

Evangelische Fachhochschule Darmstadt

Die Rolle der Pflege in Public Health/ Gesundheitsförderung – Versuch einer Systematisierung

Marianne Brieskorn-Zinke

Zusammenfassung

Die beiden Disziplinen Public Health und Pflege begegnen sich vorwiegend in den Arbeitsfeldern Versorgungsgestaltung und Gesundheitsförderung. Im Zuge neuerer Entwicklungen von Public Health in den deutschsprachigen Ländern sind auch pflegerische Ansätze zur Gesundheitsförderung wieder bedeutungsvoller geworden. Alte und neue Ansätze stehen aber bisher relativ unverbunden nebeneinander. In diesem Artikel wird eine Systematisierung möglicher Arbeitsfelder und entsprechender Interventionsstrategien vorgenommen und zur Diskussion gestellt.

Hervorgehoben wird die Gesundheitsförderung in der Pflege differenziert nach einem verhaltensbezogenen Ansatz (Kompetenzförderung auf verschiedenen pflegerischen Ebenen) und einem verhältnisbezogenen Ansatz, in welchem die Förderung sozialer Unterstützung, die gemeindebezogene Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung in anderen Settings thematisiert werden.

Summary

The Role of Nursing in Public Health and Health Promotion – Presentation of a Systematic Approach
Public health and nursing meet mainly in the fields of care managing processes and health promotion. Since there is a new development of Public Health in the German speaking countries also the role of nurses in health education and health promotion has become more important. But traditional fields and new conceptions of public health nursing are still unmethodical. I present a systematic approach of different fields and different strategies of health promotion in nursing which has to be discussed further on.

Health promotion in nursing is differentiated in a behavioural approach (empowerment of patients on different levels of nursing) and an approach which focuses on the conditions for health, mainly those for better social support, for better health in the community and in other settings.

1. Allgemeine Einführung zu Public Health als Wissenschaft in Deutschland

Die Diskussion um Public Health – zu Deutsch öffentliche Gesundheit – ist seit ungefähr zehn Jahren in Deutschland wieder aufgelebt. Der Begriff *Public Health* wurde aus dem angloamerikanischen Raum übernommen und sorgt bei den Praktikern eher für Distanz als für Identifizierung mit einem so wichtigen Aufgabengebiet. Allerdings werden wir diesen Begriff aller Voraussicht nach beibehalten und uns an ihn gewöhnen müssen, denn die Suche nach einer deutschen Bezeichnung ist bisher unbefriedigend geblieben. Mit dem ursprünglichen Begriff «Volksgesundheitspflege» verbinden sich in Deutschland schreckliche Gedanken aus der Zeit des Nationalsozialismus, in dem Volksgesundheitspflege unter anderem auch Rassenhygiene beinhaltete. Stattdessen wird heute auch häufig der Begriff «Bevölkerungsgesundheit» verwendet, der

m.E. allerdings inhaltsleer ist. Das ist bei dem Begriff «Public Health» anders, mit ihm verbinden sich mittlerweile Konzepte, und er macht zugleich auch die Internationalisierung deutlich, die ein wesentliches Kennzeichen dieses Fachgebietes ist.

Unabhängig von den Begriffen hat das Aufgabengebiet – also die Gesunderhaltung der Bevölkerung – natürlich auch in Deutschland Tradition. Gedacht sei dabei an die in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aktiven sozialistischen Sozialpolitiker, wie Rudolf Virchow oder Salomon Neuman. Ihnen ging es um die Aufhebung von Armut, Not und Elend als Hauptquellen von Krankheiten der damaligen Zeit. Daneben entwickelte sich die Mikrobiologie, die in Verbindung mit der Epidemiologie die Abhängigkeit der Seuchenerstehung von der Beschaffenheit der menschlichen Umgebung erforschte. Für diese Gebiete stehen berühmte Namen, wie Max von Pettenkofer oder auch Robert Koch. Und auch damals schon gab es – wie heute – den Streit zwischen den klassischen Medizinern und den eher sozialhygienischen Reformern. Alfred Grotjahn forderte vehement dazu auf, Soziale Hygiene an den Universitäten zu etablieren, um die Einwirkungen der gesell-

schaftlichen Verhältnisse und des sozialen Milieus auf die Wirkung von Krankheit und Gesundheit zu untersuchen (Grotjahn, 1923). Fülgraff fasst den Kern dessen, was man in den 20er Jahren «Soziale Medizin» nannte, in Stichworten zusammen: «die Sozialepidemiologie der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten oder Alkoholismus, die Gewerbehygiene, die Organisation des Gesundheitswesens, die Soziale Pädiatrie und Gynäkologie, Ernährungslehre, Wohnungshygiene oder Versicherungs- und Begutachtungsmedizin» (Fülgraff, 1999, S. 635).

Public Health war und ist also ein relativ weites theoretisches und praktisches Arbeitsfeld, dessen Aufgaben sich mit den Verschiebungen des Krankheitspanoramas und mit dem Wissensstand der beteiligten Disziplinen wandelt. Die beiden Hauptkenntnisinteressen richten sich heute zum einen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, zum anderen auf den Zustand des Gesundheitswesens.

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health hat im November 2000 folgende Definition verfasst:

«Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung im Gesundheitswesen» (der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health, 2001, S. 5).

Bei aller Vielfältigkeit der Aufgabenbereiche, der Wissenschaften, der kontroversen Standpunkte und der Professionen, die derzeit auf diesem Gebiet arbeiten, hat der Vorstand einen Konsens in folgenden Grundannahmen beschrieben:

- «Sozioökonomische Einflüsse sind für die Dauer und die Qualität des Lebens bestimmend.
 - Dem Ausbau der Gesundheitsförderung und der Krankheitsprävention gebührt der Vorrang vor der Behandlung, Pflege und Rehabilitation.
 - Rationalisierung gebührt der Vorrang vor Rationierung.
 - Die Entwicklung von Qualitäts- und Risikomanagement in der Versorgung bildet eine zentrale Herausforderung für alle Betroffenen.
 - Es besteht die Notwendigkeit einer europäischen Public Health Community».
- (ebenda, S. 6ff.).

