Grundlagen beruflicher Pflege

verstehen & pflegen 1

Annette Lauber

4. Auflage

Professionelle Pflege in allen Altersstufen

Thieme

I Pflege und Entwicklung

1 Leitbild und Pflege · 4
2 Entwicklung der Pflege zum Beruf · 24
3 Berufliche Handlungskompetenz · 69

II Pflege und Profession

4 Pflegetheorien · 86
5 Pflegewissenschaft und -forschung · 137
6 Pflegeprozess und Pflegequalität · 160
7 Pflegediagnosen · 221
8 Arbeitsorganisation und Pflegesysteme · 235

III Pflege und Beziehung

9 Ethik und Pflege · 248
10 Kommunikation und Pflege · 283

Thieme

verstehen & pflegen 1

verstehen & pflegen 1

Grundlagen beruflicher Pflege

Herausgegeben von
Annette Lauber

unter Mitarbeit von
Marion Kaster
Elke Kobbert
Brigitte Maurer
Hanna Mayer

4., aktualisierte Auflage

241 Abbildungen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte schreiben Sie uns unter

www.thieme.de/service/feedback.html

Wichtiger Hinweis:

Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2018 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Deutschland
www.thieme.de

Printed in Germany

1. Auflage 2001
2. Auflage 2007
3. Auflage 2012

Zeichnungen: Barbara Gay, Bremen; Christine Lackner, Ittlingen; BITmap, Mannheim
Umschlaggestaltung: Thieme Gruppe
Umschlagfotos: ©Africa Studio – Fotolia, ©VRD – Adobe Stock
Satz: Druckhaus Götz GmbH, D-71636 Ludwigsburg
Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co.KG, Calbe

DOI: 10.1055/b-005-143656

ISBN 978-3-13-240649-0 1 2 3 4 5 6

Auch erhältlich als E-Book:
eISBN (PDF) 978-3-13–240650-6

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen hiermit die 4. Auflage der Lehrbuchreihe *verstehen & pflegen* vorlegen zu können. Herausgeberinnen und Autorinnen ist es ein Anliegen, mit der vorliegenden Lehrbuchreihe einen Beitrag zu einer fundierten und qualitativ hochwertigen Pflegeausbildung zu leisten und Lehrende wie Lernende in ihrem beruflichen Handeln zu unterstützen. Ihren konstruktiven und ermutigenden Rückmeldungen, liebe Leserinnen und Leser, entnehmen wir, dass wir dieses Ziel in aller Regel auch erreichen.

Als die Lehrbuchreihe in den Jahren 2001 bis 2004 erstmals aufgelegt wurde, befanden sich die Diskussionen um eine Zusammenführung der 3 Pflegeberufe Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege noch in den Anfängen. Heute, 15 Jahre später, geht es stärker darum, den besten Weg der Zusammenführung auszuwählen und zu beschreiten. Daher verfolgt auch die 4. Auflage von *verstehen & pflegen* einen integrativen Ansatz, der gleichermaßen Gemeinsamkeiten und Spezifika der Pflegeberufe thematisiert.

Beibehalten wurde auch der bisherige Aufbau und die didaktische Konzeption, bei der jeder Band einen Schwerpunkt ausführlich thematisiert und dabei eine konsequent pflegeberufliche Perspektive einnimmt: Grundlagen beruflicher Pflege (Band 1), Wahrnehmen und Beobachten (Band 2), Pflegerische Interventionen (Band 3) sowie Prävention und Rehabilitation (Band 4). Inhalte und Themen der einzelnen Bände der Reihe sind aufeinander bezogen; selbstverständlich ist aber auch eine Einzelnutzung möglich. Alle Kapitel wurden für die 4. Auflage inhaltlich überprüft und aktualisiert; neue Erkenntnisse und Entwicklungen aufgenommen; Layout und grafische Darstellung modernisiert.

Wenngleich für die Aktualisierung eines Werkes auf viel Bewährtes zurückgegriffen werden kann, stellt der Bearbeitungsprozess Autorinnen und Herausgeber dennoch immer wieder vor Herausforderungen, von denen die termingerechte Abgabe der bearbeiteten Manuskripte nicht zwangsläufig die größte ist. In solchen Phasen gewinnt dann eine verbindliche und wertschätzende Unterstützung durch den Verlag an Bedeutung. Unser Dank gilt deshalb den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Georg Thieme Verlags für ihre ausgesprochen motivierende und engagierte Unterstützung. Danken möchten wir auch allen Autorinnen und Autoren, die wir für die Mitarbeit an dieser Auflage gewinnen konnten, und die – teilweise nun schon über viele Jahre – ihre Expertise für *verstehen & pflegen* zur Verfügung stellen.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünschen wir viel Freude bei der Arbeit mit den Bänden der Lehrbuchreihe!

Hildesheim und Stuttgart im Oktober 2017

Herausgeberin
Dr. rer. cur. Annette Lauber
Dipl.-Pflegepädagogin (FH)
Pflegewissenschaftlerin (M.Sc.)
Irmgard-Bosch-Bildungszentrum
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Autorinnen
P. Fickus*

A. Hammer*

A. Heißenberg*

Marion Kaster
Dipl.-Pflegewirtin (FH)
Dipl.-Sozialmanagerin (FH)
Angstweg 29
53547 Dattenberg

Elke Kobbert
Leitung der Weiterbildung Pflege in der Onkologie
Irmgard-Bosch-Bildungszentrum
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

Brigitte Maurer
Dipl.-Pflegewissenschaftlerin (FH)
Irmgard-Bosch-Bildungszentrum
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart

M. Nagl-Cupal*

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
Professorin für Pflegewissenschaft
Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft
der Universität Wien
Universität Wien – Fakultät für Sozialwissenschaften
Alser Straße 23/12
A-1080 Wien

Die im Buch mit * gekennzeichneten Autoren haben an früheren Auflagen mitgewirkt, und ihre Beiträge sind in der aktuellen Auflage noch teilweise enthalten.

Inhalt

I Pflege und Entwicklung

1 Leitbild und Pflege 4
Annette Lauber
Einleitung 4
1.1 Pflege – Eine Begriffsbestimmung 4
1.2 Berufsbild 5
1.3 Definitionen der Pflege 10
1.4 Menschenbild 11
1.5 Gesundheit und Krankheit 15
1.5.1 Gesundheit und Krankheit in Altertum und Mittelalter 15
1.5.2 Biomedizinisches Krankheitsmodell 16
1.5.3 Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 18
1.5.4 Salutogenetisches Modell 19

2 Entwicklung der Pflege zum Beruf 24
Marion Kaster
Einleitung 24
2.1 Antike 28
2.1.1 Griechenland 28
2.1.2 Römisches Reich 30
2.1.3 Christentum 31
2.2 Mittelalter 32
2.2.1 Klöster als Hospitäler und Bildungsstätten 32
2.2.2 Pflege durch die Hospitaliterorden 35
2.2.3 Hexenverfolgung 37
2.2.4 Kinderheilkunde und Altersfürsorge 38
2.3 Neuzeit 38
2.3.1 Lohnwartesystem und katholische Pflegeorden 39
2.3.2 Krise der Krankenpflege im 18. Jh. 41
2.3.3 Hospitalwesen in der Neuzeit . 42
2.4 19. Jahrhundert 44
2.4.1 Organisationsformen der Pflege 44
2.4.2 Florence Nightingale und Jean Henri Dunant 51
2.5 20. Jahrhundert 54
2.5.1 Pflege im 1. Weltkrieg und in der Weimarer Republik 55
2.5.2 Pflege im Nationalsozialismus und im 2. Weltkrieg 55
2.5.3 Neuordnung der Pflegeausbildungen nach 1945 58
2.6 21. Jahrhundert 61
2.6.1 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege 61
2.6.2 Gesetz über die Berufe in der Altenpflege 62
2.6.3 Ausblick 63
2.6.4 Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegepersonen 64
2.6.5 Berufspolitische Entwicklungen 65

3 Berufliche Handlungskompetenz 69
Anja Heißenberg, Annette Lauber*
Einleitung 69
3.1 Kompetenzbegriff 69
3.1.1 Zuständigkeitsbereich 70
3.1.2 Handlungskompetenz 72
3.2 Kompetenzerwerb 77

II Pflege und Profession

4 Pflegetheorien 86
Annette Lauber
Einleitung 86
4.1 Professionelle Pflege 87
4.2 Theorien und Modelle in der Pflege . . . 88
4.2.1 Konzepte 88
4.2.2 Theorien 89
4.2.3 Modelle 90
4.2.4 Theoriebildung 91
4.2.5 Einteilung 93
4.3 Ausgewählte Theorien und konzeptionelle Modelle der Pflege 95
4.3.1 Hildegard Peplau – Interpersonale Beziehungen in der Pflege 95

4.3.2 Ida Jean Orlando – Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten 98
4.3.3 Martha Rogers – Theoretische Grundlagen der Pflege 102
4.3.4 Dorothea Orem – Strukturkonzepte der Pflegepraxis 105
4.3.5 Betty Neuman – Das System-Modell 109
4.3.6 Madeleine Leininger – Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege 114
4.3.7 Jean Watson – Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung 117
4.3.8 Juliet Corbin/Anselm Strauss: Modell der Krankheitsverlaufskurve (Chronic Illness Trajectory Model) 119
4.3.9 Das Roper-Logan-Tierney-Modell 123
4.3.10 Marie-Luise Friedemann – Familien- und umweltbezogene Pflege 127
4.3.11 Monika Krohwinkel – Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs 132
4.4 Ausblick 134

5 Pflegewissenschaft und -forschung . . . 137
*Hanna Mayer, Martin Nagl-Cupal**
Einleitung 137
5.1 Historischer Exkurs 138
5.2 Wissensquellen beruflicher Pflege 138
5.3 Pflegewissenschaft: Begriffsbestimmung und Gegenstandsbereich 140
5.4 Pflegeforschung: Begriffsbestimmung und Gegenstandsbereich 141
5.4.1 Forschung auf der Mikro-Ebene 142
5.4.2 Forschung auf der Meso-Ebene 142
5.4.3 Forschung auf der Makro-Ebene 143
5.5 Grundlagen der Empirischen Pflegeforschung: Quantitativer und qualitativer Forschungsansatz 144
5.5.1 Quantitativer Forschungsansatz 144
5.5.2 Qualitativer Forschungsansatz . 145
5.6 Der Weg zum empirischen Wissen: Der Forschungsprozess 148
5.6.1 Theoretische Phase 148
5.6.2 Planungsphase 150
5.6.3 Durchführungsphase 153
5.6.4 Auswertungsphase 153
5.6.5 Publikationsphase 154
5.7 Evidence Based Nursing – eine auf Forschung begründete Pflegepraxis 155
5.8 Pflegeforschung – eine ethische Herausforderung 156
5.8.1 Grundsätze ethischen Vorgehens in der Pflegeforschung . 156
5.8.2 Ethikkommissionen und die Verantwortung des Einzelnen . 157

6 Pflegeprozess und Pflegequalität 160
Astrid Hammer, Elke Kobbert, Brigitte Maurer*
Einleitung 161
Astrid Hammer, Brigitte Maurer*
6.1 Entwicklung des Pflegeprozesses 161
6.2 Ansätze zur Problemlösung 164
6.2.1 Nicht-rationale Ansätze zur Problemlösung 164
6.2.2 Rationale Ansätze zur Problemlösung 166
6.3 Modelle des Pflegeprozesses 168
6.3.1 Vier-Phasen-Modell 169
6.3.2 Fünf-Phasen-Modell 169
6.3.3 Sechs-Phasen-Modell 170
6.4 Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess 172
6.5 Schritte des Pflegeprozesses 174
6.5.1 Informationssammlung 174
6.5.2 Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen 180
6.5.3 Festlegung der Pflegeziele 185
6.5.4 Planung der Pflegemaßnahmen 187
6.5.5 Durchführung der Pflege 191
6.5.6 Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den pflegebedürftigen Menschen 192
6.6 Entlassungsmanagement und Pflegeüberleitung 193
6.6.1 Pflegeüberleitung/Überleitungspflege 194
6.6.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege 194
6.6.3 Funktion und Rolle des Pflegeprozesses im Entlassungsmanagement 195

