

Gesundheitsförderung in der Krankenpflege

Wolfgang Fichten

Der Beitrag von Fichten zeigt die entscheidenden Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung auf und führt aus, wie eine Pflegefachkraft im Rahmen kleiner Schritte im Sinne einer Personalentwicklungsmaßnahme die Gedanken und Ideen von Krankenpflege und Gesundheitsförderung weiteretablieren kann. Er macht deutlich, daß Gesundheitsförderung eigentlich schon immer eine „ursprüngliche“ Aufgabe der Pflege war. Dabei orientiert sich Fichten u.a. am Rahmenkonzept der Pflege von Peplau, die den personalen Kontakt als entscheidende Variable in der Interaktion Pflegekraft-Patient einschätzt. Er schließt seine grundsätzlichen Gedanken mit einem Ausblick auf eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen der Gesundheitsförderung.

Übersicht

1. Einleitung
2. Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung
3. Krankenpflege und Gesundheitsförderung
4. Mikropolitik der Gesundheitsförderung – das Konzept der kleinen Schritte
5. Ausblick

1. Einleitung

In den letzten Jahren hat die Zahl der Veröffentlichungen über Gesundheitsförderung rasch zugenommen. Damit sind auch die Grundlagen und Prinzipien von Gesundheitsförderung deutlicher geworden. Zugleich wurde eine Reihe gesundheitsfördernder Programme konzipiert und implementiert. Diesem, aus der Sicht der an Gesundheitsförderung Interessierten, erfreulichen Trend steht freilich eine gegenläufige Entwicklung gegenüber, die mit den durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeleiteten Sparmaßnahmen einhergeht. Es zeichnet sich ab, daß manche der bislang erfolgreich arbeitenden Programme nicht fortgeführt und daß neue Ansätze nicht in Angriff genommen und verwirklicht werden können. Vor diesem Hintergrund gilt es

- zu präzisieren, was unter Gesundheitsförderung im Krankenhaus verstanden werden kann
- auszuloten, welche gesundheitsfördernden Maßnahmen sich angesichts der aktuellen Situation realisieren lassen.

Im Mittelpunkt stehen dabei Möglichkeiten und Rolle des Pflegepersonals. Die darzustellenden Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung im Klinikalltag lassen sich allerdings auch

auf andere im Krankenhaus tätige Berufsgruppen übertragen.

2. Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung

Um die Vielfalt gesundheitsfördernder Ansätze zu ordnen und den Stellenwert der eingehender zu erörternden Strategie zu verdeutlichen, wird folgende Gliederung vorgenommen.

Abb. 1: Reichweite verschiedener Programme und Maßnahmen

Makroebene	Gesundheitsprogramme in Organisationen, Betrieben usw. (Healthy Hospital; Healthy City-Projekte)
Mesoebene	Gesundheitsprogramme im Gruppensetting (Stationsprogramme für Schmerzpatienten, Diabetes-, Polyarthritiden, Asthma-Kranke usw.)
Mikroebene	Gesundheitsförderung in der Face to face-Situation (Interventionen im Rahmen des personalen Kontakts)

Auf der Makroebene werden gesundheitsfördernde Ansätze und Strategien dadurch realisiert, daß gesamte soziale Einheiten, Institutionen und Organisationen im Sinne der Gesundheitsförderung modelliert und umgestaltet werden. Auf der Mesoebene handelt es sich um Programme mittlerer Reichweite (z.B. Stationsprogramme für bestimmte Patientengruppen). Auf

der Mikroebene sind die vielen kleinen, konkreten Schritte und Interventionen angesiedelt, die sich im direkten Schwester/Pfleger-Patient-Kontakt ergeben und sich dort realisieren lassen. Primäre und tertiäre Prävention lassen sich der Makroebene zuordnen, während es auf der Meso- und Mikroebene vornehmlich um sekundäre und tertiäre Prävention geht.

Der Spezifitätsgrad der Maßnahmen und Programme nimmt von der Makro- zur Mikroebene hin zu. Die auf der Makroebene angesiedelten Strategien und Programme sind eher unspezifisch, die der Mikroebene zuzurechnenden gesundheitsfördernden Interventionen sind spezifisch und auf den Einzelfall, auf einzelne PatientInnen abgestimmt. Es wird unterstellt, daß Gesundheitsverhalten auf dieser Ebene am direktesten und nachhaltigsten beeinflusst werden kann.

An den auf den verschiedenen Ebenen angesiedelten Ansätzen und Programmen ist eine unterschiedlich große Zahl von Personen beteiligt. Konzepte und Programme auf der Makro- und Mesoebene sind gruppenzentriert, Ansätze auf der Mikroebene sind eher person- bzw. individuumzentriert. Maßnahmen auf der Makro- und Mesoebene werden meist von mehreren (und zudem verschiedenen Professionen angehörenden) Personen durchgeführt, so daß die Anforderung an Kooperations- und Teamfähigkeit relativ hoch ist und man für eine Konsensbildung zu sorgen hat. Wenn Pflegekräfte beispielsweise im Rahmen eines Healthy Hos-

pital-Projekts mitarbeiten, werden sie ihre Vorstellungen in ein globales Konzept einzubringen und sich mit den Vorstellungen anderer Berufsgruppen auseinanderzusetzen haben. Dies entfällt auf der Mikroebene weitgehend, wo die einzelne Pflegekraft – selbstverständlich in Übereinstimmung mit institutionellen Vorgaben – relativ autonom und selbstverantwortlich gesundheitsfördernde Interventionen in der Face to face-Situation realisieren kann.

