitglieder werden durchaus in die Pflege und Betreuung miteinbezogen. Der Fokus der Pflegekraft liegt auf der Familie als dynamische und interagierende Einheit und stellt somit das Zielobjekt der pflegerischen Leistung dar (vgl. Wild, 2008, 12).

Die finanzielle Leistbarkeit der Pflege- und Betreuungsdienste ist für die pflegenden Angehörigen in Großraming eine Belastung. Auch das ÖBIG (2005, 33) kam in ihrem Endbericht zur „Situation pflegender Angehöriger“ zu dem Ergebnis, dass das Scheitern an der Finanzierbarkeit (42 %), neben einer grundsätzlich ablehnenden Haltung (48 %) einer der beiden Hauptgründe ist, warum nicht ausreichend oder gar keine mobilen Dienste in Anspruch genommen werden. Die ersten Auswirkungen der Familiengesundheitspflege in Deutschland zeigen, dass durch die Unterstützung der FHN die Hauptpflegepersonen den Umgang mit der Pflegebedürftigkeit ihres

Familienmitgliedes soweit professionalisieren konnten, dass sie mitunter nicht mehr auf ambulante Hilfsdienste angewiesen waren (vgl. Eberl et al., 2008, 156-159). Somit erübrigt sich die Kostenfrage.

Die in den Interviews angesprochene fehlende Absprache der Hilfsdienste untereinander kann von professionellen FamiliengesundheitspflegerInnen behoben werden. In Deutschland wurde im Rahmen des Pilotprojektes vor Beginn der Tätigkeit der FHN in den Familien mit den benötigten Hilfsdiensten ein Hilfeplangespräch durchgeführt, um die nötige Pflege und Betreuung untereinander optimal abzustimmen (vgl. Eberl et al., 140-142, 144-146). Die im Rahmen des Lehrgang 1 (Case - und Care Management im Kontext familiärer Pflege) vermittelten Kompetenzen, beispielsweise die Gestaltung individueller Pflegearrangements und die Sicherung der Betreuungskontinuität (vgl. Wild, 2008, 22-23), würde eine FHN dazu befähigen.

Die Kritik der pflegenden Angehörigen darüber, dass sie nach eigenem Krankenhausaufenthalt bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt des pflegebedürftigen Familienmitglied nicht ausreichend über die damit verbundenen Veränderungen in der Pflege und Betreuung zu Hause aufgeklärt wurden, ist ein Indiz für ein immer noch fehlendes bzw. mangelndes Entlassungsmanagement. Dennoch geht aus dem „Situationsbericht pflegender Angehöriger“ hervor, dass die Institutionen, welche Beratung, Betreuung und Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige anbieten, die institutionsübergreifende Zusammenarbeit, das Schnittstellenmanagement, die Überleitungspflege und das Entlassungsmanagement als gut bis sehr gut bewerten (vgl. ÖBIG, 2005, 58).

Auf Angebotsseite besteht demnach die Meinung, dass das Entlastungsmanagement funktioniert. Die Nachfrageseite, in diesem Fall die pflegenden Angehörigen, deren Zufriedenheit durchaus als Qualitätsindikator für das bestehende Angebot herangezogen werden kann, bekundet dennoch Mängel im Entlassungsmanagement der Spitäler. In den für die Familiengesundheitspflege in Deutschland entwickelten fünf Szenarien, welche die möglichen Handlungsfelder der Familiengesundheitspflege aufzeigen, sieht das Szenario 2 (Case Management und unterstützende Begleitung der Familie) unter anderem EntlassungsmangerInnen in Spitälern vor. Nach einer Spitalentlassung kann es zu einer Verschlechterung der Situation zu Hause kommen, begründet durch eine Zunahme des Pflegebedarfes. Die Familiengesundheitspflege soll durch eine Stabilisierung des Pflegearrangements und einer koordinierten Entlassung diesbezüglich dagegen lenken (vgl. Schnepf et al., 2005, 43). Auch in Österreich stellt das Entlassungsmanagement in Spitälern ein

potentielles Einsatzfeld der AbsolventInnen des Lehrganges „Case - und Care Management im Kontext familiärer Pflege“ dar (vgl. Wild, 2008, 22). Somit könnte die Familiengesundheitspflege dieser Problematik entgegenwirken.

Die Tatsache, dass die pflegenden Angehörigen in Großraming unterschiedliche Ansprechpersonen für Fragen im Rahmen der Gesundheit und Pflege des pflegebedürftigen Familienmitgliedes haben, zeigt, dass die Familien auf Informationen und professionelle Beratung angewiesen sind. Dabei fungiert der Hausarzt nicht immer als kompetenteste Ansprechperson für pflegerische Angelegenheiten. Auch die von der Caritas eigens dafür eingerichteten Sozialberatungsstellen werden von den pflegenden Angehörigen nicht (Ausnahme eine Interviewpartnerin) in Anspruch genommen. Die Ergebnisse aus den Familienbefragungen im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland belegen dieses Ergebnis. Trotz Inanspruchnahme von Hilfsdiensten bestand bei den Familien ein enormer Beratungs- und Informationsbedarf. Die HausärztInnen sind diesbezüglich zwar eine wesentliche Informationsquelle, doch wurden ihre Hilfe und Informationen bei pflegerischen Angelegenheiten oftmals als nicht adäquat betrachtet. Professionelle Beratungsstellen wurden, aufgrund von negativen Erfahrungen, nicht in Anspruch genommen (vgl. Eberl et al., 2008, 136-137). Nach der Begleitung durch die FHN lobten die Familien die kompetente Beratung und Informationsvermittlung. Professionelle Informationen über den richtigen Umgang mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit, eine adäquate Alltagsstrukturierung- und bewältigung, sowie das Aufzeigen von Alternativen bei schwierigen Entscheidungen, wurde von den Familien sehr geschätzt (vgl. Eberl et al., 2008, 148-151).

Die Familiengesundheitspflege in Österreich sieht unter anderem eine Anstellung bei niedergelassenen ÄrztInnen, sowie in Beratungsstellen bei Gesundheits- und Sozialeinrichtungen vor (vgl. Wild, 2008, 22). Durch die gezielte Platzierung von FamiliengesundheitspflegerInnen an jenen familien- und gemeindenahen Standorten, die für die pflegenden Angehörigen als wesentliche Informations- und Beratungsquelle dienen, könnte die Lücke an mangelhafter professioneller Beratung und Information gedeckt werden. Momentan werden zur Kompensierung ehrenamtliche Hilfsleistungen (ehrenamtliche RK-Mitarbeiterin vom Ort und der Stammtisch für pflegende Angehörige) herangezogen. Das sollte allerdings nicht Sinn der Sache sein und spiegelt lediglich das Versagen der professionellen Informations- und Beratungsstellen in der Region wieder. Vielmehr sollen die ehrenamtlichen Angebote als Zusatzangebot zur professionellen Informations- und Beratungsvermittlung angeboten werden - als Zeichen der Wertschätzung von Seiten der Gesellschaft gegenüber den pflegenden Angehörigen.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die pflegenden Angehörigen in Großraming die familien- und gemeindenahen Angebote oftmals aus unterschiedlichen Gründen nicht nutzen können bzw. wollen. Fehlende Zeit durch die Notwendigkeit, zu Hause anwesend sein zu müssen und der damit verbundene zusätzliche Stress, der durch die Nutzung von Entlastungsangeboten für sie entstehen würde, sowie die Tatsache, dass die Familiensituation anonym bleiben soll, werden unter anderem als Gründe genannt. Zudem erschweren ein Mangel an familien- und gemeindenahen Angeboten (z.B. Tagesbetreuungsstätten) und die oftmals fehlende regionale Angebotsnähe die Nutzung.

Im „Situationsbericht pflegender Angehöriger“ (ÖBIG, 2005, 63) werden die Verpflichtung die Arbeit alleine schaffen zu müssen, Angst, Scham und Scheu, dass fremde Personen in das eigene private Umfeld eindringen, als Gründe für die Nichtanspruchnahme von Hilfsdiensten genannt. Das Fehlen von niederschweligen Wohn- und Tagesbetreuungsstrukturen, Kurzzeitpflegeplätze, gut funktionierende Überleitungspflege und Entlassungsmanagement wird dafür ebenfalls verantwortlich gemacht, genauso wie das Fehlen von Weiterbildungsangeboten für pflegende Angehörige, welche zeitlich auf den Bedarf der pflegenden Angehörigen abgestimmt sind. Die im Rahmen der Familiengesundheitspflege in Österreich (Lehrgang 2 – Public Health im Pflegewesen mit Schwerpunkt Gesundheitsförderung) vermittelten Kompetenzen befähigen die FamiliengesundheitspflegerInnen unter anderem für die bedarfsgerechte Entwicklung und Platzierung von familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangeboten (vgl. Wild, 2008, 24-25). Die Familiengesundheitspflege kann demnach erheblich zum Ausbau und zur Professionalisierung der familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangebote beitragen.

Themenschwerpunkt Wissens/-Informationsstand von pflegenden Angehörigen

Die Interviewergebnisse zeigen, dass bei den pflegenden Angehörigen ein Wissensmangel über das konkrete regionale Pflege- und Betreuungsangebot (inkl. Entlastungs-, Fort- und Weiterbildungsangebote) während der gesamten Pflegetätigkeit besteht. Zu wenig bzw. nicht auf die pflegenden Angehörigen abgestimmte Informationsvermittlung von Seiten der professionellen Leistungsanbieter führen mitunter zu diesem Wissensmangel. Im „Situationsbericht pflegende Angehörige“ sehen die befragten Institutionen das ähnlich. Die Unterstützungsangebote sollen demnach ausreichend bekannt gemacht werden (Mundpropaganda, Instituts-Websites, Informationsbroschüren, Informationszeitschriften, Informationsveranstaltungen, etc.). Für die Institutionen hängt ihr Bekanntheitsgrad auch von der Akzeptanz und der Bekanntheit ihrer Tätigkeiten im ärztlichen Umfeld ab (vgl. ÖBIG, 2005, 57-59). Die Familienbefragungen im Rahmen des Pilot-

projektes in Deutschland ergaben ebenfalls eine mangelnde bzw. fehlende Informationsvermittlung von Seiten der professionellen Leistungsanbietern (vgl. Eberl et al., 2008, 134-137). Das österreichische Curriculum für Familiengesundheitspflege beinhaltet in allen drei Lehrgängen Informations- und Beratungsmanagement (vgl. Wild, 2008, 21-27). Dadurch werden Kompetenzen vermittelt, die die FHN befähigen, adäquate Informationsquellen und Informationsflüsse für pflegende Angehörige zu schaffen und zu optimieren. Durch die Anstellung bei Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Spitälern und niedergelassenen ÄrztInnen können diese Informationen zielgruppengerecht angeboten werden. Ehrenamtliche Hilfsdienste (z.B. Stammtisch für pflegende Angehörige) können durch die Unterstützung einer FHN ebenfalls profitieren, indem sie professionelles Wissen vermittelt bekommen, welches an pflegende Angehörige weiter gegeben werden kann.

So könnte auch die in den problemzentrierten Interviews und im deutschen Pilotprojekt aufgezeigte zufällige Wissens- und Informationsgenerierung der pflegenden Angehörigen (vgl. Eberl et al., 2008, 134-137) durch professionelle Informationsvermittlung ersetzt werden.

