

Gesundheitsförderung im Rahmen der ambulanten Versorgung: eine Aufgabe der Pflege

Andrea Zielke-Nadkarni

Neben einführenden Fragestellungen der Gesundheitsförderung behandelt der Beitrag schwerpunktmäßig den lerntheoretische Ansatz der Handlungsorientierung und fragt nach seiner Eignung für die Gesundheitserziehung im ambulanten Bereich.

Übersicht

- Einleitung
- Zum Gesundheitsbegriff
- Soziale Ungleichheit und Gesundheit
- Zielvorstellungen zur Gesundheitsförderung und ihre ethische Dimension
- Übersicht über Modelle zur Gesundheitserziehung
- Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene: ein bedenkenswertes Konzept
- Der lerntheoretische Ansatz der Handlungsorientierung und seine Eignung für die Gesundheitserziehung im ambulanten Bereich

Einleitung

1986 forderte die WHO in der Ottawa-Charta „Gesundheit für alle“. Diese Leitidee wurde 1988 in der 1. europäischen Pflegekonferenz aufgegriffen, wo die Delegierten der europäischen Mitgliedsstaaten für eine Integration der Gesundheitsförderung in das Pflegeleitbild der Zukunft votierten (Brieskorn-Zinke 1995: 361).

Angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen, des Anstiegs chronischer Krankheiten und einer zunehmenden Überalterung der Bevölkerung unseres Landes sowie andererseits einer zunehmenden Verlagerung von Bereichen der Pflege in den ambulanten Sektor und der Forderung nach Angleichung unserer Pflegeausbildung an akademische Standards im europäischen Ausland stellt sich deutlich die Frage nach dem Stellenwert von Gesundheitsförderung¹ im Rahmen pflegerischer Berufsausbildung und -ausübung.

In Großbritannien z.B. ist die edukative Funktion der Pflegekraft im Gesundheitsbereich als Teil ihrer professionellen Tätigkeit anerkannt, und

sie wird auch von der Bevölkerung nachgefragt. Daneben und darüber hinaus gibt es seit mehr als 40 Jahren den sog. „health visitor“, eine Fachkraft, die auf Gemeindeebene gesundheitsfördernde Aufgaben wahrnimmt und gesundheitsbezogene Regierungsprogramme umsetzt. Auch in Dänemark beispielsweise ist die Gesundheitsförderung selbstverständlicher Teil der Gemeindepflege.²

Zum Gesundheitsbegriff

Will man Gesundheit fördern, so setzt dies eine Definition des Begriffs voraus, aus der sich dann pflegebezogene Zielsetzungen ableiten lassen. Daß hier sehr unterschiedliche Ansätze möglich sind, zeigen die nachstehenden Beispiele:

„Gesundheit ist die erfolgreiche Überwindung von Störungen in einem biologischen System.“ (Schaefer; Biologe, 1986) Während diese Definition aus biologischer Sicht, obwohl nur etwas über 10 Jahre alt, in ihrer Begrenztheit sehr rückschrittlich anmutet, stellt das historisch älteste Zitat bereits eine Verbindung von Körper und Seele her, obgleich Gesundheit – aus heutiger Perspektive recht einschränkend – mit Schmerzfreiheit gleichgesetzt wird: „Was versteht man unter gesund sein? Daß der Körper ohne Schmerzen alle seine Verrichtungen frei und leicht ausübe und der Seele zu Gebote stehe.“ (Tauf; Arzt, 1794)

Demgegenüber betont Schipperges den Prozeßcharakter von Gesundheit, was dem aktuellen pflege-

wissenschaftlichen Diskussionstand entspricht: „Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine Verfaßtheit, ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel: Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht.“ (Schipperges; Arzt und Medizinhistoriker, 1982)

Von den Gewerkschaften wird dagegen die reibungslose Instrumentalisierbarkeit des einzelnen als Wesensmerkmal von Gesundheit herausgestellt; ein Standpunkt, der überrascht und eher von Arbeitgeberseite zu erwarten gewesen wäre: „Gesundheit ist ein Vermögen des Menschen, diejenigen Funktionen störungsfrei zu erfüllen, die ihm im Rahmen seiner gesellschaftliche Bezüge zukommen.“ (Gewerkschaften 1971)

Aus philosophischer Sicht stellt sich Gesundheit als eine Integrationsleistung dar, die im Laufe des Lebens immer wieder erbracht werden muß: „Unter Gesundheit verstehen wir nicht das Freisein von Beeinträchtigungen und Nöten, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben.“ (Staeclin; Philosoph, 1970)³

Als differenzierteste erweist sich die Definition der World Health Organisation (WHO), die Gesundheit weder als Ziel noch als Weg oder Zustand beschreibt, sondern als umfassendes, positiv besetztes Konzept, das in alle Lebensbereiche hineinwirkt. „(Gesundheit ist, d.V.) das Ausmaß, in welchem das Individuum einerseits fähig ist, Neigungen nachzugehen und Bedürfnisse zu befriedigen, und andererseits, seine Umgebung zu verändern oder deren Anforderungen zu bewältigen. (...) (Sie ist, d.V.) eine

Ressource des täglichen Lebens, nicht das Ziel des Lebens (...), ein positives Konzept, das soziale und persönliche Ressourcen sowie physische Fähigkeiten betont."⁴ (WHO 1984)

„Gesundheit/Krankheit“ werden im fachlichen Sprachgebrauch der Profession definiert, um in Wissenschaft und Ausbildung klar umrissene Begrifflichkeiten zur Verfügung zu haben⁵, im alltäglichen Sprachgebrauch beinhalten sie jedoch auch subjektive Zustandsbeschreibungen, die, abhängig von soziokulturellem Hintergrund sowie Lebenserfahrung und Lebenslage, in der Wahrnehmung des einzelnen variieren. Nicht zufällig betrachten Roper u.a. (1987) (Wohl-) Befinden als einen dynamischen Prozeß, der sich in einem bipolaren Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit bewegt. Gesundheit, so kann man sagen, bedeutet eine Balance der drei Dimensionen des Körperlichen, Seelisch-Geistigen und Sozialen und – für viele (z.B. Juchli) – des Spirituellen als vierter Dimension.

Ob auf professioneller oder auf Laienebene formuliert: jede Definition von Gesundheit enthält Werturteile, die auf den Zielen und Einstellungen derjenigen beruhen, die sie festlegen. Professionell Pflegende sollten sich daher ihrer Einstellungen zu „Gesundheit“ und den damit verbundenen Einschränkungen des Begriffs bewußt sein und im Rahmen einer patientenorientierten Pflege konsequent die Möglichkeit mitbedenken, daß die zu Pflegenden dies ganz anders sehen können. Walsh (1991) erwähnt das amüsante und zugleich bedenkenswerte Beispiel eines Rauchers, der überzeugt ist, der Zigarettenkonsum nütze seiner Gesundheit, da er deutlich zum Streßabbau beitrage. Ein anderes Beispiel ist ein aus medizinischer Sicht voll rehabilitierter älterer Mann nach Myokardinfarkt, der sich dennoch in seinem Wohlbefinden stark eingeschränkt fühlt, da die Angst vor einem Re-Infarkt ihm die Wiederaufnahme sportlicher Aktivitäten oder eines normalen Sexuallebens nicht gestattet. Andererseits können berufliche Wiedereingliederungsaktivitäten einer jungen Hemiplegikerin auf subjektives Wohlbefinden hinweisen.

Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Gesundheit ist nicht nur eine Einstellungs- und Definitionsfrage, gesellschaftliche Faktoren, die eine Benachteiligung bestimmter sozialer Schichten bewirken, kommen hinzu. Einen Zusammenhang von Ungleichheiten in bezug auf Bildungsniveau, Einkommen, beruflichen Status und Mortalität haben Neumann und Liederer für die Bundesrepublik bereits 1981 nachgewiesen, allerdings ist die Datenlage spärlich und neuere Untersuchungen fehlen. Bürkardt und Oppen belegen in einer geschlechtsspezifischen Studie von 1984, daß Arbeiterinnen in Tätigkeiten mit niedrigen Qualifikationsanforderungen, wie Montage, Reinigungsarbeiten, Tätigkeiten in der chemie- und kunststoffverarbeitenden Industrie oder im Versandwesen eine überdurchschnittlich große Zahl von Arbeitsunfähigkeitstagen aufweisen. Collatz u.a. (1985) dokumentieren die gesundheitliche Benachteiligung von MigrantInnen in unserem Land, angefangen bei der Komplikationsrate bei Geburten, über die Säuglingssterblichkeit und gesteigerte Erkrankungshäufigkeiten für bestimmte Krankheiten bis hin zur Mortalität.

Eine Studie des britischen Department of Health and Social Security (1980) stellte in den 70er Jahren einen Zusammenhang zwischen Mortalitätsrate und sozialer Schichtzugehörigkeit über die gesamte Lebensspanne fest, wobei die Mortalitätsrate parallel zum Absinken des Sozialstatus steigt. Von den Unterschieden sind insbesondere Kinder betroffen. So fand sich, daß in Großbritannien ein Akademikerkind mit hoher Wahrscheinlichkeit 5 Jahr länger lebt als das Kind eines ungelerten Arbeiters. Im ersten Lebensmonat sterben doppelt so viele Kinder ungelerten Arbeiter wie Akademikerkinder; zwischen dem 1. und 12. Lebensmonat waren es 4mal soviel Mädchen und 5mal soviel Jungen. Das Risiko, im Alter von 1-14 Jahren durch Verbrennungen oder Ertrinken zu sterben, war bei Jungen ungelerten Arbeiter 10mal größer als bei Jungen von Akademikern. Auch eine Anschlußstudie (Whitehead 1987) bestätigte im wesentlichen, daß niedrige

Sozialschichten höhere Todesraten verzeichnen als gehobene.

Kühn (1993) berichtet Ähnliches über die Situation in den USA. Hier zwei seiner Beispiele: Die Lebenserwartung schwarzer US-Bürger, die bekanntlich zu den sozial Benachteiligten gehören, ist 7 Jahre geringer als die japanischer oder schwedischer Bürger; die Säuglingssterblichkeit liegt etwa doppelt so hoch.⁶

Die genannten AutorInnen gehen durchweg von Parallelsituationen in allen Industrieländern aus.

Zielvorstellungen zur Gesundheitsförderung und ihre ethische Dimension

Betrachtet man daneben die Statistiken mit den häufigsten Erkrankungen (Herz-Kreislauferkrankungen, obstruktive Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparats, der Verdauungsorgane und Tumore) so zeigt sich, daß viele von ihnen durch präventive Maßnahmen reduziert werden könnten. Ursächliche Faktoren sind neben habitualisiertem, individuellem Verhalten und persönlichen Lebensstilen, die ökonomischen Verhältnisse, unser Norm- und Wertesystem und auch gesellschaftliche Organisationsformen und Strukturen.

Ein Weg, Gesundheitsförderung zu betreiben, ist die Gesundheitserziehung. Unter diesem Begriff läßt sich eine Vielzahl von Aktivitäten fassen, die sowohl Gesunde als auch Kranke betreffen:

- Programme in der Gemeindepflege zur Gesundheitsförderung
- Gesundheitsförderung durch die Medien
- edukative Maßnahmen für Einzelpersonen
- Gesundheitsförderung durch Maßnahmen in Schulen
- Hilfen für Selbsthilfegruppen

Die Ziele solcher Maßnahmen faßt Levin (1977: 632) wie folgt zusammen:

- als Beitrag zur Selbstverwirklichung und zur Förderung des

Wohlbefindens von Individuen nach ihren eigenen Vorstellungen

- als Stärkung der eigenen Fähigkeiten zur Gesundheitserhaltung und Krankheitskontrolle
- als Reduktion unerwünschter Krankheitsrisiken
- als Hilfe bei der Erhaltung persönlicher Integrität bei Pflegebedarf
- als Initiation von individueller und kommunaler Teilhabe am Gesundheitssystem durch Stärkung der individuellen Selbstpflegekompetenz einerseits und der sozialen Kompetenz andererseits, die für den Umgang mit dem formalen Gesundheitssystem benötigt wird.

Um gesundheitsschädigendes Verhalten zu ändern, bedarf es geplanter Interventionen. Dabei können die Rechte des einzelnen auf eigenbestimmte Lebensgestaltung mit denen der Gesellschaft bzw. denen von Kontrollorganen der Gesellschaft kollidieren. So mögen z.B. der von den Krankenkassen mittels Bonusheft kontrollierte jährliche Zahnarztbesuch oder der „Frauenbonus“, den bestimmte Kfz-Versicherungen aufgrund der geringeren Unfallzahlen von Frauen vergeben, auf Widerstand stoßen.

Ethische Aspekte in diesem Zusammenhang berühren die folgenden Fragen:

- Darf Gesundheitsförderung zu Freiheitsbeschränkungen führen?
- Konfligiert die professionelle Pflicht zur Gesundheitsförderung mit dem Recht der Pflegekraft, eine manipulative Auseinandersetzung mit dem Lebensstil anderer zu verweigern?
- Kann sich eine Pflegekraft weigern, Vorbild zu sein?
- Ist eine staatlich finanzierte Gesundheitsförderung als Gegengewicht zu gesundheitsschädigenden Einflüssen z.B. durch die Tabakindustrie oder durch Alkoholproduzenten vielleicht geradezu obligatorisch?
- Ist eine von der „Wiege bis zur Bahre“ systematisch betriebene Gesundheitsvorsorge nicht entmündigend und zudem unbezahlbar?⁷

Modelle zur Gesundheitserziehung

Während der Patient im Krankenhaus einer weitgehenden Kontrolle durch die Institution unterworfen ist, hängt der Erfolg häuslicher Pflege deutlich von der Kooperation des Patienten mit den Pflegekräften ab. Daher ist eine sorgfältig geplante Integration gesundheitserzieherischer Ansätze in Pflegekonzepte für den ambulanten Sektor zu fordern.

