Gesundheit in der Pflege

Marianne Brieskorn-Zinke

1. Von der Krankenpflege zur Gesundheitspflege

Gesundheit und Pflege erscheinen auf den ersten Blick als Widerspruch, denn wer gesund ist, braucht keine Pflege. In unserem auf Kuration ausgerichteten Versorgungssystem wird die Pflege häufig genug ans Ende der Versorgungskette gesetzt, vor Prävention, Kuration und Rehabilitation. Anspruch auf Pflegeleistungen besteht entsprechend nur bei Krankheit oder Behinderung (SGB XI). Voraussetzung zum Erhalt von Pflegeleistungen ist, „Dass gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens – Körperpflege, Ernährung, Unterstützung im Bereich der Mobilität und der hauswirtschaftliche Versorgung – für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten nicht selbständig durchgeführt werden können“ (§14 SGB XI). Das sind zentrale Aussagen der deutschen Sozialgesetzgebung für die Erbringung von eigenständigen Pflegeleistungen.

Dass im nachfolgenden Beitrag nichts desto weniger „Gesundheit in der Pflege“ im Zentrum steht, ist zunächst einmal einem erweiterten Pflegeverständnis verpflichtet. Historisch und international waren und sind Pflegende immer auch mit der Erhaltung und Förderung der Gesundheit befasst (Brieskorn-Zinke 2007). Der Internationale Pflegeverband prägt dieses erweiterte Pflegeverständnis durch folgende Pflegedefinition: „Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion in shaping health policy and in patient and health systems management and education are also key nursing roles“ (www.icn.ch/definition.htm). Es ist jedoch nicht nur dieses international geprägte Berufsverständnis, dass Gesundheit in der Pflege auch in Deutschland begründet, sondern vielmehr die Entwicklungen in der Pflegewissenschaft. So hat am Ende des zwanzigsten Jahrhundert endlich auch in Deutschland die Pflegewissenschaft Fuß gefasst, zu einem Zeitpunkt, in dem auch die Pflegepraxis sowohl einen Bedeutungszuwachs als auch einen Anforderungswandel erfährt. Ursächlich dafür sind die tiefgreifenden Veränderungen in den gesundheitlichen Problemlagen, bedingt durch den veränderten Altersaufbau und die Zunahme chronischer Erkrankungen. Alte und chronisch kranke Menschen brauchen Pflege und Unterstützung und zwar nicht nur innerhalb traditioneller pflegerischer Einrichtungen, sondern auch zu Hause und in den Gemeinden, in denen sie leben. Mit der Zunahme chronischer

Erkrankungen auch in jüngeren Altersgruppen ist im Gesundheitswesen auch die Präventionsdiskussion wieder neu angestoßen worden. Die herkömmlichen Ansätze pflegerischen Handelns reichen zur Erfüllung dieser neuen Aufgaben nicht mehr aus. Kompensatorische Hilfen und Begleitung bei Gesundheitsstörungen bilden zwar nach wie vor zentrale Aufgabenbereiche der Pflege, sie werden jedoch zunehmend um rehabilitative und präventive Aufgaben ergänzt. Gesundheitssicherung bei bedingter Gesundheit wird so zu einem sehr wichtigen Handlungsfeld der Pflege. Die deutschen Pflegewissenschaftlerinnen Rennen-Althoff und Schaeffer fordern den „Nachvollzug eines Paradigmenwechsels, der international bereits bestimmend für die Identität der Pflege geworden ist“ (Rennen-Althoff, Schaeffer, S. 10, 2000). Es geht ihnen dabei um „die Abkehr von einem einseitig krankheits- hin zu einem gesundheitsorientierten Pflegeverständnis, das sein Ziel in der Wiederherstellung und dem Erhalt gesundheitlichen Gleichgewichts bzw. des dabei erreichbaren Optimums sieht“ (ebenda S. 11). Dieser Paradigmenwechsel ist eingeleitet worden, einerseits durch die Etablierung pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland, deren Grundlagen alle auf dem neuen Modell einer gesundheitsorientierten Pflegeauffassung aufbauen und andererseits durch die Überarbeitung des Krankenpflegegesetzes. Seit 2004 heißt die Krankenschwester „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ und die Kinderkrankenschwester „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“. Liest man den Gesetzestext weiter, dann soll die Ausbildung zukünftig „(...) entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ Und darüber hinaus ist die Pflege „(...) dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten“ (§33 Abs. 1 KrpflG, 2003, *BGBl. I S. 1442*). So wurden die Veränderungen in der Krankenpflege hin zur Gesundheitspflege zumindest auf der programmatischen Ebene auch von der Politik unterstützt. Damit die Pflege deutlich machen kann in welcher Art und Weise sie professionsspezifische Beiträge zur Erhaltung der Gesundheit leistet und möglicherweise auch in Zukunft vermehrt leisten wird, wird in der Pflegewissenschaft zur Zeit um eine Standortbestimmung gerungen. (Bartholomeyczik 2006)