Die positiven Auswirkungen informierter pflegender Angehöriger sieht man bei jenen beiden InterviewpartnerInnen, die aufgrund ihrer eigenen ehrenamtlichen Pflegetätigkeit bzw. der eigenständigen Wissensaneignung über Angehörigenpflege und spezifisches Krankheitsbild des pflegebedürftigen Familienmitgliedes, besser mit der Situation zu recht kommen. Diese Personen haben eine gesteigerte Selbstfürsorge und konnten ihre Copingstrategien weitgehend professionalisieren. Daraus folgt eine Förderung der Unabhängigkeit (von Hilfsdiensten). Deutlich erkennbar werden die positiven Auswirkungen von professioneller Information und Beratung auch beim Pilotprojekt in Deutschland. Die FHN konnte durch ihre Informations- und Beratungsfunktion die Copingstrategien der Familien professionalisieren und die eigene Wahrnehmung (z.B. der eigenen Gesundheit) steigern. Die Familien waren mitunter auch nicht mehr auf ambulante Hilfsdienste angewiesen (vgl. Eberl et al., 2008, 156-159).

Themenschwerpunkt pflegende Angehörige im Kontext der Gesellschaft

Die pflegenden Angehörigen bekundeten in den Interviews, dass sie nicht jene Wertschätzung und Anerkennung genießen, die ihnen ihrer Meinung nach zusteht. Familienmitglieder, Verwandte und das nähere Umfeld legen den Fokus auf das Wohlbefinden des pflegebedürftigen Familienmitgliedes und vergessen dadurch auf jene Person, die für dieses Wohlbefinden verantwortlich sind. Auch von Seiten der von ihnen in Anspruch genommenen Pflege- und

Betreuungsdienste wird ihre Leistung zu wenig wahrgenommen. Fehlende adäquate Unterstützungen von der Gemeinde und in weiterer Folge vom Land Oberösterreich und vom Staat (finanzielle Honorierung, mangelnde Entlastungsangebote für die pflegenden Angehörigen selbst) werden ebenfalls kritisiert. Die wissenschaftliche Begleitforschung des deutschen Pilotprojektes kam zum selben Ergebnis. Die Hauptpflegepersonen bekundeten, dass lediglich die getane Arbeit gesehen wird und die Außenstehenden keine Vorstellungen davon haben, welcher Aufwand tatsächlich mit der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes verbunden ist (vgl. Eberl et al., 2008, 133-134). Born et al. (2002, 4) sehen eine fehlende Anerkennung gegenüber pflegenden Angehörigen als langfristige Folge der Angehörigenpflege.

Denham (2005, 120-121) stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die Bedeutung und der Einfluss von Familien auf die individuelle Gesundheit und Versorgung der pflegebedürftigen Familienmitglieder oftmals vergessen wird bzw. die Leistungen der pflegenden Angehörigen und ihrer Familie als Selbstverständlichkeit angesehen wird. Diese fehlende Wertschätzung hat zur Folge, dass das pflegerische, präventive und gesundheitsfördernde Potential einer Familie nicht genutzt werden kann und vor allem, aufgrund der demographischen Entwicklungen, nicht gefördert und weiterentwickelt werden kann.

Das ÖBIG (2005, 4) hält im Bericht zur „Situation pflegender Angehöriger“ fest, dass die pflegenden Angehörigen den größten Pflege- und Betreuungsdienst in Österreich leisten und aus ökonomischer Sicht für den Staat und die Volkswirtschaft ein erhebliches personelles und finanzielles Potential darstellen. Genau an diesem Aspekt setzt die Familiengesundheitspflege an. Durch die Verlagerung des Pflegeansatzes auf eine höhere Systemebene wird der Fokus auf die gesamte Familie gelegt und die Gesundheit aller Beteiligten gefördert. Dadurch distanziert man sich von der Tätigkeitsorientierung, bei der die pflegebedürftigen Personen die PflegeempfängerInnen sind und die Angehörigen lediglich Randfiguren darstellen. Die Familiengesundheitspflege ist interaktionsorientiert und sieht die pflegebedürftige Person als Teil eines Gesamtsystems (Familie und Umfeld). Das Gesamtsystem ist der Adressat der pflegerischen Leistungserbringung (vgl. Wild, 2008, 10-11). Dadurch kann nicht nur das pflegerische Potential von Familien gefördert und weiterentwickelt werden. Die pflegenden Angehörigen erhalten so auch jene Wertschätzung und Anerkennung, die ihnen zusteht. Die Ergebnisse des Pilotprojektes in Deutschland verdeutlichen sehr gut, inwiefern die Familiengesundheitspflege zur Wertschätzung und Anerkennung der pflegenden Angehörigen beiträgt. Durch die FHN erfuhren die Familien, allen voran die pflegenden Angehörigen, eine Bestärkung und Motivation in dem was sie

leisten. Das gab ihnen den nötigen Mut und die Bestätigung, auf dem richtigen Weg zu sein. Sie tankten Kraft fürs Weitermachen und hatten dadurch gelernt, besser mit ihren Ängsten und Sorgen umzugehen (vgl. Eberl et al., 2008, 143-144).

Die Pflegegeldeinstufung stößt bei den Interviewten in Großraming auf große Unzufriedenheit. Der Ablauf der Begutachtung von Seiten der zuständigen ÄrztInnen gleicht einem einseitig dominanten Dialog zwischen ÄrztIn und pflegebedürftiger Person. Aussagen von pflegenden Angehörigen werden nicht zugelassen oder einfach ignoriert. Zudem zeigen sich die pflegebedürftigen Personen während des Einstufungsgesprächs anders als sie tatsächlich sind. Die Begutachtungssituation ist demnach lediglich eine Momentaufnahme und kann den tatsächlichen Bedarf an Hilfe nicht erheben. Dazu kommt die Kritik, dass es zwischen Antragstellung und Erhalt des Pflegegeldes monatelange Wartezeiten gibt, in denen zwar schon Pflege- und Betreuungshilfe benötigt wird, aus finanziellen Gründen allerdings nicht in Anspruch genommen werden kann.

Außerdem wurde die Meinung vertreten, dass nicht die pflegebedürftigen Personen, sondern die pflegenden Angehörigen das Pflegegeld beziehen sollten. Im „Situationsbericht pflegende Angehörige“ (ÖBIG, 2005, 64) wird der gesellschaftliche und familiäre Stellenwert von pflegenden Angehörigen ebenfalls als nicht adäquat eingestuft. Viele Krankheiten werden von der Öffentlichkeit und der Politik als nicht wirklich arbeitsintensiv und belastend gesehen (z.B. Demenzerkrankungen). Die Pflegegeldeinstufung orientiert sich ausschließlich an medizinisch pflegerischen Aspekten. Der psychosoziale Betreuungsbedarf, der eigentlich den größten Teil der Belastung für pflegende Angehörige ausmacht, wird zu wenig berücksichtigt.

Die Caritas fordert in diesem Zusammenhang, unter anderem bei Demenzerkrankungen, bei der Pflegegeldeinstufung ein 4-Augen-Prinzip. Dabei sollen darauf spezialisierte FachärztInnen zusammen mit diplomierten Pflegekräften die Einstufung vornehmen. Durch die zusätzliche Beurteilung aus pflegerischer Sicht können die tatsächliche Situation und der notwendige Betreuungsbedarf der pflegebedürftigen Person korrekt erfasst werden (vgl. Caritas, 2009). Die professionelle Familiengesundheitspflege könnte diesbezüglich eine wesentliche Rolle spielen. Aufgrund der kontinuierlichen Pflege, Betreuung und Beratung der Familien, dem Kennen der Familiensituation und dem daraus folgenden Wissen über den tatsächlich notwendigen Pflege- und Betreuungsbedarf des pflegebedürftigen Familienmitgliedes, könnte eine FHN die tatsächliche Situation aus pflegerischer Sicht optimal begutachten. Die Momentaufnahme beim Begut-

achtungsgespräch könnte so vermieden werden und die Anliegen und Ansichten der pflegenden Angehörigen durch die FHN professionell eingebracht werden.

Themenschwerpunkt Familiengesundheitspflege – erste Aussagen und Vorstellungen der pflegenden Angehörigen

Die Vorstellungen der InterviewpartnerInnen bzgl. einer Familiengesundheitspflege verdeutlichen, dass es sich bei einer FHN um eine fremde Person handeln sollte, die nicht vom Ort stammt und regelmäßig die Familien zu Hause aufsucht. So haben die pflegenden Angehörigen weniger zu befürchten, dass die Familiensituation im Ort öffentlich bekannt wird. Ein vertrauter Umgang mit dem Wissen über die Familiensituation, sowie ein generelles Vertrauen durch längeres Kennen wird als Basis einer guten Zusammenarbeit gesehen. Durch das nötige Fachwissen der FHN erhoffen sich die pflegenden Angehörigen spezifische Hilfe für ihre jeweilige individuelle Situation. Die Vorstellungen der pflegenden Angehörigen aus Großraming lassen sich durch die ersten Erfahrungen mit der Familiengesundheitspflege in Deutschland sehr gut nachvollziehen. Die FHN war eine kompetente Ansprechperson, die die Situation kannte und somit nicht immer wieder aufs Neue über die Familiensituation aufgeklärt werden musste. Die pflegenden Angehörigen vertrauten oftmals weniger nahe stehenden Personen mehr als den eigenen Familienmitgliedern, da diese das nötige Fachwissen für ihre individuelle Situation hatten. Diese Distanz wurde von den pflegenden Angehörigen sehr geschätzt. Das Vertrauen wurde durch die Gespräche und durch die Arbeit mit den Familien aufgebaut und es kam bei manchen Familien sogar zum Aufbau einer persönlichen Beziehung. Dennoch wurde auf die Gefahr einer zu innigen Beziehung und den damit verbundenen möglichen emotionalen Konsequenzen nach Beendigung der Zusammenarbeit hingewiesen. Bei den regelmäßigen Hausbesuchen (in ein- bis zweiwöchigen Abständen) konnte ohne Zeitdruck über die Familiensituation gesprochen werden, was mit den ambulanten Hilfsdiensten nicht möglich war (vgl. Eberl et al., 2008, 137-147).

10.2. Empfehlungen für die Einführung einer professionellen Familiengesundheitspflege im Setting „Pflege zu Hause“ im Bezirk Steyr-Land

Es sollen an dieser Stelle, basierend auf der theoretischen Themenauseinandersetzung, den Interviewergebnissen und der Ergebnisdiskussion, Empfehlungen für eine mögliche Einführung der professionellen Familiengesundheitspflege im Setting „Pflege zu Hause“ im Bezirk Steyr-Land gegeben werden. Die Empfehlungen sollen aufzeigen, welche zukünftigen Schritte für eine erfolgreiche Implementierung im Bezirk Steyr-Land in Angriff genommen werden müssen. Die Forderungen des österreichischen Roten Kreuzes (vgl. Wild, 2008, 28) bzgl. einer möglichen Einführung werden hierfür unter anderem als Orientierung herangezogen und mit eigenen Vorstellungen ergänzt.

10.2.1. Regional flächendeckende Bedarfsevaluierung

Die im Rahmen dieser Arbeit erfolgte Bedarfsermittlung stellt lediglich beispielhaft den Bedarf einer Familiengesundheitspflege dar. Für einen Bedarfsnachweis im gesamten Bezirk Steyr-Land bedarf es einer flächendeckenden Evaluierung. Die pflegenden Angehörigen aus Großraming erwiesen sich diesbezüglich als sehr gut geeignet, um beispielhaft einen bestehenden Bedarf aufzuzeigen. Sie sind es nämlich, die tagtäglich mit den Belastungen, verbunden mit der Pflegebedürftigkeit eines Familienangehörigen, konfrontiert werden und die Situation zu meistern haben. Deshalb erscheint für eine flächendeckende Bedarfsevaluierung ein Fokus auf die pflegenden Angehörigen passend. Der Zugang zu dieser Personengruppe sollte über die vom SHVSE für die mobile Pflege und Betreuung beauftragten Organisationen (Rotes Kreuz und Caritas) erfolgen. So könnten jene pflegende Angehörige erreicht werden, die zur Unterstützung mobile Hilfsdienste beanspruchen. Zudem sollte über die Sozialberatungsstellen der Caritas in Erfahrung gebracht werden, welche Personen in der Region professionelle Beratung von den Sozialberatungsstellen bekommen. So könnten auch jene pflegende Angehörige erreicht werden, die keine bzw. noch keine mobilen Hilfs- und Betreuungsdienste in Anspruch nehmen. Ehrenamtliche Hilfsdienste, z.B. der Stammtisch für pflegende Angehörige, stellen ebenfalls einen Zugangsweg dar. Der in dieser Arbeit gewählte qualitative Forschungsansatz ist aufgrund der begrenzten Grundgesamtheit dafür nicht geeignet.