6.7 Einflussfaktoren auf die Durchführung der Pflege nach dem Pflegeprozess ... 197
6.8 Pflegeprozess und Pflegetheorie 198
6.8.1 Roper/Logan und Tierney: Die Elemente der Krankenpflege .. 199
6.8.2 Hildegard Peplau: Interpersonale Beziehungen in der Pflege .. 200
6.9 Pflegeprozess und Pflegestandards 202
6.9.1 Strukturorientierte Standards . 202
6.9.2 Prozessorientierte Standards . 203
6.9.3 Ergebnisorientierte Standards . 205
6.9.4 Vorteile und kritische Aspekte beim Arbeiten mit Pflegestandards 206
6.10 Pflegequalität 207
Elke Kobbert
6.10.1 Grundlagen zum Qualitätsbegriff 207
6.10.2 Gesetzliche Grundlagen zur Qualitätssicherung in der Pflege 209
6.10.3 Qualitätsmanagement 211
6.10.4 Qualitätsmangementsysteme im Gesundheitswesen 213
6.10.5 Maßnahmen und Instrumente zur Förderung des Verbesserungsprozesses 214
6.10.6 Maßnahmen und Instrumente zur Förderung der Pflegequalität 217

7 Pflegediagnosen 221
Annette Lauber
Einleitung 221
7.1 Entwicklung der Pflegediagnosen 221
7.2 Arten von Pflegediagnosen 224
7.2.1 Problemfokussierte Pflegediagnosen 225
7.2.2 Risikopflegediagnosen 226
7.2.3 Pflegediagnosen der Gesundheitsförderung 226
7.3 Klassifikation von Pflegediagnosen 227
7.3.1 Klassifikation der NANDA 227
7.3.2 Andere Ordnungssysteme 229
7.4 Pflegediagnosen im Pflegeprozess 231

8 Arbeitsorganisation und Pflegesysteme 235
Astrid Hammer, Elke Kobbert*
Einleitung 235
8.1 Pflegesysteme 235
8.1.1 Funktionelle Pflege/Funktionspflege 236
8.1.2 Patientenorientierte Pflege/Individualisierte Pflege 238
8.2 Arbeitsorganisationen 240
8.2.1 Gruppenpflege/Bereichspflege 240
8.2.2 Zimmerpflege 240
8.2.3 Einzelpflege 240
8.2.4 Primary Nursing 241

III Pflege und Beziehung

9 Ethik und Pflege 248
Annette Lauber
Einleitung 248
9.1 Zentrale Begriffe der Ethik 249
9.1.1 Werte 249
9.1.2 Normen 251
9.1.3 Gewissen 253
9.2 Ethik 254
9.2.1 Formen der Ethik 255
9.2.2 Normative Ethik 255
9.3 Pflegeethik 259
9.3.1 Geschichtlicher Überblick 259
9.3.2 Berufskodizes 260
9.3.3 Verantwortung und verantwortliches Handeln in der Pflege 265
9.3.4 Ethische Prinzipien für die Pflegepraxis 267
9.4 Ethische Entscheidungsfindung 275
9.4.1 Modell für die ethische Reflexion 275
9.4.2 Stufenpläne 276
9.4.3 Ethische Fallbesprechung 278
9.4.4 Nimwegener Methode der ethischen Fallbesprechung ... 279

10 Kommunikation und Pflege 283
Anja Heißenberg, Annette Lauber*
Einleitung 283
10.1 Kommunikation im täglichen Handeln . 284
10.2 Kommunikation als Regelkreis 285
10.3 Formen der Kommunikation 286
10.3.1 Verbale Kommunikation 286
10.3.2 Nonverbale Kommunikation . . 287
10.3.3 Kongruenz und Inkongruenz der Nachricht 289
10.3.4 Beziehungen und Kommunikation 289
10.4 Das Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun 291
10.4.1 Vier Seiten einer Nachricht . . . 292
10.4.2 Vier Empfangs-Ohren 294
10.5 Kommunikationsstörungen vermeiden 296
10.6 Kommunikation als Beziehungsgrundlage in der Pflege 300
10.7 Spezielle Gesprächssituationen 301
10.7.1 Vorüberlegungen 301
10.7.2 Informationsgespräche 306
10.7.3 Anleitungsgespräche 310
10.7.4 Beratungsgespräche 311
10.7.5 Kollegiale Beratung 313
10.7.6 Konfliktgespräche 314
10.8 Partnerzentrierte Gespräche 315
10.9 Themenzentrierte Interaktion (TZI) . . . 318
10.9.1 Axiome 318
10.9.2 Zentrale Elemente 319
10.9.3 Postulate 319
10.9.4 Hilfsregeln 320
10.9.5 Themenzentrierte Interaktion in der Pflege 321
10.10 Supervision 321
10.10.1 Supervision in der Pflege 322
10.10.2 Formen der Supervision (Setting) 323
10.10.3 Balint-Gruppen 324

Glossar 326

Abbildungsverzeichnis 335

Sachverzeichnis 336

I Pflege und Entwicklung

II Pflege und Profession

III Pflege und Beziehung

I Pflege und Entwicklung

Übersicht

1 Leitbild und Pflege · 4
2 Entwicklung der Pflege zum Beruf · 24
3 Berufliche Handlungskompetenz · 69

Das, was heute unter Pflege verstanden wird, ist zu einem großen Teil das Ergebnis historischer Prozesse und gesellschaftlicher Entwicklungen, die nicht nur ausschließlich die Pflege, sondern auch andere wissenschaftliche Disziplinen in hohem Maße beeinflusst haben. Für die Pflege und das Pflegeverständnis besonders relevant sind dabei Überlegungen zur Sichtweise des Menschen und die Auseinandersetzung mit zentralen Begriffen wie Gesundheit und Krankheit, da diese sich sowohl auf die Beziehung zum pflegebedürftigen Menschen als auch auf den Aufgabenbereich der Pflege ausgewirkt haben und noch immer auswirken.

Der Blick in die Geschichte der Pflege zeigt darüber hinaus, dass Pflegen eine elementare Tätigkeit von Menschen ist, die aber erst seit ca. 100 Jahren als eigenständiger Beruf mit einer dazugehörigen Ausbildung anerkannt wird. Gleichzeitig zieht die berufliche Anerkennung der Pflege die Frage nach den für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen nach sich, denn diese müssen in den Ausbildungen der Pflegeberufe vermittelt werden, um den Berufsangehörigen die Bewältigung des beruflichen Alltags zu ermöglichen. In den drei Kapiteln des ersten Teils dieses Buches werden grundsätzliche Überlegungen zur Pflege im Hinblick auf zentrale Themen wie Menschenbild, Gesundheit und Krankheit vorgestellt. Weiter werden die Entwicklung der Pflege zum Beruf sowie die für die beruflich ausgeübte Pflege erforderlichen Kompetenzen der Pflegepersonen beleuchtet.

1 Leitbild und Pflege

Annette Lauber

Übersicht

Einleitung · 4
1.1 Pflege – Eine Begriffsbestimmung · 4
1.2 Berufsbild · 5
1.3 Definitionen der Pflege · 10
1.4 Menschenbild · 11
1.5 Gesundheit und Krankheit · 15
1.5.1 Gesundheit und Krankheit in Altertum und Mittelalter · 15
1.5.2 Biomedizinisches Krankheitsmodell · 16
1.5.3 Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) · 18
1.5.4 Salutogenetisches Modell · 19
Fazit · 21
Literatur · 22

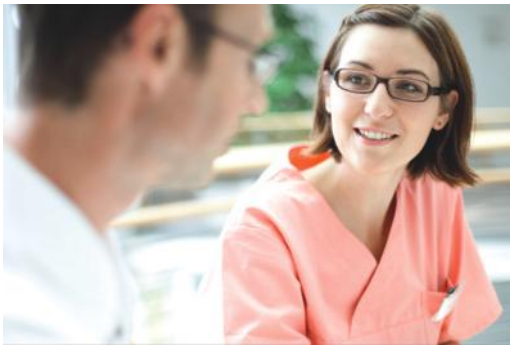
Schlüsselbegriffe

- *Berufsbild*
- *Menschenbild*
- *Patientenorientierte Pflege*
- *Umfassende Pflege*
- *Individuelle Pflege*
- *Gesundheit*
- *Krankheit*
- *Biomedizinisches Modell*
- *Salutogenetisches Modell*

Einleitung

Berufliche Pflege ist auf pflegebedürftige Menschen ausgerichtet. Ihre Aufgabenbereiche und Tätigkeitsfelder werden zu einem wesentlichen Teil von dem zugrunde liegenden Menschenbild und dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit beeinflusst. Beide unterliegen vielfältigen Einflüssen aus Geschichte, Kultur und Wissenschaft. Ebenso wie diese sich veränderten, hat sich auch die Sichtweise vom Pflegeberuf gewandelt.

Für Angehörige der Pflegeberufe ist es deshalb wichtig, sich mit den grundlegenden Annahmen über den Menschen und mit den verschiedenen Betrachtungsweisen von Gesundheit und Krankheit



auseinanderzusetzen, da sie sowohl die Pflegetheorie als auch die Pflegepraxis maßgeblich beeinflussen.

Das folgende Kapitel beschreibt grundlegende Aufgaben der Pflegeberufe und stellt Sichtweisen vom Menschen sowie den Wandel des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses vor.

1.1 Pflege – Eine Begriffsbestimmung

Der Begriff „Pflege“ bzw. „pflegen“ wird in vielen Zusammenhängen gebraucht.

Menschen pflegen ihr Auto, ihre Schönheit, Blumen, Beziehungen zueinander und den Umgang miteinander. Personen, die sich um die Sauberkeit in Büros oder anderen Räumen kümmern, werden als Raumpfleger und Raumpflegerinnen bezeichnet.

Die Tätigkeit „pflegen“ kann also als etwas gesehen werden, das selbstverständlich in den Alltag von Menschen integriert ist.

„Pflegen“ bezieht sich in diesem Zusammenhang auf eine angemessene Behandlung von Gegenständen bzw. Objekten, damit diese z. B. schön aussehen und so dem menschlichen Empfinden von Ästhetik entsprechen, wachsen und sich entwickeln oder einfach nur Freude bereiten. Etwas pfleglich behandeln ist immer auch Ausdruck einer gewissen Wertschätzung, die dem zu pflegenden Gegenstand entgegengebracht wird.

Entsprechend dem jeweils gepflegten Objekt nimmt die Pflege eine bestimmte konkrete Gestalt an, d. h. sie äußert sich in objektspezifischen Handlungen und Tätigkeiten, die die jeweilige Pflege ausmachen.

Bei der Blumenpflege ist dies z. B. die Zufuhr von ausreichend Wasser und Dünger; zur Autopflege gehört das Waschen und Polieren des Autos in regelmäßigen Abständen. Schönheitspflege kann u. a. in einer sorgfältigen Mani- und Pediküre bestehen und Beziehungen werden durch regelmäßige Telefonate oder wechselseitige Besuche gepflegt.

Beruflich ausgeübte Pflege ist auf den pflegebedürftigen Menschen und seinen individuellen Pflegebedarf ausgerichtet. An ihm orientieren sich die auszuführenden Pflegehandlungen der Pflegepersonen. Im Gegensatz zu den oben genannten Gegenständen wie Autos, Blumen etc. ist der Mensch als Subjekt, d. h. als Lebewesen mit einem eigenen Bewusstsein, jedoch ungleich komplexer. Er ist fähig zu empfinden, Gefühle zu haben und diese zu äußern, und über die physiologischen Bedürfnisse nach Nahrung, Luft und Flüssigkeit hinaus ist er u. a. angewiesen auf ein soziales Umfeld, in dem er Zuwendung, Nähe, Akzeptanz und Wertschätzung erfährt und wechselseitig austauscht.

Das, was der einzelne Mensch benötigt, um zu gedeihen und sein Menschsein zu entfalten, ist in höchstem Maße individuell. Dabei spielen Einflussfaktoren, wie z. B. das Alter, soziale Beziehungen, der kulturelle Hintergrund, ökonomische Verhältnisse etc., eine wichtige Rolle.

Hieraus ergeben sich für die Pflege von Menschen entsprechend individuelle Anforderungen, die die Pflege zu einem komplexen Feld machen und die die inhaltliche Bestimmung dessen, was zur Pflege von Menschen gehört, häufig erschweren. Ebenso wird eine einheitliche Begriffsbestimmung bzw. Definition von „Pflege“ hierdurch kompliziert.