2. Zum Verhältnis von Public Health und Pflege

2.1 Warum beschäftigen auch wir uns in der Professionalisierung der Pflege mit Public Health?

Im Zuge der Professionalisierung der Pflege und der Neuetablierung von Public Health in Deutschland ist die Frage nach dem Beitrag der Pflege zu diesem interdisziplinären Arbeitsfeld wieder aufgetaucht. Das hat unterschiedliche Gründe.

Aus der Pflegepraxis heraus lässt sich dazu eine erste These formulieren: Public Health-Gedanken sind der Pflege immanent. Irgendwann im Berufsleben einer jeden Krankenschwester oder eines jeden Krankenpflegers taucht die Frage auf, ob das alles ist, sich jeden Tag vor-

wiegend mit der Reparatur von Gesundheitsschäden zu befassen, häufig Schäden, die bei angemessener Gesunderhaltung vermeidbar gewesen wären. Sicher ist die Pflege des einzelnen Patienten im Moment einer Erkrankung eine dankbare Aufgabe, aber macht die alleinige Konzentration auf diese Aufgabe Sinn?

Eine zweite Begründung liegt in der internationalen Professionalisierungsgeschichte der Pflege: Public health nursing – so uneindeutig der Begriff auch sein mag (siehe dazu Edgecombe, 2001) – ist ein Bestandteil der pflegerischen Profession und hat in Europa in unterschiedlichen Regionen mit unterschiedlichen Schwerpunkten bereits eine lange Tradition.

Eine dritte, sehr zentrale Begründung liegt jedoch auch in den klaren Gemeinsamkeiten – also Schnittmengen der beiden Disziplinen Public Health und Pflegewissenschaft (siehe dazu Schaeffer et al., 1994 und Brieskorn-Zinke, 2000). Letztlich sind es diese Gemeinsamkeiten, aus denen heraus auch die gesundheitspolitischen Forderungen gewachsen sind, den Beitrag der Pflege und der Pflegewissenschaft zum interdisziplinären Aufgabenbereich Public Health stärker als bisher zu akzentuieren.

Während die ersten beiden Thesen in sich schlüssig sind, werde ich im Folgenden die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion kurz nachzeichnen.

2.2 Aspekte der gesundheitspolitischen Diskussion

Die Pflegeberufe in Europa bekommen durch internationale Erklärungen immer wieder politischen Auftrieb, sich in die Bereiche Public Health/Gesundheitsförderung verstärkt einzubringen. Das begann mit der ersten europäischen Pflegekonferenz 1987 in Wien und fand seinen bisherigen Höhepunkt im Sommer 2000 in München auf einer WHO-Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in Europa. Die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der europäischen Region unterzeichneten dort eine Erklärung mit folgendem Eingangstext:

«Die Teilnehmer der WHO-Ministerkonferenz Pflege- und Hebammenwesen in Europa befassen sich mit der einzigartigen Rolle, die die sechs Millionen Pflegenden und Hebammen von Europa in der gesundheitlichen Entwicklung und der Erbringung gesundheitlicher Leistungen spielen, und mit dem einzigartig wichtigen Beitrag, den sie dazu leisten.

Wir sind der Überzeugung, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public Health-Herausforderungen unserer Zeit sowie bei der Sicherstellung einer hochwertigen, allen zugänglichen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird.»

Auch die EU sieht in den Pflegeberufen ein wichtiges Potenzial zur Lösung der Public Health-Aufgaben in der Europäischen Union. Sie hat deshalb von Experten aus allen Mitgliedstaaten ein europäisches Fortbildungsprogramm erarbeiten lassen: «Development of a Continuous Professional Training Programme for Nurses in Public Health within the European Union», welches zur Zeit in

fast allen Mitgliedstaaten umgesetzt wird. Auch in der Schweiz überlegt man, dieses Trainingsprogramm in der Fort- und Weiterbildung zu implementieren.

Nun sind solche internationalen Erklärungen nicht national gesetzgeberisch bindend, aber immerhin hat die damalige Gesundheitsministerin der BRD als Vertreterin des Gastgeberlandes diese Erklärung unterschrieben, in der ebenfalls von einem verpflichtenden Engagement der Länder die Rede ist, das Pflegewesen so zu stärken, dass für die zukünftigen spezifisch pflegerischen Aufgaben in der Gesundheitsversorgung die notwendigen gesetzlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ansätze dazu werden jetzt auch in Deutschland gemacht, z.B. in der Neuregelung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege. Im letzten Entwurf heißt es: «Deshalb sind im Zusammenhang mit der schwerpunktmäßig auf die Heilung von Krankheiten ausgerichteten Pflege auch präventive, gesundheitsfördernde, rehabilitative und palliative Maßnahmen für die Wiedererlangung, die Verbesserung, die Förderung und die Erhaltung von Gesundheit der Patientinnen und Patienten zu erbringen» (BMG 13. Mai 2002). Auch in der geplanten Veränderung der Berufsbezeichnung von Krankenschwester/Krankenpfleger zu Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, die sich an die bereits bestehenden Bezeichnungen in Österreich und der Schweiz anschließt, wird diese neue Schwerpunktsetzung deutlich. Vom Entwurf über die Umsetzung zur Verankerung in der Ausbildung und zur Umsetzung in den Pflegealltag ist allerdings sicherlich noch ein langer Weg zu gehen.