2. Das Konzept der bedingten Gesundheit

Alle Beiträge in diesem Buch werden sich in ihrer Art mit dem Gegenstand „Gesundheit“ auseinandersetzen und dabei mit der Schwierigkeit konfrontiert, Gesundheit und Krankheit von einander abzugrenzen. Das ist in der Pflegewissenschaft nicht anders (siehe dazu Eriksson 2001). In der wissenschaftlichen

Medizin gibt es Befunde, die objektiv erhoben werden und in einzelnen Krankheitsbildern (Klassifikationssystemen) beschrieben werden. Gesundheit wird im System der Medizin als die Abwesenheit solcher Befunde oder registrierbaren Störungen gesehen. Die ständig wachsenden technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie haben dazu geführt, dass es im Sinne der Medizin immer weniger gesunde Menschen gibt, sondern höchstens nicht ausreichend Untersuchte.

Der Gegenstand der Pflege ist aber nicht die Krankheit und auch nicht die Gesundheit sondern das Kranksein und das Gesundsein. Das subjektive Erleben von Gesundsein bzw. Kranksein und objektive, an medizinischen Parametern gemessene Befunde können stark divergieren. Alte Menschen fühlen sich in der Regel subjektiv wesentlich gesünder als ihre diagnostizierte Multimorbidität es vermuten lässt. Gesundsein lässt sich entsprechend nicht als Zustand schlechthin beschreiben, dem ein Zustand von Kranksein gegenüber gestellt wird, sondern muss individuell und dynamisch betrachtet werden. Das System Pflege – im Weiteren verstanden als ein in sich differenziertes System aus Pflegenden, Pflegeinstitutionen und Pflegewissenschaft – beschäftigt sich also nicht in erster Linie mit Befunden sondern mit Befinden. Pflege befasst sich darüber hinaus mit Funktionseinschränkungen und Möglichkeiten der Unterstützung weitgehend unabhängig von deren Verursachung. Sie sucht nach Wegen der Förderung von Wohlbefinden und Erhöhung der Lebensqualität auch dann, wenn keine Heilungschancen mehr bestehen. Die dichotome Unterscheidung zwischen Krankheit einerseits und Gesundheit andererseits passt also auf das Arbeitsgebiet der Pflege nicht. Im gesundheitsorientierten Pflegeverständnis sind die Patienten immer beides, gesund und krank.

Das Gesundheits- und Krankheitskontinuum von Aron Antonovsky (1993) und seine Weiterentwicklungen (Faltermaier 2005) bieten der Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines erkrankten und pflegebedürftigen Menschen gut abbilden lässt. Die Dimensionen dieses Kontinuums schließen Wohlbefinden wie auch Beschwerden, Handlungs- und Leistungsfähigkeiten wie auch Einschränkungen und Unfähigkeiten und letztlich auch ärztliche Diagnose und Prognose mit ein. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen, also sein Platz auf dem Kontinuum, ergibt sich aus der dynamischen Interaktion zwischen gesundheitlichen Defiziten einerseits und vorhandenen Ressourcen andererseits. An jedem Punkt des Kontinuums besteht ein komplexes Gleichgewicht zwischen salutogenetischen Prozessen, die auf körperliche und seelische Regulationsfähigkeit gerichtet sind und pathogenetischen Prozessen, die die Regulationsfähigkeit hemmen. Diese mehrere Phänomene integrierende Konzeption des Gegenstandsbereichs Gesundheit trifft die Kernbereiche pflegerischer Handlungsfelder und pflegerischer Aufgabenbereiche. Ein gesundheitsorientiertes Pflegeverständnis konzentriert den Blick auf die Bewegungen, die ein Mensch auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum voll-

zieht, immer verbunden mit der Frage, welche Kräfte die Bewegung in die Gesundheits- bzw. Krankheitsrichtung erklären können. (Brieskorn-Zinke 2002)