Es sollten auch die Meinungen der in der Region tätigen Organisationen im Rahmen der mobilen Pflege und Betreuung eingeholt werden. Die Organisationsleitungen, Beratungsstellen und die in der mobilen Pflege und Betreuung arbeitenden Pflegefachkräfte (inkl. freiwillige MitarbeiterInnen) sollten diesbezüglich in die Bedarfsevaluierung miteinbezogen werden. Dafür er-

scheint, aufgrund der geringen Grundgesamtheit, ein qualitativer Forschungsansatz (mündliche Befragungen) als passend.

Der vom ÖBIG (2005) veröffentlichte Endbericht zur „Situation pflegender Angehöriger“ stellt hierfür eine sehr gute Orientierung dar. Zudem bedarf es eines öffentlich bekannten Auftraggebers, um einerseits die Gründe der Bedarfsevaluierung für politische Entscheidungsträger (Land, Sozialhilfeverband Steyr-Land und die dazugehörigen Gemeinden) interessant zu machen und andererseits die Finanzierung der Evaluierung gewährleisten zu können. Das Land Oberösterreich, in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz Steyr Land, als Vorreiter und wesentlicher Befürworter einer Familiengesundheitspflege in Österreich, wäre für diese Rolle geeignet.

10.2.2. Gesetzliche Anerkennung der Familiengesundheitspflegeausbildung

Das österreichische Rote Kreuz schlägt für die Umsetzung der Familiengesundheitspflege eine Anerkennung der Ausbildung nach § 65 (Sonderausbildung) GuKG vor (vgl. Wild, 2008, 13). Demzufolge wäre die Familiengesundheitspflege auf derselben Ebene angesiedelt wie die derzeit rechtlich anerkannten Sonderausbildungen (Kinder- und Jugendlichenpflege, psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, Pflege im OP-Bereich, Anästhesiepflege, etc.). In Anbetracht der aktuellen Situation in Österreich ist diese Ausbildungsform für die Familiengesundheitspflege momentan lediglich ein Wunschdenken und als Sonderausbildung nicht umsetzbar, da dieses Berufsbild in Österreich de facto noch nicht existiert.

Im Zuge der bereits begonnenen Akademisierung in der Pflege, sowie den ExpertInnenmeinungen im Rahmen des deutschen Pilotprojektes, sollte die Ausbildung zur FHN zukünftig auf universitärer Ebene angeboten werden. In Oberösterreich bietet, wie bereits erwähnt, die Gespag ab Oktober 2010 ein 7-semesteriges Kombistudium an, welches zum einen das Gesundheits- und Krankheitspflegediplom beinhaltet und zum anderen mit dem Bachelor in Pflegewissenschaften abschließt. Am Ausbildungsstandort am LKH Steyr besteht die Möglichkeit, die Ausbildung in dieser Form zu absolvieren. Die Family Health Nurse Ausbildung könnte demzufolge als weiterführendes berufsbegleitendes Masterstudium angeboten werden und in Zusammenarbeit mit dem Fachhochschulcampus in Steyr durchgeführt werden. Ein dafür passendes Curriculum existiert bereits (siehe Kapitel 6.3.2. Das österreichische Curriculum der Familiengesundheitspflege). Fachhochschulstudiengänge werden in Oberösterreich sehr stark von der jeweiligen regionalen Wirtschaft finanziell gefördert und unterstützt. Dementsprechend wird auch das Studienangebot von den Wirtschaftsakteuren mitbestimmt. Es ist deshalb notwendig, wirtschaft-

lichen Entscheidungsträgern den langfristigen Nutzen (finanzielle Entlastung des stationären Sektors durch verbesserten extramuralen Bereich, Qualitätssteigerung und somit steigende Kundenzufriedenheit, nachhaltige Kostenreduzierung, etc.) einer professionellen Familiengesundheitspflege aufzuzeigen. Das Studienangebot der Fachhochschule Steyr zeigt, dass bisweilen lediglich wirtschaftsbezogene Studien anderer Branchen angeboten werden, da die großen Firmen gut ausgebildete AbsolventInnen in dieser Sparte für ihren eigenen Betrieb benötigen. Eine Umsetzung des Masterstudiums „Family Health Nurse“ in Steyr könnte an dieser branchenbezogenen Wirtschaftslastigkeit und der spezifischen AbsolventInnennachfrage scheitern. Eine Ausweichmöglichkeit könnte der Fachhochschulcampus in Linz sein, an dem es bereits eine Sparte mit sozialen Studienrichtungen gibt.

Die noch nicht weit fortgeschrittene Akademisierung der Pflege in Österreich ist allerdings eine temporäre Hürde für eine Ansiedelung der Family Health Nurse Ausbildung auf tertiärer Bildungsebene. Bis zur vollständigen Akademisierung dauert es noch Jahre. Demzufolge sollte als Alternative eine Weiterbildung nach § 64 GuKG angeboten werden, die explizit die Familiengesundheitspflege zum Inhalt hat.

Hierfür ist eine passende Zusatzbezeichnung wesentlich. Das Pilotprojekt in Deutschland zeigt, dass die Berufsbezeichnung „FamiliengesundheitspflegerIn“ als nicht adäquat angesehen wird. Die Bezeichnung „Family Health Nurse“ scheint als besser geeignet, da der Begriff „Nurse“ international einen höheren Stellenwert hat, als in Deutschland der Begriff „Pflege“. Es könnten dadurch die Qualifikationen nicht transparent zum Ausdruck gebracht werden. Unterschiedliche Berufsbezeichnungen könnten zu einer fehlenden internationalen Vergleichbarkeit führen und eine länderübergreifende Nostrifizierung erschweren. Zudem wurde von den AusbildungsteilnehmerInnen in Deutschland die Erfahrung gemacht, dass Gesundheitseinrichtungen die Qualifikationen und Aufgaben der Familiengesundheitspflege mit denen der Familienpflege gleichsetzen (vgl. Eberl et al., 2008, 52).

Auch für Österreich sollte, zur besseren Abgrenzung (z.B. von der Familienhilfe) und Transparenz der Qualifikationen, die international verwendete Bezeichnung „Family Health Nurse“ gewählt werden. Für eventuelle Auslandssemester oder Praktika während eines möglichen zukünftigen Masterstudiums wäre die internationale Bezeichnung „Family Health Nurse“ ebenso von Vorteil.

Von der momentanen Lösung, die Ausbildung lediglich Rot-Kreuz-intern anzubieten, sollte Abstand genommen werden. Das gleicht einer innerbetrieblichen Weiterbildung und versperrt InteressentInnen anderer Organisationen den Ausbildungszugang.

Die Ausbildungskosten sollten gefördert werden, da in Deutschland die Erfahrung gemacht wurde, dass sich viele InteressentInnen nicht für die Ausbildung entschieden haben, weil sie für die Kosten selbst aufkommen hätten müssen. Die berufsbegleitende Ausbildungsvariante lässt diesbezüglich darauf schließen, dass die ArbeitgeberInnen der AusbildungsteilnehmerInnen für die finanzielle Unterstützung aufkommen sollten. Das geht vermutlich nur, wenn die Kosten/Nutzenrechnung einer Familiengesundheitspflege für diese Organisationen positiv ausfällt. Des Weiteren erkannten viele Institutionen den nachhaltigen Wert und Nutzen einer funktionierenden Gesundheitsförderung und Prävention für ihre Organisation nicht und tendierten deshalb dazu, vorerst abzuwarten, bis der Markt den Wert auch sieht (vgl. Eberl et al., 2008, 101-102). Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wäre in diesem Zusammenhang erstrebenswert, um die Organisationen mit der Thematik permanent zu konfrontieren und zu sensibilisieren.

Die StudentInnensuche sollte über die im Bezirk Steyr-Land zuständigen mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erfolgen. In Anbetracht der Tatsache, dass ein Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege Voraussetzung für die Family Health Nurse Ausbildung ist, wären jene Personen, die im Auftrag des Roten Kreuzes die medizinische Hauskrankenpflege erledigen, eine wesentliche Zielgruppe. Auch die MitarbeiterInnen der Beratungsstellen der Caritas könnten an dieser Weiterbildung interessiert sein. Wichtig ist, den Fokus nicht nur auf Personen zu legen, die im extramuralen Feld arbeiten, da die Familiengesundheitspflege, beispielsweise im Entlassungsmanagement, auch Vorteile und Handlungsfelder für den stationären Bereich hat. Demnach sollten diplomierte Pflegepersonen aus regionalen Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen und aus familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungseinrichtungen (z.B. kleinstrukturierte betreute Wohngemeinschaften, Tagesbetreuungsstätten, etc.) als Zielgruppe angedacht werden. Für Vereine wie das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich wäre das Know How einer professionellen Familiengesundheitspflege ebenfalls von Vorteil.

Die Akquirierung geeigneter DozentInnen stellt vermutlich eine größere Herausforderung als die StudentInnensuche dar. Das Feld der Familiengesundheitspflege ist noch Neuland in Österreich. Dementsprechend wenig nationale ExpertInnen gibt es auf diesem Gebiet. Dennoch sollten diese ExpertInnen unbedingt in den Anfängen der Ausbildung als DozentInnen fungieren. Durch ihr

Wissen sind sie in der Lage, mögliche Curriculumsinhalte und Ausbildungsrichtlinien kritisch zu bewerten und notwendige Veränderungen vorzunehmen. In Anbetracht der geographischen Nähe der Stadt Steyr und Linz zum Ausbildungsstandpunkt München (2,5 – 3 Autostunden), könnten auch jene ExpertInnen als DozentInnen in Frage kommen, die in München bereits am Pilotprojekt beteiligt waren. Das berufsbegleitende Ausbildungsmodell in Form von mehrtägigen theoretischen Blöcken würde externen DozentInnen entgegen kommen. Zudem müssten regionale ExpertInnen für die Ausbildung gewonnen werden. Sie kennen die regionale Pflege- und Betreuungslandschaft und können dadurch erheblich zu einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Ausbildung beitragen. Für neutrale Ausbildungsinhalte, die nicht explizit Wissen in der Familiengesundheitspflege voraussetzen, können auch ExpertInnen, deren Schwerpunkt nicht in der Pflege und Betreuung liegt, herangezogen werden.

10.2.3. Integrierung der Familiengesundheitspflege in die länderspezifischen Strukturstandards

Die föderalistische Organisation der extramuralen Pflege und Betreuung in Österreich führt dazu, dass neue Angebote und Leistungen auf dem mobilen Pflegesektor von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich umzusetzen sind. Demnach muss eine mögliche Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land in die Strukturstandards des Landes Oberösterreich implementiert werden.

Die Koordinierung und Organisation des ambulanten Pflege- und Betreuungssektors fällt in den Aufgabenbereich der regionalen Trägerorganisationen (Sozialhilfeverbände) der jeweiligen Landesbezirke. Die Sozialhilfeverbände schaffen somit die Strukturen in den Bezirken und sind für das Angebot in der ambulanten Pflege und Betreuung wesentlich mitverantwortlich. Die dafür vom SHVSE beauftragten Organisationen (Rotes Kreuz und Caritas) sind somit jene Institutionen, die eine professionelle Familiengesundheitspflege als Ergänzung ihres bisherigen Angebots anbieten könnten. Es ist daher notwendig zu analysieren, inwieweit die Familiengesundheitspflege für diese beiden Organisationen von Vorteil ist und umsetzbar wäre.