Vor dem Hintergrund der kontinuierlichen Entwicklung der Pflegewissenschaften zeichnen sich aber bereits Annäherungen zwischen Pflege und Public Health ab.

2.3 Was geschieht in Deutschland auf dem Gebiet Public Health und Pflege?

Schaeffer, Moers und Rosenbrock schrieben vor acht Jahren, als beide Wissenschaften sich in Deutschland zu etablieren begannen, zum Verhältnis von Public Health und Pflege:

«Trotz dieser sehr ähnlichen Ausgangsvoraussetzungen und der zeitgleich einsetzenden Akademisierung ist das Verhältnis von Public Health und Pflege derzeit mehr oder weniger ein Nichtverhältnis. Beide Disziplinen sind mit der Erörterung interner Fragen beschäftigt und greifen die fraglos gegebenen Gemeinsamkeiten nur punktuell auf.» (Schaeffer et al., 1994, S. 18.)

Was hat sich seither getan?

Das Bundesministerium für Forschung und Bildung hat in den letzten zehn Jahren Forschungsverbände für Public Health gegründet und finanziert, in denen in ersten Ansätzen auch Bezüge zwischen Pflege und Public Health herausgearbeitet wurden. In diesem Jahr ist das Ministerium dabei, die Initiierung von Pflegeforschungsverbänden zu unterstützen. Die wichtigsten übergeordneten Felder, in denen Pflege und Public Health in der Bundesrepublik sich begegnen bzw. bereits in Projekten zusammenarbeiten, sind Versorgungsforschung und Versorgungsgestaltung

einerseits und Prävention und Gesundheitsförderung andererseits. Natürlich gibt es hier auch Überschneidungen, aber m. E. ist es für die weiteren Orientierungen in der Pflege wichtig, diese Bereiche zunächst auseinander zu halten. In der Versorgungsforschung und -gestaltung geht es um Themen wie z. B. Pflegebedarfserhebungen, Entwicklung neuer Versorgungspfade, Übernahme von Kooperationsaufgaben. Im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden zwar immer wieder Denkansätze entwickelt, sowohl für ambulante, gemeindenaher Felder (z. B. Familiengesundheitsschwester) als auch für stationäre Einrichtungen (z. B. Patienteninformationsstellen), aber wirklich in Angriff genommen erscheint mir dieser Bereich noch nicht.

Meines Erachtens besteht hier weiterhin eher ein «Nichtverhältnis», welches auch mit Berührungängsten und Konkurrenzphantasien der beiden Disziplinen zu tun hat. Anders ist es kaum verständlich, dass Strategien und Handlungsfelder pflegerischer Gesundheitsförderung im deutschsprachigen Public Health-Bereich bisher so wenig berücksichtigt wurden. In der nun folgenden Systematisierung möchte ich zunächst einmal verdeutlichen, wie viel pflegerisches Know-how bereits jetzt in die Bewältigung der Public Health-Aufgaben unserer Zeit einfließt und darüber hinaus möchte ich aufzeigen, an welchen Stellen neue Handlungsfelder erschlossen werden können. Eine große Herausforderung bei einem solchen Versuch systematisch zu werden ist der Umgang mit Begriffen. Trotz vieler nationaler und internationaler Glossare werden die Begriffe *Prävention*, *Gesundheitsförderung*, *Gesundheitserziehung*, *Gesundheitsbildung*, *Gesundheitsberatung* immer noch sehr wenig konturiert gebraucht. Auf zwei wichtige begriffliche Festlegungen, über die in der Public Health-Diskussion Konsens besteht, möchte ich hier allerdings verweisen:

1. auf die Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung: Präventionsstrategien sind nahe an der Medizin orientiert. Es geht in erster Linie um Krankheitsverhütung. Gesundheitsförderungsstrategien dagegen beziehen ihre theoretischen Grundlagen vermehrt aus den Sozialwissenschaften. Es geht weniger um spezifische Krankheitsverhütung als mehr um die allgemeine Förderung von gesundheitsrelevanten Ressourcen;
2. die übliche Unterscheidung nach den Zeitpunkten der Interventionen wie Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention.

Für die Arbeit in der Pflege ist zwar das Wissen um diese Public Health-Begriffe wichtig, gerade weil es in vielen Arbeitsfeldern auch um Interdisziplinarität geht, aber diese Trennungen sind für die praktische Arbeit in der Pflege häufig kontraproduktiv. Ich greife deshalb in meiner Systematisierung auf ein sehr bewährtes Ordnungssystem zurück, in dem Gesundheitsförderung das gesamte Arbeitsgebiet umschreibt und die Strategien darin nach gesundheitsrelevanten Veränderungen auf der Verhaltens- und auf der Verhältnisebene unterschieden werden.

3. Pflegerische Handlungsfelder und Strategien zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens

3.1 Persönliche Kompetenzen stärken – ein zentraler Ansatz der pflegerischen Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen

In der Gesundheitsförderung wird unter Kompetenz die Fähigkeit von Menschen verstanden, erworbene Fähigkeiten, soziale Regeln und Wissensbestände so sach- und situationsgerecht einzusetzen, dass z. B. gesundheitsbezogene Ziele selbst verfolgt werden können. Es ist eine wichtige Erkenntnis heute, dass gerade auch kranke oder gesundheitsgefährdete Menschen sich ihre eigenen Erfahrungen gesundheitsförderlich nutzbar machen können. Durch geplante, bewusste und konstruktiv begleitete Lernprozesse können die Menschen sich aktiv mit ihrer jeweiligen Lebenswirklichkeit auseinandersetzen und dabei nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern vor allem auch ihre Fähigkeiten neu entdecken und entfalten, um selbstbestimmend mit einer chronischen Erkrankung oder Einschränkung umgehen zu lernen. Pflegende können hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, denn in jeder Interaktion mit dem Menschen, der Pflege braucht, geht es auch darum, Lernprozesse zu initiieren und zu begleiten, angefangen bei der Verbesserung der Körperwahrnehmung bis hin zur Lebensplanung und Lebensgestaltung unter den Bedingungen chronischer Krankheit. Dazwischen liegen weitere Ebenen:

Ebene der Körperwahrnehmung

Durch die Vermittlung von Körpergefühl haben Pflegende spezifische Möglichkeiten, Gesundheit zu fördern. Sensible Körperwahrnehmung bildet schließlich die Grundlage für Selbstvertrauen und Eigenverantwortung. Nur wer selber wahrnehmen und beurteilen kann, was gut tut bzw. was stört, kann eigene Entscheidungen treffen. Die Medizin und in ihrem Gefolge auch die Pflege hat in den letzten Jahrzehnten ein objekthaftes Verhältnis vieler Menschen zu ihrem Körper gefördert, indem sie vor allem Messwerten ihre Aufmerksamkeit schenken. Damit wurde das, was ein Mensch fühlt, häufig zweitrangig. Bewusste Ermutigung zur Körperwahrnehmung beim Waschen, bei Einreibungen, beim Lagern und Mobilisieren und zur Wiederentdeckung des eigenen Körpers als Orientierungspunkt sind spezifische pflegerische Möglichkeiten, hier gesundheitsförderlich tätig zu werden (siehe dazu Brieskorn-Zinke, 1996, S. 113ff.). Aber auch die Kinästhetik und die Bobathmethode sind hier zwei wichtige körperbezogene Pflegeansätze, die direkt auf Körperwahrnehmung und Förderung der Selbstkompetenz ausgerichtet sind.

Psychisch-emotionale Ebene

Hier geht es vorrangig um eine konstruktive und professionell begründete Unterstützung bei der Bewältigung kritischer Lebenssituationen, wie plötzliche akute Krankheit, Eintritt chronischer Gesundheitsprobleme, Umgang mit den Folgen des Alters, Eintritt von Pflegebedürftigkeit usw. Die Medizin konzentriert sich heute immer mehr auf die

technikintensive Beherrschung somatischer Prozesse oder auf komplizierte Reparaturleistungen, und es sind die Pflegenden, die die Folgen von Diagnose, Krankheit und Behandlung mit den Patienten und ihren Angehörigen zu bearbeiten haben. Eine ressourcenorientierte Sichtweise, wie ich sie in meinem Aufsatz «Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts» (Brieskorn-Zinke, 2000) beschrieben habe, bietet hier den Pflegenden die Möglichkeit, Patienten bei ihrer Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit zu begleiten und zu unterstützen. Patienten können dabei ein besseres Verständnis für Zusammenhänge entwickeln, was möglicherweise zu einer akzeptierenden Einstellung zur Erkrankung führt, was wiederum eine Grundvoraussetzung dafür ist, so gesund wie möglich auch mit Einschränkungen oder Behinderungen leben zu können.

Auch Ursula Koch-Straube gibt in ihrem Buch «Beratung in der Pflege» (2001) professionsspezifische Anregungen, mittels derer die interaktiven und kommunikativen Kompetenzen der Pflegenden von einer intuitiven auf eine systematische Ebene gehoben werden können. Und hier liegt auch die wesentliche Voraussetzung dafür, dass Pflegende den Lernprozess der Patienten zur Krankheitsbewältigung professionell unterstützen können oder den Patienten und Angehörigen dabei helfen können, bestimmte schmerzhaftere Lebensereignisse in das eigene Selbstbild zu integrieren.

Kognitive Ebene

Kompetenzförderung auf der kognitiven Ebene meint die Stärkung der Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den Wissensbeständen über eine Erkrankung und die Befähigung zur rechtzeitigen und gezielten Inanspruchnahme professioneller Hilfen. Patienten brauchen medizinisch-pflegerisches Wissen zum Umgang mit einer chronischen Erkrankung und zur Erhaltung und Ausweitung der verbliebenen Gesundheitspotenziale. Hier ist die Weitergabe qualitativ guter Patienteninformationen gefragt, um die Rolle der Patienten als Konsumenten von Versorgungsleistungen für Gesundheit und Krankheit zu stärken. Pflegende können Patienten und ihre Angehörigen sehr wohl dabei unterstützen, die verschiedenen Angebote gesundheitlicher Versorgungsleistungen souveräner als bisher nutzen zu lernen. Gezielte Aufklärung über verschiedene Alternativen, zu denen sie jeweils auch die Informationen über Nutzen und mögliche Risiken mitteilen, ermöglichen den Patienten, ein für sie geeignetes Angebot auszuwählen. Wichtig dabei ist, dass dieser Entscheidungs- und Auswahlprozess *durch die Prioritäten und individuellen Werte des Patienten oder der Patientin gesteuert wird*, damit der Patient/die Patientin sich in einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung aufgehoben fühlt.

Erste sehr positiv verlaufende Ansätze zur Realisierung einer solchen pflegerischen Gesundheitsförderung sind Patienten-Informations-Zentren, z. B. am Kreiskrankenhaus Lüdenscheid, die in Zusammenarbeit mit der Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin-Abt von der Universität Witten/Herdecke konzipiert wurden. Dort entwickeln heute Pflegende auf hohem Qualitätsniveau gezielte Patienteninformationsmöglichkeiten, die Angehörige und Patienten gleichermaßen nutzen können.