Aus der Vorstellung Gesundheit und Krankheit auf einem Kontinuum abzubilden mit den Polen Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und Krankheit/körperliches Missempfinden leitet sich das Konzept der „bedingten Gesundheit“ ab. Die beiden Pole völlige Gesundheit oder völlige Krankheit sind nur gedachte idealisierte Endpunkte und für Menschen nicht zu erreichen. Jeder Mensch bewegt sich Zeit seines Lebens zwischen diesen Polen. „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund“ (Antonovsky 1989, S. 53). Es gibt Abstufungen und fließende Übergänge zwischen optimaler Gesundheit, bedingter Gesundheit, akutem Kranksein und Behinderung. Im Rahmen dieses salutogenetischen Denkmodells heißt die Frage dann nicht mehr ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. wie nah er den idealisierten Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist. Dieser Sichtweise wohnt eine Absage an vorrangig defizitorientierte Interventionen inne. Der Förderung von Ressourcen und gesunderhaltenden Kräften wird der Vorzug gegeben.

3. Autonomie und Selbstpflegekompetenz

Das Konzept der bedingten Gesundheit zielt auf die Vorstellung des Gesundseins im Kranksein. Die Frage, was dieses Gesundsein im Kranksein ausmacht, ist damit aber noch nicht beantwortet. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht kann es hier nicht nur um Wohlfühlerfahrungen gehen, wie sie so oft von dem wachsenden Gesundheitsmarkt angeboten werden, sondern um die Fähigkeit in weiten Teilen sein Leben selbstbestimmt zu organisieren und zu leben. Die Selbstbestimmung über alle Belange persönlicher Lebensbereiche (z.B. Aufenthalt, Beruf, Partnerschaft) und auch die Entscheidungsfähigkeit über die Befriedigung körperlicher und seelischer Bedürfnisse (z.B. Sich-Kleiden, Essen, Schlafen, Verdauen) wird als Autonomie bezeichnet. Bei kranken und behinderten Menschen steigt das Risiko, die Autonomie zu verlieren. Eine zentrale Aufgabe der Pflege ist die Wiederhinführung zur autonomen Lebensgestaltung. In diesem Sinne ist Pflege Gesundheitspflege, weil die pflegerischen Maßnahmen ein gesundheitsbezogenes Ziel erhalten, welches auf die autonome Bewältigung des Alltags gerichtet ist. Dieser pflegerische Ansatz wird pflegetheoretisch als Selbstpflege oder Selbstfürsorge bezeichnet. Gemeint sind alltägliche und spezifische Aktivitäten des Lebens zur Selbsterhaltung.

Der Begriff der Selbstpflege geht im Pflegekontext auf D. Orem zurück. Die daraus hervorgegangene, an Ressourcen orientierte Theorie der Selbstpflege („Self-Care Theorie“) findet international und national große Verbreitung. Basisidee der Theorie ist die Vorstellung, dass jeder Mensch ein eigenes Interesse, einen eigenen Willen und eigene Fähigkeiten hat, sich selbsttätig um eine zufriede-

denstellende Lebensweise zu kümmern. Diese persönlichen Handlungen zur alltäglichen und spezifischen Selbsterhaltung nennt Orem Selbstpflege und die erlernten Fähigkeiten dazu bezeichnet sie als Selbstpflegekompetenz. Neben diesen Begriffen ist der Begriff des Selbstpflegedefizits bedeutsam. Sind die Bedürfnisse größer als die zu ihrer Deckung vorhandenen Selbstpflegekompetenzen, so entsteht ein Selbstpflegedefizit. Aufgabe der professionellen Pflege ist es diese Unterversorgung auszugleichen, z.B. durch Unterstützung, Unterweisung, Anleitung oder auch Handeln an Stelle eines Pflegebedürftigen. Zentral ist die Vorstellung temporärer Defizite, die dem Patienten Raum gibt, sich in eigener Sache zu äußern und von der Rolle des entmündigten Hilfeempfängers zu emanzipieren. (Orem 1995)

Orems ressourcenorientierte, auf Selbstpflegekompetenz abzielende Pflege-theorie wird heute in einigen Ansätzen als unzureichend kritisiert. (Kollak 2003) Sie bildet jedoch nach wie vor ein Fundament für alle pflegetheoretischen Weiterentwicklungen, die auf die Emanzipation und Autonomie der Patienten ausgerichtet sind, also in erster Linie auf die Person des Erkrankten und nicht die Erkrankung. Dazu ist es erforderlich nicht vorrangig eine Expertenperspektive einzunehmen, sondern die subjektiven Belange und die Sichtweise der Erkrankten in den Mittelpunkt zu stellen.

