

- Swanston, H., Williams, K., Nunn, K. (2000): The psychological adjustment of children with chronic conditions. In: Koska, R., O'Hanlon, A., Martin, G., Davis, C. (Series, Eds.): Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health. The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People. Vol. 5, Adelaide: Australian.
- Thompson, R. J., Gustafson, K.E. (1999): Adaption to Chronic Childhood Illness. 2. Printing, Washington: American Psychological Association.
- Wainwright P, Thomas J, Jones M (2000): Health promotion and the role of school nurses: a systematic review. Journal of Advanced Nursing, 32, p: 1083-1091
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1997): Europäisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen, Kopenhagen WHO
- Weltgesundheitsorganisation WHO (1997): The health promoting school - an investment in education, health and democracy, Report of the first conferenc of the European Network of Health Promoting Schools, Thessaloniki, Greece 1-5 may 1997.
- Wolff, G. (2001): Legasthenie und Aufmerksamkeits-Defizit / Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS). In: Kinder- und Jugendarzt. Supplement Abstracts Weimar 2000: „Macht Schule krank“. Jg. 32, Nr. 3, S. 20 - 21
- Young, I. (2005): Health promotion in schools - a historical perspective, in Global School Health Promotion, Promotion and Education XII (2005), 3-4, p: 112-117

Andreas Kocks

Pflegewissenschaftler BScN, cand. MScN Universität Witten/Herdecke
Krankenpfleger Universitätsklinikum Bonn, Dozent im Gesundheitswesen
Uckeratherstr.56, 53639 Königswinter, andreas.kocks@web.de

Franziska Seitz, Claudia Terschüren, Konstanze Fendrich, Neeltje van den Berg, Wolfgang Hoffmann, Thomas Elkeles

Das Konzept der Familiengesundheitspflege in Europa

Eine Literaturstudie zur Implementierung

The concept of family health nursing in Europe. A literature review on implementation

The concept of WHO „Health 21“, is constructed as a health-political framework concept for the region of Europe. In order to achieve this objectives the WHO recommended the implementation of a new care- qualification - the family health nurse. The involved tasks and responsibilities are health promotion, prevention and rehabilitation with the aid of motivation, consultation and promotion of patients and their relatives. This paper shows findings of a literature study for the implementation of the FHN-concept in several European countries. In addition to that competencies of the nursing staff in Europe are examined, that is employed in primary health care and has competencies which are partially related on ele-

eingereicht 07.07.2007
akzeptiert 21.12.2007

ments of the FHN-concept. Databases and the internet were used for the enquiry. A WHO study about the establishment of the FHN in Europe shows high differences in the status in the reported countries. In many cases there seem to exist basic problems at the implementation such as funding and recruitment of the nursing staff. This has been confirmed in the analysis of the project reports from Scotland, Germany and Denmark. Additionally available designs and concepts from Sweden, Finland, the Netherlands and Great Britain have been examined. In many cases the nursing staff in the health care systems of Sweden, Finland and Great Britain has competencies which correspond to elements of the FHN-concept. Overall it is clear, that there are potentials of competencies and forms of organisation of care which may be used in the future for the assurance of health care.

Keywords

Family Health Nursing, Advanced Nursing Practice, Public Health Nursing, Primary Health Care

Mit dem Konzept „Gesundheit 21“ hat die WHO ein gesundheitspolitisches Rahmenkonzept für die Region Europa erstellt. Um diese Ziele zu erreichen, wurde von der WHO die Einführung einer neuen Pflegequalifizierung empfohlen, der Family Health Nurse. Die damit verbundenen Aufgaben sind Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation durch Motivation, Beratung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen. Der Beitrag stellt Ergebnisse einer Literaturstudie zur Implementierung des FHN-Konzeptes in verschiedenen Ländern Europas vor. Zusätzlich werden Pflegekonzepte in europäischen Ländern untersucht, die in der primären Gesundheitsversorgung tätig sind und deren Kompetenzen auch präventive und gesundheitsfördernde Elemente, wie im FHN-Konzept enthalten. Als Quellen wurden Datenbanken und das Internet benutzt. Eine WHO-Studie zur Etablierung der FHN in der europäischen Region zeigte sehr große Unterschiede bei der Einführung des FHN-Konzeptes in den beteiligten Ländern. Vielfach scheinen grundsätzliche Probleme in der Umsetzung zu bestehen, wie zum Beispiel die Finanzierung und die Anwerbung von Pflegekräften. Dies bestätigte sich bei der Analyse von verfügbaren Projektberichten für Schottland, Deutschland und Dänemark. Zusätzlich wurden verfügbare Modelle und Konzepte aus den Ländern Großbritannien, Schweden, Finnland und Niederlande untersucht. Schweden, Finnland und Großbritannien haben gemeinsam, dass in den dortigen Gesundheitssystemen Pflegekräfte vielfach bereits Kompetenzen haben, die sie in verschiedenen Settings unter anderem im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention anwenden. Insgesamt wird deutlich, dass es Anhaltspunkte für Potenziale der Kompetenzen und Organisationsformen von Pflege gibt, die in Zukunft verstärkt für die Sicherung der gesundheitlichen Versorgung genutzt werden könnten und sollten.

Schlüsselwörter

Familiengesundheitspflege, Advanced Nursing Practice, Public Health Nursing, Primary Health Care

1. Einleitung

Durch eine wachsende Anzahl von älteren und pflegebedürftigen Menschen hat die gesundheitliche Versorgung in Europa eine Herausforderung zu bewältigen. Europaweit steigt der Anteil der Bevölkerungsgruppen ab 65 Jahre und ab 80 Jahren an. Um sich

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

dem daraus resultierenden Versorgungsproblem adäquat stellen zu können, müssen vorhandene Strukturen vernetzt und hierzu europaweit das Pflegepersonal entsprechend qualifiziert werden. Diese sollten auch verstärkt die Versorgung der alten Menschen betreffen und durch Prävention und Gesundheitsförderung den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsleistungen positiv beeinflussen können (vgl. Görres et al. 2000, Busse et al. 2004, Elkeles 2007).

In Deutschland fehlen bisher bundesweite Gesamtkonzepte zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege (Hasseler 2006). Das Gutachten „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ des Sachverständigenrates vom Juli 2007 stellt dies kritisch heraus und betont die Notwendigkeit einer Umstrukturierung der Kompetenzen von Berufen im Gesundheitswesen und deren Zusammenarbeit für eine Anpassung an gegenwärtige und zukünftige Versorgungssituationen (SVR 2007).

Die WHO empfahl, im Zuge der Umsetzung des gesundheitspolitischen Rahmenkonzepts „Gesundheit 21“ und den daran geknüpften 21 Gesundheitszielen für das 21. Jahrhundert, die Einführung einer neuen Pflegequalifizierung, der Family Health Nurse. Das FHN-Modell verbindet erstmalig die Pflege im eigenen Wohnraum des Klienten, die Zielgruppe Familie und das Public Health-Ziel einer „gesunden Familie“ (WHO 2000/2). Die Qualifizierung zur Family Health Nurse (FHN) soll nach Aussage der WHO bereits erfahrenen Pflegekräften ermöglichen, ihren Kompetenzbereich und die Qualität ihrer Arbeit zu erweitern bzw. zu verbessern. Die damit verbundenen Aufgaben sind Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation durch Motivation, Beratung und Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen. Die WHO befürwortet hierfür die Einführung eines einheitlichen Modells in Europa und entwickelte ein Curriculum zur Ausbildung von FHNs (WHO 2000/2).

