

Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege – Das Bewusstsein der
Pflegerinnen für deren Notwendigkeit und die erforderlichen Kompetenzen zur
Umsetzung

Inhalt

Einführung

- 1 Gesundheitsförderung in den Pflegetheorien**
- 2 Krankenpflegegesetze**
- 3 Berufliche Realität**
- 4 Bewusstsein der Pflegerinnen über die Bedeutung von Gesundheitsförderung**
- 5 Kompetenzen**
 - 5.1 Psychosoziale und personale Kompetenzen**
 - 5.2 Kommunikative Kompetenzen**
 - 5.3 Fachliche Kompetenzen**
 - 5.4 Pädagogische Kompetenzen**
- 6 Konsequenzen für die Pflege**

Literaturverzeichnis

Kontakt: Barbara Heidecker
W. Kohlhammer GmbH
Lektorat Pflege
Heißbrühlstraße 69
70565 Stuttgart
barbara.heidecker@kohlhammer.de

Einführung

1973 formulierte der ICN in den „Ethischen Grundregeln für die Krankenpflege“: „Die Krankenschwester hat vier grundlegende Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.“ (Olbrich 1999, S. 116). Seit jeher war und ist es das Ziel der Pflege, eine bestmögliche Gesundheit der Patienten zu erreichen. Das war allerdings nie an der Berufsbezeichnung zu erkennen: Bis zum Jahr 2004 mit der Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes hießen die Pflegenden Krankenschwester/-pfleger. Dies hängt mit ihren Aufgaben zusammen, die sich auf kranke und hilfsbedürftige Menschen beziehen. Der Begriff Gesundheitspflege wurde bereits von Florence Nightingale im Zusammenhang mit Krankenpflege genannt und verweist auf das Anliegen, nicht nur die Kranken zu pflegen, sondern darüber hinaus einen eigenständigen professionellen Beitrag zur Gesundheit leisten zu wollen.

Schwester Olivia Gowan definierte 1944 Pflege folgendermaßen: „Pflege im weitesten Sinne kann als Kunst und als Wissenschaft definiert werden, die sich auf den ganzen Patienten bezieht – Körper, Geist und Seele – die seine seelische, geistige und physische Gesundheit durch Erziehung und Beispiele fördert, die Gesundheitserziehung und Gesunderhaltung ebenso betont wie Krankenversorgung, die sich um die soziale, geistige und physische Umgebung des Patienten sorgt und die der Familie und der Gemeinschaft ebenso Gesundheitsdienste anbietet wie dem einzelnen.“ (Brieskorn-Zinke 1996, S. 66).

Durch den Wandel der Medizin in eine Naturwissenschaft auf empirisch-technischer Grundlage nahm der akademisch gebildete Ärztestand eine führende Stellung ein, und alle anderen Berufe im Gesundheitswesen wurden der Kategorie Heilhilfsberufe zu- und damit nachgeordnet (Müller 1994, S. 14). Die Reaktion der Pflege auf die zunehmend naturwissenschaftlicher werdende Medizin führte zum Umbruch traditioneller Pflegevorstellungen und spiegelt sich in der Entwicklung eigener konzeptioneller und aufgabenorientierter Pflegemodelle wider, die sich dadurch von der naturwissenschaftlichen Medizin abgrenzen, indem sie psychosoziale Dimensionen von Krankheit und die daraus ableitbaren interaktiven pflegerischen Aufgabenbereiche betonen. Seitens des Generaldirektors der WHO wurden der Pflege bereits 1985 in Bezug auf den Prozess der Gesundheitsversorgung wichtige Veränderungen vorausgesagt: „Die Rolle der Krankenschwestern wird sich ändern, mehr von ihnen werden aus den Krankenhäusern in das Alltagsleben gehen, wo sie dringend gebraucht werden. Sie werden mehr zu Hilfsquellen für die Menschen als die Ärzte, indem sie sich aktiver um die Gesundheitserziehung der Bevölkerung kümmern (...)“ (Mahler 1985, in: Brieskorn-Zinke 2006, S. 95). Bisher jedoch scheint zumindest die praktische Pflege in den Kliniken den Konzepten der Gesundheitsförderung nicht sehr nahezustehen.

Ende der 70er und in den 80er Jahren entstanden in Deutschland viele Initiativen und Aktionen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Grund dafür war die Erkenntnis, dass kurative Maßnahmen allein nicht mehr ausreichen, die inzwischen dominierenden chronischen Erkrankungen wirksam zu bekämpfen, und dass die entstandene

Kostenentwicklung ein Umdenken in der Gesundheitspolitik bedeuten muss. Als zuständige Berufsgruppen der Gesundheitsförderer nennt Trojan die Präventivmedizin, Psychologen, Erwachsenenbildner (z. B. Volkshochschulen), Spezialisten im Bereich der Sportwissenschaft bzw. die Ökotrophologie. Die Pflege wird bei ihm diesbezüglich überhaupt nicht erwähnt (Trojan 2002, S. 257).

1 Gesundheitsförderung in den Pflegetheorien

Gesundheitsförderung ist ein Denk- und Handlungsansatz, der ganz konkrete Veränderungen zu mehr Menschlichkeit im Umgang mit Gesundheit und Krankheit möglich macht und als grundlegende Philosophie für Veränderungen im Gesundheitswesen von vielen Menschen mit den unterschiedlichsten Wertvorstellungen, religiösen und politischen Orientierungen akzeptiert wird. Das Gesundheitsmotiv kann im privaten, professionellen und gesellschaftlichen Bereich vielleicht als die „letzte integrative soziale Klammer“ angesehen werden (Göpel 1994 in: Brieskorn-Zinke 2006, S. 5). Die große strukturelle Bedeutung der Pflege bei der Prävention und Gesundheitsförderung ist unbestritten. Pflege wird auch heute noch als ganzheitliche, personenbezogene Dienstleistung definiert (Winter/Kuhlmey 2002, S. 266).

In der Pflegewissenschaft sind die Ideen der Gesundheitsförderung fest verankert. Das allgemeine und übergeordnete Ziel moderner Pflegemodelle ist es, zur größtmöglichen Gesundheit des einzelnen Patienten und seiner Umgebung beizutragen. Dabei werden Akzente sowohl auf den Patienten als auch auf seine Umgebung (Angehörige, Freunde, Umfeld, spezifische Situation) gelegt. Während die Medizin ihren Schwerpunkt auf die Heilung von Krankheiten gerichtet hat, sieht die Pflege – zumindest in den Pflegetheorien – ihre Aufgabe wieder neu in der Gesundung und Gesundheit der ihr anvertrauten Patienten. Prävention und Gesundheitsförderung sind damit zentrale und selbstverständliche Aufgabengebiete der Krankenpflege.

Allen Pflegemodellen gemeinsam ist

- ∅ die Betrachtungsweise des Menschen als Ganzheit, die mehr und anders ist als nur die Summe seiner Teile,
- ∅ die Betonung des Zusammenhangs zwischen Mensch und Umwelt in seinen Auswirkungen auf Gesundheit und Heilung im weitesten Sinn,
- ∅ die Betonung der persönlichen Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten,
- ∅ die Betonung der nichtmedizinischen Anteile der menschlichen Fürsorge,
- ∅ die Unterstützung von Gesundheit und Wohlbefinden und
- ∅ die Überzeugung, dass Pflege etwas anderes ist als Medizin und beide sich ergänzen (nach J. Watson in: Brieskorn-Zinke 1996, S. 67).

Pflegemodelle beschreiben mit unterschiedlichen Akzenten, was zur Unterstützung der Gesundheit wichtig ist, und sie dienen den Pflegenden zur Handlungsorientierung.

Es genügt nicht mehr, wenn sich die Pflege nur auf die Bewältigung von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit konzentriert, sie muss auch im Sinne von health promotion die Förderung vorhandener Ressourcen der Patienten umfassen (Winter/Kuhlmey 2002, S. 266).

Pflegerisches Handeln beinhaltet gesundheitsfördernde Momente und Möglichkeiten, und Gesundheitsförderung wird als grundlegende Aufgabe und unverzichtbarer Bestandteil professioneller Pflege begriffen. Diese Auffassung findet sich wieder in verschiedenen pflegetheoretischen Ansätzen: Bei Roper, Logan und Tierney (ATL) und Krohwinkel (AEDL) wird die beratende und anleitende Funktion der Pflegekräfte betont. D. Orem geht es um das eigenverantwortliche Handeln in unterschiedlichen Situationen, zu dem die Pflege die Menschen befähigen soll. Aktivierende Pflege wird auch vom Pflegeversicherungsgesetz aufgegriffen.