Heute wird in der Pflegewissenschaft auch das Konzept des „Selbstmanagement“ und der „Selbstmanagementförderung“ diskutiert (Halsbeck, Schaeffer 2007). Vor allem bei chronischen Krankheiten – also bei bedingter Gesundheit – wird die Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten für wichtig gehalten, um die Herausforderungen, die eine chronische Erkrankung mit sich bringt, im Sinne der Patientenautonomie zu bewältigen. Intention ist: „Patienten behilflich zu sein, aus dem Zustand passiven Erleidens herauszufinden und sie in die Lage zu versetzen, zu aktiv handelnden und eigenverantwortlichen Akteuren zu werden. Sie sollen unterstützt werden, die Fähigkeit und das (Selbst-) Vertrauen zu entwickeln, die eigene Gesundheits- bzw. Krankheitssituation zu managen und gemeinsam mit den Gesundheitsprofessionen am Prozess der Gesundheitsverbesserung mitwirken zu können“ (ebenda S.84).

Beide Konzepte, „Self-Care“ und „Selbstmanagementförderung“, betonen die Eigeninitiative und die Eigenkompetenz und sind auf die Autonomie der Patienten ausgerichtet. Zudem betonen beide Konzepte die Optimierung der Gesundheit auch unter Bedingungen von Einschränkungen. Es geht darum, die Restgesundheit zu erhalten und eine gesundheitsförderliche Lebensweise zu sichern, um sich auch unter den Bedingungen von Einschränkungen oder einer chronischen Erkrankung möglichst weit hin zu dem Gesundheitspol auf dem Gesundheits-/Krankheitskontinuum zu bewegen. Präventive Orientierung ist so ein zentraler Baustein pflegerischen Handelns.

4. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass Gesundheit als Ziel des Pflegeprozesses sich vornehmlich auf das Konzept „bedingte Gesundheit“ bezieht, also in der Regel auf bereits erkrankte Menschen, um die Kompetenzen wiederherzustellen bzw. zu fördern, die Selbständigkeit, Zugewandtheit und eine gesunde Lebensführung ermöglichen. Gesundheit wird hier nicht als Wohlfühlprojekt verstanden sondern als Fähigkeit zur autonomen Lebensführung. Es geht um das „In-der-Welt-Sein“ im Sinne Gadamers: „*Gesundheit ist eben überhaupt nicht ein Sich-Fühlen, sondern ist Da-Sein, In-der-Welt-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig und freudig erfüllt sein*“ (Gadamer 1993, S. 144).

In einer solchen Gesundheitsauffassung steht nicht die körperliche Unversehrtheit im Zentrum sondern die Beziehung zum Leben, das Lebendig-Sein. Zudem wird Selbstfürsorge und Alltagsbezug gefordert, was in weiten Teilen auch dem Gesundheitsförderungskonzept der WHO entspricht, in dem es heißt: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglicht“ (WHO 1993). Das Gesundheitsförderungskonzept der WHO fordert zudem einen Prozess in Gang zu setzen, der allen Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung Teil zahlreicher Betreuungs- und Pflegekonzepte. Gesundheitsförderung ist integraler Bestandteil moderner beruflicher Pflegearbeit. Begrifflich wird hier allerdings häufig anders argumentiert. Es geht um aktivierende Pflege, Gesundheitspflege, Patientenedukation, Pflegeprävention. Allen Ansätzen gemein ist die Akzeptanz bzw. das Verständnis folgender Prämissen:

1. „Medizinische Betreuung, Pflege Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung sind soziale Prozesse, die sich über die partnerschaftliche Gestaltung entwicklungsfördernder Situationen vollziehen.
2. Gegenstand betreuender und pflegender Arbeit im Gesundheits- und Sozialwesen und damit wesentlicher Inhalt von berufsbildenden Lehr- und Lernprozessen ist das individuelle Krankheits- bzw. Gesundheitsproblem, das Pflegende und Klienten/Patienten gemeinsam und aktiv in entsprechenden Betreuungs- bzw. Pflegesituationen bewältigen
3. Prävention, medizinische Betreuung, Beratung, Pflege und Rehabilitation sind eng miteinander verknüpft und realisieren sich als die wesentlichen Aspekte von Gesundheitsförderung.
4. Politik, insbesondere Gesundheits- und Sozialpolitik, Bildungspolitik sowie Umweltpolitik und auch Wirtschaftspolitik sind im Prozess der Gesundheits-

förderung einflussnehmende bzw. zu beeinflussende Faktoren“ (Beier 2003, S. 272ff.)