Eine zusätzliche Problematik ergibt sich aus der Tatsache, dass Pflege nicht nur von Angehörigen der Pflegeberufe, also professionell oder beruflich Pflegenden, ausgeübt wird, sondern auch von Personen, die keine pflegerische Berufsausbildung absolviert haben. Jeder kennt einfache Maßnahmen der Selbstpflege, wenn er Kopf- oder Zahnschmerzen verspürt oder eine Grippeinfektion auskuriert. Nicht immer werden hier beruflich Pflegende hinzugezogen.

Auch Eltern, die ihre kranken Kinder pflegen, oder erwachsene Männer und Frauen, die ihre pflegebedürftigen Eltern zuhause versorgen und betreuen, besitzen keine pflegerische Berufsausbildung. Die pflegerische Berufsausübung ist im Gegensatz zur Berufsbezeichnung von Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenschwestern/-pflegern sowie Altenpflegerinnen und Altenpflegern, die im Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege bzw. im Gesetz über die Berufe in der Altenpflege geregelt ist, gesetzlich nicht geschützt. Daher können auch „Laien“, d. h. Personen ohne Pflegeausbildung, pflegerisch tätig werden.

Demnach stellt sich die Frage, wozu Pflegepersonen eine Berufsausbildung benötigen, wenn doch auch Personen ohne Ausbildung pflegen dürfen, bzw. welche Kennzeichen und Merkmale die Abgrenzung der beruflich ausgeübten Pflege von der nicht beruflich ausgeübten ermöglichen.

1.2 Berufsbild

Mit der Abgrenzung der beruflich bzw. professionell ausgeübten Pflege von der „Laienpflege“ und der Erarbeitung spezifischer Aufgaben, Inhalte und Tätigkeiten der beruflich ausgeübten Pflege haben sich u. a. verschiedene pflegerische Berufsverbände beschäftigt. Sie haben hierzu Stellungnahmen und Richtlinien herausgegeben, die allesamt unter der Bezeichnung **Berufsbild** geführt werden.

Die Berufsbilder der Verbände enthalten genauere Aussagen über den Verantwortungsbereich der Pflege sowie über die speziellen Aufgaben von professionellen Pflegepersonen.

Der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) wurde 1998 gegründet. Als Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen haben sich in dieser Organisation Berufsverbände der Pflege zusammengeschlossen, um gemeinsame Positionen zu entwickeln und die Interessen der Pflege und des Hebammenwesens auf politischer Ebene zu vertreten.

2004 hat der deutsche Pflegerat eine Rahmenberufsordnung verabschiedet, die beruflich Pflegenden u. a. eine Orientierung für ihr berufliches Handeln bieten soll. Die Aufgaben der beruflich ausgeübten Pflege werden in der Rahmenberufsordnung wie folgt beschrieben:

Berufsbild „Professionell Pflegende“

„Präambel

Die ethischen Grundsätze der professionell Pflegenden basieren auf dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, das die Unantastbarkeit der Würde des Menschen festlegt. Darüber hinaus gelten die aktuellen wissenschaftlich fachlichen Erkenntnisse sowie die ethischen Regeln der einzelnen Berufsorganisationen und -verbände. Pflege heißt, den Menschen in seiner aktuellen Situation und Befindlichkeit wahrnehmen, vorhandene Ressourcen fördern und unterstützen, die Familie und das soziale, kulturelle und traditionelle Umfeld des Menschen berücksichtigen und in die Pflege einbeziehen sowie gegebenenfalls den Menschen auf seinem Weg zum Tod begleiten.

Professionell Pflegende

- leisten ihren berufsspezifischen Beitrag zum gesellschaftlichen Auftrag zur Gesundheitsfürsorge und Krankheitsverhütung, zur Wiederherstellung von Gesundheit, zur Unterstützung und Hilfeleistung bei chronischen Erkrankungen, Behinderungen, Gebrechlichkeit und im Sterbeprozess.
- ermitteln den Pflegebedarf, führen die Maßnahmen des Pflegeplanes durch und überprüfen die Effektivität des pflegerischen Handelns.
- erhalten und unterstützen die Lebensaktivitäten und eigenständige Lebensführung des Menschen.
- kommunizieren und kooperieren mit allen am Pflege- und Betreuungsprozess Beteiligten.
- fördern durch ihr Handeln das Ansehen des Berufsstandes und durch Beteiligung an Pflegeforschungsprojekten die Pflegewissenschaft.
- stärken die berufliche Interessenvertretung, indem sie sich in einem Berufsverband organisieren.
- arbeiten an den Lösungen der gesellschaftlichen Probleme mit, die sich auf die Pflege auswirken, und informieren die Gesellschaft über Gesundheitsfragen.

[. . .]

§ 2 Aufgaben

- I. Professionell Pflegende sind verpflichtet, ihren Beruf entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auszuüben. Sie müssen sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften informieren und sie beachten.
- II. Professionell Pflegende üben die Pflege ohne Wertung des Alters, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Glaubens, der Hautfarbe, der Kultur, der Nationalität, der politischen Einstellung, der Rasse oder des sozialen Status aus.
- III. Eigenverantwortliche Aufgaben professionell Pflegender sind:
  - Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
  - Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
  - Beratung, Anleitung und Unterstützung von Leistungsempfängern und ihrer Bezugspersonen,
  - Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen des Arztes oder der Ärztin.
- Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung sind:
  - eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
  - Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
  - Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen.

Professionell Pflegende arbeiten interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen. Sie entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen. [. . .]“ (Deutscher Pflegerat e. V. 2004).

Die Rahmenberufsordnung des DPR ist für alle seine Mitgliedsverbände verbindlich. Einige Landespflegeräte haben mittlerweile eigene Berufsordnungen für Pflegende geschaffen, so u. a. Sachsen, Hamburg, Bremen, Berlin-Brandenburg und das Saarland. Sie haben als gesetzliche Ordnung bindenden Charakter für alle Angehörigen der erfassten Pflegeberufe (i. d. R. Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpfleger). Berufsordnungen machen Aussagen zum Berufsbild und den Berufsaufgaben und sie beschreiben die Berufspflichten gegenüber anderen sowie diejenigen zur Kompetenzerhaltung und Qualitätssicherung.

Auszug aus der Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Pflegefachkräfte-Berufsordnung der Hansestadt Hamburg) vom 29. September 2009

§ 2 Ziele

(1) Mit der Festlegung von Berufspflichten der Pflegefachkräfte dient die Berufsordnung dem Ziel,
1. das Vertrauen zwischen Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen herzustellen, zu erhalten und zu fördern,
2. die Qualität der pflegerischen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung zu sichern und
3. berufswürdiges Verhalten zu fördern sowie berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

(2) Pflege ist unter Berücksichtigung und ohne Bewertung von Nationalität, Glauben, politischer Einstellung, Kultur, sexueller Identität, Hautfarbe, Alter, Geschlecht oder sozialem Status auszuführen.

§ 3 Berufsbild

Grundlage pflegerischer Berufstätigkeit sind das Krankenpflegegesetz und das Altenpflegegesetz. Die Pflegefachkräfte bedienen sich der fachlichen, personalen, sozialen und methodischen Kompetenzen, die zur Pflege von Menschen in unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen erforderlich sind. Die Tätigkeit ist dabei unter Einbeziehung geeigneter präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Für sterbende Menschen ist die bestmögliche, würdevolle Begleitung zu gewährleisten.

§ 4 Berufsaufgaben

(1) Pflegefachkräfte üben ihre Berufstätigkeit eigenverantwortlich und im Rahmen ärztlich veranlasster Maßnahmen (Delegation) eigenständig aus. Als Pflegefachkräfte sind sie in Absprache mit den Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen insbesondere verantwortlich für die Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfes sowie für Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege. Dabei beraten, fördern und unterstützen sie die Pflegebedürftigen und ihre Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung und im Umgang mit ihrer Gesundheit und Krankheit. Pflegefachkräfte leiten Auszubildende und pflegerische Hilfskräfte in der fachpraktischen Pflege an.

(2) Pflegefachkräfte arbeiten mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitsbereiches zusammen. Dabei achten sie den Kompetenzbereich anderer Berufsgruppen. Sie übernehmen im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik, Therapie und Rehabilitation Aufgaben anderer Berufsgruppen, wenn sie ihnen zur eigenständigen Durchführung übertragen werden. Pflegefachkräfte tragen sowohl für die Entscheidung der Übernahme als auch für die Qualität der Durchführung einer über tragenen Maßnahme die Verantwortung. Pflegefachkräfte dürfen nur solche Aufgaben übernehmen, für die sie ausreichend qualifiziert sind.

§ 5 Berufspflichten

Pflegefachkräfte haben insbesondere folgende Vorschriften zu beachten:

1. Allgemeine Berufspflichten:
   Eine pflegerische Berufsausübung verlangt, dass Pflegefachkräfte
   a) beim Umgang mit Pflegebedürftigen deren Selbstständigkeit, Würde und Selbstbestimmungsrecht respektieren sowie die Persönlichkeit und die Privatsphäre stets achten,
   b) sich mit Übernahme der Behandlung der Pflegebedürftigen zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten pflegerischen Einschätzungsverfahren und Behandlungsmethoden verpflichten,
   c) Rücksicht auf die Gesamtsituation der Pflegebedürftigen nehmen,
   d) den Mitteilungen der Pflegebedürftigen gebührende Aufmerksamkeit entgegen bringen und Kritik sachlich begegnen.
2. Spezielle Berufspflichten:
   a) Schweigepflicht:
   Pflegefachkräfte sind grundsätzlich zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen vertraulichen Informationen der ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen und deren Bezugspersonen verpflichtet; sie sind zur Offenbarung befugt, soweit dies gesetzlich bestimmt ist, sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes, insbesondere auch bei begründetem Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder einer schwerwiegenden Vernachlässigung, erforderlich ist; gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt; soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Pflegenden einschränken, sollen sie die Pflegebedürftigen darüber unterrichten,

b) Auskunftspflicht:
Pflegefachkräfte sind verpflichtet, Pflegebedürftigen oder stellvertretend ihren Bezugspersonen die erforderlichen Auskünfte über die geplanten pflegerischen Maßnahmen in verständlicher und angemessener Weise zu erteilen,

c) Beratungspflicht:
Pflegefachkräfte haben die Pflegebedürftigen unter Berücksichtigung der individuellen Situation über notwendig durchzuführende Pflegemaßnahmen und über mögliche alternative Pflege- und Versorgungsformen zu informieren; dabei ist das Recht auf Ablehnung empfohlener Pflegemaßnahmen zu beachten; die Beratungspflicht schließt die Information über gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Maßnahmen, Methoden und Verhaltensweisen ein,

d) Informations- und Beteiligungspflicht:
Pflegefachkräfte haben den am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen anderer Berufsgruppen die notwendigen Informationen im Rahmen des Behandlungs- oder Betreuungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen weiterzugeben; es sind rechtzeitig entsprechend spezialisierte Pflegefachkräfte oder Ärztinnen bzw. Ärzte hinzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der pflegerischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,

e) Dokumentationspflicht:
Pflegefachkräfte haben die von ihnen erbrachte Pflegetätigkeit in strukturierter Form zu dokumentieren; hierzu wird ein im Arbeitsbereich installiertes Dokumentationssystem verwendet; die Dokumentationen erfolgen ausreichend, zeit- und handlungsnah, leserlich und werden fälschungssicher unterschrieben; das Dokumentationssystem muss allen am Behandlungs- und Betreuungsprozess beteiligten Angehörigen anderer Berufsgruppen im Rahmen des Behandlungs- oder Betreuungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen zugänglich sein; die Pflegefachkräfte haben den Pflegebedürftigen auf deren Verlangen Einsicht in die sie betreffenden Krankenunterlagen zu gewähren; auf Schutzmaßnahmen zu beachten,

f) Mitteilungspflicht:
Pflegefachkräfte, deren Gesundheit so weit eingeschränkt ist, dass die Berufsausübung wesentlich beeinträchtigt ist oder Pflegebedürftige gefährdet werden können (wie zum Beispiel bei übertragbaren Krankheiten), sind verpflichtet, dieses ihrem Arbeitgeber oder der zuständigen Behörde mitzuteilen, um geeignete Maßnahmen im Interesse des Arbeitnehmer- und Patientenschutzes ergreifen zu können.