Jedoch darf der gesellschaftliche Anspruch an die Pflegeberufe, die Patienten stärker zu gesundheitsförderndem Verhalten zu veranlassen, keinesfalls die Förderung der Gesundheit der Pflegepraktiker ausschließen. Professionelle gesundheitsfördernde Pflegepraxis muss sowohl personal- als auch patientenorientiert sein. Die körperliche und/oder psychische Gesundheit vieler Pflegenden ist angegriffen. Die Erforschung der Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe führte zu dem Ergebnis, dass diese die Gesundheit der Pflegenden negativ beeinflussen. Die Pflege benötigt Gesundheitsförderung bezogen auf die Gesundheit ihrer eigenen Berufsgruppe, sowohl Gesundheitsbildung (gesundheitliche Selbstbildung) als auch die Gestaltung gesunder Arbeitszusammenhänge. Gesundheitsförderung bedeutet für die Pflege Professionalisierung und Empowerment im Sinne von Bildung, Unterstützung von Selbstwert, Eigenständigkeit, Kommunikationsfähigkeit und berufspolitischer Kompetenz.

2 Krankenpflegegesetze

Kommen wir zurück auf die vier grundlegenden Aufgaben der Pflege, die der ICN formulierte: Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Wiederherstellung der Gesundheit und Linderung von Leiden. Jeweils zwei Bereiche befassen sich mit Gesundheit bzw. mit Krankheit. Krankenpflege bewegt sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit und ist beiden verpflichtet. Auch die pflegerischen Tätigkeiten beziehen sich auf beide Bereiche und sind entweder kurativ (Pflege von Wunden, Verabreichung von Medikamenten, Überwachung von Vitalzeichen) oder eher präventiv (Körperpflege, Mobilisation, Ernährung, Information, Aufklärung etc.).

Sind diese vier Bereiche den Pflegenden eigentlich im einzelnen bewusst? Folgende Aufgaben sind ihnen laut Krankenpflegegesetz vorgegeben: Im Gesetz von 1985 sollte die Ausbildung laut § 4 (Ausbildungsziel) den Pflegenden Kenntnisse „zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln“. Ein Schwerpunkt der Ausbildung sollte auf „die sach- und fachkundige, umfassende, geplante

Pflege des Patienten“ gerichtet sein, ein weiterer auf die „Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“. Bei der Pflege in der Klinik ist die Mitwirkung bei der Heilung von Krankheiten selbstverständlich. Verhütung erstreckt sich auf unterschiedliche Prophylaxen (Pneumonie, Dekubitus, Thrombose etc.). Das Erkennen ist eher Sache des Arztes, jedoch sollen Pflegende in der Ausbildung auch zur Beobachtung und Wahrnehmung „des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen“ (Kurtenbach et al. 1998, S. 8) geschult werden. Wie weit wird das im Krankenhaus beachtet? Man sorgt im allgemeinen dafür, dass der Patient nicht allzu vielen störenden Einflüssen ausgesetzt ist, zumindest solange es nicht den Tagesablauf durcheinanderbringt. Es herrschte – zum Teil bis heute – die Sitte, morgens kurz nach 6 Uhr durch die Patientenzimmer zu gehen, das Licht anzuschalten, die Patienten zu wecken, sie aufstehen zu lassen, damit die Betten gemacht werden können. 5 min später legen sich die Patienten wieder hinein und versuchen weiterzuschlafen. Welchen Sinn macht diese Maßnahme, außer bei Patienten, die rechtzeitig für Operationen oder Untersuchungen bereit sein sollen, oder deren Vitalwerte häufig gemessen werden müssen? Es kann nicht unbedingt sehr gesundheitsförderlich sein, zumal da vermutlich nicht nur den Patienten der Sinn dieser Maßnahme unklar bleibt.

In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des Krankenpflegegesetzes von 1985 wird im Themenbereich „Hygiene und medizinische Mikrobiologie“, der insgesamt 120 Stunden umfasste, auch auf das Thema „Gesundheit und ihre Wechselbeziehungen“ eingegangen. Hier erscheinen Zusammenhänge wie Gesundheit und Lebensalter, Gesundheit in der Arbeits- und Umwelt, Gesundheitserziehung, -vorsorge, Früherkennung von Krankheiten und Gesunde Lebensweise (Kurtenbach et al. 1998, S. 32). Gesundheitsvorsorge und Prävention sind in diesem Gesetz ansatzweise als Aufgaben für die Pflege vorgesehen. Es wäre möglich, dass sie das Bewusstsein der Pflegenden beeinflussen, und dass viele Pflegenden sie zu ihren Aufgaben rechnen.

Das seit 01.01.2004 gültige Krankenpflegegesetz geht weiter, was die Gesundheitsvorsorge und Prävention als Aufgaben der Pflege betrifft. Eine Änderung betrifft die Berufsbezeichnung: Von der einseitigen krankheitsbezogenen Sicht wird abgesehen, die ehemalige Krankenschwester heißt von nun an Gesundheits- und Krankenpflegerin. Im § 3 heißt es zum Ausbildungsziel: „Die Ausbildung ... soll ... Kompetenzen ... zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ Soweit klingt es ähnlich wie das vorherige Gesetz, jedoch wurden aus Kenntnissen bereits Kompetenzen. Des Weiteren soll diese Ausbildung zum einen nach dem „allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen“ vermitteln. Zum anderen soll die Pflege „unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen“ ausgerichtet sein (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36). Hier wird nun ein deutlicher Schwerpunkt auf Prävention und Gesundheitsförderung gelegt. Vermutlich

aufgrund der demographischen Entwicklung wurde die Notwendigkeit für die Vermittlung dieser Themen erkannt. Sie galt es nun in die aktuellen Curricula zu implementieren, und es wird sich zeigen, ob sich dadurch das Bewusstsein der Pflegenden für Prävention und Gesundheitsförderung verändern wird.

3 Berufliche Realität

Zunächst soll aufgezeigt werden, wie sich die berufliche Realität darstellt, in welcher sich Krankenpflege abspielt. Sie befasst sich vor allem mit der Krankheitsbewältigung. Es bleibt wenig Raum und Voraussetzungen für präventives Handeln wie Gesundheitserziehung, -beratung und -förderung. Pflegerisches präventives Handeln steht im engen Kontext zur Medizin und ist somatisch und krankheitsorientiert. Es hat meist wenig mit aktivem Handeln für die Gesundheit zu tun und bezieht sich auf das Verhüten von Schlimmerem bei krankheitsbedingter Immobilität. Denken und Handeln in der Pflege werden von Krankheitsorientierung und -bewältigung dominiert, Gesundheitsorientierung und -förderung sind noch nachrangig.

Der Pflege mangelt es an gesundheitsrelevantem Wissen; in der Regel besteht bei Pflegenden mehr Wissen über Krankheiten als über Gesundheit (Brieskorn-Zinke 2006, 12 f.). Sie werden in der Ausbildung und Praxis bisher derart von Krankheiten in Anspruch genommen, dass sie – im Dienst der Medizin – den Blick auf die Gesundheit fast verloren haben. Pflegende arbeiten jedoch als Professionelle so, dass sie ihre Persönlichkeit mit allen Gefühlen und Lebensvorstellungen mit einbringen, denn Pflege ist auch Beziehung. In diese fließt neben fachlichem Können auch das individuelle Selbstverständnis bzw. Selbstideal der Pflegenden mit ein. Deshalb wäre es interessant zu betrachten, wie sich die Pflegenden zu den Themen Krankheit und Gesundheit stellen.

Pflege bezieht sich auf Menschen, die sich zwischen Gesundheit und Krankheit bewegen, die nie nur krank oder nur gesund sind. Gesundheit und Krankheit sind dynamische Größen ohne deutliche Trennung. In der theoretischen Weiterentwicklung der Pflege spielt die Gesundheit eine wesentliche Rolle. Veränderungsprozesse zeigen sich beispielsweise in der Offenheit und dem Bewusstsein für eine ganzheitliche Betrachtungsweise und Integration der gesamten Lebenswelt (Juchli 1991, S. 18).

Die Gründe dafür, dass Prävention und Gesundheitsförderung im Pflegealltag eine noch eher untergeordnete Rolle spielen, können nicht allein der Pflege zugeschrieben werden:

- ∅ Die Menschen, die in stationäre Einrichtungen kommen, sind in der Regel bereits krank. Prävention im traditionellen Sinn sollte jedoch eher beim Gesunden ansetzen.
- ∅ Das deutsche Gesundheitssystem ist mehrheitlich ein Krankheitssystem. Im Vordergrund steht die Identifikation und Beherrschung von Krankheiten. Die gesamte medizinische Organisation ist auf die kurative Behandlung von Krankheiten konzentriert und nicht auf die Gesundheitsförderung des Patienten und seiner Umgebung.