Diese Voraussetzungen bedenkend findet Gesundheitsförderung in der Pflege nach Brieskorn-Zinke auf folgenden Ebenen statt:

Körperebene: Es geht um die Vermittlung von Körpergefühl im Sinne der Selbstwahrnehmung und Selbstaufmerksamkeit. Sensible Körperwahrnehmung bildet die Grundlage für Selbstvertrauen und Eigenverantwortung. Problemwahrnehmung im Sinne von Risikofaktoren genauso wie Erfolgswahrnehmung im Sinne von Gesundungsanzeichen müssen körperlich gespürt und dann entsprechend gedeutet und eingeschätzt werden können, damit Selbstbestimmung möglich werden kann. Das erfordert gutes Selbstwahrnehmungsvermögen und gutes Selbstbeobachtungsvermögen, welches Pflegende bei unterschiedlichen Pflegehandlungen unterstützen und schulen.

Psychisch-emotionale Ebene: Auf der psychisch-emotionalen Ebene geht es um eine konstruktive und professionell begründete Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse, wie plötzliche akute Erkrankung, Eintritt chronischer Gesundheitsprobleme, Umgang mit den Folgen typischer Alterserscheinungen oder Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Pflege- und Gesundheitsberatung mit Betroffenen und Angehörigen zielen auf die Fähigkeit eigene wie auch fremde Ressourcen identifizieren und nutzen zu lernen, um Krisen und Probleme selbst angehen und bewältigen zu können.

Kognitive Ebene: „Kompetenzförderung auf der kognitiven Ebene bedeutet die Stärkung der Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den Wissensständen über eine Erkrankung oder auch über Protektivfaktoren. Es geht um die Vermittlung adäquater Information und Aufklärung, um die Patienten in die Lage zu versetzen tragfähige Entscheidungen treffen zu können.“

Ebene der Fertigkeiten: Durch Anleitung und Schulung werden Patienten oder Angehörigen bestimmte Fertigkeiten oder Pflegetechniken vermittelt, die es ihnen gestatten, selbstbestimmt mit den Einschränkungen einer Erkrankung umzugehen. Dabei kann es sich um Wundversorgung handeln, um Blutdruckmessung aber auch um so komplexe Lernziele wie den selbständigen Umgang mit dem Tracheostoma.

Psychosoziale Ebene: Krisen und Krankheiten bringen viele Menschen in Isolation. Deshalb ist die Förderung sozialer Kompetenzen ein zentrales Gesundheitsanliegen. Pflegende lenken dabei ihr Augenmerk bewusst auf die Beziehungsstrukturen und -qualitäten, in denen Patienten leben und versuchen so, soziale Unterstützung zu fördern. Dabei kann es um das Erhalten und verändern von sozialen Unterstützungssystemen gehen oder auch darum neue Unterstützungssysteme mit zu entwickeln wie Selbsthilfegruppen oder Nachbarschaftshilfen. (nach Brieskorn-Zinke 2006, S. 99ff.)

Gesundheitsförderung in der Pflege, nach dem hier kurz erläuterten Kompetenzförderungsmodell, hat sehr differenzierte Ziele und bedient sich entspre-

chend unterschiedlicher Methoden. Es geht immer um die gezielte Begleitung von Lernprozessen, damit gesundheitsbezogene Veränderungen im Lebensalltag getroffen und gelebt werden können. Gesundheitsförderung in der Pflege ist ein patientenbezogener Ansatz und damit in der Regel der Sekundär- und Tertiärprävention zuzuordnen. Im Zuge der Entwicklung von Public Health in Deutschland ist aber auch die Primärprävention von Erkrankungen wieder ins Zentrum politischer und gesellschaftlicher Bemühungen getreten (siehe dazu Sachverständigenrat 2005) und es stellt sich die Frage, in welcher Form Pflegenden auch primärpräventiv tätig werden können. Public-health-orientierte pflegerische Arbeit ist in den angloamerikanischen Ländern fest verankert (Brieskorn-Zinke 2007, Hasseler 2006), in Deutschland dagegen liegen vorerst nur Konzepte und Modellversuche vor.