Ebene der Fertigkeiten

Diese Ebene betrifft den traditionellen pflegerischen Aufgabenbereich der Anleitung und Schulung. Dabei geht es um das Vermitteln bestimmter Verhaltensweisen bzw. Techniken, die den selbstbestimmten Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglichen. Schulungen sind auf sehr konkrete Lernziele, meistens spezielle Pflegetechniken ausgerichtet. Dabei kann es um Selbstinjektionen und Wundversorgung gehen oder um selbständige Blutdruckmessung und Medikamenteneinnahme, aber auch um so komplexe Lernziele, wie z. B. den selbständigen Umgang mit dem Tracheostoma. Über den Erwerb der Fähigkeiten in speziellen Pflegetechniken hinaus gehört zur Anleitung auch, dass Pflegende Patienten dahin führen, Krisenphasen oder Notfallsituationen rechtzeitig erkennen zu lernen. Dazu könnten sie Patienten auch ermutigen, ihr soziales Umfeld so zu strukturieren, dass es ebenfalls lernt, mit der Erkrankung und deren Auswirkungen umzugehen.

Psychosoziale Ebene

Hier geht es um die Förderung sozialer Kompetenz im Sinne des Geben- und Annehmenkönnens von Hilfe. Pflegende erhalten dabei die Fähigkeit der Patienten zur Aufrechterhaltung und Nutzung von sozialen Kontakten im Falle von Lebenskrisen, Krankheit und Behinderung. Sehr konkret geht es darum, Patienten und Angehörige in Krankheitssituationen oder auch bei andauernder Pflegebedürftigkeit so zu beraten, dass sie sich gegenseitig nicht noch zusätzlich das Leben schwer machen. Pflegende merken im Pflegealltag, wenn Angehörige und Patienten sich so verstricken, dass sie sich gegenseitig nicht mehr unterstützen können. Sie können dann ihr Augenmerk bewusst auf die Beziehungsstrukturen und -qualitäten lenken, in denen die Patienten leben, und so versuchen, 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 z. B. Nachbarschaften oder Selbsthilfegruppen. Im Bewusstsein um die zentrale Bedeutung sozialer Unterstützung bei der Bearbeitung von Gesundheitsproblemen können Pflegende hier wichtige erste Schritte anleiten, allerdings ohne den Anspruch, psychotherapeutisch werden zu wollen bzw. zu müssen. Richard E. Pearson gibt in seinem Buch «Beratung und soziale Netzwerke» (1997) eine wie ich finde sehr gelungene Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung. Er zeigt Hindernisse in den Personen oder ihren Lebenswelten auf, die Unterstützung be- oder verhindern, und wo und wie Beratung ansetzen kann, um diese Hindernisse beseitigen zu helfen.

Es ist in diesen Ausführungen deutlich geworden, dass Kompetenzförderung in der Pflege sehr unterschiedliche Ansatzpunkte haben kann. Im Pflegealltag erscheinen diese von mir differenzierten Ebenen zur Unterstützung persönlicher Kompetenzen häufig nicht so getrennt, sind vielmehr überlappend, da Patienten und Pflegende sich nicht scheinbarweise annähern, sondern als Persönlichkeiten gegenüber treten. Ich halte diese Differenzierungen auf einer theoretischen Ebene jedoch trotzdem für sehr hilfreich, da auch bei der Gesundheitsförderung in der Pflege nicht einfach nur patientenorientiert oder ganzheitlich för-

dernd zu handeln ist, sondern erst die gezielte Bezugnahme auf die Ausgestaltung von pflegerischen Aktivitäten zur Kompetenzförderung professionelles gesundheitsförderndes Handeln begründet. Hier ist natürlich auch die Einbindung pflegerischer Gesundheitsförderung in ein ausgewähltes Pflegemodell unerlässlich. Auch wenn an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen wird, ist es selbstverständlich notwendig, dass Pflegende ihren gesundheitsförderlichen Interventionen immer eine pflegetheoretische Basis geben, die allein erst die Zielrichtung des professionellen Handelns begründet.

3.2 Pflegerische Interventionsstrategien zur Kompetenzförderung

Analog zu den Differenzierungen im vorhergehenden Kapitel, in dem es um die unterschiedlichen Ebenen und Ansatzpunkte zur Kompetenzförderung ging, werde ich jetzt nochmals auf verschiedene pflegerische Handlungsstrategien oder Methoden eingehen, die bei der personenzentrierten Gesundheitsförderung Anwendung finden können.

Es geht mir dabei um Präzisierungen, die deutlich machen sollen, dass Begriffe, die Vorgehensweisen in der Pflege beschreiben, mit Begriffen, die Vorgehensweisen in der Gesundheitsförderung benennen, abgeglichen werden müssen, um Verwirrungen zu vermeiden. Auch wenn es bei den vorgestellten Strategien Überschneidungen gibt, soll das Spezifische der einzelnen Vorgehensweisen deutlich gemacht werden.

Anleiten

Patienten und/oder Angehörigen bestimmte Pflegetechniken lehren, die nötig sind, um möglichst selbstbestimmt handeln zu können. Konkrete Lernziele – in der Regel handwerkliche Fertigkeiten – bestimmen auf der Basis lerntheoretischer Grundlagen das Vorgehen.

Schulen

Schulen hat die gleiche Zweckbestimmung wie Anleiten, wird jedoch vermehrt im Zusammenhang mit Gruppen verwendet. Hier müssen lerntheoretische Grundlagen um die Möglichkeiten des sozialen Lernens in der Gruppe erweitert werden. Mein Vorschlag ist, den Begriff der Patientenschulung um den Begriff der Gesundheitsbildung zu erweitern und damit auch aus pflegerischer Sicht die gesundheitsförderliche Dimension dieser traditionellen pflegerischen Aktivität zu betonen.