- Ø Die Krankenpflege ist – ganz in diesem Sinn – in Theorie, Ausbildung und Praxis hauptsächlich auf Krankheiten konzentriert und nicht auf Gesundheit, sie ist weitgehend ein medizin- und arztorientierter Beruf. Daraus entstanden einerseits eine technik- und krankheitsorientierte Spezialisierung der Krankenpflege, andererseits eine wachsende Demotivation und ein relativ hoher Krankenstand bei den Pflegenden.
- Ø In der Pflege fehlen noch weitgehend Kenntnisse über Bedingungen und Möglichkeiten von Gesundheit, da in der Pflegeausbildung die Gesundheitswissenschaften bislang eine untergeordnete Rolle spiel(t)en. Gesundheitsbezogene Themen und Fragen der Gesunderhaltung und Gesundheitsversorgung machten bis 2004 nur rund 20 % der theoretischen Ausbildung der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege aus.
- Ø Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt die Arbeitsbelastung der Pflegenden bei gleichzeitig verkürzter Verweildauer der Patienten, steigenden Fallzahlen und abnehmenden personellen Ressourcen (Stagnation des Vollzeitpflegepersonals) zu. Die Pflegekräfte können sich nur noch auf das Nötigste konzentrieren.
- Ø Das Berufsfeld der Pflege erfährt eine teilweise Entleerung: Zugunsten rein funktionsorientierter Tätigkeiten werden oft spezifische Aufgabenbereiche der Pflege wie die Beratung von Patienten und Angehörigen aus dem Arbeitsprofil ausgegliedert. Auch werden zunehmend notwendige Handlungsspielräume reduziert.
- Ø Gesundheitsförderung wird zwar pauschal als Teilgebiet der Pflege bezeichnet, aber es fehlt zum einen an klaren Vorgaben zur Konkretisierung und Präzisierung dieser Aufgabe, zum anderen existieren derzeit noch kaum gesicherte Konzepte für eine Gesundheitsförderung im direkten Patientenkontakt. Des Weiteren stoßen vorhandene pflegetheoretische Ansätze noch immer auf vergleichsweise geringe Resonanz in der Praxis.
- Ø In der Altenpflege wird oft eher passivierende als aktivierende Pflege praktiziert.
- Ø In der stationären Alten- und der ambulanten Pflege sind Tendenzen in Richtung Deprofessionalisierung erkennbar: Die Zahl der gering oder nicht qualifizierten Arbeitskräfte ist im Vergleich zum Pflegefachpersonal überproportional gestiegen.
- Ø Im Gegensatz zum gesundheitspolitischen Slogan „ambulant vor stationär“ konzentrierte sich vor Inkrafttreten des Krankenpflegegesetzes 2004 die Qualifikation von Pflegefachkräften noch auf die stationäre Versorgung. Dadurch entstand ein Defizit der Spezialisierung im Rahmen der gemeindeorientierten Gesundheitsfürsorge.
- Ø Gesundheitsfördernde Pflege ist selten in institutionalisierte Programme eingebunden. Auch ist die Vernetzung der ambulanten Pflege mit kommunalen Entwicklungsstrategien noch nicht sehr weit fortgeschritten.
- Ø Die pflegerischen Mitarbeiter zählen zu den gesundheitlich gefährdetsten Arbeitnehmergruppen. Pflegenden sind vergleichsweise häufiger von körperlichen Beschwerden und Reaktionen psychischer Beanspruchung betroffen als Vertreter anderer Berufsgruppen. Die durchschnittliche Verweildauer im Pflegeberuf beträgt weniger als 10 Jahre bzw. durchschnittlich 10 Jahre in der Altenpflege (Brandenburg

2006). Gründe sind u. a. zu hohe Arbeitsbelastung, hohe psychische Belastung, zu geringer Lohn und ungünstige Arbeitszeiten (<http://weltgesundheitsstag.de/pdf/2006konferenzdoku.pdf>, eingesehen am 07.01.2007). Jedoch darf nicht übersehen werden, dass zu den „Aussteigern“ auch diejenigen zählen, die den Beruf zugunsten einer weiteren Qualifikation, wie z. B. eines Pflegestudiums, verlassen.

Wie sehen Pflegende die Möglichkeit, trotz Belastungszuwächsen den Krankenhausaufenthalt eines Patienten zugleich auch zur weiterführenden (Gesundheits-)Beratung zu nutzen? Im Folgenden werden Ergebnisse der Studie „Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext“ aufgeführt, die Jacob zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden durchgeführt hat (Jacob 2004). Es wurden 412 Fragebogen ausgewertet, die von Pflegenden in mehreren Berliner Kliniken ausgefüllt wurden.

75 % der Befragten nutzen häufig die Zeit während der Grundpflege, um gleichzeitig gesundheitsberatende Informationen weiterzugeben. Etwa die Hälfte verzichten – offenbar vorrangig aus zeitlichen Gründen – auf konsequente, gesundheitsorientiert integrierende Arbeitsweise. Eine Hälfte fasst das Thema Gesundheitsförderung als zusätzliche Arbeit auf, etwa 50 % können gesundheitsfördernde Beratung und Anleitung ohne erheblichen Zeitaufwand sinnvoll in alltäglich wiederkehrende Handlungen integrieren.

Als weitere Schwierigkeit neben dem Zeitproblem wird die mangelnde berufliche Motivation durch Arbeitgeber bzw. Vorgesetzte gesehen. Die Hälfte vertritt Ansicht, dass Pflegedienstleitungen wenig bis keine gesundheitsfördernden Vorschläge bzw. Ideen zur Umsetzung ganzheitlich orientierter Pflege einbringen, und über 60 % schreiben es dem unzureichenden Motivationsgeschick ihrer Managementebene an, dass Gesundheitsförderung eher oberflächlich in der Pflege umgesetzt wird. Kongressen zum Thema Gesundheitsförderung wird im Gegensatz zu anderen Informationsquellen eine große Bedeutung zugeschrieben: Je seltener Pflegekräfte daran teilnehmen können, desto geringer ist ihre Kenntnislage auf diesem Gebiet

4 Bewusstsein der Pflegenden über die Bedeutung von Gesundheitsförderung

In wieweit ist den Pflegenden aber nun bewusst, dass nicht nur die Linderung von Leiden und die Wiederherstellung von Gesundheit zu ihren Aufgaben zählt, sondern auch die Krankheitsverhütung und die Gesunderhaltung? Die folgenden Ergebnisse sind wiederum der Studie von Jacob entnommen.

Auf die Frage nach ihrem Berufsverständnis, was Pflege für sie bedeute, fielen die Antworten folgendermaßen aus:

Für 56,2 % ist Pflege die Übernahme eingeschränkter ATLS. Diese Antwort erstaunt nicht, ist doch das Modell der 12 ATLS von Roper, Logan und Tierney spätestens seit Juchli und ihrem Pflegelehrbuch (in der 4. Auflage 1983 wurde anhand der 12 ATLS ein pflegerischer

Bezugsrahmen geschaffen) den meisten Pflegenden in Deutschland bekannt. Das hessische Curriculum wählte 1991 die 12 ATLS als theoretische Grundlage. Um die 50 % entschieden sich jeweils für „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „ein Teil der Heilkunde und Therapie“. Für fast 45 % bedeutet Pflege die gesundheitsfördernde Anleitung und Beratung.

Unter „Gesundheitsverhalten“ verstehen 77,7 %, die Gesundheit zu erhalten, 42,1 % das Gesundwerden. Eine eher pathogenetische Sichtweise wird deutlich bei über 60 %, die sich für die Krankheitsverhütung entscheiden. Krankheitsbekämpfung sehen nur knapp 39 % als Gesundheitsverhalten an.

Vielen Pflegekräften ist durchaus bewusst, dass sie mit geeigneten Maßnahmen das eigene gesundheitliche Wohlbefinden stützen und bewahren können. Jedoch ist sich anscheinend ein Großteil der Befragten nicht ausreichend darüber im klaren, dass auch in Perioden gesundheitlicher Einschränkungen ein unterstützendes Verhalten einen positiven Einfluss auf den Genesungsprozess haben und somit helfen kann, (schneller) wieder gesund zu werden. Bei vielen Pflegenden ist noch häufig ein Schwarz-Weiß-Denken zu finden: Entweder ist der Mensch gesund oder krank. Es findet sich wenig Raum für alternative gesundheitsabhängige Befindlichkeiten.

Jedoch ist es in gewisser Weise nachvollziehbar, dass salutogenes Gedankengut im täglichen Pflege- bzw. Krankenhausalltag noch eindeutig zu wenig Raum beansprucht. Antonowsky entwickelte sein Gesundheitsmodell erst 1979, das bedeutet bis heute einen vergleichsweise kurzen Zeitraum für die Etablierung dieses neuen gedanklichen Ansatzes.

Auch beeinflusste das Alter bei dieser Frage das Antwortverhalten. Besonders Pflegekräfte über 40 Jahre (37,4 % bei dieser Umfrage) werden bisher nicht oder nur wenig mit den Ideen der Salutogenese in Kontakt gekommen sein. Der Begriff „Gesundheitsverhalten“ wird mit Vermeidungsstrategien bekannter Risikofaktoren zur Verhütung von (Zivilisations-) Krankheiten gleichgesetzt. Jedoch sind salutogene Tendenzen erkennbar, die vermutlich eher durch jüngere Pflegekräfte in die Praxis integriert werden.