Die vorgenommene Strukturierung geht mit der WHO-Konzeption konform, wonach sich folgende Interventionsebenen der Gesundheitsförderung unterscheiden lassen:

- politisch-ökonomische Ebene (z.B. Entwicklung grundlegender Ressourcen wie Arbeit, Einkommen, Wohnung usw.)
- Ebene der gesundheitsförderlichen Infrastruktur (z.B. Organisationsentwicklung von gesundheitsrelevanten Einrichtungen usw.)
- persönliche Ebene (z.B. Unterstützung der Menschen bei gesundheitsförderlichem Handeln, bei der Bewältigung von Krankheiten und psychosozialen Belastungen, bei der Meidung von Gesundheitsrisiken und bei der Nutzung von Gesundheitsressourcen usw.)

Von der WHO ist vorgesehen, daß die auf den einzelnen Ebenen angesiedelten Ansätze und Programme aufeinander zu beziehen sind, so daß sie einander ergänzen. Übernimmt man diese Prämisse, dann geht es nicht darum, Konzeptionen mit unterschiedlicher Reichweite zu gewichten und eine bestimmte Präferenz auszusprechen. Prinzipiell ist auch an der Idee einer interdisziplinären und intersektoriellen Zusammenarbeit von Angehörigen unterschiedlicher Gesundheitsberufe im Kontext gesundheitsfördernder Programme festzuhalten.

Im folgenden sollen allerdings auf der Mikroebene angesiedelte gesundheitsfördernde Handlungsmöglichkeiten und -strategien eingehender dargestellt werden

- weil diesem Bereich angesichts der oben skizzierten aktuellen Situation im Gesundheitswesen eine zunehmende Bedeutung zukommt und er am ehesten ausbau- und entwicklungsfähig erscheint

- und weil sich Erfahrungen aus dem berufsbegleitenden, wissenschaftlichen Weiterbildungskurs „Psychologische Gesundheitsförderung für Krankenpflegepersonal“ hier einbringen lassen.

Der Oldenburger Kurs „Psychologische Gesundheitsförderung“ will den Pflegekräften Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln, die es ihnen ermöglichen, angemessenes gesundheitsbezogenes Verhalten bei sich und bei Patienten aufzubauen (vgl. Fichten 1994; Fichten und Grüter 1996). Es werden u.a. unterschiedliche Sichtweisen von Gesundheit und Krankheit und deren Beeinflussung vorgestellt, die es den KursteilnehmerInnen ermöglichen sollen, sich in diesem komplexen Bereich handlungsleitende Überzeugungen zu erarbeiten.

Der Kurs läßt sich als gezielte Personalentwicklungsmaßnahme charakterisieren (personalzentrierter Ansatz; vgl. Schumacher 1996), die darauf hinausläuft, Kompetenzen für ein gesundheitsförderndes Handeln auf der Mikroebene, im persönlichen Kontakt mit den PatientInnen, zu vermitteln und zu entfalten. Damit wird, unserer Überzeugung nach, eine erfolgversprechende Strategie zur Etablierung gesundheitsfördernden Handelns auf der Ebene des personalen Kontakts („Strategie der kleinen Schritte“) realisiert. Personalentwicklung in Sinne von Professionalisierung, Qualifizierung und Kompetenzerweiterung ist das Schlüsselkonzept für die Implementierung und Gestaltung von Gesundheitsförderung auf der Mikroebene.

Das Innovationspotential des Oldenburger Kurses besteht darin, Interventionsmöglichkeiten und Hilfen für eine Gesundheitsförderung auf der Ebene des unmittelbaren Kontakts zwischen Pflegekraft und Patient aufzuzeigen und bereitzustellen sowie diesen Bereich inhaltlich und konzeptionell auszufüllen. Dabei wird ein Moderatoren-Konzept verfolgt; gesundheitsfördernde Ansätze werden über die durch den Kurs qualifizierten Pflegekräfte, die als Moderatoren und Multiplikatoren fungieren, im Krankenhaus implementiert. Da Organisationsentwicklung auf Personalentwicklung beruht bzw. mit ihr einhergeht, zielt der Kurs, indem hierfür die Voraussetzungen geschaffen

werden, auch auf eine Organisationsentwicklung ab (Umgestaltung von Stationen bzw. Kliniken im Sinne der Gesundheitsförderung). Der Kurs soll

- die psychosoziale Kompetenz des Pflegepersonals erweitern, wodurch eine Intensivierung und Verbesserung der Beziehungen (z.B. zu Patienten) ermöglicht wird. Die Fähigkeit, mit schwierigen Arbeitssituationen und mit als problematisch empfundenem Patientenverhalten angemessen umgehen zu können, erhöht die eigene Berufszufriedenheit. Hierin ist ein Beitrag zur Gesundheitsförderung zu sehen. Das Pflegepersonal ist genauso Adressat von gesundheitsförderlichen Interventionen wie andere Personengruppen; Gesundheitsförderung schließt die Helfer ein.
- zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen. Das beinhaltet förderliche Umgangsweisen mit Patienten und die Kompetenz, Patienten hinsichtlich der Förderung von Gesundheit zu beraten und zu unterstützen.

Es wird von einer Interdependenz der Personal- und Patientenorientierung bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien ausgegangen. *„Wenn das Pflegepersonal (...) die Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten anhalten soll, dann bedingt dies erstens auf eine umfangliche Wissensbasis zurückgreifen zu können, um die Zusammenhänge von determinierenden Verhältnissen und resultierendem Verhalten nachvollziehen und ggf. verändern zu können. Zweitens sind grundsätzliche Möglichkeiten zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen des Personals im Arbeitsfeld und systemische Ansätze zur Bewältigung solcher Bedingungen die Voraussetzung von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Drittens sind Entscheidungs- und Handlungsräume für Pflegekräfte vonnöten, um einerseits gesundheitsbelastende Restriktionen abzubauen und andererseits gesundheitsförderndes Fallverstehen ermöglichen zu können.“* (Weidner 1995: 148).