Bilden (Gesundheitsbildung)

In Anlehnung an die Ziele der Ottawa-Charta können pflegerische Patientenschulungen neben der Vermittlung von Fertigkeiten Elemente der modernen Gesundheitsbildung aufnehmen. Gesundheitsbildung zielt auf allgemeine, für die Teilnehmer erst noch zu übertragende Fragen der gesundheitlichen Lebensführung. Methodisch orientiert man sich dabei an den Prinzipien der Partizipation und des sozialen Lernens, das heißt, das Expertenwissen wird mit dem Teilnehmerwissen konfrontiert. Gesundheitsbildung beinhaltet dann soziales Lernen in der Gruppe, und das

nicht nur als Organisationsform, sondern als regelrechter konzeptioneller Bestandteil. Eine gesunde Lebensweise ist eben nicht unmittelbar lehrbar, erst recht nicht unter den Bedingungen chronischer Beeinträchtigungen. Es gibt keine objektiven Kriterien für eine gesunde Lebensweise. Die Teilnehmer brauchen die Möglichkeit, ihr Erfahrungswissen mit dem pflegerischen Expertenwissen abzugleichen. Ihre subjektiven Probleme und Bedingungen sowie ihre Selbsttätigkeit bestimmen die Lehr- und Lernsituation in einem solchen Gesundheitsseminar. Deshalb geht es in der Gesundheitsbildung um Vermittlungs- und Ermöglichungsdidaktik, verbunden mit den Stichworten *Subjektorientierung*, *positiver Gesundheitsbegriff*, *gesundheitliche Mündigkeit* (siehe dazu Papenkort, 2000). So können die Forderungen aus der Ottawa-Charta nach Vermitteln und Vernetzen und nach Empowerment ganz praktisch umgesetzt werden.

In Zukunft wäre es also möglich und wünschenswert, Schulungen mit Gesundheitsbildungsseminaren so zu koppeln, dass nicht wie bisher Patientenedukation das Ziel ist, sondern die gesundheitliche Mündigkeit der Teilnehmer. Darüber hinaus sollten Pflegende in Zukunft auch unabhängig von Schulungen Gesundheitsbildungsseminare für alle Interessierten anbieten und sich damit als Gesundheitsprofession profilieren. Die klassischen Gesundheitsthemen unserer Zeit wie gesundes Schlafen, Essen, Verdauen, Bewegen sollten ins alltägliche Angebot pflegerischer Institutionen integriert werden. Auch in Krankenhäusern und Altenheimen ist eine solche Tätigkeitserweiterung pflegerischer Aufgaben möglich und ohne großen Aufwand umsetzbar.

Informieren, aufklären

Beim Informieren und Aufklären werden in erster Linie Kenntnisse und Wissen vermittelt, sei es über die Wirkung von Medikamenten, oder die Notwendigkeit von Flüssigkeitsaufnahme oder hygienischen Maßnahmen. Information kann persönlich vermittelt werden, aber auch durch eine sorgfältige Auswahl von Büchern, Broschüren oder Gesundheitsmagazinen oder durch Zugang zum Internet. Auch Ausstellungen zu Gesundheitsthemen können in Sozialstationen oder stationären Einrichtungen informierende und aufklärende Wirkung entfalten.

Beraten

Die Unterscheidung zwischen informieren/aufklären und beraten ist sehr wichtig. In einem Beratungsgespräch werden keine Ratschläge gegeben, wird nicht angeleitet oder überzeugt. Es geht vielmehr darum, mit der zu beratenden Person individuelle Lösungsstrategien zu erarbeiten. Bedürfnisse und Erfordernisse werden herauskristallisiert, Möglichkeiten und Ressourcen aufgezeigt. Als eine interdisziplinäre Verständigungsgrundlage über Beratung schält sich die Definition von Nestmann heraus:

«Beratung ist eine professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, biopsychosoziale Ressourcen und sozialökologische und ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.

Ziel psychosozialer Beratung ist es, die Entfaltung von Einzelnen in formellen und informellen sozialen Systemen zu ermöglichen; selbstbestimmtes und selbstkontrolliertes Gestalten von Alltag und Leben, die Bearbeitung ihrer Anforderungen und die Nutzung ihrer Entwicklungschancen zu sichern sowie Belastungen und Krisen zu verhindern, möglichst früh anzugehen sowie deren Folgen für Person und Systeme konstruktiv zu bewältigen.» (Nestmann, 1997, S. 174)

In der Pflege findet Beratung unter anderem im Kontakt zwischen Pflegenden und Gepflegten statt. «Dieser Kontakt entsteht», wie Koch-Straube es formuliert: «in einer Phase akuter Erkrankung oder chronischer Belastungen, in der Stress und Angst erlebt werden und vielerlei Versuche, diese Belastungen zu überwinden. Es ist eine Phase hoher Irritation und Sensibilität, in der ein Teil der Erlebens- und Verhaltensmuster vorübergehend oder dauerhaft unbrauchbar geworden sind und neue erst entwickelt werden müssen» (Koch-Straube, 2001, S. 75). Dieser wichtige Teil pflegerischer Beratung ist aber in diesem Zusammenhang nicht gemeint. Hier geht es um Gesundheitsberatung als eine verhaltenspräventive Strategie. Ziel ist es, Kompetenzen im selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit zu fördern und konkrete Verhaltensänderungen zu erleichtern. Im Zentrum stehen das Individuum (der Patient, aber auch die Angehörigen) und das Thema Gesundheit bzw. die Beratungspartner mit ihren Wünschen, unter bestimmten persönlichen Bedingungen so gesund wie möglich leben zu können.

Anleiten, schulen, bilden, informieren bzw. aufklären und beraten setzen als pflegerische Strategien der Gesundheitsförderung also jeweils unterschiedliche Akzente in den Vorgehensweisen und in den entsprechend angestrebten Zielen.