Was das individuelle Gesundheitsverhalten der Befragten betrifft, so betätigen sich trotz ausreichenden fachlichen Hintergrundwissens um gesundheitliche Zusammenhänge und Risikofaktoren die Hälfte der Pflegekräfte selten bzw. nie sportlich, und über ein Drittel ernährt sich nicht kalorienbewusst. Allerdings steigt das Cholesterinbewusstsein mit dem Lebensalter. Von den Befragten rauchen 56 % der Männer und 35,6 % der Frauen. Nicht zur Krebsvorsorge, Zahnarzt, Impfprophylaxe etc. gehen Männer zu 32,2 %, Frauen zu 10,5 %. Dennoch sind über 93 % der Meinung, dass die eigene Gesundheit weitgehend von einem selbst abhängt. Die gilt allerdings nur für die Befragten; dafür, dass die Patienten eine größere Eigenverantwortung für ihre Gesundheit haben, stimmen nur 56,2 %. Die Eigenverantwortlichkeit scheint demnach eher für Pflegenden als für Patienten zu gelten. Es bleibt unklar, ob die Pflegenden eher unzufrieden mit dem Verantwortungsbewusstsein vieler Patienten gegenüber ihrem eigenen Körper sind, oder ob sie glauben, dass vielen Kranken die dafür nötigen Kompetenzen fehlen.

Zum Grundverständnis des eigenen Berufsbilds befragt, sind über die Hälfte darüber informiert, dass eine umfassende Patienteninformation und -beratung zu ihren Aufgaben zählt. In vielen Pflegeleitbildern ist die individuelle Patienteninformation als wichtiger Punkt genannt.

Für knapp 45 % der Befragten ist die Beratung von Patienten und ihren Angehörigen Bestandteil ihrer täglichen Arbeit. Die größere Hälfte der befragten Pflegekräfte hat noch nicht genügend erkannt, welche bedeutende Rolle eine gesundheitsfördernde Beratung durch qualifiziertes (Pflege-) Personal spielt. Die Jüngsten waren am wenigsten bereit, den Beratungsaufgaben voll und ganz zuzustimmen, obwohl nach dem Krankenpflegegesetz von 1985 die Ausbildung zur „Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ (Kurtenbach et al. 1998, S. 8) dienen sollte. Daher wurde angenommen, dass eher Jüngere durch ihren aktuellen Kenntnisstand Beratungsaufgaben als originären Bestandteil der Pflege betrachten würden. Dass sie dennoch am wenigsten dazu bereit zu sein scheinen, könnte an der Unsicherheit junger Berufsanfänger liegen, „gestandene“, lebenserfahrene Menschen zu beraten und anzuleiten (Jacob 2004, S. 122).

37,1 % der Pflegenden sehen eine gesundheitsberatende Gesprächsführung als wichtigen Bestandteil ihres Berufs an, knapp 14 % sehen das gar nicht, möglicherweise befürchten sie, nur unzureichende Kompetenzen dazu zu besitzen.

Gespräche über Gesundheitsförderung im interdisziplinären Team werden eher selten geführt. Am ehesten werden Pflegenden von den Pflegeschülern darauf angesprochen, da Gesundheitsförderung inzwischen ein fester Bestandteil der theoretischen Ausbildung ist. Auch über die Hälfte der Pflegenden diskutiert im Pflegeteam über Gesundheitsförderung.

Die Einbindung von Angehörigen in den Genesungsprozess des Patienten wird von Pflegenden selten genutzt, obwohl dies sehr wichtig für eine langfristige Planung wäre, z. B. wenn aufgrund der Erkrankung Lebensstilveränderungen notwendig werden. Dabei ist die aktive Mithilfe des Partners oft entscheidend für dauerhafte Erfolgsaussichten. Scheinbar bestehen noch latente Vorurteile oder Ängste, die Angehörigen in den Pflegeprozess mit einzubeziehen. Als Gründe werden neben Zeitmangel ein geringes Interesse und das Gefühl unzureichender Kompetenz vermutet.

Ziel der folgenden Frage war die Erkundung der subjektiven Einstellung bzw. Vorbehalte zum integrationsfähigen Miteinander von Gesundheitsförderung **und** Pflegeberuf. Ist die Gesundheitsförderung ein zwingender Bestandteil des Pflegeberufs oder nur ein lästiges Anhängsel? Wie groß ist die Bereitschaft der Pflegenden, das möglicherweise ungeliebte Feld gesundheitsfördernder Beratung und Anleitung einer anderen Berufsgruppe zu überlassen? Knapp die Hälfte der Befragten haben kein Problem damit, dass Gesundheitsförderung von anderen Berufsgruppen wie Ärzten oder Physiotherapeuten durchgeführt wird. Die meisten dieser Hälfte befürchten eine zusätzliche Arbeitsbelastung im ohnehin schon ausgefüllten Stationsalltag. Nur knapp 40 % haben den gesellschaftlich-demographischen Weitblick und erkennen, dass trotz derzeit zunehmender Anforderungen gesundheitsfördernde Aspekte ein

unverzichtbarer Bestandteil von Pflege sind. Von allen Befragten jedoch wollen 52,8 % die Gesundheitsförderung der Pflege unter- bzw. zuordnen.

Als zuständig für gesundheitsberatende Gesprächsführung werden mehrheitlich die Ärzte gesehen. Das erstaunt wenig, da dies seit Ursprungszeiten zum ärztlichen Berufsbild gehört. Die Pflege folgt nach den Diätassistentinnen auf dem dritten Platz.

Knapp 80 % sind bereit, Patienten anzuleiten und bestimmte Pflorgetechniken mit ihnen einzuüben bzw. zu wiederholen. Hier sehen sie ihre Befugnisse und Kompetenzen.

Obwohl Pflegende noch eher zögern, Angehörige in den Pflegeprozess mit einzubeziehen, sehen sie dennoch mehr sich selbst als z. B. die Physio- und Ergotherapeuten für zuständig an, Angehörige anzuleiten. Interessanterweise sehen 20,9 % der Befragten die Angehörigenarbeit als Teil der Aufgaben von Pflegepädagogen an. Möglicherweise trauen sich die Pflegenden selbst keine ausreichenden pädagogischen Kompetenzen zu.

Ein wichtiger Bereich der Gesundheitsförderung ist die Suche nach Ressourcen bei den Patienten. Hier wird unterschieden nach chronischen und akuten Krankheitsverläufen.

Während fast alle Befragten das Aufspüren und den Einsatz von Ressourcen bei chronischen Erkrankungen für sinnvoll halten, sehen weniger als die Hälfte der Pflegenden bei akuten Erkrankungen einen Handlungsbedarf, obwohl auch hier oft (un-)mittelbare Zusammenhänge mit beeinflussenden System-Umwelt-Faktoren nachweisbar sind, und obwohl der Einsatz von Ressourcen auch sinnvoll zur Vermeidung von Rezidiven genutzt werden kann. Bei andauernder Krankheitssymptomatik wird erkannt, dass durch die Aktivierung gesundheitsfördernder Reserven der Krankheitsprozess durch Veränderungen des Lebensstils hinausgezögert bzw. aufgehalten werden kann.

Bezugspersonen haben für den Patienten eine hohe Bedeutung. Ohne deren aktive Einbeziehung und Überzeugung bleiben die Erfolgsaussichten nur von begrenzter Dauer. Dennoch haben neben medizinischen Befunden, Pflegeanamnese und Krankengeschichte des Patienten die Informationen des Lebenspartners über den Patienten einen eher geringen Stellenwert bei den Befragten. Viele Pflegenden vermeiden es, die Kommunikation mit den Angehörigen zu suchen.

Entscheidend für Beratungssituationen ist die Rolle, in welcher die Pflegenden den Patienten sehen. Pflegende, die den Patienten als mündigen, gut informierten Menschen begreifen, sind offenbar deutlich eher bereit, aufklärende Gespräche über gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen in ihre alltäglichen Pflegehandlungen zu integrieren.

Bemerken Pflegende, dass ein Patient mit seinem Körper recht sorglos umgeht, so wird das im Pflgeteam besprochen, über 85 % sprechen den Patienten darauf an, etwa ¼ reagiert gleichmütig, und nur 14,2 % suchen nach sozio-biographischen Daten, um diesem Verhalten auf den Grund zu kommen. Gründe für die geringe Zahl derer, die biographische Pflege einsetzen, liegen – wie schon öfters bemerkt – bei der mangelnden Zeit. Auch haben viele

Pflegende Vorbehalte, sich dem Lebenslauf des Patienten zu sehr zu nähern und damit seine Privatsphäre zu verletzen.