§ 6 Kompetenzerhaltung und Qualitätssicherung

(1) Pflegefachkräfte sind verpflichtet, eigenverantwortlich Maßnahmen zur beruflichen Kompetenzerhaltung zu ergreifen. Geeignete Maßnahmen sind neben dem Studium der Fachliteratur insbesondere pflegefachliche Fortbildungen, die dem Erhalt der fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Aktualisierung des Wissensstandes und der pflegerischen Technologie unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse und neuer Verfahren dienen. Die Fortbildungen sollen sich auf alle pflegerischen Fachrichtungen in ausgewogener Weise erstrecken; sie umfassen auch den Erwerb notwendiger pflegerechtlicher und gesundheitsökonomischer Kenntnisse sowie die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen und schließen Methoden der Qualitätssicherung, des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Pflege wie die konsentuierten nationalen Expertenstandards ein.

(2) Pflegefachkräfte haben in dem Umfang von kompetenzerhaltenden Maßnahmen Gebrauch zu machen, wie dies zur Erhaltung und Entwicklung der zur Berufsausübung notwendigen Fachkenntnisse erforderlich ist. Der Umfang von mindestens zwanzig Fortbildungspunkten aus kompetenzerhalten den Maßnahmen entsprechend der Anlage ist jährlich von jeder Pflegefachkraft verbindlich zu erbringen. Gegenüber der für das Gesundheitswesen zuständigen Behörde oder einer von dieser ermächtigten Stelle müssen auf Anforderung in geeigneter Form entsprechende kompetenzerhaltende Maßnahmen nachgewiesen werden können.

(3) Pflegefachkräfte übernehmen im Team und in der Institution Verantwortung, indem sie sich an der Qualitätsentwicklung und -sicherung beteiligen.“

Hier wird Folgendes deutlich:

- Pflege ist ein eigenständiger Beruf des Gesundheitswesens, der einer Ausbildung bedarf und gegen Bezahlung ausgeübt wird.
- Pflege setzt am ganzen Menschen an. Sie ist sowohl auf kranke als auch auf gesunde Anteile des Menschen gerichtet, was den Bereich der Prävention und Rehabilitation sowie der Palliativpflege einschließt.
- Pflege wird unter Einbezug der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und der Erkenntnisse wichtiger Bezugswissenschaften, wie z. B. der Medizin, Psychologie, Soziologie etc. ausgeübt.
- Angehörige der Pflegeberufe sind zuständig für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit eines Menschen sowie die Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege. Sie beraten und leiten pflegebedürftige Menschen an.
- Pflegepersonen sind aufgefordert, das eigene Wissen und Können durch Fort- und Weiterbildung zu entwickeln.
- Die Ausübung der Pflege erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Berufen des Gesundheitswesens.

Hiermit lässt sich auch die berufliche Pflege von der nicht beruflich ausgeübten Pflege abgrenzen: Pflege darf nur dann berufsmäßig ausgeübt werden, wenn eine entsprechende pflegerische Berufsausbildung erfolgreich abgeschlossen wurde.

Im Gegensatz zur nicht beruflich ausgeübten erfolgt die beruflich ausgeübte Pflege gegen Bezahlung. Zur pflegerischen Berufsausübung gehören Kompetenzen, die während der Ausbildung vermittelt werden (s. a. Kap. 3). Die Berufsausübung erfolgt auf der Basis von Erkenntnissen der Pflegewissenschaft, aber auch unter Einbezug der Erkenntnisse anderer Wissenschaftsdisziplinen, wie z. B. der Psychologie, Gerontologie, Soziologie, Pädagogik, Medizin etc. Berufliche Pflege ist darüber hinaus nicht nur auf die kranken und körperlichen Anteile eines Menschen gerichtet, sondern schließt auch seine gesunden Anteile sowie psychische und soziale Komponenten ein.

Merke: *Der Einbezug der gesunden Anteile pflegebedürftiger Menschen und die Ausweitung der Pflegeberufe auf den Bereich der Prävention und Rehabilitation hat sich auch in der Änderung der Berufsbezeichnung zu Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger/in des seit 2004 geltenden Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege niedergeschlagen. Darüber hinaus werden die Gemeinsamkeiten der Pflegeberufe betont, indem immer häufiger von „Pflege" als verbindendem Element gesprochen wird (***Abb. 1.1***).*

Berufliche Pflege wird in verschiedenen stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen des Gesundheitsweses und der Altenhilfe ausgeübt. Hierzu gehören u. a.:

- Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, wie Krankenhäuser, Kinderkliniken, Sozialstationen, Alten- und Pflegeheime,
- Fachkliniken, wie z. B. Psychiatrische Krankenhäuser, Neurologische Rehabilitationszentren oder Kurkliniken,

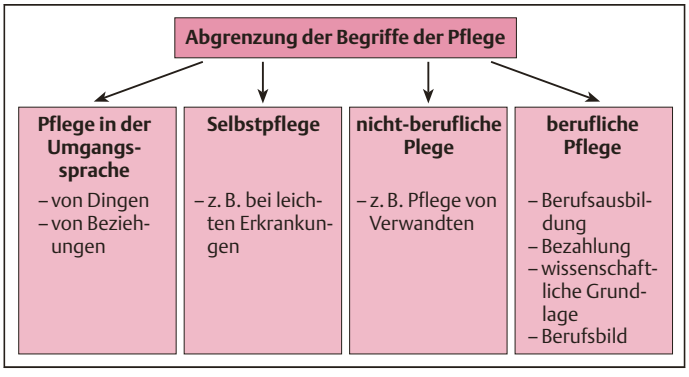


Abb. 1.1 Die Alltagsnähe des Begriffs „pflegen" erfordert eine Darstellung der Merkmale beruflich ausgeübter Pflege.

- Einrichtungen für Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung.

Dabei gewinnen teilstationäre und ambulante Angebote, wie Kurzzeitpflege, Tageskliniken und Tagespflege, durch den vom Gesetzgeber ausgegebenen Grundsatz „ambulant vor stationär" zunehmend an Bedeutung.

Merke: *Die beruflich ausgeübte Pflege zeichnet sich aus durch eine erfolgreich abgeschlossene pflegerische Berufsausbildung, in der die notwendigen Kompetenzen vermittelt wurden. Die Ausübung der Pflege erfolgt gegen Bezahlung und unter Einbezug pflegespezifischer sowie anderer Wissenschaftsdisziplinen. Berufliche Pflege ist nicht nur auf die kranken und körperlichen Anteile eines Menschen, sondern darüber hinaus auch auf seine psychischen und sozialen sowie gesunden Anteile gerichtet.*

1.3 Definitionen der Pflege

Um die Pflege inhaltlich genauer zu bestimmen, haben eine Reihe von Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern ebenfalls Definitionen für „Pflege" verfasst. Eine der frühesten und bekanntesten Definitionen stammt aus dem Jahre 1960 von der amerikanischen Pflegetheoretikerin Virginia Henderson (1897 – 1996):

Definition: *„Die einzigartige* **Aufgabe der Krankenpflege** *ist es, dem einzelnen, krank oder gesund, bei der Durchführung jener Tätigkeiten zu helfen, die zur Gesundheit oder Rekonvaleszenz (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, die er ohne Hilfe selbst durchführen würde, wenn er die dazu notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Dieses ist auf eine Weise zu tun, die dem Patienten die schnellstmögliche Wiedererlangung seiner Unabhängigkeit erlaubt" (zit. n. Steppe 1990, S. 585).*

Henderson beschreibt in ihrer Theorie 14 Grundbedürfnisse des Menschen, die gleichzeitig die Bereiche, in denen Pflege tätig wird, verdeutlichen:

1. Normale Atmung,
2. Ausreichendes Essen und Trinken,
3. Beseitigung der Körperausscheidungen,
4. Bewegung und Beibehaltung wünschenswerter Haltung,
5. Schlaf und Ruhe,
6. Auswahl geeigneter Kleidung – Ankleiden und Auskleiden,
7. Aufrechterhaltung der Körpertemperatur im normalen Bereich durch Anpassung der Kleidung und Veränderung der Umwelt,
8. Sauberhalten des Körpers und seine gute Pflege sowie Schutz der Haut,
9. Vermeidung von Gefahren in der Umgebung und Vermeidung der Gefährdung anderer,
10. Kommunikation mit anderen durch Äußerung von Gefühlen, Bedürfnissen, Befürchtungen oder Meinungen,
11. Verehrung Gottes entsprechend dem eigenen Glauben,
12. Arbeit in einer Art und Weise, dass ein Gefühl für Erfolg sich einstellt,
13. Spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilnehmen,
14. Lernen, entdecken oder Neugierde befriedigen, soweit dies zur normalen Entwicklung und Gesundheit führt, und Inanspruchnahme der verfügbaren Gesundheitseinrichtungen.

Sind Menschen aus irgendeinem Grund, beispielsweise durch eine Erkrankung oder Behinderung, vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage, die aufgeführten Bedürfnisse zu erfüllen, ist es die Aufgabe der Pflegepersonen, sie in diesen Bereichen zu unterstützen mit dem Ziel, sie schnellstmöglich wieder zur Unabhängigkeit zu befähigen.

Wie jede Definition ist auch die Definition der Pflege von Virginia Henderson abhängig von der jeweils zugrunde gelegten Perspektive, aus der ein Gegenstand – in diesem Fall die Pflege – betrachtet wird. Ihre Definition fokussiert die Annahme, dass Menschen Lebewesen mit spezifischen Bedürfnissen sind. Das Ziel der Pflege bzw. ihre Sichtweise von Gesundheit ist eng verbunden mit Unabhängigkeit in den genannten Bedürfnisbereichen.

Henderson war eine der ersten Pflegetheoretikerinnen. Sie hat ihre Definition von Pflege zu einer Zeit verfasst, als es noch nicht unbedingt üblich war, sich auf einer theoretischen Basis mit der Pflege auseinanderzusetzen. Seit Mitte der 50er Jahre des 20. Jahrhunderts sind jedoch vor allem im angloamerikanischen Raum eine Reihe von Theorien über die Pflege und damit auch eine Vielzahl von

Definitionen der Pflege entstanden. Allen gemeinsam ist, dass sie versuchen, den Handlungsbereich und das Wesentliche der Pflege in Worte zu fassen.

Die jeweilige Definition ist dabei immer eng im Zusammenhang mit dem persönlichen Hintergrund und der wissenschaftlichen Perspektive der Pflegetheoretikerinnen und Pflegetheoretiker zu sehen. Sie setzen jeweils unterschiedliche Schwerpunkte, z. B. auf die Bedürfnisse von Menschen, die Beziehung und Interaktion zwischen Pflegepersonen und pflegebedürftigen Menschen oder auch auf die Ergebnisse pflegerischer Interventionen.

Zu Beginn der theoretischen Auseinandersetzung mit „Pflege" herrschte die Überzeugung vor, dass es eine allgemeingültige Theorie und folglich auch eine allgemeingültige Definition von Pflege geben müsse.

Heute ist dieser Gedanke aufgegeben worden zugunsten der Überzeugung, dass ein so vielfältiges und komplexes Gebiet wie die Pflege auch mehrere Theorien und Definitionen nebeneinander benötigt (s. a. Kap. 4).

Die eine, alle Aspekte der Pflege berücksichtigende Definition für Pflege gibt es demnach nicht.

Eng verbunden mit der Sichtweise bzw. der Definition der Pflege ist immer auch die zugrunde liegende Sichtweise vom Menschen, auf den die Pflege ausgerichtet ist, sowie das vorherrschende Verständnis von Gesundheit und Krankheit.

Zusammenfassung:
Definition der Pflege

- *Definition der Pflege von Virginia Henderson 1960: Pflege als Unterstützung von gesunden und/oder kranken Menschen bei der Erfüllung von Grundbedürfnissen.*
- *Definitionen der Pflege werden beeinflusst vom Menschenbild sowie dem zugrunde gelegten Verständnis von Gesundheit und Krankheit.*
- *Pflegetheorien akzentuieren jeweils unterschiedliche Aspekte der Pflege, deshalb gibt es viele verschiedene Definitionen der Pflege nebeneinander.*

1.4 Menschenbild

Definition: *Das* **Menschenbild** *beschreibt die einer wissenschaftlichen Disziplin zugrunde gelegte Sichtweise vom Menschen.*

So betrachtet die Biologie den Menschen als einen biologischen, lebenden Organismus. Entsprechend ist sie auf die naturwissenschaftliche Forschung am Menschen ausgerichtet, während z. B. in der Psychologie die Erforschung des menschlichen Verhaltens und Erlebens zentral ist.

So ließe sich die Reihe weiter fortführen. Die innerhalb einer wissenschaftlichen Disziplin zugrunde liegende Sichtweise vom Menschen bestimmt u. a. den Bereich der Forschung und die hierbei angewendeten Methoden.

Da die Pflege sich am Menschen orientiert, muss auch gerade für die Pflegewissenschaft bzw. die verschiedenen Pflegetheorien das Menschenbild, auf dem sie gründen, beschrieben werden. Die Beschreibung des Menschenbildes ist einerseits wichtig für die Bestimmung der noch relativ jungen Pflegewissenschaft als wissenschaftliche Disziplin, da es maßgeblich den Gegenstand und die Methoden der Pflegeforschung bestimmt. Es hat andererseits auch Auswirkungen auf die in der Praxis ausgeübten Tätigkeiten, die in den Aufgabenbereich der Pflegeberufe fallen.

Merke: *Das Menschenbild bestimmt maßgeblich die Ausrichtung sowohl innerhalb der Pflegewissenschaft als auch in der Pflegepraxis.*

Kartesianisches Menschenbild

Das kartesianische Menschenbild basiert auf den Ausführungen des französischen Philosophen und Mathematikers René Descartes (1596 – 1650). Er war auf der Suche nach einem „unerschütterlichen Fundament", auf das sich „sichere Erkenntnis" gründen lässt.

„Geist" und „Materie" betrachtete er als zwei grundsätzlich verschiedene „Substanzen". Daraus folgerte er, dass der Körper des Menschen unabhängig von seinem Geist zu betrachten und zu untersuchen sei und umgekehrt. Diese „Zweiteilung" des Menschen wird auch als kartesianischer Dualismus bezeichnet.

Auf Descartes geht auch das Prinzip von Ursache und Wirkung, das sogenannte „Kausalitätsprinzip“, zurück. Nach diesem Prinzip geschieht nichts ohne Ursache; Ursache und Wirkung sind aufeinander bezogen. Einerseits bleibt keine Ursache ohne Wirkung, andererseits gibt es keine Wirkung ohne Ursache, wodurch sich alle Phänomene auf einen Grund zurückführen lassen.

Diese mechanistische Sichtweise wurde in der Folge auf den Menschen übertragen: Der Mensch wurde als eine Art „Maschine“ betrachtet, deren Mechanismus Störungen unterliegen kann, für die Ursachen zu suchen sind und die repariert werden können. Dabei sind die Ursachen für die Störungen und die „Reparatur“ des Körpers prinzipiell ohne Berücksichtigung anderer Aspekte des Menschen, wie beispielsweise psychischer oder sozialer Anteile, durchführbar.

Die mechanistische Sichtweise vom Menschen fand Eingang in das biomedizinische Krankheitsmodell, das nicht nur in der Medizin, sondern auch in vielen anderen Bereichen der Gesundheitsvorsorgung genutzt wird. Der Mensch erscheint in diesem Verständnis als Ansammlung von Körperteilen und Organen. Krankheit wird entsprechend als Funktionsstörung einzelner Körperteile betrachte. Jede Krankheit kann auf eine Störung bzw. eine bestimmte Ursache zurückgeführt werden. Heilung erfolgt, indem die Ursache für die Organstörung herausgefunden und behoben wird.

Merke: *Das naturwissenschaftlich-mechanistische Menschenbild basiert auf dem Prinzip von Ursache und Wirkung und geht von einer dualistischen Betrachtungsweise des Menschen aus, bei der Körper und Geist als voneinander unabhängige Bereiche gesehen werden.*

Psychosomatische Ansätze

Das naturwissenschaftlich-mechanistische Bild vom Menschen mit der strikten Trennung zwischen Körper und Geist wird insbesondere in psychosomatischen Ansätzen aufgelöst.

Hierbei wird davon ausgegangen, dass der Körper ein „lebendes System“ ist. Dieser Ansatz basiert auf Erkenntnissen der sog. Systemtheorie, die von einer hierarchischen Ordnung ausgeht, bei der einfache Systeme (z. B. Zellen) Bestandteile komplexerer Systeme (z. B. von Geweben oder Organen) und diese wiederum in noch komplexeren Systemen (z. B. Organismen) eingegliedert sind. Bis hinauf zu sozialen Systemen können auf diese Weise Systemstufen identifiziert werden.

Die verschiedenen Stufen bzw. Ebenen eines solchen hierarchischen Systems stehen miteinander in Kontakt und tauschen Informationen aus. Auf diese Weise ist zu erklären, warum Veränderungen einer Systemstufe jeweils Auswirkungen auf andere Systemstufen haben und beispielsweise kritische Lebensereignisse auf der sozialen Systemstufe sich auf den Organismus eines Menschen auswirken können.

Systeme werden darüber hinaus als Einheiten gesehen, die sich nicht, bzw. nur unzureichend, durch die Summe ihrer Teile beschreiben lassen. Mit dem Übergang von einfachen zu komplexeren Systemebenen (z. B. von einzelnen Organen zum Organismus) lassen sich Eigenschaften beobachten, die auf einer niedrigeren Stufe nicht zu beobachten waren. Das Ganze wird so mehr als die Summe seiner Teile.

Merke: *Psychosomatische Ansätze betrachten den Menschen als lebendes System. Veränderungen innerhalb der einzelnen Systemebenen haben Auswirkungen auf andere Systemebenen; so stehen physische, psychische und soziale Systeme des Menschen in einer Wechselbeziehung.*

Holistische und ganzheitliche Ansätze

Die Pflegewissenschaft beruft sich häufig auf Beschreibungen des Menschen, die die Betonung auf die Wechselwirkung und das Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Anteilen des Menschen legen und so ein „ganzheitliches“ Menschenbild entwerfen.

Diese Ansätze werden entsprechend unter dem Begriff „Ganzheitlichkeit“ oder auch „Holismus“ geordnet, was übersetzt so viel wie „Ganzheit“ bedeutet. Holismus beschreibt eine philosophische Richtung, die alle Erscheinungen des Lebens aus einem ganzheitlichen Prinzip ableitet.

Eine Pflegetheorie, die sich explizit auf die holistische Philosophie bezieht, ist die „Wissenschaft vom unitären Menschen“ der amerikanischen Pflegetheoretikerin Martha Rogers (s. a. Kap. 4.3.3). Mensch und Umwelt sind in ihrem Verständnis Energiefelder, die in einem ständigen Austausch stehen und so zu einem unteilbaren Ganzen werden.

Innerhalb der holistischen Ansätze werden auch die Selbstheilungskräfte eines Menschen für seinen Krankheitsprozess betont. Der Pflege selbst werden dabei heilende Kräfte zugeschrieben. Auch Konzepte wie therapeutische Berührung, Geistheilung und parapsychologische Elemente können im Rahmen der Pflege zum Einsatz kommen, da unter Bezug auf die holistische Perspektive keine Orientierung und Therapieform ausgeschlossen werden darf. Ein Problem dabei ist, dass sich diese eher philosophisch-spirituellen Aspekte nur schwer bzw. gar nicht wissenschaftlich untersuchen lassen. Für eine junge wissenschaftliche Disziplin wie die Pflege ist aber gerade dieser Aspekt sehr wichtig.

Ganzheitliche Ansätze verzichten auf die philosophisch-spirituelle Grundlegung des Holismus.

Definition: *„Unter* **„ganzheitlicher Pflege“** *kann die wissenschaftlich fundierte, umfassende und individuelle Pflege eines Menschen verstanden werden, die unter beruflichen Bedingungen innerhalb eines institutionellen Rahmens und ohne ideologische Bindung stattfindet“ (Bischoff 1996, S. 116). Im Gegensatz zu den holistischen Ansätzen wird hier also die wissenschaftliche Fundierung grundgelegt und die berufliche Ausübung der Pflege in einem institutionellen Rahmen fokussiert.*

Auch im Rahmen der Ganzheitlichkeit kommen alternative Therapieformen zum Einsatz, wie beispielsweise basale Stimulation, Massagen oder Fußreflexzonenmassage, deren Wirksamkeit sich aber im Vergleich zu denen des Holismus zumindest begründet vermuten lässt.

Bei der Einbeziehung des pflegebedürftigen Menschen in die Pflege werden im Rahmen ganzheitlicher Ansätze weniger seine Selbstheilungskräfte als vielmehr die Begleitung und Beratung betont, um ihn so zu Mitverantwortung zu befähigen.

Merke: *Dem holistischen und dem ganzheitlichen Menschenbild ist gemeinsam, dass sie den Menschen als eine untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele betrachten, die sich in einem Gleichgewicht befinden müssen.*

Konsequenzen für die berufliche Pflege

Entsprechend müssen in eine Pflege, die auf dieser Sichtweise vom Menschen basiert, neben körperlichen auch psychosoziale und umweltbezogene Aspekte einbezogen werden.

Beispiel: *Ist beispielsweise eine alleinerziehende Mutter aufgrund einer Appendizitis gezwungen, sich zur Operation in ein Krankenhaus zu begeben, ist es wahrscheinlich, dass sie sich Sorgen um ihre Kinder macht. Für sie ist damit nicht allein ihre körperliche Verfassung belastend, sondern auch die Trennung von ihren Kindern bzw. die Frage, wer sich während des Krankenhausaufenthaltes um ihre Kinder kümmern kann.*

Eine allein auf die körperliche Situation ausgerichtete Pflege kann den Bedürfnissen dieser Frau nicht gerecht werden.

Ebenso ist es im Rahmen holistischer und ganzheitlicher Ansätze undenkbar, am pflegebedürftigen Menschen zu handeln, den Menschen also als passives Objekt zu betrachten. Beide Ansätze verlangen, dass der „ganze“ Mensch in seine Pflege einbezogen wird, wodurch Pflegen zum Handeln mit dem pflegebedürftigen Menschen wird.

Merke: *Ganzheitliche Ansätze betrachten den Menschen als Einheit von Körper, Geist und Seele. Bei der Pflege von Menschen müssen dementsprechend ihre physischen, psychischen und sozialen Anteile bzw. Bedürfnisse berücksichtigt werden.*

Vor allem die ganzheitlichen Ansätze finden sich in nahezu allen Pflegetheorien in unterschiedlicher Ausprägung wieder. Dennoch werden sie von einigen Pflegewissenschaftlern auch kritisch betrachtet. Kritikpunkte sind u. a.:

- Die vorgesehene partnerschaftliche Beziehung zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigem Menschen verlangt, dass sich beide als ganze Menschen in den Pflegeprozess einbringen. Dies ist im Rahmen einer beruflich ausgeübten Pflege nur schwer zu erreichen, da nur eine Annäherung an ein symmetrisches Verhältnis geschehen kann, letztlich aber immer ein gewisses asymmetrisches Verhältnis, nämlich das zwischen Helfer und hilfsbedürftigem Menschen, bestehen bleibt.Wenn, wie von den ganzheitlichen Ansät-

zen gefordert, ein absolut partnerschaftliches Verhältnis zwischen Pflegeperson und pflegebedürftigem Menschen entstehen soll, setzt dies voraus, dass nicht nur Probleme und Bedürfnisse des zu Pflegenden zur Sprache kommen, sondern auch die der Pflegeperson, was aber den Abbau von Professionalität zur Folge hätte.

- Das Einbeziehen psychischer und sozialer Aspekte bzw. Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen wird im Rahmen holistischer und ganzheitlicher Ansätze nicht nur als wichtig erachtet, sondern darüber hinaus mit einem Anspruch auf Absolutheit belegt. Hieraus ergibt sich eine absolute Zuständigkeit der Pflegepersonen für alle Bedürfnisse der zu Pflegenden, die in der beruflichen Pflege nicht eingelöst werden kann und strenggenommen auch zu einer permanenten Überforderung der Pflegepersonen führt.
- Auch der Anspruch, „ganzheitlich" wahrnehmen zu müssen, erweist sich in der Realität als nicht einlösbar. Menschliche Wahrnehmung unterliegt der Selektion, was zwangsläufig dazu führt, dass auch ganze Objekte und Subjekte in Teilen wahrgenommen werden.

Diese Totalität des ganzheitlichen Anspruchs, d. h. die Zuständigkeit der Pflegepersonen für alle körperlichen, psychischen und sozialen Bedürfnisse eines Menschen, und die Notwendigkeit eines absolut partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Pflegepersonen und pflegebedürftigen Menschen lässt sich nach Meinung vieler Pflegewissenschaftler in der Pflegepraxis nicht verwirklichen.