Im Sinne von Public Health lassen sich die übergeordneten Ziele pflegerischer Gesundheitsförderung im Hinblick auf die Kompetenzstärkung von Patienten und Klienten nochmals folgendermaßen zusammenfassen:

Pflegende unterstützen und befähigen ihre Patienten/Klienten so,

- dass sie aufgeklärt, informiert, selbstbestimmt und selbstbewusst ihr gesundheitsbezogenes und krankheitsbezogenes Verhalten steuern können
- dass sie therapeutische und rehabilitative Versorgungsentscheidungen mit beeinflussen können (selbständige und selbstbewusste Ausübung der Patientenrolle)
- dass sie in geeigneter Weise ihre verbliebenen Gesundheitspotenziale erhalten und gegebenenfalls auch gesundheitsbezogene Veränderungen in Angriff nehmen können.

(nach Hurrelmann, 2000, S. 120)

Wie oben bereits erwähnt, richten sich die bisher aufgeführten Handlungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung in der Pflege eher auf das Verhalten von Menschen. Gesundheitsförderung erhebt aber den Anspruch, nicht nur verhaltensorientiert zu agieren, sondern auch verhältnisorientiert. Dabei geht es um Strategien zur Veränderung der Gesundheitsbedingungen. Die Rolle der Pflegenden in diesen Bereichen ist heute nicht sehr stark ausgeprägt.

4. Pflegerische Strategien zur Veränderung der Gesundheitsbedingungen

Im Zentrum stehen hier die Strukturen der sozialen und materiellen Umwelt, die es für mehr Gesundheit zu verändern gilt. Aus diesen Strukturen leiten sich viele Determinanten für soziale Benachteiligung im Gesundheitswesen ab. Pflegeberufe haben in unterschiedlicher Art immer auch auf Armut, soziale Ungleichheit und Mängel in der Basisgesundheitsversorgung reagiert. Letztlich liegt hier sogar der Ursprung von Public Health Nursing (siehe dazu Edgcombe, 2001). Um hier aber die aktuellen pflegerischen Handlungsmöglichkeiten innerhalb der heutigen Gesundheitsförderungsdiskussion aufzuzeigen, greife ich drei Bereiche heraus, die für Public Health-orientierte, pflegerische Arbeit wichtig sind.

4.1 Förderung von unterstützenden sozialen Netzwerken

Hier ist das Ziel, bestehende soziale Bindungen zu stärken, neue Netzwerkbindungen zu entwickeln und Nachbarschafts- und Gemeindeintegration fördern. Die bereits im vorigen Kapitel angesprochene psychosoziale Kompetenzförderung wird hier von der Förderung des persönlichen Verhaltens auch auf die Förderung von Strukturen gelenkt, die ebenso da sein müssen, damit soziale Netzwerke entstehen können. Pflegende übernehmen hier Aufgaben in der Mobilisierung und Stabilisierung von Laienpflege – also Pflege durch Familienangehörige, Lebenspartner sowie informelle Helfer (Ehrenamtliche). Allein das Feld der Zusammenarbeit mit Angehörigen, nicht nur in der ambulanten Pflege, sondern gerade auch in stationären Einrichtungen wie Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, Altenheimen bietet so vielfältige und wichtige Ansatzpunkte zur Förderung sozialer Unterstützungssysteme für Patienten, dass es sich lohnen würde, auch hier ein Zentrum pflegerischer Gesundheitsförderung zu sehen. Daneben arbeiten Pflegende an der Vernetzung von Laiensystemen mit professionellen Helfersystemen, indem sie z. B. mit den örtlichen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen zusammenarbeiten.

Über den Versorgungsauftrag hinaus kann in der ambulanten pflegerischen Arbeit die Gesundheitsförderungsstrategie des Vermitteln und Vernetzens so Platz finden, dass Pflegende soziale Unterstützungsmöglichkeiten und gesundheitsrelevante Angebote in der Gemeinde ausfindig machen, und sie ihren PatientInnen und Angehörigen nahe bringen (Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Volkshochschulkurse, Bürgerinitiativen, Gesprächskreise usw.) oder umgekehrt die örtlichen Institutionen auf die Notwendigkeit spezifischer Unterstützungsleistungen bedürftiger Menschen aufmerksam machen.

4.2 Gemeindebezogene Gesundheitsförderung

In der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung geht es wie oben bereits angedeutet darum, gesundheitsbezogene Aktionen zu unterstützen oder zu initiieren, die z. B. besonders gefährdete Gruppen in der Gemeinde betreffen,

z. B. in Bezug auf Verkehrssicherheit oder Gewaltprävention.

Andererseits ist der Fokus auch darauf gerichtet, die Einflussnahme von Bürgern, Versicherten und Patienten auf die Organisation und die Gestaltung gesundheitsbezogener Dienstleistungen zu verbessern. Die Stichworte dazu sind Bürgerbeteiligung und Empowerment. Pflegende könnten hier in ihrer Rolle als Gemeindegewerkschaft als zentrale Anlaufstelle (starting point) für jegliche Fragen gesehen werden, die mit Gesundheit und Gesundheitsbedingungen in Zusammenhang gebracht werden. Als diejenige Profession, die über ihre originäre pflegerische Arbeit dem privaten Leben von Patienten am nächsten ist, erkennt und dokumentiert sie Gesundheitsbedürfnisse von Individuen, Familien und dem Gemeinwesen und ist dann entsprechend der jeweiligen Notwendigkeiten selbst aktiv oder handelt als Koordinatorin für interdisziplinäre Gesundheitsarbeit.

