Pflegebibliothek

Martina Hasseler · Martha Meyer

Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege

Grundlagen und Beispiele

Berliner Schriften
Evangelische Fachhochschule Berlin

pflege
schlütersche

Am Anfang stehen die Finanzen. Mit Prävention lassen sich Kosten sparen! Das hoffen zumindest Krankenversicherungen und Regierung. In der Pflege, die sich mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes nunmehr der Ausbildung von »Gesundheits- und Krankenpflegerinnen« verschrieben hat, ist Prävention ebenfalls ein Thema.

Nachteilig ist es da, dass Konzepte, theoretische Grundlagen und systematische Kenntnisse fehlen, wenn es darum geht, die Pflegekräfte im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung effektiv und nützlich einzusetzen.

Deutschland hat bisher keine »Präventionskultur« entwickelt und der Nachholbedarf ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr groß.

In diesem Buch wird u. a. dargestellt, welche pflegerischen Potenziale für die Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen; dass pflegerische Interventionen die Kosten im Gesundheitswesen minimieren können und dass die Pflege eine unverzichtbare Säule der qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung ist.

Der Herausgeber

Die »Berliner Schriften« verbinden eine Reihe von Publikationen, die von Professor Dr. Martina Hasseler verantwortet werden.

ISBN 3-89993-161-0

9 783899 931617

Martina Hasseler, Martha Meyer

Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege

Martina Hasseler, Martha Meyer

Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege

Grundlagen und Beispiele

schlütersche

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.

ISBN 3-89993-161-0

Für die Herausgeberinnen:
Prof. Dr. Martina Hasseler
Evangelische Fachhochschule Berlin
Teltower Damm 118–122
14167 Berlin
Tel. 030 84582-215
www.bachelor-nursing.de/bn
www.evfh-berlin.de

Die Berliner Schriften:
Die Berliner Schriften verbinden eine Reihe von Publikationen, die von Professor Dr. Martina Hasseler verantwortet werden.

© 2006 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig
Druck und Bindung: Druck Thiebes GmbH, Hagen

Inhalt

Martina Hasseler, Martha Meyer

Einführung

Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben in der Pflege 9

Martha Meyer

1 Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung: zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege 13

1.1 Prävention und Gesundheitsförderung: zwei Seiten einer Medaille? 14
1.2 Der Gedanke der Prävention in der Gemeindepflege bis 1945 15
1.3 Die Adressaten der Gemeindepflege 16
1.4 Gemeindepflege ohne fest umschriebene Tätigkeitsmerkmale 18
1.5 Gemeindepflege in der Krise 20
1.6 Sozialstationen als neues Modell der ambulanten Versorgung 21
1.7 Veränderungen durch die Pflegeversicherung 24
1.7.1 Aktivierende Pflege 27
1.7.2 Prävention und Rehabilitation vor Pflege 27
1.7.3 Verhindert das Pflegegeld präventive Leistungen? 28
1.7.4 Beratung und Begleitung als präventive pflegerische Leistung: kein Stellenwert in der Pflegeversicherung? 28
1.8 Zusammenfassung 29
Literatur 31

Martina Hasseler

2 Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich 35

2.1 Prävention und Pflege – Definitorische und gesetzliche Rahmenbedingungen in Deutschland 37
2.2 Prävention in der Pflege – Konzepte, Aufgaben, Verortung und Zuständigkeiten 41
2.2.1 Public Health Nurses (PHN) 41
2.2.2 Community Health Nurses (CHN) und Community Nurses 44
2.2.3 Family Health Nurses (FHN) 45
2.2.4 Health Visitor (HV) 47
2.3 Verortung präventiver Pflegeberufe im Gesundheitssystem 48
2.4 Zusammenfassung und Ausblick: mögliche Aufgabengebiete und Tätigkeitsfelder der Pflege in der Prävention 51
Literatur 56

Martha Meyer, Andrea Schiel

3 Nutzen und Wirksamkeit der Prävention als neues Aufgabenfeld professioneller Pflege: eine internationale Literaturanalyse 59

3.1 Suchstrategien für relevante Übersichtsarbeiten und Methodik..... 60
3.1.1 Auswahlkriterien und Instrumente zur Bewertung 60
3.1.2 Darstellung und Einschätzung der Ergebnisse aus den Übersichtsarbeiten und Primärstudien..... 61
3.1.3 Der Beeinträchtigungsgrad der Zielgruppe 74
3.1.4 Anforderungsprofil der Pflegefachkräfte 74
3.1.5 Kritische Diskussion 76
Literatur 78

Anne-Katrin Köcher

4 Präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben der Pflege in Disease-Management-Programmen am Beispiel des Disease-Management-Programms Diabetes Mellitus Typ II..... 81