Zusammenfassend lässt sich über die allgemeine Bedeutung der Gesundheitsförderung für Pflegende feststellen, dass

- Ø nur etwa die Hälfte ausreichende Kenntnisse über ihre neue Aufgabe der umfassenden Patienteninformation und -beratung besitzt,
- Ø nur weniger als die Hälfte gesundheitsfördernde Anleitung und Beratung als Teil ihres Berufs betrachten,
- Ø für nur gut 1/3 der Befragten gesundheitsberatende Gespräche Bestandteil des Berufs sind,
- Ø das Anleiten und Einüben von Pflege Techniken von fast allen als originäre Pflege Tätigkeit gesehen wird,
- Ø Möglichkeiten berufsgruppenübergreifender Kontaktaufnahme bis jetzt weitgehend ungenutzt bleiben, was gegen eine echte Zusammenarbeit im therapeutischen Team spricht und eine ganzheitlich orientierte Pflege verhindert.

Die Einstellungen der Pflegenden zu gesundheitsfördernder Pflege lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Ø Die individuelle Bereitschaft, gesundheitsfördernde Pflegeinhalte als unverzichtbaren Bestandteil der eigenen beruflichen Tätigkeit zu begreifen, scheint eher noch unzureichend ausgeprägt. Knapp die Hälfte stellen sie sich als Aufgabe anderer Berufsgruppen vor, allerdings wurde ein Zusammenhang mit der Arbeitsüberlastung von Pflegenden aufgedeckt.
- Ø Gesundheitsberatende Gespräche sind eher von Ärzten und Diätassistenten als von Pflegenden zu führen.
- Ø 93,4 % sehen den Patienten als Hilfesuchenden in Beratungssituationen. Der Grund für diese einseitige Perspektive liegt vielfach in den historischen Wurzeln des Berufsstands.
- Ø Biographische Pflegeansätze werden kaum eingesetzt, allerdings wurde nachgewiesen, dass viele Pflegende Vorbehalte haben, die Privatsphäre des Patienten zu verletzen.
- Ø Die Bereitschaft zum bewussten Einbeziehen der patientennahen Angehörigen ist unzureichend ausgeprägt. Dadurch finden wertvolle Zusatzinformationen von Lebenspartnern eine eher geringe Aufmerksamkeit.
- Ø Positiv ist zu sehen, dass die kollegiale Kommunikation innerhalb des Stationsteams eine hohe Priorität hat. Eine intensivere Nutzung dieser Ressource bietet nützliche Hilfestellungen, um nachweislich vorhandene, individuelle Unsicherheiten auf dem Gebiet der (gesundheitsfördernden) Beratungskompetenz durch gemeinsame Ideensuche und -findung abzumildern. Doch auch hier lassen sich Diskrepanzen zwischen oft vorhandenem Wissen um die allgemeine Bedeutung von

Gesundheitsförderung einerseits und konkret angezeigten, praktisch-kommunikativen Umsetzungsstrategien andererseits feststellen.

5 Kompetenzen

Die Ergebnisse der o. g. Studie zeigen deutlich, dass das Bewusstsein der Pflegenden für Gesundheitsförderung zwar vorhanden, aber noch nicht sehr stark ausgeprägt ist bzw. noch relativ wenig im pflegerischen Alltag sichtbar wird. Jedoch lässt sich auch herauslesen, dass Pflegende gesundheitsfördernde Maßnahmen durchführen möchten, z. B. Beratungsgespräche führen, dass sie sich jedoch unsicher fühlen, da es ihnen – subjektiv oder objektiv – an den dafür notwendigen Kompetenzen mangelt. Der folgende Abschnitt stellt deshalb dar, welche Kompetenzen nötig sind, um Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt in den Pflegealltag integrieren zu können, und auf welche Weise sie zu erlangen sind.

Neben der fachlichen Kompetenz, die im Gesetz von 1985 gefordert ist, sollen die Auszubildenden in der Pflege nun auch soziale, methodische und personale Kompetenzen erlernen. Sie sollen lernen, Patienten und deren Angehörige zu beraten, anzulernen und zu begleiten (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36).

Gesundheitliche Selbstkompetenz ist eine wesentliche Voraussetzung zur Gesundheitspflege. Sie entwickelt sich mit der Ausbildung von Gesundheitsbewusstsein und der Fähigkeit zur sensiblen Wahrnehmung eigener Grenzen sowie dem Kennen lernen und der Anwendung von Möglichkeiten, diese Begrenzungen zu erweitern bzw., wo Erweiterung nicht möglich ist, sie zu akzeptieren. Die WHO betont zwei Dimensionen von Gesundheit: Die soziale dient der gesundheitsgerechten Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt, die persönliche bezeichnet die Vermittlung von notwendigen Kompetenzen für jeden einzelnen Menschen, damit er seine persönliche Gesundheit verbessern kann (Brieskorn-Zinke 2006, S. 23).

Die Stärkung der persönlichen Kompetenzen auf unterschiedlichen Ebenen ist ein zentraler Ansatz der Gesundheitsförderung in der Pflege. Es ist heute bekannt, dass gerade kranke und gesundheitsgefährdete Menschen ihre Erfahrungen nutzen und sich mithilfe konstruktiv begleiteter Lernprozesse aktiv mit ihrer Lebenswirklichkeit auseinandersetzen können. Dabei können sie nicht nur ihre gesundheitlichen Risiken mindern, sondern insbesondere ihre Fähigkeiten neu entdecken bzw. entfalten, um zu lernen, selbstbestimmend mit einer chronischen Erkrankung oder Einschränkung umzugehen. Der wesentliche Beitrag der Pflegenden besteht darin, diese Lernprozesse zu initiieren und zu begleiten. Dies beginnt bereits bei der Verbesserung der Körperwahrnehmung bis zur Lebensplanung und -gestaltung unter den Bedingungen einer chronischen Krankheit. Im Folgenden soll kurz auf verschiedene Ebenen eingegangen werden (vgl. Brieskorn-Zinke 2006, 99 f.):

- Ø **Ebene der Körperwahrnehmung:** Die Pflege hat in den letzten Jahrzehnten ein eher objekthaftes Verhältnis vieler Menschen zu ihrem Körper gefördert; Pflegende

schenkten vor allem Messwerten ihre Aufmerksamkeit. Das, was ein Mensch fühlte, wurde häufig zweitrangig. Durch die Vermittlung von Körpergefühl können Pflegende Gesundheit fördern. Nur wer selbst wahrnehmen und beurteilen kann, was ihm gut tut bzw. was ihn stört, kann eigene Entscheidungen treffen. Durch bewusste Ermutigung zur Körperwahrnehmung beim Waschen, bei Einreibungen, beim Lagern und Mobilisieren haben Pflegende spezifische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung.

- Ø **Psychisch-emotionale Ebene:** Hier geht es insbesondere um die konstruktive und professionell begründete Unterstützung bei der Bewältigung bestimmter kritischer Lebenssituationen, wie z. B. eine plötzlich auftretende akute Erkrankung, der Eintritt chronischer Gesundheitsprobleme oder von Pflegebedürftigkeit oder der Umgang mit den Folgen des Alters. Es sind die Pflegenden, welche die Folgen von Diagnose, Krankheit und Behandlung mit den Patienten und ihren Angehörigen bearbeiten. Hilfreich ist hier eine ressourcenorientierte Sichtweise. Patienten können dann ein besseres Verständnis für die Zusammenhänge entwickeln und möglicherweise ihre Erkrankung akzeptieren lernen. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, so gesund wie möglich mit Einschränkungen leben zu können.
- Ø **Kognitive Ebene:** Patienten benötigen medizinisch-pflegerisches Wissen zum Umgang mit einer Erkrankung und Unterstützung, sich mit dem Wissen darüber auseinander zu setzen und zu erkennen, wann sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Nötig ist die Weitergabe qualitativ guter Patienteninformationen und eine gezielte Aufklärung über verschiedene Alternativen. Pflegende sollten dabei Entscheidungsprozess und -findung anhand der Prioritäten und der individuellen Werte des Patienten zusammen mit ihm partnerschaftlich gestalten.
- Ø **Ebene der Fertigkeiten:** Damit sind Aufgaben wie Anleitung und Schulung gemeint, d. h. die Vermittlung bestimmter Verhaltensweisen und Techniken, die dem Patienten den selbstbestimmten Umgang mit krankheitsbedingten Einschränkungen ermöglicht. Während Schulungen auf konkrete Lernziele, meist spezielle Pflorgetechniken wie z. B. (Selbst-)Injektionen ausgerichtet sind, umfasst die Anleitung auch, Patienten zum rechtzeitigen Erkennen von Krisen und Notfallsituationen zu führen.
- Ø **Psychosoziale Ebene:** Dies umfasst die Förderung sozialer Kompetenz im dem Sinn, Hilfe geben und annehmen zu können, z. B. die Aufrechterhaltung und Nutzung sozialer Kontakte bei Lebenskrisen, Krankheit und Behinderung. Patienten und Angehörige sollen in Krankheitssituationen beraten werden, ihre Beziehung so zu stabilisieren, dass auch im Krisenfall eine gegenseitige Unterstützung möglich ist.