Eine weitere Wurzel des FHN-Konzeptes kann in der Erklärung von München im Jahr 2000 gesehen werden. In dieser Erklärung sprechen sich die Autoren¹ für das Entstehen und Unterstützen von gemeinde- und familienorientierter Pflege aus (Beikirch 2000). Diese soll sowohl von der Politik der einzelnen Länder als auch durch das WHO-Regionalbüro Europa gefördert werden (WHO 2000/1). Das von der WHO erstellte FHN-Konzept kann als Teil dieser Förderung betrachtet werden. Wie dieses FHN-Konzept in den verschiedenen Ländern implementiert wird, hat die WHO in einer multinationalen Studie zur Etablierung der FHN untersuchen lassen. Es beteiligten sich hieran zwölf europäische Länder. Dabei wurde der Kontext von sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Dienstleistungen der einzelnen Länder, die Struktur der Ausbildung zur FHN sowie die Aufgaben und Auswirkungen der FHN in den Pilotregionen untersucht (WHO 2003).

Im Rahmen eines Praxissemesters im Studiengang Gesundheitswissenschaften der Hochschule Neubrandenburg wurde zum FHN-Konzept bzw. seiner Implementie-

¹ Es handelte sich um eine Zusammenkunft von Vertretern der pflegerischen Berufsorganisationen und der Politik in der europäischen Region.

zung am Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität - Greifswald eine Literaturstudie durchgeführt². Diese fand vom März - Juni 2006 statt und wurde für die Publikationsfassung im Juli und Oktober 2007 aktualisiert. Im Anschluss erschienene Literatur konnte daher nicht berücksichtigt werden. Der vorliegende Beitrag präsentiert deren wichtigste Ergebnisse.

In unserer Literaturstudie wurden von den zwölf teilnehmenden Ländern drei Länder mit zugänglichen Projektberichten näher untersucht: Erstens Schottland, das als erstes Land eine Pilotstudie zum FHN-Konzept durchgeführt hat; zweitens Deutschland, wo nach einer Implementierungsprüfung in der Machbarkeitsstudie erste Kohorten von Pflegekräften eine Weiterbildung in Familiengesundheitspflege absolvieren und drittens Dänemark, wo viele Teile des WHO-Konzepts in bereits vorhandenen Ausbildungsstrukturen etabliert sind, die konkrete Planung eines Ausbildungsprojektes jedoch noch in der Entstehungsphase ist.

Da in einigen Ländern Europas also auch weitere Konzepte und Modelle existieren, die Prävention und Gesundheitsförderung für verschiedene Zielgruppen als einen ihrer Schwerpunkte durchführen (Community Nursing, District Nursing, Family Nursing), wurden diese in der Literaturstudie mit berücksichtigt. Pflegesysteme und -berufe in Schweden, Finnland, Großbritannien und den Niederlanden wurden hierzu näher betrachtet.

Während District Nursing die Pflege und Beratung in der Häuslichkeit des Patienten umfasst, stellt Community Nursing die Prävention und Gesundheitsförderung von Krankheiten durch die Organisation von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Mittelpunkt (Brooks zitiert nach Hasseler 2006). Family Nursing umfasst familienorientierte und -zentrierte Pflege im Bereich der ambulanten Pflege. Aufgaben des Family Nursing liegen vor allem in der Beratung und im Management von Interventionen (Hanson et al. 2005). Großbritannien und die Niederlande haben in den letzten Jahren ihre Ausbildungsstrukturen durch Reformen mit dem Ziel einer stärker qualitätsgesicherten und bedarfsorientierten Pflege verändert. Die gemeinde- und familienorientierte Pflege in Schweden und Finnland hat bereits längere Tradition und spiegelt sich entsprechend in den Kompetenzen der Pflegekräfte wider.

Als Untersuchungsfragen wurden daher aufgestellt:

1. Inwieweit wurde das FHN-Konzept in den teilnehmenden Ländern der Multinationalen Studie umgesetzt und eingeführt?
2. Welche Kompetenzen haben Pflegekräfte in Europa, die in der primären Gesundheitsversorgung³ mit den Elementen Community Nursing, District Nursing, Family Nursing tätig sind?

2 Die Betreuung der Erstautorin, zum damaligen Zeitpunkt noch Studentin des Bachelor-Studienganges Gesundheitswissenschaften, erfolgte durch Prof. Dr. Hoffmann und Prof. Dr. Elkeles. Im Rahmen eines Praktikums im Institut für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität-Greifswald entstand die Aufgabe, die Umsetzung und Etablierung des FHN-Konzepts in Europa zu recherchieren.

3 Institutionen der primären Gesundheitsversorgung gelten als erste Anlaufstelle für Patienten im ambulanten Sektor der Krankenversorgung.

2. Methodik

Für die Literaturstudie⁴ wurden einschlägige Datenbanken (Carelit, Medline, Pubmed) und das Internet genutzt. Es wurde weiterhin die Entscheidung getroffen, sich auf deutsch- und englisch- sowie dänischsprachige⁵ Literatur aus dem europäischen Raum bei der Suche zu beschränken, da der Fokus der Recherchen auf Pflege und Pflegekonzepte in Europa gelegt wurde. Für die Recherche wurden folgende Suchbegriffe benutzt:

- Family Health Nurse and Education
- Family Health Nurse and Europe and WHO
- Family Health Nurse and Evaluation and Europe
- Community Nursing and Europe and trends
- District Nursing and Europe and Education and Work Profile
- Nurse Practitioners and Europe and Education and Work Profile
- Community Nursing and Sweden/ Finland/ Netherlands/ Denmark/ UK
- District Nursing and Sweden/ Finland/ Netherlands/ Denmark/ UK
- Nurse Practitioners and Sweden/ Finland/ Netherlands/ Denmark/ UK
- Familiengesundheitspflege und Publikationen
- Pflegetrends und Entwicklungen und Deutschland
- Health Care Systems and Europe
- Familiesygeplejerskens and Danmark.

Die Recherche in den Datenbanken erwies sich bezogen auf die erste Fragestellung als wenig ergiebig, bezüglich der zweiten Fragestellung war die Suche mit ca. fünfzig Treffern wesentlich ergiebiger. Verwendung für diesen Beitrag konnten jedoch nur fünf finden, da diese Auskünfte über die Kompetenzen der Pflegekräfte enthielten. Daher wurden ferner die Projektpartner der WHO in der Multinationalen Studie mit der Bitte um zusätzliche Informationen zum Verlauf der Implementierung des FHN-Konzepts in den einzelnen Ländern angeschrieben. Weiter wurde auf den Internetseiten von Gesundheitsministerien, Organisationen und Pflegeverbänden zu beiden Fragestellungen recherchiert. Hier fanden sich landesspezifische Berichte sowohl zur Implementierung des FHN-Konzeptes, als auch zu in Teilen verwandten Konzepten (Community Nursing, District Nursing, Family Nursing), welche ausgewertet werden konnten.