Unbestritten ist jedoch, dass die berufliche Pflege über die körperlichen Anteile und Bedürfnisse der zu Pflegenden hinausgeht und auch psychische und soziale Bedürfnisse eines Menschen berücksichtigt. Die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegepersonen und zu pflegenden Menschen orientiert sich an einem gleichberechtigten, eher partnerschaftlichen Verhältnis. Bezeichnungen für Pflege, die dieser Ausrichtung Rechnung tragen, sind vor allem „patientenorientierte", „umfassende" und „individuelle" Pflege.

Patientenorientierte Pflege

Die Bezeichnung **patientenorientierte Pflege** stellt den pflegebedürftigen Menschen in das Zentrum pflegerischer Handlungen. Zum Ausdruck kommt diese Ausrichtung in der Pflege u. a. in der pflegerischen Arbeitsorganisation, wenn Pflegesysteme wie „Bezugspflege" oder „primary nursing" eingesetzt werden. Hierbei steht nicht der reibungslose organisatorische Ablauf des Krankenhaus- oder Altenheimbetriebs im Mittelpunkt pflegerischer Aktivitäten, sondern der zu pflegende Mensch, an dem sich die Arbeitsorganisation orientiert (s. a. Kap. 8).

Patientenorientierung ist darüber hinaus jedoch nicht nur eine spezifische Aufgabe der Pflegeberufe: Gerade in den Institutionen des Gesundheitswesens sind alle an hauswirtschaftlicher Versorgung, Diagnostik, Pflege und Therapie beteiligte Berufsgruppen aufgefordert, ihre Arbeitsorganisation in Bezug auf die Orientierung am pflegebedürftigen Menschen zu überdenken.

Umfassende Pflege

Die **umfassende Pflege** ist als Gegenstück zu sehen zur einseitig krankheitsbezogenen Sichtweise, die auf dem kartesianischen Menschenbild basiert. Umfassende Pflege bedeutet konsequente Berücksichtigung physischer, psychischer und sozialer Anteile und Bedürfnisse der zu Pflegenden. Hierzu gehört auch der Einbezug von Angehörigen, Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen.

Individuelle Pflege

Der Begriff **individuelle Pflege** trägt der Ausrichtung pflegerischer Aktivitäten auf den konkreten, einzelnen Menschen Rechnung. Obwohl es grundsätzliche Regeln für pflegerische Handlungen gibt, müssen diese jeweils auf die individuelle Situation des zu pflegenden Menschen angepasst werden. Hierzu gehört z. B., dass vorhandene Fähigkeiten und Ressourchen des zu Pflegenden, miteinbezogen werden und das Regelwissen hinsichtlich seiner Anwendbarkeit auf die konkrete Situation des pflegebedürftigen Menschen überprüft bzw. modifiziert wird.

Beispielsweise unterliegt die Vorgehensweise bei der Ganzkörperpflege im Bett prinzipiell bei allen Menschen denselben Regeln. Individuelle Pflege, d. h. an den Ressourcen des pflegebedürftigen Menschen orientierte Pflege verlangt jedoch, die Situation, Bedürfnisse und Fähigkeiten des jeweiligen pfle-

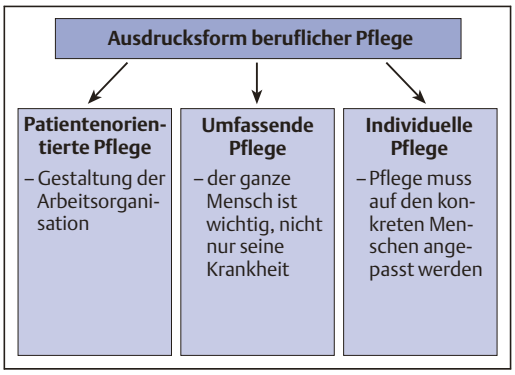


Abb. 1.2 Beschreibung pflegerischer Handlungen

gebedürftigen Menschen und gegebenenfalls seiner Bezugspersonen einzubeziehen.

Beispiel: *Bei der Ganzkörperpflege im Bett kann sich individuelle Pflege darin zeigen, dass die Wassertemperatur individuell angepasst wird, der Patient bei der Einnahme einer angenehmen Position unterstützt wird oder der pflegebedürftige Mensch nach einer Apoplexie mit Halbseitenlähmung des Körpers gemäß seinen verbliebenen Fähigkeiten einbezogen wird und z. B. die gelähmte Körperseite selbstständig wäscht.*

Die Ausrichtung der Pflege auf individuelle Probleme und Ressourcen pflegebedürftiger Menschen wird durch den Einsatz des Pflegeprozesses, einer Methode zur systematischen Erfassung des Pflegebedarfs und zur Problemlösung, unterstützt (s. a. Kap. 6).

Merke: *Patientenorientierte, umfassende und individuelle Pflege sind Begriffe, die die Ausrichtung pflegerischer Handlungen auf den pflegebedürftigen Menschen beschreiben, dabei aber den inhaltlich unscharfen Begriff „Ganzheitlichkeit" meiden und auf den Totalitätsanspruch der ganzheitlichen Ansätze verzichten (***Abb. 1.2***).*

1.5 Gesundheit und Krankheit

Beschreibungen bzw. Definitionen der Pflege werden nicht nur von der gewählten wissenschaftlichen Perspektive und dem zugrunde gelegten Menschenbild beeinflusst, sondern auch von dem Gesundheits- und Krankheitsverständnis, auf dem sie basieren. Das Verständnis von **Gesundheit** und **Krankheit** hat Auswirkungen auf die Art und den Einsatz pflegerischer Aktivitäten, beispielsweise wenn es um Fragen geht wie „Wann ist Pflege notwendig?" „Wie haben Art und Umfang der pflegerischen Dienstleistung auszusehen?". Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis beeinflusst folglich maßgeblich das Pflegeverständnis.

Gesundheit und Krankheit sind Begriffe, die in der Alltagssprache selbstverständlich benutzt werden. Gesundsein stellt in den westlichen Industrienationen einen hohen gesellschaftlichen Wert dar.

Dennoch ist eine allgemeingültige Definition von Gesundheit und Krankheit schwer zu formulieren bzw. zu finden. Das, was unter Gesundheit bzw. Krankheit verstanden wird, unterliegt geschichtlichen, kulturellen, wissenschaftstheoretischen und auch individuellen Einflüssen. Entsprechend hat die Sichtweise von Gesundheit und Krankheit im Laufe der Geschichte der Menschheit einen starken Wandel durchlaufen (s. a. Kap. 2).

1.5.1 Gesundheit und Krankheit in Altertum und Mittelalter

In vor- und frühgeschichtlicher Zeit sowie in den frühen Hochkulturen China, Ägypten, Mesopotamien und Indien war die Betrachtungsweise von Krankheit stark von magisch-religiösen Vorstellungen geprägt. Krankheit wurde als „Strafe der Götter" betrachtet, die den menschlichen Körper in Form von Dämonen heimsuchen und auf diese Weise ihren Unwillen über menschliches Fehlverhalten zum Ausdruck bringen und bestrafen.

In der griechischen Antike begannen sich mit der Naturphilosophie erste vernunftbetonte Erklärungsversuche für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit abzuzeichnen. Unter Gesundheit wurde in erster Linie das harmonische, ausgeglichene Leben im Einklang mit der Natur verstanden.

Ein Beispiel hierfür ist die Elementenlehre, die den Elementen der Natur Wasser, Luft, Feuer und Erde die Eigenschaften feucht, trocken, warm und

kalt zuordnete. Die ausgewogene Mischung in Zusammensetzung, Wirkung und Menge war gleichbedeutend mit Gesundheit; Abweichungen führten zur Krankheit.

Unter dem Einfluss des Christentums und im Zuge der Christianisierung wurde das Gesundheits- und Krankheitsverständnis wieder stärker in das religiöse Weltbild eingebunden. Vor allem im Mittelalter galt Gesundheit als Belohnung für Gottgefälligkeit, während Krankheit als Strafe für Sünden betrachtet wurde. Heilung erschien in diesem Verständnis als von Gott gegeben, der hierzu heilkundige Menschen als „Instrumente" einsetzte.

1.5.2 Biomedizinisches Krankheitsmodell

Ein Wandel dieser Sichtweise ergab sich vor allem durch das Zeitalter der Aufklärung und die naturwissenschaftliche Wende, die im 17. Jahrhundert mit Descartes ihren Ausgangspunkt hatte.

Die folgenden bahnbrechenden Erfolge der Medizin, beispielsweise Erkenntnisse der Bakteriologie, führten zur Entdeckung einer ganzen Reihe von krankheitsverursachenden Mikroorganismen, womit religiöse Erklärungsmodelle für Krankheit zugunsten der naturwissenschaftlichen Sichtweise immer mehr in den Hintergrund traten.

Krankheit musste immer weniger mit dem Einwirken Gottes erklärt werden, da sich auf einer wissenschaftlichen Basis beweisen ließ, dass hierfür in erster Linie Krankheitserreger verantwortlich waren. Krankheit wurde von der am Prinzip von Ursache und Wirkung orientierten, naturwissenschaftlich-mechanistischen Sichtweise entsprechend als Abweichung von der anatomisch-physiologischen Norm, von der „normalen" Funktion des Körpers betrachtet. Gesundheit war demzufolge das „Freisein", die Abwesenheit von Krankheit bzw. „das noch nicht Kranksein".

Das biomedizinische Modell von Krankheit basiert auf folgenden Grundannahmen:

- Jede Krankheit kann auf eine bestimmte Grundschädigung des Körpers zurückgeführt werden, die entweder in der Zelle oder in einer Störung mechanischer oder biochemischer Abläufe besteht.
- Jede Krankheit hat eine spezifische Ursache und einen spezifischen Verlauf, der sich beschreiben und vorhersagen lässt und der sich ohne medizinische Intervention verschlimmert.
- Krankheit ist objektiv, d. h. unabhängig von der jeweils erkrankten Person zu bestimmen. Krankheit und Gesundheit werden als statische, starre Zustände betrachtet.
- Krankheiten äußern sich in bestimmten Symptomen, die von entsprechend geschulten Experten (Ärztinnen und Ärzten) diagnostiziert werden.
- Gesundheit kann nur im Zusammenhang mit Krankheit, nämlich als „Freisein von Krankheit", und damit negativ definiert werden.

Diese Ausrichtung spiegelt sich bis heute im deutschen Gesundheitswesen wider.

Das biomedizinische Modell hatte auch starken Einfluss auf die Aufgaben der Pflege als Beruf und die pflegerischen Tätigkeiten: Die Berufsausübung war in erster Linie auf die kranken Anteile pflegebedürftiger Menschen gerichtet. Die Notwendigkeit pflegerischer Tätigkeit war dann gegeben, wenn ein Mensch krank wurde, und hatte vor allem die Pflege des kranken Körpers zum Gegenstand.

Vielfach wird Kritik am biomedizinischen Modell von Krankheit geäußert. Die Kritikpunkte beziehen sich nach Waller (2002) vor allem auf:

- die einseitige biologische Orientierung, die das Erfassen und Erklären von Krankheiten ohne erkennbare organische Ursache, z. B. von psychischen und psychosomatischen oder von chronischen Erkrankungen, unmöglich macht,
- die begrenzte Effektivität in Bezug auf die Bewältigung von Krankheiten (beispielsweise spielen in Bezug auf die Bekämpfung von Infektionserkrankungen neben der Entdeckung spezifischer Krankheitserreger umwelt-, ernährungs- und verhaltensbedingte Einflüsse eine wesentliche Rolle),
- die auf den einzelnen Menschen ausgerichtete und kurative Orientierung, die präventive und rehabilitative Maßnahmen vernachlässigt, da die Medizin erst dann einsetzt, wenn die Krankheit bereits vorliegt, sowie
- die Delegation der Verantwortlichkeit für Gesundheit an Experten (Ärzte) mit der Folge der Zunahme einer Medikalisierung der Gesellschaft.

Erst langsam zeichnet sich im Gesundheitswesen ein Wandel weg von der einseitig krankheitsorientierten Sichtweise ab. Viele Krankenkassen bieten z. B. vermehrt Programme zur Gesundheitsförderung für ihre Mitglieder an und bauen ihre Leistungen im präventiven und rehabilitativen Bereich aus.