Seit dem Krankenpflegegesetz von 2004 rückt die Beratungstätigkeit stärker in den Mittelpunkt und erhält einen höheren Stellenwert. Betrachtet man jedoch den Aufgabenbereich der Pflege genau, so wird deutlich, dass in diesem Gesetz eigentlich kein neuer Anspruch an das Pflegehandeln formuliert wird, sondern eine für das pflegerische Handeln grundlegende Tätigkeit nur eine neue Bewertung erfährt. Mehrere Pflgetheoretikerinnen wie z. B. Orem, Peplau und Benner erwähnen beratenden Tätigkeiten explizit als Bestandteil des Pflegehandelns (Lauber 2004, S. 54 ff.). Beruflich ausgeübte

Beratung ist eine komplexe Tätigkeit, deren Umsetzung eine Vielzahl von Kompetenzen aus unterschiedlichen Bereichen erfordert, die vor allem durch Übung und Erfahrungslernen im praktischen Anwendungsbezug erworben werden können. Beruflich ausgeübte Beratung sollte zielorientiert, methodengeleitet (geplant) und in einem institutionellen Rahmen stattfinden. Es sollte keine zufällige Begegnung zwischen dem Ratsuchenden und dem Beratenden sein, sondern ein geplantes Vorgehen, bei dem bestimmte Beratungsziele durch den Einsatz spezieller Methoden erreicht werden sollen.

Beratung ist Hilfe zur Selbsthilfe. Sie erfolgt grundsätzlich ergebnisoffen. Der Berater übernimmt eine unterstützende und begleitende Funktion, der zu Beratende erhält oder behält seine Unabhängigkeit bzw. Verantwortung. Beratung ist ein interaktiver Problemlöse- und Beziehungsprozess zwischen einem ratsuchenden und einem beratenden Menschen. Sie geht über eine reine Informationsvermittlung hinaus. Sie setzt beim individuellen Problem eines Menschen an und hilft ihm, sich kritisch und reflexiv damit auseinanderzusetzen und die erhaltenen Informationen einzuordnen und für sich zu bewerten. Die Entscheidung trifft nicht der Berater, sondern der zu Beratende.

Um (gesundheitsfördernde) Beratungs- und Anleitungssituationen erfolgreich durchführen zu können, sind Fähigkeiten zur sicheren Gestaltung von Sozialkontakten unverzichtbar, z. B. kommunikative Fähigkeit, Kreativität, die Kompetenz zum Aufbau von Beziehungen und deren positive Nutzung für den Patienten (Jacob 2002, S. 144 f.). Strukturveränderungen im Gesundheitswesen werden weitere Aufgaben für die Pflegenden bringen (siehe die Unterschiede in den Krankenpflegegesetzen von 1985 und 2004). Inwieweit sind Pflegende für das umfangreiche Tätigkeitsfeld einer individuellen Patientenbetreuung vorbereitet, die es den Betroffenen erleichtern soll, Krankheitsprozesse besser zu verstehen, zu verarbeiten und letztlich zu akzeptieren?

Zur Bewältigung der anstehenden beruflichen Anforderungen sollten Pflegende mit entsprechenden Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen ausgestattet werden. Auf die für Beratungs- und Anleitungssituationen wichtigsten Kompetenzen soll hier eingegangen werden.

5.1 Psychosoziale und personale Kompetenzen

Pflegende, die Patienten beraten, benötigen eine gewisse Sicherheit im Handeln. Sie sollten genügend Selbstvertrauen und Mut besitzen, um angstfrei in Beratungssituationen hineinzugehen und sie durchführen zu können. Wichtig ist es, eine Vertrauensatmosphäre zu schaffen, in welcher sich Patient und Pflegekraft wohlfühlen. Dies kann beispielsweise durch eine angemessene Nähe bzw. Distanz zum Patienten geschehen, durch eine geeignete Räumlichkeit oder auch dadurch, dass die Pflegekraft dem Patienten zu verstehen gibt, dass sie Zeit für ihn hat. Die Fähigkeit zur Reflexion des eigenen Handelns ist – wie bei jeglichem Tun – auch hier notwendig. Die Haltung der beratenden Pflegeperson sollte glaubhaft und für den Patienten spürbar von Echtheit, Akzeptanz und einfühlsamen Verstehen geprägt sein (Lauber 2004, S. 61 f.).

Wie sieht es nun in der Realität damit aus? Wiederum sollen hier die Ergebnisse der Studie von Jacob betrachtet werden.

Von knapp der Hälfte der Befragten wird Pflege als zwischenmenschlicher Beziehungsprozess gesehen. Gut ein Drittel der Befragten scheint vermutlich aufgrund der engen Interpretation des Wortes „Beziehung“ nur zögernd bereit zu sein, den Pflegeprozess zugleich als ein (zeitlich befristetes) Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient zu betrachten, welches auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens basieren sollte. Bei Olbrich (Jacob 2004, S. 146) ist Pflege ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, der zugleich immer eine Interaktion beinhaltet. Es besteht ein Unterschied zwischen einer Subjekt-Objekt-Beziehung, die sich durch Einwegkommunikation darstellt, und einer intersubjektiven Beziehung, die Ausdruck einer hohen personalen Kompetenz ist. Knapp 13 % lehnen eine intersubjektive Vertrauensbasis für die (gemeinsame) Zusammenarbeit bei der Bewältigung des Krankheitsprozesses ab. Unklar bleibt, ob ihre Ablehnung wegen fehlender Sicherheit zur Gesprächsführung geschah oder eher aus Angst, die Privatsphäre des Patienten zu verletzen. Denkbar ist auch eine bewusste Vermeidung intersubjektiver Beziehungsprozesse im Pflegealltag und die Bevorzugung einer gewissen Distanz, um der emotionalen Ausbeutung bzw. einem burn out zu entgehen.

Kooperation und Empathie werden jeweils von über 80 % für wichtig erachtet. Viele Pflegenden sind bereit, sich in die jeweilige Situation des Patienten hineinzusetzen, wobei nicht deutlich wird, ob sie auch die entsprechenden Fähigkeiten dazu haben bzw. sie adäquat einzusetzen wissen. Die Hälfte derjenigen, denen Empathie sehr wichtig ist, nimmt spezifische Situationen wahr, um den Patienten Vorschläge zu gesundheitsfördernden Verhaltensänderungen bzw. zu aktivierender Selbstpflege zu unterbreiten. Das bedeutet, dass nicht alle Pflegenden, die der Empathie zustimmen, auch die Fähigkeit haben, sie situativ zu nutzen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur knapp die Hälfte der Befragten die Pflege als zwischenmenschlichen Beziehungsprozess auf intersubjektiver Ebene wahrnehmen, und dass Faktoren wie Kooperation und Empathie für die tägliche Arbeit als sehr wichtig eingestuft werden. Die psychosoziale Komponente der gegenseitigen Wahrung der Individualität wird von fast allen Befragten befürwortet. Für einen für beide Seiten Gewinn bringenden Gesprächsverlauf ist es nicht unerheblich, dem Gegenüber vorurteilsfreie Achtung entgegenzubringen.

5.2 Kommunikative Kompetenzen

Sie umfasst eine Reihe von Fertigkeiten, die wesentlich zum Aufbau und der Gestaltung der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Berater beitragen. Sie kann nur im konkreten Anwendungsbezug und unter Anleitung erlernt werden. Fertigkeiten, die das Erlernen dieser

Kompetenz erleichtern können, sind: präsent sein, beobachten, zuhören, reflektieren, sondieren, konkretisieren.

Weniger als ein Drittel der Befragten hält die Vermittlung sozialwissenschaftlicher Fachkenntnisse in der Pflegeausbildung für wichtig. Dabei sind gerade kommunikative Kompetenzen ein gutes Rüstzeug, um Beratungssituationen mit Patienten und Angehörigen individuell zu gestalten und spezifische Bedürfnisse herauszuhören. Mit einem vertieften sozialwissenschaftlichen und pädagogischen Detailwissen kann die Qualität der Patientenbetreuung erheblich beeinflusst werden (z. B. bei tiefergehenden Gesprächen nach dem Sinn des Lebens, spirituellen Bedürfnissen etc.). Kranke Menschen sind im allgemeinen äußerst empfänglich für ernstgemeinte Ratschläge, die dazu anregen, den eigenen Krankheitsprozess zu reflektieren und in positiver Weise mitgestalten zu können. Im Gegensatz zur breiten Zustimmung zu Kooperation und Empathie als notwendige Kompetenzen für die Pflege fällt sie bei der Frage nach der Bedeutung von Kenntnissen in Gesprächsführung auffallend zurückhaltend aus: Für knapp 60 % sind diese sehr wichtig, um Patienten motivierend beraten und anleiten zu können, über ein Drittel sprechen Kenntnissen in der Gesprächsführung nur eine mäßige Bedeutung für die Bewältigung alltäglicher Pflegeverrichtungen zu. Es zeigen sich deutliche Mängel in der gezielten Anwendung von Gesprächstechniken. Diese offensichtlichen Defizite, die für kommunikative Schwachstellen mit verantwortlich sind, lassen sich zum Großteil darauf zurückführen, dass etwa 2/3 der Befragten sozialwissenschaftliches Fachwissen als eher unbedeutende Bezugswissenschaft für den Pflegeberuf einstuft. Die überwiegende Mehrheit schätzt ihre kommunikativen Techniken als defizitär ein, ist sich aber des Stellenwerts des Kompetenzfaktors „Gesprächsführung“ für den Pflegeberuf bewusst. Unsicherheiten werden klar zum Ausdruck gebracht und erklären zumindest teilweise die Zurückhaltung gegenüber patientenberatenden Gesprächen sowie die Distanziertheit gegenüber der Einbeziehung der Angehörigen. In der Zukunft wird jedoch mehr denn je die Fähigkeit erwartet werden, sich auf die vorhandene kognitive Stufe des jeweilige Gesprächspartners einzustellen und damit zu einer wirklich adressatengerechten Gesprächsgestaltung beizutragen.