3. Ergebnisse

Die WHO-Studie zur Etablierung der Family Health Nurse in der europäischen Region wurde für einen Projektzeitraum von 2000 - 2006 angelegt (Schrader 2006). Das Interesse und die Teilnahme an der „Multinational Study“ zum WHO-Konzept der Family Health Nurse wurde von 12 europäischen Ländern zugesichert und durch Teil-

⁴ Die Literaturrecherche wurde letztmals im Oktober 2007 aktualisiert und schließt somit nur bis dahin erschienene Literatur mit ein (vgl. Fußnote 2)

⁵ Durch die Möglichkeit der Übersetzung dänischer Literatur wurde bewusst danach recherchiert.

projekte in den Ländern umgesetzt. Die Herangehensweise der Länder an die Projektgestaltung war sehr verschieden, dadurch ergibt sich auch ein sehr unterschiedlicher Stand der Projekte in den einzelnen Ländern (Tabelle 1) (WHO 2005).

Aus einer Befragung von zehn der teilnehmenden Länder wird ersichtlich, dass bei der Umsetzung des FHN-Konzepts in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich vorgegangen wurde. Während Spanien noch nicht einmal eine Finanzierungsmöglichkeit zur Projektumsetzung gefunden hat, haben Länder wie Slowenien bereits mehrere hundert FHN-Absolventen (Tab. 1). Die angebotenen FHN-Kurse werden in einem unterschiedlichen Zeitrahmen angeboten. In Moldawien und Kirgisien beispielsweise wurden bisher Pflegekräfte nach der WHO-Richtlinie in einem 40-wöchigen Kurs zur FHN ausgebildet, gleichzeitig wurde die Möglichkeit eines verkürzten Kurses mit dem selben Ausbildungsziel angeboten. Über die Etablierung der FHN in den einzelnen Ländern kann die Befragung leider wenig aussagen. Fest steht allerdings, dass für eine Umsetzung des FHN-Konzeptes in einigen befragten Ländern grundsätzliche Probleme, wie die Finanzierung oder die Anwerbung von Pflegekräften, behoben werden müssen (WHO 2005).⁶

3.1 Ergebnisse für die einzelnen Ländern

Im folgenden Abschnitt wird auf das Pilotprojekt in Schottland als Vorreiter in der „Multinationalen Studie“ der WHO, auf die Machbarkeitsstudie zum Pilotprojekt in Deutschland und die Planung eines Modellprojekts in Dänemark näher eingegangen, da die jeweiligen Projektberichte zugänglich waren.

3.1.1 Schottland

In Schottland wurde das erste Pilotprojekt der FHN-Studie der WHO durchgeführt. Bereits 1999 wurden erste Einbindungsmöglichkeiten für die FHN ins schottische Gesundheitssystem diskutiert. Die schottische Regierung beauftragte das „Centre of Nursing Practice, Research and Development“ der Robert-Gordon-Universität mit der Evaluation eines Pilotprojekts. Das Projekt wurde im Zeitraum 2001 - 2003 durchgeführt. Ziel war die Entwicklung eines Curriculums für eine Weiterbildung in Family Health Nursing auf der Grundlage des WHO-Konzeptes und eines nordamerikanischen Konzeptes für Family Health Nursing sowie die Untersuchung der Implementierung des FHN-Konzeptes in ländliche Regionen Schottlands (Macduff et al. 2003). Der theoretische Teil wurde an der Universität Sterling, der praktische Teil in drei ländlichen Regionen im schottischen Hochland durchgeführt. Es wurde eine Steuerungsgruppe gebildet, deren Mitglieder unterschiedliche professionelle und rechtliche Perspektiven vertraten. Der theoretische Teil bestand aus einem 40-wöchigen Kurs, verteilt auf 4 Module:

⁶ Das fünfte Projekttreffen der multinationalen Studie der WHO zur Implementierung der Family Health Nurse fand vom 22. - 23. Februar 2005 in Berlin statt. Der dazugehörige Bericht wurde nach unserem Recherchestand noch nicht veröffentlicht.

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

	Armenien	Finnland	Kirgisien	Litauen	Moldavien	Slowenien	Tadschikistan	Portugal	Spanien	Schottland
Finanzierung	Weltbank	Bildungsministerium	WHO-Europa	Existierendes Budget	Staatliche Förderung für theoretische Ausbildung	durch Gesundheits-Zentren	Aga Khan Foundation, Weltbank			Staat
Ort	Städtische Region	Ländliche und städtische Region (Helsinki, Espoo)	Ländliche und städtische Region	Jeweils eine ländliche und städtische Region	(noch nicht festgelegt)	Städtische Region (Maribor)	(noch nicht festgelegt)			3 ländliche und 1 städtische Region
Aufbau der Ausbildung	10 Monate Ausbildung	40 Wochen mit Voll- und Teilzeit-Ausbildungsoptionen	Vollzeit 3 Monate Theorie, Praxis unklar		40 Wochen-Kurs	1 Jahr Universität	6 Monate postgraduiertes Diplom			40 Wochen-Kurs
Probleme	Finanzielle und organisatorische Unterstützung	Anwerbung von Studenten	Unterstützung durch Minister und Ärzte	Anwerben von Pflegekräften	Unklare Finanzierung	Keine	Fehlende Kooperation mit Ärzten	Staatliche Unterstützung		
Anzahl der ausgebildeten Lehrkräfte	22	6	16	9 Keine spezielle Ausbildung	20	8	25	0	0	6
Beginn der Ausbildung	2001	2002	2003	2005	2003	2000	2000	2001		2001
Absolventen	156	43	2005 im WHO-Kurs, 2800 in verkürztem Kurs	2005	15 im WHO-Kurs, 700 in verkürztem Kurs	770	180	25		31
FHN in Arbeit	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Keine Angabe	Nein	Ja

Tab. 1: Überblick über das FHN-Projekt in den teilnehmenden Ländern, Stand: 2005
 Quelle: WHO 2005 (eigene Übersetzung)

- Arbeit mit Familien,
- Kommunikation,
- Angewandte Familienpflege sowie
- Forschung, Entscheidungsfindung und klinische Praxis (Macduff et al. 2003).

Zur Umsetzung wurden Lehrkräfte für den theoretischen Unterricht und die Begleitung in der Praxis ausgebildet. Insgesamt schlossen in der ersten Phase 31 erfahrene Community Nurses und Hebammen in zwei Durchgängen die Weiterbildung zur Family Health Nurse erfolgreich ab. Die Robert- Gordon-Universität befragte mittels standardisierten Fragebögen und qualitativen Interviews die Kursteilnehmer, Lehrkräfte und sechs Familien. Schwerpunkte der Befragungen waren:

- Der Aufbau des Curriculums,
- die Vorbereitung der Teilnehmer auf ihr neues Arbeitsfeld,
- Unterstützung durch Lehrkräfte,
- das FHN-Konzept in klinischen Settings sowie
- die Wahrnehmung der FHN durch Anspruchsberechtigte und Familien (Scottish Executive 2003).

Die aus den Befragungen gewonnenen Erkenntnisse wurden von der Steuerungsgruppe diskutiert. Hierbei ergaben sich folgende Ergebnisse:

- Das FHN-Modell ist in seiner bisherigen Entwicklung nicht für Schottland geeignet.
- Es wird eine Weiterentwicklung des Konzepts innerhalb der Pilotregionen geben.
- Das Projekt soll auf weitere ländliche Regionen Schottlands übertragen werden.
- Es soll auch eine Übertragung auf andere Einsatzgebiete erfolgen, z.B. für eine städtische, spezifische Zielgruppe (Scottish Executive 2003).