Beispiel: *Auch in dem seit 2004 gültigen Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege wird den Bereichen Prävention und Rehabilitation und der Beratung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen und deren Bezugspersonen ein größerer Stellenwert in der Pflegeausbildung eingeräumt. Dies zeigt sich konsequent auch in den veränderten Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in" und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in".*

Merke: *Das biomedizinische Modell von Krankheit ist einseitig krankheitsorientiert und auf körperliche Störungen bezogen. Krankheit und Gesundheit sind fest zu bestimmende Zustände, die sich wechselseitig ausschließen.*

Zusammenfassung:

Entwicklung des Gesundheits- und Krankheitsbegriffes

- *Altertum: Krankheit als Strafe der Götter;*
- *griechische Antike: Gesundheit ist Harmonie, Balance der Elemente;*
- *christliche Sichtweise: Gesundheit ist Belohnung für Gottgefälligkeit;*
- *Biomedizinisches Modell: Krankheit als Wirkung von Krankheitserregern (Ursache); Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.*

Erweiterung des biomedizinischen Krankheitsmodells

Das medizinische Krankheitsmodell erfuhr vor allem durch die psychosomatischen Erklärungsmodelle für die Pathogenese, d. h. für die Entstehung von Krankheit, eine Erweiterung. Einer dieser Ansätze ist das sog. „Stress-Coping-Modell" (Belastungs-Bewältigungsmodell, **Abb. 1.3**).

Nach diesem Modell sind nicht mehr nur körperliche Ursachen an der Entstehung von Krankheit beteiligt, sondern auch psychische und soziale Faktoren. Kritische Lebensereignisse, z. B. der Tod eines nahen Angehörigen sowie arbeits- und berufsspezifische Belastungen wirken als Stressoren auf den Menschen ein. In Abhängigkeit von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten (Coping-Strategien) entscheidet sich, ob und in welcher Weise gesundheitliche Konsequenzen für den betroffenen Menschen entstehen.

Bei den Bewältigungsmöglichkeiten werden persönliche und kollektive Bewältigungsmöglichkeiten unterschieden. Zu den persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten gehören u. a. psychische Fähigkeiten des betroffenen Menschen wie beispielsweise Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, die eine konstruktive Auseinandersetzung mit kritischen Ereignissen begünstigen.

Kollektiven Bewältigungsmechanismen werden z. B. gute Beziehungen zu Freunden oder die Einbindung in soziale Gruppen zugeordnet. Auch sie können Unterstützung zur Bewältigung einer kritischen Situation geben.

Sind die Bewältigungsmöglichkeiten eines Menschen nicht ausreichend, können die Stressoren Stress im psychosozialen Erleben des Betroffenen auslösen, der sich wiederum auf das organisch-somatische Geschehen negativ auswirkt. Am Ende die-

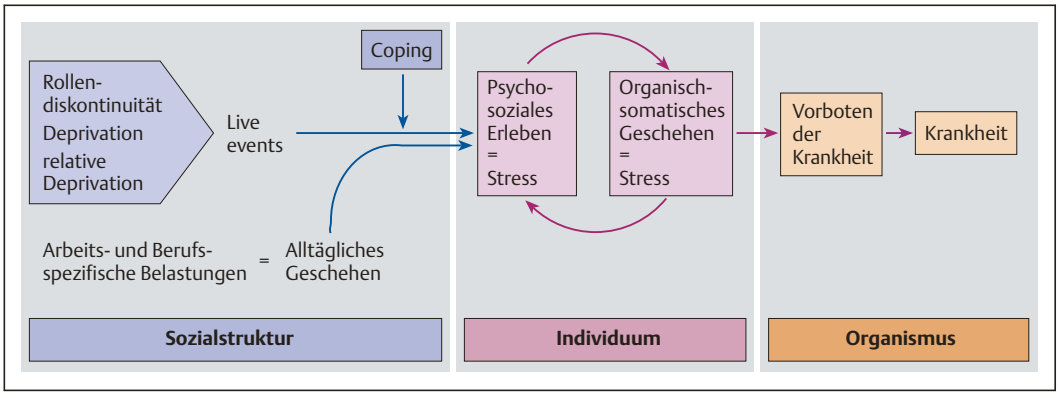


Abb. 1.3 Stress-Coping-Modell

ses Prozesses ergibt sich eine manifeste Erkrankung. Das Modell gibt also eine Erklärung dafür, wie soziale und psychische Konflikte eine körperliche Erkrankung auslösen können.

Merke: *Krankheit entsteht nach dem Stress-Coping-Modell folglich durch ein Ungleichgewicht zwischen auf den Menschen einwirkenden Stressoren einerseits und Bewältigungsmöglichkeiten des betroffenen Menschen andererseits.*

1.5.3 Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Gegen die starke Ausrichtung auf den Krankheitsbegriff und die einseitig auf körperliche Störungen ausgerichtete Betrachtungsweise des biomedizinischen Modells wandte sich bereits 1946 die Weltgesundheitsorganisation (WHO). In ihrer damals formulierten Definition heißt es:

Definition: „Gesundheit *ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen" (zit. n. Klemperer 2014, S. 45 f.).*

Damit wurde die stark naturwissenschaftliche Betrachtungsweise und krankheitsbezogene Sichtweise von Gesundheit und Krankheit entscheidend erweitert:

- Gesundheit wurde erstmals nicht nur als körperliche Gesundheit beschrieben. Die WHO-Definition bezieht auch die psychische und soziale Dimension des Menschen mit ein, wodurch gleichzeitig neben körperlichen auch psychische und soziale Faktoren zur Entstehung von Krankheit beitragen können.
- Gesundheit wurde nicht mehr nur allein durch objektive Faktoren bestimmt, sondern umfasste mit der Formulierung „Wohlbefinden" auch das subjektive Erleben von Gesundheit bzw. Krankheit und ermöglichte so, Gesundheit und Krankheit als Kontinuum mit ineinander übergehenden, fließenden Übergängen zu betrachten.
- Die Sichtweise wandelte sich von einer krankheitsbezogenen zur gesundheitsbezogenen Perspektive: Gesundheit wurde hier unabhängig von Krankheit und in einer positiven Formulierung definiert.

Die Definition der Weltgesundheitsorganisation blieb nicht unumstritten. Kritisiert wurde vor allem, dass ein „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens" angesichts der Lebenssituation der Mehrheit der Weltbevölkerung zu unrealistisch bzw. utopisch sei. Strenggenommen könne nach dieser Definition kaum ein Mensch als gesund gelten.

Dennoch setzte sie entscheidende Impulse für einen Wandel des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses, das stärker gesundheitsbezogen, umfassend und das subjektive Erleben einbeziehend sein sollte. Die Prävention, d. h. das Vorbeugen und Verhindern von Krankheit, sowie die Gesundheitsförderung, d. h. die Erhaltung und Entwicklung von Gesundheit, erhielten einen hohen Stellenwert.

Merke: *Die Definition der WHO von 1946 führte zu einer verstärkten Ausrichtung auf den Begriff „Gesundheit", wodurch Prävention und Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert im Gesundheitswesen erhielten. Sie bezieht neben dem subjektiven Erleben auch die physische, psychische und soziale Dimension des Wohlbefindens ein.*

Dieser Wandel zeigt sich z. B. in der Definition der Pflege des International Council of Nursing (ICN): „Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse, Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung (Advocacy), Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik, sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung" (ICN 2010, Übersetzung durch DBfK).

Auch im deutschen Krankenpflegegesetz von 2003 heißt es in § 3:

„(1) Die Ausbildung […] soll […] fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankhei-

ten vermitteln. Die Pflege […] ist 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. […] (Ausbildungsziel)“ (BGBl. I 2003 Nr. 36).

Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation sind hier als Aufgabengebiet der beruflich Pflegenden verankert. Hierdurch werden neue Aufgaben an die Pflegepersonen herangetragen, beispielsweise die Beratung pflegebedürftiger Menschen hinsichtlich gesunder Ernährung.

1.5.4 Salutogenetisches Modell

Die Schwerpunktsetzung der WHO, weg von der Krankheit und hin zur Gesundheit, hat sich auch in den neueren Erklärungsmodellen zur Entstehung von Krankheit niedergeschlagen. Einer dieser Ansätze geht auf den amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurück, der 1987 sein Modell der „Salutogenese“ vorstellte. Der Begriff „Salutogenese“ stammt aus der griechischen Sprache und bedeutet übersetzt „Entstehung von Gesundheit“.

Schon mit der Bezeichnung seines Ansatzes macht Antonovsky deutlich, dass es ihm mit seinem Modell nicht um die Erklärung der Entstehung von Krankheit, der Pathogenese, sondern um die Erklärung der Entstehung von Gesundheit, d. h. der Salutogenese, geht.

Er konzentriert sich auf die Frage: Wie entsteht Gesundheit bzw. welche Faktoren sind daran beteiligt, dass ein Mensch seine Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum beibehalten bzw. an den Pol „Gesundheit“ annähern kann?

Hier wird deutlich, dass Antonovsky Gesundheit und Krankheit nicht als zwei Zustände versteht, die sich gegenseitig ausschließen, wie es beispielsweise im biomedizinischen Modell der Fall ist. Er betrachtet Gesundheit und Krankheit als dynamischen Prozess, der zwischen den beiden Polen „sicher gesund“ und „sicher krank“ eine Reihe von ineinander übergehenden Zwischenbereichen aufweist.

Ebenso konzentriert sich sein Ansatz nicht auf „krank machende“ Risikofaktoren, sondern auf „gesund machende“ Bewältigungsmöglichkeiten, die er auch als Gesundheitsfaktoren oder „Copingressourcen“ bezeichnet.

Das Modell der Salutogenese besteht aus vier zentralen Konzepten: Kohärenzgefühl, Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stressoren und Spannungszustand und den generalisierten Widerstandsressourcen (**Abb. 1.4**).

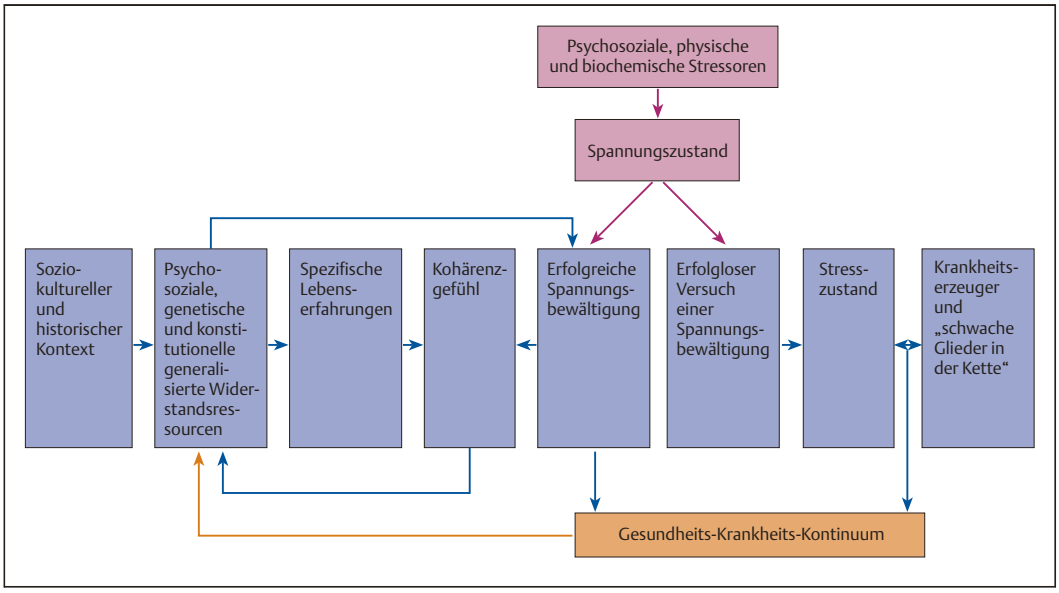


Abb. 1.4 Vereinfachte Darstellung der Gesundheitstheorie nach Antonovsky

Kohärenzgefühl

Als Kohärenzgefühl bezeichnet Antonovsky eine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber. Es kann als eine Art Zuversichtlichkeit oder Vertrauen eines Menschen darauf beschrieben werden, dass Ereignisse im Lebenslauf erklärt, als Herausforderungen eine Auseinandersetzung wert sind und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt werden können.