5.3 Fachliche Kompetenzen

Neben Kenntnissen über die Gestaltung der Beratungsbeziehung ist pflegerisches Fachwissen notwendig. Für Beratungsgespräche sind solide Kenntnisse in bezug auf den in der Beratung thematisierten Bereich der Pflege sowie ein aktuelles Pflegewissen unabdingbar. Bei eventuellen Wissenslücken sollte die Pflegeperson ihre eigenen Grenzen akzeptieren und bei Bedarf andere Spezialisten hinzuziehen.

Die Mehrzahl der Pflegenden nennt medizinisches Fachwissen als das, welches am ehesten die unmittelbare Qualität ihrer Pflegearbeit beeinflusst. Dieses Ergebnis lässt die aus der Geschichte traditionelle enge Verbindung von Medizin und Pflege erkennen. Auch die Analyse aktueller Pflegecurricula liefert den Beweis dafür, dass der theoretische Unterricht noch immer sehr stark medizinorientiert ausgerichtet ist.

Von immerhin 65 % der Befragten werden pflegewissenschaftliche Fachkenntnisse genannt, die Einfluss auf die Qualität ihres pflegerischen Handelns haben. Der Widerstand der Praxis, pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Pflegealltag zu implementieren, nimmt langsam ab. In wenigen Jahren wird man kaum mehr auf evidenzbasierte Pflege verzichten können. Auch aus ökonomischer Sicht nimmt man seit einiger Zeit Abstand von einem unkritischen und traditionsgeleiteten Verhalten. Pflegewissenschaftliche Studien können das Aufzeigen der Wirkungslosigkeit veralteter Pflegerituale unterstützen.

5.4 Pädagogische Kompetenzen

Die Notwendigkeit pädagogischen Fachwissens wird für eine qualifizierte Arbeit auf der eigenen Station als weitgehend belanglos eingestuft. Pflegende, die sich selbst als Vorbild für ihre Patienten sehen, sind eher von der Wichtigkeit pädagogischer Kompetenzen überzeugt. Deutlich mehr als die Hälfte können kein pädagogisches Konzept „Gesundheitsfördernde Pflege“ für die eigene Station erstellen und umsetzen; bei einer 2/3-Mehrheit sind signifikante Zusammenhänge mit defizitären Angeboten während der Ausbildung nachweisbar. Bei über einem Drittel der befragten Pflegekräfte scheint die in der heutigen Wissensgesellschaft unverzichtbare Schlüsselqualifikation der „Bereitschaft zum lebenslangen Lernen“ auf der Basis privatinitiiertem Weiterbildung nur geringgradig ausgeprägt – sowohl was die regelmäßige Lektüre von Fachzeitschriften betrifft als auch den gezielten Gebrauch von weiterführender Fachliteratur. Jedoch handelt es sich bei Nichtnutzern vielfach um Pflegekräfte, denen aufgrund ihrer familiären Situation evtl. die nötige Freizeit fehlt, um sich verstärkt individuell fortzubilden.

Mehr als die Hälfte der Befragten ist der Meinung, dass ihre Kolleginnen eher selten professionelle Lernmittel zur beruflichen Weiterentwicklung anwenden. Moderne Medien (Internet, PC-Programme) zur raschen Informationsbeschaffung für die neuesten beruflichen Erkenntnisse werden nur von gut 10 % der Befragten genutzt.

Aus dem Verhältnis der benötigten und der tatsächlich vorhandenen Kompetenzen bei Pflegenden hinsichtlich ihrer Aufgaben der Beratung und Anleitung kann folgendes Fazit gezogen werden (Jacob 2004, S. 185 ff.):

- Ø Gesundheitsbezogenes Professionswissen mit vermehrt salutogenen Inhalten muss systematisch vermittelt werden. Neben fachwissenschaftlichen sollten zunehmend grundlegende psychosoziale und pädagogische Kenntnisse und Fertigkeiten erlernt werden und sicher abrufbar sein, um auf vorhandene Bedürfnisse und Informationsdefizite von Patienten adressatengerecht eingehen zu können.
- Ø In die Pflegeausbildung müssen neue didaktische Wege und Methoden Einzug halten, um aus einem vielfach vorhandenen Passiv-Wissen ein aktiv verfügbares Wissenspotential zu machen, das ressourcenorientiert zur Verbesserung der Lebensqualität von (hilfebedürftigen) Menschen eingesetzt wird. Beispielsweise bietet

sich die Methode des Problemorientierten Lernens (POL) an mit dem Vorteil, dass zusammen mit sinnvoll gebündeltem berufs- und fächerübergreifenden Wissen sozialintegrative Elemente zunehmend den eigenständigen Kompetenzerwerb auf höheren taxonomischen Ebenen fördern. Bei beratenden Patientengesprächen stellt ein sicheres und gründliches Einschätzungsvermögen der jeweils praktizierten Lebensstilgewohnheiten eine wesentliche Voraussetzung dar, um individuell geeignete Gesundheitsempfehlungen aussprechen zu können.

- ∅ In den gesamten Verlauf der Ausbildung könnte ein curriculares Modul „Gesundheitsförderung“ integriert werden. Im Rahmen der Besprechung ausgewählter Krankheitsbilder sollte der salutogene Beratungsauftrag als primärer Bestandteil des Aufgabenspektrums von Pflegekräften kontinuierlich beleuchtet und immer wieder aufs neue wiederholt werden, damit am Ende der Ausbildung ein klar strukturiertes Bild bzw. Bewusstsein von Krankheit **und** Gesundheit steht.
- ∅ Selbsterfahrbares Lernen und schülerzentrierte, kreative Lehrmethoden helfen dazu, ein vertieftes Bewusstsein für die Bedeutung des Gesundheitsfaktors innerhalb des beruflichen Aufgabenbereichs der Pflege zu schaffen. Es muss vermehrt Verständnis und Aufmerksamkeit dafür geweckt werden, dass die Herausforderungen der professionellen Pflegearbeit nicht ausschließlich durch die kompetente Vermittlung von detailliertem Krankheitswissen zu bewältigen sind. Pflegenden sollten sich gleichzeitig damit vertraut machen, dass sie fachkundige Ansprechpartner für adressatengerechte Gesundheitsauskünfte mit den dafür erforderlichen Beratungskompetenzen sein werden.
- ∅ Da der Pflegeberuf auch kommunikationsintensiv ist, sollte eine anwendungsbezogenere Verknüpfung sozialwissenschaftlich-pädagogischer Unterrichtsinhalte mit biowissenschaftlichen und pflegerischen Inhalten stattfinden. Nur so bestehen Aussichten, dem demographisch begründeten Bedarf gesundheitsbezogener Dienstleistungen wirklich in einem qualitativ höheren Maß entsprechen zu können. Mehr fächerintegrierte Lernformen könnten die aufgezeigten Defizite der Pflegenden im kommunikativen Umgang mit den Patienten verringern. Damit bestünden gute Chancen, die in Zukunft dringend benötigten Fachkenntnisse wie beispielsweise Wahrnehmung, aktives Zuhören, Problemanalyse, Gesprächsführung, Rhetorik, Copingstrategien, Motivation und Kritikfähigkeit für den Dienstleistungsberuf Pflege qualitativ nutzbar zu machen.
- ∅ Pflege ist ein Beruf in einem zentralen Schnittstellenbereich. Daher wird eine frühzeitige, breit angelegte Ausrichtung zur multiprofessionellen Teamarbeit benötigt, die dazu befähigen soll, verfügbare berufliche Potentiale ohne gegenseitige Berührungängste auszutauschen, gemeinsame Zielvorgaben zu bündeln und Detailkenntnisse für eine individuelle Patientenbetreuung zugänglich zu machen. Berufsorientierte Vernetzungsstrategien dürfen nicht nur in der Grundausbildung vermittelt werden. Berufsübergreifende Kommunikation und Kooperation müssen verstärkt Einzug in die Fort- und Weiterbildung halten. Wenn sich der dadurch zu erwartende Kompetenzzuwachs bestätigt, könnte dies zu einer deutlichen

Verbesserung einer wirklich integrativen Zusammenarbeit im therapeutischen Team beitragen, die letztlich einer Qualitätssicherung bzw. -steigerung aller beteiligten Berufsgruppen zugute käme.

