

Gesundheitsförderung und Prävention

Handlungsfelder der Pflege





Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. – Bundesverband

Salzufer 6

10587 Berlin

Tel.: +49 30/219 157-0

Fax: +49 30/219 157-77

E-Mail: dbfk@dbfk.de

Internet: www.dbfk.de

Verfasst von den Mitgliedern der DBfK-Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention, Rehabilitation, Beratung: Noel Eichler, Dirk Flöter, Barbara Heidecker, Claudia Herrmann, Kati Nast, Franziska Röchter, Ingrid Schmidt, Dörte Schüssler, Liane Villain, Stephan Vogt, Sabine Weiss,

Redaktionelle Bearbeitung: Andrea Weskamm, Barbara Heidecker

© DBfK 2011

Inhalt

1 Einführung.....	5
2 Prävention und Gesundheitsförderung	9
2.1 Beratung in der Pflege	11
2.2 Pflegeberatung nach SGB XI	12
2.3 Care und Case Management.....	14
3 Pflegerische Handlungsfelder in der Gesundheitsförderung und Prävention....	16
3.1 Familiengesundheitspflege	16
3.2 Schulgesundheitspflege	21
3.3 Public Health Nursing	26
3.4 Primärprävention nach SGB V.....	30
4 Ausblick	35
5 Literatur	36

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der vorliegenden Broschüre haben wir eine enge Auswahl von vier zukunftsweisenden, potenziellen Handlungsfeldern für Pflegefachpersonen im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention getroffen.

Wir möchten mit dieser Zusammenstellung aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen und Möglichkeiten zur beruflichen Weiterbildung für interessierte Pflegefachpersonen aufzeigen. Ausgehend von einer kurzen Darstellung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und einer Definition grundlegender Begriffe stellen wir folgende Handlungsfelder vor, zeigen Gemeinsamkeiten, Schnittstellen und Unterschiede auf:

- Familiengesundheitspflege,
- Schulgesundheitspflege,
- Public Health Nursing,
- Primärprävention nach SGB V.

Diese Darstellung umfasst Angaben zu Aufgaben und Zielgruppen, der Verortung und zu eventuellen Qualifizierungs- und Finanzierungsmöglichkeiten. Fallbeispiele runden die Sammlung ab.

Wir hoffen, dass wir Ihnen mit dieser Broschüre einen Überblick über relevante pflegerische Tätigkeitsfelder ermöglichen, und wünschen Ihnen eine informative und anregende Lektüre. Gerne stehen wir für einen weiteren Austausch zur Verfügung.

Ihre Mitglieder der BAG „Prävention, Rehabilitation, Beratung“

*Anfragen an die Bundesarbeitsgemeinschaft BAG über:
DBfK-Bundesverband e.V.
BAG „Prävention, Rehabilitation, Beratung“
Salzufer 6
10587 Berlin
Telefon: (030) 219 157-0
Fax: (030) 219 157-77
Email: dbfk@dbfk.de*

1 EINFÜHRUNG

Professionelle Pflege ist vielgestaltig und wird heute in verschiedenen Lebens- und Arbeitsbereichen, wie z.B. im häuslichen Umfeld, in Kliniken, Pflege- und Altenheimen, Betrieben, Schulen, Kindergärten, Beratungszentren, Pflegestützpunkten, Jugendämtern etc., geleistet. Das Aufgabenspektrum der Pflege ist dabei sehr breit. Dies spiegelt sich auch in der Definition der professionellen Pflege des International Council of Nurses (ICN 2005) wider:

Pflege „umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung ... 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 (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“

Gesundheitsförderung und Prävention gelten innerhalb der Pflegeprofessionen als untrennbare Bestandteile pflegerischen Handelns und sind explizit und implizit Bestandteil konzeptioneller Modelle in der Pflege. Beispiele hierfür sind die individuelle Anleitung, Beratung und Information von Menschen, insbesondere im Zusammenhang mit Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, Behinderung, oder auch in Krisen- und Umbruchsituationen. Inhaltlich geht es dabei u.a. um Beratung in sozialen Fragen (Pflegeversicherung, Jugendschutz etc.), um Sturzprävention, Kontinenzberatung, Schmerzmanagement oder um Hilfe zur Selbsthilfe.

Mit der Änderung der Berufsgesetze in der Kranken- und Altenpflege wurde die Berufsgruppe der professionellen Pflegefachpersonen erstmalig von gesetzgeberischer Seite mit Prävention und Gesundheitsförderung in einen Zusammenhang gebracht und ein Paradigmenwechsel eingeleitet (Hasseler 2006: 36). Im Altenpflegegesetz (AltPflG 2003) sind die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung, die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten sowie die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte als Ausbildungsziele aufgenommen.

Laut Krankenpflegegesetz ist 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 auszurichten“ (KrPflG 2003, § 3).

Die Ausbildung soll zur „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen“ befähigen (KrPflG 2003). Die Neuausrichtung spiegelt sich auch in den geänderten Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpflegerin¹ bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin wider.

Nach der Erstausbildung bieten sich Pflegefachpersonen heute zahlreiche Möglichkeiten zur Qualifizierung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention, wie z.B. die Weiterbildung Familiengesundheit für Pflegendes und Hebammen, Fortbildungen zur Pflegeberaterin, Bachelor- und Masterstudiengänge in den Bereichen Public Health sowie Gesundheitskommunikation und -beratung. Allerdings können diese in Theorie und Praxis erworbenen Kompetenzen u.a. aufgrund der fehlenden leistungsrechtlichen Regelungen oft nicht als eigenständige Versorgungsleistung realisiert werden (Dichter et al. 2009: 145). Auch „Beratungsleistungen als präventive und gesundheitsfördernde Aufgabe werden in der ambulanten Pflege quasi nebenher erbracht und finden weder im Rahmen des § 37 SGB V noch im SGB XI explizite Berücksichtigung“ (Meyer 2006: 29). Selbst Pflegefachpersonen mit der Weiterbildung „Public Health in Nursing“ können „wegen geringer Personaldichte und der zu hohen Arbeitsdichte“ Beratungen oftmals nur eingeschränkt anbieten (Brieskorn-Zinke & Weyand 2008: 488). Damit wird deutlich, dass sich die Rahmenbedingungen für die Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Aktivitäten durch Pflegefachpersonen ändern müssen. Erste Veränderungen in diesem Bereich sind die Einführung des Rechtsanspruchs auf Pflegeberatung durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz im Jahr 2009 (§ 7a SGB XI) und die Aufnahme von Pflegefachpersonen in den Katalog der Leistungserbringer nach § 20 SGB V.

Die im Weiteren beschriebenen pflegerischen Handlungsfelder stellen eine Auswahl dar, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit hat. Exemplarisch werden einige Handlungsfelder beschrieben, die durch Pflegendes besetzt werden sollten, damit neben z.B. der Sozialarbeit auch und besonders die pflegerische Expertise in die Beratung eingebracht werden kann.

¹ Da im Pflegeberuf überwiegend Frauen arbeiten, wird meist die weibliche Bezeichnung verwendet; selbstverständlich sind Frauen und Männer immer gleichermaßen angesprochen.

Die Chancen für ein langes und gesundes Leben sind ungleich verteilt. So weisen Personen mit niedrigem Bildungsabschluss, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem geringeren Einkommen häufig einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung auf als Personen mit höherem sozioökonomischen Status (Mielck 2000, Friedrich-Ebert-Stiftung 2006, RKI 2008). Vor allem Kinder und junge Familien mit kleinen Kindern, Alleinerziehende, Mehrkind- und Migrantenfamilien brauchen mehr Unterstützung, denn sie tragen ein erhöhtes Armutrisiko (BMAS 2001, BMAS 2005, Kurth 2007). Ursachen für diese Ungleichheit von Gesundheitschancen sind von Geburt an größere Gesundheitsbelastungen durch schlechtere Lebensbedingungen (z.B. schlechte Wohnverhältnisse, geringes Einkommen, Arbeitslosigkeit) und durch riskanteres Gesundheitsverhalten (z.B. ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung, Tabak- und Alkoholkonsum) (Friedrich-Ebert-Stiftung 2006). Außerdem sind, so Schnabel (2001: 21), die Aufmerksamkeitsschwellen gegenüber Krankheitssignalen in unteren sozialen Schichten schwächer ausgeprägt. Da die meisten dieser Faktoren beeinflussbar sind, sollten Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung hier ansetzen.

Damit stehen Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention vor folgenden Herausforderungen (Altgeld 2006):

- bildungsferne Schichten zu erreichen,
- frühe und vernetzte Hilfen anzubieten,
- sozialraumbezogene Programme zu entwickeln,
- sektorenübergreifend und interdisziplinär zu arbeiten,
- geschlechtergerecht und kulturspezifisch zu arbeiten,
- eine solide Finanzierungsbasis herzustellen,
- Qualitätsstandards zu entwickeln und zu implementieren.

Während über Kosteneinsparungen einer gezielten Präventionspolitik noch kontrovers diskutiert wird, gilt es mittlerweile als unumstritten, dass Gesundheitsförderung und Prävention einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität haben (ebd.).

Leider wird diese Erkenntnis noch nicht flächendeckend durch die politisch Verantwortlichen umgesetzt, und insbesondere bei der Finanzierung klaffen große Lücken. Die Leistungen der Pflegeversicherung mit ihrem „Teilkaskocharakter“ decken bei weitem nicht alle Kosten für ambulante oder stationäre Hilfeleistungen. Daher sollten die Betroffenen darüber aufgeklärt werden, dass – auch bei Einstufung in eine Pflegestufe – nicht sämtliche Kosten von der Pflegeversicherung übernommen werden. So werden z.B. bei Patienten im Fall einer stationä-

ren Unterbringung (Kurzzeit- oder Dauerpflege) nur die pflegerischen Kosten zum Teil übernommen, keinesfalls jedoch die Kosten für Unterbringung und Verpflegung.



Darüber hinaus werden die Kompetenzen der Pflegefachpersonen zum Erhalt und zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung nur zögerlich einbezogen und weiterentwickelt. Angesichts jedoch der steigenden Lebenserwartung, der Zunahme chronischer, aber vermeidbarer Erkrankungen in allen Altersgruppen, der Individualisierung der Lebensformen, der ungleichen Verteilung der Gesundheitschancen und der steigenden Gesundheitsausgaben (Rosenbrock & Gerlinger in Friedrich-Ebert-Stiftung 2006: 38) steht das Gesundheitssystem, das bislang noch als eines der leistungsfähigsten der Welt gilt (GKV-SV 2009: 6), vor besonderen Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR²), die präventiven und gesundheitsfördernden Potenziale der Pflegeberufe stärker zu nutzen (SVR 2003, 2005, 2007).