Die Ergebnisse bildeten die Grundlage für die von 2003 - 2005 durchgeführte zweite Projektphase. In dieser Projektphase wurden drei Teilprojekte gebildet:

- Entwicklungsstudie über die praktische Einbindung der FHN in ländliche Regionen Schottlands,
- Pilotstudie in der Stadt Glasgow zur Übertragbarkeit der FHN-Aufgaben in urbane Regionen, Ausbildung einer weiteren Kohorte FHNs,
- Überarbeitung des Curriculums, Entwicklung von Kernkompetenzen für die praktische Tätigkeit der FHN (Scottish Executive 2003).

Eine Auswertung der zweiten Projektphase ist nach dem derzeitigen Recherchestand noch nicht abgeschlossen.

3.1.2 Deutschland

Die Implementierung der FHN wird durch die allgemeine Entwicklung in der Pflegeausbildung flankiert. Hierzu sind an erster Stelle die Änderungen im Krankenpflegegesetz 2004 zu nennen. Hierbei wurde auch die neue Berufsbezeichnung der Gesundheits- und Krankenpflege eingeführt. In der Folge war auch die Ausbildungs- und Prü-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

fungsordnung der Krankenpflegeausbildungsberufe zu ändern. Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes bezog sich auf verschiedene Bereiche der Ausbildung. Zu den grundlegenden Veränderungen gehören unter anderem die Veränderung in den Verhältnissen von praktischer und theoretischer Ausbildung (Erweiterung des theoretischen Unterrichts von 1600 h auf 2100 h und Verkleinerung des Anteils an praktischem Unterricht von 3000 h auf 2500 h) und die Erweiterung um den Praxisteil der ambulanten Versorgung. Zusätzlich wurde das Berufsbild der Krankenpflege erweitert und schließt nun präventive, rehabilitative und palliative Bereiche mit ein. Der Fokus des Berufsbildes soll somit auf Gesundheitspflege gelegt werden (vgl. Blum et al 2006; Bartholomeyczik 2006, Brieskorn-Zinke 2006). Im Gegensatz zu den vorgestellten europäischen Ländern ist die Pflegeausbildung in Deutschland nicht im Hochschulsektor angesiedelt (Landenberger et al. 2005). Im Zuge der Diskussion um die Professionalisierung der Pflege ist es zwar gelungen, Bestrebungen nach einer Akademisierung der Pflege zu realisieren, jedoch gilt dies in Deutschland bisher im Prinzip nur für leitende Pflegeberufe (Garms-Homolová 2004). Ähnliche Bestrebungen gibt es bei verschiedenen anderen Berufsbildern im Gesundheitsbereich (Bögemann-Großheim 2004).

Das Projekt zur Familiengesundheitspflege in Deutschland ist Teil der multinationalen Studie der WHO und steht unter der Förderung der Robert Bosch Stiftung und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales. Zur Feststellung des Bedarfs und der Einbindungsmöglichkeiten des FHN-Konzepts in das deutsche Gesundheitssystem wurde hierzu vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) eine von der Universität Witten/Herdecke erstellte Untersuchung in Auftrag gegeben. Im Projektzeitraum vom 01.05.04 - 31.12.04 wurde zunächst eine Literaturanalyse über die gesundheitlich-pflegerischen Versorgungsprobleme Deutschlands aus gegenwärtiger und zukünftiger Sicht erstellt. Daraufhin wurde eine Expertenbefragung mittels qualitativer Interviews durchgeführt. In einer weiteren Phase fanden mit diesen Experten Workshops statt, in denen Szenarien einer möglichen Implementierung der FHN entwickelt wurden (Tabelle 2) (Schnepf et al. 2005; 2006). Aufgrund des Votums dieser Experten wurde eine zweite Projektphase (Implementierungsphase 2005 - 2007) eingeleitet. Das Handlungsfeld einer FHN in Deutschland sollte demnach in der Beratung und Begleitung chronisch Kranker und ihrer Angehörigen und sozial benachteiligter Personengruppen liegen. Als Setting sollten vor allem ländliche Regionen mit einer geringen Versorgungsdichte gesehen werden, um einen drohenden Hausarztmangel auszugleichen (Eberl et al. 2006). In der darauf folgenden Phase soll die Anpassung des WHO-Curriculums an das bestehende deutsche Gesundheitssystem geleistet werden. Das aus sieben Modulen bestehende Curriculum der WHO soll als Richtlinie für teilnehmende Länder gesehen werden (WHO 2000/2).

Ein weiterer Schwerpunkt der zweiten Projektphase sind die im Oktober 2005 in München und Essen begonnenen berufsbegleitenden Weiterbildungen zur Familiengesundheitspfleger/in bzw. Familiengesundheitshebamme. Das hierfür erstellte Curriculum beinhaltet 720 h Theorie, 120 h Praxis und 720 h Selbststudium. Inhaltliche Schwerpunkte der Weiterbildung sind:

Aktivitäten und Zeitraum (Jahr/Monat)	2004												2005			
	05	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	01	02		
Festlegung der Experten																
Information, Zustimmung der Experten																
Literaturanalyse																
Experteninterviews																
Interviewanalyse																
Szenarientwicklung																
1. Expertenworkshop																
1. Überarbeitung der Szenarien																
Einholung/Einarbeitung der Stellungnahme																
2. Überarbeitung der Szenarien																
2. Expertenworkshop																
3. Überarbeitung der Szenarien																
Abschlussbericht																

Tab. 2: Überblick über die erste Projektphase des Familiengesundheitspflegeprojekts in Deutschland
Quelle: Schnepf et al. 2005

- Einführung in das neue Handlungsfeld,
- Public Health,
- Multidisziplinäres Arbeiten,
- Ressourcenmanagement,
- Arbeit mit Familien,
- Informationsmanagement und Forschung,
- Entscheidungsfindung und Problemlösung,
- Gesundheitsförderung und
- Beratung von Familien (Schrader 2006).

Weiter soll in der zweiten Projektphase der Werdegang der Absolventen untersucht werden. Mittels Befragungen der Teilnehmer, Kursleiter sowie Dozenten der Weiterbildung wird anschließend das Pilotprojekt evaluiert (Schrader 2006, Eberl et al. 2006). Die Herausforderung in dieser Phase liegt laut Eberl et al. (2006) vor allem in der Akzeptanz des Berufsbildes der Familiengesundheitspfleger/in oder Familiengesundheitshebamme durch Klienten und Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Die Teilnehmer des ersten Weiterbildungskurses würden die weitere Entwicklung mit prägen (Eberl et al. 2006).

Neben dem genannten WHO-Projekt gibt es in Deutschland weitere Projekte, die Bezüge zur gemeindeorientierten Pflege aufweisen. Durch Pflegenetzwerke wie InCareNet (Netzwerk Pflege und integrierte Versorgung – Integrated Care) werden Projekte geschaffen, die unter anderem Qualifizierungsmöglichkeiten für Pflegekräfte entwickeln und untersuchen. Dies geschieht durch Entwicklung von Curricula für Weiter- bzw. Fortbildungen oder durch die Schaffung multidisziplinärer Gruppen, die in anderen Ländern Europas bereits praktisch tätig sind. In einem Teilprojekt hat die Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald in Zusammenarbeit mit der Hochschule Neu-

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

brandenburg ein Curriculum „Community Medicine Nursing“ entwickelt, dessen Blickpunkt auf der Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an Pflegekräfte im ländlichen Raum unter Einbeziehung telemedizinischer Funktionalitäten liegt (vgl. van den Berg 2007).