4.1 Das Krankheitsbild des Diabetes Mellitus Typ II 82
4.2 Disease-Management-Programme für Typ-II-Diabetiker 83
4.3 Analyse für eine angemessene Integration der Pflege in das Disease-Management-Programm für Typ-II-Diabetiker 86
4.3.1 Anforderungen in der Behandlung chronisch Kranker 86
4.3.2 Zeitliche, psychosoziale und kommunikative Aspekte der Akteure im Disease-Management-Programm 86
4.3.3 Psychosoziale und kommunikative Aspekte der Pflege 88
4.3.4 Professionalisierung der Pflege in Anleitung, Beratung und Schulung 89
4.4 Mögliche Handlungsfelder für die Pflege im Disease-Management-Programm Diabetes Mellitus Typ II 94
4.4.1 Pflege als Disease Manager im angloamerikanischen Raum 94
4.5 Inhaltliche Einbindung der Pflege – Dargestellt am Konzept der Kompetenzförderung 96
4.5.1 Exkurs: Public Health Nursing 96
4.5.2 Ambulante Pflegedienste als mögliche Koordinatoren und Bindeglieder zwischen Arzt und Krankenkasse 103
4.6 Zusammenfassung 104
4.7 Ausblick 105
Literatur 107

Maartje Eleonore Schrödter

5 Gesundheitsförderung in der Pflege – Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke 111

5.1 Versorgungserfordernisse chronisch Kranker 111
5.2 Allgemeine Gesundheitsberatung 116
5.3 Gesundheitsberatung in der Pflege 117
5.4 Niederländische Pflegesprechstunden für chronische Kranke 119
5.4.1 MASTERPLAN Pflegesprechstunde 119
5.4.2 Entwicklung der Pflegesprechstunden 122
5.4.3 Transmurale Pflegesprechstunden für chronisch Kranke 122
5.4.4 Pflegesprechstunden für chronisch Kranke in der Poliklinik 124
5.4.5 Pflegesprechstunden in der Hausarztpraxis 127
5.4.6 Beitrag der Pflegesprechstunden zur Gesundheitsförderung 128
5.5 Konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz von Pflegesprechstunden in Deutschland 130
5.5.1 Erfordernisse für Pflegesprechstunden in Deutschland 130
5.5.2 Umsetzmöglichkeiten für Pflegesprechstunden in Deutschland 131
5.5.3 Mögliche hinderliche und förderliche Rahmenbedingungen bei der Implementation von Pflegesprechstunden 135
Literatur 135

Pirjo Grusdat

6 Präventive Hausbesuche bei alten Menschen – Eine empirische Untersuchung anhand von Expertenaussagen 139

6.1 Der präventive Hausbesuch 140
6.2 Analyseverfahren nach Meuser und Nagel 142
6.3 Methodik 142
6.4 Ergebnisse 144
6.4.1 Gesundheitspolitische Voraussetzungen zur Implementierung präventiver Hausbesuche 145
6.4.2 Zielsetzungen der präventiven Hausbesuche 147
6.4.3 Zielgruppen für präventive Hausbesuche 148
6.4.4 Übertragbarkeit der Ergebnisse ausländischer Studien 149
6.4.5 Strukturelle Bedingungen 150
6.4.6 Inhaltliche Bedingungen 152
6.4.7 Qualifikationsprofil und Anforderungen an die Präventivkräfte 153
6.4.7 Kooperation mit den Hausärzten 155
6.5 Ausblick 156
Literatur 158

Andreas C. Müller, Sabine Muths

7 Gesundheitspflege als Gegenstand der Pflegeausbildung – Entwicklung einer Unterrichtseinheit im Rahmen des Lernfeldkonzepts 161

7.1 Gesundheitspflege als neue Herausforderung in der Pflege – Forderungen des Krankenpflegegesetzes 162
7.1.1 Wessen Gesundheit sollen Pflegende fördern? 163
7.1.2 Was ist Gesundheit? 164
7.1.3 Was ist die neue Aufgabe der Pflege: Prävention, Gesundheitsförderung oder Gesundheitspflege? 166
7.1.4 Welches Ziel hat Gesundheitspflege? 167
7.1.5 Wie kann Pflege Gesundheit bzw. Gesund-Sein verbessern? 168
7.1.6 Ziele, Auftrag und Handlungsebenen der Gesundheitspflege 170
7.2 Gesundheitspflege im Rahmen des lernfeldorientierten Unterrichts 171
7.2.1 Lernfeldorientierte Curricula in der beruflichen Bildung 171
7.2.2 Vorschlag für die Realisierung einer Lerninsel zum Schlüsselproblem: Pflege von so genannten »unkooperativen« Patienten 176
7.3 Curriculare Einordnungen 183
Literatur 183

Die Autorinnen und Autoren 187

Register 189

Einführung
Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege

Martina Hasseler, Martha Meyer

Das Thema »Prävention und Gesundheitsförderung« wird in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung – insbesondere in der Gesundheitspolitik – in den letzten Jahren zunehmend diskutiert. Entscheidungs- und Leistungsträger erhoffen sich angesichts der finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung, dass die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung den Eintritt von Krankheit und Pflegebedürftigkeit verhindern bzw. Gesundheit fördern kann. So ließen sich Kosten sparen.