5. Pflegerische Gesundheitsarbeit im Sinne der Primärprävention

„Public Health in der Pflege hat einen dezidierten Bevölkerungsbezug und weist über das Krankenbett hinaus“ (Brieskorn-Zinke 2007, S. 111). Mit dieser Aussage wird deutlich, dass es auch pflegerische Beiträge zur Bevölkerungsgesundheit gibt, die außerhalb der Krankenhäuser und Heime stattfindet, die in Deutschland allerdings noch sehr in den Anfängen stecken. Das Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege gründet auf dem von der WHO, Regionalbüro Europa entwickelten Strategiekonzept „Gesundheit 21“ (WHO 1999), das auf die Erreichung des vollen gesundheitlichen Potenzials für die gesamte Bevölkerung der europäischen Region abzielt. In diesem Programm ist die Einrichtung einer familienorientierten und gemeindenahen Gesundheitsversorgung vorgesehen, in der Family Health Nurses zusammen mit den Hausärzten eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der Gesundheit einnehmen. Seit 2005 wird auch in Deutschland vom Deutschen Berufsverband für Krankenpflege ein wissenschaftlich begleitetes Pilotprojekt zur Umsetzung des Konzepts in Deutschland durchgeführt. Es wird von der Robert Bosch Stiftung und vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke begleitet. Dieses Projekt wird als Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegenden und Hebammen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung“ durchgeführt. Das Handlungsfeld umfasst Aufgaben wie Beratung und Unterstützung von Individuen, Familien und Bevölkerungsgruppen in allen Phasen der Lebensspanne, das frühzeitige Erkennen potentieller und aktueller Gesundheitsprobleme sowie das Schnittstellenmanagement zu anderen Akteuren im Gesundheits- und Sozialwesen. Erste Ergebnisse zeigen den Bedarf an aufsuchender Gesundheitsarbeit, aber durchaus auch sehr große Probleme einer angemessenen Finanzierung der erforderlichen Leistungen und der Ansiedlung in entsprechenden Institutionen des Gesundheitswesens. (Eberl u. Schnepf 2006, Schnepf u. Eberl 2005).

Ein weiteres pflegebezogenes Präventionsprojekt ist das „Projekt mobil“. Es handelt sich um die Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit im Alter durch präventive Hausbesuche. Nationale und internationale wissenschaftliche Studien zeigen, dass selbständige Lebensführung und Gesundheit im Alter positiv beeinflusst werden können (Ströbel u. Weidner 2003). Durch Aufsuchen und begleitende Beratung werden zu Hause lebende Senioren in gesundheitsbezogenen Fragen unterstützt und befähigt. Das Projekt mobil wird seit 2004 bis Ende 2007 als kontrollierte Studie in Kooperation mit der Bosch Betriebskrankenkasse im Stuttgarter Raum umgesetzt. Das Hausbesuchsprogramm umfasst folgende Kernelemente:

1. „Aufbau einer von Vertrauen geprägten Beziehung zwischen Beraterin und Beratenem
2. Mindestens drei, maximal fünf Hausbesuche pro Jahr
3. Die strukturierte Erfassung von Risikofaktoren und Ressourcen, die in Zusammenhang mit selbständiger Lebensführung und Gesundheit im Alter stehen, durch das für mobil modifizierte multidimensionale Assessment STEP-m;
4. Interdisziplinäre Fallbesprechung
5. Eine umfassende Beratung mit Festlegung von individuellen Präventionszielen und Maßnahmen auf der Grundlage des vorgenommenen Assessments;
6. Die Durchführung der Beratung durch zwei geschulte Beraterinnen mit den Qualifikationen Krankenschwester/Dipl. Pflegewirtin sowie Dipl. Sozialpädagogin.
7. Die Vermittlung an regionale Experten und Seniorenangebote“ (Weidner 2007).

Eine Zwischenauswertung nach dem ersten Jahr zeigt ein breites Feld von Beratungsthemen, die nachgefragt wurden, und aus denen Gesundheitsempfehlungen erarbeitet wurden (Einzelheiten siehe Weidner 2007).

Neben diesen ersten Modellprojekten hat die Autorin mit dem Entwurf eines bevölkerungsorientierten Pflegeansatzes den Blick in die Zukunft geweitet (Brieskorn-Zinke 2007, S. 113). Ihr geht es darum, dass alle pflegerischen Tätigkeiten eine professionell bewusste Public Health Dimension erhalten. Pflegenden denken und handeln nach diesem Ansatz individuumsbezogen und public-health-orientiert zugleich. Sie stellen Pflegebedürftigkeit, Erkrankungen und Risikofaktoren in ihre lebensweltlich beeinflussten Zusammenhänge und entwickeln vor diesem Hintergrund aus ihrer alltäglichen Arbeit heraus Präventionskonzepte, die sie auch in die Primärprävention integrieren. Sie verlassen dazu die pflegebezogenen Institutionen und werden als Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in unterschiedlichen Settings und Institutionen der Gesundheitsförderung tätig. Typische pflegebezogene Gesundheitsthemen sind dann Fragen der Hygiene, der Sicherheit, des Essens und Trinkens, des Verdauens, des Schlafens, der Körperwahrnehmung sowie des Umgangs mit Wunden. Die anzusprechen-