Krankenpflege und Gesundheitsförderung

Im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung von Patienten stehen Information und Motivierung zu gesund-

heitsprotektiven Maßnahmen sowie die Unterstützung bei deren Einhaltung (vgl. Dlugosch und Schmidt 1992: 167). Zudem geht es darum, den Prozeß der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung zu begleiten und die Anpassung an die mit der Erkrankung gegebenen Umstände zu unterstützen. Entsprechende Interventionen erfolgen auf der Grundlage psychologischen Wissens, weil sich herausgestellt hat, daß psychische Faktoren und Prozesse für das Gesundheitshandeln von Menschen eine besondere Bedeutung haben. Durch die Integration psychologischer Erkenntnisse in die medizinische Versorgung sollen Wirksamkeit der Behandlung und Effizienz der Pflege erhöht werden.

Gesundheitsförderung im Krankenhaus findet eigentlich unter relativ günstigen Rahmenbedingungen statt:

- Eine Erkrankung stellt in den meisten Fällen ein „kritisches“ Lebensereignis dar; Patienten sind daher häufig vermehrt bereit, über ihre bisherige Lebensführung nachzudenken und gegebenenfalls Veränderungen vorzunehmen (Bildung einer Handlungsabsicht). Sie können durch Pflegekräfte darin bestärkt und dabei angeleitet werden.
- Die gegenüber dem ambulanten Bereich (Konsultation eines Arztes in dessen Praxis) größere Dauer des Kontaktes im Krankenhaus begünstigt gesundheitsförderliche Interventionen. Mit der Überreichung etwa eines Merkblattes (z.B. in einer Arztpraxis) ist es meist nicht getan; Patienten haben in der Regel weitere Fragen, sie brauchen Ansprechpartner, mit denen sie einzelne Veränderungsschritte genauer besprechen und planen können. Die Veränderung hin zu gesundheitsbewußtem Verhalten gestaltet sich als ein Prozeß (Einsicht – Absicht – Umsetzung), der begleitet und immer wieder abgestützt und verstärkt werden muß.

Um gesundheitsförderndes Handeln zu orientieren und um klären zu können, wo Ansatzpunkte für Interventionen gegeben sind und wie diese aussehen können, ist es nützlich, eine Vorstellung davon zu haben, welche Ebenen beim Handeln von Personen eine Rolle spielen und wie auf den einzelnen Ebenen Veränderungen

möglich sind. Hier sind zu nennen:

(a) *Lebensentwürfe*: Menschen entwickeln Lebensperspektiven, die als thematische Schwerpunkte und grundlegende Motive über längere Zeiträume wirksam sind. Werte und Normen für die Bereiche Risiko, Selbstkontrolle, Leistungsbereitschaft, Übernahme von Verantwortung sind für gesundheitsbezogenes Handeln von Bedeutung. Die auf dieser Ebene vom einzelnen getroffenen Entscheidungen können positiv als „Kraftquellen“ für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse wirken und negativ als erhöhte Risiken für die Gesundheit in Erscheinung treten. Veränderungen auf dieser Ebene können als „Lebensreform“ aufgefaßt werden.

(b) *Handlungssteuerung*: Alltagsroutinen, Problemlösestrategien für kritische Ereignisse und soziale Kompetenzen gehören hierher. Gesundheitsbezogenes Handeln kann vorhandene Strukturen nutzen. Sind keine Strukturen vorhanden, müssen sie aufgebaut werden. Die Veränderung des Handelns durch Verwendung bereits gekannter Handlungsmuster (wie z.B. Überwachung von Sollwerten, Durchhalten von Handlungsplänen auch gegen Widerstände) ist leichter als der Neuaufbau. Auf dieser Ebene ist durch Training und Gewohnheitsbildung Veränderung möglich.

(c) *Subjektive Theorien*: Personen entwickeln über sich selbst, über ihre Fähigkeiten und Kenntnisse und über alle wichtigen Lebensbereiche Wissenssysteme. Alle Informationen des Alltags werden unter Verwendung dieser Strukturen wahrgenommen, gedeutet und je nach Verträglichkeit eingepaßt oder abgelehnt. Jede Kommunikation, jede Erfahrung hat hier Folgen. Erfolgreiche Kommunikation muß an die vorfindbaren Verarbeitungsmuster anknüpfen, um nicht sofort Ablehnung zu bewirken. Bezogen auf Gesundheit und Krankheit bestehen subjektive Theorien, die den Einsatz von Handlungsmustern zur Förderung von Gesundheit steuern und im Krankheitsfall Bewältigungstechniken bereitstellen. Hier wirken sich Information und Erfahrung verändernd aus.

4. Mikropolitik der Gesundheitsförderung: das Konzept der kleinen Schritte

Wenn man sich das WHO-Konzept ansieht, wird schnell klar, daß eine im Krankenhaus und durch Pflegekräfte praktizierte Förderung der Gesundheit zwar einen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten, aber nicht das gesamte Konzept ausfüllen kann. Die in alltägliches Pflegehandeln inkorporierten Möglichkeiten und Momente der Gesundheitsförderung stellen allerdings ein wesentliches Moment der Gesundheitsförderung dar. Außerdem ist zu bedenken, daß die meisten Pflegekräfte derzeit (noch) nicht in einem Kontext arbeiten, in dem Gesundheitsförderung als „institutionalisiertes Programm“ verankert ist. Es stellt sich also die Frage, was die einzelne Pflegekraft im Umgang mit Patienten ganz praktisch und konkret für die Förderung von Gesundheit tun kann.