Insgesamt ist der Anstoß für diese öffentliche Diskussion eher ein ökonomischer. Sie scheint weniger qualitätssteigernd bzw. -sichernd motiviert zu sein. In der Pflege hat das Thema »Prävention« durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 neue Nahrung erhalten. Allenthalben wird konstatiert, dass durch die neue Berufsbezeichnung »Gesundheits- und Krankenpfleger/in« ein Paradigmenwechsel in der Pflege eingeleitet wird.

Der Gesetzgeber weist der Pflege nicht nur die Versorgung von kranken Menschen zu, sondern auch die präventiven und gesundheitsförderlichen Aufgaben. Die Pflege scheint auf diese neuen Herausforderungen zunächst unvorbereitet zu sein. Es fehlen Konzepte, theoretische Grundlagen und systematische Kenntnisse, wo und in welchen Bereichen die Pflege in Deutschland im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung effektiv und nützlich mitwirken kann.

Aufgrund unterschiedlichster Entwicklungen haben Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten Jahrzehnten in der Pflege eine zunehmend geringere Rolle gespielt. Sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis wurde der Schwerpunkt auf die Versorgung Kranker, auf die Assistenzleistungen für medizinische und andere Gesundheitsberufe und – nach Einführung des SGB XI – auf die grundpflegerischen und damit haushaltsnahen Tätigkeiten gelegt. Einst der Pflege zugehörige präventive und gesundheitsförderliche Aufgaben wurden zunehmend entrissen und anderen Gesundheitsberufen zugeordnet.

Blickt man in die europäischen Nachbarländer, so erstaunt zum einen, wie vielfältig und autonom die pflegerischen Berufsgruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind und zum anderen, wie das bundesdeutsche Gesundheitswesen die Pflege- und Gesundheitsberufe von diesen Aufgabenfeldern fernhält und zunehmend ausschließt.

Dieses Buch verfolgt mehrere Ziele: Die pflegerischen Potenziale hinsichtlich der Prävention in der Gesundheitsversorgung sollen dargestellt werden, damit deutlich wird, dass präventive pflegerische Interventionen nicht nur wesentliche Elemente

einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Bevölkerung beinhalten, sondern auch dazu beitragen, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen positiv zu beeinflussen.

Deutschland hat bisher keine »Präventionskultur« entwickelt und der Nachholbedarf ist im Vergleich zu anderen europäischen Ländern sehr groß. Wenn Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege nicht wieder der Definitionsmacht anderer Berufe unterliegen sollen, müssen autonome und eigenständige Aufgabenfelder für die Pflegeberufe identifiziert und eine sinnvolle Integration pflegerischer Berufsgruppen in den Bereich der Prävention verdeutlicht werden.

Ein weiteres Ziel dieses Buches liegt darin, zur Konzeptualisierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege beizutragen. Wenn auch am Ende dieses Buches keine geschlossenen Konzepte stehen, eröffnen die Beiträge dennoch Ideen für eine mögliche Entwicklung. Insofern ist dieses Buch als eine Art Brainstorming und Eröffnung der notwendigen theoretisch-wissenschaftlichen und praktischen Diskussion zu verstehen.

Die Beiträge in diesem Buch diskutieren die Frage der Prävention und Gesundheitsförderung aus unterschiedlichen Perspektiven und lassen die Vielfältigkeit und die (ungenutzten) Potenziale dieses Themengebietes sowie die Aufgabenfelder der Pflege deutlich werden. Darüber hinaus werden Forschungsfelder und -forderungen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege dargestellt: Die möglichen Handlungsfelder der Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung gehen weit über das in Deutschland bisher vorstellbare Maß hinaus. Es wird offensichtlich, dass an die Pflegewissenschaft, -forschung und -pädagogik der Auftrag bzw. die Anforderung gestellt wird, sich diesen Themen systematisch zu widmen und zur Kenntniserweiterung beizutragen.

Anders als vor Jahrzehnten muss sich auch die Pflege zunehmend dem Nachweisdruck der Nützlichkeit und Wirksamkeit ihrer Maßnahmen und Interventionen stellen. Sie ist auch der Konkurrenz anderer Gesundheitsberufe ausgesetzt. Die Aufgabenfelder der Pflege in Prävention und Gesundheitsforderung müssen vor dem Hintergrund nationaler Bedingungen wieder neu definiert, strukturiert und insbesondere in ihrer Wirksamkeit durch die Pflegeforschung nachgewiesen werden.