Dieses Teilprojekt ist integraler Bestandteil des breit angelegten AGnES-Konzeptes (AGnES = Arztlastende, Gemeindefnahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) des Instituts für Community Medicine der Ernst-Moritz-Arndt-Universität-Greifswald. Im Rahmen mehrerer AGnES-Projekte auf der Insel Rügen besuchen Community Medicine Nurses im Auftrag eines Hausarztes Patienten in ihrer Häuslichkeit und übermitteln dabei mit Hilfe telemedizinischer Technik Daten an den Hausarzt. Im Sommer 2006 begann in Lübbenau (Land Brandenburg) ein Modellprojekt mit drei Gemeindeschwestern und sechs Hausärzten am medizinischen Zentrum Lübbenau. Erste wissenschaftliche Ergebnisse hierzu sind bereits veröffentlicht (vgl. van den Berg 2007).

Seit März 2007 läuft das Projekt AGnES Sachsen. Hier delegieren 6 Hausärzte Tätigkeiten an Praxisangestellte (Gesundheits- und Krankenschwestern und Arzthelferinnen / MFA's) in tatsächlich unterversorgten Regionen. Juli 2007 begann das 4. AGnES-Projekt in Mecklenburg-Vorpommern, in der 3 Pflegekräfte / Arzthelferinnen insgesamt 14 Hausärzte unterstützen. In Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern sind die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aktiv finanziell und inhaltlich an den AGnES-Projekten beteiligt.

Insgesamt befindet sich die Pflegeausbildung in Deutschland im Umbruch, wie auch aus der Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS) hervorgeht (Blum et al. 2006). Vor dem Hintergrund der durch das Krankenpflegegesetz eingeführten Änderungen (2004) wurde hier eine Repräsentativerhebung zur Situation der Zukunft der Pflegeausbildung durchgeführt, an der sich ca. 1000 Krankenhäuser und Pflegeschulen beteiligten. Die Ergebnisse zeigten eine insgesamt hohe Akzeptanz der wesentlichen Neuregelungen. Deutlich wurde jedoch auch, dass die Einrichtungen mit steigenden Anforderungen und neuen Problemen konfrontiert sind (Blum et al. 2006).

3.1.3 Dänemark

In Dänemark wurde versucht, das Konzept der FHN bzw. dessen Zielsetzung in bestehende Strukturen zu integrieren. Die bestehenden Berufsbilder der Krankenschwester, Heimkrankenschwester, Gesundheitspflegerin und der Konsultationsschwester weisen Parallelen zum FHN-Konzept der WHO in den Bereichen Prävention und Arbeit mit Familien oder Einzelpersonen auf. Jedoch soll der Schwerpunkt Prävention gestärkt werden, um die Bedarfe von sozial Schwachen und Problemgruppen zu decken. In Dänemark fehlt bisher der regionale bzw. gemeindebezogene Ansatz, in dem eine FHN ihre Kenntnisse über Prävention einbringen und mit gesteuerten Interventionen umsetzen kann. Durch die Einführung des FHN-Konzepts würden diese Aufgaben der Familienkrankenschwester zugeordnet. Die Kompetenzen dieser neuen Pflegekraft

wurden durch den Dansk Sygepleje Raad (DSR, Dänischer Gesundheitsrat) definiert und an bestehende Strukturen angepasst. Dazu zählt unter anderem, dass es keine Medikamenten- und/oder Hilfsmittelverschreibungen durch die Familienkrankenschwester geben wird, da die Gesetzeslage dies nicht vorsieht. Ein Pilotprojekt auf der Insel Bornholm ist nach dem momentanen Recherchestand geplant. Die Weiterbildung zur Familienkrankenschwester soll als Qualifizierungsmöglichkeit für Heimkrankenschwestern und Gesundheitspfleger angeboten werden. Hierfür sollen Module entwickelt werden, die an das WHO-Curriculum angelehnt und an das nationale Gesundheitssystem angepasst sind (DSR 2003).⁷

3.2 Konzepte und Modelle von Pflegeberufen in Europa

Neben dem FHN-Modell existieren in Europa weitere Konzepte und Modelle der Pflege in der primären Gesundheitsversorgung (Community Nursing, District Nursing, Family Nursing). Diese Konzepte sind, wie das FHN-Konzept, an Qualifizierungen bzw. Weiterbildungen gebunden, in denen Pflegekräfte in ihren Kompetenzen in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Public Health gestärkt werden. Jedoch grenzen sich die folgenden Konzepte durch unterschiedliche Aufgabenbereiche in der Pflege vom FHN-Konzept und auch untereinander ab. Während District Nursing die Pflege und Beratung in der Häuslichkeit des Patienten umfasst, stellt Community Nursing die Prävention und Gesundheitsförderung von Krankheiten durch die Organisation von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in den Vordergrund. Das Aufgabenfeld der Community Nurse beinhaltet die Erziehung, Präventionsstrategien, Frühdiagnose, Management und Rehabilitation bezogen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und auf Individuen. Jedoch zeige sich in der internationalen Studie von Brooks et al. (2004), dass die Aufgabenfelder und die Ausbildungsstruktur in einzelnen Ländern stark variieren würden (Brooks zitiert nach Hasseler 2006). Family Nursing wiederum umfasst familienorientierte und -zentrierte Pflege im Bereich der ambulanten Pflege. Aufgaben des Family Nursing liegen vor allem in der Beratung und im Management von Interventionen (Hanson et al. 2005).

In den nächsten Abschnitten werden anhand der Länder Großbritannien, Schweden, Finnland und den Niederlanden einige dieser Konzepte vorgestellt. Von diesen Ländern nimmt lediglich Finnland an der multinationalen Studie zum FHN-Konzept teil, so dass es sich hierbei um eigenständige Konzepte handelt. Abschließend erfolgt eine Synopse zu den Kompetenzen von Pflegekräften in Gesundheitszentren und Allgemeinarztpraxen in einigen Ländern Europas.

3.2.1 Großbritannien

In Großbritannien ist die Arbeit verschiedener Pflegekräfte-Berufsgruppen in der primären Gesundheitsversorgung durch zwei Modelle gekennzeichnet, die sich im Aufga-

⁷ Durch eine Prüfung wurde die Möglichkeit der Anpassung an das dänische Gesundheitssystem bereits festgestellt (DSR 2003).

benbereich, der Ausbildung sowie in der Finanzierung unterscheiden: zum einen werden Pflegekräfte durch die Gemeinde finanziert und leisten Pflege in der Häuslichkeit des Patienten (District Nurses).⁸ Sie sind eingebunden in ein Praxisteam bestehend aus Ärzten und Pflegekräften. Zum anderen können sie direkt in einer Gemeinschaftspraxis angestellt sein (u.a. Practice Nurse). In diesem Fall sind sie für die Erstaufnahme von Patienten zuständig und leiten Patienten gegebenenfalls an einen Arzt weiter. Das Versorgen/Behandeln von Krankheiten und kleineren Verletzungen, das Beobachten von chronischen Krankheiten sowie Gesundheitsberatung und -förderung gehören zu ihren Aufgaben und richten sich nach dem Ausbildungsgrad der Pflegekräfte (Bourgueil et al. 2005). In beiden Modellen ist es den Pflegekräften möglich, durch eine Zusatzqualifikation zur Advanced Nurse Practitioner Medikamente und Hilfsmittel in Eigenverantwortung zu verschreiben und selbstständig Diagnosen, Behandlungen und Überweisungen vorzunehmen (Sachs 2007).

Am Beispiel der Nurse Practitioner in Großbritannien untersuchten Horrocks et al. (2002), ob beim Erstkontakt die medizinische Betreuung von Pflegekräften derjenigen von Allgemeinmedizinern äquivalent ist. Die hierfür analysierten kontrollierten Studien und Beobachtungsstudien wurden nach der Relevanz für die Betrachtungsaspekte Patientenzufriedenheit, Gesundheitsstatus, Kosten und Pflegeprozess ausgewählt. Das Ergebnis war, dass Patienten mit dem Erstkontakt bei der Pflegekraft zufriedener waren und im Durchschnitt längere Beratungsgespräche führten. Daraus schlussfolgerten die Autoren, dass der zunehmende Einsatz von Nurse Practitioners in der primären Gesundheitsversorgung auch zu steigender Patientenzufriedenheit und erhöhter Qualität in der gesundheitlichen Versorgung führen kann (Horrocks et al 2002).

Eine neuere Entwicklung in Großbritannien ist auch die Bildung von multidisziplinären Gruppen zur Organisation der Erstversorgung, in denen Pflegekräfte mit unterschiedlichen Qualifikationen Screenings, Schutzimpfungen, Schwangerschaftsberatung und Kinderpflege durchführen. Diese Strukturen sind in Finnland und Schweden bereits vorhanden (Bourgueil et al. 2005).

3.2.2 Schweden und Finnland

Die primäre Gesundheitsversorgung von Schweden und Finnland basiert auf Gesundheitszentren. Die nationalen Gesundheitssysteme beider Länder weisen dabei viele Parallelen auf. Die Konzentration der primären Gesundheitsversorgung in Gesundheitszentren habe sich aus dem Mangel an Allgemeinärzten und den daraus resultierenden langen Wartezeiten ergeben (Bourgueil et al. 2005). In Gesundheitszentren werden medizinische, soziale und gemeindebezogene Dienstleistungen für die regionale Bevölkerung angeboten. Der Erstkontakt in Gesundheitszentren findet in den meisten Fällen bei Pflegekräften mit spezieller Berufsausbildung in gemeindeorientierter Pflege statt (oft District Nurses). Diese entscheiden, ob eine Überweisung zum Allgemeinarzt oder ins Krankenhaus erforderlich ist und stehen zur telefonischen Beratung, Ter-

⁸ Als Zielgruppe sind alte Menschen und Familien angegeben.

minvergabe oder sogar mit eigenen Sprechzeiten zur Verfügung, in denen sie Behandlungen wie Injektionen, Blutabnahmen oder Wundversorgung vornehmen. Zu ihren Aufgaben zählen zusätzlich die Assistenz des Arztes bei Behandlungen sowie selbstständige Hausbesuche, vor allem bei älteren Menschen.

Die Krankenpflegeausbildung in Schweden ist im Hochschulsektor angesiedelt. Nach Abschluss eines Krankenpflegestudiums bedarf es einer staatlichen Zulassung, welche die Pflegekräfte befähigt einer selbstständigen Pflegetätigkeit als Community Nurse oder als leitende Pflegekraft in stationären Einrichtungen nachzugehen. Während die Ausführung oder Delegation bestimmter Aufgaben leitenden bzw. selbstständigen Pflegekräfte vorbehalten sei, würden Grundpflegehandlungen durch Pflegehelfer bzw. Pflegehelferinnen durchgeführt (Theobald 2007).

In ländlichen und abgelegenen Gebieten Schwedens und Finnlands existieren Sonderregelungen für Pflegekräfte, die es ihnen erlauben, Untersuchungen durchzuführen, die sonst in der Hand des Allgemeinarztes liegen. Dazu gehört in Schweden auch die rechtlich eingeschränkte Verschreibung von Medikamenten und Hilfsmitteln. In Finnland wird aktuell darüber diskutiert, dieses eingeschränkte Verschreibungsrecht für Regionen wie Lappland zuzulassen. Kritik an diesem Vorschlag kommt vor allem aus der Ärzteschaft (Bourgueil et al. 2005).

Die starke Stellung des Pflegepersonals in den finnischen kommunalen Gesundheitszentren spiegelt sich auch in der nationalen Statistik über die Berufstätigkeit wider. 2005 gab es in Finnland 21.638 Ärzte (incl. Zahnärzte) und 144.329 Pflegepersonen. Bei den praktizierenden Ärzten lag (2003) die Dichte deutlich niedriger als in Deutschland (315,8 pro 100.000 Einwohner verglichen mit 470,3 in Deutschland). Hingegen lag die Pflegepersonaldichte in Finnland mit 2.148 gegenüber Deutschland 2,5 mal höher (846 pro 1000.000 Einwohner; vgl. Heintze 2007 S. 51).

3.2.3 Niederlande

In den Niederlanden hat in den letzten Jahren im Rahmen einer sich wandelnden Gesundheitspolitik eine Reformierung in der Pflegeausbildung stattgefunden. Aufgrund des 1996 verfassten ministeriellen Berichts „Qualifiziert für die Zukunft“⁹ wurden neue Regelungen für die Ausbildungs- und Qualifikationsstruktur festgelegt. Um diese umzusetzen, waren bildungspolitische Maßnahmen erforderlich, wie die Abschaffung von den an Pflegeeinrichtungen angegliederten Ausbildungsstätten, um die Pflegeausbildung im Hochschulbereich anzusiedeln (Landenberger et al. 2005).

Die Pflegeausbildung wurde in fünf verschiedene Stufen eingeteilt, berufsbegleitend oder schulisch, einschließlich Praktika an Berufsfachschulen oder Fachhochschulen (Groot 2006).

⁹ Der Bericht wurde durch eine vom Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft und vom Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport beauftragte Kommission zur Reformierung des Ausbildungssystems in Pflegeberufen erstellt.

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

Die fünf Level haben unterschiedliche Zugangsvoraussetzungen und bauen aufeinander auf. Es haben sich außerdem Qualifizierungsmöglichkeiten für Pflegekräfte der fünften Stufe gebildet. Dazu zählen z.B. die Nurse Practitioner und Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk (Pflegekraft zur Unterstützung des Hausarztes). Die Ausbildung zur Nurse Practitioner wird als Masterstudiengang an Fachhochschulen und Universitäten angeboten und befähigt die Pflegekraft zur Übernahme pflegerischer Aufgaben in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens.

In Hausarztpraxen haben die Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk eigene Sprechstunden. Ihre Aufgabe ist insbesondere die Versorgung chronisch kranker Menschen. Die Ausbildung der Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk findet auf dem Fachhochschulniveau statt (Landenberger et al. 2005). In diesen Entwicklungen sind Parallelen zum FHN-Konzept der WHO sichtbar. Zum einen sind es die erweiterten Kompetenzen der Pflegekräfte (z.B. eigene Sprechzeiten) und ihre Aufgabenbereiche und zum anderen die zielgruppenspezifische Pflege.

