

Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care



Unsere Kompetenz - Ihre Gesundheit:
Professionelle Pflege - Garant der Langzeitpflege

12 May 2010

International Nurses Day

Unsere Kompetenz – Ihre Gesundheit:
Professionelle Pflege – Garant der Langzeitpflege



INTERNATIONALER TAG DER PFLEGENDEN 2010

Alle Rechte vorbehalten einschließlich Übersetzung in andere Sprachen.

Kein Bestandteil dieser Broschüre darf außerhalb des Urheberrechts in gedruckter Form, als Kopie oder in anderer Weise vervielfältigt werden. Gleiches gilt für die Verwendung in Datenbanken, Übertragung in andere Dateisysteme und den Verkauf ohne schriftliche Genehmigung durch ICN. Kurze Auszüge (< 300 Wörter) dürfen ohne Autorisierung unter Angabe von Quellenhinweisen verwendet werden.

Redaktionelle Bearbeitung: Johanna Knüppel, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. Berlin

Gemeinsame Herausgeber:

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)

Salzufer 6, 10587 Berlin, Tel: 030/2191570

Email: dbfk@dbfk.de, www.dbfk.de



Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (OEGKV)

Wilhelminenstraße 91/IIe, 1160 Wien, Tel: (01)478 27 10

Email: office@oegkcv.at, www.oegkv.at



Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK ASI)

Choisystrasse 1, Postfach, 3001 Bern, Tel: 031-388 36 36

Email: info@sbk-asi.ch, www.sbk-asi.ch



Copyright © 2010 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, CH-1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-00-0

INHALTSVERZEICHNIS

Brief von ICN Präsidium und Geschäftsführung.....	5
Kap. 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung	6
Kap. 2: Auswirkungen für Entwicklung und Gesundheitssysteme	11
Kap. 3 Strategien zur Risikominimierung bei chronischen Erkrankungen.....	16
Kap. 4 Management chron. Erkrankungen, Beiträge und Kompetenzen der Pflege	21
Kap. 5 Pflegerische Innovationen in der Langzeitversorgung	29
Kap. 6 Rolle der nationalen Pflegeberufsverbände bei der Minimierung von Risiken und Verbesserung der Versorgung chronisch Erkrankter	33
Kap. 7 Fazit	36
Kap. 8 Ergänzung DBfK: Beitrag der Pflegeberufe in der Versorgung von chronisch Erkrankten (inkl. Literatur).....	37
 Anhänge:	
Die Rolle der Pflege in der Krebsprävention	42
Durch Umwelt und Lebensweise bedingte Gesundheitsschäden reduzieren	44
Literatur	46



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Jedes Land dieser Erde ist von der steigenden Zahl chronischer Erkrankungen betroffen und benötigt eine angemessene und bezahlbare medizinische Versorgung für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Möglichkeiten für Pflegende, zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerungen weltweit durch ihr Augenmerk auf die Prävention chronischer Krankheiten beizutragen, waren niemals zuvor so groß wie heute.

Diabetes, Herz-/Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krebs sind die häufigsten Todesursachen und für geschätzte 35 Millionen Tote jedes Jahr verantwortlich (WHO 2008a). 80 Prozent dieser Todesfälle ereignen sich in Ländern mit niedrigen bzw. mittleren Einkommen. Diese Krankheiten sind vermeidbar. Wenn sie dennoch auftreten, können effektive Versorgung und Behandlungsplanung, frühzeitig begonnen, dazu beitragen, dass die Betroffenen ein erfülltes und produktives Leben führen. Wie bei diesen „konventionellen“ Erkrankungen sorgen die veränderte Verlaufsgeschwindigkeit und Erscheinungsform von Krankheiten wie HIV/AIDS dafür, dass die Zahl der auf Langzeitversorgung angewiesenen Menschen in allen Ländern weiter zunimmt.

Überall besteht der dringende Bedarf, dass Pflegende die Initiative ergreifen und sich gemeinsam mit allen Bereichen und Sektoren der Gesellschaft der wachsenden Gefahr entgegenstellen, die von den chronischen Krankheiten für die weltweite Gesundheit und das Wohlbefinden ausgeht.

Dieses Dokument bietet Hintergrundinformationen zu dem steigenden Bedarf an und der wachsenden Nachfrage nach Langzeitversorgung. Am Beispiel des Typ-2-Diabetes wird dies exemplarisch veranschaulicht. Es fordert Pflegende und jeden anderen heraus, die gewaltige Dimension des Problems zu erfassen und zu erkennen, dass Pflegende mit ihrem Wissen, Mut, Visionen und Engagement über die richtigen Ausgangsvoraussetzungen verfügen, um eine führende Rolle zu übernehmen.

Mit diesem Handbuch anlässlich des Internationalen Tags der Pflegenden verbindet der ICN einen Aufruf an Pflegende an allen Orten, die Führung im Kampf gegen chronische Krankheiten zu übernehmen - als gesunde Vorbilder für ihre Familien, ihre Patienten und ihre Umgebung zu wirken. Und sich über ihre nationalen Pflegeverbände gemeinsam mit ICN und seinen Partnern für den notwendigen sozialen, wirtschaftlichen und politischen Wandel einzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

Rosemary Bryant
Präsidentin

David C. Benton
Geschäftsführer

Kapitel 1

Chronische Erkrankungen als Herausforderung

Weltweit ist ein massiver Anstieg bei Todesfällen und Behinderungen als Folge von chronischen Krankheiten zu erwarten. Chronische Erkrankungen wurden bislang üblicherweise mit den Industrieländern in Verbindung gebracht und als Zivilisationskrankheiten betrachtet, von denen überwiegend ältere und reiche Menschen betroffen waren. Dagegen konzentrierten sich Aufmerksamkeit und Mittel in den Entwicklungsländern auf das Problem der übertragbaren Krankheiten. Aktuelle Statistiken zeigen allerdings, dass 60 Prozent der weltweit auftretenden Todesfälle durch chronische Krankheiten verursacht werden und 80 Prozent dieser Todesfälle in Ländern mit niedrigen bzw. mittleren Einkommen auftreten (WHO 2008a). Die Zahlen der Betroffenen im arbeitsfähigen Alter steigen. In Ländern, in denen alle Einkommensschichten vertreten sind, bilden Gesundheit und Krankheit ein soziales Gefälle ab: je niedriger der sozioökonomische Status desto schlechter der Gesundheitszustand (WHO 2008b). „Von den aus diesen Erkrankungen resultierenden rasch zunehmenden Belastungen sind arme und benachteiligte Bevölkerungsschichten überproportional betroffen. Im Bereich der Gesundheit führt dies zu einem wachsenden Gefälle innerhalb und zwischen den Ländern.“ (WHO 2008a).

Es gibt viele Ursachen für die Zunahme von chronischen Erkrankungen und deren überproportionale Auswirkungen auf die ärmere Bevölkerung. Die meisten dieser Ursachen reichen jedoch weit über den Gesundheitssektor hinaus und können nicht allein auf ihn beschränkt behandelt werden. Dennoch ist der Gesundheitssektor aufgerufen, im Kampf gegen chronische Krankheiten eine führende Rolle zu übernehmen; Pflegekräfte können einen großen Beitrag zur Prävention und zur Versorgung der Millionen weltweit bereits erkrankten Personen leisten.

Definitionen

Im Zusammenhang mit der Pflege chronisch Kranker wird eine Reihe von ähnlichen und oft austauschbaren Begriffen verwendet, wie z.B. chronische Erkrankung, chronische Zustände, Langzeitbefinden, Zivilisationskrankheiten und nichtübertragbare Krankheiten. Chronische Erkrankungen werden von der Weltgesundheitsorganisation WHO als „langwierige und langsam fortschreitende Krankheiten“ beschrieben, chronische Zustände werden als „gesundheitliche Probleme, die über die Dauer von Jahren bzw. Jahrzehnten kontinuierlich betreut werden müssen“ bezeichnet (WHO 2002). Eine nichtübertragbare Krankheit wird als Krankheit definiert, die typischerweise nicht durch einen Krankheitserreger, sondern durch genetische Disposition, Lebenswandel bzw. Umweltbelastungen verursacht wird. Der Begriff chronische Zustände wird häufig als Überbegriff für nichtübertragbare Krankheiten (z.B. Diabetes, Asthma), persistierende Infektionskrankheiten (z.B. HIV/AIDS, Tuberkulose), lang andauernde psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, Schizophrenie) sowie dauerhafte physische/strukturelle Beeinträchtigungen (z.B. Blindheit, genetische Störungen) verwendet (WHO 2002).

In diesem Text wird grundsätzlich der Begriff chronische Erkrankung bzw. Krankheit verwendet. Darüber hinaus wird auch auf andere Begriffe zurückgegriffen, insbesondere dann, wenn andere Autoren zitiert werden. **Unabhängig von dem verwendeten Begriff ist es für Pflegekräfte und andere Personen am wichtigsten, dass sie die Dimension des Problems und die Dringlichkeit der damit verbundenen Herausforderung erkennen. Sie sollen sicherstellen, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, zur Vermeidung von Krankheiten, zur angemessenen Versorgung und zur Behandlungsplanung der darauf angewiesenen Menschen eingeleitet werden.**

Dimension des Problems

Das Ausmaß dieser Herausforderung ist gewaltig. Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Atemwegserkrankungen und einige Krebsarten stellen eine große Bedrohung für die menschliche Gesundheit und Entwicklung dar und sind die häufigste Todesursache weltweit.

DATEN ZUM DIABETES (WHO 2009a)

- Die WHO geht davon aus, dass mehr als 180 Millionen Menschen weltweit an Diabetes leiden. Es wird angenommen, dass sich diese Zahl bis 2030 verdoppeln wird.
- 2005 starben ungefähr 1,1 Millionen Menschen an Diabetes.
- Fast 80 Prozent der durch Diabetes verursachten Todesfälle betreffen Länder mit niedrigen bzw. mittleren Einkommen.
- Fast die Hälfte der durch Diabetes verursachten Todesfälle traten bei Menschen unter 70 auf; 55 Prozent der an Diabetes Verstorbenen sind weiblich.
- Die WHO geht davon aus, dass Diabetes als Todesursache in den nächsten 10 Jahren um 50 Prozent zunehmen wird, wenn nicht unverzüglich entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Vor allem in Ländern mit höheren Einkommen wird zwischen 2006 und 2015 eine Zunahme der durch Diabetes verursachten Todesfälle um 80 Prozent erwartet.

DATEN ZU ERKRANKUNGEN DES HERZ- KREISLAUFSYSTEMS (WHO 2009B)

- Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems sind weltweit Todesursache Nummer eins: jährlich sterben mehr Menschen an einer Herz-Kreislaufkrankung als an jeder anderen Todesursache.
- 2004 verstarben ungefähr 17,1 Millionen Menschen aufgrund einer Herz - Kreislaufkrankung, das entspricht 29 Prozent aller Todesfälle weltweit. Ungefähr 7,2 Millionen dieser Todesfälle wurden durch koronare Herzerkrankungen verursacht, 5,7 Millionen durch Schlaganfall.
- Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen sind überproportional betroffen: 82 Prozent der Todesfälle durch Herz- Kreislaufkrankungen entfallen auf Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen und betreffen Männer und Frauen fast unterschiedslos.
- 2030 werden fast 23,6 Millionen Menschen an einer Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems, vor allem an einer Herzkrankheit bzw. einem Schlaganfall sterben. Es ist davon auszugehen, dass ausschließlich diese Krankheiten eine führende Position bei den Todesursachen einnehmen werden. Die höchste prozentuale Zunahme entfällt voraussichtlich auf den östlichen Mittelmeerraum, die höchste Zunahme an absoluten Todesfällen betrifft den Südostasiatischen Raum.

DATEN ZU KREBSERKRANKUNGEN (WHO 2009c)

- Krebs gehört weltweit zu den führenden Todesursachen: 2004 war er Ursache für 7,4 Millionen Todesfälle (ungefähr 13 Prozent aller Todesfälle).
- Lungen-, Magen-, Leber-, Darm- und Brustkrebs sind die häufigsten Krebsarten, die jedes Jahr zum Tod führen.
- Die häufigsten Krebsarten unterscheiden sich in Bezug auf ihr Vorkommen bei Männern und Frauen.
- Über 30 Prozent aller Brustkrebserkrankungen können vermieden werden.

- Tabakkonsum ist der wichtigste einzelne Risikofaktor für Krebs.
- Die Entstehung von Krebs wird durch die Veränderung einer einzelnen Krebszelle ausgelöst. Diese Veränderung kann durch externe Einflussfaktoren oder Vererbung verursacht werden.
- Es wird angenommen, dass die durch Krebs bedingten Todesfälle weiter zunehmen werden, wobei von geschätzten 12 Millionen Krebstoten im Jahr 2030 ausgegangen wird.

DATEN ZU CHRONISCHEN ATEMWEGSERKRANKUNGEN (WHO 2009d)

- Hunderte Millionen Menschen leiden täglich unter Erkrankungen der Atemwege.
- Gegenwärtig haben 300 Millionen Menschen Asthma.
- 210 Millionen Menschen haben eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD); Millionen Menschen haben allergischen Schnupfen und andere häufig nicht diagnostizierte chronische Atemwegserkrankungen.

Diese Krankheiten sind vermeidbar. Bis zu 80 Prozent aller Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Diabetes vom Typ 2 sowie ein Drittel aller Krebserkrankungen könnten durch die Ausschaltung gemeinsamer Risikofaktoren vermieden werden. Dazu gehören an erster Stelle Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und schädlicher Alkoholkonsum. Wird in Bezug auf diese gesundheitlichen Probleme nicht gehandelt, kann ein weiterer Anstieg der durch sie verursachten Mortalität und Belastungen nicht vermieden werden. Die WHO geht davon aus, dass die durch nicht übertragbare Erkrankungen verursachten Todesfälle in den nächsten 10 Jahren um 17 Prozent zunehmen werden. „Die größte Zunahme betrifft den afrikanischen Raum (27 Prozent) und den östlichen Mittelmeerraum (25 Prozent). Die höchste absolute Zahl an Todesfällen wird auf den Westpazifischen und Südostasiatischen Raum entfallen.“ (WHO 2008a). Eine kürzlich zitierte Studie weist darauf hin, dass die Lebenserwartung in den USA zum ersten Mal in den letzten 100 Jahren gesunken ist. Dies könnte auf chronische Erkrankungen als Folge von Tabakkonsum und Fettleibigkeit zurückgeführt werden (Thorpe 2009). Die Häufigkeit von Diabetes nimmt durch einen besseren Zugang zu antiretroviralen Therapien, die als Nebenwirkung ein vierfach höheres Risiko einer Diabeteserkrankung tragen, zu. Datenmaterial aus Kamerun weist darauf hin, dass die Verbreitung von Diabetes über zehn Mal häufiger ist als vor 10 Jahren (Bischoff u.a., 2009).

Was sind die Ursachen?

Für die weltweite Zunahme chronischer Erkrankungen sind eine Reihe von Faktoren auf globaler, nationaler und lokaler Ebene verantwortlich. Viele sind mit grundlegenden globalen und gesellschaftlichen Veränderungen verbunden. Dazu gehören Urbanisierung und wirtschaftliche Globalisierung, politische und soziale Strategien und Aspekte sozialer Ungerechtigkeit oder die Überalterung der Bevölkerung.

Durch das hohe Verstädterungstempo gibt es für die „arme Stadtbevölkerung“ nur ein mangelhaftes Angebot an Infrastruktur und Dienstleistungen, das eine wesentliche Voraussetzung für einen guten Gesundheitszustand ist. Dazu zählen Wohnungswesen, städtische Infrastruktur (Straßen, Trinkwasser, Hygiene, Abwässer und Elektrizität) und Basisdienstleistungen (Müllabfuhr, Gesundheitsversorgung, Bildung und Notfall- bzw. Rettungsdienste) (WHO 2002).

Die arme Landbevölkerung (inkl. Ureinwohner/Naturvölker) hat unter einer zunehmenden Unterfinanzierung von Infrastruktur und öffentlichen Einrichtungen zu leiden, die zu einem unverhältnismäßig hohen Grad an Armut und schlechten Lebensbedingungen führt. Diese vermeidbaren Ungerechtigkeiten in Bezug auf die Gesundheit entstehen aufgrund der Ver-

hältnisse, in denen Menschen aufwachsen, leben, arbeiten und altern und aufgrund der jeweils vorhandenen Systeme zum Umgang mit Krankheiten. Im Abschlussbericht der Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit (Commission on Social Determinants of Health) wird festgestellt, dass soziale Gerechtigkeit tatsächlich eine Sache von Leben und Tod ist (WHO 2008b).

Mit diesen Veränderungen geht eine zunehmende Verbreitung der wichtigsten veränderbaren Risikofaktoren einher: Rauchen, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, exzessiver Alkoholmissbrauch, unsichere Sexualpraktiken und unbehandelter psychosozialer Stress. Diese führen zu einer Zunahme bei den intermediären Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck, erhöhter Blutzucker, erhöhtes Cholesterin und Fettleibigkeit, die zu einer Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems, Schlaganfall, hronisch obstruktiver Lungenkrankheit, Diabetes und verschiedenen Krebsarten führen.

Diabetes

Nach Angaben der International Diabetes Federation waren 1985 weltweit ungefähr 30 Millionen Menschen an Diabetes erkrankt. Diese Zahl hat sich in den vergangenen 20 Jahren mehr als versiebenfacht: Heute sind es mehr als 245 Millionen. Wenn keine Maßnahmen ergriffen werden, um die Ausbreitung dieser Epidemie zu verlangsamen, könnte die Zahl der an Diabetes Erkrankten in den nächsten 20 Jahren auf 380 Millionen Menschen ansteigen (IDFa). „Diabetes ist Hauptursache für einen partiellen Verlust der Sehkraft und Blindheit bei Erwachsenen in den Industriestaaten. Eine Diabetes-Erkrankung ist die Ursache für die meisten Amputationen von Gliedmaßen, die nicht als Folge eines Unfalls amputiert werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt bzw. einen Schlaganfall zu erleiden, ist bei Menschen mit Diabetes wesentlich höher. Auch das Risiko, eine Nierenkrankheit zu entwickeln, ist für Menschen mit Diabetes höher.“ (IDFa)

Das National Centre for Social and Economic Modelling erwartet für Australien, dass sich die Häufigkeit von Diabetes Typ 2 in den nächsten 40 Jahren mit einer Zunahme auf 1,6 Millionen Betroffene fast verdoppeln wird. Die dadurch entstehenden Kosten werden 14 Milliarden australische Dollar jährlich betragen. Darüber hinaus werden folgende aus der Krankheit entstehende Komplikationen prognostiziert: 270.000 Herzbybassoperationen, mehr als 250.000 Schlaganfälle und mehr als 750.000 Nierenerkrankungen (C3 Collaborating for Health 2009).