Die von der Caritas angebotenen Sozialberatungsstellen könnten von den Fähigkeiten einer Familiengesundheitspflege erheblich profitieren und ihre Informations- und Beratungsverpflichtung professionalisieren.

Eine Family Health Nurse ist aufgrund ihrer Ausbildung in der Lage, ein gezieltes Community Assessment (Bedarfs- und Ressourcenerhebung in Gemeinden) durchzuführen (vgl. Wild, 2010, 18). Davon würde der SHVSE profitieren, weil exakte Daten und Fakten bzgl. Pflege- und Betreuungsbedarf erhoben werden können, welche für die finanzielle Mittelverteilung wichtig sind. Für familien- und gemeindenahen Pflege- und Betreuungsangebote wäre eine Family Health Nurse als ExpertIn von Vorteil und würde zum Ausbau und Professionalisierung dieser Angebote (z.B. Tagesheimstätten) sicherlich beitragen. Das in der Hauskrankenpflege tätige diplomierte Pflegepersonal könnte, durch die zusätzliche Ausbildung, den Familienkontext besser berücksichtigen und die Kontinuität der Hilfsleistungen verbessern. Durch eine Umstellung auf „Primary Nursing“ würde eine FHN im Rahmen des interprofessionellen Primary Nursing Teams als FamilienpflegeexpertIn eine wichtige Rolle einnehmen.

Eine allgemeine Aufwertung des ambulanten Pflege- und Betreuungsbereiches (in der Grundausbildung, finanziell, Fortbildungsmöglichkeiten, etc.) ist notwendig, um den Leitspruch „ambulant vor stationär“ ohne Qualitätsverlust umsetzen zu können. Welche einzelnen Schritte dafür notwendig sind, zeigt der Bericht „Pflegenotstand in der mobilen Pflege“ (LBIMGS, 2005).

Beim von der Caritas geforderten „4-Augen-Prinzip“ bei der Pflegestufeneinteilung könnte die Family Health Nurse, aufgrund ihres Wissens über die Familie und pflegebedürftige Person, die pflegerische Sicht optimal vertreten. Auch für zahlreiche Fort- und Weiterbildungskurse im Rahmen der Angehörigenpflege können Family Health Nurses einen großen Beitrag leisten.

Das Angebot darf dennoch den anderen privaten Hilfsdiensten in der Region nicht vorbehalten werden, da auch für diese Organisationen (z.B. Volkshilfe, Hilfswerk, etc.) eine professionelle Familiengesundheitspflege eine Angebotserweiterung darstellen würde. Ehrenamtliche Angebote (z.B. Stammtisch für pflegende Angehörige) könnten durch aktive Beteiligungen von Family Health Nurses ebenfalls profitieren.

Die finanzielle Vergütung der Leistungen der Familiengesundheitspflege erwies sich schon im Rahmen des Pilotprojektes in Deutschland als größte Schwierigkeit bzgl. einer langfristigen Umsetzung. Es wurde die Abgleisung ins ehrenamtliche bzw. freiberufliche Tätigkeitsfeld befürchtet, da die Organisationen nicht bereit waren, die Leistungen der FHN zu vergüten (vgl. Eberl et al., 2008, 80-81).

Auch für den Bezirk Steyr-Land stellt sich, zusätzlich erschwert durch die generellen unterschiedlichen Finanzierungsvarianten als Folge des föderalistischen Systems in Österreich, die Frage nach einer möglichen Finanzierungsmöglichkeit der Familiengesundheitspflege. Wie bereits erwähnt, bekommt das Land OÖ für die Finanzierung der Hauskrankenpflege einen Pauschalbetrag aus dem KRAZAF, der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger aufgeteilt wird (vgl. Wild, 2000, 322).

Hierbei handelt es sich allerdings nur um die kostenlose Vergütung der medizinischen Hauskrankenpflege durch die Krankenkassen. Der restliche Betrag wird einerseits, je nach Bedarf, auf die Sozialhilfeverbände aufgeteilt und andererseits als Landespflegegeld verwendet. Die Gemeinden des SHVSE leisten zudem auch einen großen finanziellen Anteil für die Finanzierung der ambulanten Pflege und Betreuung im Bezirk. Für eine nachhaltige Finanzierungslösung einer Familiengesundheitspflege bedarf es demnach die notwendigen Voraussetzungen auf Bundes-, Landes-, Bezirks- und Kommunalebene zu schaffen, um die Leistungen der Familiengesundheitspflege anerkennen und vergüten zu können. Werden die Leistungen der Familiengesundheitspflege im stationären Bereich angeboten, muss die Abrechnung wiederum anders erfolgen. Die Finanzierung ist demzufolge eine Hürde, die im Vorfeld der Einführung abgeklärt werden muss, um eine professionelle Familiengesundheitspflege nachhaltig und langfristig etablieren zu können.

Sicherlich von Vorteil wäre ein österreichweit einheitliches extramurales Pflege- und Betreuungssystem, ähnlich dem Vorarlberger oder Tiroler Modell. Dies würde nicht nur bei der Finanzierung zu Transparenz führen, sondern bundesweit geltende Qualitätsnormen für sämtliche in der ambulanten Pflege tätigen Institutionen ermöglichen und regionale Vergleiche zulassen. Es könnte dadurch auch eine bundesweit einheitliche Familiengesundheitspflegeausbildung umgesetzt werden. Ähnlich sieht das Rogner (2008, 116) für die Einführung von Primary Nursing in Österreich.

10.2.4. Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften bei Gemeinden und regionalen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen

Die Ergebnisse der Interviews verdeutlichen, dass familien- und gemeindenahе Versorgungsstrukturen in der ländlichen Region Steyr-Land große Relevanz haben. Die Gemeinde und niedergelassenen HausärztInnen stellen für die Menschen jenes Setting dar, innerhalb dem sie versorgt, gepflegt, betreut und behandelt werden möchten.

Die Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften bei Gemeinden oder bei niedergelassenen HausärztInnen würde demnach das familien- und gemeindenahes Pflege- und Betreuungsangebot im Bezirk Steyr-Land professionalisieren. Ob in jeder Gemeinde eine FHN nötig ist oder ob eine FHN mehrere Gemeinden betreut, hängt davon ab, wie groß der Bedarf ist. Hierfür ist abermals eine flächendeckende Bedarfsevaluierung notwendig.

Im Rahmen einer Gemeindeanstellung kann eine FHN, wie bereits erwähnt, aufgrund ihres Fachwissens Pflegebedarfsanalysen (Community Assessments) durchführen und den Pflege- und Betreuungsbedarf auf Gemeindeebene evaluieren. Sie ist durch ihre präventive Arbeitsweise in der Lage, potentielle Pflegebedürftigkeit bzw. Familienkrisen vorzeitig zu erkennen. Dadurch können die Familien von Anfang an beraten und betreut und eine Situationsüberforderung vermieden werden, welche häufig während der Anfangsphase auftritt. Im Rahmen der Gesundheitsförderung können Familiengesundheitspflegekräfte in den Kindergärten und Schulen eine wesentliche Rolle spielen, um die junge Bevölkerung für die eigene Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Themenschwerpunkte wie gesunde Ernährung, Bewegung und Suchtverhalten könnten beispielsweise in Projekten umgesetzt werden. Auch Gemeindeprojekte im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention könnten durch das Know How von Familiengesundheitspflegekräften profitieren. Diesbezüglich würde das Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich von der Mitarbeit/Anstellung von Familiengesundheitspflegekräften profitieren.

Die Gemeinden sollten dafür einen fixen Posten zur Verfügung stellen. Eine FHN könnte sich so um die sozialen und gesundheitlichen Angelegenheiten in der jeweiligen Gemeinde kümmern und für pflegende Angehörige und andere Hilfesuchenden eine kompetente und fixe Ansprechperson sein. Gemeinsam mit den Hilfesuchenden könnte deren individuelle Situation analysiert und eingeschätzt werden und eine bedarfsgerechte Hilfe geplant, in die Wege geleitet und regelmäßig evaluiert werden. Für die Umsetzung dieser Vorhaben auf Gemeindeebene sollten Familiengesundheitspflegekräfte ein verpflichtendes parteiunabhängiges Mitspracherecht im Gemeinderat erhalten. Zudem können sie gemeindeübergreifend dem Sozialhilfeverband als Beratungsorgan dienen, regionale pflege- und betreuungsrelevante Entwicklungen beobachten und politische Entscheidungsträger darüber in Kenntnis setzen. So könnten sich Familiengesundheitspflegekräfte als ExpertInnen an der Planung und Verbesserung des extramuralen Pflege- und

Betreuungsbereiches im Bezirk Steyr-Land beteiligen und kommunalpolitisch gesteuerte Gesundheits- und Pflegeversorgungsstrukturen aufgrund ihres Fachwissens mitgestalten.

Die Arbeitsstätte einer Familiengesundheitspflegekraft sollte nicht im Gemeindeamt sein, sondern direkt in der Gemeindearztpraxis, falls es die Räumlichkeiten zulassen. Zumindest während der Ordinationszeiten sollte ihnen in den Arztpraxen die Möglichkeit eingeräumt werden, vor Ort arbeiten zu können. Da GemeindeärztInnen in ländlichen Regionen hauptsächlich für die älteren Menschen die einzige gesundheitliche Versorgungseinrichtung sind, könnte so ein idealer Zugang für Familiengesundheitspflegekräfte geschaffen werden, um potentielle Gefahren wie Krisen oder Pflegebedürftigkeit frühzeitig zu erkennen. Die hilfsbedürftigen Menschen würden sich nicht mehr um alles selbst kümmern müssen, sondern bräuchten lediglich von Tür zu Tür (von Gemeindearzt zur FHN) gehen, um professionelle Beratung, Information und Betreuung zu bekommen. Dadurch könnte auch die Schnittstelle „Gemeindearzt – notwendige Pflege- und Betreuungsdienste – hilfsbedürftige Person“ optimiert werden. Der regelmäßige Kontakt kann durch präventive regelmäßige Hausbesuche bzw. durch die zukünftigen Hausarztbesuche aufrecht erhalten werden.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements könnten Familiengesundheitspflegekräfte als Case ManagerInnen arbeiten. Diesbezüglich wären sie bei regionalen Spitälern und anderen stationären Gesundheitseinrichtungen angestellt. Der Bedarf an Pflege und Betreuung, der nach Entlassung einer Person (bereits zuvor pflegebedürftig oder auch nicht) möglicherweise entstanden ist, kann dadurch frühzeitig evaluiert werden. Gerade im Entlassungsmanagement ist es wichtig, auch das häusliche Umfeld der Entlassenen zu berücksichtigen. Das ist wiederum nur möglich, wenn sich die EntlassungsmanagerInnen durch Hausbesuche ein Bild von der häuslichen Situation unmittelbar nach der Entlassung machen und nicht nur, wie momentan der Fall, sich die Situation durch Erzählungen der Betroffenen, ihren Angehörigen und den in Anspruch nehmenden Hilfsdiensten schildern lassen. Die EntlassungsmanagerInnen erheben den Bedarf und vermitteln bzw. koordinieren die notwendigen Pflege- und Betreuungsdienste. Durch diese Art des Entlassungsmanagements könnte man der Gefahr einer Überforderung während der Anfangsphase, bzw. bei Veränderungen der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes, entgegenwirken. Die Interviewergebnisse zeigen, dass auch pflegende Angehörige nach einem Krankenhausaufenthalt, aufgrund der möglichen Veränderungen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit, ebenfalls in den Fokus des Entlassungsmanagements gerückt werden müssen. So könnte vermieden werden, dass die eigene und durchaus notwendige Selbstfürsorge der pflegenden Angehörigen nach der

Entlassung nicht gleich wieder ignoriert wird und das pflegebedürftige Familienmitglied nicht unmittelbar zum Lebensmittelpunkt gemacht wird.