3.2.4 Die Kompetenzen von Pflegekräften in Gesundheitszentren und Allgemeinarztpraxen

Bourgueil, Marek & Mousques (2005) haben für sechs europäische Länder die Rolle von Pflegekräften in Gesundheitszentren und Allgemeinarztpraxen untersucht.¹⁰ Berufliche Kompetenzen in gelegentlich umstrittenen Schnittstellen von Pflegekräften und Ärzten lassen sich hinsichtlich einiger typischer Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche kristallisieren, wie dies in Tab. 3 anhand der hierzu verfügbaren Informationen vorgenommen wurde.

Dabei zeigt sich, dass sich die Gesamtheit der ausgewählten Merkmale nur in Großbritannien und Schweden finden lässt. In Finnland ist lediglich die Medikamentenverschreibung nicht zugelassen. Hierin spiegeln sich die Verhältnisse der Gesundheitssysteme dieser Länder wider. Eines oder mehrere dieser Merkmale weisen auch Länder wie die Niederlande und Dänemark auf. Für Deutschland wiesen die Quellen keine Hausbesuche auf, wobei anzumerken ist, dass entsprechend der Fragestellung ambulante Pflegedienste nicht mit berücksichtigt wurden.

4. Diskussion und Ausblick

Die Entwicklung von Family Health als Handlungsfeld von Pflegekräften (Community Nurses, Nurse Practitioners u.a.) wie auch die damit einhergehende Entwicklung institutionalisierter neuer Formen der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten steht in Deutschland noch am Anfang, während in Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und Finnland dieses Prinzip bereits institutionalisiert ist.

¹⁰ Einbezogene Länder waren: Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Italien und Schweden.

Kompetenzbereiche/Länder	Deutschland	Dänemark	Niederlande	Großbritannien	Schweden	Finnland
Integrative Zusammenarbeit zwischen Arzt u. Pflegekraft						
Hausbesuche						
Eigene Sprechstunde						
Erstkontakt mit Patient						
Telefonkonsultation						
Überweisungen						
Eingeschränkte Medikamentenverschreibung						
Kleinere Behandlungen						

Tab. 3: Kompetenzen von Pflegekräften in Gesundheitszentren und Allgemeinarztpraxen im europäischen Überblick

Erstellt nach Angaben von Bourgueil et al., 2005 und DSR 2003

Durch diese Übersichtsarbeit wird deutlich, dass die Grenzen der Pflegekonzepte in vielen Ländern fließend sind und im Zuge einer stetigen Entwicklung in der ambulanten Versorgung (Primary Care) die Zugangsvoraussetzungen zu diesen Berufsbildern und deren Ausbildung sich im europäischen Vergleich stark unterscheiden. Dies wird auch am Konzept der FHN deutlich. Das Konzept wurde bei der Umsetzung in den einzelnen Ländern an die jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst.

Die Gemeinsamkeiten der hier vorgestellten Pflegekonzepte liegen vor allem in den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung und gemeinde- und familienorientierte Pflege sowie einer allgemein hohen Handlungsautonomie. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass trotz der gemeinsamen Handlungsfelder die jeweiligen Aufgaben in den Bereichen durch verschiedene Pflegeberufe ausgefüllt werden. Die Unterschiede in den Konzepten liegen vor allem in ihren Settings und der Struktur der Aufgabenfelder. Während (Advanced) Nurse Practitioners aufgrund ihrer Ausbildung (mind. Master) Pflege initiieren können und in einigen Ländern Diagnosen und Behandlungen durchführen, werden District Nurses direkt in der Familie eingesetzt, um die Pflege in der Familie zu planen und auch umzusetzen. Ihre spezifizierte Ausbildung befähigt sie einen Teil des Bedarfes in ihrem jeweiligen Handlungsfeld sicherzustellen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfahl in seinem Gutachten die Einführung und Etablierung neuer Modelle, die es den Pflegenden ermöglichen mehr Verantwortung zu übernehmen (SVR 2007). Beispiele hierfür sind in Europa bereits fest etabliert. Jedoch wird in neueren Übersichtsartikeln deutlich, dass selbst ein Vergleich der Konzepte verschiedener Ländern aufgrund

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

unterschiedlicher Strukturen nicht möglich ist. So verwendet die Autorin Sachs (2007) den Begriff Advanced Nursing Practice, um verschiedene neuere Berufsbezeichnungen in der Pflege, wie z.B. Nurse Practitioners und Advanced Nurse Practitioners, hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten zusammen zu fassen. Dahinter verbirgt sich ein Modell der professionellen Pflege, welches durch eine stetige Spezialisierung auf bestimmte Gesundheitsprobleme in spezifischen Zielgruppen gekennzeichnet ist.

Die strukturellen Unterschiede der Pflegekonzepte in Europa begrenzen die Übertragung auf das deutsche System und sind möglicherweise Ursachen dafür, dass sich diese Konzepte noch nicht etablieren konnten. Ein weiterer Grund hierfür ist die Ansiedlung der Pflegeausbildung an Krankenpflegeschulen. Die Akademisierung der Pflege in Deutschland bezieht sich heute hauptsächlich auf Studiengänge der Pflegewissenschaft oder des Pflegemanagements und ist im europäischen und weltweiten Vergleich noch durchaus ausbaufähig. Mit der Entwicklung eines an deutsche Verhältnisse angepassten Curriculums für die Weiterbildung zur Familiengesundheitspflegerin oder -hebamme wurden die Möglichkeiten zur Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege zumindest aber nun erweitert.

Literatur

- Bartholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 3(11), 210 - 223
- Bartholomeyczik, S.; Brieskorn-Zinke, M.; Eberl, I.; Schnepf, W.; Weidner, F.; Zegelin, A. (2008): Prävention als Aufgabe der Pflege: Konzepte und Projekte. In: Kirch, W.; Badura, B.; Pfaff, H. (Hrsg.): Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Springer Verlag; Heidelberg, 539 - 567
- Beikirch, E. (2000): Die Münchener Erklärung – ein Plus für Pflege und Politik? Vortrag zur DBfK-Diskussionsveranstaltung „Family Health Nurse“ am 23.03.2000; Eschborn.
http://www.familiengesundheitspflege.de/download/Beitrag_Beikirch.pdf [Stand: 25.04.06]
- Bergmann-Tyacke, I. (2003): Pflegeausbildung in Europa. Entwicklung und Tendenzen. *Ibv* 51 (01), 3845-3849
- Blum, K.; Isort, M.; Schilz, P.; Weidner, F. (2006): Pflegeausbildung im Umbruch – Pflegeausbildungsstudie Deutschland (Pabis). Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft; Düsseldorf
- Bosold, M./Stern, S. (2006): Pflegekräfte in veränderten Arbeitsbeziehungen. Vortrag auf dem Workshop „Die aktuelle Situation im Gesundheitswesen und die veränderte Rolle der Beschäftigten im Pflege-sektor“ am 06.04.06; Berlin
- Bourgueil, Y.; Marek, A.; Mousquès, J. (2005): The participation of nurses in primary care in six European countries, Ontario and Quebec. *Institute of Research and Documentation in Economy of Health* vol. 95, 1-12. <http://www.irdes.fr/english/Publishing/Qes/QES95.pdf> [Stand: 25.04.06]
- Brieskorn-Zinke, M. (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege: ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Kohlhammer, Stuttgart
- Busse R.; Schlette S. (2004): Gesundheitspolitik in den Industrieländern. 2. Auflage. Verlag Bertelsmann Stiftung; Gütersloh
- Chan T.; Brew S.; Lusignan de S. (2003): Community nursing needs more silver surfers: A questionnaire survey of primary care nurses use of information technology. In: *BMC Nursing* 03(4), 1-8.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/3/4>. [Stand: 21.06.06]
- (DSR) Dansk Sygepleje Raad (2003): Familiessygeplejerskens rolle i Danmark. Kopenhagen.
<http://www.dsr.dk/dsr/upload/red-familiesygepleje.pdf> [Stand: 17.05.06]

- Eberl, I.; Schnepf, W. (2006): Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage. In: *Pflege* 4 (19), 234-243
- Elkeles, T. (2007): Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum. In: Beetz, S. (Hrsg.): *Die Zukunft der Infrastrukturen ländlicher Räume*. Materialien Nr. 14 der Interdisziplinären Arbeitsgruppe zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume – Landinnovationen. Berlin - Brandenburgische Akademie der Wissenschaften; Berlin, 49 - 59
- Garms-Homolová, V. (2005): Einführung: Professionalisierung der Pflege im ambulanten Versorgungssektor. In: Hasseler, M.; Meyer, M. (Hrsg.): *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft*. Professionalität erhöhen - Wettbewerbsvorteile sichern. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover, 50 - 65
- Görres, S.; Martin, S. (2000): Pflegerische Leistungen im Alter. Ergebnisse, Defizite und Perspektiven der Versorgungsforschung. In: Rennen-Althoff, B./ Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Juventa; Weinheim und München, 747 - 770
- Groot, W. (2006): Womens care; breaking through the glass ceiling. Vortrag auf dem Transnationalen Workshop vom 06.-07.04.2006 (InCareNet), Berlin
- Hanson, S.H.M.; Gedaly-Duff, V.; Kaakinen, J.R. (2005): *Family health care nursing: theory, practice, and research*. 3rd ed. Davis; Philadelphia
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege - Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler, M.; Meyer, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben*. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover, 35 - 58
- Heintze, C. (2007): Effektiv und effizient. Das Gesundheitssystem in Finnland. In: *Dr. med. Mabuse* 165 (32), 49-51
- Horrocks, S.; Anderson, E.; Salisbury, C. (2002): Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. In: *BMJ.com* 324 (4), 819-823. <http://bmj.com/cgi/content/full/324/7341/819#BIBL> [Stand: 21.06.06]
- Kean, S. (2000): *Family Nursing, Nurses + Families = Family Health Nurse* Oder: Die Entstehung eines neuen Berufsbildes. DBfK. Vortrag am 31.10.2000, Eschborn. <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/beitragkean.pdf> [Stand: 21.06.06]
- Kesselheim, H. (2000): Chancen der Family Health Nurse im Gesundheitssystem. Vortrag zur DBfK - Diskussionsveranstaltung „Family Health Nurse“ am 23.03.2000, Eschborn. <http://www.familiengesundheitspflege.de/download/BeitragKesselh.pdf> [Stand: 21.06.06]
- Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; Jong de, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P. (2005): *Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland*. Schlütersche Verlagsgesellschaft; Hannover
- Löser-Priester, I. (2007): *Advanced Nursing Practice – Die Rolle der Pflege neu gestalten*. In: *Dr. med. Mabuse* 170 (32), 46 - 49
- Murray, I. (2004): *Family health nursing: the education programme for the WHO Europe Scottish Pilot*. In: *British journal of community nursing* 9(6), 245-250
- Macduff, C.; West, B. (2003): *Evaluating Family Health Nursing through Education and Practice*. Scottish Executive Social Research. Robert - Gordon - University; Aberdeen. <http://www.scotland.gov.uk/cru/resfinds/efht-00.asp> [Stand: 21.06.06]
- Rappold, E. (2003): Ein Überblick über europäische Pflegeausbildungen. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* 12, 34-35
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2006): *Pflegeausbildung im Umbruch. Zusammenfassung der Ergebnisse der Pflegeausbildungsstudie Deutschland (Pabis)*. Köln/Düsseldorf. http://www.bosch-stiftung.de/download/PABIS_Zusammenfassung.pdf [Stand: 24.04.06]
- Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2000): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Schattauer; Stuttgart
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“ – Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. Ein Literaturüberblick mit Beispielen aus den USA, Großbritannien und den Niederlanden. In: *Pflege und Gesellschaft* 2 (12), 101 - 115

Schwerpunkt

Pflege & Gesellschaft 13. Jg. 2008 H.3

- Schnepf, W.; Eberl, I. (2005): Abschlussbericht. Projekt design- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. DBfK; Witten/ Herdecke.
<http://www.familiengesundheitspflege.de/download/AbschlussberichtFGP.pdf> [Stand: 24.04.06]
- Schnepf, W.; Eberl, I. (2006): Familiengesundheitspflege in Deutschland: Konsensfindung als Grundlage. In: Pflege 4 (19), 234-243
- Schrader, C. (2005): Weiterbildung Familiengesundheit. Ein neues Konzept in Prävention und Gesundheitsförderung. DBfK- Pressemitteilung vom 13.09.05.
<http://www.familiengesundheitspflege.de/download/pressemitteilung12092005.pdf> [Stand: 17.05.06]
- Schrader, C. (2006): WHO Modellprojekt. Untersuchungen über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Vortrag zum Weltgesundheitstag; Berlin.
<http://www.weltgesundheitstag.de/pdf/2006schrader.pdf> [Stand: 22.05.06]
- Scottish Executive (Hrsg.) (2003): Family health Nursing in Scotland. A report on the WHO Europe pilot. St. Andrews House; Edinburgh.
<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/10/18428/28408> [Stand: 17.05.06]
- SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten. <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf> [Stand: 15.10.07]
- Theobald, H. (2007): Vergesellschaftung von Fürsorgearbeit - Erfahrungen aus der Altenbetreuung in Schweden. In: WSI Mitteilungen; 10 (60), 561 - 567
- Van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann R.; Dreier A.; Terschüren C.; Hoffmann W. (2007): Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: Pflege und Gesellschaft 2 (12), 118- 134
- WHO (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen. <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heger.pdf> [Stand: 02.06.06]
- WHO (2000/1): Die Münchener Erklärung. Pflegende und Hebammen – Ein Plus für die Gesundheit. München. http://www.dip-home.de/material/downloads/Muenchener_Erklaerung_062000.pdf [Stand 24.04. 06]
- WHO (2000/2): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen. http://www.familiengesundheitspflege.de/download/WHO_Curriculum_deutsch.pdf [Stand: 24.04.06]
- WHO (2003): Family Health Nurse Multinational Study. Report on a WHO Meeting. Madrid. <http://www.euro.who.int/document/e79369.pdf> [Stand: 24.04.06]
- WHO (2005): Family Health Nurse Multinational Study: Inter-country Evaluation. Report on a WHO workshop. Glasgow. <http://www.euro.who.int/document/e86617.pdf> [Stand: 24.04.06]

Franziska Seitz, B.Sc. (P.H. and Admin.) 1
Dr. PH Claudia Terschüren, MPH2
Konstanze Fendrich, Dipl.Psych.2
Dr. rer. med. Neeltje van den Berg2
Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann, MPH2
Prof. Dr. med. Thomas Elkeles, Dipl.Soz.1

Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management1
 Ernst - Moritz - Arndt- Universität Greifswald, Institut für Community Medicine2

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Hochschule Neubrandenburg, Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
 Brodaer Str. 2, D - 17033 Neubrandenburg, elkeles@hs-nb.de