Martha Meyer spannt einen Bogen von der Gemeindepflege in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts, über die Entwicklung von Sozialstationen bis hin zu den Auswirkungen der Einführung der Pflegeversicherung und verdeutlicht, wie den Pflegeberufen in der gemeindenahen Versorgung durch gesetzgeberische und strukturelle Rahmenbedingungen die Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung systematisch entzogen wurden. Von ehemals sehr umfassenden präventiven Aufgaben im Sinne der Familien- und Gemeindepflege und -gesundheit bleiben der ambulanten Pflege heute nur noch fragmentarische Möglichkeiten, differenzierte Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahrzunehmen.

Martina Hasseler widmet sich den Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. Trotz unterschiedlicher gesetzlicher, finanzieller und ausbildungsbezogener Rahmenbedingungen wird der Blick in den internationalen Raum gewagt, da Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege in diesen Ländern einen ganz anderen Stellenwert einnehmen. Spezialisierte Berufsgruppen wie Family Health Nurses, Public Health Nurses, Community Health Nurses u. Ä. sind in unterschiedlichem Maße mit Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung betraut. Es geht des Weiteren darum, ein Bild von Prävention in der Pflege zu zeichnen, das sich über das ganze Spektrum der Gesundheitsversorgung und nicht nur auf die Pflegeversicherung erstreckt, so wie es in der gesundheitsbezogenen Literatur derzeit in Deutschland vielfach der Fall ist.

Martha Meyer und *Andrea Schiel* haben über eine nationale und internationale Literaturanalyse auf der Basis eines narrativen Reviews die Forschungslage der letzten fünf Jahre zur pflegerischen Prävention recherchiert, analysiert und diskutiert. Die Ergebnisse zeigen, dass in Deutschland derzeit keine pflegewissenschaftlichen Primärstudien zu finden sind, die sich mit der Wirksamkeit pflegepräventiver Intervention befassen. Die internationale Literaturlage hingegen sieht anders aus: Zahlreiche Studien wurden zum Nachweis der Wirksamkeit präventiver Hausbesuche bei unterschiedlichen Zielgruppen durchgeführt. Das Ziel des Beitrages ist, die (internationale) Datenlage zu erweitern; darauf aufbauend Argumentationslinien für die Implementierung präventiver Hausbesuche und pflegepräventiver Interventionen auf der Grundlage systematischer Ergebnisse in Deutschland zu schaffen sowie weitere Forschungen und Fragestellungen in diesem Rahmen anzuregen.

Die Beiträge von *Anne-Katrin Köcher, Maartje Eleonore Schrödter* und *Pirjo Grusdat* wenden sich Aufgabenbereichen der Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung zu.

Anne-Katrin Köcher setzt sich mit der Frage auseinander, inwiefern Pflegende in Disease-Management-Programmen verantwortlich, autonom und wirksam Aufgaben der Anleitung, Beratung und Schulung und damit präventive Maßnahmen durchführen können. Sie hat für diese Diskussion das Disease-Management-Programm für Diabetes Mellitus Typ II gewählt. Ihre Hypothese ist, dass Pflegende aufgrund ihrer Erfahrung und ihrer Kompetenzen ein wichtiger Faktor in der Behandlung von Diabetikern sind, jedoch in den Disease-Management-Programmen in Deutschland eine untergeordnete Rolle spielen. Dieser Beitrag veranschaulicht, dass eine Integration der Pflege in die Disease-Management-Programme die Versorgung der Diabetiker qualitativ verbessert.

Maartje Eleonore Schrödter erörtert das Thema »Gesundheitsförderung in der Pflege« am Beispiel der niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke. Sie geht von der Überlegung aus, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung in der Pflege in Deutschland zwar aktuelle Themen sind, aber nicht flächendeckend in der Pflegepraxis umgesetzt werden. Basierend auf einer Literaturrecherche wird zum einen ein Überblick über niederländische Pflegesprechstunden gegeben und zum anderen dagelegt, wie Pflegende durch Beratung zur Gesundheitsförderung bei chro-

nisch Kranken beitragen und wie bzw. wo Pflegende am Bewältigungsprozess und Gesundheitsverhalten chronisch Kranker ansetzen. Schließlich leitet sie konzeptionelle Überlegungen zum Einsatz von Pflegesprechstunden in Deutschland ab.

Pirjo Grusdat widmet sich dem zunehmend populär werdenden Thema der präventiven Hausbesuche bei älteren Menschen. Sie wertet dabei Expertenaussagen aus, die aus ihrer Sicht die Frage beantworten, wie präventive Hausbesuche für ältere Menschen in Deutschland strukturell, inhaltlich und organisatorisch gestaltet werden können. Sie findet Aussagen zu den notwendigen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, zu möglichen Zielgruppen, zur Frage der Übertragbarkeit ausländischer Studien auf Deutschland, zu strukturellen und inhaltlichen Bedingungen, zum Qualifikations- und Anforderungsprofil der Gesundheitsberufe und zur Kooperation mit Hausärzten.