Zahlen und Fakten

- Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind weltweit 246 Millionen Menschen von Diabetes betroffen; es wird erwartet, dass ihre Zahl bis 2025 auf 380 Millionen ansteigen wird.
- 2007 waren die Länder mit den meisten an Diabetes erkrankten Menschen Indien (40,9 Millionen), China (39,8 Millionen), USA (19,2 Millionen), Russland (9,6 Millionen) und Deutschland (7,4 Millionen).
- 2007 waren die Länder mit der höchsten Diabetesprävalenz in Bezug auf die erwachsene Bevölkerung Nauru (Mikronesien, 30,7%), Vereinigte Arabische Emirate (19,5%) Saudi Arabien (16,7%) Bahrain (15,2%) und Kuwait (14,4%).
- Die größte Zunahme in Bezug auf die Diabetesprävalenz wird bis 2025 in den Entwicklungsländern stattfinden.
- 7 Millionen Menschen erkranken jedes Jahr an Diabetes.
- Jedes Jahr können 3,8 Millionen Todesfälle auf eine Diabeteserkrankung zurückgeführt werden. Noch höher ist die Zahl der durch eine Herz- Kreislauferkrankung verursachten Todesfälle, deren Verlauf durch eine Fettstoffwechselstörung aufgrund eines Diabetes und Bluthochdruck negativ beeinflusst wurde.
- Alle 10 Sekunden stirbt ein Mensch an den Folgen einer Diabeteserkrankung.
- Alle 10 Sekunden erkranken zwei Menschen an Diabetes.
- Weltweit steht Diabetes an vierter Stelle der Todesursachen durch Krankheit.
- Mindestens 50 % der Menschen mit Diabetes wissen nichts von ihrer Erkrankung. In einigen Ländern kann diese Zahl sogar auf bis zu 80% der Betroffenen steigen.
- Bei bis zu 80% des Typ 2 Diabetes kann eine Erkrankung durch gesunde Ernährung und mehr körperliche Bewegung vermieden werden.
- Diabetes ist die häufigste Ursache für Nierenversagen in den Industrieländern und verantwortlich für die hohen Ausgaben für Dialyse.
- Diabetes vom Typ 2 ist die häufigste Erkrankung von Personen mit Nierenversagen in der westlichen Welt. Für Länder wie Deutschland oder die USA schwanken die angegebenen Zahlen zwischen 30% und 40%.
- 10% bis 20% der Menschen mit Diabetes sterben an Nierenversagen.
- Es wird angenommen, dass weltweit mehr als 2,5 Millionen Menschen an einer diabetischen Retinopathie leiden.
- Die diabetische Retinopathie ist die Hauptursache für den Verlust der Sehkraft in den Industrieländern bei Menschen im arbeitsfähigen Alter (20 bis 65 Jahre).
- In den Industrieländern sterben Menschen mit Diabetes von Typ 2 im Durchschnitt 5-10 Jahre früher als Menschen ohne Diabetes. Ursache ist meistens eine Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems.
- Eine Erkrankung des Herz- Kreislaufsystems führt mit die Liste der Todesursachen bei Diabetes an: ungefähr 50% aller Todesfälle bei Diabetikern und viele Behinderungen werden auf sie zurückgeführt.
- Die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt bzw. Schlaganfall zu erleiden, ist für Diabetiker mehr als zweimal größer als bei Menschen ohne Diabetes. Tatsächlich ist die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt zu erleiden, für Menschen mit Typ 2 Diabetes so groß wie die von Menschen ohne Diabetes, die bereits einen Herzinfarkt hatten (IDF 2001).
- Diabetes, Atemwegserkrankungen (insbesondere Asthma), Herz- Kreislauferkrankungen und immunologische Abwehrschwäche erhöhen das Risiko einer ernsten bzw. tödlichen Viruserkrankung wie H1NI. Das betrifft vor allem Minoritäten und Ureinwohner (WHO 2009e).

KAPITEL 2

Auswirkungen für Entwicklung und Gesundheitssysteme

Dieses Kapitel befasst sich mit den Folgen, die sich aus der Zunahme chronischer Erkrankungen für die weltweite soziale und wirtschaftliche Entwicklung ergeben, und setzt diese in Bezug zu den Millenniumsentwicklungszielen, Armut, Gender und den Gesundheitssystemen. Die mit den chronischen Krankheiten verbundenen Kosten werden beispielhaft anhand des Diabetes dargestellt.

Soziale und ökonomische Entwicklung

Normalerweise werden mit Entwicklung und Fortschritt nachhaltige und aktuelle Verbesserungen der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen eines Landes assoziiert. Die Einen denken, dass sich Möglichkeiten für die Gesundheitsförderung als Folge von Entwicklung ergeben, Andere vertreten im Gegensatz dazu die Auffassung, dass gesunde Menschen die Voraussetzung sind für eine faire und nachhaltige Entwicklung. Das ist dann ein gewichtiges Argument, wenn es um die Ressourcenverteilung geht, und führt zu der Frage, ob ein Land es sich leisten kann, in Gesundheit zu investieren oder nicht. Natürlich gibt es keine eindeutige Relation zwischen dem wirtschaftlichen Reichtum eines Landes und der Gesundheit seiner gesamten Bevölkerung. Die Ungleichheit innerhalb der Länder nimmt überall auf der Welt zu. Das bedeutet, dass sich aus dem traditionell üblichen Vergleich zwischen den einzelnen Ländern kein Gesamtbild mehr ergibt, denn arme Menschen in Hochlohnländern können signifikant schlechtere Gesundheitsbedingungen haben als reiche Menschen in Niedriglohnländern. Chronische Krankheiten und deren Risikofaktoren sind eng verbunden mit Armut und tragen zu Armut bei; daher sollten sie nicht länger aus der globalen Entwicklungsdiskussion ausgeklammert werden (WHO 2008a).

Die Kosten, die durch chronische Erkrankungen in Bezug auf menschliche, soziale und wirtschaftliche Aspekte entstehen, sind hoch. Chronische Krankheiten hindern den Einzelnen und die Gemeinschaft daran, sein/ihr volles Potential zu erreichen; sie nehmen den Menschen ihre Zukunft. Obwohl es schwierig ist, geeignete Methoden zur Quantifizierung dieser Kosten zu finden, lässt sich feststellen, dass die Kosten sich auf einen Zeitverlust zu Hause, in der Ausbildung und der Freizeit aber auch am Arbeitsplatz beziehen, der zu einer schlechteren Lebensqualität führt. Die Kosten schließen größere Armut von Einzelnen bzw. Familien, geringere Produktivität und Leistung von Privatwirtschaft und Volkswirtschaften, die Kosten für Diagnostik, Versorgung und Behandlung des Einzelnen bzw. für das Gesundheitssystem sowie die Kosten für die oft vermeidbaren Folgeerkrankungen bei chronischen Krankheiten ein.

Wer sich den Herausforderungen stellen will, die für ein Land in Gestalt der chronischen Krankheiten entstehen, muss die Entwicklung von sozialen und wirtschaftlichen Aspekten und des Gesundheitswesens im Gesamtzusammenhang berücksichtigen.

Millenniumsentwicklungsziele

Nach Auffassung vieler Menschen ist der Verzicht auf spezifische Zielsetzungen im Umgang mit chronischen Krankheiten in den Millenniumsentwicklungszielen eine verpasste Chance. Die Konzentration auf HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria gehe zu Lasten der chronischen Erkrankungen. Es wird diskutiert, dass durch das Fokussieren dieser Krankheiten der drohenden Katastrophe im Bereich der chronischen Erkrankungen Aufmerksamkeit und Mittel entzogen worden seien (WHO 2005, S.70).

Andererseits wird auch die Meinung vertreten, dass durch die Millenniumsentwicklungsziele Ursachen für Gesundheitsschäden wie z.B. Armut, Ungleichheit, Bildungsarmut, Müttersterblichkeit an der Wurzel gepackt würden. Auf diese Weise wirkten sich die Anstrengungen und Mittel, die in die Stärkung der Gesundheitssysteme investiert würden, um sie für ihre Arbeit auf dem Gebiet der übertragbaren Krankheiten auszustatten, positiv auf Pflege und Management chronisch Erkrankter aus.

Unabhängig von der jeweiligen Position stellen die Millenniumsentwicklungsziele ein Bündnis zwischen reichen und armen Ländern dar. Dieser fokussierte partnerschaftliche Ansatz kann dazu genutzt werden, um Präventions- und Steuerungsprogramme bzgl. chronischer Krankheiten voran zu treiben; insbesondere, weil chronische Krankheiten mittlerweile von gleicher Bedeutung wie andere Ursachen für die Verfestigung von Armut sind. Es geht nicht darum, den Schwerpunkt entweder auf die Millenniumsentwicklungsziele oder auf chronische Krankheiten zu legen, sondern darum, synergetische Ansätze für die Arbeit in beiden Bereichen zu finden. Denn sie sind miteinander verknüpft und müssen daher als essentielle Voraussetzung für soziale und wirtschaftliche Entwicklung und die Prävention von sozialer Ausgrenzung betrachtet werden.

Armut

Die Verknüpfung zwischen Armut und Langzeiterkrankungen besteht wechselseitig: Armut ist Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand, ein schlechter Gesundheitszustand führt zu Armut. Einige der von der WHO (WHO 2002) festgestellten Faktoren sind:

- Mütter mit einem schlechten Ernährungsstatus bringen Kinder zur Welt, die im Erwachsenenalter an chronischen Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und Herzerkrankungen leiden.
- Armut und ein schlechter Gesundheitszustand im Kindesalter wird ebenfalls mit einer chronischen Erkrankung im Erwachsenenalter sowie mit Krebs, Arthritis, einer Lungenerkrankung und Herz- Kreislaferkrankung verbunden.
- Arme ältere Menschen in Industrie- und Entwicklungsländern haben oft einen schlechten Gesundheitsstatus und erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung.
- Das Arbeitsumfeld der Armen verlangt häufig körperliche Anstrengungen und setzt den Einzelnen einem Verletzungsrisiko und dem Kontakt mit gefährlichen Stoffen aus. Zwischen dem gesundheitsgefährdenden Umgang mit Chemikalien und Umweltverschmutzung und der lokalen Häufung von Krebserkrankungen, Herz- Kreislaferkrankungen und Atemwegserkrankungen konnte insbesondere in den Entwicklungsländern ein Zusammenhang hergestellt werden.
- Arme Menschen haben häufig keinen Zugang zu medizinischer Versorgung oder präventiven Maßnahmen, so dass ein schlechter Gesundheitsstatus bzw. die Verschlechterung chronischer Zustände die Folge sind.
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen chronischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit, frühzeitiger Pensionierung und einer verminderten Produktivität, die mit dem Verlust des Arbeitsplatzes verbunden ist.
- Die Behandlungskosten für chronische Krankheiten können exorbitant hoch sein, vor allem wenn die Krankheit nicht von Anfang an richtig behandelt wurde oder Folgeerkrankungen nicht vermieden werden konnten.
- Menschen mit chronischen Erkrankungen tragen das Risiko, innerhalb der Gesellschaft an den Rand gedrängt und stigmatisiert zu werden, was zu weiteren Einschränkungen ihrer Bildungschancen und Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt führt. Darüber führen Stigmatisierung und Vernachlässigung zur Verschlechterung einer

chronischen Erkrankung. Frauen mit chronischen Leiden sind stärker gefährdet, in Bezug auf Ausbildung und in finanzieller wie physischer Hinsicht benachteiligt zu werden.

Geschlechtsspezifische Ungleichheit

Soziale Ungleichheit, Armut und ungleicher Zugang zu Ressourcen wie z.B. der medizinischen Versorgung haben dazu geführt, dass die Belastung durch chronische Krankheiten weltweit bei Frauen und vor allem bei armen Frauen sehr hoch ist.

- Frauen mit chronischen Krankheiten haben tendenziell eine längere Lebenserwartung als Männer, obwohl sie häufig einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen.
- Die mit einer medizinischen Versorgung verbundenen Kosten wie z.B. Zuzahlungen stellen für Frauen, deren Einkommen niedriger ist als das von Männern und deren Zugang zu den finanziellen Mitteln im Haushalt oft eingeschränkt ist, ein Hindernis bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten dar.
- Die Arbeitsbelastung von Frauen durch den Haushalt und ihre Aufgaben in der Pflege kranker Familienangehörigen sind ebenfalls signifikante Faktoren, die dazu beitragen, dass die Entscheidung für eine Behandlung aufgeschoben wird.
- In Gebieten, in denen die Mobilität von Frauen eingeschränkt ist, ist es ihnen daher unter Umständen nicht möglich, ein Gesundheitszentrum zu besuchen (WHO 2005, S.65).

Gesundheitssysteme

Die Zunahme chronischer Erkrankungen wird zur wachsenden Belastung weltweit und stellt an jedes Gesundheitssystem neue und ganz unterschiedliche Anforderungen. Alle Elemente der Gesundheitssysteme sind davon betroffen: die Leistungserbringung, das Gesundheitspersonal, Informationssysteme, medizinische Produkte, Impfstoffe, Technologien, Finanzierungssysteme, Führung und Kontrolle. Trotz des ausdrücklichen Engagements für die Primäre Gesundheitsversorgung haben die meisten Gesundheitssysteme ihren Schwerpunkt immer noch nicht von der akuten und zeitlich begrenzten Pflege auf die Versorgung chronischer Krankheiten verlegt. Dieser Aspekt wird ausführlicher in Kapitel 4 erörtert, wobei verschiedene Modelle der Langzeitversorgung berücksichtigt werden.

Der WHO Aktionsplan 2008-2013 für eine globale Strategie zur Prävention und Kontrolle von nichtübertragbaren Krankheiten (WHO 2008a) bietet Richtlinien zur Umorientierung und Stärkung der Gesundheitssysteme an. Pflegekräfte können sich auf diese Richtlinien beziehen, um ihren Beitrag auf nationaler und lokaler Ebene mitzuteilen. In den Richtlinien sind u.a. folgende Aspekte festgehalten: die sichere Umsetzung entsprechender politischer Maßnahmen; ausgebildete Humanressourcen; angemessener Zugang zu wichtigen Medikamenten und Basistechnologien; Standards für die Basis-Gesundheitsversorgung; funktionierende Überweisungsmechanismen; Anwendung von evidenzbasierten Richtlinien und Standards in Bezug auf häufige Krankheiten wie Herz- Kreislauferkrankungen, Krebserkrankungen, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen; effiziente Ansätze in der Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs, Diabetes, Bluthochdruck und anderen Risikofaktoren für Herz- und Gefäßkrankheiten; verbesserte Ausbildung von Ärzten, Pflegenden und anderem Gesundheitspersonal sowie Programme zur Weiterbildung; Unterstützung von Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten zum besseren Umgang mit ihren Krankheiten (z.B. Schulungen, Anreize und Hilfen zur Selbsthilfe und -versorgung); und Strukturen für eine nachhaltige Finanzierung von Gesundheit, um die Ungleichheit in Bezug auf den Zugang zu medizinischer Versorgung zu verringern.

Kosten chronischer Erkrankungen

Obwohl es aussagekräftiges epidemiologisch verwertbares Datenmaterial gibt, das eine Zunahme chronischer Erkrankungen und der damit verbundenen Belastungen belegt, fehlen jedoch für die wirtschaftlichen Auswirkungen der chronischen Krankheiten noch eindeutige Daten. Die Kosten für chronische Erkrankungen beschränken sich nicht auf die unmittelbaren medizinischen Kosten für Operationen und medikamentöse Behandlungen. Darüber hinaus fallen signifikante indirekte Kosten an, z.B. für die geringere wirtschaftliche Produktivität von Arbeitskräften, die krank und beeinträchtigt sind, Frühberentung, oder Kosten für die verschiedenen Maßnahmen, die zur Bewältigung der Krankheit notwendig werden: die Verwendung von Ersparnissen und Investitionen, das Veräußern von Haushaltsvermögen, der Schulabbruch, weil Kinder für einen kranken Familienangehörigen sorgen müssen. Diese durch chronische Krankheiten verursachten Kosten für den Einzelnen und Familien, für Gemeinschaften, Arbeitgeber und Wirtschaft nehmen sehr schnell zu (OXHA 2009a). Hinzu kommen die durch Schmerzen, Leiden und Todesfälle entstehenden nichtquantifizierbaren menschlichen Verluste.

Es ist schwierig, umfassendes und anerkanntes Zahlenmaterial zu bekommen, da zur Beschreibung und Berechnung der Kosten unterschiedliche Methoden und Ansätze angewendet werden und das Interpretationsspektrum für die Ergebnisse breit gefächert ist. Die drei wichtigsten Ansätze für die Kostenschätzung sind:

- die Methode zur Realbewertung von Krankheitskosten,
- wirtschaftliche Wachstumsmodelle zur Einschätzung der Auswirkungen von chronischen Krankheiten auf das volkswirtschaftliche Einkommen mit Hilfe von Variablen wie Arbeitskräfteangebot und möglichen Einsparungen, und
- das Konzept des Full Income, mit dessen Hilfe der mit schlechten Gesundheitszuständen verbundene Gemeinwohlverlust in monetären Mitteln gemessen wird (WHO 2005, S.75).