Um Ansatzpunkte zu finden, ist es günstig, sich einmal die Situation aus Patientensicht anzusehen: Mit der Einweisung ins Krankenhaus verliert ein Mensch teilweise die Möglichkeit, Einfluß auf seinen Gesundheitszustand und den Gesundungsprozeß zu nehmen. Mit der Übernahme der Krankenrolle sind der Verlust, selbstverantwortlich zu handeln, sowie die Furcht vor der weiteren Entwicklung (Ungewißheit über den weiteren Krankheitsverlauf, über Gesundungsaussichten und über die Zeit nach dem Klinikaufenthalt) verbunden. Wenn bei Behandlung und Pflege der erkrankte Mensch nicht als Person wahrgenommen wird (Entpersonalisierung), wenn die individuell sehr verschiedene Lage der Patienten unberücksichtigt bleibt und ihre Wünsche und Bedürfnisse zu kurz kommen, hat dies auf Patientenseite negative verhaltensmäßige (z.B. geringe Kommunikationsbereitschaft, unzureichende Befolgung von Behandlungsmaßnahmen), gedankliche (Mißtrauen, Hilflosigkeit) und gefühlsmäßige (Ärger, Angst, Depression) Folgen.

Charakteristisch für Gesundheitsförderung ist eine bestimmte Haltung und Einstellung gegenüber Personen. Man kann sie folgendermaßen umreißen: Behle nicht, sondern fördere den

Weg zu Selbstbestimmung und Selbstverantwortung! Zwar verfügen die Helfer in der Regel über ein differenziertes und breiteres Wissen als die KlientInnen. Aber im Rahmen einer Förderung (= behutsame Entfaltung) vorhandener Kompetenzen bekommt die Experten-Rolle einen anderen Akzent. Zwischen Pflegekräften und Patienten besteht eine Art Weg-Gemeinschaft. Dies läßt sich so umreißen: nicht Arbeit (Verrichtungen, Dienstleistungen) am Patienten, sondern Arbeit *mit* dem Patienten.

Partnerschaft beruht auf Beziehung und Vertrauen. Das kann im Arbeitsalltag aufgrund bestehender Umstände und Gegebenheiten (Personalmangel, Hetze, Zeitdruck usw.) nicht immer in vollem Maße erreicht und realisiert werden. Aber es ist wichtig, eine solche Idee von Partnerschaftlichkeit vor Augen zu haben, weil Handeln Ziele braucht.

Viele kleine und in den Arbeitsalltag integrierbare Schritte tragen zur Umsetzung der genannten Vorstellungen bei. Beispielsweise:

- sich Zeit nehmen für ein Gespräch
- aktiv zuhören
- Bedürfnisse und Wünsche erkunden
- Orientierungshilfen geben
- Ziele und Vorstellungen klären
- auf Eingriffe vorbereiten
- Angehörige einbeziehen.

Folgende Beispiele mögen die bestehenden Möglichkeiten illustrieren: Wird ein Anus Präter-Patient aus der Klinik nach Hause entlassen, ist es angebracht, ihn auf die bevorstehende Situation vorzubereiten, seine Fragen und Probleme zu besprechen und ihm bei der Bewältigung der physischen, psychischen und sozialen Folgen des Eingriffs behilflich zu sein. Diesbezügliche Interventionen dienen insofern der Gesundheitsförderung, als sie die Fähigkeit des Patienten zur Bewältigung einer veränderten Lebenssituation entfalten helfen. Dialyse-Patienten werden über einzuhaltende Diätvorschriften informiert oder auf die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse (CAPD) eingestellt. Wenn durch entsprechende Maßnahmen (Erklärung der technischen Abläufe, Hinweise auf „kritische“ Momente und deren Bewältigung) die Angst vor der dem „Anlegen“ an das

Dialysegerät vorangehenden Punktion abgebaut wird, ist darin ein gesundheitsförderndes Moment zu sehen.

4.1 Die theoretische Grundlage

Gesundheitsförderung muß mit der Pfl egetätigkeit vereinbar sein. Gesundheitsförderung wird in diesem Zusammenhang als integraler Bestandteil beruflichen Handelns begriffen. Bislang hat man sich mehr auf die Ausarbeitung umfassender gesundheitsfördernder Maßnahmen und Programme, die auf der Makro- und Mesoebene angesiedelt sind, konzentriert. Hierfür liegen detaillierte Konzeptionen und theoretische Fundierungen vor. Der Gesundheitsförderung auf der Mikroebene ist dagegen relativ wenig Beachtung geschenkt worden. Für eine Gesundheitsförderung im direkten Kontakt mit Patienten gibt es kein in sich schlüssiges und theoretisch abgesichertes Konzept. Gesundheitsförderung wird zwar häufig als Teilaufgabe der Pflege ausgewiesen, die pauschale Nennung wird aber meist nicht weiter konkretisiert und präzisiert. Bevor im folgenden eine Konkretisierung vorgenommen wird (4.2), sollen einige Hinweise zur Verankerung von Gesundheitsförderung in Pflegeauftrag und -theorie gegeben werden. Dieser Punkt kann hier allerdings nicht systematisch abgehandelt werden.

(a) Gesundheitsförderung ist immer schon eine „ursprüngliche“ Aufgabe der Pflege. Hierzu gehören das Erfassen der Situation und des Verhaltens von Patienten (Pflegediagnose, Pflegeprozeß usw.) sowie Krisenbegleitung, Schmerzbewältigung, Vorbereitung auf Eingriffe, Hilfen bei der Anpassung an und Bewältigung von Erkrankungen usw.

(b) Die Eigenständigkeit der Pflege wird zunehmend anerkannt. Damit geht ein Professionalisierungsprozeß einher (vgl. Weidner 1995). Professionalität beinhaltet

- eine Wissensbasis
- kompetentes Handeln auf der Grundlage des Wissens
- Eigenständigkeit beim Handeln.

Auch wenn das Pflegepersonal es mit immer „aufgeklärteren“ Patienten zu tun hat, hat es aufgrund seiner Pro-

fession einen Wissensvorsprung, der kompetentes Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung ermöglicht und der bei der Anleitung von Patienten zu gesundheitsbewußtem Verhalten eingesetzt werden kann.

(c) Der Auftrag zur Gesundheitsförderung ist im Pflegegesetz und in der Ausbildung verankert (Weidner 1995: 127 ff.). Damit wird explizit ausgewiesen, daß es sich um eine „urpflegerische“ Aufgabe handelt. Die Ausbildung „soll Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln“ (Krankenpflegegesetz von 1985 bzw. 1993). Dazu gehören

- die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten
- die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen, sowie die Weitergabe dieser Beobachtungen an die an der Diagnostik, Therapie und Pflege Beteiligten (Radtke-Limberg 1997).

(d) Stichworte wie patientenzentrierte oder patientenorientierte Pflege signalisieren ein Pflegeverständnis, das mit den skizzierten Leitideen der Gesundheitsförderung übereinstimmt (z.B. das Konzept der multidimensionalen Patientenorientierung von Karin Wittneben; vgl. Obex 1995). Das Modell von Krohwinkel (1992) zeigt die Bandbreite pflegerischer Aufgaben und Verantwortungsbereiche und weist auf gesundheitsfördernde Ansätze im Pflegebereich hin. Die Autorin geht – ähnlich wie andere Pflege theoretikerinnen – von Aktivitäten (und existentiellen Lebenserfahrungen) aus (vgl. das Lebensaktivitäten-Modell von Roper), auf die im Pflegeprozeß Bezug genommen wird. Daraus leiten sich Handlungsweisen ab (Patienten unterstützen, anleiten, ermutigen usw.), die der Gesundheitsförderung zuzurechnen sind. Außerdem geht es um eine Aktivierung der Ressourcen des Patienten. Die gesunden Anteile eines Patienten sollen als Ressource zur Wiederherstellung seiner Gesundheit genutzt werden und somit im Pflegeprozeß zum Tragen kommen.

(e) Von Peplau (1995) stammt eine Pflege theorie, bei der die Schwester/

Pfleger-Patient-Beziehung im Mittelpunkt steht. Diese Theorie wird hier deswegen ausführlicher referiert, weil damit ein wichtiger Baustein für eine der „drei Säulen“ der Gesundheitsförderung auf der Ebene des personalen Kontakts (Mikroebene) vorliegt. Pflege stellt nach Peplau eine Beziehung zwischen einer Person, die Hilfe braucht, und einer anderen Person dar, die dafür ausgebildet ist, zu erkennen, welche Hilfe notwendig und angemessen ist, und die dazu in der Lage ist, diese Hilfe auszuführen und in die Wege zu leiten. Die Autorin sieht die Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten als einen auf „persönliches Wachstum“ angelegten Lernprozeß an, in dessen Rahmen sich die jeweilige Beziehung ausformt und gestaltet. Dabei stehen zunächst professionelle Aspekte im Vordergrund. Beide Seiten bringen aber auch ihre Auffassungen, Ideen und Erfahrungen in die Interaktion ein. Darauf aufbauend kann es schrittweise zu einer Verständigung über die gegenwärtige Situation kommen. Die Entwicklung der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient teilt Peplau (1995: 41 ff.) in folgende Phasen ein:

- *Phase der Orientierung:* Der Patient sucht eine Orientierung hinsichtlich seiner Erkrankung, deren Genese und der einzuleitenden Behandlung. Er sollte über das Angebot, das die Institution und die Station ihm machen, informiert werden. Er braucht Orientierung im Hinblick auf die Unterstützung, die das Pflegepersonal geben kann, sowie bezüglich seiner persönlichen Fähigkeiten und Möglichkeiten, die bei der Einlieferung in die Klinik oft als krisenhaft bedroht erlebt werden. Und er braucht Hinweise, was er selbst zur Genesung beitragen kann. – Pflegekräfte sind an der Suche des Patienten nach Orientierung beteiligt. Von ihren Hilfen und Interventionen hängt es ab, ob und wie sich der Patient in den stationären Rahmen einfindet und seine persönlichen Kräfte und Ressourcen für die Gesundung aktivieren kann.
- *Phase der Identifikation:* Der Patient hat sich mit dem Setting vertraut gemacht und auf das Empfangen von Hilfe eingestellt. In dieser Phase lassen sich drei Verhaltensweisen beobachten:

1. Der Patient akzeptiert die wechselseitige Beziehung.
2. Der Patient akzentuiert die eigene Unabhängigkeit.
3. Der Patient identifiziert sich mit der Pflegekraft und übernimmt keine Verantwortung für die Gesundung, verhält sich passiv und läßt sich versorgen.

Die Pflegekraft hat in dieser Phase eine führende Funktion in dem Sinne, den Patienten dazu anzuleiten, eigene Fähigkeiten zu entdecken, zu entwickeln und zu aktivieren, die ihm eine Beteiligung an Behandlung und Gesundung ermöglichen. Phase der Nutzung: Ist eine tragfähige Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient entstanden, kann der Patient das bestehende Angebot in befriedigender Weise unter Einbeziehung und Berücksichtigung seiner Wünsche und Erwartungen nutzen.

- *Phase der Ablösung:* Der Pflegeprozeß mündet in die Entlassung des genesenen Patienten. Ablösung kann begriffen werden als eine „Befreiung“ aus der Obhut der Pflegenden, als eine Auflösung der Patient-Pflegekraft-Beziehung zugunsten eines sozialen Lebens nach Wahl des Patienten.

4.2 Der personale Kontakt

Das Pflegepersonal hat von allen im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen den häufigsten und zeitlich umfangreichsten Kontakt zu Patienten. Dies ist eine günstige Voraussetzung für gesundheitsförderliche Interventionen. Im personalen Kontakt mit Patienten geht es um *Interaktion – Kommunikation – Beziehung*. Dies sind meiner Ansicht nach die „drei Säulen“ einer Gesundheitsförderung auf der personalen Ebene.

(1) *Interaktion:* Hier sind zum einen alle auf Patienten bezogene Handlungen seitens des Pflegepersonals gemeint. Des weiteren geht es um eine bestimmte Haltung, die hinter den Handlungen steht (Partnerschaftlichkeit, Respekt, Ernstnehmen von Wünschen und Bedürfnissen, Förderung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung usw.). Probleme können auftreten, wenn Patienten aufgrund der Erkrankung nicht mehr oder kaum noch

in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu artikulieren, Anliegen selbst zu vertreten oder selbst etwas für sich zu tun. Aber gerade in diesem Fall ist ein achtsamer, die Würde des einzelnen respektierender Umgang geboten. Dabei spielen auch ethische Fragen eine Rolle (Stichwort: humanes Sterben).

In diesem Zusammenhang ist es angebracht, den Unterschied von Helfen und Heilen anzusprechen. Helfen ist der umfassendere Auftrag, der auch dann noch gilt, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. *„Therapie ist nicht in allen Fällen die Kunst, eine Krankheit zu heilen, sondern die Kunst, sie angemessen zu behandeln und den Kranken zu begleiten (...) Eine Behandlung ist dann angemessen, wenn sie unterscheiden kann zwischen dem nur bei heilbaren Leiden sinnvollen Versuch der Heilung und der (bei nicht heilbaren Erkrankungen) Linderung des Leidens“* (Verres 1994: 139).

Im Spannungsfeld von Helfen und Heilen bestehen Herausforderungen und Belastungen für das Pflegepersonal. Gesundheitsförderlich ist die Interaktion mit Patienten, wenn die Helfer bei ihrem Handeln die Lebensqualität des Patienten im Auge haben. Um Lebensqualität erhöhen oder zumindest erhalten zu können, muß man allerdings erkundet haben, was für den jeweiligen Patienten Lebensqualität ausmacht und bedeutet (vgl. Fichten und Gottwald 1994).

Bei Patienten mit einer chronischen Erkrankung und bei Patienten, die intensiv versorgt werden müssen (Intensivpflegestation), besteht die Gefahr, Aspekte und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung außeracht zu lassen. In dem einen Fall fragt man sich vielleicht, welchen Sinn Gesundheitsförderung haben soll, wenn doch keine Aussicht auf Besserung besteht, im anderen Fall stehen die notwendigen Behandlungsmaßnahmen sehr stark im Vordergrund.

Mit einer chronischen Erkrankung gehen psychische Belastungen einher, die viele Lebensbereiche des Patienten und auch sein soziales Umfeld betreffen und deren Bewältigung eine große Herausforderung darstellt.

- (a) Auf Patientenseite:
 - Irreversibilität und Progredienz der Erkrankung

- Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
- verminderte körperliche (und oft auch psychische) Leistungsfähigkeit
- Bedrohung körperlicher Integrität (z.B. durch operative Eingriffe)
- Abhängigkeit von medizinischen Experten und Technik
- Beeinträchtigung von zwischenmenschlichen Bindungen (durch zeitweise Hospitalisierung)
- Begrenztheit der Zukunftsperspektive (durch unvorhersehbaren Verlauf und latente Todesdrohung)
- vielfältige Verluste im sozialen und persönlichen Bereich (z.B. Einbußen im Berufsleben, verminderte Sozialkontakte).

(b) Auf Seiten der Angehörigen:

- räumliche, zeitliche und psychische Abhängigkeit vom Patienten und der medizinischen Behandlung
- Angst und Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft (Angst vor unvorhersehbaren Komplikationen und eventuell Tod des Patienten)
- Veränderungen sozialer Gegebenheiten (z.B. Einkommensverlust oder Umzug)
- Veränderung in Rollenkonstellationen (vgl. Beutel 1988: 8 f.).

Dieser komplexen Belastungssituation müssen gesundheitsförderliche Maßnahmen gerecht zu werden suchen. Es ist nicht förderlich, Menschen mit chronischen Beeinträchtigungen lediglich als „Pflegefälle“ zu betrachten. Auch bei ihnen kann eine Verbesserung des funktionellen und subjektiven Gesundheitszustandes erreicht werden. Handlungsmöglichkeiten im Sinne der Gesundheitsförderung bestehen auch hier. Badura (1991: 26) erachtet unter anderem folgende Komponenten für sinnvoll:

- Aktivierung sozialer Unterstützungssysteme (z.B. Angehörige informieren, sie in für den Patienten notwendige Hilfen einweisen usw.)
- umfassende Rehabilitationsbetreuung, die nicht nur somatische Faktoren, sondern auch psychosoziale Aspekte berücksichtigt (klare Information, emotionale Unterstützung, Gelegenheiten, offen über Gefühle und Unsicherheiten zu sprechen)
- Förderung von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung (z.B. Patienten in Behandlungs- und Entschei-

dungsprozesse einbeziehen).

(2) Kommunikation: Hier geht es um die Vermittlung von Informationen und um die Art und Weise, wie das geschieht. Patienten sollen Hinweise für gesundheitsförderliches Verhalten bekommen, sie sollen beispielsweise über Risikoverhaltensweisen aufgeklärt, aber auch über Behandlungsabläufe und über den Sinn einzelner Behandlungsmaßnahmen informiert werden. Menschen brauchen eine hinreichende Wissensgrundlage, um vernünftige Entscheidungen treffen zu können (vgl. Schwarzer 1992). Diese Basis muß in Gesprächen geschaffen werden. Dahinter steht die Idee, daß nur ein informierter Patient dazu in der Lage ist, mitzubestimmen, mitzuentcheiden und bei Behandlungsmaßnahmen aktiv mitzuarbeiten (Beispiel: das psychoonkologische Konzept partnerschaftlichen Heilens; vgl. Fichten und Lauth 1992).