Abschließend bearbeiten *Andreas Müller* und *Sabine Muths* das Themenfeld »Gesundheitsförderung als Gegenstand der Pflegeausbildung«. Die beiden Autoren entwickeln eine Unterrichtseinheit im Rahmen des Lernfeldkonzepts und wenden sich der Frage zu, wie die Themenkomplexe »Gesundheitsförderung und Prävention« in der Ausbildung umgesetzt werden können. Aufgrund des novellierten Krankenpflegegesetzes wird eine Qualifikation in Gesundheitsförderung und Prävention zwar gefördert, jedoch stecken die konzeptionellen und didaktischen Überlegungen noch in den Kinderschuhen. Dieser Beitrag bietet, eingebettet in einen pflegedidaktischen Bezugsrahmen der Darmannschen Heuristik, einen konkreten Vorschlag für die Realisierung dieses Themenfeldes in Unterricht und Lehre.

1 Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung: zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege

Martha Meyer

In der Pflege besteht seit langem national und international Einigkeit darüber, dass sie sich im Zuge neuer Berufsanforderungen und eines gewandelten theoretischen Pflegeverständnisses nicht nur auf die Bewältigung von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit fokussieren solle, sondern dass zu ihrem Aufgabenspektrum auch die Förderung individueller Ressourcen und verbliebener gesundheitlicher Potenziale gehöre, um zur größtmöglichen Gesundheit des Einzelnen und seiner Umgebung beizutragen. Präventive Maßnahmen stellen demnach eine wesentliche Verpflichtung sowie einen integralen Bestandteil professioneller Pflege dar (*Schaeffer* 2000).

Die Hinwendung der Pflege zu Prävention und Gesundheitsförderung reflektiert auch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004, das die überholte Berufsbezeichnung der Krankenschwester durch den/die »Gesundheits- und Krankenpfleger/in« abgelöst hat.

Die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben und Inhalte eines professionellen Pflegeverständnisses folgen der WHO-Deklaration von Alma-Ata (WHO 1978), die die nationalen Gesundheitspolitiken zu verstärkten Anstrengungen in der primären Gesundheitsvorsorge (Primary Health Care) aufforderte und erstmals betonte, dass Prävention nicht nur als medizinische Aufgabe begriffen werden könne.

Diese Deklaration betont die Notwendigkeit einer gleichberechtigten Zusammenarbeit von Medizinern und nichtmedizinischen Berufen und deren Zusammenwirken als »Gesundheitsarbeiter«: health workers (*Dahme, Wohlfahrt* 1998). Dieser Ansatz wurde vom International Council of Nurses (ICN) aufgegriffen. Im »ICN Code for Nurses« werden Prävention und Gesundheitsförderung als grundlegende Verantwortlichkeiten von Pflegekräften formuliert: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden lindern (*Dangel, Korporal* 2001).

Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) sowie der Dritte und Vierte Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ 2001; 2002) weisen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der fortschreitenden Finanzierungslücken im Gesundheitswesen auf die Bedeutung der Prävention vor und in der Pflege hin sowie deren bisher ungenutzten Potenziale insbesondere in der älteren Bevölkerung.

Dieser Beitrag verfolgt zwei Ziele: Zunächst soll in einem historischen Rückblick dargelegt werden, inwieweit es zu einer Dekonturierung präventiver pflegerischer

Aufgaben von außen kam. Aufgrund der fehlenden Definitionsmacht der Pflege sowie der strukturellen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung, einhergehend mit einer zunehmenden Verlagerung der gesundheitlichen Versorgung in die Kliniken und den ärztlichen Bereich, wurden präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben systematisch aus dem pflegerischen Handlungskatalog ausgeschlossen und in den ärztlichen Zuständigkeitsbereich integriert.

Weiterhin soll eine Einschätzung unternommen werden, welche Veränderungen die Einführung der Pflegeversicherung für die ambulante Pflege hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung mit sich brachte und welche Chancen und Herausforderungen sich daraus für die Weiterentwicklung der Pflege ableiten lassen.

1.1 Prävention und Gesundheitsförderung: zwei Seiten einer Medaille?

»Prävention und Gesundheitsförderung« werden in der Literatur meist in einem Atemzug genannt. Dabei ist Gesundheitsförderung nicht etwa ein Teil von Prävention, sondern impliziert einen radikalen Perspektivenwechsel, der die Determinanten für Gesundheit und Wohlbefinden in den Blick nimmt und sich von einer kurativen Perspektive verabschiedet hat (*Altgeld* 2004). Der Begriff der Gesundheitsförderung bezieht sich hierbei nicht nur auf die individuellen Lebensumstände und gesundheitsfördernde Settings, sondern wird gemäß der Ottawa Charta von 1986 sehr viel weiter definiert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik,
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten,
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste,
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- sowie Entwicklung persönlicher Kompetenzen (ebd.)