Das Kohärenzgefühl besteht aus drei wesentlichen Komponenten: dem Gefühl der Verstehbarkeit (kognitive Komponente), dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (kognitiv-emotionale Komponente) und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (motivationale Komponente). Als Gefühl der Verstehbarkeit beschreibt Antonovsky die Fähigkeit von Menschen, Reize, die aus der Umwelt auf sie einströmen, als geordnete und strukturierte Informationen zu verarbeiten. Die Überzeugung eines Menschen, Schwierigkeiten grundsätzlich lösen zu können, bezeichnet er als Gefühl der Handhabbarkeit. Dieses Gefühl hängt eng mit dem Wahrnehmen und Erkennen eigener Ressourcen – auch sozialer Art – zur Problembewältigung zusammen. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit betrachtet Antonovsky als entscheidende Komponente des Kohärenzgefühls. Es drückt das Ausmaß aus, in dem ein Mensch das eigene Leben als emotional sinnvoll empfindet, und ermöglicht die Betrachtung auftretender Schwierigkeiten eher als Herausforderung denn als Belastung.

Das Kohärenzgefühl nimmt seiner Meinung nach entscheidenden Einfluss auf den Gesundheits- und Krankheitszustand eines Menschen. Je stärker es ausgeprägt ist, desto eher ist ein Mensch in der Lage, auf Ereignisse und Schwierigkeiten flexibel zu reagieren, da er hilfreiche Ressourcen aktivieren kann. Entsprechend wird er Anforderungen an seine Person weniger als Belastungen bzw. Stressoren empfinden. Das Kohärenzgefühl bildet sich in der Auseinandersetzung mit den Erlebnissen und Erfahrungen aus, die ein Mensch während seines Lebens macht.

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky betrachtet Gesundheit und Krankheit als gegenüberliegende Pole eines Kontinuums, auf dem sich ein Mensch entweder näher zum Pol Gesundheit oder zum Pol Krankheit einordnet. Gesundheit und Krankheit sind in seiner Vorstellung also keine Zustände mehr, die sich gegenseitig ausschließen. Vielmehr ist die Position auf dem Kontinuum veränderbar und jeder Mensch trägt gleichzeitig gesunde und kranke Anteile in sich. Er ist also zu einem bestimmten Zeitpunkt entweder dem Pol Gesundheit oder dem Pol Krankheit näher bzw. weiter entfernt.

Stressoren und Spannungszustand

Physikalische, biochemische und psychosoziale Faktoren wirken als Stressoren auf den Menschen ein und erzeugen einen Spannungszustand. Eine erfolgreiche Spannungsbewältigung hat nach Antonovsky eine gesundheitserhaltende bzw. sogar gesundheitsfördernde Wirkung, da diese Erfahrung sich positiv auf das Kohärenzgefühl auswirken kann. Kann ein Mensch den Spannungszustand nicht bewältigen, entsteht eine für ihn belastende Situation, die – je nach Ausmaß – zur Schwächung der körperlichen Gesundheit führen kann.

Das Kohärenzgefühl eines Menschen kann einerseits helfen, Stressoren als neutral, also nicht bedrohlich zu bewerten, andererseits trägt es dazu bei, situationsangemessen und auf die Lösung des Problems ausgerichtet zu reagieren.

Generalisierte Widerstandsressourcen

Neben dem Kohärenzgefühl nehmen laut Antonovsky auch generalisierte Widerstandsressourcen eines Menschen Einfluss auf die Bewältigung eines Spannungszustandes. Hierzu rechnet er u. a. körperliche Faktoren, Intelligenz, finanzielle Möglichkeiten, soziale Unterstützung und kulturelle Eingebundenheit. Sie können in den unterschiedlichsten Situationen und Lebensereignissen wirksam werden und erhöhen die Widerstandsfähigkeit eines Menschen.

Merke: *Der salutogenetische Ansatz ist ein Erklärungsmodell für die Entstehung von Gesundheit. Gesundheit wird als Ergebnis einer erfolgreichen Spannungsbewältigung betrachtet. Hieran sind maßgeblich das Kohärenzgefühl eines Menschen, das zur Aktivierung und Auswahl der geeigneten Ressourcen beiträgt, und die generalisierten Widerstandsressourcen beteiligt.*

Relevanz hat dieser Ansatz für die beruflich ausgeübte Pflege in erster Linie dadurch, dass er den Stellenwert der Ressourcen eines Menschen für seine Gesundheit verdeutlicht.

Dies verstärkt einerseits die Notwendigkeit, Ressourcen in die Pflege eines Menschen einzubeziehen, mit dem Ziel, zu seiner Gesundheit beizutragen. Andererseits wird hierdurch auch der pflegebedürftige Mensch selbst in die Pflege einbezogen, wodurch er lernt, selbst zu seiner Gesundheit beitragen zu können. Pflegepersonen sollten Menschen in schwierigen Situationen auch beim Erkennen vorhandener Ressourcen unterstützen.

Auf diese Weise kann das Selbstbewusstsein des betroffenen Menschen gestärkt und somit indirekt auch zur Ausbildung eines höheren Kohärenzsinns beigetragen werden.

Gleichzeitig kann die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit als Kontinuum und nicht als statische, starre Zustände für die Pflege wertvolle Impulse geben. In das Verständnis von Gesundheit und Krankheit geht auf diese Weise eine individuelle Komponente ein. Beide Begriffe werden so nicht mehr ausschließlich von der medizinischen Diagnose bestimmt, sondern vielmehr vom Erleben des betroffenen Menschen und seiner Einschätzung der Lebensqualität.

Pflegerisches Handeln erweitert sich so auf unterstützende Maßnahmen, die die Stärkung der eingeschränkten bzw. bedingten Gesundheit zum Ziel haben. Dies ist vor allem für Menschen von Bedeutung, die von einer chronischen Einschränkung ihrer Gesundheit betroffen sind.

Bei der Pflege dieser Menschen sind vor allem beratende Fähigkeiten der Pflegepersonen gefragt, beispielsweise in Bezug auf die spezielle Ernährung oder die sportlichen Aktivitäten, die zu einer hohen Lebensqualität auch bei einer dauerhaft eingeschränkten Gesundheit beitragen.

Zusammenfassung:
Moderne Sicht von Gesundheit und Krankheit

- *Definition der WHO: Starke Betonung der Gesundheit; Prävention und Gesundheitsförderung als Teil der Pflege.*
- *Salutogenetisches Modell: Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums; Gesundheit als Ergebnis erfolgreicher Spannungsbewältigung; Kohärenzgefühl und Widerstandsressourcen ermöglichen Spannungsbewältigung.*
- *Aufgabe der Pflege: Ressourcen aufdecken, Vertrauen des Menschen in eigene Fähigkeiten fördern, indem er aktiv in seine Pflege einbezogen wird und so selbst etwas für seine Gesundheit tun kann.*

Fazit: *Der Begriff „Pflegen" findet im Alltag vielfältige Verwendung. Daher ist es notwendig, die beruflich ausgeübte Pflege von den anderen Formen der Pflege klar abzugrenzen. Das wird maßgeblich durch die von verschiedenen pflegerischen Berufsverbänden verfassten Berufsbilder unterstützt, die Aufgaben und Verantwortungsbereich der Pflegeberufe näher beschreiben.*

Beruflich ausgeübte Pflege erfolgt gegen Bezahlung und setzt eine erfolgreich abgeschlossene Berufsausbildung in der Alten-, Gesundheits- und Kinderkranken- oder Gesundheits- und Krankenpflege voraus, in der die für die Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen erworben wurden. Sie erfolgt theoriegeleitet auf der Basis der Erkenntnisse der Pflegewissenschaft und ihrer Bezugswissenschaften.

Für den Begriff „Pflege" finden sich bei den verschiedenen Pflegetheoretikerinnen und -theoretikern zahlreiche Definitionen, die sowohl vom zugrunde gelegten Menschenbild als auch vom Gesundheits- und Krankheitsverständnis beeinflusst werden. Beide wirken sich sowohl auf die Pflegewissenschaft als auch auf die Pflegepraxis und das Pflegeverständnis aus.

Lange Zeit waren die naturwissenschaftlich-mechanistische Sichtweise vom Menschen und das biomedizinische Modell von Krankheit allein bestimmend für die Ausübung medizinischer und pflegerischer Arbeit. Die einseitige Ausrichtung auf die Entstehung, Erklärung und Behandlung von Krankheit sowie das Verständnis von Krankheit als rein körperlicher Störung wird zunehmend kritisiert. In jüngerer Zeit werden hier starke Impulse für eine integrative Sichtweise, d. h. den konsequenten Einbezug psychischer und sozialer Einflüsse auf die Gesundheit bzw. Krankheit

eines Menschen, sowie eine stärkere Betonung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation gesetzt. Wegbereiter für diesen Wandel war die bereits 1946 von der Weltgesundheitsorganisation formulierte Definition von Gesundheit, mit der Gesundheit erstmalig positiv, d. h. nicht in Bezug zur Krankheit, beschrieben wurde. Eine konsequente Weiterführung dieses Ansatzes vertritt der Medizinsoziologe Antonovsky in seinem salutogenetischen Modell, in dem er der Frage nach der Entstehung von Gesundheit nachgeht, Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums darstellt und Faktoren beschreibt, die Menschen unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten.

In der Pflege zeigt sich der Wandel des Menschenbildes und des Gesundheits- und Krankheitsverständnisses in der Ausrichtung auf eine patientenorientierte, umfassende und individuelle Pflege des Menschen. Sie hat u. a. Konsequenzen für die Ausrichtung der Arbeitsorganisation sowie den Einbezug psychosozialer und emotionaler Aspekte in die Pflege und verlangt die Anpassung regelgeleiteter Vorgehensweisen auf die individuelle Situation eines pflegebedürftigen Menschen und seiner Bezugspersonen. Die stärkere Ausrichtung auf gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Bereiche pflegerischen Handelns findet sich auch in den neuen Berufsgesetzen der Altenpflege von 2003 und den Berufen in der Krankenpflege von 2004 wieder, in denen diesen Bereichen deutlich höhere Ausbildungsanteile als bisher zukommen. Nicht zuletzt schlägt sich dies auch in den geänderten Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Kinderkranken- bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ nieder.

Literatur:

Adler, R. H. et al. (Hrsg.): Uexküll. Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Aufl. Elsevier Urban&Fischer, München 2012

Antonovsky, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie)-Verlag, Tübingen 1997

Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Pflegefachkräfte-Berufsordnung). Hamburgisches Gesetz- und Verordnungsblatt Nr. 43, 2009, S. 339–340

Bischoff, C.: Zum Ganzheitsbegriff in der Pflege. In: Krüger, H., G. Piechotta, H. Remmers: Innovation der Pflege durch Pflegewissenschaft. Perspektiven und Positionen. Altera-Verlagsgesellschaft, Bremen 1996, S. 103ff

Blättner, B., H. Waller: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung, 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 2011

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussion und Stellenwert. Köln 2001

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Definition der Pflege - International Council of Nurses ICN. Online: www.dbfk.de

Deutscher Pflegerat e. V. (Hrsg.): Rahmenberufsordnung. Berlin 2004

Dielmann, G.: Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Mabuse, 3. Aufl. Frankfurt am Main 2013

Fawcett, J.: Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Verlag Hans Huber, Bern 1999

Franke, A.: Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Aufl. Hogrefe, Bern 2012

Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Hogrefe, Bern 2014

Hurrelmann, K., O. Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Aufl. Beltz Juventa, Weinheim 2016

Jacob, C.: Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Verlag Hans Huber, Bern 2004

Klemperer, D.: Sozialmedizin, Public Health, Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3. Aufl. Hogrefe, Bern 2015

Müller, E.: Leitbilder in der Pflege. Eine Untersuchung individueller Pflegeauffassungen als Beitrag zu ihrer Präzisierung. Verlag Hans Huber, Bern 2001

Müller, E.: Pflegewissenschaft und Naturwissenschaften. Kritische Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis als Ausgangspunkt zu seiner Neubestimmung. Pflege 12 (1999) 35

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. Bleicher, Gerlingen 1996

Rogers, M.: Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung. Lambertus, Freiburg i.B. 1995

Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier Urban & Fischer, München 2012

Steppe, H.: Pflegemodelle in der Praxis. 2. Folge: Virginia Henderson. Die Schwester/Der Pfleger 29 (1990) 584

Uexküll, Th. von: Was weiß die Medizin vom Menschen? In: Rössner, H. (Hrsg.): Der ganze Mensch. Aspekte einer pragmatischen Anthropologie. dtv 1986

Uexküll, Th. von, W. Wesiack: Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, 2., durchgesehene Aufl., Urban und Schwarzenberg, München 1991

Waller, H.: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis, 6. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart 2007

Wydler, H. u. a. (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes, 4. Aufl. Juventa, Weinheim 2010

Im Internet:

www.deutscher-pflegerat.de; Stand: 22. 06. 2017

www.dbfk.de; Stand: 22. 06. 2017