Erste Schritte zur Nutzung dieses Potenzials zeigen sich in der Verabschiedung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes³ (PfWG 2008) und der Änderung der Berufsgesetzgebung. Hieraus ergeben sich für professionelle Pflegefachpersonen neue Handlungsfelder, wie z.B. Familiengesundheitspflege, Schulgesundheitspflege und Public Health Nursing, die in der vorliegenden Broschüre beschrieben werden.

² Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) zum 1. Januar 2004 wurde der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ umbenannt in „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“.

³ Die wichtigsten Veränderungen für die Pflege durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ab dem 1. Juli 2008 stellt der DBfK allen Interessierten in Kurzform in einem Dokument zur Verfügung unter <http://www.nw-ambulant.de/downloads/aenderungenpfgw.pdf> (09.05.2010).

2 PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Der Begriff **Prävention** entwickelte sich in der Sozialmedizin des 19. Jh. aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Das Ziel ist die Vermeidung von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die pathogenetischen Dynamiken, also die Entwicklungs- und Verlaufskurven individuellen und kollektiven Krankheitsgeschehens, erkannt und durchbrochen werden. Maßnahmen im Sinne der Krankheitsprävention zielen also auf die Verhinderung und Abwendung von Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten ab (Hurrelmann et al. 2004, Hurrelmann & Laaser 2006).

Die handlungsleitende Frage in der Prävention lautet: **Was macht den Menschen krank, und wie kann man Krankheiten verhindern?**

Beispiele für Prävention in der Pflege:

Sturzprävention, Schmerzmanagement, Dekubitusprophylaxe, Pneumonieprophylaxe, Thromboseprophylaxe und alle weiteren Prophylaxen, Raucherentwöhnung/-beratung, Diabetesberatung, präventive Hausbesuche zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit etc.

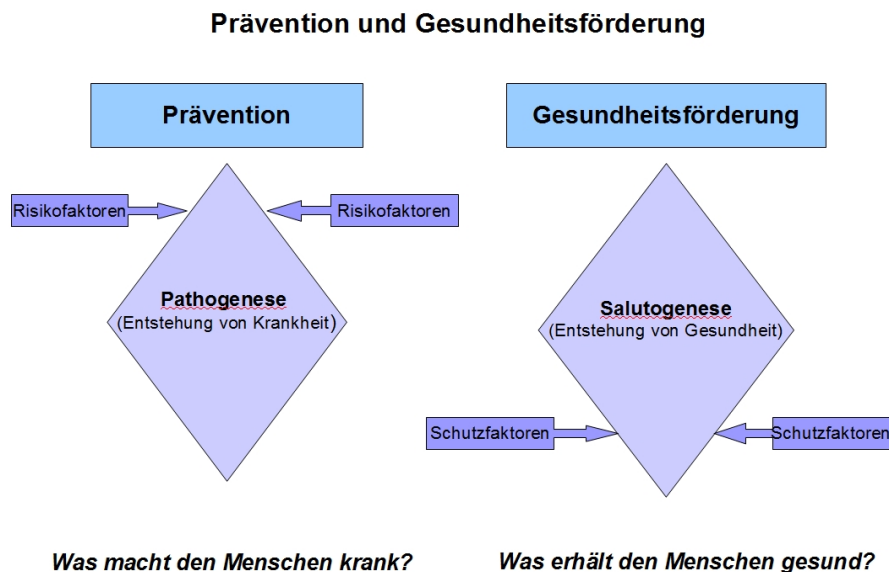
Der Begriff **Gesundheitsförderung** entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO und wurde 1986 in der Ottawa Charta festgeschrieben (WHO 1986). Im Gegensatz zur Krankheitsprävention geht es hier um die Verbesserung der persönlichen, sozialen, ökonomischen und umweltbezogenen Lebensbedingungen von Individuen und Gruppen, die eine Stärkung ihrer gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten bewirken soll. Dies kann nur erfolgen, wenn Kenntnisse über die von Antonovsky (1979) beschriebene Salutogenese, also die Entstehung und Aufrechterhaltung von individueller und kollektiver Gesundheit, bestehen. Methodische Ansätze der Gesundheitsförderung sind Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung, -beratung, -erziehung, -bildung und -selbsthilfe, die in Settings stattfinden. Settings sind soziale Systeme, in denen Menschen leben, lernen, arbeiten etc., wie z.B. Familien, Kindergärten, Schulen, Betriebe, aber auch Städte und Regionen (Hurrelmann et al. 2004, Hurrelmann & Laaser 2006).

Die handlungsleitende Frage in der Gesundheitsförderung lautet: **Was erhält den Menschen gesund, und wie kann man seine Gesundheit fördern?**

Beispiele für Gesundheitsförderung in der Pflege:

Gesundheitsberatung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen zu den Themen: Gesunde Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Sexualität/AIDS, Förderung der sozialen Teilhabe älterer Menschen etc.

Abbildung 1 verdeutlicht das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention (eigene Darstellung in Anlehnung an Hurrelmann & Laaser 2006: 751):



Derzeit gibt es eine Vielzahl von Berufsbildern, die das Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention in den Fokus nehmen. Beispielhaft seien an dieser Stelle die Präventologin, die Gesundheitsberaterin, die Gesundheitspädagogin und die Gesundheitswirtin erwähnt. Zugangsvoraussetzungen, Inhalte und Umfang dieser Bildungswege sind sehr unterschiedlich. Teilweise ist eine Berufsausbildung in einem pädagogischen, sozialen, pflegerischen, medizinischen, therapeutischen Beruf und/oder ein Hochschulstudium in genannten Bereichen erforderlich (z.B. bei dem Berufsbild Gesundheitspädagogin), bei anderen Bildungsgängen handelt es sich um ein eigenständiges Studienfach oder einen Schwerpunkt innerhalb von wirtschaftswissenschaftlichen Studiengängen (z.B. bei dem Berufsbild der Gesundheitswirtin). Der Berufsverband der Deutschen Präventologen e.V. bietet ein Fernstudium mit insgesamt ca. 440 Stunden an, welches sich vor allem an Fachkräfte mit einer abgeschlossenen Ausbildung im Gesundheitsbereich, wie z.B. Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen, Physiotherapeuten, Masseur, Ärzte, Heilpraktiker, richtet. Der Zugang ist jedoch auch für Neueinsteiger aus anderen Berufsfeldern, z.B. aus sozialen und pädagogischen Berufen, möglich. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Bildungsmarkt sehr unübersichtlich ist. Eine Einschätzung darüber, inwieweit die Qualifikationen tatsächlich für die Einmündung in das Tätigkeitsfeld qualifizieren, kann nicht abschließend gegeben werden. Daher werden in dieser Broschüre eher pflegerisch ausgerichtete Berufsbilder fokussiert. Für alle gilt, dass die Angehörigen dieser Berufsbilder eine erweiterte Beratungskompetenz benötigen, denn Angebote zur Information und Beratung sind eine wesentliche Voraussetzung für die Durchführung von präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

2.1 BERATUNG IN DER PFLEGE

Im Folgenden werden Merkmale professioneller Beratung in der Pflege und die seit 2009 sozialrechtliche Verankerung des Beratungsanspruchs im elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) skizziert.

Gerade im Sozial- und Gesundheitssektor wird vermehrt der Einsatz von Case Management diskutiert, welcher mit hohen Beratungsanteilen verbunden ist, aber über eine herkömmliche Beratung weit hinaus geht. Daher wird das Case Management im Folgenden (s. S. 14 f.) gesondert aufgeführt.

Mit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2004 wurde die Fähigkeit zur Beratung als Ausbildungsziel in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Altenpflege durch den Gesetzgeber festgelegt. Für alle im Weiteren in dieser Broschüre aufgeführten beruflichen Spezialisierungen ist es unabdingbar, über erweiterte Beratungskompetenzen zu verfügen, denn Beratung stellt auch in der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Ansatz dar.

Professionelle **Beratung** orientiert sich am Problemlösungsprozess, der laut Krause (2003) nach folgenden Schritten verläuft:

- Analyse des Ist-Zustands,
- Rollen- und Auftragsklärung,
- Festlegung des Soll-Zustands,
- Planung der Lösungswege/Maßnahmen,
- Durchführung der Maßnahmen und
- Kontrolle/Evaluation der Ergebnisse.

Die Ziele der Beratung sind die Förderung von individuellen Handlungskompetenzen zur Problembewältigung und die Erhöhung der Selbststeuerungsfähigkeit der Betroffenen. Professionelle Beratung hat immer einen unterstützenden und begleitenden Charakter. Um die Klienten in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen zu können, muss der Berater deren Lebenswelten und die sozialen Ressourcen analysieren und aufgrund dessen gemeinsam mit den Klienten nach Lösungen suchen (Belardi et al. 2001, Koch-Straube 2001, Schaeffer & Schmidt-Kaehler 2006).

Beispiele für Beratung in der Pflege:

Beratung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger, z.B. zu Gesundheitsförderung, Finanzierung der Pflege, Hilfsmitteln sowie Diabetesberatung, Dialyseberatung, Stoma- und Kontinenzberatung etc..

2.2 PFLEGEBERATUNG NACH SGB XI

Erstmalig wurde für Versicherte, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, ein Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberatung seit dem 01.01.2009 nach § 7a SGB XI (PfWG 2009) festgeschrieben. Diese Beratung umfasst Hilfestellungen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- und landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie von sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind.



Die Beratung kann in Pflegestützpunkten oder anderen Beratungsstellen sowie in der häuslichen Umgebung der Pflegebedürftigen stattfinden. Die Pflegeberatung nach SGB XI richtet sich an von Pflegebedürftigkeit betroffene oder bedrohte Personen und deren Angehörige sowie an ehrenamtlich in der häuslichen Pflege engagierte Menschen. Der Kontakt zu den zu Beratenden kann hergestellt

werden über Pflegestützpunkte, Arztpraxen, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen, Bürger- und Mehrgenerationenhäuser, Quartiersmanager, Betreuungsstellen, Kirchengemeinden, Kommunen, aufsuchende soziale Dienste, Sozialdienste, über das Internet oder Nachbarschaften. Im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention ist es Aufgabe der Pflegeberaterin, die Eigenverantwortung der/des Betroffenen durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde Lebensführung zu stärken.

Im SGB XI finden sich mehrere Paragraphen, die sich mit Beratung und Unterstützung und der Finanzierung der Pflegeberatung befassen:

- **§ 7a SGB XI Pflegeberatung:** Pflegeberatung wird hier im Sinne von Case Management beschrieben. Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf haben Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und weiteren Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen ausgerichtet sind.
- **§ 37 SGB XI Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen:** Pflegeberatung für Versicherte, die Pflegegeld beziehen, ist Pflicht und dient der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Die Beratung dient der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.
- **§ 45 SGB XI Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen:** Diese Kurse werden überwiegend von Pflegediensten (im Einzelfall auch von FreiberuflerInnen) mit entsprechender Qualifikation im

Bereich Pflegeberatung angeboten⁴. Bei den Angeboten wird unterschieden zwischen Pflegekursen, individuellen häuslichen Schulungen und Überleitungspflege.

- **§ 92c SGB XI Pflegestützpunkte:** Sie wurden eingerichtet, um die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten sicherzustellen – auch hier findet Pflegeberatung statt.

Anlass für eine Pflegeberatung können u.a. folgende Situationen sein:

- drohende oder bereits bestehende Pflegebedürftigkeit,
- Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die nachsorgende Umgebung,
- pflegebegleitende Beratung,
- Überforderungsgefühl der pflegenden Angehörigen,
- Beratungseinsätze in der häuslichen Umgebung nach § 37 SGB XI,
- bevorstehende Pflegebegutachtung durch den MDK nach Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- Beratung zur häuslichen Pflege,
- Pflegekurse und häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI.

Nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV 2008) benötigt man für eine Tätigkeit als Pflegeberaterin als Grundqualifikation eine abgeschlossene Berufsausbildung als Altenpfleger/in, Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in, Sozialversicherungsfachangestellte/r, Heilpädagogin/e oder ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit oder Sozialpädagogik.

Die Pflegeberaterinnen können in Pflegestützpunkten, Pflegeüberleitungsstellen der Krankenhäuser, Pflegekassen, ambulanten Pflegediensten, Angehörigenfachstellen, bei Trägern von Dienstleistungen für Betreutes Wohnen, anerkannten niedrighschwelligem Betreuungsangeboten, Telefonberatungsdiensten (z.B. Pflegeservice Bayern) u.a. angestellt oder auch freiberuflich tätig sein. Zusätzlich müssen Pflegeberaterinnen die für die Beratungstätigkeit erforderlichen Fertigkeiten und Kenntnisse durch Weiterbildungen einschließlich eines Pflegepraktikums nachweisen. Die Weiterbildung zur Pflegeberaterin entsprechend der Vorgaben des GKV-Spitzenverbandes umfasst die Module Pflegefachwissen (100 Stunden), Case Management (180 Stunden) und Recht (120 Stunden), ein einwöchiges Pflegepraktikum in einem ambulanten Pflegedienst sowie ein zweitägiges Praktikum in einer teilstationären Pflegeeinrichtung. Interessierte sollten bei der Wahl eines Anbieters auf die Einhaltung der Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes achten.

⁴ Zur Erbringung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI schließen einzelne Pflegekassen, z.B. die BARMER/GEK und die DAK, Rahmenvereinbarungen mit Trägerverbänden von Pflegeeinrichtungen ab. Freiberufliche Pflegefachpersonen können sich direkt an die Kassen wenden und evtl. einen Einzelvertrag abschließen. Freiberufliche Pflegefachpersonen, die Mitglied im DBfK sind, können in einigen Bundesländern der Rahmenvereinbarung des DBfK beitreten.

2.3 CARE UND CASE MANAGEMENT

Case Management (CM) bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Patienten (Klienten) über einen bestimmten Zeitraum einrichtungsübergreifend organisiert wird. Ziel ist es, Aufgaben und Abläufe aller in der Klienten- und Patientenversorgung tätigen Professionen zu koordinieren und die Leistungserbringung möglichst effizient und effektiv zu gestalten.

CM etabliert sich zunehmend als innovatives ganzheitliches Konzept, das insbesondere im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens im Rahmen von Krankenhaussozialdiensten, Patientenleitstellen, Hausarztmodellen, Praxisnetzen, Krankenkassen-Dienstleistungen und in der Psychiatrie zu finden ist.

Folgende Funktionen werden der Case Managerin zugeschrieben: Als Fallmanagerin steht sie für die Interessen ihrer Klienten (Advocacy) ein und informiert sie über ihre Rechte. Sie steht anwaltschaftlich den Menschen zur Seite, die angesichts konfliktträchtiger Lebenssituationen (z.B. Krankheit; Unfall) nicht in der Lage sind, ihre persönlichen Interessen geltend zu machen.

Als Vermittlerin (Broker) vermittelt sie zwischen dem Versorgungssystem und dem Klienten objektiv, unparteiisch und unabhängig. Diese Makler- oder Vermittler-Funktion ist nicht trägerorientiert, sondern richtet sich nach dem Bedarf des Klienten und arbeitet so der Unübersichtlichkeit und Desintegration moderner, komplexer und hochgradig arbeitsteiliger Sozial- und Gesundheitssysteme entgegen.

In der Funktion des Pförtners (Gate-Keepers) steuert die Fallmanagerin den Zugang zum Leistungsangebot und überprüft laufend die Auswahl und die Effektivität der ergriffenen Maßnahmen. Sie verantwortet die angemessene Verwendung vorhandener Mittel im System.

Relevant im Case Management ist die Unterscheidung von Fallmanagement (Optimierung der Hilfe im konkreten Fall) und Systemmanagement (Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich). Die Übergänge von Systemmanagement zum Care Management sind fließend. Care Management hat die Optimierung der Versorgung im jeweiligen Bereich zum Ziel. (DGCC, <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=129>).

Anlässe für das Case Management können folgende Situationen sein:

- Vor Eintritt und zu Beginn der Pflegebedürftigkeit,
- Pflegeüberleitung vom Krankenhaus in die nachsorgende Umgebung,
- Erstgespräche bei der Pflegeübernahme durch einen ambulanten Pflege- und Betreuungsdienst,
- pflegebegleitende Beratung/Begleitung bei sehr komplexen Pflegeversorgungssituationen mit Einschalten aller nötigen Kooperationspartner,
- Erstellung und Aufbau von Leistungsstrukturen für das häusliche Umfeld inklusive Kontakt mit benötigten Partnern (Sozialamt (Wohngeld), Pflegekasse und MDK (Pflegeeinstufung), Pflege- und Krankenkasse (Hilfsmittel), Familie und Nachbarn (pflegerische und hauswirtschaftliche Unterstützung),
- Überforderungsgefühl der pflegenden Angehörigen,
- Beratungseinsätze in der häuslichen Umgebung nach § 37 SGB XI,
- Beratung zur häuslichen Pflege nach § 7 SGB XI,
- Pflegekurse und häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI,
- Controlling, Optimierung und Effizienzsteigerung der klinischen Behandlungspfade in der gesundheitsversorgenden Einrichtung,
- Pflegebegutachtungen durch den MDK nach Antragstellung auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- pflegegutachterliche Tätigkeiten.

Einige der hier genannten Einsatzbereiche finden sich auch bei der Pflegeberatung. Die Arbeit eines Case Managers ist jedoch umfangreicher: Er berät, bietet Personen mit einem komplexen Hilfebedarf Unterstützung an, organisiert sie bei Bedarf, passt sie ggf. einer geänderten Situation an und evaluiert deren Nutzen und Wirkung.

Standards und Richtlinien für die Weiterbildung Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen wurden 2003 von der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) und dem DBfK festgelegt und zuletzt 2011 geändert. An diesen Vorgaben orientiert sich auch die Deutsche Gesellschaft für Care- und Casemanagement (DGCC). Die Richtlinien sind unter <http://www.dgcc.de/dgcc/standards.html> zu finden.

3 PFLEGERISCHE HANDLUNGSFELDER IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Gesundheitsförderung und Prävention gehören schon immer zu den Aufgaben der Pflegeberufe. Die Nachfrage nach Beratungsangeboten steigt. Die Gründe dafür liegen u.a. in dem zunehmenden Alter der Patienten/Klienten, der Tatsache, dass viele Menschen alleine leben, und Entlassungen aus der Klinik früher erfolgen als noch vor Jahren.

Die im Folgenden aufgeführten Handlungsfelder sollen exemplarisch aufzeigen, welche Tätigkeiten Pflegefachpersonen in diesen Bereichen übernehmen bzw. übernehmen können. Beratung ist dabei immer ein grundlegender Bestandteil.

3.1 FAMILIENGESUNDHEITSPFLEGE

Handlungsfeld und Aufgaben

Familiengesundheitspflege (Family Health Nursing and Midwifery) ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Region Europa entwickelter Ansatz zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung durch neue familien- und gesundheitsorientierte aufsuchende Dienstleistungen von Pflegefachpersonen und Hebammen (WHO 2000).

Familiengesundheitspflegende (FGP) und -hebammen (FGH) sollen v.a. sozial benachteiligten Familien, Einzelpersonen und Gruppen den Zugang zu Gesundheitsangeboten und Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens erleichtern. Sie tun dies, indem sie Betroffene präventiv aufsuchen, sie begleiten, beraten, unterstützen und so zur Bewältigung ihres Alltags bzw. von Krisen befähigen. Die Tätigkeit der FGP/FGH ist auf die gesamte Lebensspanne der Mitglieder einer Familie gerichtet und umfasst neben gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen auch die pflegerische Versorgung bei Krankheit und Behinderung sowie die Betreuung in der finalen Lebensphase. Mit der Familiengesundheitspflege wird also kein neuer Gesundheitsberuf eingeführt, sondern die originären Aufgaben von Pflegefachpersonen und Hebammen um folgende Aspekte erweitert:

- Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention,
- Fokus auf die Familie/Gemeinde und
- aufsuchende (präventive) Versorgung im häuslichen Umfeld.

Aufgaben der Familiengesundheitspflegerin und -hebamme

- Sie berät und unterstützt in Alltags- und Gesundheitsfragen.
- Sie befähigt die Familien, gesunde Lebensstile für sich zu finden.
- Sie stärkt Selbständigkeit und Eigenverantwortung.
- Sie erkennt potenzielle und aktuelle Gesundheitsprobleme frühzeitig, z.B. durch präventive Hausbesuche.
- Sie setzt in Absprache mit Klienten Prioritäten in Gesundheitsfragen, unterstützt bei Entscheidungen und zieht ggf. Experten hinzu.
- Sie ist im Sinne des Case Managements Verbindungsglied zum Hausarzt, zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen und zu Selbsthilfegruppen.
- Sie fungiert als Lotsin zu angrenzenden Bereichen, wie z.B. zum Sozial- oder Arbeitsamt, Kranken- und Pflegekassen.
- Sie übernimmt Versorgungs- und Pflegeleistungen bei Krankheit, Behinderung und Krisen (DBfK 2009).

Wer sind die Zielgruppen, und wie erreichen wir sie?

Die Familiengesundheitspflege ist ein niedrighschwelliges aufsuchendes Angebot, dass sich insbesondere an vulnerable⁵ Personen und Gruppen richtet. Hierzu gehören beispielsweise:

- gesundheitlich, sozial und/oder wirtschaftlich benachteiligte Einzelpersonen, Familien und Gruppen,
- Kinder und Jugendliche,
- Frauen mit Risikoschwangerschaften,
- alleinerziehende Mütter und Väter,
- Familien mit Migrationshintergrund,
- alleinstehende ältere Personen,
- chronisch kranke, pflegebedürftige und/oder behinderte Personen und ihre Familien.

⁵ vulnerabel: zu lat. vulnerare = verwunden, verletzen, zu: vulnus = Wunde]
(<http://www.duden.de/definition/vulnerabel>)

Die FGP/FGH erhalten z.B. über den ambulanten Pflegedienst, Pflegestützpunkte, Gesundheits- und Jugendämter, Kliniken, Hausärzte, Schulen, Kirchen, kommunale Einrichtungen oder als freiberuflich Tätige Zugang zu den Familien.

Anlass und Bedarf

Anlass für die Betreuung der Familien durch die FGP/FGH ist häufig eine Krisen- oder Umbruchsituation, z.B. durch den Eintritt einer Erkrankung oder Behinderung. Die Familien benötigen dann Unterstützungsangebote, die nicht nur auf den Einzelnen, sondern auf die Familie gerichtet sind. Die Familien haben einen hohen Informations- und Beratungsbedarf, der sich z.B. auf mögliche Hilfs- oder Entlastungsangebote bezieht. Sie wollen aktiv in die Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Die FGP/FGH zeigen ihnen Perspektiven auf, damit sie wieder handlungsfähig sind (Hilfe zur Selbsthilfe). Die Familien benötigen eine fördernde Unterstützung und Begleitung, die ihr Vertrauen stärkt, sie motiviert und zu eigenständigem Handeln befähigt. Eine frühzeitige Einbindung und Vernetzung aller für den Versorgungsprozess erforderlichen Leistungsanbieter ist für sie von besonderer Bedeutung.

Wo ist die Familiengesundheitspflegerin/-hebamme angesiedelt?

Die FGP/FGH können z.B. bei der Kommune, beim Gesundheits- und Jugendamt, in Beratungszentren (Pflegestützpunkten, Quartiersmanagement u.ä.), beim ambulanten Pflegedienst, beim Hausarzt, bei Kranken- und Pflegekassen und auch in Mehrgenerationenhäusern angesiedelt sein oder freiberuflich tätig sein.

Beispiel aus der Praxis

Herr und Frau P.⁶ sind vor mehr als 15 Jahren aus Sri Lanka nach Deutschland eingewandert. Sie haben zwei Töchter, Yamila (2½ Jahre) und Sula (vier Monate alt). Sula ist seit der Geburt aufgrund einer Hirnschädigung pflegebedürftig, und ihre Entlassung aus der Klinik steht bevor. Die Eltern fühlen sich verunsichert und überfordert. Die Klinik nimmt Kontakt mit der beim ambulanten Kinderkrankenpflegedienst beschäftigten FGP auf. Die Eltern stimmen der Betreuung durch die FGP nach einem ersten gemeinsamen Treffen in der Klinik zu.

Zu Hause stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Die Versorgung der Kinder erfolgt fast ausschließlich durch die Mutter. Herr P. ist berufstätig. Er ist nur

⁶ Die Namen der Familienmitglieder wurden geändert.

selten zu Hause und will nicht stärker in die Pflege einbezogen werden. Frau P. lebt vorübergehend mit den Kindern in einem Zimmer im Haus der Großeltern. Hier spielt sich alles ab: Das Bett dient als Wickeltisch, als Turn- und als Spielfläche. Während der Versorgung von Sula hüpft Yamila auf dem Bett umher. Sie kennt keine Grenzen, Deutsch scheint sie nicht zu verstehen. Auf dem Nachttisch neben dem Bett steht der Wasserkocher, hier werden die Babyflaschen und Medikamente für Sula zubereitet. Der Fernseher läuft ständig, ein Reisebett ist mit Wäsche vollgestopft, Erbrochenes klebt auf dem Boden.

Die FGP unterstützt die Familie zunächst bei der pflegerischen Versorgung von Sula (z.B. Medikamentenkontrolle- und -gabe, Bewegungsübungen, Ernährungsberatung in Zusammenarbeit mit der Kinderärztin). Sie begleitet Frau P. zur Kinderärztin, um sprachliche Barrieren zu überbrücken (in der Familie wird nur Tamilisch gesprochen).

Im Verlauf der fast einjährigen Betreuung übernimmt die FGP darüber hinaus folgende Aufgaben:

- Information, Beratung und Anleitung von Frau P. zur Pflege der kranken Tochter,
- Gespräche zur Einbeziehung der anderen Familienangehörigen,
- Gespräche mit Frau P. über mangelnde Sicherheit und Hygiene,
- Kontaktvermittlung zum Jugendamt zur Initiierung eines Hilfeplangesprächs,
- Unterstützung beim Antrag auf einen Kindergartenplatz für Yamila und eine Pflegestufe für Sula.

Zwischen der FGP und Familie P. entwickelte sich ein enges Vertrauensverhältnis. Frau P. bemühte sich, den Hinweisen der FGP nachzukommen. Die Wohnung war aufgeräumt und sauber. Sula bekam ein eigenes Bett, einen Wickeltisch, einen Windel- und einen Wäscheimer. Der Fernseher lief nicht mehr ständig. Frau P. lernte, Sula die Nahrung allein zu verabreichen und Verbandswechsel nach Anleitung selbständig durchzuführen. Für Yamila wurde ein Kindergartenplatz zur Frühförderung, vor allem zur Förderung des Sozialverhaltens und der Sprache, bereitgestellt. Außerdem hilft nun die Großmutter bei der Versorgung der älteren Tochter mit und kocht für alle. Mit der Zeit stabilisiert sich Sulas Zustand, und die Familie kann nach einiger Zeit sogar kleine Ausflüge und Besuche machen (Schüssler et al. 2009: 9).

Finanzierung

Die Finanzierung der Leistungen der Familiengesundheitspflege ist noch uneinheitlich. Die berufliche Situation der Absolventinnen ist sehr unterschiedlich. Die Familiengesundheitspflegerinnen sind überwiegend in der ambulanten Pflege, in Projekten, im öffentlichen Gesundheitsdienst, auf Honorarbasis für das Sozial- oder Jugendamt, freiberuflich, in Beratungsstellen oder anderen Nischen tätig. Da derzeit mit einer expliziten Verankerung von Familiengesundheitspflege in den Leistungskatalogen der Sozialgesetzbücher nicht zu rechnen ist, zielt die Strategie auf eine Verankerung der Familiengesundheitspflege in regionalen Versorgungskonzepten, kommunalen Strukturen, projektbezogen oder integrierten Versorgungskonzepten. Die dazu erforderliche Öffentlichkeitsarbeit und die Ansprache der relevanten Akteure ist Aufgabe des Kompetenzzentrums Familiengesundheitspflege.

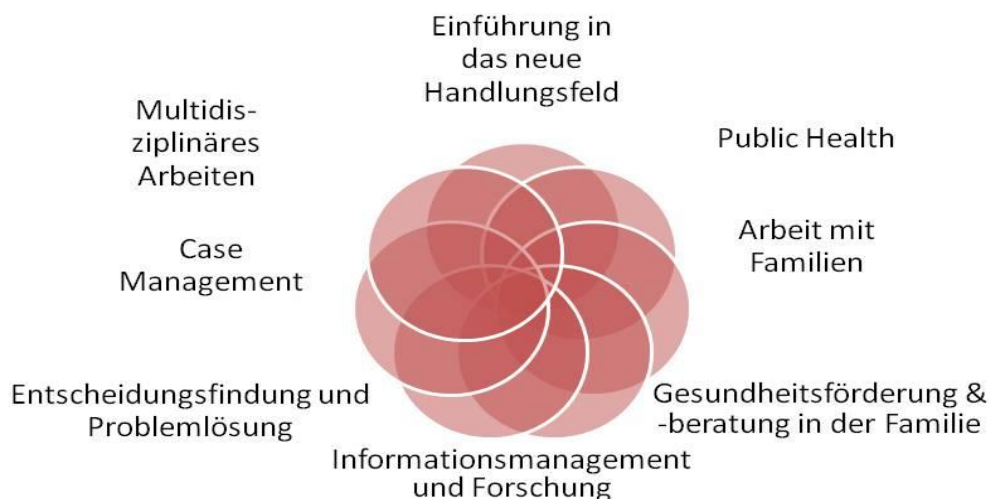


Abbildung 2 zeigt die acht Module der Weiterbildung und verdeutlicht inhaltliche Verknüpfungen zwischen den Weiterbildungsbausteinen (DBfK 2009).

Wie qualifiziere ich mich?

Die Weiterbildung „Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen“ ermöglicht eine Spezialisierung für die aufsuchende, salutogenetisch und systemisch orientierte Arbeit mit Familien. Die Weiterbildung dauert zwei Jahre und umfasst insgesamt 1560 Stunden. Hiervon entfallen je 720 Stunden auf Präsenzzeiten und auf das Selbststudium. 120 Stunden sind in Form von Praktika zu leisten. Bereits

während der Weiterbildung werden Familien nach dem Konzept der Familiengesundheitspflege begleitet. Voraussetzungen sind wenigstens zwei Jahre Berufserfahrung und mindestens eine 50 %-ige Berufstätigkeit in den Praxisfeldern der Pflege oder des Hebammenwesens.

Weitere Informationen

Eberl, I. & Schnepf, W. (2008): Die multizentrische Pilotstudie der WHO zur Family Health Nurse. Eine Untersuchung über die Machbarkeit der Familiengesundheitspflege in Deutschland. Abschlussbericht. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH

Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., Bundesverband, Salzufer 6, D-10587 Berlin, Tel.: 030/2191570, E-Mail: dbfk@dbfk.de, Internet: www.familiengesundheitspflege.de

Wagner, F. & Schnepf, W. (Hrsg.) (2011): Familiengesundheitspflege in Deutschland. Bestandsaufnahme und Beiträge zur Weiterbildung und Praxis. Bern: Hans Huber

3.2 SCHULGESUNDHEITSPFLEGE

Handlungsfeld und Aufgaben

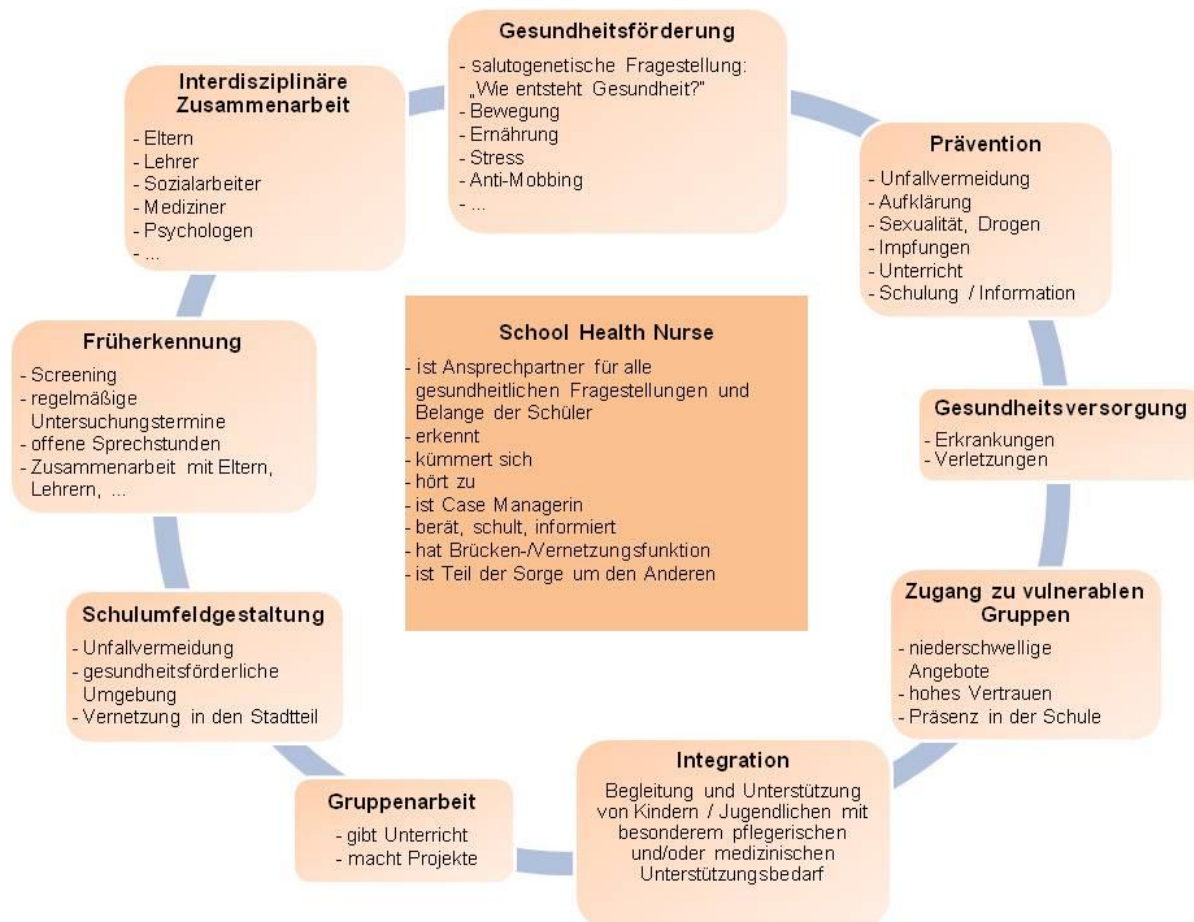
Das Konzept „School Nursing“ bzw. „School Health Nursing“ (dt.: Schulgesundheitspflege) gehört, wie die Familiengesundheitspflege, zu den gesundheitsförderlichen und präventiv geprägten Tätigkeitsfeldern der Pflege. Da dieses Tätigkeitsfeld in Deutschland noch relativ unbekannt ist, fehlen Erfahrungen in der Umsetzung. Eine trennscharfe Abgrenzung zwischen der Schulgesundheitspflege und der Familiengesundheitspflege existiert derzeit noch nicht. Die School Health Nurse bekommt über das Setting Schule Zugang zu den Familien. School Health Nursing stellt eine international (UK, Finnland, Schweden, USA, Australien, China, Korea etc.) etablierte pflegerische Spezialisierung dar, bei dem der Fokus auf der Gesundheitsversorgung, der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Prävention von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule liegt (Kocks 2008a). Die Aufgaben einer School Health Nurse beschreibt Kocks (2008a) wie folgt:

- *Erste Hilfe* im Notfall (z.B. die Wundversorgung),
- pflegerische Unterstützung von chronisch kranken oder behinderten Kindern,
- regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung und Kontrolle des gesundheitlichen Zustands der Kinder,

- Beratungs- und Informationsgespräche sowie Schulungen für Kinder, Eltern und Lehrer und die Durchführung präventiver Maßnahmen (wie z.B. von Impfprogrammen),
- Unterricht zu Gesundheitsthemen (wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Sexualität, HIV/AIDS-Prävention, Unfallvermeidung, Ernährung, Bewegung oder auch zu speziellen Erkrankungen). Es werden Themen bearbeitet wie Schlafprobleme, Freundschaften, Beziehungen, das Erlangen eines positiven Selbstbilds und Mobbing. Themen wie Onlinespiele und Internetabhängigkeit werden in weiteren Gesundheitsförderungsprojekten behandelt.
- Zubereitung kindgerechter und gesunder Mahlzeiten in der Schule und Gestaltung einer gesunden schulischen Umgebung.
- Mitwirkung bei der Gestaltung des Schulhofs, der Sicherheit auf dem Schulweg, der Unfallvermeidung und bei Maßnahmen gegen Lärm- und Umweltverschmutzung.

Ein wichtiger Teil ihrer Arbeit ist die Identifizierung von Schülern, deren Gesundheit gefährdet ist. Missbrauch oder Misshandlungen, häusliche Vernachlässigung, Kinder, die Angehörige (z.B. psychisch kranke Eltern) selbst pflegen und dadurch belastet und/oder überfordert sind, sollen u.a. von der School Health Nurse erkannt und die nötigen Interventionen eingeleitet werden. In Schweden beispielsweise ist die School Health Nurse gesetzlich verpflichtet, vulnerable Gruppen zu identifizieren. Dort ist jede Schule verpflichtet, eine School Health Nurse zur gesundheitlichen Versorgung der Kinder vorzuhalten. Sie ist zentraler Bestandteil des schwedischen Gesundheitssystems. Eine School Health Nurse ist durchschnittlich für 600 Schüler zuständig. In Schweden gibt es 2800 School Health Nurses für eine Million Schüler. Alle Schulen verfügen über schulische Gesundheitsteams, bestehend aus der School Health Nurse, Sozialarbeitern, Schulpsychologen und Schulärzten (Kocks 2008b).

Folgende Abbildung 3 verdeutlicht die Aufgabenfelder der School Health Nurse (in Anlehnung an Kocks 2009)



Wer sind die Zielgruppen, und wie erreichen wir sie?

Die Zielgruppen sind in erster Linie Kinder und Jugendliche an Grund- und weiterführenden Schulen, es werden aber auch Eltern und Lehrer von der School Health Nurse beraten. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche (z.B. Diabetiker, Asthmatiker oder Allergiker) werden von der School Health Nurse in ihrer Krankheitsbewältigung und im Umgang mit der Erkrankung unterstützt und in die Klassenverbände integriert (Kocks 2006).

Die School Health Nurse ist während der gesamten Schulzeit vor Ort und Ansprechpartnerin. Sie ist eine wichtige Vertrauensperson für die Kinder und unterliegt der Schweigepflicht (Kocks 2006).

Anlass und Bedarf

Immer mehr Kinder bewegen sich zu wenig oder falsch, sind fehlernährt und/oder übergewichtig. Bis zu 10 % der Kinder und Jugendlichen leiden unter lang anhaltenden körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen (Dür 2008). Experten sehen einen direkten Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Problemen und mangelnden Bildungserfolgen.

Durch den Ausbau der Ganztagschule sind Kinder und Jugendliche oftmals und zunehmend auch in Deutschland den ganzen Tag in der Schule. Durch die Präsenz der School Health Nurse ist daher die Gesundheitsversorgung der Kinder und Jugendlichen während des Tages sichergestellt (Kocks 2006).

Wachsender Bedarf an pflegerischer Versorgung an Schulen entsteht auch durch die 2010 unterzeichnete UN-Behindertenrechtskonvention (BRK 2008). Damit verpflichtet sich Deutschland, ein inklusives Schulsystem zu verwirklichen. Inklusion erfordert ein radikales Umdenken in Deutschland. Nicht mehr das einzelne behinderte Kind/Jugendliche muss sich anpassen, um in der Regelschule dabei sein zu können. Stattdessen müssen sich die Schulstrukturen ändern, sodass Kinder mit Behinderungen von Anfang an einbezogen und ihre Teilhaberechte geachtet werden. Um chronisch kranken oder behinderten Kindern den Besuch der Regelschule zu ermöglichen, ist oftmals medizinische und pflegerische Unterstützung nötig. Hier findet die School Health Nurse ebenfalls ein Einsatzgebiet.

Wo ist die School Health Nurse angesiedelt?

Es gibt bislang vereinzelt School Health Nurses an internationalen Schulen in Deutschland.

Zukünftig ist die Implementierung der School Health Nurse an deutschen Grund- und weiterführenden Schulen erforderlich, um die gesundheitliche Betreuung und Versorgung der Schüler zu verbessern.

Beispiel aus der Praxis

„Vier Jungen im Alter von 12 Jahren kommen durch die offen stehende Tür in das Behandlungszimmer der School Health Nurse Pia. Sie ist Schulgesundheitspflegerin in einer schwedischen Grundschule und betreut dort während der Schulzeit etwa 500 Schüler. Jan weint und hält seinen rechten Finger, der blutet. Er hat sich ihn auf dem Pausenhof an einer Scherbe geschnitten. Während Pia den Finger untersucht und die Wunde reinigt, schauen seine Freunde interessiert zu. Einer der Freunde entdeckt die Messlatte und Waage in der Ecke. Als Jans Finger mit einem Pflaster versorgt ist, messen sich alle ihre Größe und Gewicht. Sie

freuen sich, dass sie wieder etwas gewachsen sind. Pia unterhält sich mit Ihnen [Sic - A.d.V.] über das Wachstum, ihre Essgewohnheiten und motiviert sie, an der neuen Fußballmannschaft der Schule teilzunehmen, eine Idee, die viel Zustimmung findet. Jan zeigt seinen Freunden stolz das Pflaster. Fußball wäre doch eine tolle Idee für die restliche Pause, meint er, und schon stürmen die Vier wieder aus dem Behandlungszimmer. Pia ruft noch den Hausmeister an, damit er die Scherben auf dem Pausenhof einsammelt, und macht sich Notizen über Behandlung, die gemessenen Werte und die Beratung in die Akten der Kinder“ (Kocks 2009).

Finanzierung

In Deutschland existieren derzeit noch keine einheitlichen Finanzierungskonzepte. Der DBfK begrüßt die im Rahmen des Hartz IV Kompromisses beschlossene Erweiterung des Betreuungsangebotes an Schulen. Neben sozialen Schwierigkeiten haben Jugendliche auch viele gesundheitliche Probleme und Fragen, die von Fehlernährung über Bewegungsmangel und Drogenkonsum bis hin zu mangelnden Kenntnissen bezüglich Safer Sex reichen. Deshalb fordert der DBfK die Kommunen auf, künftig auch Gesundheits- und (Kinder)-Krankenpflegerinnen – insbesondere aber Familiengesundheitspflegerinnen – an Schulen zu beschäftigen. Mit ihrer Fachkompetenz zu Gesundheitsverhalten, Primärprävention, aber auch der besonderen Belange behinderter Schülerinnen können die School Health Nurses einen wichtigen Beitrag zu mehr Gesundheit, individueller Betreuung und damit dem Schulerfolg leisten.

Wie qualifiziere ich mich?

In Deutschland gibt es bislang keine Ausbildung zur School Health Nurse. Es gibt allerdings von der Universität Witten/Herdecke Vorschläge zur Qualifizierung: Die pflegerische Ausbildung sollte an Hochschulen erfolgen, wo eine Spezialisierung als „Fachkraft für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule“ möglich sein soll. Dabei orientiert man sich an Vorbildern aus dem europäischen Ausland. Darüber hinaus kann die vom DBfK in Kooperation mit Weiterbildungsinstituten angebotene Weiterbildung „Familiengesundheitspflege“ einen Einstieg in das Tätigkeitsfeld ermöglichen. Infos unter www.familiengesundheitspflege.de.

In Schweden benötigt man ein abgeschlossenes dreijähriges Pflegestudium mit Bachelor Degree, zweijährige Berufserfahrung und eine Weiterbildung in Kinderkrankenpflege oder zur District Nurse. Neu eingeführt wird ein eigenständiger Studiengang für „School-Health-Nursing“ an der Hochschule von Skövde.

Auch in England benötigt man ein abgeschlossenes Pflegestudium mit Bachelor Degree und der Spezialisierung zur School Health Nurse sowie zwei Jahre Berufs-

erfahrung. Man kann anschließend einen zweijährigen Postgraduierten-Kurs in School Nursing, Public Health und/oder Community Nursing an einer Universität absolvieren.

In Finnland wird ein vierjähriges Studium zur Public Health Pflegeperson an einer Fachhochschule vorausgesetzt (Kocks 2006).

Weiterführende Informationen

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2008): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_misc/psychische-Gesundheit_01.pdf (09.01.2011)

Informationen zum Thema Schulgesundheit.

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=aac05ffb81eb7d2a01824d910bb16b6c&id=Seite619> (09.01.2011)

KIGGS – Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <http://www.kiggs.de/> (09.01.2011)

NASN (National Association of School Nurses).

<http://www.nasn.org/Default.aspx?tabid=57> (09.01.2011)

3.3 PUBLIC HEALTH NURSING

Handlungsfeld und Aufgaben

Eine Public Health Nurse (PHN)⁷ ist eine Pflegefachperson, die sich für die Tätigkeit im Bereich der öffentlichen Gesundheitsförderung (Public Health) spezialisiert hat. Dies bedeutet eine Öffnung der traditionell pflegerischen Arbeitsbereiche gegenüber den Menschen auch außerhalb der Versorgungseinrichtungen. Die PHN kann in öffentlichen Bereichen wie Gesundheitsämtern, Beratungseinrichtungen, Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Schulen, Kindergärten oder Betrieben tätig werden (Brieskorn-Zinke 2007: 111 f.). Nach Brieskorn-Zinke (2008: 3) geht es bei der Tätigkeit der PHN darum, „aus pflegerischer Perspektive gesundheitsbezogene Daten zu sammeln, Gesundheitsförderungskonzepte zu entwickeln oder an entsprechenden Programmen mitzuwirken und diese in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen umzusetzen“. Hier zeigen sich auch die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zu den Tätigkeitsfeldern der School Health Nurse und der Familiengesundheitspflegerin: Während die ersten beiden einen Fallbezug haben (Schüler, Familien, Einzelpersonen), ist die Public Health

⁷ Anstelle der Bezeichnung „Public Health Nurse“ werden für Pflegefachkräfte, die public-health-bezogene Aufgaben übernehmen, im internationalen Bereich u.a. auch die Begriffe „Health Visitor“ oder „Community (Health) Nurse“ verwendet.

Nurse eher als übergeordnete Instanz tätig (Schaeffer 1994, in Briskorn-Zinke 2008). Sie arbeiten eher prospektiv und auf die Verbesserung der Gesundheitsvoraussetzungen gerichtet. Impuls für eine Qualifizierung der Pflegefachpersonen im Bereich von Public Health war die europäische Initiative „Public Health für Nurses“. Daraus entstand durch die Initiative des europäischen Pflegeverbandes ein Fortbildungsprogramm, das sich an alle Pflegefachpersonen in den unterschiedlichsten pflegerischen Zusammenhängen in Europa richtete. Den Pflegefachpersonen wurden public-health-orientierte Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt. Die Implementierung des Programms in die einzelnen europäischen Länder verlief langsam, da es an die spezifischen Bedingungen in jedem Land angepasst werden musste; gleichwohl gingen wichtige Impulse für die Ausgestaltung der Rolle der Pflege in public-health-relevanten Arbeitsbereichen und für die Theorieentwicklung aus (Briskorn-Zinke 2007: 31).

Zu den Aufgaben einer PHN zählen u.a.:

- Gesundheitsbedürfnisse von Einzelnen oder Gruppen erkennen, ermitteln und bewerten sowie Prioritäten für Gesundheitsinterventionen setzen,
- Gesundheitsbildung, -aufklärung und -beratung (z.B. zur Familienplanung, zur gesunden Ernährung und Bewegung, zur Schlafförderung, Hygiene, zum Stressabbau),
- Aufbau, Organisation, Ausbau und Weiterführung von neuen bzw. bereits bestehenden Netzwerken wie „Gesunde Stadt“, „Rauchfreies Krankenhaus“ etc. und Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit,
- Gesundheitsprojekte und -programme initiieren, begleiten und evaluieren (z.B. Raucherentwöhnungs- oder Gewaltpräventionsprogramme),
- Mitwirkung in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention (Maßnahmen zur gesunden Arbeitsplatzgestaltung, aktive Pausen, rauchfreier Arbeitsplatz, Rückenschule),
- Förderung der Selbsthilfekompetenz (Empowerment) unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, z.B. von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, pflegenden Angehörigen, Migranten.

Die Arbeit der PHN ist nicht primär auf die direkte Pflege von einzelnen Personen in der Gemeinde gerichtet. Vielmehr unterstützen die PHN die direkte Pflege durch ihre Einschätzung und Evaluation der Bedürfnisse von Menschen im Kontext der definierten Bevölkerungsgruppe (Hasseler 2006: 41).

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Tätigkeit der PHN sind immer Lebensweltbezug, Gesundheitsorientierung sowie Interdisziplinarität und die Zusammenarbeit mit allen Akteuren.

Wer sind die Zielgruppen, und wie erreichen wir sie?

Je nach Handlungsfeld variiert die Zielgruppe der PHN. Es kann eine Kommune, eine Gruppe, eine Familie oder auch eine einzelne Person sein. Das Interesse gilt Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen oder Betagten, pflegenden Angehörigen oder Kolleginnen. Damit richtet sich die Aufmerksamkeit der PHN auf jeden Menschen, ob jung oder alt, gesund oder krank. Der Zugang erfolgt je nach Aufgabengebiet beispielsweise über Krankenhäuser, Beratungsstellen, Krankenkassen, Gesundheitsämter, Schulen oder über Ärzte, Sozialarbeiter, Lehrer, Familienangehörige oder die Kommune.

Anlass und Bedarf

Gerade Pflegefachpersonen haben die Möglichkeit, die Bedürfnisse und Risiken in der Bevölkerung zu erkennen und hier durch ihr Handeln die notwendige Hilfe und Unterstützung in Gesundheitsbelangen zu leisten. Keine andere Berufsgruppe ist so nahe und häufig mit einem Menschen und seinen Bezugspersonen beschäftigt wie die Pflege.

Wo ist die Public Health Nurse angesiedelt?

Die PHN kann in einer Vielzahl von Einrichtungen und Settings auf kommunaler oder Bundesebene tätig werden. Auch eine Tätigkeit in der Politik oder Forschung ist möglich.

Die PHN kann angesiedelt sein in:

- stationären Pflegeeinrichtungen wie Krankenhäuser, Alten- oder Pflegeheime, Wohnstätten für Senioren (mit den Aufgabenschwerpunkten Qualitätssicherung, Case Management, Entlassungsmanagement, Pflegekonsildienst),
- ambulanten Diensten wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Hausarztpraxen, ambulante Pflegedienste,
- Beratungsstellen wie Pflegestützpunkte, Patienteninformationszentren, Gesundheitszentren,
- Schulen, Betrieben, Kindergärten,
- Volkshochschulen, Vereinen,
- Krankenkassen oder beim MDK.

Beispiel aus der Praxis

In einem Krankenhaus führt eine Public Health Nurse als Leitung der Arbeitsgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ein Projekt zur Gesundheitsförderung des Pflegepersonals durch. Ihre Aufgabe besteht in der Erstanalyse der Arbeitsbedingungen, der Arbeitszufriedenheit sowie der Krankenstände und Fluktuation. Dazu führt sie mit ihrem Team schriftliche und mündliche Befragungen der Mitarbeiter durch, beschreibt deren Arbeitsfeld und wertet Statistiken aus. So können Ursachen für Krankheit und Unzufriedenheit der Mitarbeiter herausgestellt werden. Auf Basis dieser Erkenntnisse entwickelt die Public Health Nurse mit ihrer Arbeitsgruppe Konzepte, die nachhaltig die Arbeitsbedingungen und somit die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter verbessern. Geplante Maßnahmen sind beispielsweise Kommunikationstrainings, Workshops zum Thema Konfliktmanagement, Supervision zur Förderung der Teamentwicklung und die Optimierung der Dienst- und Urlaubspläne. Ebenso absolvieren die Führungskräfte Fortbildungen und Workshops zur Verbesserung ihrer Führungsmethoden. Durch wiederholte schriftliche und mündliche Befragungen und die Auswertung von Statistiken zu Krankenständen und Fluktuationen werden die Maßnahmen ausgewertet und ggf. neu angepasst. So besteht eine ständige Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

Finanzierung

Für die Finanzierung der Leistungen der Public Health Nurses gibt es derzeit noch keine einheitlichen Regelungen. Sie variiert je nach Ansiedlung der PHN. In einigen Einrichtungen (Klinik/Krankenkasse) wurde eine neue Stelle für diese Aufgaben geschaffen.

In den meisten Fällen geschieht eine Umsetzung der Beratungen, Schulungen oder Projekte bislang im Rahmen des Pflegealltags ohne besondere Finanzierung. Vereinzelt werden die PHN von Alltagsarbeiten auf Station freigestellt, um gesundheitsfördernde und präventive Aufgaben zu übernehmen. Die PHN betätigen sich darüber hinaus ehrenamtlich in anderen Einrichtungen, wie z.B. in Schulen und Kindergärten.

Wie qualifiziere ich mich?

Pflegeschwestern können sich im Rahmen der Fortbildung „Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegeberufe“ für die Tätigkeit im Bereich Public Health Nursing qualifizieren. Die Fortbildung umfasst 200 Stunden einschließlich eines Praktikums und ist in acht bis zehn Module unterteilt. Diese sind innerhalb von



zwei Jahren zu absolvieren. Die Fortbildung wird mit einem EU-Zertifikat abgeschlossen, welches in allen EU-Ländern anerkannt wird (DBfK 2004: 3). Die Qualifizierung für den Bereich Public Health schärft den Blick auf Gesundheit und Prävention, auch zum eigenen Nutzen. Es öffnet sich ein weites interessantes Arbeitsfeld im Bereich der Gesundheitspflege.

Darüber hinaus gibt es berufsbegleitende Studienangebote mit dem Abschluss Bachelor of Arts (B.A.), z.B. mit der Fachrichtungen Public Health Care and Case Management.

Aufbauend oder alternativ ist es möglich, Public Health als Aufbaustudiengang (z.B. Masterstudium) zu belegen.

Weiterführende Informationen

American Public Health Association

(<http://www.apha.org/membergroups/sections/aphasections/phn/>)

Bayerische Pflegeakademie, Ammerseestr. 108 in 82131 Gauting
(www.bayerische-pflegeakademie.de)

Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fort- und Weiterbildung
(www.efh-darmstadt.de/fuw/fuw_sem_pflegewissenschaft_public_health.php)

3.4 PRIMÄRPRÄVENTION NACH SGB V

Handlungsfeld und Aufgaben

Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung ungleicher Gesundheitschancen leisten. Der GKV-Spitzenverband hat in dem „Leitfaden Prävention“ (GKV-SV 2010) Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach den §§ 20 und 20a SGB V definiert.

Präventionsangebote mit dem Fokus auf einzelne Personen (der sogenannte „Individuelle Ansatz“) werden im Folgenden beispielhaft dargestellt. Sie finden als Kurse und/oder Beratung in Gruppen statt, die zeitlich begrenzt sind. 2,1 Millio-

nen GKV-Versicherte nahmen 2009 an krankenkassengeförderten Präventionskursen teil.

Die Maßnahmen sollen den einzelnen Menschen beim Einstieg in einen gesünderen, aktiveren Lebensstil helfen. Die gesundheitliche Situation soll verbessert, vorhandene Ressourcen und Fähigkeiten gestärkt werden (MDS & GKV-SV 2010: 63).

Folgende Handlungsfelder werden empfohlen (GKV-SV 2010):

- Bewegungsgewohnheiten (Reduktion von Bewegungsmangel),
- Ernährung (Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung, Vermeidung und Reduktion von Übergewicht),
- Stressmanagement (Förderung von Stressbewältigungskompetenzen und Entspannung) sowie
- Suchtmittelkonsum (Förderung des Nichtrauchens, Reduktion des Alkoholkonsums).

Spezialisierte Pflegefachpersonen können Maßnahmen bislang v.a. in den Bereichen Stressmanagement und Suchtmittelkonsum anbieten.

Beim Stressmanagement geht es v.a. um die Förderung von Stressbewältigungskompetenzen, Förderung von Entspannung (durch Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Autogenes Training, Hatha Yoga, Tai Chi, Qigong) (GKV-SV 2010).

Im Bereich des Suchtmittelkonsums können Angebote zur Förderung des Nichtrauchens gemacht werden (Informationsvermittlung zum Ausstieg, Motivationsstärkung) oder zur Reduzierung des Alkoholkonsums (Informationsvermittlung, Motivationsstärkung, kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen wie Rollenspiel, Protokollierung, Visualisierung) (GKV-SV 2010).

Wer sind die Zielgruppen, und wie erreichen wir sie?

Die Angebote richten sich insbesondere an Menschen mit Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen.

Im Bereich der Stressbewältigung sind dies Menschen mit Stressbelastungen, die lernen wollen, damit sicherer und gesundheitsbewusster umzugehen.

Maßnahmen zur Förderung des Nichtrauchens richten sich v.a. an rauchende Schwangere, junge Familien und Eltern (GKV-SV 2010).

Anders als bei settingbezogenen Interventionen (z.B. im Kindergarten) werden individuell ausgerichtete Präventionskurse als „Komm-Angebote“ angeboten. Die Kursteilnahme ist vom Interesse des Einzelnen abhängig.

Anlass und Bedarf

Der Bedarf für individuelle Präventionsangebote ergibt sich u.a. aus der Häufigkeit, der medizinischen Relevanz und der volkswirtschaftlichen Bedeutung von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus (v.a. D.m. Typ 2), bösartigen Neubildungen, Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie psychischen/psychosomatischen Krankheiten. Um das Auftreten dieser Erkrankungen zu vermeiden, richten sich die Präventionsangebote auf die Risikofaktoren für diese Erkrankungen. Dies sind in erster Linie Bewegungsmangel, Fehl- und Überernährung, mangelnde Stressbewältigungs- und Entspannungskompetenzen sowie Suchtmittelkonsum (GKV-SV 2010: 13 f.).

Wo ist die Leistungsanbieterin angesiedelt?

Die Pflegefachpersonen mit den entsprechenden Zusatzqualifikationen können die Kurse z.B. im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit anbieten.

Beispiel aus der Praxis

Eine Gesundheits- und Krankenpflegerin erwirbt eine Zusatzqualifikation zur Durchführung von Kursen in Autogenem Training und Progressiver Muskelentspannung nach Jacobson.

Sie erarbeitet ein Konzept, um in ihrem Stadtteil ein Kursangebot zur Progressiven Muskelentspannung für Interessierte anzubieten. Dieses Konzept enthält die laut dem Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV 2010) geforderten Angaben, z.B. zu Aufbau, Zielen, Inhalten, Methoden und Zielgruppen. Sie stellt es ihrer Krankenkasse vor, die sie nach Sichtung der Unterlagen in den Katalog der Anbieter von Leistungen nach § 20 SGB V mit aufnimmt. Diese Zulassung, so teilt ihr die Kasse mit, ist für alle anderen gesetzlichen Krankenkassen gültig.

Über Flyer und Mund-zu-Mund-Propaganda informiert die Gesundheits- und Krankenpflegerin über das Kursangebot, welches in den Räumen einer Physiotherapiepraxis durchgeführt werden soll. Es melden sich zehn Interessenten für den Kurs an, der acht Termine zu jeweils 90 min. umfasst.

Die Kursgebühr wird zunächst von den Teilnehmerinnen bezahlt. Nach erfolgreichem Abschluss des Kurses stellt die Kursleiterin den Teilnehmern eine Teilnah-

mebescheinigung aus. Diese sowie die Quittung über die bezahlte Kursgebühr reichen die Teilnehmer bei ihren Krankenkassen zur Kostenerstattung ein.

Finanzierung

Die Finanzierung der durch die Krankenkassen anerkannten Kurse und Beratungen erfolgt gemäß § 20 SGB V. Für Leistungen nach §§ 20, 20a und 20b SGB V gilt ein Richtwert von 2,86 € pro Versicherten (GKV-SV 2010: 8).

Die Kosten für die Kurse werden bei Erwachsenen i.d.R. bis zu 80 % von den Krankenkassen getragen. Bei Kindern und Jugendlichen werden die Kursgebühren zu 100 % übernommen. Die maximale Höhe der Erstattung variiert je nach Krankenkasse (DAK max. 75,00 Euro⁸, AOK max. 150,00 Euro⁹ im Jahr). Jedoch entscheidet jede Kasse im Einzelfall über die Notwendigkeit des Angebots und somit über eine eventuelle Kostenübernahme. Daher sollte die Kursleiterin potenzielle Teilnehmer dahingehend informieren, dass diese vor Beginn des Kurses die Zusage für eine Kostenübernahme einholen.

Wie qualifiziere ich mich?

Voraussetzung für die Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V ist neben der Grundqualifikation (d.h. ein staatlich anerkannter Berufs- oder Studienabschluss im jeweiligen Handlungsfeld) eine Zusatzqualifikation (d.h. eine entsprechende Qualifizierung) und ggf. eine Einweisung in das durchzuführende Programm (GKV-SV 2010: 36).

Die Anbieter müssen über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen und Berufserfahrung verfügen (GKV-SV 2010: 36).

Im Jahr 2009 hat der GKV-Spitzenverband dem Antrag des DBfK auf Aufnahme der bundeseinheitlich geregelten Pflegeberufe zugestimmt. In den Katalog der Kooperationspartner zur Erbringung von Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung nach § 20 Absatz 1 und 2 SGB V wurden

- Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflegerinnen, Altenpflegerinnen,
- Pflegepädagoginnen,
- Pflegemanagerinnen und Diplom-Pflegewirte und
- Pflegewissenschaftlerinnen

⁸ http://www.dak.de/C1256E1600504B42.nsf/html/dak_zuschuss.html (22.03.2011)

⁹ <https://www.praeventionskurse-sh.de/> (22.03.2011)

aufgenommen. Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes sind Pflegefachpersonen von der Grundqualifikation her geeignet, Leistungen im Handlungsfeld Stressbewältigung/Entspannung und im Handlungsfeld Suchtmittelkonsum (v.a. bei der Förderung des Nichtrauchens gemäß Leitfaden Prävention) anzubieten (DBfK 2010: 2).

Für den Erwerb der geforderten Zusatzqualifikationen gibt es eine Vielzahl von Qualifizierungsmöglichkeiten. Beispielhaft sei hier auf das Rauchfrei-Programm vom IFT Institut für Therapieforchung München verwiesen (DBfK 2010: 3).

Weiterführende Informationen

BAG-Handreichung „Handlungshilfe zur Gesundheitsförderung bei pflegenden Angehörigen“ unter <http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Praevention/Ideensammlung-BAG-Prae-pfle-Angehoerige-final.pdf>

Leitfaden Prävention unter http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Leitfaden_Pr%C3%A4vention_RZ_web4_2011_15702.pdf, siehe im Literaturverzeichnis unter GKV-Spitzenverband (GKV-SV 2010)

4 AUSBLICK



Pflegefachpersonen eröffnen sich zunehmend neue Handlungsfelder, auch in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention. Dafür steht ihnen ein großes Angebot von Qualifizierungsmöglichkeiten offen. Dies zeigen die in dieser Broschüre vorgestellten Tätigkeitsprofile in der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege, als Public Health Nurse und die Möglichkeit, Kurse zur Primärprävention nach § 20 SGB V anzubieten. Ansätze, um Einzelpersonen, Familien oder Gruppen zu diesem Thema

zu erreichen, finden sich in der Beratung und dem darüber hinausgehenden Konzept des Case Managements.

Angesichts der erwarteten drei Millionen pflegebedürftiger Menschen im Jahre 2030 reicht der Appell des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Philipp Rösler nicht aus: Er fordert „einen neuen, positiven Blick auf die Pflege“ und mehr Wertschätzung und Anerkennung für die Pflegeberufe (BMG 2010). Es gilt auch die (leistungs-)rechtlichen Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen entfalten und ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung leisten können. Prävention und Gesundheitsförderung als pflegerische Tätigkeitsfelder waren und werden dabei immer wichtiger. Zudem ist es unerlässlich, neben einer Spezialisierung (vertikale Erweiterung) ein längeres und breiteres Tätigwerden in der Pflege auch zu angrenzenden Bereichen zu ermöglichen (horizontale Erweiterung). Ein besonderes Augenmerk gilt den älter werdenden Kolleginnen, denn eine frühzeitige Investition in Weiterbildung, Prävention und Gesundheitsförderung sorgen dafür, dass deren Arbeitsfähigkeit erhalten bleibt (Wallrafen-Dreisow 2011). Weiterhin können entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen den Ausstieg aus der Pflege verhindern. So gelingt es, qualifizierte und berufserfahrene Pflegefachpersonen im Beruf zu halten und ihre Kompetenzen weiter zu nutzen.

Durch die zunehmende Professionalisierung der Pflege erschließen sich neue Aufgabengebiete in der Gesundheitsförderung und der Prävention. Die Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Prävention, Rehabilitation, Beratung möchten die Kolleginnen und Kollegen in der Pflege ermuntern, sich zu informieren und diese Option für die eigene berufliche Perspektive zu bedenken. Für Mitglieder im DBfK ist die Beratung in eigener Sache Teil des Services und hilft so, die eigene Karriere zu planen.

5 LITERATUR

- Altgeld, T. (2006): Mehr Prävention und Gesundheitsförderung kann nur vor Ort realisiert werden. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 1/2006, 24–32
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco/Washington/London: Jossey-Bass
- Belardi, N.; Akgün, L.; Gregor, B.; Neef, R.; Pütz, T.; Sonnen, F.R. (2001): Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 3. Aufl., Weinheim/ Basel: Beltz
- Brieskorn-Zinke, M. (2008): Public Health Nursing: Was ist das eigentlich? In: Public Health Forum, 16. Jg., Nr. 61, 2–3
- Brieskorn-Zinke, M. (2007): Public Health Nursing: Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit. Stuttgart: Kohlhammer
- Brieskorn-Zinke, M.; Weyand, E. (2008): Die europäische Fortbildung Public Health. Anspruch und Wirklichkeit der Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Pflegezeitschrift 9/2008, 486–489
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. http://www.bmas.de/portal/892/property=pdf/Lebenslagen_in_deutschland_de_821.pdf (07.01.2011)
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2001): Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. http://www.bmas.de/coremedia/generator/902/property=pdf/lebenslagen_in_deutschland_armutsbericht1.pdf (04.05.2009)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2010): Bundesgesundheitsminister Rösler: Menschen, die in Pflegeberufen arbeiten, verdienen mehr Anerkennung. Pressemitteilung vom 23. März 2010 anlässlich der Pflegewirtschafts-Messe „Altenpflege 2010“ in Hannover. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_pressemeldungen/2010/pm-10-03-23-pflegemesse.pdf (23.03.2010)
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), <http://www.netzwerk-cm.ch/index.php?id=129> (16.07.2011)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (Hrsg.) (2010): Handreichung für Pflegefachkräfte zur Durchführung von Maßnahmen zur Primärprävention nach § 20 SGB V (gemäß Leitfaden Prävention). Stand 04/2010. http://www.dbfk.de/verband/bags/BAG-Prävention/Handreichung_20-SGB-V-04-2010-final.pdf (20.02.2011)
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (Hrsg.) (2009): Familiengesundheit. Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen. 4. Aufl.

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (Hrsg.) (2004): We train for health in Europe. Handbuch zur Fortbildung „Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegeberufe in der Europäischen Union“. Überarbeitete Fassung vom 08.01.2004, Berlin
- Dichter, M.; von Lützu, P.; Dunger, Ch.; Hochgraeber, I.; Zebe, G.; Walla, J.; Büscher, A. (2009): Die Familiengesundheitspflege und ihre Umsetzung in einer städtischen und einer ländlichen Region in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, 14. Jg., Heft 2, Mai 2009, 138–155
- Dür, W. (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systematisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Bern: Hans Huber
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) (2006): Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik. Gesprächskreis Sozialpolitik. <http://library.fes.de/pdf-files/asfo/03637.pdf> (12.05.2009)
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) (2003): Neugefasst durch Bek. v. 25.8.2003 I 1690; zuletzt geändert durch Art. 12b G v. 17.7.2009 I 1990. <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (09.05.2010)
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 16. Juli 2003. Zuletzt geändert durch Art. 12a G v. 17.7.2009 I 1990 (Nr. 43). http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf (09.05.2010)
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz – PflWG) (2008): Bundesgesetzblatt I Nr. 20 vom 30. Mai 2008. <http://npl.ly.gov.tw/pdf/6380.pdf> (09.05.2010)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Dokumente/Leitfaden_Praeventio_n_2010_web_14422.pdf (13.01.2011)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2009): Perspektiven für Reformen. Die Positionen des GKV-Spitzenverbandes für ein zukunftsfestes Gesundheitssystem. Beschlossen vom Verwaltungsrat am 26. November 2009. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Positionen_web_single_10812.pdf (13.01.2011)
- GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zu Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 28.09.2009. http://www.gkv-spitzenverband.de/Pflegeberatung_nach_7a_SGB_XI.gkvnet (22.03.2010)
- Hasseler, M. (2006): Prävention als originäre Aufgabe der Pflege – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler, M. & Meyer, M.: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und

- Beispiele. Berliner Schriften. Evang. Fachhochschule Berlin. Schlütersche, 35–58
- Hurrelmann, K.; Klotz, Th.; Haisch, J. (Hrsg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber
- Hurrelmann, K.; Laaser, U. (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hrsg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. München: Juventa, 749–752
- International Council of Nurses (ICN) (2005): Definition der Pflege. <http://www.dbfk.de/download/ICN-Definition-der-Pflege-DBfK.pdf> (23.06.2009)
- Koch-Straube, U. (2001): Beratung in der Pflege. Bern: Hans Huber
- Kocks, A. (2009): Wie kommt der Apfel in die Schule? Gesundheitspflege und Gesundheitsförderung in der Schule. Die Grundschulzeitschrift. Seelze: Friedrich, 14–21
- Kocks, A. (2008a): Gesund in der Schule. Der pflegerische Tätigkeitsbereich der School Health Nurse. In: Pflegezeitschrift 7/2008, 364–367
- Kocks, A. (2008b): Schulgesundheitspflege. Die Rolle der schwedischen School Health Nurse und das Thema Gesundheit im Setting Schule. In: Zeitschrift Pflege und Gesellschaft 3/08, 246–260
- Kocks, A. (2006): School Health Nurse. Ein Modell pflegerischer Gesundheitsförderung. Beschreibung des Berufsbildes am Beispiel von England, Finnland und Schweden. Bachelor-Arbeit: Private Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft
- Krause, Ch. (Hrsg.) (2003): Pädagogische Beratung. Weinheim: Beltz
- Kurth, B.-M. (2007): Wie gesund sind Kinder? Interview mit Dr. Bärbel-Maria Kurth, Leiterin der KiGGS-Studie am Robert Koch-Institut. In: Gesundheitspolitische Information 2/07, Bundesministerium für Gesundheit, 5
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) & GKV-Spitzenverband (GKV-SV) (Hrsg.) (2010): Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medien-service/thema/mds_gkv-sv_pr_ventionsbericht_2010.pdf (13.01.2011)
- Meyer, M. (2006): Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung: zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege. In: Hasseler, M. & Meyer, M.: Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Berliner Schriften, Evangelische Fachhochschule Berlin. Hannover: Schlütersche, 13–33
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern: Hans Huber

- Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. http://www.rki.de/cln_116/nn_206802/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_migration,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS_migration.pdf (17.05.2009)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Langfassung. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (20.04.2009)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/056/1505670.pdf> (10.04.2009)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung
- Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber
- Schnabel, P.E. (2001): Familie und Gesundheit: Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung. Weinheim/München: Juventa
- Schüssler, D.; Eberl, I.; Düchting, M. (2009): Familiengesundheitspflege – ein neues Angebot für vulnerable Gruppen. In: Gesundheit Berlin e.V. (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Hans Huber, 162–168
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung. (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) Zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 30.7.2009 I 2495. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf (09.05.2010)
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477). Zu-letzt geändert durch Art. 4 G v. 14.4.2010 I 410. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (09.05.2010)
- UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) (2008): Behindertenrechtskonvention. <http://www.netzwerk-artikel-3.de/un-konv/doku/un-konv-de.pdf> (28.03.2011)
- Wallrafen-Dreisow, H. (2011): Schritt für Schritt zum Age-Management. In: Die Schwester/Der Pfleger 02/2011, 164–166
- Weltgesundheitsorganisation. Regionalbüro für Europa (WHO) (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester – Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. EUR/00/5019309/13 Kopenhagen
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German (01.04.2009)