Hier tauchen in der Regel eine Reihe von Einwänden auf. Pflegekräfte berichten immer wieder, daß Patienten

- gar nicht informiert werden, sondern sich versorgen lassen wollen (Konsumhaltung)
- entsprechenden Informationen reseruiert gegenüberstehen (Widerstand)
- ein Informieren als Eingriff in ihre Privatsphäre auffassen und ablehnen (Abwehr, Ablehnung)
- entsprechende Hinweise zwar annehmen, aber nicht befolgen und umsetzen (Inkonsequenz).

Aber es gibt auch Patienten, die mit den Informationen etwas anfangen können, Hinweise aufgreifen und sich daran halten.

Dem Handeln von Menschen – auch in bezug auf die Gesundheit – liegen Einstellungen und Überzeugungen zugrunde. Verhaltensänderung und Umorientierung setzen eine Veränderung von Einstellungen und Überzeugungen voraus. Dies ist ein schwieriger und mitunter langwieriger Prozeß, denn in vielen Fällen müssen Gewohnheiten aufgegeben, ja es muß eventuell die gesamte Lebensweise umgestellt und es müssen neue Verhaltensmuster aufgebaut und gelernt werden.

Gesundheitsförderliche Interventionen werden von Patienten nicht durch-

weg begrüßt, man kann nicht mit einer allgemeinen Zustimmung rechnen. Deshalb ist zunächst die Bereitschaft des Patienten auszuloten, entsprechende Informationen aufzunehmen. Im nächsten Schritt geht es um ein gemeinsames Abklären von Zielen. Häufig haben Patienten selbst die Vorstellung, daß „sich etwas ändern müßte“, wissen aber nicht genau, was konkret zu tun ist. Dann geht es vorrangig darum, den bestehenden Handlungsimpulsen eine Richtung zu geben.

(3) *Beziehung*: Mit „Beziehung“ ist das innere Verhältnis, in dem zwei (oder mehrere) Personen zueinander stehen, gemeint. Die Beziehung liegt wie ein „Mantel“ um Umgangsformen und Kommunikation. Aus der Alltagserfahrung wissen wir, daß Beziehungen erfreulich, belebend, unterstützend usw. oder belastend, nervend, verstimmend usw. sein können. Beziehungen haben Auswirkungen auf das Befinden von Personen und sind insofern gesundheitsrelevant.

Art, Gestaltung und Qualität der Beziehung haben Einfluß auf Behandlungsergebnis und Pflegetätigkeit. Über die Beziehung vermittelte Gefühle wie Trost und Zuwendung können die Genesung fördern. Es hat sich gezeigt, daß sich die „Selbstheilungskräfte“ des Organismus „nur in und aus der Sphäre zwischenmenschlicher Geborgenheit entwickeln“ (Psychologie heute 1997:26). Umgekehrt: Durch „pathogene“ Beziehungen können Krankheiten entstehen oder in ihrem Verlauf ungünstig beeinflußt werden. Vor allem die psychosomatische Medizin öffnet sich zunehmend dieser Erkenntnis (Stichwort: Beziehungsmedizin; vgl. Gallmeier 1995; Kraus und Csef 1995).

Man muß allerdings berücksichtigen, daß Beziehung – ebenso wie Interaktion und Kommunikation – nichts Einseitiges ist, sondern auf Austausch und Wechselwirkung beruht. So erschweren manche Verhaltensweisen von Patienten (z.B. aggressiv-forderndes Patientenverhalten) den Aufbau einer förderlichen Beziehung, was als Belastungsmoment im ohnehin anstrengenden Pflegealltag erlebt werden kann.

Feuerstein und Badura (1991) weisen die mit Technikorientierung, starren Arbeitszeitsystemen, rationalisier-

ten Organisationsstrukturen und formalisierten Handlungsabläufen einhergehende Beziehungslosigkeit als eines der Schlüsselprobleme des Krankenhauses aus. Dies trifft sowohl auf die Beziehungen zwischen Arzt und Patient wie auf die zwischen Pflegepersonal und Patient und auf die Beziehungen zwischen und innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zu. Für Patienten drückt sich die Beziehungslosigkeit insbesondere in einer Zunahme von Anonymität und Deutungsbedarf und in einer Abnahme von emotionaler Zuwendung und sozialer Anerkennung aus. Eine Verbesserung der zwischenmenschlichen Interaktion mit dem Schwerpunkt einer bewußteren Beziehungsgestaltung liegt im gemeinsamen Interesse von Pflegekräften und Patienten.

Pflege ist nicht nur Dienstleistung, sondern auch „Beziehungsarbeit“. Wie bei anderen in sozialen und helfenden Berufen Tätigen ist die Person der Schwester/des Pflegers ein „wirksames Instrument“. Um „Beziehungsarbeit“ leisten und gestalten zu können, ist ein gewisses Maß an Selbstkenntnis und Selbstreflexion nötig. Es geht darum, eigene Haltungen und Einstellungen, die sich lebensgeschichtlich herausgebildet haben und in die Beziehungsgestaltung eingehen, zu kennen.