den Bevölkerungsgruppen variieren mit dem jeweiligen Erfahrungshintergrund. Die Kinderpflege widmet sich den Themen, die speziell im Kindesalter relevant sind wie z.B. Impfungen, Vermeidung von Unfällen und Verletzungen, Vermeidung von Nährstoffmangel und Milchzahnkaries, Wundversorgung, Hygiene, psychische Gesundheit. Die Altenpflege hat entsprechend ihrer Expertise andere pflegerische Gesundheitsthemen:

- „Gesundheitsbildung zur Veränderung von Ess- und Bewegungsgewohnheiten,
- Gesundheitsbildung zur Etablierung sicherer Bewegungsgewohnheiten (Förderung sicherer Mobilität),
- Gesundheitsbildung zum angemessenen Umgang mit Genussmitteln im Alter,
- Prävention von Osteoporose durch Information, Aufklärung und Übungsanleitung,
- Prävention von Stürzen,
- Erhaltung der Kommunikationsfähigkeit durch Information und Aufklärung über Hörgeräte,
- Vorbeugung von Gebisskrankungen,
- Prävention von Harninkontinenz durch gezielte Aufklärungsmaßnahmen über Risiko- und Schutzfaktoren und gleichzeitig Förderung der Harnkontinenz im früheren Alter,
- Prävention von vaskulärer Demenz durch gezielte Aufklärungsmaßnahmen über Risiko- und Schutzfaktoren,
- Arbeit an der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines angemessenen Systems sozialer Unterstützung zur Vermeidung psychischer Gesundheitsprobleme,
- Beteiligung an Programmen zum Unfallschutz,
- Beteiligung an Programmen zur Schaffung von körperlichen Betätigungsmöglichkeiten für ältere Menschen,
- lebenslanges Lernen, sinnvolle und altersgerechte Beschäftigung, Einbringung des lebenslang gewachsenen Expertise alter Menschen in soziale Hilfs- und Förderprogramme“ (Brieskorn-Zinke 2007, S. 119).

Gesundheit ist aber auch ein zentrales Thema im mittleren Erwachsenenalter, da die Verbreitung ernster Krankheiten (Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes, des Kreislaufs, der Psyche, der Verdauung, des Stoffwechsels und Neubildungen) nach dem 50. Lebensjahr deutlich ansteigen (Robert Koch-Institut, Gesundheitsbericht für Deutschland 2006). Die Ursachen liegen in den Lebens- und Arbeitsbedingungen und im alltäglichen Gesundheitsverhalten. Häufig wird gerade im mittleren Erwachsenenalter die gesundheitliche Selbstsorge vernachlässigt. Die Pflege weiß aus ihrem professionellen Erfahrungshintergrund viel über die alltäglichen gesundheitlichen Grundbedürfnisse und der Sorge um sie. Im pflegerischen Berufsalltag im Krankenhaus steht die Hilfe bei

der individuellen Ausgestaltung dieser Bedürfnisse im Vordergrund. Deshalb kann die pflegerische Prävention und Gesundheitsförderung hier anknüpfen und auch außerhalb pflegerischer Institutionen präventive Akzente setzen bei Themen wie z.B.:

- Umgang mit Schlafstörungen und Förderung eines gesunden Schlafs,
- Vermeidung von Verdauungsstörungen und Förderung einer gesunden Verdauung,
- Umgang mit Wunden und Förderung des Hygienebewusstseins,
- Umgang mit Essstörungen und Förderung eines gesundheitsorientierten Essverhaltens,
- Umgang mit Trägheit und Förderung von Alltagsbewegung,
- Vermeidung von Unfallgefahren im häuslichen Bereich und Förderung einer sicheren Umgebung,
- Umgang mit Unausgeglichenheit und Förderung eines gesunden Lebensrhythmus,
- Genussvoller Umgang mit Genussmitteln.

Zur Aufbereitung einiger dieser Themen im Sinne einer salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung hat Brieskorn-Zinke 2006 Anregungen erarbeitet.