Regionale Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, beispielsweise die Sozialberatungsstellen der Caritas, könnten, wie bereits erwähnt, von der Familiengesundheitspflege ebenfalls profitieren und ihre verpflichtende Informations- und Beratungsfunktionen professionalisieren.

10.2.5. Sensibilisierung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger für die Familiengesundheitspflege

Wie bereits berichtet beinhaltet das aktuelle österreichische Regierungsprogramm vom November 2008 das Vorhaben, familien- und gemeindenahе Versorgungsstrukturen auszubauen. „Family Health Nursing“ wurde darin bereits konkret genannt. Dies stellt allerdings lediglich einen ersten Schritt in Richtung einer möglichen Umsetzung dar. Ohne die Unterstützung und Überzeugung der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger wird die Implementierung einer Familiengesundheitspflege nicht stattfinden können. Deshalb müssen die Entscheidungsträger für die Thematik sensibilisiert werden. Die österreichische Pflegewissenschaft wird in diesem Zusammenhang Überzeugungsarbeit leisten müssen. Themenbezogene Arbeiten wie diese sollen einen Beitrag dazu leisten. Gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern muss der nachhaltige Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention kontinuierlich vergegenwärtigt werden. Wissenschaftliche Arbeiten müssen klar und präzise aufzeigen, dass die österreichische Pflegelandschaft ohne den „günstigen“ Leistungsbeitrag der Familien (pflegende Angehörige) nicht existenzfähig ist. Die Ressource Familie gehört deshalb unterstützt, um eine Verlagerung von stationär auf ambulant vollziehen zu können. Der gesellschaftliche Stellenwert von Familien als soziale Einheit eines Staates muss aufgewertet werden. Eine Aufwertung des extramuralen Pflege- und Betreuungsbereiches auf allen Ebenen (z.B. bessere Einbindung während der Grundausbildung, finanzielle Lukrativität, bessere Weiterbildungsmöglichkeiten, etc.), wie es im Bericht „Pflegetotstand in der Mobilen Pflege“ (LBIMGS, 2005) vorgeschlagen wird, muss ebenfalls vollzogen werden. Dafür wird die Unterstützung der regionalen Leistungsanbieter im extramuralen Pflege- und Betreuungsbereich benötigt. Ohne die Anerkennung und Befürwortung der Leistungsanbieter ist eine Einführung schwer möglich. Deshalb müssen diese in die wissenschaftlichen Überlegungen miteinbezogen werden, um sie von der Notwendigkeit und den Nutzen einer Familiengesundheitspflege für ihre Organisationen zu überzeugen. Die Überzeugungsarbeit muss, aufgrund der föderalistischen Strukturen in Österreich, auf Bundes-, Landes-, Regional- und Kommunalebene geschehen, um den flächendeckenden Bedarf und Nutzen

einer Familiengesundheitspflege nachweisen zu können. Die bereits begonnene Akademisierung der Pflege lässt für die Zukunft diesbezüglich viel versprechen. So können den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern wissenschaftliche und evidenzbasierte Daten geliefert werden, welche die Notwendigkeit einer Familiengesundheitspflege belegen.

10.2.6. Pilotprojekt als Vorstufe und Richtungsweiser für eine flächendeckende Einführung

In Anlehnung an das deutsche Pilotprojekt bzgl. der Einführung einer Familiengesundheitspflege sollte auch für Österreich ein solches Pilotprojekt gestartet werden. Es kann dadurch, ähnlich wie in Deutschland, festgestellt werden, in wie weit eine Familiengesundheitspflege in Österreich überhaupt umsetzbar ist und welche konkreten Problemstellen es gibt. Vorarbeit diesbezüglich wurde bereits durch die an die österreichischen Verhältnisse adaptierte Curriculumsentwicklung geleistet. Für Oberösterreich würde sich der Bezirk Steyr-Land sicherlich sehr gut für ein solches Pilotprojekt eignen. In Zusammenarbeit mit dem Pflegeausbildungsstützpunkt der Gspag am Landeskrankenhaus Steyr und dem FH Campus Steyr könnte die Ausbildung während der Pilotprojektphase an einen der beiden Ausbildungsstandorte angeboten werden. Der Bedarf einer Familiengesundheitspflege, zumindest am Beispiel der Bezirksgemeinde Großraming, zeigt, dass die im Rahmen des Curriculums erarbeiteten potentiellen Handlungsfelder der Familiengesundheitspflege in Steyr-Land durchaus erprobt werden können. Das Land Oberösterreich, der SHVSE, sowie die einzelnen Gemeinden könnten mit ihrer Zustimmung zum Pilotprojekt auch die finanziellen Weichen für eine Durchführung stellen. Des Weiteren sollten auch die an der Curriculumsentwicklung mitgewirkten Organisationen das Pilotprojekt unterstützen. Notwendig ist auch eine wissenschaftliche Begleitforschung, um laufend den Ausbildungsverlauf evaluieren zu können und Verbesserungs- bzw. Veränderungsnotwendigkeiten herauszuarbeiten. Die wissenschaftliche Begleitforschung sollte allerdings auch über die Ausbildungsdauer hinaus weiter bestehen bleiben. Es muss evaluiert werden, wie sich die Arbeit der zukünftigen Familiengesundheitspflegekräfte auf die Pflege- und Betreuungslandschaft im Bezirk Steyr-Land auswirkt. Nur so kann der nachhaltige Nutzen einer Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen einer professionellen Familiengesundheitspflege aufgezeigt werden. Österreichische bzw. regionale Institute, welche auch im Bereich der Pflegewissenschaft tätig sind, sollten die wissenschaftliche Begleitforschung übernehmen.

10.3. Fiktives Zukunftsszenario der Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land

In Anbetracht der derzeitigen Situation bzgl. der Umsetzung einer Familiengesundheitspflege in Österreich ist dieses Betätigungsfeld derzeit leider nur eine Zukunftsvision. Dennoch wird in diesem Kapitel versucht, unter der Annahme, dass die zuvor gegebenen Empfehlungen umgesetzt werden, die Arbeit einer FHN im Bezirk Steyr-Land zu beschreiben. Es werden für dieses Vorhaben im Einzelnen die Punkte „Jobqualifikation“, „Anstellungsverhältnis“, „ mögliche Tätigkeitsbereiche“ und „Arbeitsplatz“ analysiert.

Jobqualifikation

Unabhängig vom jeweiligen Betätigungsfeld muss eine FHN über zahlreiche Kompetenzen verfügen um als Familiengesundheitsexpertin tätig werden zu können. Diese sollten sich im Zuge der bisherigen Berufserfahrung und fachlichen Ausbildung entwickeln. Zudem bedarf es zahlreicher persönlicher Kompetenzen, die eine FHN besitzen sollte. Die folgende Tabelle soll die notwendigen Qualifikationen einer FHN im Überblick darstellen, die idealerweise vorhanden sein sollten:

Berufserfahrung
• jahrelange Berufserfahrung • Berufserfahrung in verschiedenen Aufgabenbereichen: - stationäre Pflege, inklusive Langzeitpflege, geriatrische Pflege und Palliativpflege - Hauskrankenpflege - Leitungsfunktion (z.B. Stationsleitung) - Beratungsfunktion (z.B. EntlassungsmanagerIn, Angehörigenberatung) • Erfahrung und Wissen im Umgang mit verschiedenen Krankheitsbildern: - Demenz, Alzheimer - Alkohol-, Drogenabusus - Multiple Sklerose - spez. Kinderkrankheiten - pathologische zum Tod führende Krankheiten (maligne Tumore, etc.) - etc.

Fachliche Kompetenzen
• Gesundheits- und Krankenpflegediplom • FHN Ausbildung • ev. weitere hilfreiche Ausbildungen (WundmanagerIn, Palliativpflege, Stomapflege, Weiterbildung für Führungsaufgaben, etc.) • Handling mit neuen Medien (Internet, Notebook, Handy) • Forschungskennntnisse • ExpertInnenwissen bzgl.: - gesetzlichen Richtlinien (GuKG, SV, Pflegegeld) - nationaler und regionaler Pflegelandschaft (ambulant und stationär) - Führung, Kommunikation, Konfliktmanagement und Beratung - Gesundheitsförderung und Prävention (Anleitung, Beratung, Durchführung) - Projektmanagement - Assessmentinstrumente (gezielte Anwendung und Evaluierung) - statistischen Erhebungs- und Auswertungsverfahren (für Pflege- und Betreuungsbedarfsevaluierungen, etc.)
Persönliche Kompetenzen
• Teamfähigkeit (inklusive Leitungs- und Führungsfähigkeit) • Flexibilität • Belastungsfähigkeit • Empathie und Beziehungsfähigkeit (aber auch Abgrenzungsfähigkeit) • komplexes Fallverstehen • diplomatische Einstellung • Offenheit (für neue evidenzbasierte Methoden) • Interesse an regionalen gemeinnützigen Projekten

Die Erfahrungen aus Deutschland und die Vorstellungen der pflegenden Angehörigen aus Großraming führen zu der Erkenntnis, dass die FHN nicht direkt von jenem Ort sein sollte, in dem sie beschäftigt ist. Dadurch soll eine gewisse Anonymität der individuellen Familiensituationen gewährleistet werden. Dieser Aspekt sollte beim Anforderungsprofil ebenfalls berücksichtigt werden.

Anstellungsverhältnis und mögliche Tätigkeitsbereiche

Die Anstellung einer FHN im Bezirk Steyr-Land könnte verschiedene Formen haben und teilweise unterschiedliche Aufgabenbereiche.

Anstellungsverhältnis	mögliche Tätigkeitsbereiche
<i>Fixe Anstellung bei der Gemeinde</i> In der Gemeinde wird ein fixer Posten für die FHN eingeräumt und als eine Art Sozialressort geführt. Die Gelder dafür werden von der Gemeinde selbst aufgebracht. Die FHN bekommt ein parteiunabhängiges Gemeinderatmandat um Gemeindevorhaben mitentscheiden zu können, ähnlich dem verpflichtenden Pfarrgemeinderatsmandat. <i>Fixe Anstellung beim niedergelassenen Hausarzt oder freiberufliche Tätigkeit</i> Die FHN arbeitet eng mit dem Hausarzt zusammen und ist für sämtliche pflegerische Belange in der Praxis zuständig. Sie ist entweder direkt beim Hausarzt angestellt, oder frei beruflich tätig und führt eine Art Gemeinschaftspraxis mit dem Gemeindearzt.	• regelmäßige Pflege- und Betreuungsbedarfsevaluierung • Informationsmanagement (kontinuierliche und zielgruppengerechte Informationsweitergabe bzgl. aktuellem ambulanten Pflege- und Betreuungsangebot) • Beratungsfunktion (Familienberatung/Angehörigenberatung, etc.) • Projektmanagement (Planung, Durchführung und Evaluierung von gesundheitsrelevanten gemeindeinternen oder gemeindeübergreifenden regionalen Projekten; z.B. gesunde Ernährung in der Schule und im Kindergarten, etc.) • Unterstützung und Koordinierung der ehrenamtlichen Hilfsdienste (Stammtisch für pflegende Angehörige, Essen auf Räder, etc.) • Mitarbeit beim Aus- und Aufbau von gemeindenahen Pflegearrangements (betreutes Wohnen, Tagesbetreuungsstätten, etc.) • Planung und Vermittlung von notwendigen Pflege- und Betreuungsdiensten für hilfsbedürftige Familien • Pflegeabstimmungsgespräch mit benötigten Hilfsdiensten (gemeinsam mit den Familien) vor Beginn der Pflege- und Betreuungstätigkeit • regelmäßige (oder auf Anfrage) Situationsgespräche mit Familien mit einem pflegebedürftigen Familienmitglied • interdisziplinäre Zusammenarbeit mit HausärztInnen, Rotem Kreuz, Caritas, Krankenhäusern (Entlassungsmanagement) und anderen Akteuren im ambulanten Setting • Hilfe bei Amts-/Behördenwege • Vertretung des Pflegestandpunktes bei der Pflegestufeneinteilung (4-Augen-Prinzip) • Vertretung der Gemeindeinteressen beim SHVSE aufgrund des ExpertInnenwissen • Sensibilisierung der Gemeinde für Gesundheitsförderung und Prävention
<i>Fixe Anstellung beim den vom SHVSE beauftragten ambulanten mobilen Diensten</i> Die FHN ist beim Roten Kreuz	• Professionalisierung eines zielgruppenorientierten Beratungsmanagements (Sozialberatungsstellen, etc.) • Informationsmanagement (zielgruppenorientierte Vorträge über Pflegeangebot, finanzielle und rechtliche Möglichkeiten, adäquate Wahl der