Schätzungen auf der Grundlage wirtschaftlicher Wachstumsmodelle führen zu den niedrigsten Schätzwerten, aus dem Full Income Ansatz ergeben sich die höchsten Schätzwerte und die Werte auf der Grundlage der Realbewertung von Krankheitskosten liegen zwischen diesen beiden Methoden.

Wird die Methode zur Realbewertung von Krankheitskosten auf die Vereinigten Staaten angewendet, ist für Herzkrankheiten in Bezug auf die aufgewendeten errechneten Gesamtkosten im Gesundheitswesen ein Anstieg von 298,2 Milliarden US\$ im Jahr 2000 auf 329,2 Milliarden US\$ im Jahr 2001 und 351,8 Milliarden US\$ im Jahr 2002 (WHO 2005, S.75) zu erwarten.

Es wird geschätzt, dass ungefähr 2 Prozent der zuordnungsfähigen direkten Gesamtkosten im Gesundheitswesen in Australien durch Schlaganfälle verursacht werden (WHO 2005, S.76).

In einer norwegischen Studie wurde geschätzt, dass 188 Millionen US\$ über 25 Jahre eingespart werden könnten, wenn der Blutdruck durch einen reduzierten Salzkonsum in der Bevölkerung um 2 mmHg gesenkt würde und damit Herzerkrankungen und Schlaganfälle verhindert werden könnten (WHO 2005, S.77).

In einer kanadischen Studie wurde geschätzt, dass die Reduzierung des vorhandenen Bewegungsmangels um 10 Prozent zu einer jährlichen Ersparnis in Höhe von 150 Millionen CAN\$ (entspricht ca. 124 Millionen US\$) bei den direkten Ausgaben im Gesundheitswesen führen könnte (WHO 2005, S.77).

Die WHO schätzt, dass China aufgrund von Herzerkrankungen, Schlaganfällen und Diabetes allein zwischen 2006-2015 einen Verlust von 558 Milliarden \$ durch entgangenes Volkseinkommen erleiden wird (WHO 2009b).

Auf einem OECD Treffen 2008 wurde berichtet:

- Produktivitätsverluste aufgrund der mit einem schlechten Gesundheitszustand verbundenen Risiken betragen 400 Prozent der Behandlungskosten für chronische Erkrankungen.
- In den USA entfallen mehr als 75 Prozent der medizinischen Ausgaben des Landes in Höhe von 2 Billionen US\$ auf Menschen mit chronischen Krankheiten.
- Die Tatsache, dass die wirtschaftlichen Belastungen durch chronische Erkrankungen zunehmen, könnte dazu führen, dass Gelder, die zur Verbesserung wichtiger Bereiche und in den Industrieländern und aufstrebenden Volkswirtschaften zur Finanzierung von Grundbedürfnissen wie Bildung und Infrastruktur benötigt werden, nicht zur Verfügung stehen.
- Nur 3 Prozent der Ausgaben im Gesundheitsbereich der OECD-Länder fließt in die Prävention (PriceWaterhouseCoopers LLP 2008).

Die direkten und indirekten Kosten des Rauchens betragen in den USA jedes Jahr mehr als 75 Milliarden US\$, die für Diabetes 130 Milliarden US\$ (OXHA 2009a).

Diabetes war 2007 für mehr als 3,8 Millionen Todesfälle weltweit verantwortlich, das sind ungefähr 6 Prozent der gesamten Sterberate weltweit und entspricht in etwa den Zahlen für HIV/AIDS. Nach den von der WHO zugrunde gelegten Zahlen für die verlorenen Lebensjahre einer an Diabetes sterbenden Person entspricht das einem jährlichen Verlust von 25 Millionen Lebensjahren. Die Internationale Diabetesvereinigung International Diabetes Federation (IDF) schätzt, dass der Gegenwert von zusätzlichen 23 Millionen Jahren aufgrund von Behinderungen und einer niedrigeren Lebensqualität verloren geht, verursacht durch vermeidbare Folgeerkrankungen bei Diabetes. Menschen mit Diabetes haben ein hohes frühzeitiges Sterberisiko insbesondere in Ländern, in denen Einzelpersonen bzw. Familien die Kosten für Versorgung und Behandlung selbst tragen müssen.

Ungleichheiten zwischen den Industrie- und Entwicklungsländern

Mehr als 80 Prozent der Ausgaben für die medizinische Versorgung von Diabetes entfallen auf die reichsten Länder der Welt. Weniger als 20 Prozent dagegen auf Länder mit mittleren und niedrigen Einkommen, in denen bald 80 Prozent der Menschen mit Diabetes leben werden. In den USA leben etwa 8 Prozent der Weltbevölkerung mit Diabetes, gleichzeitig werden dort mehr als 50 Prozent der gesamten Ausgaben für die Diabetesversorgung getätigt. Auf Europa entfällt ein weiteres Viertel der Ausgaben für die Versorgung von Diabetikern, der Rest zum größten Teil auf die übrigen Industrieländer wie Australien und Japan. In den ärmsten Ländern der Welt wird nicht einmal genug ausgegeben, um wenigstens die billigsten lebensrettenden Diabetesmedikamente zur Verfügung zu stellen.

Dramatischer Anstieg der Kosten für die medizinische Versorgung von Diabetes

Bereits vor der Diagnose ist Diabetes in den Industrie- und Entwicklungsländern eine kostenintensive Krankheit. Die Kosten sind weitaus höher als eigentlich notwendig, weil nicht genug Geld in die Prävention von teuren Folgeerkrankungen wie z.B. Herzerkrankungen, Schlaganfall, Nierenerkrankungen und Amputationen fließt. Die Kosten für die Behandlung eines Diabetikers mit Nierenschaden im Endstadium sind 3- bis 4-mal so hoch wie die Kosten für eine Person ohne Folgeerkrankungen. 2007 wurden weltweit mindestens 232 Milliarden US\$ ausgegeben, um Diabetes und die mit ihm verbundenen Komplikationen zu behandeln und zu verhindern. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Summe im Jahr 2025 noch über 302,5 Milliarden US\$ hinaus gehen wird (IDFb).

KAPITEL 3

Strategien zur Risikominimierung bei chronischen Erkrankungen

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Prävention von chronischen Krankheiten. Es werden einige verhaltensbedingte und biologische Risikofaktoren dargestellt, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine der häufigsten chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen und bestimmte Krebsarten zu entwickeln, und eine Reihe von Interventionsmaßnahmen zur Minimierung bzw. zum Umgang mit diesen Risiken erörtert.

Prävention chronischer Erkrankung

Da die ursächlichen Gründe oft außerhalb des Gesundheitssektors zu finden sind, müssen bei Strategien zur Prävention von chronischen Krankheiten andere Sektoren wie Landwirtschaft, Finanzwesen, Handel, Verkehr, Stadtplanung, Bildung und Sport einbezogen werden. Die politischen Maßnahmen dieser Sektoren müssen analysiert und aufeinander abgestimmt werden, um die besten Ergebnisse für Gesundheit zu erzielen.

Risikofaktoren reduzieren

Durch die Beseitigung bzw. den Umgang mit Risikofaktoren könnten bis zu 80 Prozent aller Herzerkrankungen, Schlaganfälle und Typ-2-Diabetes-Fälle und mehr als ein Drittel aller Krebserkrankungen verhindert werden. Die häufigsten beeinflussbaren Risikofaktoren sind Tabakkonsum, eine ungesunde Ernährung, Mangel an körperlicher Bewegung und schädlicher Alkoholkonsum. Die damit verbundenen biologischen Risikofaktoren sind erhöhter Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte, erhöhter Blutzucker und Übergewicht/Adipositas.

Daten der Oxford Health Alliance (OXHA 2006) weisen darauf hin, dass in den Industrieländern überwiegend die armen Bevölkerungsschichten von diesen Risikofaktoren betroffen sind, während sich die sozioökonomischen Schichten in den Entwicklungsländern im Hinblick auf die Risikofaktoren unterscheiden. Beispielsweise beschränkt sich das Rauchen in der Mehrzahl der Entwicklungsländer auf die armen Bevölkerungsschichten. In Bezug auf Adipositas gehen hier die ungesunden Lebensgewohnheiten eher von den reichen Schichten aus und greifen innerhalb eines Landes allmählich auch auf die Armen über. Die Tatsache, dass bei den Diabetikerzahlen die Reichen sowohl in Industrie- als auch in Entwicklungsländern überwiegen, könnte auch nur Ausdruck dessen sein, dass arme Menschen dies nicht untersuchen lassen. Bei anderen Indikatoren wie der körperlichen Aktivität und Angina pectoris ist das Bild uneinheitlicher. Strategien zur Senkung der Risikofaktoren sollten einen gemeinsamen Ansatz verfolgen, auf eine Bewusstseins-schärfung abzielen, realistische und bezahlbare gesunde Entscheidungen ermöglichen und fördern, und gesunde Entscheidungen zu einfachen Entscheidungen machen.

Interventionsmöglichkeiten

Zu den Interventionen in Bezug auf die Risikofaktoren gehören die primäre und sekundäre Prävention. Interventionen der Primärprävention finden auf individueller, regionaler oder nationaler Ebene statt, noch vor einer Krankheitsdiagnose. Zu den sekundären Interventionsmöglichkeiten zählen das klinische Screening, z.B. Blutdruckkontrolle und Cholesterinuntersuchungen, und der Einsatz von Medikamenten wie Aspirin, Statinen, Betablockern und ACE-Hemmern bei Personen mit hohem Risiko für bzw. bereits bestehender chronischer Krankheit.

Individuelle Ebene

Der Einzelne entscheidet sich zu verschiedenen Zeitpunkten seines Lebens und aus verschiedenen Gründen für die Teilnahme an unterschiedlichen Maßnahmen, die der gesundheitlichen Förderung dienen. Gründe sind der Wunsch, besser auszusehen, sich besser zu fühlen und die Gesundheit zu erhalten. Die Absicht ist nicht immer, eine chronische Krankheit zu vermeiden, aber die folgenden Maßnahmen senken das Risiko für die verbreitetsten chronischen Erkrankungen:

- Tabakentwöhnung, falls nötig begleitet durch eine Nikotinersatztherapie;
- maßvoller Alkoholenuss, bei dem die maximalen Werte für den empfohlenen Konsum nicht überstiegen werden;
- regelmäßige körperliche Betätigung, mindestens entsprechend einem zügigen 30-minütigen Spaziergang dreimal pro Woche;
- angemessenes Gewicht und ein gesunder Body Mass Index (BMI), mindestens fünf Portionen frisches Obst und Gemüse täglich, reduzierter Salzkonsum und die Umstellung auf ungesättigte Fette.

Selbst für Personen mit den Möglichkeiten, Mitteln und der Motivation, ihr Erkrankungsrisiko zu senken, kann es eine Herausforderung sein, diese Maßnahmen so lange durch zu halten, bis sie vollständig in ihren Alltag integriert sind. Pflegende können ein Vorbild sein und Familie und Freunde dazu ermutigen, sich ihrer gesunden Lebensweise anzuschließen.

Gemeinschaftliche/kommunale Ebene

Für den Erfolg von Interventionen auf gemeinschaftlicher Ebene sind eine Reihe von Faktoren wichtig, zu denen eine Mitwirkung an der Gemeinschaft, unterstützende politische Entscheidungen auf lokaler Ebene, sektorenübergreifendes Handeln und die Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen, Industrie und dem privaten Sektor gehören. Gesunde Schulen und Arbeitsplätze können beispielsweise einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit von Kindern, Familien und Beschäftigten haben und zu größerem Eifer, Engagement, und höherer Produktivität führen. Pflegekräfte können für die Unterstützung solcher Initiativen eine signifikante Rolle spielen: durch die Leitung von Bildungs- und Informationskampagnen; durch klare Übermittlung sinnvoller Gesundheitsbotschaften; durch Einflussnahme auf politische Maßnahmen, die sich auf den Zugang zu gesunder Nahrung in der Schule und am Arbeitsplatz beziehen; durch die Bereitstellung von Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitsdiensten wie Ernährungsberatung oder einem Blutdruckscreening; durch Anregungen, gesunde Umgebungen zu schaffen und Einrichtungen für körperliche Aktivitäten bereit zu stellen; und durch die Schaffung einer Umgebung, in der gesunde Entscheidungen leichte Entscheidungen sind.

Community Interventions for Health (OXHA 2009b) ist ein weltweites Forschungsprogramm, das auf die Gestaltung von Umgebungen und Durchsetzung politischer Maßnahmen abzielt, mit deren Hilfe die Gefährdung durch Tabakkonsum, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel verringert werden soll. Die Interventionsmaßnahmen behinhalten Koalitionsbildung auf Gemeinschaftsebene, Gesundheitserziehung, Strukturveränderungen und Strategien für das Sozialmarketing. Das Programm wird in Hochrisikogemeinschaften in Industrie- und Entwicklungsländern, u.a. China, Indien, Mexiko, Tunesien, Israel, Großbritannien und den USA eingeführt. Interventionen konzentrieren sich auf Gemeinschaften, Schulen, Arbeitsplätze und Gesundheitszentren. Die mit dem Programm verbundenen, erwarteten Ergebnisse sind:

- Eine „Best-Practice-Roadmap“ als Leitlinie im Umgang mit den Risikofaktoren für chronische Krankheiten,
- eine umfassende internationale Datenbank für Interventionsprozesse und – ergebnisse,
- Forschungsartikel, die eine Reduzierung von Risikofaktoren und die Prävention chronischer Erkrankungen voranbringen.

Die Ureinwohner Nordamerikas sind überproportional von Typ-2-Diabetes betroffen und weisen eine der höchsten Krankheitsraten weltweit auf. Von den PimaIndianern in Arizona wurde eine Häufigkeit von 50 Prozent und damit der höchsten, jemals dokumentierten Rate innerhalb der erwachsenen Bevölkerung berichtet. Bewegungsmangel und heimische Ernährungsweise sind signifikante Risikofaktoren. Ein Interventionsprogramm, an dem die Mehrheit der Bewohner aus zwei Städten und eine Vielzahl an Institutionen beteiligt war, wurde kulturell akzeptiert und führte zu relevanten Ergebnissen, so dass weitere Aktivitäten in Vorbereitung sind (Rosecrans u.a. 2008).

Gesellschaftliche Ebene

Zu den Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene gehören unter anderem politische Veränderungen beispielsweise in Bezug auf Tabak- und Alkoholsteuern; gesetzliche Regelungen zum Nichtraucherschutz und Alkoholkonsum; politische Veränderungen in Bezug auf Nahrungsmitteldeklaration und -vermarktung und Produktherstellung. Veränderungen der industriellen Prozesse zur Reduktion gesundheitsschädlicher Nahrungsmittelkomponenten, wie dem Gehalt von Trans-Fettsäuren oder dem Salzgehalt in produzierten Nahrungsmitteln, können die Ernährung des Menschen wesentlich beeinflussen.

Auf Indien entfällt (jährlich) ein Drittel der ca. 3 Millionen Todesfälle weltweit, die mit Tabakkonsum in Verbindung gebracht werden. Bei den prämaligen Läsionen im Mund ist ein Anstieg zu verzeichnen, der nach Meinung von Medizinern auf den Konsum von Kautabak zurück zu führen ist. Kautabak ist gesellschaftlich akzeptiert und wird in ganz Indien insbesondere bei jungen Menschen immer beliebter. Im vergangenen Jahrzehnt wurden einige kaubare bzw. rauchlose Tabaksorten besonders für die Zielgruppe der gerade einmal sechs- bis siebenjährigen Kinder vermarktet und von diesen konsumiert (Joshi 2006). Da Mundhöhlenkrebs eine Inkubationszeit von zehn Jahren hat, wird befürchtet, dass Indien in einigen Jahren mit einer riesigen Zahl dieser Krebserkrankungen konfrontiert sein wird. Der Staat Goa hat eines der strengsten Antitabakgesetze weltweit verabschiedet. Mit dem Goa Prohibition of Smoking and Spitting Act wird Rauchen und Spucken von Kautabak an öffentlichen Orten und Arbeitsplätzen wie Bushaltestellen, Stränden und in öffentlichen Transportmitteln verboten. Der Staat hat jegliche Tabakwerbung und den Verkauf von Tabakprodukten in einem Umkreis von 100m einer Schule oder einem Tempel untersagt (BBC World Service).

Aspekte

Von der Auseinandersetzung mit den Risikofaktoren für chronische Erkrankungen sind viele Bereiche wie Rentabilität, kulturelle Unterschiede, Zugang zu Informationen und informierte Entscheidungsfindung betroffen.

Die Kosten und Auswirkungen vieler risikosenkender Maßnahmen lassen sich leichter auf der individuellen Ebene als auf der gemeinschaftlichen bzw. gesellschaftlichen Ebene messen. Es wird kontinuierlich an der relativen Rentabilität der allgemeinen primären Prävention im Gegensatz zu der gezielten Ansprache der Bevölkerung mit hohem Risiko geforscht.

Es gibt kulturbedingte Abweichungen in Bezug auf gesundheitsbewusste Verhaltensweisen bzw. die individuelle Entscheidung und Verantwortung für Gesundheitsförderung, -erhaltung und -management. Signifikante Unterschiede gibt es auch in Bezug auf die Beziehung zwi-

schen Gesellschaft und Gesundheitspersonal, insbesondere was den Informationsaustausch und Entscheidungsfindungsprozesse betrifft.

Der Zugang zu und die Verwendung von exakten, signifikanten und objektiven Informationen ist für alle Beteiligten wichtig, vom Einzelnen über das Gesundheitspersonal bis zum politischen Entscheidungsträger. In den Entwicklungsländern, in denen das Bewusstsein über die gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens, Alkoholkonsums, schlechter Ernährung und Bewegungsmangel gering ist, besteht ein offensichtlicher Bedarf an mehr Informationen. Die Initiative Health Information for All by 2015 (HIFA), der sich auch der ICN angeschlossen hat, setzt sich dafür ein, dass jeder Mensch Zugang zu einem informierten Gesundheitsversorger erhält. Ein Beispiel für die nutzbringenden Eigenschaften von Informationen ist der plötzliche und dauerhafte Rückgang der Raucherzahlen in den Vereinigten Staaten nach der Veröffentlichung des Berichts der Gesundheitsbehörde der USA über die gesundheitlichen Risiken des Tabakkonsums 1964.

Allerdings ist die Informationsweitergabe komplizierter als es zunächst scheint. Es hat Jahrhunderte gedauert, bevor die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens wirklich verstanden wurden; daher stehen heute nicht immer alle notwendigen Informationen zur Verfügung. Einigen Gruppen, Kindern beispielsweise, fehlen unter Umständen die Fähigkeiten bzw. die Voraussetzungen, um Informationen zu verstehen bzw. zu interpretieren, weswegen die Vermarktung von Nahrungsmitteln und Getränken unter Kindern ein umstrittenes Thema ist. Bei Erwachsenen bestimmt möglicherweise eine skeptische Haltung und fehlendes Vertrauen in die von Industrie, Regierungen und anderen Interessengruppen bereitgestellten Informationen den Blick.

Es ist außerdem eine Sache, die gesunde Option zu kennen und eine andere, sich dafür zu entscheiden. Menschen verhalten sich nicht immer rational und es ist ein ganz normaler Aspekt menschlichen Verhaltens, Risiken einzugehen. Selbst gut informierte Menschen nehmen ungesundes Essen zu sich, rauchen und trinken zuviel Alkohol. Daher sind die Bereitstellung von Informationen und die Sensibilisierung zwar ein wichtiger Schritt, aber er reicht für sich genommen noch nicht aus, um Verhalten und Alltag zu ändern. Gleichbleibende gesundheitsbezogene Botschaften müssen vermittelt werden und regelmäßig auf vielfache Art und Weise immer wieder neu vermittelt werden, um ganze Bevölkerungen zu informieren und aufzuklären.

Psychosoziale, motivatorische und verhaltensbedingte Unterstützung, z.B. Zielsetzungen und Problemlösungen, spielen bei der Durchsetzung von nachhaltigen Veränderungen der Lebensweise und in der Prävention von chronischen Krankheiten eine bedeutende Rolle (Fekete u.a. 2007; Whittemore u.a. 2009; Lindstrom u.a. 2008). Da Schätzungen davon ausgehen, dass bis zu 80 Prozent der chronischen Erkrankungen vermieden werden könnten, befinden sich Pflegendende in einer guten Ausgangsposition, um einen signifikanten Beitrag zur Prävention chronischer Krankheiten weltweit zu leisten.

Prävention von Typ-2-Diabetes

Primärprävention identifiziert und schützt gefährdete Einzelpersonen vor der Ausbildung eines Typ-2-Diabetes und reduziert damit sowohl den Bedarf für die Diabetes-Versorgung als auch für die Behandlung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen. Änderungen der Lebensweise bezogen auf Gewichtskontrolle und Erhöhung der körperlichen Aktivitäten sind wichtige Ziele in der Prävention von Typ-2-Diabetes.

Sekundäre Prävention betrifft die Früherkennung und Vermeidung von Folgeerkrankungen und reduziert so den Behandlungsbedarf. Eine Maßnahme, die zu einem frühen Zeitpunkt im Verlauf eines Diabetes ergriffen wird, wirkt sich günstiger auf die Lebensqualität aus und ist kosteneffizienter, vor allem wenn durch diese Maßnahme ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann. Bisher wurde nicht endgültig nachgewiesen, dass eine gute Kontrolle des Blutzuckerspiegels bei allen Diabetestypen das Risiko entscheidend senkt, Folgeerkrankungen zu vermeiden.

kungen zu entwickeln und deren Verlauf zu verlangsamen. Die gute Behandlung von hohem Blutdruck und erhöhten Blutfetten ist genauso wichtig (IDF). Eine neue Studie aus den USA zeigt, dass die Rückbildung eines Diabetes im Frühstadium zurück zu einem normalen Blutzucker durch Gewichtsverlust und eine intensive Veränderung der Lebensgewohnheiten erzielt werden kann (Perreault u.a. 2009).

KAPITEL 4

Management chronischer Erkrankungen, Beiträge und Kompetenzen der Pflege

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Versorgung und dem Management von chronischen Krankheiten und verweist auf verschiedene Versorgungs-Modelle. Der pflegerische Beitrag zum Management von chronischen Erkrankungen wird besonders berücksichtigt; dabei werden auch die notwendigen Kompetenzen von Pflegenden im gesamten Pflegekontinuum der chronischen Krankheiten dargestellt.

Versorgungsmodelle chronischer Erkrankungen

Eine chronische Erkrankung wird angesichts einer steigenden Zahl Betroffener mit mehr als einer Erkrankung, z.B. Diabetes und eine Herz- Kreislauferkrankung, nicht mehr isoliert betrachtet. Die Anforderungen, die durch die häufigsten chronischen Krankheiten an Patienten, Familien und das Gesundheitssystem gestellt werden, ähneln sich und tatsächlich können vergleichbare Behandlungsstrategien über alle chronischen Krankheiten hinweg effektiv angewendet werden, Gemeinsamkeiten überwiegen.

Patienten mit chronischen Krankheiten sind in Bezug auf die Erhaltung des bestmöglichen Gesundheitsstatus und Funktionsniveaus über einen längstmöglichen Zeitraum hinweg auf eine breit gefächerte Unterstützung in ihrem Umfeld angewiesen. Sie brauchen Selbstpflegekompetenzen für den Umgang mit Problemen zu Hause, verknüpft mit pro-aktivem, integrativem, geplantem Pflege- und Behandlungsmanagement, das ihre Bedürfnisse vorausschauend wahrnimmt, sodass alle Zustandsveränderungen und -verschlechterungen schnell behandelt werden können, bevor sie sich zu einer Akutsituation entwickeln.

Modelle zur Versorgung von chronischen Krankheiten werden in verschiedenen Ländern eingesetzt und adaptiert. Die Position von Pflegekräften ist hervorragend geeignet, um angemessene Modelle zur Versorgung von chronischen Krankheiten zu leiten und zu unterstützen. Zwei Varianten, das Chronic-Care-Modell (CCM) und das Innovative-Care-for-Chronic-Conditions der WHO (ICCC) werden als Beispiele in den Tabellen 1 und 2 dargestellt.

Das Chronic-Care-Modell (CCM)

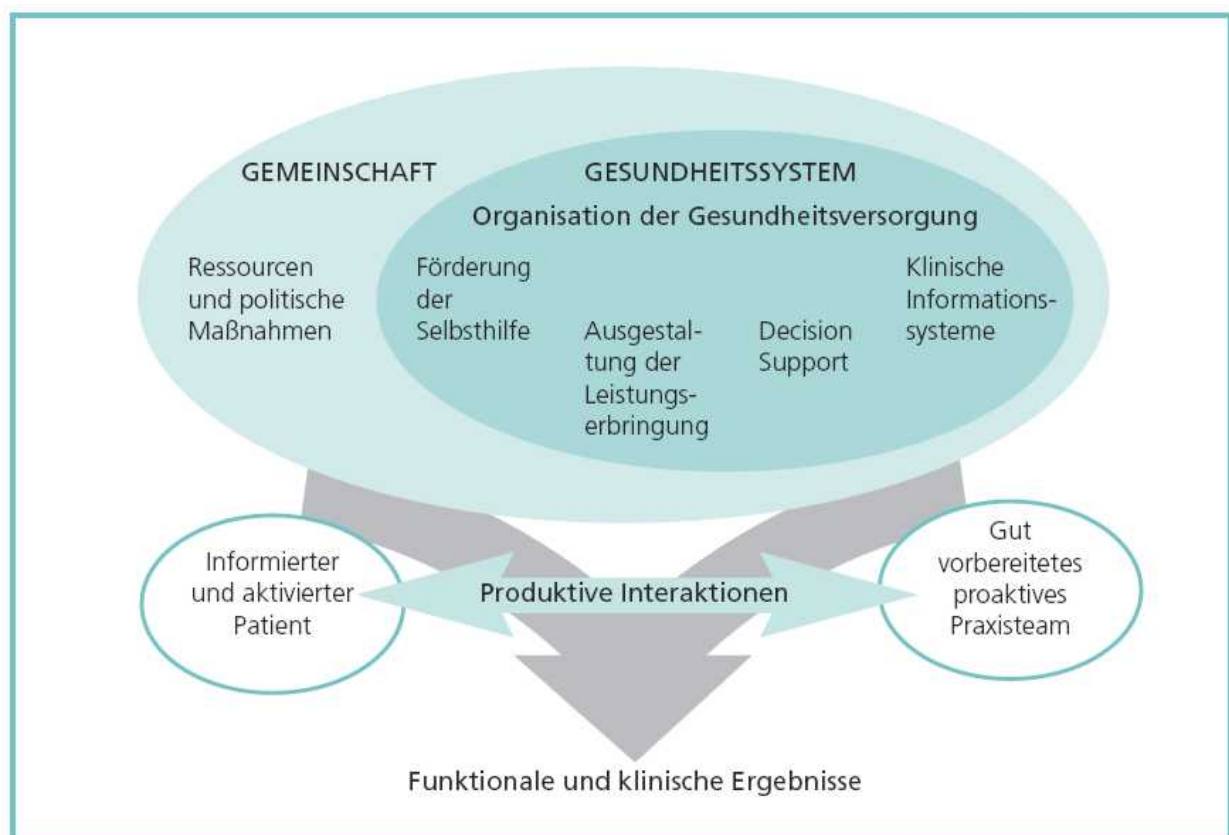
Der Kern des CCM - Ansatzes liegt in der Interaktion zwischen einem „informierten, aktivierten Patienten und einem vorbereiteten, proaktiv handelnden Team“. Darunter wird „ein motivierter Patient mit den Informationen, Fähigkeiten und der Sicherheit, effektive Entscheidungen über seine Gesundheit zu treffen und diese auch zu bewältigen, und ein Praxisteam mit den notwendigen Patienteninformationen, Unterstützung zur Entscheidung und den Ressourcen für eine hochwertige Versorgung“ verstanden. (Improving Chronic Illness Care 2004). Das Modell stützt sich auf sechs aufeinander bezogene Elemente und die damit verbundenen Aktivitäten, die im Folgenden dargestellt sind. Die Bedeutung der Pflegekräfte in diesen Elementen und Aktivitäten ist weltweit sehr groß.

Tabelle 1: Das Chronic-Care-Modell (CCM)

Element	Aktivität/Beitrag
Beziehung Patient-/ Leistungserbringer	<ul style="list-style-type: none"> • Motivieren Sie Patienten als aktive Partner für das Management ihrer Krankheit(-en) • Versorgen Sie Patienten, Betreuende, Angehörige und die Öffentlichkeit mit Informationen und Bildungsangeboten • Ermöglichen Sie Selbstpflegekompetenz und -management • Entwickeln Sie Beziehungen zum Patienten und Betreuenden über einen längeren Zeitraum und erkennen dabei an, dass Patienten, Betreuende und Angehörige größere Experten in Bezug auf Entwicklungs- und Behandlungsmöglichkeiten als die pflegerischen bzw. medizinischen Fachkräfte sind und ihnen oft neue Informationen erschließen können.
Gestaltung des Versorgungs-systems	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Prävention, Screening, Bewertung und Diagnose • Wechsel von reaktiver hin zu geplanter Versorgung und nachhaltiger, proaktiver Nachsorge • Teamorientierter Ansatz und Zusammenarbeit in der Praxis • Screening von Hochrisikogruppen • Koordinierte Versorgung für Patienten mit komplexen Bedürfnissen • Vom Betroffenen nachvollziehbare Versorgungsplanung und –erbringung, entsprechend seiner Lebenswelt.
Unterstützung bei Entscheidungen	<ul style="list-style-type: none"> • Systematischer Einsatz von Bewertungs- und Diagnosetools • Verwendung von evidenzbasierten Protokollen und Leitlinien der klinischen Praxis zur Unterstützung und Transparenz von Interventionen • Koordinierte Überweisung an Spezialisten, die in das Team integriert sind
Informationssysteme	<ul style="list-style-type: none"> • Effektive Kommunikation und angemessenes Informationsmanagement • Einsatz neuer Technologien • Sorgen Sie für Hinweise auf Arbeitsrichtlinien und Feedback inkl. Nutzung von Patientenmeldedaten • Überwachung und Bewertung von Pflege und Behandlung • Fokus auf Qualitätsverbesserung
Ressourcen der Gemeinschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffen Sie gute Kontakte zu kommunalen Institutionen die eine gesunde Lebensweise und soziale Integration fördern, um Programme zu unterstützen bzw. zu entwickeln • Kenntnisse darüber, was in bestimmten Kulturen bzw. Gemeinschaften funktioniert

	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation von Patienten, an effektiven Programmen teilzunehmen • Stärkung der Zusammenarbeit mit der Öffentlichkeit, nicht-medizinischem Personal und anderen Sektoren
Organisationen der Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Priorisierung und Unterstützung der strategischen Entwicklung einer geplanten Versorgungsinfrastruktur • Übernahme von Führungsfunktionen innerhalb von Organisationen und über diese hinaus • Entwicklung von Vereinbarungen zur Koordination von Versorgung • Kostenbewusste/s Ressourcennutzung und -management • Aktive Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen, Leistungsplanung und -management • Förderung von wirksamen Strategien zur Verbesserung • Sicherstellung, dass Anreize auf Versorgungsqualität basieren.

Das Chronic Care Modell:



Der WHO Innovative-Care-for-Chronic-Conditions (ICCC) Rahmenplan

Der WHO Innovative-Care-for-Chronic-Conditions (ICCC) Rahmenplan beruht auf der Annahme, dass positive Ergebnisse bei chronischen Erkrankungen nur erzielt werden können, wenn vorbereitete, informierte und motivierte Patienten und Angehörige, Teams zur gesundheitlichen Versorgung und Unterstützer der Gemeinschaft zusammen arbeiten (WHO 2002).

Diese Rahmenbedingungen werden durch die folgenden Schlüsselprinzipien unterstrichen:

- Evidenzbasierte Entscheidungsprozesse
- Fokus auf die Bevölkerung
- Fokus auf Prävention
- Fokus auf Qualität
- Integration
- Flexibilität/Anpassungsfähigkeit.

Dieser Rahmen erfasst grundlegende Komponenten bzw. Bausteine, die sich eignen, ein Gesundheitsversorgungssystem, das langfristige Gesundheitsprobleme effektiver bewältigen kann, zu schaffen bzw. umzugestalten. Pflegekräfte werden an geeigneten Stellen eingesetzt, um einen umfassenden und wirksamen Beitrag zu allen bzw. jeder einzelnen Komponente zu leisten, damit eine effektive und angemessene Versorgung und Behandlung chronischer Erkrankungen, abgestimmt auf die lokale Situation und die verfügbaren Ressourcen, gewährleistet sind.

Tabelle 2: Der WHO ICCC Rahmenplan

Bausteine	
Organisation der Gesundheitsversorgung	Unterstützung von Selbstmanagement und Prävention Organisation und Ausstattung von Leistungserbringern Nutzung von Informationssystemen Förderung von Kontinuität und Koordination Stärkung von hochwertiger Versorgung durch Lenkung und Anreize
Gemeinschaft	Mobilisieren und Koordination von Ressourcen Erbringung von ergänzenden Leistungen Förderung besserer Ergebnisse durch Lenkung und Unterstützung Bewusstseinschärfung und Abbau von Stigmatisierung
Politischer Rahmen	Stärkung von Partnerschaften Erschließung und Allokation von Humanressourcen Lenkung und Interessenvertretung Integration politischer Maßnahmen Einsatz für eine ausgeglichene Finanzierung Unterstützung von Gesetzesinitiativen

WHO Rahmenmodell Innovative Care for Chronic Conditions:



Beitrag der Pflege

Entscheidend für beide Modelle ist die Konzentration auf informierte, motivierte Patienten, Angehörige und Gemeinschaften, die von einem informierten und motivierten kooperativ arbeitenden Betreuungsteam unterstützt werden. Was Informationen und Patientenschulung, den Aufbau von Beziehungen zu Patienten, Betreuern bzw. Gemeinschaften betrifft, haben Pflegekräfte in der Praxis immer eine Vorreiterrolle gespielt. Sie sorgen für eine kontinuierliche Versorgung, setzen Technologien für eine Weiterentwicklung von Versorgungsleistungen ein (ICN 2007), unterstützen die Adhärenz bei Langzeittherapien und fördern Zusammenarbeit aller Beteiligten (ICN 2004).

Obwohl das Chronic Care Modell in den USA entwickelt und vorwiegend von Ärzten umgesetzt wurde, stellt Bodenheimer, ein Mediziner, fest, dass „die Literatur zur Gesundheitsversorgung und die Erfahrungen, die in den vielen Anstrengungen zur Verbesserung der chronischen Pflege gesammelt wurden, darauf hinweisen, dass den Pflegenden und nicht den Ärzten eine Schlüsselfunktion bei der Umsetzung des Chronic Care Modell in einem patientenorientierten Betreuungsteam zukommt“ (Bischoff u.a. 2009).

„Viele der positiven Ergebnisse, die bei geplanten Visiten gemeinsam mit Pflegekräften beobachtet werden konnten, lassen sich auf eine bessere Kommunikation mit den Patienten zurückführen. Pflegende sind besonders gute Teamplayer und in der Lage, eine vielleicht sogar günstigere Wechselbeziehung mit Patienten (als Ärzte) aufzubauen. Daher sind vermutlich Pflegende gut auf die Übernahme dieser epidemiologischen Herausforderung, auf

die Auseinandersetzung mit der weltweit herrschenden Epidemie chronischer Erkrankungen, vorbereitet“ (Bischoff u.a. 2009).

Kompetenzen

Unabhängig von dem angewendeten Modell zur Versorgung chronischer Krankheiten sind Pflegende immer der Schlüssel und müssen über das Wissen, die Fähigkeiten und Eigenschaften verfügen, die notwendig sind, um mit ihrem Beitrag ihr volles Potential ausschöpfen zu können. Weiterbildung und Schulungsprogramme sind nötig, damit die Mitarbeiter der Gesundheitsberufe die wechselnde Belastung der Krankheiten bewältigen. Die notwendigen Ausbildungs- und Trainingsprogramme sind für das multidisziplinäre und interdisziplinäre Lernen geeignet. Man sollte einen kostengünstigen und pragmatischen Ansatz wählen, der gewährleistet, dass geeignete und bezahlbare umfassende Versorgung, und, falls notwendig auch der Zugang zu spezialisierter Behandlung jedem Betroffenen mit einer chronischen Erkrankung zur Verfügung steht (ICN 2008).

„ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies“ basiert auf „ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse“ und bietet einen sinnvollen Rahmen, um sicher zustellen, dass angemessenes Fachwissen, Kompetenzen und Eigenschaften für den gesamten Pflegeverlauf entwickelt werden (ICN 2008). Wie meistens liegt die Herausforderung darin, die gemeinsamen Elemente von Betreuung und Behandlung von chronischen Zuständen und Krankheiten und das für Komorbiditäten und komplexe Situationen benötigte spezielle Fachwissen zu bestimmen, die über den gesamten Pflegeprozess hinweg angewendet werden müssen. Wo man dabei die Grenze zieht zu benötigter spezieller Expertise, wird auf lokaler bzw. nationaler Ebene festgelegt, um den bestmöglichen Nutzen aus den verfügbaren Ressourcen für die Gesundheitsbedürfnisse der lokalen Bevölkerung zu ziehen. ICN bietet eine Rahmenstruktur an für die Kompetenzen von Pflegekräften, die als klinische Experten in besonderen Funktionen arbeiten (ICN 2009).

Zu den notwendigen Kompetenzen von Pflegenden zur Prävention und dem Management einer chronischen Krankheit gehören im Folgenden (ICN 2008):

- Mitwirkung bei Aktivitäten, die dazu beitragen, den Zugang zu dem für effektive Gesundheitsdienste notwendigen Leistungsspektrum zu verbessern. (Pflegefachkraft)
- Rücksicht auf das Recht des Klienten auf Information, Entscheidung und Selbstbestimmung in der Pflege und Gesundheitsversorgung. (Pflegefachkraft und PflegeexpertIn)
- Zeigen professioneller Integrität, Redlichkeit und ethischem Handelns als Reaktion auf industrielle Marketingstrategien bei der Verschreibung von Medikamenten und anderer Produkte. (PflegeexpertIn und Advanced Practice Nurse)
- Informationsquelle und „erzieherische Instanz“; bei Patienten, die eine Änderung ihrer Lebensweise anstreben, Einbeziehen von Krankheits- und Unfallverhütung und Bewältigen von Änderungen in Bezug auf Gesundheit, Behinderung und Tod. (Pflegefachkraft)
- Wahrnehmung von Möglichkeiten und Lenkung/Schulung von Einzelnen, Angehörigen und Gemeinschaften, die Einführung von Krankheitsverhütungsmaßnahmen und die Erhaltung einer gesunden Lebensweise zu fördern. (Pflegefachkraft und PflegeexpertIn)
- Auswahl von Lehr- und Lernstrategien, die auf die Bedürfnisse und Eigenschaften des Einzelnen bzw. der Gruppe abgestimmt sind. (Pflegefachkraft und PflegeexpertIn)
- Zusammenarbeit mit anderen Berufs-, Interessen- und Expertengruppen im Zusammenhang mit Maßnahmen, die Krankheiten reduzieren und eine gesunde Lebens-

weise und Umwelt fördern in Bereichen, die für spezielle Fragestellungen wichtig sind. (PflegeexpertIn)

- Integrieren einer Perspektive in die berufliche Praxis, die die multiplen Determinanten von Gesundheit berücksichtigt. (Pflegefachkraft und PflegeexpertIn)
- Gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, die Pflege und andere für Klienten erbrachte Gesundheitsdienstleistungen weiterzuentwickeln.

Management einer chronischen Krankheit

Pflegende übernehmen immer häufiger die Steuerung im Management von chronischen Erkrankungen. In einigen Zusammenhängen geschieht dies notgedrungen aufgrund der wachsenden Zahl an Personen, die eine gesundheitliche Versorgung benötigen. In anderen Situationen ist die Einführung von spezialisierten Pflegekräften mit Expertenwissen eine strategische Antwort auf einen identifizierten Bedarf. In Großbritannien gehörten auf Diabetes spezialisierte Pflegefachkräfte zu den ersten Gruppen innerhalb des Pflegepersonals, die zusätzliche und weit umfassendere Aufgaben im Versorgungsmanagement übernommen haben.

Management von Typ-2-Diabetes

2008 wurden die nationalen Richtlinien für das Behandlungsmanagement von Typ-2-Diabetes in der primären und sekundären Versorgung auf Grundlage der besten verfügbaren systematischen Darstellungen überarbeitet und aktualisiert (NCC-CC 2008; Bannister 2008). Vergleichbare Richtlinien sind auch in anderen Ländern etabliert. Aus solchen Richtlinien wird deutlich, dass sich die Position von Pflegenden in vielen Ländern gut dazu eignet, die Verantwortung für die Pflege und das Versorgungsmanagement der Menschen mit Diabetes zu übernehmen.

Patientenorientierte Versorgung: Die gesamte Versorgung sollte die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben des Patienten berücksichtigen. Eine gute Kommunikation ist von zentraler Bedeutung, um dem Patienten informierte Entscheidungen zu ermöglichen, die auf evidenzbasierten Informationen und Aufklärung beruhen.

Schulung: In den Richtlinien wird empfohlen, allen Patienten während bzw. direkt nach Diagnosestellung eine strukturierte Unterweisung anzubieten. Auch wenn nachweislich Gruppenschulungen effizienter sind, sollte Patienten, die daran nicht teilnehmen möchten bzw. können, eine Alternative angeboten werden. Die Schulung sollte evidenzbasiert sein und auf die Bedürfnisse des Einzelnen eingehen. Sie sollte nach einem strukturierten Lehrplan ablaufen, von ausgebildetem Lehrpersonal vermittelt werden, qualitätsgeprüft sein und regelmäßig auditiert werden. Die Abfrage der Schulungsinhalte sollte ein Teil aller jährlich stattfindenden Patienten-Reviews sein und der Zugang zu jährlichen Aktualisierungen eine wichtige Komponente der laufenden Betreuung. Die Unterweisung mithilfe von strukturierten Schulungsprogrammen sollte Bestandteil der Behandlung eines jeden Patienten sein. Es ist von großer Bedeutung, dass alle beteiligten Gesundheitsberufe, die mit der Versorgung von Diabetikern zu tun haben, mit den Inhalten, Schlüsselbegriffen und den in den lokalen Programmen verwendeten Tools zum Selbstmanagement vertraut sind.

Ernährungsberatung: Empfehlungen zur Ernährung konzentrieren sich auf die Prinzipien einer gesunden Ernährung, vor allem in Hinsicht auf einen optimalen Schutz vor Herz-Kreislaufisiken. Die folgenden Nahrungsmittel sollten besonders empfohlen werden: Früchte, Gemüse, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte, Milchprodukte mit geringem Fettgehalt und fetthaltiger Fisch. Die Aufnahme von Nahrungsmitteln mit einem Anteil gesättigter bzw. trans-fetter Säuren sollte begrenzt sein. Vom Konsum von Nahrungsmitteln, die speziell für Diabetiker entwickelt wurden, ist abzuraten.

Blutdruck: Der empfohlene Blutdruckwert für die Typ-2-Betroffenen liegt bei <140/80 mmHg, wobei für Betroffene mit einem Nieren- oder Augenleiden bzw. einer cerebrovaskulären Schädigung ein niedrigerer Wert von <130/80 mmHg empfohlen wird. Als erste Maßnahme wird zunächst zu Änderung der Lebensweise geraten, wenn dies jedoch wirkungslos in Bezug auf den angestrebten Wert bleibt, wird eine angepasste Therapie mit ACE-Hemmern bis zur Maximaldosis empfohlen. Allerdings müssen Frauen im gebärfähigen Alter sorgfältig beobachtet werden; für diese Gruppe empfiehlt sich die Gabe eines Kalziumantagonisten. Die Wirkung muss regelmäßig kontrolliert werden, um eine optimale Behandlung und die individuelle Dosierung zu gewährleisten.

Auswertung der Blutzuckerkontrolle: Ein allgemeiner HbA1c Wert von 6,5 Prozent wird besonders im Zusammenhang mit der Senkung mikrovaskulärer Risiken empfohlen. Abhängig davon, mit welchen Einbußen der Lebensqualität, mit welchen Nebenwirkungen dieser Wert verbunden ist und welche Ressourcen für das Krankheitsmanagement zur Verfügung stehen, kann es bei den einzelnen Betroffenen zu Abweichungen kommen. Bei Patienten, für die ein HbA1c Wert um die 6,5 Prozent mit großen Anstrengungen verbunden ist, ist es wichtig zu betonen, dass jede HbA1c Reduzierung in Richtung des angestrebten Wertes günstig ist. Wenn Behandlungsmethoden begonnen werden, die mit dem Risiko einer Hypoglykämie einhergehen, könnte ein etwas erhöhter Zielwert wichtig sein, um das Risiko einer Unterzuckerung zu senken. Ein aggressives HbA1c Management zur Senkung des Wertes unter 6,5 Prozent ist nicht empfehlenswert.

Selbstständige Kontrolle des Blutzuckerspiegels: Die selbstständige Kontrolle des Blutzuckers sollte allen neu diagnostizierten Patienten als integraler Bestandteil ihrer Schulung zum Selbstmanagement angeboten werden. Nicht alle werden die Selbstmessung durchführen wollen. Der Zweck der Kontrolle muss deutlich gemacht werden und eine Schulung über die Interpretation der Werte und mögliche Interventionsmaßnahmen für die Behandlung von Veränderungen muss zugänglich sein. Patienten können sich gegen eine selbstständige Blutzuckerkontrolle entscheiden, aber diejenigen, die es wollen, sollten unterstützt werden. Nach der Entscheidung für eine Selbstkontrolle sollten Vorteile und Auswirkungen mindestens jährlich überprüft werden.

Management von Fettstoffwechselstörung: Die meisten Patienten mit einem Typ-2-Diabetes tragen ein hohes Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen. Bei vielen im Alter über 40 ist eine Therapie mit Statinen indiziert. Einige Jüngere haben aufgrund von identifizierten konventionellen Risikofaktoren ebenfalls ein hohes Risiko: bei diesen Patienten ist eine Therapie mit Statinen ebenfalls angebracht. Hochrisikofaktoren bei unter vierzigjährigen Betroffenen sind: Merkmale eines metabolischen Syndroms, eine entsprechende familiäre Disposition, die ethnische Herkunft und Anzeichen einer mikrovaskulären Schädigung.

KAPITEL 5

Pflegerische Innovationen in der Langzeitversorgung

Innovation in der Gesundheitsversorgung von chronischen Erkrankungen bedeutet die Einführung neuer Ideen, Methoden oder Programmen mit der Absicht, die Art und Weise zu verändern, wie chronische Erkrankungen verhindert und bewältigt werden können (WHO 2002). Das Konzept Innovation ist Pflegenden vertraut. Weltweit beteiligen sich Pflegende täglich an innovativen Aktivitäten; Aktivitäten, ausgelöst durch den Wunsch, die Ergebnisse der Patientenversorgung zu verbessern und der Notwendigkeit, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Viele dieser Initiativen haben zu deutlichen Verbesserungen der Gesundheit von Patienten, der Bevölkerung und in den Gesundheitssystemen geführt (ICN Innovations Database).

Pflegekräfte sind gut aufgestellt, kreative und innovative Lösungen für die Herausforderung durch chronische Krankheiten zu entwickeln, und damit zu einer wirklichen Veränderung im täglichen Leben von Patienten, Familien und Gemeinschaften beizutragen. ICN unterstützt die Weiterentwicklung und Weiterverbreitung von Innovationen in der Pflege und hat die ICN Innovations Database gestartet, ein webbasiertes Instrument, das dazu beiträgt, Innovationen in der Pflege weltweit zu verbreiten <http://www.icn.ch/innovations/>. Darüber hinaus hatte der ICN für den Internationalen Tag der Pflegenden 2009 das Thema „Unsere Kompetenz - Ihre Gesundheit. Professionelle Pflege in der Gesundheitsversorgung - wegweisend und innovativ“ gewählt.

Wie in Kapitel 4 diskutiert, erfordert die Versorgung chronischer Krankheiten Veränderungen in der Beziehung zwischen Pflegekraft, Patienten und Gemeinschaften, sowie Veränderungen in der Beziehung und Arbeitsweise innerhalb des Betreuungsteams. Technologische Fortschritte im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien und die Einführung von neuen Produkten und Verfahren sind Grundlage für die meisten Innovationen in der Versorgung und dem Management von chronischen Krankheiten. Der effektive Einsatz von Technologien verändert und hinterfragt traditionelle Arbeitspraktiken. Sie setzen Flexibilität in Konzeption und Ausführung von Gesundheits- und Pflegedienstleistungen voraus. Pflegende befinden sich im Hinblick auf die Gestaltung und Durchsetzung dieser Veränderungen häufig an vorderster Front.

Südkorea: Für die Prävention von Folgeerkrankungen bei Typ-2--Diabetes ist es von existentieller Bedeutung, den Blutzuckerspiegel so normal wie möglich zu halten. Eine Studie in Südkorea zeigt, dass eine von einer Pflegekraft über Mobiltelefon gesendete SMS Patienten helfen kann, ihre Blutzuckerwerte besser zu regulieren. In einem kontrollierten Experiment übermittelten Patienten einmal wöchentlich den selbst kontrollierten Blutzuckerspiegel und Medikamenteninformationen per Internet oder SMS. Die Daten wurden unter Berücksichtigung der persönlichen Patientenakte ausgewertet. Es wurden Empfehlungen gegeben, beispielsweise in Bezug auf Diät, Bewegung oder Medikamente wie z.B. „Bewegungsmangel könnte den erhöhten Blutzuckerspiegel hervorgerufen haben“ oder „Bitte kontrollieren Sie die von Ihnen verzehrte Nahrungsmenge“. Dieser regelmäßige Kontakt und das Feedback könnte die Patienten motiviert haben, ihre Glukosewerte besser in den Griff zu bekommen. HbA1c sank innerhalb von drei Monaten um 1,15 Prozentpunkte und 1,05 Prozentpunkte innerhalb von sechs Monaten im Vergleich zu den Ausgangsdaten der Versuchsgruppe. Patienten in der Versuchsgruppe hatten bei den Blutzuckerwerten zwei Stunden nach einer Mahlzeit einen Rückgang von 85 \pm 1mg/dl innerhalb von drei Monaten und um 63 \pm 1mg/dl innerhalb von sechs Monaten im Vergleich zu den funktionellen Ausgangswerten (Hee-Seung u.a. 2007).

Surinam: Angeregt von dem Thema „Professionelle Pflege in der Gesundheitsversorgung - wegweisend und innovativ“ zum Internationalen Tag der Pflegenden 2009 ergriffen die Pflegekräfte der Kinderabteilung des Diakonissenkrankenhauses in Surinam die Initiative, die

Versorgung von Kindern mit chronischen Krankheiten zu verbessern. Die Kinderabteilung ist Teil eines privaten Krankenhauses mit 216 Betten in der Hauptstadt Surinams. Obwohl die Anzahl der im Krankenhaus behandelten Patienten mit chronischen Krankheiten gering ist, ist die Frequenz der Einweisung hoch. Die Pflegekräfte beobachten, dass die psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern der Patienten unzureichend ist. Sie haben ein Programm zur professionellen Betreuung und Unterstützung entwickelt, um den Familien zu helfen, mit den Folgen einer chronischen Krankheit umzugehen. Auf der Basis des in Kapitel vier beschriebenen Chronic-Care-Modells wurde ein multidisziplinäres Programm entwickelt. Zu den erwarteten Ergebnissen gehört eine Verringerung der Aufenthalte um 40 Prozent, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität für Patienten und ihre Familien führte und dazu, dass der Schulbesuch aufgrund der selteneren stationären Aufenthalte und des Besuchs einer ambulanten Klinik nicht so oft unterbrochen werden muss (Bericht der Suriname Nurses Association).

Finnland: Multiprofessionelle Entlastung und Bildung hat sich für die Umsetzung von Richtlinien, bessere multiprofessionelle Zusammenarbeit und das Teilen von Pflichten und Aufgaben als effektiv erwiesen, und förderte einen angemessenen Umgang mit Präventivaktivitäten und Ressourcen. Dies hat zu Verbesserungen in der Versorgung von Patienten mit Diabetes, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen geführt (Sipla u.a. 2008).

USA: Eine der Initiativen in der ICN Innovations Database ist eine Lifestyle-Management-Reihe für Frauen, die in der Abteilung für Gesundheitserziehung von Patienten am Dayton Veteran Affairs Medical Center entwickelt wurde. Man erstellte und implementierte ein innovatives, fünfwöchiges, aufeinander aufbauendes empirisches ganzheitliches Programm für Frauen zum Lifestyle-Management. Themen waren Stressmanagement, Management bzw. Halten des Körpergewichts, Ernährung, Fitnessübungen und Strategien zur Selbstpflege. Das Programm richtet sich an gesunde Veteraninnen und solche mit einem höheren Risiko, durch den Dienst in der Armee verursachte Probleme zu entwickeln, Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes, Osteoporose und Krebs. Das primäre Ziel dieses multidisziplinären Programms ist es, Strategien zur Gesunderhaltung zu fördern und Krankheiten bzw. einen Krankheitsfortschritt zu verhindern. In diesem Programm wurden die Teilnehmerinnen dabei unterstützt, persönliche Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung bzw. dem Fortschritt einer Krankheit zu identifizieren und zu senken. Gleichzeitig entwickelte sich die Erkenntnis über die Bedeutung vorbeugender Screenings. Einige Teilnehmerinnen schrieben sich anschließend in intensivere Unterstützungsprogramme ein, die ihnen bei Verhaltensänderungen helfen sollten, um ein Fortschreiten der Krankheit zu verhindern und sich bewusst auf die individuelle Selbstpflege zu konzentrieren. Das Seminar entlässt am Ende die Teilnehmerinnen mit Wissen, das ihnen hilft, gesund zu bleiben und Krankheiten durch Entscheidungen für eine bessere Lebensweise zu vermeiden.

Südafrika: Am McCord Krankenhaus wurde ein Arbeitsplatz-Programm eingeführt, das auf chronische Krankheiten wie Übergewicht und Rauchen bei Pflegenden abzielt. Das Programm war ein gemeinsames Projekt der Democratic Nursing Organization of South Africa (DENOSA), des ICN und der Oxford Health Alliance, und wurde vor Ort durch die Pflegeexpertin Honey Allee geleitet. Das Programm war auf den Prinzipien von Partnerschaft und Eigeninitiative aufgebaut, beruhte auf gemeinsamen Zielen und berücksichtigte, dass „gesund“ für unterschiedliche Menschen ganz unterschiedliche Dinge bedeuten kann, abhängig von Faktoren wie Alter, sozioökonomischer Status und Kultur. Zum Programm gehörten verbesserte Unternehmensgrundsätze, die die Prinzipien der Fürsorge für die Pflegenden berücksichtigten und auf Gesundheit und Wohlbefinden, gesunde Ernährung in der Mittagspause, Fitnesskurse und vielfältige dazu passende Vereine, Gesundheitsscreening, Gewichtsmanagement und die Versorgung mit Nikotinplastern, um die Teilnehmer bei der Tabakentwöhnung zu unterstützen. Wissen, Fähigkeiten und Expertise wurden ebenso ausgetauscht wie Erfolgsgeschichten und Tipps bei Problemen. Das Programm ein Erfolg in Bezug auf Information, Schulung und Unterstützung der Pflegenden zur eigenen Gesundheitsförderung. Die bisher vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass eine signifikante Zahl der Pflegenden

ihr Gewicht reduziert haben, den Umgang mit ihrer eigenen chronischen Erkrankung verbessern konnten, an Screenings teilnehmen und sich das Rauchen erfolgreich abgewöhnt haben. ICN und seine Partner sind sehr daran interessiert, andere nationale Pflegeberufsverbände zu unterstützen, die ähnliche Vorhaben zur Verbesserung der Gesundheit von Pflegenden, deren Familien, Arbeitsplätzen, Schulen und lokalen Gemeinschaften umsetzen wollen.

Taiwan: Konfrontiert mit dem Problem unzureichender Adhärenz von Krebspatienten bzgl. der Einnahme von Analgetika zu Hause und mit dem Ziel, Patienten die Verordnung von Analgetika verständlicher zu machen, führten Pflegende in Taiwan eine Studie durch, für die sie einen Fragebogen „Barrier Questionnaire-Taiwan form“ (BQT) einsetzten. Sie wollten Daten zur tatsächlichen Patientenwahrnehmung bzgl. Analgetika gewinnen. Eine von Morisky bei sich selbst protokollierte Analgetika-Adhärenz wurde zugrundegelegt, um die tatsächliche Patientenadhärenz bei Analgetika zu messen.

Die Studie konnte zeigen, dass die Wahrnehmung der Patienten von Analgetika durch Missverständnisse gekennzeichnet war. Aus diesem Grund wurde den Patienten und ihren Angehörigen ein Schulungshandbuch als praktische Anleitung ausgehändigt. Der Inhalt des Handbuchs reichte von der Darstellung fatalistischer Grundhaltungen, der Sorge, zuviel Zeit des Arztes während der Sprechstunde in Anspruch zu nehmen, über den Wunsch, ein guter Patient sein zu wollen, bis zu Nebenwirkungen bei Medikamenten, Suchtentwicklung, Krankheitsverlauf usw. Pflegende erklärten Patienten die ihnen verschriebenen Analgetika einschließlich der verwendeten Wirkstoffe, Applikationsform, Effekte, mögliche Nebenwirkungen und Verabreichungsart. Sie betonten Patienten gegenüber die Wichtigkeit, Schmerzmittel rechtzeitig und der Verordnung entsprechend einzunehmen, um den Schmerz wirksam unter Kontrolle zu bringen.

Bei jedem erneuten Sprechstundenbesuch sammelten die Pflegenden Informationen über die Einstellung des Patienten zu den Schmerzmitteln und die tatsächlich wahrgenommenen Wirkungen bzw. Nebenwirkungen als Bezugsgrundlage für Ärzte und als Grundlage für eine Medikamentenanpassung. Pflegende und andere forderten die Familie zur Teilnahme an Schulungsmaßnahmen zur Schmerzentlastung auf, bahnten eine positive Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und betreuten Schmerzpatienten professionell interessiert. Patienten wurden ermutigt, Informationen über ihre Schmerzen und auch über ihre Reaktionen auf Medikamente weiterzugeben.

Nach einem Monat führten Schmerzschulung und Beratung dazu, dass die ablehnende Haltung gegenüber einer Analgetikabehandlung bei Patienten und Familien signifikant zurückging. Die Patientenadhärenz bei Verschreibungen nahm erkennbar zu. Die Patienten berichteten über eine deutlich niedrigere Schmerzintensität und eine geringere Beeinträchtigung durch Schmerzen im Alltag (Berichtet durch die Taiwan Nurses Association).

Großbritannien: Die Pflegefachkraft Anita Plummer gewann für ihren Einsatz bei der Entwicklung eines von Pflegenden geleiteten Gewichtsmanagementprogramms für Patienten mit einer chronischen Erkrankung einen Preis. Als ein praxisbezogenes BMI-Audit 2006 für eine Region ergab, dass die Häufigkeit von Adipositas über dem nationalen Durchschnitt lag, identifizierte sie hier einen Bedarf, der bisher nicht beachtet worden war. Einer von vier Patienten wurde als adipös eingestuft und zwei von drei Patienten waren entweder übergewichtig oder adipös. Bei 605 von 1.061 Patienten im Alter zwischen 18 und 75 mit Langzeiterkrankungen (koronare Herzerkrankung, Diabetes und Bluthochdruck) lag der BMI über 28. Da die Arbeitsressourcen begrenzt waren, entschied Frau Plummer, Hilfen zur Gewichtskontrolle bei übergewichtigen und adipösen Patienten mit Langzeiterkrankungen Priorität zu geben. Sie entwarf ein Trainingsprogramm, Gewichtsmanagementmeetings und gesunde Spaziergänge; alle Maßnahmen sind erwiesenermaßen beliebt und effektiv (Robinson 2007).

Vereinigte Arabische Emirate: Der Pflegeberufsverband des Emirats (Emirate Nursing Association, ENA) hat sich die Aufgabe gestellt, durch Engagement für die Öffentlichkeitsarbeit und die Verbreitung von Wissen über chronische Krankheiten wie Diabetes und Bluthoch-

druck aktiv zu einer Verbesserung der Gesundheitsstandards beizutragen. Der ENA hat mit Unterstützung des Gesundheitsministeriums eine Sensibilisierungskampagne für mehr Gesundheit initiiert, um Menschen über gesunde Fastenpraktiken im Fastenmonat Ramadan aufzuklären. Die Medienkampagne sollte alle Emirate von Abu Dhabi bis zu Fudschaira erreichen. Es wurde ein multidisziplinärer Ansatz verfolgt, wobei die Pflegenden partnerschaftlich zusammen arbeiteten mit dem Patienten, Angehörigen, Ärzten und anderen beteiligten Gesundheitsversorgern. Zu den während der Kampagne erbrachten Leistungen für die Öffentlichkeit gehörten Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen, Flyer und Informationsbroschüren zur Sensibilisierung für Gesundheit, und die Aufklärung von Patienten und ihren Angehörigen über die Entwicklung von gesunden Lebensgewohnheiten und die Prävention von Langzeitfolgeerkrankungen. Andere Leistungen waren eine Eins-zu-Eins-Beratung und Aufklärung von jungen Menschen und ihren Familien über allgemeine Themen einer gesunden Lebensweise wie Ernährung, Bewegung, psychosoziale Unterstützung und soziale Aktivitäten. Die Kampagne hat zum Zeitpunkt dieses Berichts bereits 10.000 Menschen erreicht. Der Erfolg dieses Projekts wurde auf die Unterstützung durch das Gesundheitsministerium, die Beteiligung von Ehrenamtlichen und eine große Teilnahme der Öffentlichkeit zurückgeführt. (Berichtet von der Emirates Nursing Association).

KAPITEL 6

Rolle der nationalen Pflegeberufsverbände bei Minimierung von Risiken und Verbesserung der Versorgung chronisch Erkrankter

Es erfordert Mut und Zielstrebigkeit der nationalen Pflegeberufsverbände (NNAs), die Herausforderung von Prävention und Management chronischer Krankheiten anzunehmen. Das ist vor allem deshalb so, weil es zahllose konkurrierende und dringende Prioritäten gibt, die sich in vielen Fällen offensichtlicher und unmittelbarer auswirken als Langzeitprävention von Krankheiten und Gesundheitsförderung. Dennoch ist es nicht nur für die heutigen Patienten, sondern auch für Familien, Gemeinschaften und zukünftige Generationen von existentieller Bedeutung, dass NNAs jetzt die Pflegekräfte in diese Richtung lenken.

NNAs sind in einer starken Position, Pflegende auf allen Ebenen zu informieren, zu begeistern und zu befähigen, damit diese mit vielfältigen Interessengruppen wie Gemeinschaften, Arbeitgebern, Partnern, politischen Entscheidungsträgern, Schulen, Patienten und Familien zusammenarbeiten. So kann die Welle chronischer Krankheiten eingedämmt und sichergestellt werden, dass alle Betroffenen die für ihr Wohlbefinden notwendige Versorgung und Behandlung erhalten und die bestmöglichen Gesundheitsergebnisse erzielen.

Jeder NNA muss bei der Entscheidung über geeignete Interventionen eine Reihe von Faktoren berücksichtigen: Implementierungsmöglichkeiten, Akzeptanz, und die Unterstützung durch Gesellschaft und Politik. Mit einer kleinen Auswahl gut umgesetzter Aktivitäten ist dabei größere Wirkung zu erzielen als durch Initiierung einer Reihe breit gestreuter und planlos ausgeführter Aktivitäten.

Die Verbreitung von Information und Interessenvertretung

NNAs sind gut aufgestellt, um Informationen und Schlüsselbotschaften über chronische Krankheiten an Einzelpersonen, Gemeinschaften und politische Entscheidungsträger heranzutragen. Die breite Streuung umfassender und evidenzbasierter Informationen über chronische Krankheiten ist notwendig, um Bewusstsein zu wecken und Verhaltensänderungen zu beeinflussen. Die Weitergabe von Informationen zu unterschiedlichen politischen Ansätzen in Bezug auf chronische Krankheiten ist ebenfalls nötig, um die öffentliche Diskussion voranzutreiben, Interessenvertretung zu fördern und sicherzustellen, dass chronische Erkrankungen Priorität erhalten in der Basisversorgung. NNAs können:

- Wichtige Informationen, Fakten und Zahlen in Vorträgen und Pressemitteilungen veröffentlichen.
- Informationen über chronische Krankheiten an Schulen, Arbeitsorte, Gesundheitszentren und Gemeinschaftszentren weitergeben.
- Nationale Kampagnen und Veranstaltungen organisieren, um ein Bewusstsein für Prävention und Management von chronischen Krankheiten zu fördern.
- Die Priorität von Prävention und Umgang mit chronischen Erkrankungen in der Programmplanung wichtiger Foren und Meetings erhöhen.
- Die innovativen Leistungen von Pflegenden auf dem Gebiet der Langzeitversorgung würdigen und ihre Arbeit in Publikationen, auf Websites, Konferenzen, usw. profilierter darstellen.
- Die Zusammenarbeit mit weiteren Gesundheitsberufsverbänden, Gesundheitsministerien und anderen relevanten Bereichen und Interessengruppen bahnen.

- Mit Gesundheitsministerien und Anderen zusammenarbeiten, um Einfluss auf die Volksgesundheit und andere relevante Bereiche politischer Strategien zu nehmen.
- Lobbyarbeit für gesetzliche Regelungen und Vorschriften, die den pflegerischen Beitrag zur Versorgung chronischer Krankheiten fördern und ermöglichen.
- Lobbyarbeit für einen ausgewogenen Ansatz in Bezug auf präventive, fördernde, kurative und rehabilitative Leistungen.
- Ein Forum für Dialog und genaue Analyse der Aufgaben und anfallenden Themen bieten.
- Sich für die Gesundheit von vulnerablen Bevölkerungsgruppen einsetzen.
- Best Practice verbreiten.
- Bei Arbeitgebern gesunde Arbeitsumgebungen einfordern.

Führungsrolle bei der Aktivierung der Basis

NNAs können mit Interessengruppen und anderen Gemeinschaftsvertretern zusammenarbeiten:

- Basiskampagnen und Veranstaltungen organisieren mit der Folge öffentlicher Gesundheitsaktionen wie dem jährlichen Gesundheitstag, die das Bewusstsein für Risiko, Prävention und Management von chronischen Krankheiten erhöhen.
- Aktivitäten und Veranstaltungen mit einem Bezug zu chronischen Krankheiten auf lokaler Ebene anstoßen.
- Innovationen durch die Sicherstellung gesunder Schulen und Arbeitsplätze in Zusammenarbeit mit anderen maßgeblichen Akteuren unterstützen.
- Vertreter der NNAs vor Ort ermutigen, sich in ihren Kommunen zu engagieren und mit den örtlichen Medien, Nachbarn, Freunden, usw. über die Vorzüge gesunder Lebensweise und der Prävention von chronischen Krankheiten zu sprechen.
- Patienten und Gemeinschaften auffordern, sich für lokale, bezahlbare und gesunde Alternativen einzusetzen.
- Dafür sorgen, dass nationale Strategien an die Bedingungen vor Ort angepasst werden.

Aufbau von Partnerschaften

Die erfolgreiche Prävention und Behandlung chronischer Krankheiten erfordert koordinierte Aktionen innerhalb des Gesundheitswesens und darüber hinaus; zwischen zivilgesellschaftlichen Organisationen, Ministerien, Führungskräften der Kommunen, Gesundheitspersonal, und dem privaten Sektor und Wirtschaftsgemeinschaften. Effektive Partnerschaften fördern Zusammenarbeit, minimieren Überschneidungen und reduzieren den Wettbewerb um Ressourcen; mit dieser Unterstützung können Organisationen Programme zu chronischen Krankheiten ausbauen.

- Errichtung von Partnerschaften zwischen führenden kommunalen Vertretern, dem Gesundheitspersonal, Wirtschaftsführern und politischen Entscheidungsträgern zum Austausch von Informationen, Entwicklung von Strategien und Mobilisierung von Ressourcen.
- Überzeugen von politischen Entscheidungsträgern, Investitionen in die Prävention und das Management von chronischen Krankheiten aufzustocken und Programme

und politische Strategien umzusetzen, die gesunde Ernährung, körperliche Bewegung und Verzicht auf Tabak fördern.

- Gesundheitsorganisationen, Forscher und politische Entscheidungsträger mit Informationen über die Auswirkungen neuer Präventions-, Versorgungs- und Managementansätze auf Pflegende und auf die kurzfristige Umsetzung und die langfristigen Kosten und Vorzüge versorgen und einen Beitrag zur Diskussion über einen effektiven Umgang mit diesen Auswirkungen leisten.
- Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen, damit Wissen über chronische Krankheiten stärker in die Lehrpläne einfließt.
- Zusammenarbeit mit Pflegeschulen und Forschungszentren um Forschung bzgl. chronischer Erkrankungen zu fokussieren.
- Zusammenarbeit mit Behörden und Gesetzgebung, um jede Inkonsistenz in der gesetzgeberischen und regulatorischen Praxis auszuschalten, die Pflegende daran hindert, im Management von chronischen Erkrankungen ihr volles Potential auszuschöpfen.

Aufbau von Leistungsfähigkeit

NNAs spielen beim Aufbau von Kapazität in allen Pflegeberufen und bei der Kompetenzentwicklung von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und dem Management schlechter Gesundheitszustände und chronischer Krankheiten eine wichtige Rolle.

- Fachliche Assistenz bei der Entwicklung und Umsetzung von Programmen zu chronischen Erkrankungen.
- Forum/Raum für Austausch und Diskussion über Praktiken und Innovationen bei Prävention und Management von chronischen Erkrankungen.
- Informationsweitergabe über pflegerische Innovationen an Pflegekräfte und Andere.
- Lobbyarbeit in Ministerien zur Einrichtung von Stipendien und anderen finanziellen Hilfen, um Weiterbildung zu ermöglichen.
- Stimulation des Interesses an Pflege und Forschung durch die Bereitstellung von Fördergeldern und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegende und die Eröffnung von Karrierechancen.
- Fördern der Nutzung neuer Informationstechnologien durch entsprechende Schulungen und Feedbackmechanismen.
- Unterstützung von Change-Management.

KAPITEL 7

Fazit

Es ist dringend notwendig, dass Pflegende überall initiativ werden und sich mit allen Teilen der Gemeinschaft und allen Sektoren gemeinsam dafür einsetzen, sich dieser wachsenden Bedrohung für globale Gesundheit und Wohlbefinden zuzuwenden. Der steile Absturz des globalen Wirtschaftsklimas 2008-2009 hat den Druck auf die Ressourcen erhöht, die den Gesundheitssystemen der Länder weltweit jeweils zur Verfügung stehen. Gleichzeitig sind Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften in Entwicklungs- wie Industrieländern mit zunehmend schwierigeren Entscheidungszwängen und Herausforderungen im Alltag konfrontiert.

Mehr denn je müssen sich Pflegende heute dafür einsetzen, dass gesunde Entscheidungen einfache Entscheidungen sind. Das erfordert möglicherweise Lobbyarbeit und ein Eintreten für gesetzliche Regelungen und Vorschriften auf nationaler und internationaler Ebene, die gesunde Entscheidungen, beispielsweise im Hinblick auf Nahrungsmittelproduktion, -kennzeichnung und -auspreisung ermöglichen; Lobbyarbeit für eine evidenzbasierte Zuweisung nationaler Ressourcen, um wirksame, gesundheitsfördernde Interventionen zu unterstützen; die Arbeit mit Schulen und Arbeitsstätten, um gesunde Umgebungen und Praktiken zu fördern; und die Nutzung von Chancen, um Patienten und Familien zu informieren und zu schulen.

Im Gegensatz zu einigen anderen Themen und Aktivitäten, die zur Würdigung des Internationalen Tages der Pflegenden empfohlen wurden, fordert dieser Aufruf zum Handeln die Aufmerksamkeit und Reaktion jeder einzelnen Pflegekraft überall auf der Welt und unabhängig von ihrer Spezialisierung, von Ort und Art ihrer Berufsausübung. Wenn jede der 13 Millionen Pflegekräfte einen persönlichen Beitrag zu gesunder Ernährung, ausreichender Bewegung, vernünftigem Alkoholkonsum und dem Verzicht auf Tabak leisten würde, könnte das ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden deutlich verbessern und das Risiko einer chronischen Erkrankung verringern. Wenn alle diese Pflegekräfte als Vorbilder erzieherisch und beratend in ihren Familien, Freundeskreisen, am Arbeitsplatz und im Umfeld zur Förderung einer gesünderen Lebensweise wirken würden, könnten wir gemeinsam dazu beitragen, die Flut der chronischen Krankheiten zu bewältigen. Geschulte und ermächtigte Pflegekräfte und Gemeinschaften können effektiver zu den tiefen, in Gesundheits- und Sozialpolitik notwendigen Veränderungen und zu den strukturellen Veränderungen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene beitragen.

ICN und seine Partner sind der Prävention und einem besseren Management von chronischen Krankheiten verpflichtet und werden sich für die Förderung einer gesünderen Welt einsetzen.

KAPITEL 8

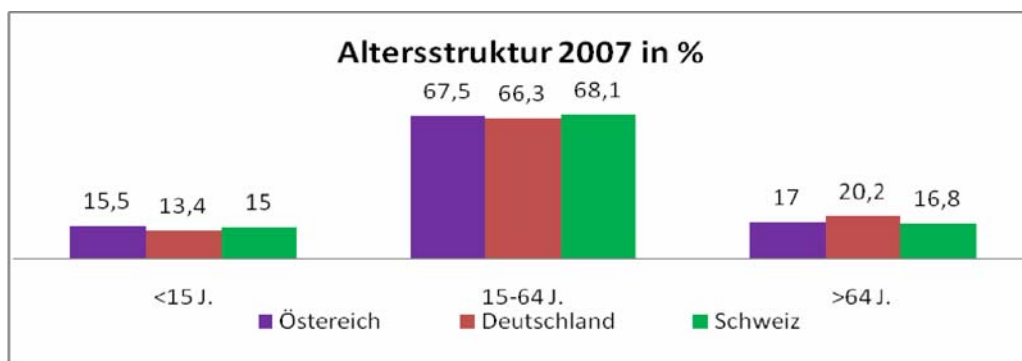
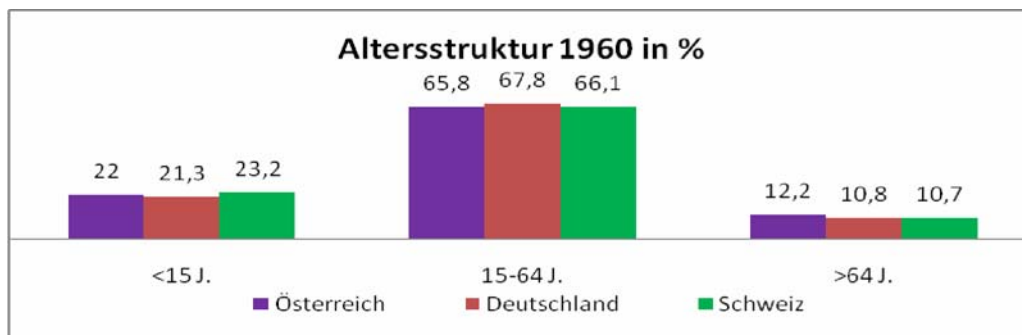
Ergänzung DBfK: Beitrag der Pflegeberufe in der Versorgung von chronisch Erkrankten

Zukünftige Herausforderungen und Aufgabenstellungen

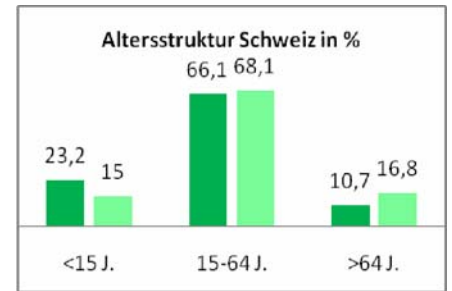
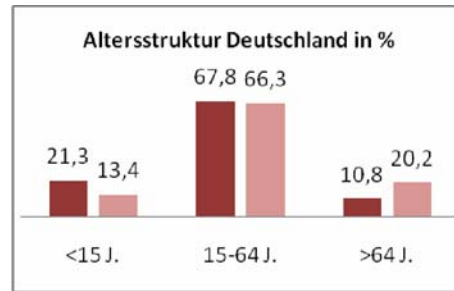
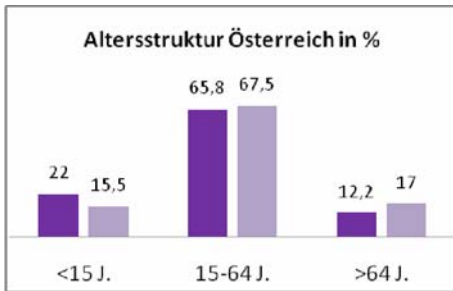
Die Bundestags – Enquete Kommission geht in Ihrem 2002 vorgelegten Bericht zur Globalisierung der Weltwirtschaft von einem dynamischen Wachstum der Weltbevölkerung in einer bisher ungekannten Größenordnung aus. Die Abnahme der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau sowie die Steigerung der Lebenserwartung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts führten nicht nur in den Industrieländern zu einem schnell wachsenden Anteil alter Menschen. Der Anteil der Menschen über 60 Jahre an der Weltbevölkerung ist in den letzten fünfzig Jahren von acht auf zehn Prozent gestiegen, eine historisch einmalige Zunahme. (vgl. u. a. Garrett 2000: 475; vgl. ferner UNAIDS 2001: 13f.)

Mit einem Anstieg der über 60-Jährigen auf 21 Prozent der wachsenden Weltbevölkerung wird in den nächsten fünfzig Jahren gerechnet. Das bedeutet, dass die Zuwachsrate der älteren Bevölkerung doppelt so hoch wie diejenige der Gesamtbevölkerung liegen wird. Die Zahl der gegenwärtig etwa 600 Millionen alten Menschen wird dementsprechend auf etwas mehr als das Dreifache steigen. (vgl. Vereinte Nationen, Population Division 2001a, Executive Summary: xxvii)

In Österreich und in der Schweiz ist der Anteil der über 64-Jährigen seit 1960 um etwa die Hälfte gestiegen, in Deutschland dagegen hat sich der Anteil nahezu verdoppelt.



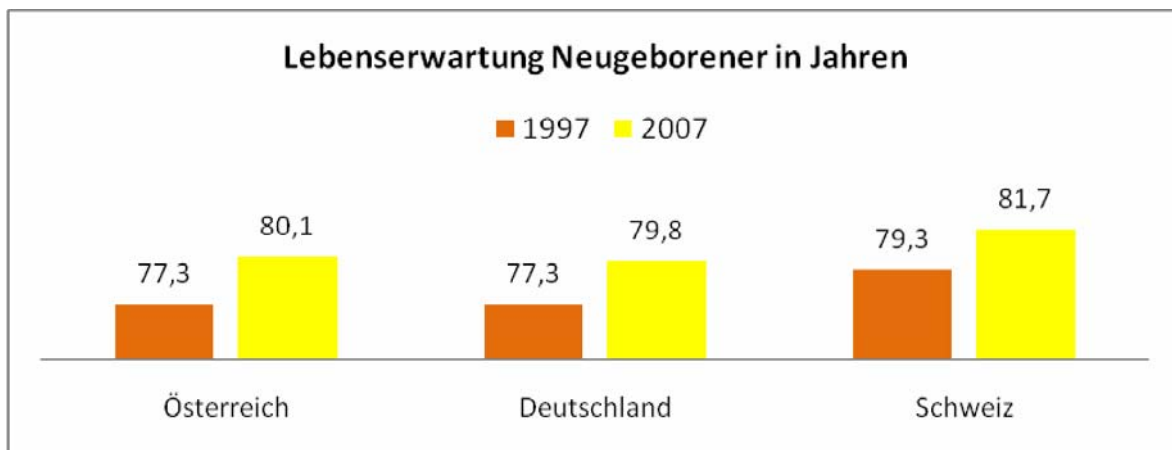
Quelle: Labour Force Statistics: 1987-2007. OECD, Paris 2008



erster Wert: 1960 / zweiter Wert: 2007

Quelle: Labour Force Statistics: 1987-2007. OECD, Paris 2008

Die gestiegene Lebenserwartung ist ein weiteres Merkmal des demographischen Wandels. In den Jahren von 1997 bis 2007 ist die Lebenserwartung Neugeborener in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland um etwa zwei Jahre gestiegen.



International Migration Outlook: SOPEMI, 2008 Edition, OECD, Paris, 2008.

In der Europäischen Union werden im Jahr 2030 100 Millionen ältere Menschen leben, von denen 20 Millionen 80 Jahre und älter sein werden (vgl. Klose).

Verglichen mit allen Altersgruppen haben alte Menschen den höchsten Bedarf an Gesundheitsleistungen und Gesundheitseinrichtungen (vgl. Hessel et al.) Entsprechend der Berliner Altersstudie liegen bei 88 Prozent der über 70-Jährigen mindestens 5 Krankheiten vor. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass Alter zwangsläufig in die Pflegebedürftigkeit führt.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens griff diese Problematik auf und veröffentlichte im Juni 2009 ein Sondergutachten, das sich mit der „generationsspezifischen Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ auseinandersetzte. Die alternde Gesellschaft führt demnach zu einer erhöhten Anzahl von chronisch Kranken und multimorbiden Menschen verbunden mit der Zunahme an Pflegebedürftigen.

Pflegebedürftigkeit erfordert jedoch eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung, deren Anforderungen die gegenwärtige, vor allem auf den Akutbereich ausgerichtete Versorgung, nicht genügt. Nach dem Gutachten des Sachverständigenrates nehmen daher Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein. Es besteht die Annahme, dass auch im Alter Potenziale zur Einflussnahme auf Gesundheit und Krankheit vorhan-

den sind. Die Prävention von Pflegebedürftigkeit wird daher vom Sachverständigenrat als ein herausgehobenes Gesundheitsziel empfohlen.

Einerseits kann durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung Pflegebedürftigkeit vermieden und verzögert werden, andererseits können bereits bestehende Gesundheits- und Funktionsbeeinträchtigungen durch präventive Maßnahmen begrenzt werden. Prävention und Gesundheitsförderung zielen somit auf den größtmöglichen Erhalt von Selbstständigkeit und Lebensqualität.

Nach dem Sachverständigenrat ist die Prävention zwar im Pflegeversicherungsgesetz festgeschrieben, aber nur unzureichend in der pflegerischen Langzeitversorgung umgesetzt. Gründe hierfür sind fehlende Konzepte sowie das bestehende Risiko der Herabsetzung der Pflegestufe verbunden mit finanziellen Einbußen. Hinzu kommt, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff (SGB XI) auf die Kompensation körperlicher Selbstversorgung reduziert ist. Elemente der Prävention und Gesundheitsförderung, wie kommunikative und edukative Maßnahmen, sind nicht berücksichtigt (vgl. Au). Der Sachverständigenrat empfiehlt daher, die Gesundheitsprofessionen und Pflegeberufe weiter zu entwickeln, um das Gesundheits- und Versorgungssystem auf Prävention und Gesundheitsförderung auszurichten.

Dieser Anspruch bedeutet eine berufliche Herausforderung für die Pflegenden im Allgemeinen und für die Pflegenden in der Langzeitversorgung im Besonderen. Es gilt die Ressourcen von Menschen mit chronischen Erkrankungen in Bezug auf gesundheitsfördernde Verhaltenweisen zu erkennen, zu bewerten, zu fördern bzw. zu initiieren. Bestehende Kompetenzen der Pflegenden, deren Anwendung bisher eher defizitär ausgerichtet war, bedürfen daher einer Weiterentwicklung im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung. Der International Council of Nurses (2008) fasste dazu eine Reihe von notwendigen Kompetenzen für Pflegenden zur Prävention in der Langzeitversorgung zusammen. Demnach sind Pflegenden angehalten, den Zugang zu Gesundheitsdiensten und notwendigen Leistungsspektren zu verbessern. Das Recht der Klienten auf Information, Entscheidung und Selbstbestimmung in der Pflege und Gesundheitsversorgung muss von den Pflegenden jederzeit berücksichtigt werden. Ebenso unterstützen die Pflegenden Patienten, die eine Änderung ihrer Lebensweise anstreben. Sie informieren und bieten Hilfe bei der Bewältigung von Änderungen in Bezug auf Gesundheit, Behinderung und Tod an. Weiterhin nehmen die Pflegenden Möglichkeiten wahr, Einzelne, Angehörige oder Gemeinschaften zu lenken bzw. zu schulen, um eine gesunde Lebensweise zu fördern. Zusammen mit anderen Berufsgruppen zielen sie darauf, die Pflege und andere Gesundheitsdienstleistungen weiterzuentwickeln.

Pflegende in der Langzeitversorgung

Pflegende in der Langzeitversorgung arbeiten überwiegend in stationären oder teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie in der ambulanten Pflege. Der größte Anteil der Pflegebedürftigen wird jedoch ausschließlich von den Angehörigen versorgt. Pflegenden in stationären oder teilstationären Einrichtungen zielen mit ihren Pflegehandlungen auf den Erhalt und die Förderung von Selbstständigkeit sowie den Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen der Pflegebedürftigen. Die Tagesgestaltung innerhalb der Einrichtung sowie der Erhalt und die Förderung sozialer Beziehungen sind weitere Kriterien, die für die Qualität der Pflege in der Einrichtung sprechen. Ebenso unterstützen Pflegenden bei besonderen Bedarfslagen und führen Angehörigenarbeit durch. Indikatoren aus diesen Bereichen werden zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege herangezogen (vgl. Wingensfeld & Engels).

Die ambulante Pflege leistet einen professionellen Beitrag, um ein würdevolles Leben im häuslichen Umfeld und der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Pflegebedürftige möchten weitgehend selbst bestimmt in ihrer häuslichen Umgebung bleiben. Die professionelle

Ambulante Pflege koordiniert die an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen. Weiterhin verfügt die Ambulante Pflege über die Kompetenz der Beratung in allen gesundheitsfördernden Bereichen. Das betrifft nicht nur die Beratung von Pflegebedürftigen, sondern ebenso gesunder Menschen mit dem Ziel, die Vitalität und die Selbständigkeit so lange wie möglich zu erhalten. (vgl. DBfK, BAG Ambulante Pflege)

Eine alltagsorientierte Unterstützung von Menschen mit chronischen Erkrankungen in der häuslichen Umgebung bedarf jedoch weiterer Handlungsfelder. Die Situation eines Individuums kann nur im Zusammenhang mit der familiären Situation und vor dem Hintergrund der lokalen Infrastruktur reflektiert werden. Eine familien- und gemeindeorientierte ambulante Pflege bezieht in ihr pflegerisches Handeln die gesamte häusliche Situation ein unter Berücksichtigung der lokalen Rahmenbedingungen und der Infrastruktur. Dabei kann die Familie selbst zur Zielgruppe der Pflegehandlungen werden. Diese Pflegehandlungen können vielfältig gestaltet werden, als Unterstützung häuslicher Pflege- und Versorgungsarrangements, als Informations- und Beratungsgespräch zu gesundheitlichen und pflegerischen Fragen sowie als Übernahme von Case Management. Der Bedarf ist groß. Nach wie vor ist es nicht gelungen, Menschen mit chronischen Erkrankungen eine Unterstützung zukommen zu lassen, die eine weitgehende Selbständigkeit trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen ermöglicht und somit den Umgang mit der eigenen Pflegebedürftigkeit erleichtert.

Die auf familiäre Netzwerke ausgerichteten Versorgungsarrangements setzen gut ausgebildete Pflegefachkräfte voraus, die weit mehr als die individuelle Situation des Pflegebedürftigen berücksichtigen. Die Pflegenden müssen in der Lage sein, Lösungsvorschläge unter Wahrnehmung der häuslichen Pflegesituation sowie der lokalen Versorgungsstruktur zu entwickeln. Sie übernehmen edukative, administrative sowie beratende Aufgaben, die entsprechende Kompetenzen voraussetzen (vgl. Büscher).

Familiengesundheitspflege – ein neues Berufsbild im Rahmen von Advanced Nursing Practice (ANP)

Menschen mit chronischen Erkrankungen benötigen eine optimale Versorgung mit reibungsarmen Übergängen. Um diese zu sichern, muss die derzeitige Aufgabenzuordnung in der Gesundheitsversorgung in Frage gestellt werden. Der Sachverständigenrat weist 2007 in seinem Gutachten darauf hin, dass verstärkt nicht-ärztliche Gesundheitsberufe mit in die Versorgung einzubeziehen sind. Eine Übertragung von Tätigkeiten auf die Pflegenden verbunden mit einer größeren Handlungsautonomie ist unumgänglich. Pflegenden übernehmen demnach die erste Einschätzung des pflegerischen Bedarfs, tragen die Verantwortung für die Durchführung der Pflege und überprüfen die Resultate der pflegerischen Versorgung. Weiterhin sind sie für die Verordnung von Pflegebedarfsartikeln zuständig. Eine in diesem Sinne erweiterte Pflegepraxis (Advanced Nursing practice) wird bereits international, besonders in den angelsächsischen Ländern, Skandinavien und in den Niederlanden praktiziert. Pflege agiert als gleichberechtigter Partner im System.

Vor dem Hintergrund der epidemiologischen und demographischen Entwicklung kann die Einführung einer erweiterten Pflegepraxis für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ein zukunftsweisender Ansatz sein. Fehl- und Unterversorgung im Gesundheitswesen werden behoben. ANP reguliert demnach anstehende Versorgungsengpässe – auch vor dem Hintergrund drohender Versorgungslücken im ländlichen Bereich (vgl. DBfK). Eine verstärkte pflegerische Verantwortung richtet sich jedoch nicht gegen die ärztliche Profession. Die Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und der ärztlichen Berufsgruppe ist zu fördern. Patienten profitieren davon, wenn Arzt und Pflegeexperte sich wie auf einem Tandem in dieselbe Richtung bewegen. Zusätzlich zur ärztlichen Untersuchung erhält der Patient eine Begleitung und Beratung durch einen Pflegeexperten. Diese Tandem – Praxis bietet

sich besonders zur Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen an (vgl. Schnepf & Rieger).

Die Familiengesundheitspflege als ein von der WHO entwickelter Ansatz zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung, bietet in ihrer Weiterbildung Pflegefachkräften und Hebammen die Möglichkeit, sich auf die vielfältigen Aufgaben innerhalb des familiären Settings vorzubereiten. Die Familiengesundheitspflege verfolgt das Ziel, bestehende Lücken innerhalb der Gesundheitsversorgung zu schließen und zukünftigen Herausforderungen in diesem Bereich gerecht zu werden. Dies geschieht durch die Etablierung familien- und gesundheitsorientierter Dienstleistungsangebote. Familiengesundheitspflegende/hebammen sind befähigt, frühzeitig aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme zu erkennen, gesundheitliche Prioritäten mit den Klienten abzustimmen und deren Entscheidungen zu unterstützen sowie gegebenenfalls Experten hinzuzuziehen. Weiterhin sind sie in der Beratung und Begleitung tätig, die im Kontext sozialer Gesundheitsfaktoren wie Pflegebedürftigkeit, Schwangerschaft, Gewalt, Armut und Gesundheit, Migration und Gesundheit u.a. geführt werden. Familiengesundheitspflegende/hebammen übernehmen Aufgaben im Sinne von Case Management, halten Kontakte zu anderen Gesundheits- und Sozialberufen und führen die Pflege und Versorgung im Anschluss an Krankenhausbehandlungen durch (vgl. www.familiengesundheitspflege.de). Für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist die Familiengesundheitspflege demzufolge ein Potenzial, welches im Kontext der Gesundheitsförderung und Prävention steht.

Das Kompetenzzentrum Familiengesundheitspflege des DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.) setzt sich für die Etablierung der Familiengesundheitspflege im deutschen Gesundheitswesen ein. Das Projekt wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Literatur:

- Au, Cornelia** (2010): Pflegebedürftigkeit im demographischen Wandel: Prävention und Gesundheitsförderung, In: Informationsdienst Altersfragen 37 (1),
- Büscher, A.:** Familien und gemeindeorientierte ambulante Pflege, In: Die Schwester Der Pfleger 10/2009
- Bundestags – Enquete Kommission** (2002): Globalisierung der Weltwirtschaft, Herausforderungen und Antworten, Schlussbericht, Drucksache 14/9200
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.** (2007): Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.** (2009): www.familiengesundheitspflege.de
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.** (2010): Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Ambulante Pflege, DBfK Bundesverband e.V.
- Hessel, A./Gunzelmann, T./Geyer, M./Brähler, E.** (2000): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland – gesundheitliche, sozialstrukturelle, sozialdemographische und subjektive Faktoren, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 33 Heft 4
- Klose, H.-U-** (1996) : Revolution auf leisen Sohlen – Politische Schlussfolgerungen aus dem demographischen Wandel. In: Forum Demographie und Politik, Special, Bonn
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens
Sondergutachten 2009
- Sachverständigenrat** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Kooperation und Verantwortung, Voraussetzung für eine zielorientierte Gesundheitsversorgung, Gutachten 2007
- Schnepf, W./Rieger, A.** (2007): Forschungsprojekt „Tandem-Praxis“, Universität Witten Herdecke
- Wingenfeld, K./Engels, D.** (2010): Perspektiven der Beurteilung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen



Position Statement

Die Rolle der Pflege in der Krebsprävention

ICN Position:

Während die Unterstützung bei der Krebsprävention eine wichtige Aufgabe vieler medizinischer Fachkräfte und Verbrauchergruppen darstellt, sind Pflegefachkräfte in einer Schlüsselposition, die Volksgesundheit direkt zu beeinflussen. Infolgedessen befürwortet der International Council of Nurses (ICN) dringend, dass Pflegekräfte

- an der Primärprävention von Krebs dadurch mitwirken, dass sie Menschen bei der Umstellung auf eine gesunde Lebensweise unterstützen;
- Sekundärprävention und Früherkennung betreiben, indem sie über die Bedeutung von Vorsorgeprogrammen und –einrichtungen informieren, Hochrisikopersonen oder -familien ermutigen, an diesen Programmen teilzunehmen, und mitwirken an Screening-Aktivitäten, vor allem im Bereich der gesundheitlichen Grundversorgung.

Nationale Pflegeverbände müssen dabei eine wichtige Rolle spielen. Der ICN fordert sie auf

- sich für Pflegeforschung einzusetzen, die auf potentielle Verbesserung der Methoden und Strategien von Krebsverhütung und Früherkennung und die Rolle der Pflege dabei abzielt;
- das Einbeziehen von neuen Erkenntnissen und neuer Technologie über Krebsverhütung und Früherkennung in die pflegerische Grundausbildung und Weiterbildung zu fördern;
- ein stärkeres öffentliches Bewusstsein sowie Regierungs- und andere Initiativen zur Verhütung und Früherkennung zu unterstützen und aktiv zu begleiten;
- die Teilnahme der nationalen Krebspflegeorganisation an internationalen Austauschaktivitäten über Krebsverhütung und Früherkennung zu fördern;
- sich dafür einzusetzen, dass die Impfung gegen Human-Papillomaviren (HPV) in nationale Impfprogramme integriert wird;
- mit anderen Gesundheitsberufen und Regierungsbehörden zusammen zu arbeiten, damit ein vollständiges Verbot von Tabakgebrauch und Rauchen an öffentlichen Orten umgesetzt wird;
- die Mitbeteiligung von Pflegekräften bei Krebsverhütungsmaßnahmen und –strategien, einschließlich der Teilnahme an nationalen und internationalen Aktivitäten zu fördern;
- ihren Einfluss für Veränderungen in der Umweltgesundheitspolitik wie rauchfreie öffentliche Plätze und gesundheitsfördernde öffentliche Ordnung, die die allgemeinen sozialen Determinanten der Gesundheit betreffen, geltend zu machen.

Hintergrund

Krebs ist die Haupttodesursache in vielen Ländern. Man geht allerdings heute davon aus, dass 85 Prozent aller Krebserkrankungen möglicherweise vermeidbar sind. Obwohl das Wissen über die tatsächlichen Ursachen von Krebs immer noch begrenzt ist, hat die Forschung die beiden wichtigsten Risikofaktoren aufgezeigt – Zigarettenrauch und Ernährungsweise.

Mehr als 30 Prozent der Krebs-Todesfälle sind auf Rauchen zurückzuführen und annähernd 35 Prozent können in Verbindung mit ungesunden Ernährungsgewohnheiten, Alkoholmissbrauch und körperlicher Untätigkeit stehen.

Deswegen bedeutet Krebsprävention, Veränderungen des Lebensstils und –verhaltens anzuregen, z.B. Einstellen des Rauchens, geringeren Alkoholkonsum, Änderung der Ernährungsgewohnheiten, mehr körperliche Aktivitäten und Vermeidung von Umweltgefahren wie Passivrauchen, Sonne und Asbest. Weiterhin erscheint die Möglichkeit, das Krebsvorkommen und die Sterblichkeit durch Früherkennungsmaßnahmen zu reduzieren, sehr vielversprechend.

Ungefähr 99 Prozent der Gebärmutterhals-Krebserkrankungen werden mit HPV Infektionen¹ in Verbindung gebracht und es besteht Konsens über die Sicherheit des HPV Impfstoffes in Bezug auf Verhütung und Kontrolle von Gebärmutterhalskrebs.²

Neue Studien bestätigen auch, dass die Anwendung des PAP-Tests und flüssigkeitsbasierter Zytologie zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs das Risiko der Sterblichkeit bei invasivem Gebärmutterhalskrebs sehr reduziert. Andere Verfahren der Krebsfrüherkennung wie Selbstuntersuchung der Brust, Tests auf occultes Blut im Stuhl, Enddarmspiegelung und Mund-, Haut- und digitale Darmuntersuchung können ebenfalls zur Reduzierung von Krebserkrankungen und –todesfällen beitragen.

Tabakgenuss und andere Krebs-Risikofaktoren stehen in Zusammenhang mit weiteren gesellschaftlichen Determinanten der Gesundheit, die Auswirkungen auf die Lebensgewohnheiten des Einzelnen und der Familie haben.

Information und Aufklärung über Krebs-Risikofaktoren sollte über die individuellen Lebensgewohnheiten hinausgehen und die gesellschaftlichen Determinanten von Gesundheit und gesundheitsfördernder öffentlicher Ordnung ansprechen, dies schließt ein vollständiges Rauchverbot an öffentlichen Orten ein.

Verabschiedet in 1989
Überarbeitet und bestätigt in 2008

International Council of Nurses
3 Place Jean Marteau
1201 Genf
Schweiz
Email: icn@icn.ch
www.icn.ch

Der International Council of Nurses (ICN) als Weltverband der beruflich Pflegenden ist eine Vereinigung nationaler Pflege-Berufsverbände und vertritt Pflegekräfte in mehr als 128 Staaten. Geführt von Pflegekräften arbeitet ICN mit dem Ziel, hohe Qualität pflegerischer Versorgung für alle, gute Gesundheitspolitik weltweit, globale Präsenz einer anerkannten Pflegeprofession und kompetente und zufriedene Arbeitskräfte im Pflegeberuf zu gewährleisten.



Übersetzung: Petra Vogt;
Redaktionelle Bearbeitung: Johanna Knüppel; DBfK Bundesverband e.V.

¹ Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2005. New WHO initiative to speed development and introduction of vaccines to protect against cervical cancer. www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html

² Global Advisory Committee on Vaccine Safety (2007). In Weekly Epidemiological Record, No. 28/29, 20 July 2007, Seite 139 f.



Durch Umwelt und Lebensweise bedingte Gesundheitsschäden reduzieren

ICN Position:

Position Statement

Pflegefachkräfte und nationale Pflegeberufsverbände sollten eine strategische Rolle spielen, wenn es darum geht, durch Umwelt und Lebensweise bedingte Gesundheitsschäden zu reduzieren.

Nationale Pflegeberufsverbände können dazu beitragen, gesundheitliche Schäden von Individuen und in der Gesellschaft zu verringern,

- indem sie für eine positive Lebensweise werben, einschließlich Ausgleichssport, Stress-Management, Unfallverhütung, Gewichtskontrolle und Ernährungsberatung, die den sozioökonomischen Status, das Geschlecht und den kulturellen Hintergrund berücksichtigt.
- durch Meinungsbildung und Verbreitung einer Position des Berufsverbands bezogen auf die wichtigsten nationalen umwelt- und Lifestylebedingten Gesundheitsrisiken.
- durch Zusammenarbeit mit politisch Verantwortlichen, Verbänden und Gruppen, um Maßnahmen zu ergreifen, die gesunde Lebens- und Arbeitsumgebungen schaffen und bewahren können. Dies betrifft Fluoridierung des Wassers, Kontrolle von Lebensmittelzusätzen, Maßnahmen gegen Ressourcenverschwendung und den Katastrophenschutz.
- durch Unterstützen der Regierung bei der Verhütung und Kontrolle spezifischer Gesundheitsschäden einschließlich internationaler Kooperation in Bezug auf gemeinsame Probleme (z.B. Fehlernährung, Drogenhandel, Umweltschutz, sexuell übertragbare Infektionen, Medikamentenfälschungen usw.)
- Einführen und mitwirken bei
 - o Gremien, die Schutz vor Gesundheitsgefährdung entwickeln, koordinieren, evaluieren und kontrollieren.
 - o Internationalen/nationalen/lokalen Katastrophenplänen
 - o Forschung in Bezug auf: Ausmaß, Konsequenzen und erforderliche Interventionen bei schweren umwelt- und berufsbedingten Gesundheitsschäden; Wohlbefinden und Übungen und Methoden, die Menschen befähigen, Gesundheitsschäden zu verringern und gesund zu bleiben; Frühwarnsysteme; Verbessern von Lebens- und Arbeitsbedingungen; Überwachen von umweltgefährdenden Faktoren; Messung des pflegerischen Beitrags zur Verbesserung von Umweltschäden.
- indem sie sicherstellen, dass Pflegekräfte über die erforderlichen Informationen, Ausbildung, Zuständigkeit und Ressourcen verfügen, damit sie ihre Aufgaben in gefährdungsbezogener Gesundheitsförderung und –beratung nachhaltig erfüllen können.
- durch Zusammenarbeit mit den Leitern von Gesundheitseinrichtungen in Bezug auf sicheren Umgang mit medizinischen Abfällen und Vermeidung von Umweltschäden.

ICN schließt sich der World Deklaration für das Überleben, den Schutz und die Förderung von Kindern und dem Aktionsplan³ an, dringend eine gesunde Umgebung für Kinder zu schaffen und zu bewahren.

³ United Nations, *World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementations of the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990's*, United Nations, New York, 1001.

Hintergrund

Durch Lebensweise und Umgebung bedingte Gesundheitsprobleme sind zunehmend Ursachen von Krankheit, Sterblichkeit, steigenden Kosten der Gesundheitssysteme und Rückgang von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Eine besondere Rolle spielen dabei

- Risiken durch ungesunde Lebensweise wie Tabak-, Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- Hohe persönliche Einbußen und gesellschaftliche Kosten bedingt durch Krebserkrankungen, Gewalt, Verkehrsunfälle usw. Darüber hinaus sind kardiovaskuläre und psychische Erkrankungen weltweit ein Problem genauso wie die dramatische Zunahme sexuell übertragener Krankheiten.
- Lebensmittelzusatzstoffe und Chemikalien, die in der Lebensmittelproduktion zum Einsatz kommen, zeigen steigende Auswirkungen auf die Ernährung.
- In vielen Industrieländern leiden die Menschen an Übergewicht und Ernährungsstörungen wie Magersucht oder Bulimie, während global gesehen viele Menschen chronisch unterernährt sind.

Umgebungsfaktoren wie z.B. Stress sind wesentliche Krankheitsursachen. Verschmutzung (Wasser, Luft, Boden) trägt zur Verbreitung von akuten und chronischen Erkrankungen bei.

Ob durch eigenes Verschulden oder durch die Umgebung verursacht, diese Gefährdungen erfordern Beachtung. Pflegende setzen sich zunehmend für Strategien und Programme ein, die ein gesundes Zuhause, gesundheitsfördernde Schulen, Arbeitsplätze, Kommunen usw. zum Ziel haben. Arbeitsumgebungen, die Stress vermindern und den Menschen ermöglichen, ihre volle Leistungsfähigkeit zu erbringen, müssen unterstützt, geschaffen und erforscht werden.

Pflegende sind wichtige Fürsprecher für Unfall- und Krankheitsverhütung, am Arbeitsplatz und im Privatleben. Die meisten Unfälle lassen sich verhindern, aber mehr Aufklärung ist dazu nötig.

Verabschiedet in 2007

International Council of Nurses

3 Place Jean Marteau
1201 Genf
Schweiz
Email: icn@icn.ch
www.icn.ch

Der International Council of Nurses (ICN) als Weltverband der beruflich Pflegenden ist eine Vereinigung nationaler Pflege-Berufsverbände und vertritt Pflegekräfte in mehr als 128 Staaten. Geführt von Pflegekräften arbeitet ICN mit dem Ziel, hohe Qualität pflegerischer Versorgung für alle, gute Gesundheitspolitik weltweit, globale Präsenz einer anerkannten Pflegeprofession und kompetente und zufriedene Arbeitskräfte im Pflegeberuf zu gewährleisten.



Übersetzung und Redaktionelle Bearbeitung: Johanna Knüppel; DBfK Bundesverband e.V.

Literatur:

Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.

BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative.

http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm accessed 6 November 2009.

Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270;

<http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> accessed 6 November 2009.

C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*.

<http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> accessed 6 November 2009.

Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, 2007 March accessed on Medline 3 November 2009.

Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> accessed 6 November 2009.

Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.

International Council of Nurses (2009) *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2007). *International Competencies for Telenursing*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses Innovations Database <http://www.icn.ch/innovations/> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (2001). *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*. <http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (a). *Why you should care..*

<http://www.idf.org/why-you-should-care> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (b) *World Diabetes Day Media Kit*

http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf ,p24.

International Diabetes Federation (c). *Prevention*. <http://www.idf.org/prevention> accessed 6 November 2009.

Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27 accessed 6 November 2009.

Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Accessed on Medline 3 November 2009.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*. <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases> accessed 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health* <http://www.3four50.com/cih/> accessed 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economicperspective.pdf accessed 6 November 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523 accessed 7 September 2009.

PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Bândilă www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. accessed 6 November 2009.

Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. *Practice Nurse* Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286 <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> accessed 6 November 2009.

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. *Journal of Interprofessional Care*, January 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. *Eurohealth* Vol 15 No 1 2009

http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf accessed 6 November 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. Nursing Research. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Accessed on Medline 3 November 2009.

World Health Organization (2009a), Fact Sheet N°312, *Diabetes*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 *Cardiovascular diseases* (CVDs). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 29 7 *Cancer*.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009d). *Respiratory diseases*.
<http://www.who.int/respiratory/en/> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks*. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9, 28 August 2009, WHO, Geneva
www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html
accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008a) 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO
<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008b). Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, WHO
http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf accessed 6 November 2009

World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*. Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.