- Ø Langfristig können solche Schlüsselqualifikationen nur dann von den Auszubildenden erwartet werden, wenn die Lehrer selbst über breit gefächerte Kompetenzen sowie eine abwechslungsreiche Methodenvielfalt verfügen. Es stellt sich die grundsätzliche Frage, welches Qualifikationsniveau von hauptamtlich beschäftigten Lehrkräften an Pflegeschulen unter den heutigen Bedingungen als angemessen angesehen wird, damit nicht mehr zeitgemäße Lehrpfade verlassen und die Lehre modernen Erkenntnissen der Berufs- und Erwachsenenbildung angepasst werden kann. Neben einem pädagogisch weit gefassten fachdidaktischen Horizont ist tiefgreifendes Fachwissen gefragt, verbunden mit unverzichtbaren Sozialkompetenzen, welche die Persönlichkeit eines modernen Pädagogen prägen. Die Realisierung der modernen Lehreranforderungen scheinen am ehesten durch eine Lehrerausbildung im tertiären Bereich realisierbar zu sein.
- Ø Um zügig gesundheitsfördernde Angebotsleistungen verbessern zu können, ist es sinnvoll, auch langjährig berufserfahrenen Pflegekräften fachlich fundierte Zugänge zu patientenorientierten Beratungsmethoden zu gewähren und vorhandene salutogene, kommunikative und/oder pädagogische Defizite aufzuarbeiten. In den kommenden Jahren wird es vermehrt an Fachkräften mangeln, daher sollten Pflegekräfte klare Signale mit verbesserten horizontalen und vertikalen Bildungschancen erkennen können, auch um das noch immer bestehende Negativ-Image des typischen „Sackgassenberufs“ zu entkräften.
- Ø Fort- und weitergebildete Pflegende zeigen sich bei der Umsetzung neuer (gesundheitsfördernder) Ideen deutlich aufgeschlossener und motivierter. Deshalb sollte es trotz knapper finanzieller Ressourcen im Sinne des kundenorientierten Wettbewerbs möglich sein, auch seitens des Arbeitgebers bzw. des Pflegemanagements spürbare Impulse zu setzen. Kostenfreundliche, innerbetriebliche Fortbildungsmaßnahmen könnten für zahlreiche Mitarbeiter den ersten Einstieg in aktuelle Fachthemen bieten. Bei Pflegenden noch beliebter sind arbeitgeberfinanzierte Weiterbildungslehrgänge, die es den betreffenden Mitarbeitern erlauben, sich über einen längeren Zeitraum mit ausgewählten Inhalten vertraut zu machen und sich mit gleichgesinnten Berufskollegen auszutauschen. Dabei ist es von Vorteil, dass die meist sehr motivierten „Rückkehrer“ durch ihren zeitweiligen arbeitsplatzbezogenen Abstand neue, kreative Ideen in das eigene Arbeitsteam tragen.

6 Konsequenzen für die Pflege

Um Problemfelder künftig effizienter im Sinne präventiver und gesundheitsfördernder Bedürfnisorientierung von Patienten anzugehen, bedarf es nachhaltiger beruflicher Umdenkungsprozesse sowie gesundheitspolitischer Reformbemühungen. Sowohl im

Krankenhaus als auch in der Pflegeausbildung sowie in der Lehrerbildung müssen prozessuale Veränderungen intensiver überdacht werden. Lernende müssen stärker angeleitet und motiviert werden, um über ihre eigentliche Ausbildungszeit hinaus eine positive Bereitschaft zum Prozess des lebenslangen Lernens zu entwickeln. Dieses pädagogische Ziel sollte ein deutlich identifizierbarer Bestandteil moderner Curricula sein.

Basispflegekräfte sollten verstärkt die Möglichkeit erhalten, an Fachkongressen teilzunehmen. Die dort präsentierten Erkenntnisse und Ergebnisse sollten sie als eigentliche Adressaten auf direktem Weg erreichen, um effizienter in die alltägliche Arbeit einzufließen. Auch tragen solche Begegnungen von Wissenschaft und Praxis zu einem besseren gegenseitigen Verständnis bei und bilden somit günstige Voraussetzungen, um den Berufsstand Pflege engagiert(er) weiterzuentwickeln.

Um vorhandene pflegerische Potenziale zu optimieren, wären folgende Strategien denkbar:

- Ø Vorantreiben der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Entwicklung,
- Ø Ausrichtung der pflegerischen Praxis eher auf Gesundheits- anstelle auf Krankheitsorientierung,
- Ø kritisches Überdenken des pflegeprofessionellen Selbst- und Aufgabenverständnisses und deutlichere Ausrichtung an einem Pflegeverständnis, das Beratung und Training der Patienten (Coaching) integriert,
- Ø weitere Einführung patientenzentrierter Pflegesysteme, z. B. PN oder Überleitungspflege,
- Ø Umsetzung personalorientierte Pflegestrukturen nach der Realisierung patientenorientierter Pflege (Winter/Kuhlmey 2002, S. 270),
- Ø Entwicklung zusätzlicher gesundheitsfördernder Leistungsangebote (Angehörigenarbeit, Seminare zur Gesundheit und Krankheitsbewältigung),
- Ø Ausweitung der Entscheidungs- und Handlungsspielräume im Sinne einer patientenorientierten Professionalisierung,
- Ø Eruiieren der Bedingungen für die eigene Gesunderhaltung und Erarbeitung von Verbesserungsstrategien (Brieskorn-Zinke 1996, S. 73 f.).

Es ist – vorsichtig optimistisch – anzunehmen, dass zwei Tatsachen dazu beitragen können, dass es langsam zu einer Bewusstseinsänderung – und damit zu einer Verhaltensänderung hin zu mehr gesundheitsfördernden Aktivitäten – in der Pflege kommen wird:

- Ø Seit inzwischen 15 Jahren bestehen in Deutschland pflegepädagogische Studiengänge, in denen neben vielem anderen auch unterschiedliche pflegedidaktische Modelle vermittelt werden, die in der Zukunft von den Pflegepädagogen in der schulische Praxis angewendet werden. Dies wird zu einer Qualitätssteigerung in der pflegerischen Ausbildung beitragen, sowohl methodisch als auch inhaltlich.
- Ø Im Jahr 2007 werden die ersten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen, die nach den Anforderungen des Krankenpflegegesetzes von 2004 ausgebildet wurden, ihre

Examina ablegen, und es werden weitere folgen. Es ist zu hoffen, dass die Pflegenden auch bei ungünstigen Rahmenbedingungen den Mut, die Motivation und die Möglichkeit haben, ihre neuen Kenntnisse und Kompetenzen hinsichtlich gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Praxis anzuwenden und umzusetzen.

Literaturverzeichnis

Brandenburg, Stephan: BGW-Kampagne „Aufbruch Pflege“ will Verweildauer im Beruf erhöhen (16.06.2006). In:

http://www.carelounge.de/pflegeberufe/news/news_ansehen.php?meldungID=1398,

eingesehen am 07.01.2007

Brieskorn-Zinke, Marianne: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer 1996

Brieskorn-Zinke, Marianne: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer 2006

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze (vom 16. Juli 2003), Bonn 21.07.2003

In: www.bmgs.bund.de/deu/gra/Gesetze/index_aus_Gesetze.cfm?bid=13, [Stand 19.01.2004]

Eberle, Gudrun: Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 1970 bis heute. In: Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim/München: Juventa 2002

Jacob, Christiane: Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden. Bern et al.: Huber 2004

Juchli, Liliane: Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme 1991

Kurtenbach, Hermann/Golombek, Günter/ Siebers, Hedi: Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1998

Lauber, Annette: Beratung. In: Lauber, Annette/Schmalstieg, Petra (Hrsg.): Verstehen und pflegen, Band 4 Prävention und Rehabilitation. Stuttgart/New York: Thieme 2004

Müller, Marie Luise: Geschichte, Theorie und Praxis der Pflegeberufe. In: Kruse, Torsten/Wagner, Harald (Hrsg.): Ethik und Berufsverständnis der Pflegeberufe, S. 11-55. Berlin et al.: Springer 1994

Olbrich, Christa: Pflegekompetenz. Bern et al.: Huber 1999

Trojan, Alf: Das Konzept der GF in der Praxis. Aufgabe der Weltgesundheitsorganisation, der Gesetzlichen Krankenversicherung, des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kommune, des Arbeitgebers oder nur des Individuums? In: Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim/München: Juventa 2002

Winter, Maik H.-J./Kuhlmey, Adelheid: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten. In: Stöckel, Sigrid/ Walter, Ulla (Hrsg.): Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Weinheim/München: Juventa 2002