Steyr-Land oder bei der Caritas Oberösterreich angestellt. Für Großraming wäre demnach, aufgrund der regionalen Aufteilung, die FHN der Caritas Oberösterreich zuständig. Fixe Anstellung bei anderen nicht vom SHVSE beauftragten ambulanten Dienste Die FHN ist bei einer privaten Organisation (z.B. Hilfswerk, Volkshilfe) angestellt.	Werbepositionierung, etc.) • Auf- und Ausbau des organisationsspezifischen ambulanten Pflege- und Betreuungsangebotes • regionale Pflege- und Betreuungsbedarfsevaluierung • Forcierung der interdisziplinären Zusammenarbeit (FamilienexpertIn im Rahmen eines Primary Nursing Teams) • Vertretung der Organisationsinteressen auf landespolitischer Ebene • Sensibilisierung der Institutionen für Gesundheitsförderung und Prävention
Fixe Anstellung direkt beim SHVSE Die FHN ist direkt beim SHVSE angestellt und fungiert als eine Art Stabstelle.	• Mitspracherecht und Beteiligung bei Planung, Aus- und Aufbau des ambulanten Pflege- und Betreuungsangebotes (basierend auf einer kontinuierlichen regionalen Bedarfsevaluierung) • Beratungsfunktion für die im SHVSE vertretenen Gemeinden, Alten- und Pflegeheime • Sensibilisierung des SHVSE und der landespolitischen Entscheidungsträger für Gesundheitsförderung und Prävention
Fixe Anstellung beim Verein „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich Die FHN ist beim Verein „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich angestellt. Ihre Arbeit wird somit vom Land Oberösterreich finanziert.	• Aus- und Aufbau des vereinsinternen ehrenamtlichen Angebotes • Projektmanagement (Beratung, Durchführung und Evaluierung von gemeindeinternen bzw. gemeindeübergreifenden regionalen Gesundheitsprojekten) • Forcierung des ehrenamtlichen Engagements • Professionalisierung der Zusammenarbeit von ehrenamtlichen und professionellen Pflege- und Betreuungshilfsdiensten • Sensibilisierung der Bevölkerung für Gesundheitsförderung und Prävention

Arbeitsplatz

Ein adäquater Arbeitsplatz ist Grundvoraussetzung für das professionelle Arbeiten einer FHN. Unabhängig wo die FHN angestellt ist, benötigt sie für ihre Arbeit verschiedene Informationstechnologien. Dazu zählen Laptop mit mobilen Internetzugang, Handy und Digitalkamera. Mit Hilfe dieser Geräte ist die FHN ortsunabhängig und kann unter anderem bei Beratungsgesprächen mit Familien direkt vor Ort Informationen für die spezifischen Situationen via Internet (aus Wissens- und Informationsdatenbanken) darlegen und gemeinsam mit den Familien besprechen. Zudem benötigt eine FHN einen fixen Arbeitsplatz (Büro), um ihre zahlreichen anderen Tätig-

keiten (Bedarfsevaluierungen, Gesundheitsprojekte, etc.) durchführen zu können. Je nachdem bei welcher Institution die FHN angestellt ist, kommen dafür unterschiedliche Lokalitäten in Betracht (Gemeindeamt, Praxis des Hausarztes, regionale Hauptdienststelle des Roten Kreuz oder der Caritas, SHVSE Geschäftssitz, Vereinsniederlassung der „Gesunden Gemeinde“ Oberösterreich). Ein Firmen-PKW, bedingt durch die vielen außerbürolichen Tätigkeiten, sollte ebenfalls zu Verfügung stehen.

11. Limitation der Untersuchungsmethode

Mit dem für diese Arbeit gewählten qualitativen Forschungsansatz wurden keine quantitativen Daten zum tatsächlichen Bedarf einer Familiengesundheitspflege im Bezirk Steyr-Land erhoben. Es wird dieser lediglich beispielhaft durch die Ergebnisse aus den Interviews mit pflegenden Angehörigen der Gemeinde Großraming aufgezeigt.

Durch den Vergleich der Ergebnisse mit der recherchierten Literatur lässt sich dennoch schlussfolgern, dass die Probleme und Situation der pflegenden Angehörigen in der Gemeinde Großraming die Lage der pflegenden Angehörigen in Österreich repräsentieren. Demnach stellen die Ergebnisse für die regionalen Leistungsanbieter im Bereich der mobilen Pflege und Betreuung und den oberösterreichischen Sozialhilfeverbänden durchaus eine Relevanz dar, um Überlegungen bzgl. einer Familiengesundheitspflege auf Bezirksebene anzustellen.

Für die Gemeinde Großraming liefert die Arbeit Informationen darüber, wie es um die pflegenden Angehörigen und ihren Familien in der Gemeinde steht. Die aufgezeigten Problemfelder geben die Richtung für eine verbesserte Unterstützung der beforschten Zielgruppe vor und bilden die Basis für einen gegenwärtigen bzw. zukünftigen Handlungsbedarf.

12. Anhang

12.1. Interviewleitfaden

Einleitende Fragen

1. Wie lange pflegen Sie Ihren Angehörigen schon und wie ist es zur Pflegebedürftigkeit gekommen?
2. Warum haben Sie sich dafür entschieden Ihren Angehörigen selbst zu Hause zu pflegen und nicht andere Alternativen in Anspruch genommen (Pflegeheim, etc.)?
 - 2.1. *Kennen Sie das Angebot an Pflegeheimen, Tagesbetreuungsstätten, etc. in Ihrer Umgebung?*
 - 2.2. *Wurden Sie zu Beginn der Pflegebedürftigkeit ihres/r Angehörigen über die bevorstehenden Herausforderungen, Alternativmöglichkeiten oder Hilfen informiert? Von wem und welche Auskunft bekamen Sie diesbezüglich?*

Fokus Familie

3. Was verbinden Sie mit dem Begriff Familie und welche Bedeutung hat die Familie für Sie?
 - 3.1. *Wen zählen Sie überhaupt zu ihrer Familie?*
 - 3.2. *Welche Familienmitglieder leben in Ihrem Haushalt bzw. wo lebt der Rest der Familie?*
4. Ist die gesamte Familie oder nur Sie als Betreuungsperson in die Pflege Ihres Angehörigen involviert?
5. Hat die Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen für Sie und den Rest der Familie irgendwelche Auswirkungen?
 - Alltagsveränderungen
 - Kontaktverlust zur Außenwelt
 - Bedürfnisse, die zurückgestellt werden müssen
 - berufliche Einschränkungen
 - neue Organisation innerhalb der Familie (Rollenverteilungen, etc.)
 - neue Bedürfnisse an die Familie von Seiten des pflegebedürftigen Angehörigen

- 5.1. *Wie gehen Sie mit diesen Auswirkungen innerhalb der Familie um?*
- 5.2. *Kennen bzw. haben Sie diesbezüglich AnsprechpartnerInnen, die Ihnen dabei geholfen haben mit der neuen Familiensituation zurecht zu kommen?*
6. Gab es Phasen, wo Sie als pflegende/r Angehörige/r und die Familie aufgrund der Pflegebedürftigkeit Ihres Familienmitgliedes an Ihre Grenzen gestoßen sind?
- 6.1. *Was haben Sie dagegen unternommen (familienintern, Hilfsangebote, etc.)?*
7. Wie reagieren Sie auf gesundheitliche Veränderungen Ihres pflegebedürftigen Familienmitgliedes und den damit verbundenen möglichen Änderungen in der Betreuung?
- innerhalb der Familie
 - mögliche Inanspruchnahme einer professionellen Pflege und Betreuung
 - professionelle AnsprechpartnerInnen als Hilfe zum Einstellen auf die neue Situation
8. Kennen Sie professionelle Anlaufstellen/Einrichtungen, etc., die Sie kontaktieren können, wenn es aufgrund der Pflegebedürftigkeit Ihres Familienmitgliedes zu Problemen bzw. Konflikten innerhalb der Familie kommt?
- 8.1. *Wie hat sich der Kontakt ergeben?*
- 8.2. *Ist diese Person mit der Familiensituation vertraut (Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, Wohnverhältnisse, etc.)?*

Fokus professionelle Pflege- und Betreuungsunterstützung

9. Wen kontaktieren bzw. würden Sie kontaktieren um Informationen über notwendige Pflege- und Betreuungshilfen zu erhalten (finanzielle Unterstützung, Hilfsgeräte, etc.)?
10. Welche Angebote im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in der Region kennen Sie?
- Caritas, Rotes Kreuz, etc.
 - ehrenamtliche Tätigkeiten (z.B. Stammtisch f. pflegende Angehörige, Nachbarschaftshilfe, etc.)
- 10.1. *Wie haben Sie von diesen Möglichkeiten erfahren?*
- Selbstinitiative
 - Werbung
 - Bekannte, Freunde, andere pflegende Angehörige
 - Gemeindearzt, etc.

11. Nehmen Sie Hilfe von sozialen Diensten in Anspruch?

11.1. Wie sind der Kontakt und das Engagement zustande gekommen?

11.2. Welche pflegerischen Leistungen werden erbracht?

11.3. Stimmen die unterschiedlichen Leistungserbringer ihre Pflege und Betreuung aufeinander ab (zeitlich, organisatorisch, Berücksichtigung der familiären Situation – z.B. Berufstätigkeit einzelner Familienmitglieder)?

11.4. Werden Sie bzw. der Rest der Familie in den Betreuungsprozess miteinbezogen?

11.5. Geben Ihnen die Hilfspersonen auch Tipps und Ratschläge für Sie selbst und die restliche Familie bzgl. Ihrer eigenen Gesundheit und den Umgang mit dem pflegebedürftigen Familienmitglied?

12. Gab es während Ihrer bisherigen Betreuungstätigkeit Krankenhausaufenthalte (Reha-Aufenthalte, etc.) Ihres Angehörigen bzw. von Ihnen selbst?

12.1. Kam es nach der Entlassung zu Veränderungen im Rahmen der Pflege und Betreuung ihres Familienmitgliedes?

12.2. Welche Informationen bekamen Sie unmittelbar vor der Entlassung von Seiten des Krankenhauses (Rehaklinik, etc.) diesbezüglich?

Fokus Entlastungsangebote für pflegende Angehörige und ihre Familien

13. Was machen Sie für sich selbst um sich vom Kräfte raubenden Alltag zu erholen und einfach einmal abzuschalten?

13.1. Gibt es diesbezüglich in der Region Möglichkeiten für Sie, die Ihnen dabei helfen und ihre Situation als pflegende/r Angehörige/r berücksichtigen (Tagesbetreuungsstätten, Urlaub mit Betreuung, Infoveranstaltungen über Umgang mit eigener Gesundheit, etc.)?

13.2. Wie haben Sie von diesen Möglichkeiten erfahren?

14. Haben Sie Fortbildungen, Kurse, etc. besucht um sich Wissen für den richtigen Umgang mit der Krankheit und Pflegebedürftigkeit ihres Angehörigen anzueignen?

14.1. Von wem wurden die Kurse, Fortbildungen, etc. angeboten?

14.2. Wie wurden Sie über das Angebot informiert?

14.3. Was hat sie bisher daran gehindert?

15. Haben Sie jemanden, mit dem Sie selbst als pflegender Angehöriger reden können, wenn sie Hilfe und Rat für Ihre eigene Situation benötigen?

15.1. Verstehen diese Personen Ihre Situation?

15.2. Kennen Sie diesbezüglich Anlaufstellen in der Region?

16. Kennen Sie andere Familien in der Region, die ein Familienmitglied zu Hause pflegen, diesbezüglich aber keine Entlastungshilfen in Anspruch nehmen?

17. Gleicht das Pflegegeld die finanziellen Aufwendungen, verbunden mit der Pflegebedürftigkeit Ihres Angehörigen, aus?

17.1. Sind Sie mit der Pflegestufe Ihres Angehörigen zufrieden?

17.2. Wie erfolgte die Pflegestufeneinteilung?

18. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen als pflegende/r Angehörige/r von Seiten der Familie, Ihres Umfeldes, der Gemeinde oder überhaupt von Seiten des Staates genügend Anerkennung und Wertschätzung entgegengebracht wird?

Fokus Familiengesundheitspflege

19. Haben Sie schon, bevor ich Sie kontaktiert habe, etwas vom Konzept der Familiengesundheitspflege gehört? – danach kurze Vorstellung des Konzeptes

19.1. Was halten Sie davon und welche Vorstellungen haben Sie von professionellen FamiliengesundheitspflegerInnen (Eigenschaften, Kompetenzen, Herkunft, etc.)?

Abschließende Fragen

20. Sind Sie mit dem Angebot im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in der Region zufrieden?

20.1. Was würden Sie sich zusätzlich von einer professionellen Pflege und Betreuung für sich und Ihre individuelle Situation wünschen?

21. Gibt es Ihrerseits noch offen gebliebene Fragen oder Informationen, die Sie stellen bzw. einholen wollen?

13. Literaturverzeichnis

Ackerl J. (2007): Information zur Pressekonferenz mit Sozial-Landesrat Josef Ackerl am 12. Dezember 2007 zum Thema „Bedarfs- und Entwicklungsplan NEU/2006 für die Pflegevorsorge für ältere Menschen.“ Entwurf für die OÖ Landesregierung. Online unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-C3710C97-DF359016/ooe/PK_Ackerl_12.12.2007_Internet.pdf (15.04.2009).

Arbeitskreis CdLS (2010): Faltblatt über allgemeine Informationen zum Cornelia de Lange Syndrom. Online unter <http://www.corneliadelange.de/faltblatt.pdf> (13.02.2010).

Aschenbach G. (2001): Family Health Nurse – ein neues Berufsbild in der professionellen Pflege und gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung. Fachhochschule Münster, Diplomarbeit.

Bamm E. L., Rosenbaum P. (2008): Family-Centered Theory: Origins, Development, Barriers and Supports to Implementation in Rehabilitation Medicine. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 89, 1618-1624.

BMSK – Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2009): Sozialbericht 2007-2008. Ressortaktivitäten und sozialpolitische Analysen. Online unter http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/0/6/CH0025/CMS1232965764488/sozialbericht_2007-2008.pdf (24.03.2010).

BMSK - Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, Sektion IV (2009): Einblick Pflege. Orientierungshilfe zum Thema Behinderungen. 5. Auflage. Online unter http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/1/9/CH0690/CMS1182342360545/webfassung_pflegeheft_5_2009.pdf (23.04.2009).

Born G., Mertens E., Bartmann K. (2002): Pflegende Angehörige. Balance zwischen Fürsorge und Entlastung. Verbraucher-Zentrale Nordrhein-Westfalen e. V., Düsseldorf.

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.

Caritas Oberösterreich (2007): Familienhilfe. Online unter http://www.caritas-linz.at/fileadmin/user/oberoesterreich/CBP/Fotos_CBP/Mobile_Dienste/Familienhilfe_Handout_Neu_07.pdf (17.04.2009).

Caritas Oberösterreich (2007): Langzeithilfe für Familien. Online unter http://www.caritas-linz.at/fileadmin/user/oberoesterreich/CBP/Fotos_CBP/Mobile_Dienste/Handout_Langzeithilfe_Neu_07.pdf (17.04.2009).

Caritas Österreich (2009): Caritas fordert 4-Augen-Prinzip für optimale Pflegegeldeinstufung. Presseaussendung der Caritas Österreich vom 29.12.2009. Online unter [http://www.caritas-wien.at/aktuell/presseaussendungen/detail/artikel/2034/1057/?tx_ttnews\[pS\]=1259622000&tx_ttnews\[pL\]=2678399&tx_ttnews\[arc\]=1&cHash=aa11b5e967](http://www.caritas-wien.at/aktuell/presseaussendungen/detail/artikel/2034/1057/?tx_ttnews[pS]=1259622000&tx_ttnews[pL]=2678399&tx_ttnews[arc]=1&cHash=aa11b5e967) (8.03.2010).

Chorherr T. (2007): Hilfe, wer pflegt mich? Fakten, Standpunkte, Perspektiven. Verlag Carl Ueberreuter, Wien.

Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.) (2000): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

Degner M. (1997): Die gesellschaftspolitische Rolle der Krankenpflege im Nationalsozialismus. Heimarbeit aus dem Fach Berufskunde, Campus für Alten- und Krankenpflege an der Hans-Weinberger-Akademie, München. Online unter <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Campus-fuer-Alten-und-Krankenpflege/download/inhalt/Berufskunde/Nationalsozialismus.pdf> (3.03.2010).

Denham S. A. (2005): Family Structure, Function and Process. In: Hanson S. M. H., Gedaly-Duff V., Kaakinen J. R. (Hrsg.): Family Care Nursing: Theory, Practice & Research. 3rd Edition, F.A. Davis Co., Philadelphia, 119-156.

Eberl I., Schnepf W. (2008): Abschlussbericht – Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenähe Pflege in Witten/Herdecke. Im Auftrag des Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Online unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/FHN%20Abschlussbericht%20Uni%20Witten%202008-08-21.pdf> (7.03.2010).

Ertl R., Kratzer U. (2001): Hauskrankenpflege. Wissen-Planen-Umsetzen. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Fischer R. (2004): Prävention und Rehabilitation. In: Lauber A., Schmalstieg P. (Hrsg.): Prävention und Rehabilitation - verstehen & pflegen. Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 4-32.

Flick U., Von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.) (2009): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg.

Free Software Foundation (2008): Gemeinden im Bezirk Steyr-Land. Online unter http://images.google.de/imgres?imgurl=http://upload.wikimedia.org/wikipedia/de/thumb/8/8c/Gemeinden_im_Bezirk_Steyr-Land.png/800px-Gemeinden_im_Bezirk_Steyr-Land.png&imgrefurl=http://de.wikipedia.org/wiki/Steyr-Land&usg=__bM7PoNhP8sYP5S5BhzCJdo-3lII=&h=356&w=800&sz=88&hl=de&start=9&um=1&tbnid=kF9-5enhsda3jM:&tbnh=64&tbnw=143&prev=/images%3Fq%3DSteyr%2BLand%26hl%3Dde%26rlz%3D1T4SNYK_deAT254AT255%26um%3D1 (16.04.2009).

Gehring M. (2001): Familie – eine Begriffsdefinition. In: Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 15-32.

Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.) (2001): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.

Gemeinde Großraming (2009): Therapie- und Beratungsangebote in Großraming. Online unter <http://www.grossraming.at/gemeindeamt/html/Therapieangebote.pdf> (12.01.2010).

Gemeinde Großraming (2010): HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.4.2. (Extramurales Pflege- und Betreuungsangebot in Großraming). Online unter <http://www.grossraming.at/system/web/zusatzseite.aspx?menuonr=220431396&detailonr=216003700> (21.03.2010).

Gemeinde Großraming (2010): Neu – Tagesbetreuung für ältere Menschen. Großraminger Gemeindezeitung, 1, 6. Online unter http://www.grossraming.at/gemeindeamt/download/221022266_1.pdf (23.03.2010).

Gespag – Gesundheits- und Spitals-AG Oberösterreich: HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.3.3. (Ausbildungsmöglichkeiten im Bereich der extramuralen Pflege und Betreuung auf akademischen Niveau). Online unter <http://gesundheitsberufe.gespag.at/1443.php> (21.03.2009).

Gigl A. (2000): Extramurale Gesundheits- und Soziale Dienste. In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 325-339.

Gruber A. (2000): Prävention in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 398-406.

GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz Österreich (1997): Online unter http://www.austropersonal.com/data/GuKG_2005.pdf (12.10.2008).

Hackmann M. (2001): Zur Geschichte der Gesundheitsförderung in der ambulanten Pflege. In: Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 209-219.

Hanson S. M. H., Gedaly-Duff V., Kaakinen J. R. (Hrsg.) (2005): Family Care Nursing: Theory, Practice & Research. 3rd Edition, F.A. Davis Co., Philadelphia.

Hasseler M., Meyer M. (Hrsg.) (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Schlütersche, Hannover.

Hermann A., Palte H., Blaue J., Brütsch T., Gormanns M., Arnold S., Kamphausen U., Kümmel L., Maletzki W., Röhl A., Schoppmeyer M. A., Schüler J. (Hrsg.) (2004): Leitfaden Häusliche Pflege. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Herold E. E. (2002): Pflege in der eigenen Familie und Häuslichkeit aus der Sicht der betroffenen Menschen und ihrer Laienpflegepersonen. In: Herold E. E., Scheele-Schäfer J., Fischer T., Brunen M. H., Böhme H. (Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege – Management – Bildung. 2. Auflage, Schlütersche, Hannover, 31-273.

Herold E. E., Scheele-Schäfer J., Fischer T., Brunen M. H., Böhme H. (Hrsg.) (2002): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege - Management – Bildung. 2. Auflage, Schlütersche, Hannover. Online unter http://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=3YydlvNCqO0C&oi=fnd&pg=PA3&dq=Ambulante+Pflege+3.+Familienpflege+-+Management+-+Bildung&ots=O5AhjbnTGh&sig=6ZGdWVBO8Q3avEWDiJR_SSe5fXA#PPP1,M1 (18.03.2009).

Horn A. (2002): Man wächst da einfach rein. In: Schnepf W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Verlag Hans Huber, Bern, 14-40.

Kean S. (2000): Die Rolle der Familiengesundheitsschwester in Deutschland. Präsentation im Rahmen der Diskussionsveranstaltung des DBfK vom 23. März 2000 in Eschenbach. Online unter www.familiengesundheitspflege.de/download/beitragkean.pdf (2.10.2008).

Kean S. (2001): Family Nursing – Was ist das? In: Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 47-63.

Kollak I. (2004): FHN – Internationale Beispiele gelungener häuslicher Versorgung. In: Hasse-ler M., Meyer M. (Hrsg.): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen – Wettbewerbsvorteile sichern. Schlütersche, Hannover, 85-108.

Körtner U. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Kowal S., O'Connel D. C. (2009): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick U., Von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 437-447.

Krankenpflege- und Betreuungsverein Bürs (2010): HP-Informationen bzgl. Kapitel 7.2.1. (Die Länderspezifität der extramuralen Pflege und Betreuung in Österreich). Online unter http://www.kbv-buers.at/scribo/?page_id=24 (13.03.2010).

Lamnek S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Band 2, Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Land Oberösterreich (2006): Bildungsland Oberösterreich. Leitfaden für das mittlere und höhere Bildungsangebot in Oberösterreich. Online unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-218A61B5-0C1BE139/ooe/Bi_bildungslandOOE.pdf (18.04.2009).

Land Oberösterreich, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales (2008): Oberösterreichischer Sozialbericht 2008. Online unter http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-355B1567-4D35EF72/ooe/sozialbericht08_kap01.pdf (15.10.2009).

Land Oberösterreich (2009): Stammtisch für pflegende Angehörige. In Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Gesunde Gemeinde. Online unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xbcr/SID-1167F354-185D8655/Pflegende_Angehoerige_Folder_Angehoerige_NEU1109.pdf (23.02.2010).

Land Oberösterreich (2010): HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.2.2.5 (Medizinische Hauskrankenpflege). Online unter http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-F656E60E-33D82BFB/ooe/hs.xsl/22982_DEU_HTML.htm (12.03.2010).

Lauber A., Schmalstieg P. (Hrsg.) (2004): Prävention und Rehabilitation - verstehen & pflegen. Thieme Verlag, Stuttgart-New York.

LBIMGS – Ludwig-Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2005): Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten. Online unter http://www.univie.ac.at/lbimgs/berichte/pflegenotstand_eb05.pdf (30.10.2009).

Mayer H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Mayring P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Mayring P. (2009): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U., Von Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 468-475.

Menche N., Langen/Hessen (Hrsg.) (2004): Pflege Heute. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München.

Mischke C., Schrader C. F., Schüssler D., Eberl I., Pohl C. (2007): Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen. Argumente und Strategien. In Auftrag des Deutschen Bundesverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Online unter http://www.familiengesundheitspflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=137&id_mod=2&nPath=115_129&language=1&KT_download15=1bbbcfeeb6091733b58b80a7b070f671 (13.01.2010).

Mörgelin K. (2000): Family Health Nurse – Die sogenannte Familiengesundheitsschwester. PFLEGE AKTUELL, 3, 138-141. Online unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/FHN-Moergelin-2000.pdf> (4.04.2009).

Netzwerk „Gesunde Gemeinde“ Oberösterreich (2010): HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.4.3. (Ehrenamt/freiwilliges Engagement im Rahmen der Pflege und Betreuung zu Hause in Großraming). Online unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-2B052739-88C6836F/hs.xsl/603_DEU_HTML.htm (23.03.2010).

Neustifter J. (2009): E-Mail Informationen über den SHVSE (E-Mail Kontakt vom 18.04.2009).

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz. Online unter http://www.bmsk.gv.at/cms.site/attachments/9/0/6/CH0184/CMS1229093595174/situation_pfleger_angehoeriger.pdf (26.03.2010).

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2006): Österreichischer Pflegebericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. Online unter http://www.boegk.at/service/pflegebericht_2006.pdf (8.04.2009).

ÖBIG – Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2007): Österreichische Pflegebericht 2007. Online unter http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Oesterreichischer_Pflegebericht_2007.pdf (8.04.2009).

Ohne Autor (2008): Family Health Nurse. Konzept für Curriculum in Österreich. Pro Care. Aktuelle Information, Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter der Gesundheits- und Krankenpflege, 13, 9, 10.

Österreichische Bundesregierung (2008): Regierungsprogramm für die XXIV. Gesetzgebungsperiode. Präambel Regierungsprogramm 2008 – 2013. Gemeinsam für Österreich. Online unter <http://images.derstandard.at/2008/11/23/regierungsprogramm.doc> (25.11.2008).

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2008): Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (inkl. Novelle 2008). Online unter <http://www.oegkv.at/index.php?id=140> (22.03.2009).

Palte H., Gormanns M. (2004): Tipps für die tägliche Arbeit. In: Hermann A., Palte H., Blaue J., Brütsch T., Gormanns M., Arnold S., Kamphausen U., Kümmel L., Maletzki W., Röhl A., Schoppmeyer M. A., Schüler J. (Hrsg.): Leitfaden Häusliche Pflege. 1. Auflage, Urban & Fischer Verlag, München, 1-74.

Rogner M. (2008): Primary Nursing im ambulanten Setting – eine Chance für Österreich? Universität Wien, Diplomarbeit.

Rotes Kreuz Österreich (2008): 7 Seiten für Österreich. Online unter http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Gesellschaftspolitik/Sieben_Seiten_fuer_OEsterreich.pdf (18.11.2008).

Rotes Kreuz Österreich (2008): To Do-Liste für Österreich. Online unter http://www.roteskreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Gesellschaftspolitik/Anliegen_Bundesregierung_FINAL__2_.pdf (18.11.2008).

Rotes Kreuz Steyr-Land (2009): HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.2.2.5. (Medizinische Hauskrankenpflege). Online unter <http://old.o.rotekreuz.at/955.html> (10.11.2009).

Rotes Kreuz Steyr-Land (2010): HP-Informationen bzgl. Kapitel 8.2.2.6. (Tagesbetreuung). Online unter <http://old.o.rotekreuz.at/1191.html> (11.02.2010).

Schnepp W. (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Verlag Hans Huber, Bern.

Schnepp W., Eberl I. (2005): Abschlussbericht Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. In Auftrag des deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Online unter http://www.familiengesundheitspflege.de/includes/tng/pub/tNG_download4.php?id_mnu=140&id_mod=2&nPath=115_130_132&language=1&KT_download17=1599640ff6b25e7215566b68f4739f2c (7.03.2010).

Schnepp W., Eberl I. (2005): Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Ergebnisse aus der Expertenrunde zu den Szenarien. In Auftrag des Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK). Online unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/files/assets/Szenarien.pdf> (7.03.2010).

Schnepp W. (2006): Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“. Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenahе Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. Pflege und Gesellschaft, 11, 1, 61-76. Online unter <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/2006.01a.pdf> (12.11.2008).

Schüssler D. (2007): Familiengesundheitspflege – ein neues Handlungsfeld für Pflegende und Hebammen. Präsentation im Rahmen des Bundeskongress, Verband der Schwesternschaften vom Deutschen Roten Kreuz e.V. 30.5.-1.6.2007 in Berlin. Online unter http://www.drk.de/verband_d_schwernschaften/aktuelle_meldungen/2007/kongress/dokumente/Schuessler_Langfassung.pdf (21.03.2009).

Seidl E., Steppe H. (Hrsg.) (1996): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern.

SHVSE – Sozialhilfeverband Steyr Land (2010): Homepage-Informationen bzgl. Kapitel 8.1. (Entstehungsgeschichte des SHVSE), 8.2. (Organisation und Aufgaben des SHVSE), 8.2.2.1. (Sozialberatungsstellen), 8.2.2.2. (Geldaushilfen), 8.2.2.4. (Mobile Hilfe und Betreuung). Online unter <http://www.shvse.at/> (21.3.2010).

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend und der Bundesgesundheitsagentur. Online unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/statistiken/gesundheit/publdetail?id=4&listid=4&detail=457 (19.11.2008).

Statistik Austria (2008): Demographisches Jahrbuch 2007. Verlag Österreich GmbH. Online unter http://www.statistik.at/web_de/dynamic/services/publikationen/2/publdetail?id=2&listid=2&detail=490 (11.01.2009).

Statistik Austria (2009): Großzählung 2001. Volkszählung vom 15. Mai 2001. Wohnbevölkerung nach Bildung, Familien und Haushalte. Online unter <http://www.statistik.at/blickgem/vz4/g41507.pdf> (23.03.2010).

Statistik Austria (2009): Statistik des Bevölkerungsstandes. Bevölkerungsstand- und -struktur per 1.1.2009 Gemeinde Großraming. Online unter <http://www.statistik.at/blickgem/pr2/g41507.pdf> (23.03.2010).

Steppe H. (1996): Elemente der historischen Entwicklung des Berufs Pflege. Österreichische Pflegegeschichte. In: Seidl E., Steppe H. (Hrsg.): Zur Sozialgeschichte der Pflege in Österreich. Krankenschwestern erzählen über die Zeit von 1920 bis 1950. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 18-34.

Strobl J. (2000): Gesundheitsförderung – eine neue Herausforderung für die Pflege. In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 407-419.

Walter I. (2000): Grundlagen der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung. Zur Geschichte der österreichischen Pflege. In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 21-39.

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation.

WHO - Office of the High Commissioner for Human Rights (1948): Universal declaration of human rights. Art. 16/3. Online unter <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm> (31.03.2009).

WHO - Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Online unter <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> (6.12.2008).

WHO - Regionalbüro für Europa (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmen und Curriculum. Online unter http://www.see-educoop.net/education_in/pdf/family_health_nurse-oth-grm-t06.pdf (17.11.2009).

Wied S., Wambrunn A. (2003): Pschyrembel, Wörterbuch Pflege. Walter de Gruyter, Berlin-New York.

Wild M. (2000): Hauskrankenpflege in Österreich. Vom Aschenputtel zur Königstochter? In: Danzinger A., Götz H., Rieder J., Unterberger I. (Hrsg.): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-München-Bern, 320-324.

Wild M. (2001): Ambulante Pflege und Betreuung in Österreich. In: Kollak I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main, 44-69.

Wild M. (2002): Ambulant vor Stationär? – Quo Vadis? Österreichische Pflegezeitschrift, 55, 5, 22-26. Online unter http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2002/05/wild.pdf (28.10.2008).

Wild M. (2007): Pflege (in) der Familie – Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. Österreichische Pflegezeitschrift, 60, 10, 18-23. Online unter http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/OEPZ_2007/10/wild10.pdf (28.10.2008).

Wild M. (2008): Familiengesundheitspflege in Österreich. Präsentation im Rahmen der Fachtagung Familiengesundheit am 24.04.2008 in der Bosch Repräsentanz in Berlin. Online unter <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/Familiengesundheitspflege%20in%20Osterreich.pdf> (21.03.2008).

Wild M. (2008): Gesundheitsförderung im Alter. Gesundheitsförderung ein neues Handlungsfeld für die Pflege? Online unter <http://www.oeph.at/docs/Linz2008/Wild.pdf> (20.03.2010).

Wild M. (2010): Public Health als Handlungsfeld für die Pflege. Österreichische Pflegezeitschrift, 63, 1, 15-19.

CURRICULUM VITAE



Persönliche Daten

Name: Stefan Peter Hagauer
Geburtsdaten: 23.10.1983 in Waidhofen/Ybbs, NÖ
Staatsbürgerschaft: Österreich
Familienstand: ledig

Ausbildung

Bundeshandelsakademie in Steyr
Schwerpunkt: International Business

09/98 – 06/03

Wifi Linz

First Certificate in English (FCE) – externe Englischprüfung der University of Cambridge

05/01

Präsenzdienst

Zivildienst im Bezirksalten- und Pflegeheim Weyer

10/03 – 09/04

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

an der Universität Wien mit Wahlpflichtfachscherpunkt Betriebswirtschaft

10/05 – 11/10

Studium der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

an der Wirtschaftsuniversität Wien

seit 10/06

Schule für Gesundheits- und Krankenpflege

am Kaiserin-Elisabeth-Spital in Wien

seit 03/09

Projekte

Projekt “SLIC – Sustainable Learning in the Community”

Projektmitarbeiter im Rahmen eines Forschungspraktikums beim Forschungsinstitut des Roten Kreuzes in Wien

02/08 – 06/08

Projekt „Exogene Risikofaktoren in der Nacht“

Projektleitung und –moderation im Rahmen des SchülerInnenpflegesymposiums des KAV Wien

3/09 – 05/10