6. Fazit

Gesundheit in der Pflege ist ein altes und neues Thema. „Gesundheit als übergeordnetes Ziel des Pflegeprozesses hat immer das Handeln der Pflegenden bestimmt. In den einzelnen Pflege-theorien und Pflegemodellen bildet Gesundheit den Ausgangspunkt, wobei die Auffassung von Gesundheit variiert“ (Eriksson 2001, S. 113). Die Auffassungen von Gesundheit in frühen Pflege-theorien waren vermehrt am medizinischen Modell orientiert, welches auf die Vermeidung von Krankheiten und Störungen konzentriert ist. Erst die Etablierung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland seit Mitte der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts und etwa zeitgleich die Etablierung der Pflegewissenschaft hat auch der Pflege neuen gesundheitlichen Aufschwung gegeben. Gesundheit als wissenschaftlicher Untersuchungsgegenstand zeigt viele Facetten, die für eine gute Pflege zentral sind. Die Ausführungen in diesem Beitrag weisen darauf hin, wie stark präventive Orientierungen heute in der Pflege verankert sind. Dass diese präventiven Bemühungen heute über die somatische Ebene hinausgehen müssen, um die Menschen in ihrem Erleben, ihren Einstellungen, ihrem Verhalten und in der Gestaltung ihrer sozialen Beziehungen zu erreichen, ist evident. Die Zeit dafür scheint reif, denn die Stärkung der Prävention ist nicht nur ein aktuelles gesundheitspolitisches Thema, sondern interessiert inzwischen eine breite Bevölkerungsschicht. Die Menschen zeigen ein zunehmendes Interesse an gesundheitlichen Themen und die Bereitschaft wächst, zum Erhalt der Gesund-

heit selbst beizutragen. So wird auch die Nachfrage nach professionellen Leistungen in der Prävention und Gesundheitsförderung steigen. Die Pflegeberufe sind insofern besonders gefragt, als ihre Anzahl und ihre Nähe zum Patienten ein wichtiger natürlicher Anknüpfungspunkt für alle präventiven Bemühungen sein kann.

Literatur

- Antonovsky, A. (1989): Die salutogenetische Perspektive: Zu einer neuen Sicht von Gesundheit und Krankheit. In: *Meducs*, 2: 51–57
- Antonovsky, A. (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Deutsche erweiterte Auflage, herausgegeben von A. Franke. Tübingen
- Batholomeyczik, S. (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: *Pflege und Gesellschaft* 11: 210–223
- Beier, J. (2003): Gesundheit. In: *Pschyrembel Wörterbuch Pflege*. Berlin: 272–273
- Brieskorn-Zinke, M. (2002): Salutogenese in der Pflege – zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In: Wydler, H., Kolip, P., Abel, T.: *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts.* Weinheim 2002: 173–184
- Brieskorn-Zinke, M. (2006): *Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit.* 3. Auflage, Stuttgart
- Brieskorn-Zinke, M. (2007): *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit.* Stuttgart
- Eberl, I., Schnepf, W.: (2006) Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Zweiter Zwischenbericht. Universität Witten/Herdecke
- Eriksson, K. (2001): *Gesundheit – ein Schlüsselbegriff der Pflgetheorie.* Bern
- Faltermaier, T. (2005): *Gesundheitspsychologie.* Stuttgart
- Gadamer, H.G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit.* Frankfurt/M.
- Halsbeck, J.W., Schaeffer, D.: Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzepte und Herausforderungen. In: *Pflege* 2007; 20: 82–92
- Hasseler, M. (2006): *Prävention und Gesundheitsförderung, neue Aufgaben für die Pflege: Grundlagen und Beispiele.* Hannover
- Kollak, I. (2003): Selbstpflege. In: *Pschyrembel Wörterbuch Pflege*. Berlin: 595–596
- Orem, D. (1995): *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St Louis, MO: Mosby. Dt.: *Strukturkonzepte der Pflegepraxis.* Ullstein Mosby
- Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D.: (2000): Einleitung. In: *Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D.: Handbuch Pflegewissenschaft.* Weinheim. 9–13

- Robert Koch Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2005. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.
- Schnepp, W./Eberl, I. (2005): Projektdesign- und Konsensphase zur Implementierung der Family Health Nurse in Deutschland. Abschlussbericht. Universität Witten/Herdecke, Witten*
- Ströbel, A., Weidner, F.: (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbereitung von Pflegebedürftigkeit. Hannover
- Weidner, F. (2007): Projekt mobil: Prävention von Pflegebedürftigkeit durch präventive Hausbesuche. In: *Kirch, W./ Badura, B./Pfaff, H.: Prävention und Versorgungsforschung. Heidelberg 2007, S. 554–559*
- WHO (1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Nachdruck der autorisierten Fassung
- WHO (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen