

Einführung und Aufbau des Buchs

In diesem Buch geht es um Gesundheit und darum, was die Pflegeberufe dazu beitragen können, damit die Menschen gesund bleiben. Traditionell unterstützen Pflegende die Menschen im Zustand der Krankheit, d. h. sie arbeiten zumindest in den deutschsprachigen Ländern vorwiegend in den kurativen Versorgungsbereichen. Prävention und Gesundheitsförderung sind eher neue Aufgabenfelder, die sich nicht nur an Patienten, sondern auch an gesunde Menschen richten. Sie beziehen sich auch weniger auf das Individuum wie in der Krankenpflege, sondern vermehrt auf Gruppen und Gemeinschaften. Als Oberbegriff für die präventive Gesundheitsarbeit mit Bevölkerungsgruppen hat sich auch in den deutschsprachigen Ländern der angelsächsische Begriff „Public Health“ durchgesetzt. Wörtlich übersetzt heißt das „Öffentliche Gesundheit“. Diese Bezeichnung trifft aber nicht den eigentlichen Aufgabenbereich, der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie folgt beschrieben wird: *„Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society“* (WHO 1951).

Public Health umfasst also allgemein die Lehre, die Forschung und die Praxis der Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Bevölkerung. In den USA hat dieser interdisziplinäre Arbeitsbereich eine lange Tradition und vor über hundert Jahren wurde dort auch der Begriff „Public Health Nursing“ geprägt, mit dem die Arbeit der Pflege im Bereich der Volksgesundheit bezeichnet wurde. Die Wandlungen dieses Begriffs und die Vielfalt der pflegerischen Arbeitsbereiche, die damit bezeichnet werden, sind Thema dieses Buchs. Die Entwicklung von Public Health Nursing in Deutschland wird in engem Zusammenhang mit der Notwendigkeit des Ausbaus von Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen diskutiert. Pflege wird in diesem Buch verstanden als ein in sich differenziertes System aus Pflegenden, Pflegeinstitutionen und Pflegewissenschaft, welches sich auf dem Weg der Veränderung befindet und bereit ist, sich den Herausforderungen von Public Health unserer heutigen Zeit zu stellen.

Gesundheit ist in jeder Gesellschaft ein Leitthema. Und dieses Thema wird nie nur von humanitären Grundüberzeugungen getragen, sondern immer auch politischen, wirtschaftlichen und lobbyistischen Zwecken zugeordnet. Wie krank oder wie gesund die Menschen in einer Gesellschaft sind, hängt in erster Linie von den wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen ab. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie Bildungs-, Umwelt- und Ernährungsfortschritte sind die wesentlichen Motoren für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung.

Public Health ist entsprechend ein Aufgabenbereich, der weit über das Tätigkeitsspektrum der Gesundheitsberufe hinausweist. Dass aber heute und zukünftig auch die Gesundheitsberufe nicht mehr nur kurieren sollen, sondern

weitaus mehr als bisher public-health-bezogene Aufgaben übernehmen müssen, wird von allen gesundheitspolitischen Gremien sowohl auf nationaler als auch internationaler Ebene gefordert. Die rein kurative Konzentration vieler Gesundheitsdienstleister reicht nicht aus, um den heute vorherrschenden Erkrankungen zu begegnen. Trotz der vielen eindrucksvollen Behandlungserfolge der modernen Medizin werden die Krankheiten nicht weniger, sondern mehr. Das lässt sich besonders eindrucksvoll an der Entwicklung der Diabetes-Morbidität aufzeigen. Im Jahr 2004 wurde bei mehr als sechs Millionen Deutschen ein Diabetes Typ 2 diagnostiziert. Verglichen mit 1988 ist es zu einem Anstieg der Diabetesfälle um 54 Prozent gekommen (Hauner 2006).

Chronische Erkrankungen beeinträchtigen aber nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen, sondern sie führen auch zu weiter steigenden Ausgaben bei den Sozialversicherungen. Ohne wirksame Gegensteuerung ist die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesamten Sozialversicherung gefährdet. Diese bedrohliche Situation erfordert eine Umorientierung in Deutschland vom bisher rein kurativ orientierten Gesundheitswesen mit medizinischer Dominanz hin zu einer nachhaltigen Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung überall dort, wo Menschen leben, lernen, spielen und arbeiten. Deshalb herrscht zwischen den Sozialversicherungsträgern, den Vertretern der Gesundheitswissenschaften und der Gesundheitspolitik weithin ein Einvernehmen über die Notwendigkeit, das System der Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen und zu verbessern und dabei insbesondere mehr Gewicht auf eine multidisziplinäre Zusammenarbeit zu legen (Sachverständigenrat, Gutachten 2005). Konzepte und Strategien für eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung wurden in den letzten zehn Jahren auch in Deutschland ausreichend entwickelt.

Der Grund für die gleichwohl schleppende Entwicklung in diesem Bereich ist das Fehlen eines „einmütigen Handelns“ (Rosenbrock 2004, S. 151). Es fehlen daher auch gesetzliche Grundlagen, die deutlich machen, dass die beteiligten Institutionen wirklich Veränderungen in unserem Gesundheitssystem wollen. „Wenn es ernst wird“, so Rosenbrock, Gesundheitswissenschaftler und Mitglied des Sachverständigenrats, „haben Maßnahmen der oder Ausgaben für die kurative Versorgung gute Chancen, Prävention dagegen wesentlich weniger“ (ebd. S. 151).

Das hängt nicht mit der größeren Wirksamkeit kurativer Interventionen zusammen, sondern mit den erheblichen wirtschaftlichen Interessen, die hinter dem kurativen Medizinsystem stehen. Mit Prävention, speziell der Primärprävention, lässt sich wesentlich weniger Geld verdienen als im Geschäft mit der Krankheit. Prävention und Gesundheitsförderung erfordern auf der strukturellen Ebene Investitionen zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse und auf der personalen Ebene die Verstärkung interaktionsintensiver Maßnahmen, die als Dienstleistungen Geld kosten, aber der Pharmaindustrie und der medizinischen Gerätetechnik nichts bringen. Zudem sind die Ärzte und mit ihnen die anderen Gesundheitsberufe und natürlich auch die Patienten auf schnelle Erfolge trainiert. Man geht zum Arzt oder ins Krankenhaus, damit man möglichst schnell gesund wird, und nicht um zu hören, dass man kürzer treten oder seinen Lebensstil verändern sollte. Für die Medizin und weitgehend

auch für die Pflege gilt, dass die Rettung von Menschenleben immer oberste Priorität hat, und da kurzfristige Lösungen Vorrang vor Nachhaltigkeit haben, bleibt für Vorsorge und Fürsorge nicht mehr viel übrig.

Das vorliegende Buch soll die Pflegeberufe ermutigen, die Handlungsfelder Prävention und Gesundheitsförderung zu erobern und dort eigene Ansätze zu verfolgen. Die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen hat die Pflege als eigenständigen Versorgungsbereich in den Hintergrund gespielt. Sie wurde zu einem medizinischen Hilfsberuf und hat lange Zeit keine eigenen Konzepte entwickelt. Aus dieser Position ist sie inzwischen auch in Deutschland herausgetreten. Mit der Einrichtung von fast 50 pflegeorientierten Studiengängen in den 90er-Jahren wurden die Voraussetzungen für eine eigenständige Professionalisierung geschaffen. Seither melden sich Pflegewissenschaftlerinnen, Pflegeexpertinnen und Pflegepraktikerinnen zunehmend mit spezifischen Beiträgen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu Wort (z. B. bei Expertenstandards). Dabei werden die Überschneidungen traditionell pflegerischer Arbeitsbereiche u. a. mit Prävention und Gesundheitsförderung immer wieder deutlich. Die demographischen, sozialstrukturellen und medizinischen Veränderungen erfordern diese Erweiterung des Berufsprofils. Das wird in der Pflegepraxis, der Pflegewissenschaft und der Pflegeorganisation deutlich. Auf all diesen Ebenen werden die Räder zu mehr Prävention und Gesundheitsförderung durch die Pflegeberufe angestoßen:

1. **In der täglichen Pflegepraxis:** Kranken- und Gesundheitsschwestern arbeiten in Deutschland in der Regel mit einzelnen Patienten, manchmal auch mit deren Angehörigen. Ihre Kernaufgabe ist in der Praxis nach wie vor, für kranke/pflegebedürftige Menschen tätig zu sein. Allerdings stehen hier nicht mehr die akut erkrankten Patienten im Zentrum, sondern überwiegend chronisch kranke Patienten, deren Pflege andere pflegerische Konzepte und ein anderes pflegerisches Vorgehen verlangt. Pflegenden unterstützen die Patienten und ihre Angehörigen dabei, mit den Folgen einer Krankheit so gut wie möglich umgehen zu lernen. Dass Gesundheitsschäden bei angemessener Gesunderhaltung häufig vermeidbar gewesen wären, diese Erfahrung machen Pflegenden bei ihrer Arbeit immer wieder. Aus diesem Grund haben sie zur Prävention viel beizutragen.
2. **Bei der Aufarbeitung der eigenen Professionsgeschichte:** Die Aufarbeitung der Professionsgeschichte der Pflege zeigt, dass Public Health Nursing, Gemeindepflege, Volksgesundheitspflege – so uneindeutig diese Begriffe auch verwendet werden – immer ein Bestandteil der pflegerischen Profession waren, vielleicht sogar ihr Ausgangspunkt. Pflege war vor der Vereinnahmung durch die Medizin ein eigenständiger Versorgungsbereich mit vielen vorsorgenden und fürsorgenden Anteilen auch außerhalb der Krankenhäuser. In den USA und den angelsächsischen Ländern ist „Community Health Nursing“ im Sinne von „Caring For Populations“ auch heute ein zentraler Arbeitsbereich der Pflege.
3. **Durch die Etablierung der Pflegewissenschaft:** Die Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland spricht eindeutig für ein erweitertes Aufgabenverständnis der Pflege. Es wurden typische Bedarfskonstellationen in der Pflege herausgestellt, die präventive, anleitende und versorgungssteuernde Funktionen der Pflege erfordern. Die Pflegewissenschaft verfolgt dabei in der

Entwicklung neuer Konzepte bewusst eine Umorientierung von der bloßen Defizit- (bzw. Krankheits-) hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung. Neue public-health-relevante Pflegekonzepte werden aber bisher in der Gesundheitspolitik kaum wahrgenommen. Das hängt mit der mangelnden politischen Durchsetzungsmacht der Pflegeberufe zusammen. Trotz wissenschaftlicher Expertise besetzen Pflegende noch zu selten strategisch bedeutende Positionen.

4. **Durch die Europäisierung:** In den Ländern der Europäischen Union, die ein staatliches Gesundheitssystem haben, übernehmen Pflegende in der primären Gesundheitsversorgung sehr differenzierte public-health-orientierte Aufgaben. Im Zuge der Europäisierung und der Öffnung der Arbeitsmärkte sind die pflegerischen Aufgabengebiete auch in diesen public-health-relevanten Tätigkeitsbereichen zukünftig aneinander anzupassen. Zudem macht auch die WHO Vorgaben für die Erweiterung der Aufgabenbereiche der Pflegeberufe speziell im ambulanten Bereich, die von den Gesundheitsministerien der einzelnen Länder aufgenommen werden.
5. **Durch die neue Gesetzgebung:** Seit 2004 ist das neue Krankenpflegegesetz in Kraft. Darin heißt es: Die Ausbildung soll „(...) dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln (...)“ und weiter: 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“ (§ 3 Abs. 1 KrPflG). Auch im neuen Gesetzentwurf der Pflegeversicherung (SGB XI) sind Maßnahmen der primären Prävention als Leistung der Pflegeversicherung vorgesehen.

Die genannten Entwicklungen verlaufen parallel und bedingen sich zum Teil gegenseitig. Sie machen deutlich, dass die Pflegenden nicht nur zahlenmäßig eine starke Berufsgruppe sind: Kompetenzerweiterung und Verantwortungsübernahme kennzeichnen die neue Professionalisierungsentwicklung in der Pflege. Damit bekommt die Erklärung der WHO-Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in Europa, die im Sommer 2000 in München stattfand, endlich auch in Deutschland entsprechendes Gewicht:

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

Wir sind der Überzeugung, dass den Pflegenden und Hebammen im Rahmen der gesellschaftlichen Bemühungen um eine Bewältigung der Public Health Herausforderungen unserer Zeit sowie bei der Sicherstellung einer hochwertigen, allen zugänglichen Gesundheitsversorgung eine Schlüsselrolle zufällt, die zudem immer wichtiger wird“ (WHO 2000).

Damit sind nochmals die zwei Aufgabengebiete angesprochen, die relevant sind für die Pflege und Public Health:

1. *„System- bzw. Versorgungsgestaltung, wenn es um die Sicherstellung einer hochwertigen, allen zugänglichen Gesundheitsversorgung geht;*

2. *Gesundheitsförderung und Prävention, wenn es um die Herausforderungen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung geht*“ (Brieskorn-Zinke 2004, S. 331).

Selbstverständlich ist Public Health ein interdisziplinäres Aufgabenfeld, in dem viele unterschiedliche Berufsgruppen Aufgaben haben und entsprechend kooperieren müssen. Dazu ist es wichtig, die spezifischen Beiträge, Ansatzpunkte und Kompetenzbereiche der einzelnen Berufsgruppen zu differenzieren, wie das zum Beispiel Peter Franzkowiak kürzlich für die Soziale Arbeit getan hat (Franzkowiak 2006). Ich habe in diesem Buch das pflegespezifische des interdisziplinären Aufgabengebiets Public Health herausgearbeitet. Dabei habe ich mich vor allem mit den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigt, also mit den pflegespezifischen Beiträgen zur Verhütung von Krankheiten, Pflegebedürftigkeit und institutioneller Abhängigkeit, und mit den pflegespezifischen Beiträgen zur Förderung von Gesundheitspotenzialen in unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Die Beiträge der Pflege zur System- bzw. Versorgungsgestaltung treten in diesem Buch in den Hintergrund (beispielhaft dazu Schaeffer 2005, Höhmann 1999 und 2002).

Ich arbeite seit fast zwanzig Jahren in der Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Pflegenden, in den letzten Jahren als Professorin für Gesundheitswissenschaft im Pflegestudium. Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung sind Arbeitsgebiete, die mich immer noch begeistern. Sie fordern und fördern Kreativität, Engagement sowie Denken und Handeln in gesellschaftlichen Zusammenhängen. Über Gesundheit in ihren unterschiedlichen Ausprägungen nachzudenken, Risiken präventiv anzugehen, Ressourcen zu entdecken, die zur Gesundheit beitragen, und Menschen zum gesundheitsförderlichen Handeln zu motivieren, das ist nicht nur wichtig für unser Gesundheitswesen, sondern vor allem auch eine befriedigende pflegerische Aufgabe.

Das vorliegende Buch wird stark von einer Forschungsstudie bestimmt, die ich vor drei Jahren durchführte. Dort wurden europaweit unterschiedliche Handlungsfelder public-health-orientierter pflegerischer Arbeit erkundet.

Als Teilnehmerin einer Arbeitsgruppe zur Erstellung eines länderübergreifenden Curriculums „Public Health For Nurses“ machte ich die Erfahrung, dass die Diskussionen durch erhebliche Differenzen in der Begriffsbildung in den verschiedenen EU-Staaten erschwert wurden.

Der Ausgangspunkt meiner Studie war es, diese Differenzen zu erfassen und zu klären, welche Unterschiede ihnen in der public-health-orientierten Praxis einzelner EU-Staaten zugrunde liegen. Ziel war es auch, diesem pflegerischen Arbeitsfeld mehr Kontur zu geben und darüber hinaus Anregungen für die weitere Ausgestaltung in Deutschland zu bekommen. Beide Ziele bestimmen auch die Inhalte dieses Buchs.

Im ersten Kapitel geht es um die Entwicklungslinien von Public Health und Pflege in Europa. Begriffliche Abklärungen werden vorgenommen, um darauf aufbauend Traditionslinien von Public Health Nursing aufzuzeigen. Des Weiteren werden neuere Entwicklungen vor allem aus den Ländern mit eher staatlichen Gesundheitswesen vorgestellt. Diese Einführung in Konzepte von Public Health Nursing bewegt sich hauptsächlich auf der programmatischen Ebene.

Wie wir sehen werden, sind Programme aber häufig nur Erklärungen oder Leitlinien, die Arbeit vor Ort wird von den jeweiligen Programmen häufig nicht erfasst.

Deshalb bezieht sich das zweite Kapitel auf Praxisprojekte aus verschiedenen Ländern. Dieses Kapitel ist das Herzstück des Buchs, da hier Pflegende zu Wort kommen. Sie berichten von ihrer täglichen Arbeit und von Projekten, die zeigen, wie Pflege Public Health Nursing praktiziert, an welche Bevölkerungsgruppen sie sich wendet und wie kreativ Pflegende Prävention und Gesundheitsförderung umsetzen. Da diese Praxisbeispiele die Vielfältigkeit pflegerischer Arbeit in und außerhalb von Krankenhäusern sehr gut widerspiegeln und ganz konkret pflegerische Ansätze zur Gesundheitsförderung aufzeigen, sollen sie auch als „models of good practise“ dienen. Ihnen werden im Anschluss Übungsaufgaben zugeordnet, die die Leser dazu anregen sollen, public-health-orientiertes Denken praxisbezogen zu üben.

Während die ersten zwei Kapitel public-health-orientierte Pflege in Europa thematisieren, konzentriert sich das dritte Kapitel auf die Situation in Deutschland. Hierzulande sind die Begriffe Prävention und Volksgesundheitspflege durch den Nationalsozialismus historisch belastet. Zudem haben wir eine spezifische Situation in der Professionalisierungsentwicklung der Krankenpflege, weshalb wir nicht nahtlos an die Entwicklungen im europäischen Raum anknüpfen können. Das Kapitel zeigt auf, wie und wo sich Public Health und Pflege in Deutschland begegnen und in welchen Bereichen pflegerische Gesundheitsförderung und Prävention bei uns stattfinden und ausgebaut werden können.

Das vierte Kapitel ist weitgehend ein konzeptionelles Kapitel. Es werden die Kompetenzerfordernisse public-health-orientierter Arbeit herausgestellt und auf pflegerische Arbeitsbereiche bezogen. Damit soll verdeutlicht werden, was Public Health Nursing ist bzw. sein könnte und wie sich dieser Tätigkeitsbereich von der herkömmlichen Pflege unterscheidet. Anhand dieser Vorschläge zur Erweiterung des Profils der Pflegeberufe in Deutschland werden dann auch die entsprechenden Ausbildungserfordernisse aufgezeigt. Eine kurze Zusammenfassung rundet die gewonnenen Erkenntnisse ab.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit habe ich – wenn es um Männer und Frauen geht – auf Doppelnennungen verzichtet. Ich verwende sowohl die männliche als auch die weibliche Form ausschließlich, meine aber die jeweils andere mit.