5. Ausblick

Auch wenn hier Ansatzpunkte und Möglichkeiten einer Gesundheitsförderung in den Vordergrund gestellt wurden, welche die einzelne Schwester bzw. der einzelne Pfleger im Pflegealltag und im persönlichen Kontakt mit den Patienten realisieren kann, bedeutet dies nicht, weitergehende Perspektiven zu vernachlässigen. Es besteht die Möglichkeit, Gesundheitsförderung nicht nur im individuellen Kontakt zu realisieren, sondern einen Teilbereich (z.B. eine Station) oder die gesamte Institution auf Gesundheitsförderung hin zu orientieren. Bei Prozessen der Umgestaltung und Organisationsentwicklung spielt das Pflegepersonal eine wichtige Rolle. Eine solche Ausrichtung der Institution begünstigt Gesundheitsförderung, weil damit Dauerhaftigkeit und Verstetigung entsprechender Maßnahmen und Programme gewährleistet sind und weil das Personal (z.B. die Pflegekräfte) hierdurch eine Legitimation von auf Gesundheitsför-

derung gerichtetem Handeln erfährt. Gesundheitsförderung ist dann kein „Luxus“, keine bloße „Beigabe“, sondern ist ausdrücklich gewünscht und in Behandlungsabläufe und Pflegehandlungen eingeplant und einbezogen.

Gesundheitsförderung bekommt eine andere Dimension, wenn sie von einer Gruppe getragen wird. Eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit wäre anzustreben. Die Abstimmung mit KollegInnen und den Ärzten erleichtert das eigene, auf Gesundheitsförderung gerichtete Handeln. Ziele und Inhalte von Maßnahmen können gemeinsam festgelegt, die dabei gemachten Erfahrungen ausgetauscht und aufgetretene Schwierigkeiten und Probleme miteinander besprochen werden.

Ärzte beispielsweise stehen der Gesundheitsförderung inzwischen aufgeschlossener gegenüber, zumal der Aspekt „Gesundheitsförderung“ in die Aus- und Weiterbildung Eingang gefunden hat (vgl. Stöbel 1995: 30). Ärzte nehmen zunehmend außer kurativen auch präventive Aufgaben wahr. Ein Beispiel stellt die Beteiligung niedergelassener Ärzte im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie in folgender Weise dar:

1. Ebene: Beratung in der eigenen Praxis
2. Ebene: praxisübergreifende Gruppenarbeit und Kurse für Patienten
3. Ebene: Mitarbeit bei gemeindebezogenen Präventionsprogrammen für diese Patienten.

Auf allen drei Stufen bestehen Möglichkeiten einer Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Pflegekräften, für die es zahlreiche Ansätze und Beispiele gibt (z.B. Arbeit mit Patientengruppen, die von Ärzten und Pflegepersonal gemeinsam geleitet und betreut werden).

Das Pflegepersonal sollte im Kontakt mit Patienten in geeigneter Weise auf die Förderung von Gesundheit hinwirken. Daneben gilt es, sich für Veränderungen im eigenen Tätigkeitsbereich einzusetzen und Raum für Gesundheitsförderung zu schaffen.

Dr. Wolfgang Fichten

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Zentrale Einrichtung Fernstudienzentrum
Ammerländer Heerstr. 114-188,
D-26129 Oldenburg

Literatur

- Badura, B. (1991):** Health promotion for chronically ill people. In B. Badura und I. Kickbusch (Hg.), Health promotion research. Towards a new social epidemiology. WHO Publications No. 37. Copenhagen.
- Beutel, B. (1988):** Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin VCH. Weinheim.
- Dlugosch, G. und Schmidt, L. (1992):** Gesundheitspsychologie. In R. Bastine (Hg.), Klinische Psychologie, Bd. 2 (S. 123-177). Kohlhammer. Stuttgart.
- Feuerstein, G. und Badura, B. (1991):** Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im Krankenhaus. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
- Fichten, W. (1994):** Psychologische Gesundheitsförderung. Eine berufsbegleitende Weiterbildung. PflegePädagogik, 4 (3), 32-34.
- Fichten, W. und Lauth, G. (Hg.) (1992):** Perspektiven einer ganzheitlich-patientenorientierten Krebsbehandlung. BIS-Verlag. Oldenburg.
- Fichten, W. und Gottwald, P. (Hg.) (1994):** Sinnfindung und Lebensqualität. Diskussionsbeiträge zur Bewältigung der Krebserkrankung. BIS-Verlag. Oldenburg.
- Fichten, W. und Grüter, E. (1996):** Krankenpflege und Gesundheitsförderung. Die Schwester/ Der Pfleger, 35 (1), 18-21.
- Gallmeier, W.M. (1995):** Sorge um den kranken Menschen. In Ch. Meier (Hg.), Sorge um den kranken Menschen (S. 5-9). Süddeutscher Verlag. München.
- Kraus, M.R. und Csef, H. (1995):** Beziehungsmedizin. Die Bedeutung der Intersubjektivität für Gesundheit und Krankheit. Universitas, 8, 768-780.
- Krohwinkel, M. (Hg.) (1992):** Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 12). Nomos. Baden-Baden.
- Lohaus, A. (1992):** Kontrollüberzeugungen zu Gesundheit und Krankheit. Ztschr. f. Klin. Psychol., 21 (1), 76-87.
- Obex, F. (1995):** Multidimensionale Patientenorientierung. PflegePädagogik, 3, 25-30.
- Peplau, H.E. (1995):** Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Recom. Basel.
- Psychologie heute Compact (1997):** Gesundheit für Leib und Seele. Beltz. Weinheim.
- Radtke-Limberg, U. (1997):** Gesundheitsförderung in der Krankenpflegeausbildung – Wunsch oder Wirklichkeit? Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., 14 (1), S.6.
- Schumacher, J. (1996):** Prävention und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In H. Schröder und K. Reschke (Hg.), Intervention zur Gesundheitsförderung für Klinik und Alltag (S. 75-103). Roderer. Regensburg.
- Schwarzer, R. (1992):** Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe. Göttingen.
- Stöbel, U. (Hg.) (1995):** Gesundheitsförderung und Public Health in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg.
- Verres, R. (1994):** Die Kunst zu leben. Krebsrisiko und Psyche. Piper. München.
- Weidner, F. (1995):** Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag. Frankfurt/M.