Die wissenschaftliche Diskussion darüber, ob Gesundheitsförderung ein eigenes strategisches Konzept, oder »nur« als Ressourcenstärkung im Rahmen der Risikosenkung von Primärprävention zu verstehen sei, ist ebenso wenig abgeschlossen wie die Entwicklung einer umfassenden Gesundheitsförderungstheorie, in der der Salutogenese-Ansatz von *Antonovski* nur ein theoretischer Baustein ist. Eine Theorie allein aber kann die Praxis der Gesundheitsförderung nicht beschreiben, denn die Settings sind vielfältig, ebenso wie die Zielgruppen, Gesundheitsprobleme und deren Determinanten.

Der Settingansatz gilt bisher als die wichtigste Umsetzungsstrategie von Gesundheitsförderung, denn Gesundheit muss immer wieder neu hergestellt und aufrechterhalten werden, ist kontextabhängig und muss die Lebenswelt der Individuen einbeziehen. *Altgeld* plädiert dafür, die Gesundheitsförderung als eigenständigen Ansatz wahrzunehmen, *»welcher in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum komplementär zur risikoorientierten Prävention auftritt«* (ebd. S. 21).

1.2 Der Gedanke der Prävention in der Gemeindepflege bis 1945

Die ambulante Pflege kann in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblicken. Von einer organisierten Gemeindepflege im weitesten Sinne kann aber erst seit den Anfängen des 19. Jahrhunderts in der Folge der Napoleonischen Befreiungskriege gesprochen werden.

Theodor Fliedner griff den bereits 1820 formulierten Gedanken wieder auf, Frauenvereine im Sinne des frühchristlichen Diakonissenamtes auf ehrenamtlicher Basis in den Dienst der Kirche zu stellen. Er gründete 1836 in Kaiserswerth den *»Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen«*. Im Anschluss daran verbreitete sich die ambulante Pflege sehr schnell und der Begriff der »Gemeindepflege« stammt wahrscheinlich aus der Zeit, als die ambulante Pflege noch bei den Kirchengemeinden angesiedelt war. (*Seidler* 1966). Mit der Einführung der Reichsversicherungsordnung 1911 wurde »Hauskrankenpflege« in Deutschland erstmals freiwillige Leistung der Krankenversicherung. Aus diesen frühen Zeiten liegen keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, inwieweit Gesundheitsförderung oder präventive pflegerische Maßnahmen umgesetzt wurden (*Hackmann* 2001).

Erste Wurzeln präventiven und gesundheitsförderlichen Denkens in der Pflege finden sich in *Florence Nightingales* Ausführungen zur Krankenpflege, »Notes on Nursing«. Diese Schrift trägt in der deutschen Übersetzung den bezeichnenden Titel *»Rathgeber für Gesundheits- und Krankenpflege«* (Übersetzung von *Niemeyer* 1878). Dort heißt es: *»Das Wort »Pflege« (…) hat eine weit tiefere Bedeutung als ihm im gewöhnlichen Leben zugeschrieben wird, wo man sich nicht viel mehr dabei denkt als die Darreichung von Arzneimitteln oder von Umschlägen und andere bloße Handleistungen. Von Rechts wegen aber begreift die Thätigkeit die richtige Verwendung und Regelung der frischen Luft, des Lichts, der Wärme in sich, die Sorge für Reinlichkeit, Ruhe, richtige Auswahl und rechtzeitige Darreichung von Speise und Trank, und zwar das alles unter größtmöglicher Schonung der Lebenskraft des Kranken«* (ebd. S. 2).
Und weiter: *»Übrigens gilt das alles in gleichem Maße sowohl für Kranke als auch Gesunde, höchstens mit dem Unterschiede, dass die Unterlassung richtiger Pflege bei diesen nicht gleich schädliche Folgen nach sich zieht wie bei jenen«* (ebd. S. 4).

Während der Zeit des Nationalsozialismus erhielten die Gemeindepflege und der Gedanke der Prävention eine völlig neue Bedeutung. In den Gemeindepflegestationen wurden die vorwiegend in kirchlichen Diensten tätigen Gemeindeschwestern durch linientreue NS-Schwestern ersetzt. Hauptziel war die Mitwirkung an der Volksfürsorge im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie; die Überwachung der Bevölkerung und Mitwirkung an der »Arterhaltung eines gesunden Volkskörpers«, um diesen von »minderwertigen Elementen« rein zu halten. Die staatliche Fürsorge galt nur den Gesunden und Starken im Sinne des nationalsozialistischen Rassenwahns. Kranke, Schwache und Behinderte mussten als »lebensunwertes Leben« zwecks Selektion und Auslese gemeldet werden (*Steppe* 1996). Der Gedanke der Prävention

durchlief einen fundamentalen Bedeutungswandel, indem er für die Durchsetzung einer menschenverachtenden politischen Ideologie instrumentalisiert und pervertiert wurde. Die Teilung der Gesellschaft in »vollwertige Volksgenossen« und so genannte »Minderwertige« bestimmte ihren Zugang zu Prävention bzw. medizinischer Versorgung (*Stöckel* 2004). Diese Entwicklung hatte zur Folge, dass Prävention zu einem »belasteten Begriff« wurde, was seine Einbettung in die wissenschaftliche Diskussion und Entwicklung im Rahmen von Public Health in der Nachkriegszeit nachhaltig beschädigte.

Die Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg waren dadurch geprägt, wieder normale Lebensbedingungen in Deutschland herzustellen. Die Arbeit der Gemeindekrankenpflege war gekennzeichnet durch einen Mangel an elementarsten Mitteln sowie einen eklatanten Schwesternmangel (*Hackmann* 2004).

1.3 Die Adressaten der Gemeindepflege

Vor der Einführung der Pflegeversicherung 1995 waren die Gemeindeschwestern in ihren Kommunen eine anerkannte und geachtete Instanz in der Pflege. Sie kannten ihre Patienten persönlich und gut. Sie waren auch über die Familienverhältnisse sowie das pflegerische und soziale Umfeld meist gut informiert. Neben den eigentlichen körperbezogenen Pflegehandlungen unterstützten die Gemeindeschwestern auch die Familienmitglieder und Angehörigen der Patienten mit Rat und Tat, sodass ihr Tätigkeitsbereich weit über die unmittelbare körperbezogene Dienstleistung hinausreichte (vgl. *Koch-Straube*, in: *Walter* 2003, S. 275).

Gemeindepflege wird von *Bergmann* (1993) definiert als ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtversorgung und als eine *»Einrichtung der pflegerischen Grundversorgung unter Gewährleistung der freien Wahlmöglichkeit für die Benützer«* (ebd. S. 12), die sich im Wesentlichen nicht von der Krankenpflege unterscheidet, sondern nur in der Organisationsform. Alle inhaltlichen Elemente gelten daher auch für die Gemeindepflege, die innerhalb der ersten Versorgungsstufe des Gesundheitswesens die Bestimmungselemente sowohl der Prävention als auch der Gesundheitsförderung umfasst. Für *Bergmann* gehören Anleitung, Beratung und Begleitung zum »selbstverständlichen« Kanon der Pflege, stehen als gleichberechtigte »Säulen« neben dieser und beziehen sowohl die Angehörigen als auch die Bevölkerung in ihr fachliches Aufgabenspektrum mit ein. Neben den Kranken bilden auch gesunde Menschen, leicht Kranke, »noch nicht ganz Gesunde«, Patienten-Selbsthilfegruppen, Angehörige sowie Laienhelfer die Adressaten der Gemeindepflege.

Gesunde Menschen stellen eine wesentliche und selbstverständliche Zielgruppe dar, weil Gemeindepflege nicht nur als »Krankheitsdienst«, sondern auch als »Gesundheitsdienst« verstanden wird. *Bergmann* argumentiert, dass es durch den unmittelbaren Zugang zum Lebensbereich der Menschen und durch den langen und intensiven Kontakt *»eine große Möglichkeit zur Gesundheitsberatung und -erziehung (...)«* gebe und reichlich Gelegenheit, *»positiv, gesundheitsfördernd und lebenserhaltend zu wirken (...).«* (ebd. S. 30).

Tabelle 1: Das pflegerische Versorgungssystem (nach Bergmann 1993, S. 12).

Außerstationärer Bereich • **Basisgesundheitsdienste (Werks-, Schuldienst u. Ä.)** • **Gemeindekrankenpflege**		
Pflege des Kranken zu Hause • primärpräventiv • sekundär präventiv • kurativ • rehabilitativ • palliativ • somatisch • psychisch	Anleitung der Angehörigen zu Hause • Mitarbeit bei der Fachpflege • Selbstpflege • Gesundheitspflege	Information der Bevölkerung • Gruppenarbeit in Gesundheitspflege • Kurse in häuslicher Pflege • Medienarbeit

Die »Leichtkranken« oder »nicht ganz Gesunden« befinden sich außerhalb des offiziellen Versorgungssystems und betreiben Selbstbehandlung/Selbstpflege. Hier kann Gemeindepflege präventiv wirksam werden, um diejenigen

- *»Grenzfälle der Selbstbehandlung ausfindig zu machen sowie jene Personen, deren zu langer Verbleib in der Selbstbehandlung und -pflege folgenschwer sein kann, der Fachpflege und -behandlung zuzuführen;*
- *Personen, die in der Selbstbehandlung und -pflege bleiben können, über geeignete und wirksame Vorgehens- und Verhaltensweisen zu informieren und Hilfsmittel aufzuzeigen«* (ebd. S. 32).

Im Hinblick auf so genannte Risikopersonen und -gruppen wird der Gemeindepflege zwar eine bedeutende Rolle hinsichtlich der Volksgesundheit zugewiesen; *Bergmann* räumt aber ein, dass die gesundheitsbildende Beschäftigung mit dieser Gruppe wegen mangelnder Finanzierung, Ausbildung und Organisation vorerst eine Zukunftsvision bleiben werde.
Für das Engagement der Gemeindepflege in Patienten-Selbsthilfegruppen sprechen im Wesentlichen drei Argumente:

1. Selbsthilfegruppen weisen auf die Diskrepanz hin zwischen Pflegebedürfnissen, die bisher nicht erfüllt bzw. nicht ausreichend wahrgenommenem wurden, obwohl sie bekannt sind.
2. Sie weisen auf neu zu entwickelnde Pflegeangebote hin, wenn die Patienten in der Selbsthilfegruppe in der Selbstpflege Unterstützung benötigen.
3. Die Aktivitäten innerhalb der Selbsthilfegruppen rücken das Thema Pflegequalität in den Blick und verdeutlichen, dass die Pflege auf die Bedürfnisse des Einzelnen ausgerichtet sein muss (ebd. S. 34).

Da die Gemeindepflege schwerpunktmäßig Aufgaben in der häuslichen Umgebung des Kranken erfüllt und ihre Dienstleistungen ins Haus bringt, finden die Beziehungen zu den Angehörigen und Laienhelfern besondere Beachtung, denn der pflegerische Erfolg wird nach *Bergmanns* Auffassung maßgeblich von der Familie mitbestimmt: Sie ist die wichtigste Quelle der Hilfe und Pflege.

Betont wird das Prinzip der partnerschaftlichen Zusammenarbeit, das sowohl an Professionelle wie auch an die Laienhelfer und den Kranken hohe Anforderungen stellt. Wenn alle Beteiligten bereit sind, die Pflege aktiv mitzugestalten, können gemeinsame Pflegeziele entwickelt werden, wobei die Gemeindeschwester vorwiegend in der Rolle der Beraterin, anleitend und informierend gesehen wird. Folglich muss die Gemeindeschwester in der Lage sein, die vorhandenen Ressourcen oder auftretende Belastungssituationen bei den Angehörigen einschätzen zu können. Der Herstellungsprozess einer professionell verstandenen Gemeindepflege zeichnet sich demnach durch eine ausgeglichene Rollenverteilung aller Akteure aus.

Häusliche Pflege durch die Gemeindeschwester wird dabei verstanden als Prozess der Koproduktion, der immer wieder neu ausbalanciert werden muss zwischen Selbstkompetenz des Pflegebedürftigen, der Einzelfallkompetenz der/des Angehörigen sowie der Fachkompetenz der Gemeindeschwester als der beruflich Pflegenden.

Die fachliche Leistung der Gemeindepflege besteht *»in erster Linie im Überblick und in der Zusammenschau ihrer beruflichen Ressourcen und deren Verfügbarkeit zum gegebenen Anlass«* (ebd. S. 25 ff.). Diese gegebenen Anlässe machen es erforderlich, eine entsprechende Pflegetheorie anzuwenden.
Bergmann entfaltet dazu vier grundsätzliche theoretische Ansätze, die zum Tragen kommen, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt menschlichen Befindens die Gemeindepflege aktiv wird. Diese sind Gesundheitsbildung und -pflege, kurative Pflege und Sekundärprävention, rehabilitative Pflege sowie palliative Pflege. In Bezug auf das Pflegemodell »Gesundheitsbildung und -pflege« stellt sie einschränkend fest, dass primär vorbeugende Pflege als Pflegemodell noch eine Utopie sei und dass die Gemeindepflege oft von den Ärzten in einem extrem kurativen Arbeitsmodell bestärkt werde.

1.4 Gemeindepflege ohne fest umschriebene Tätigkeitsmerkmale

Die Tätigkeit der Gemeindeschwester war gekennzeichnet durch ihren *persönlichen* Arbeitsstil und folgte keinen fest umschriebenen Tätigkeitsmerkmalen (*Eisenbart* 2000). Ehemalige Gemeindeschwestern, die in den 50er Jahren in der Gemeindepflege tätig waren, zählen zu den Besonderheiten ihrer Arbeit u. a. die Freiheit und Unabhängigkeit, die es ihnen ermöglichte, ihren Tagesablauf unabhängig planen zu können, sodass sie *»in Krisensituationen entsprechend reagieren und somit eine Hilfe für die Bevölkerung sein konnten«* (*Hackmann* 2004, S. 406).

Zu den typischen Aufgaben der Gemeindeschwester gehörte neben der Krankenpflege, dass sie:
- sich auf den Patienten und seine Familie einstellen kann,
- mit den Behörden und Kassen verhandelt,
- eng mit den Ärzten zusammen arbeitet,
- mit dem Gesundheitsamt und der Fürsorgerin zusammen arbeitet,