4.3 Gesundheitsförderung in einzelnen Settings

Bei dieser Strategie, die vor 15 Jahren von der WHO ins Leben gerufen wurde, steht die Verbindung von Arbeit an gesellschaftlichen Strukturen mit Lernmöglichkeiten für die Personen in sozial abgrenzbaren Systemen im Zentrum. Ziel dieses gesundheitsförderlichen Ansatzes ist es, Einfluss zu nehmen auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Voraussetzungen für Gesundheit. Auch die Spitzenverbände der Krankenkassen in der BRD heben in einer gemeinsamen Erklärung die Möglichkeiten dieses Vorgehens gerade zum Nutzen sozial Benachteiligter hervor: «Gerade sozial benachteiligte Zielgruppen sind in der Regel überfordert, aus eigener Kraft Verhaltensänderungen in ihren Alltag zu integrieren. Sie sind besonders darauf angewiesen, dass ungünstige Bedingungen, Strukturen bzw. soziale Bezüge, in denen sie leben, mit Hilfe von außen verändert werden.» (Die Spitzenverbände der Krankenkassen, 2000).

In Settings wie z. B. Betrieben, Schulen, Kindergärten oder Krankenhäusern soll durch diesen Ansatz eine Verbesserung der Organisationskultur in Richtung Gesundheit erreicht werden. Im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser haben sich solche Krankenhäuser zusammengeschlossen, die konkrete Projekte durchführen. In diesen Projekten spielen Pflegende zum Teil eine große Rolle, wie z. B. in Projekten zur Arbeitszeitgestaltung, zur gesundheitsgerechten Verwendung von Arbeitsmitteln, zur Gestaltung von Arbeitsprozessen und Kooperationsbeziehungen. Aber auch in Betrieben und Kindergärten könnten Pflegende sich in Zukunft an so einem interdisziplinären Ansatz beteiligen.

5. Fazit

Gesundheitsförderung in der Pflege hat in Europa eine lange Tradition. Seit Beginn ihrer professionellen Entwicklung haben Pflegende sich nie nur um die Pflege einzelner Kranker gekümmert, sondern immer auch um die Gesunderhaltung besonders vulnerabler gesellschaftlicher Grup-

pen. Im Zuge der medizinischen Entwicklung und der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung sind diese präventiven pflegerischen Tätigkeiten gerade in den mitteleuropäischen Ländern in den Hintergrund getreten. Heute, im beginnenden 21. Jahrhundert, werden diese pflegerischen Aufgabengebiete wieder zentral, allerdings entsprechend der Veränderungen von Krankheiten und Gesundheitssystemen in völlig anderer Art und Weise. In diesem Beitrag wurde aufgezeigt, wie diese neue Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung aussehen könnte, welche pflegespezifischen Aufgabenfelder sich ergeben und mit welchen Strategien Pflegenden diesen gesundheitlichen Herausforderungen begegnen können. Selbstverständlich kann und soll ein solcher Beitrag nichts festklopfen, sondern vielmehr dazu anregen, die notwendige Diskussion über die Ausgestaltung dieser Rolle in Gang zu setzen.

Orte, an denen pflegerische Gesundheitsförderung stattfinden kann, sind einerseits die traditionellen pflegerischen Einrichtungen wie Krankenhaus, Altenheim oder Sozialstation. Aber auch neue Arbeitsfelder in Krankenkassen, ambulanten Beratungsstellen, in der Verbraucherberatung, in Selbsthilfekontaktstellen und in Verbänden gilt es für die Zukunft mit pflegerischem Know-how zu besetzen. Erst mit einer solchen Ausweitung des professionellen Handlungsfeldes wird die Relevanz der Public Health für die Pflege wirklich offensichtlich werden.

Um allerdings gezielte pflegerische Beiträge zur Bevölkerungsgesundheit leisten zu können, sowohl auf der Verhaltensebene als auch auf der Ebene der Verhältnisse, brauchen wir langfristig natürlich auch entsprechende Veränderungen in den jeweiligen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die Zeit dafür scheint gekommen zu sein.

*Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Marianne Brieskorn-Zinke, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Zweifalltorweg 12, D-64293 Darmstadt
E-mail: Brieskorn@aol.com*

Literatur

- Brieskorn-Zinke, M.: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart, 1996.
- Brieskorn-Zinke, M.: Die Bedeutung gesundheitswissenschaftlicher Erkenntnisse für die Pflege. *Pflege* 11, 1998, 129–134.
- Brieskorn-Zinke, M.: Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. *Pflege* 13, 2000, 373–380.
- Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9. Jg. 2001, 5–7.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB 5 vom 21. Juni 2000. In: *Prävention* 3/2000; 23. Jahrgang: 80–90.
- Edgecombe, G.: *Public Health Nursing: Past and Future. A review of the Literature*. Ed. WHO Regional Office for Europe, 2001.
- Fülgraff, G.: *Public Health heute. Gesundheitswesen* 61, 1999, 634–639.
- Grotjahn, A.: *Soziale Pathologie*. 3. Aufl. Berlin 1923 (Reprint 1977).
- Hurrelmann, K.: *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim, 2000.
- Koch-Straube, U.: *Beratung in der Pflege*. Bern, 2001.
- Nestmann, Frank (Hrsg.): *Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen, 1997.
- Papenkort, U.: *Gesundheitsbildung. In: Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied 2000. VI. 3 (Loseblattsammlung).
- Pearson, R.: *Beratung und soziale Netzwerke. Eine Lern- und Praxisanleitung zur Förderung sozialer Unterstützung*. Weinheim, 1997.
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R.: *Zum Verhältnis von Public Health und Pflege*. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hrsg.): *Public Health und Pflege – Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin, 1994, 7–24.
- WHO: *Erklärung von München: Pflegenden und Hebammen – ein Plus für Gesundheit*. EUR/00/5019309/6 00602 – 17. Juni 2000.