Insbesondere zum Problem der Überzeugungsarbeit, die zum Zweck der Veränderung gesundheitsschädigenden Verhaltens erforderlich ist, gehen die Meinungen darüber, in welchem Umfang, mit welchen Mitteln und für welchen Personenkreis sie geleistet werden soll, jedoch weit auseinander (Simonds 1977, Tones 1977, Vuori 1980). In diesem Zusammenhang hat Blaxters Untersuchung (1990) Positionen ins Wanken gebracht, die mit Schuldzuschreibungen für individuelles Fehlverhalten arbeiten. Er wies nach, daß verhaltensabhängige Gesundheitseffekte bei gehobenen Schichten größer waren als bei unteren Sozialschichten. So wiesen Nichtraucher gegenüber Rauchern zwar größere Fitness-Unterschiede auf, dies traf aber nur auf Angestellte zu, bei körperlich tätigen Arbeitern spielte die zusätzliche Belastung durch das Rauchen insgesamt keine Rolle. Auch eine gesunde Ernährung wirkte sich nach Blaxter nur für Frauen des Mittelstands positiv aus, für Frauen aus der Arbeiterschicht hingegen nicht (Blaxter, 1990: 203 ff.).

Trotz dieser bekannten Befunde ist hierzulande eine Orientierung am (medizinischen) Risikofaktorenmodell weiterhin weit verbreitet (Bengel 1993: 7), wenn auch zunehmend sozialpolitische und strukturelle Aspekte von Gesundheit in Betracht gezogen werden (z.B. von Wenzel, 1986) Kiger (1995: 30) kategorisiert die Ansätze von 5 unterschiedlichen Modellen zur Gesundheitserziehung (vgl. Abb. 1 auf S. 6).

Die Reihenfolge der Modelle entspricht der Chronologie ihrer inhaltlichen Entwicklung. Diese spiegelt sich

auch in einem Papier der Weltgesundheitsorganisation, in dem es heißt: „Gesundheitserziehung geht auf theoretischer Ebene mittlerweile weit über einen Ansatz hinaus, der Gesundheit durch die Veränderung individueller Verhaltens zu fördern sucht, ohne die Umgebungsfaktoren mitzubedenken, die die Möglichkeiten solcher Verhaltensveränderungen bilden bzw. verstärken. Die Gesundheitserziehung hat einen weiten Weg von der ‚Beschuldigung der Opfer‘ bis zu einem Konzept zurückgelegt, das das Gesundheitsbewußtsein entwickeln und Gelegenheiten zu informierter Auswahl bieten will. Eines der derzeit wichtigsten Konzepte ist das vom Individuum als kompetent Handelndem in der Gesundheitsfürsorge auf Gemeindeebene.“⁸ (WHO 1981: 1)

Gesundheitsförderung auf Gemeindeebene: ein bedenkenswertes Konzept

Während bisher die Prävention, als Teilaspekt des biomedizinischen Modells im Vordergrund von Gesundheitsförderung steht, und in der Bundesrepublik auf kommunaler, regionaler, Landes- und Bundesebene ein ausgebautes präventives Versorgungsnetz existiert, wird auf konzeptueller Ebene im Anschluß an das WHO-Papier von 1981, dessen ambitioniertes Ziel bekanntlich „Gesundheit für alle im Jahr 2000“ lautet, nun ein bedürfnis- und klientenorientierter Zugriff bevorzugt.

Ein theoretischer Ansatz aus dem britischen Raum, der ambulante Pflege und Gemeindeentwicklung kombiniert, betrachtet die gesamte Gemeinde, definiert als geographische Einheit, als Teil des Klientensystems (Kiger 1995: 41). Alle Ziele, deren Realisation angestrebt wird, sind gemeinsam entwickelte (Kombination der Modelle 4 und 5 in Abb. 1). Diesem Ansatz liegt die Vorstellung zugrunde, daß es möglich ist, Faktoren, die Menschen in Industriegesellschaften einander entfremden, zu reduzieren und zu einem ausgeprägten Wir-Gefühl zu kommen (Kiger, ebd.). Pflegewissenschaftler stehen mit solchen Überlegungen nicht allein. Auch Norbert Elias (1987) ist

er Überzeugung, daß das Überleben der Menschheit entscheidend davon abhängen wird, ob es gelingt, eine tragfähige „Wir-Identität“ zu entwickeln. In diesem Prozeß sollen soziale Barrieren aller Art überwunden werden, indem Klienten als Bürger gelten, die Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, die ihnen die Partizipation an Problemlösestrategien zur Erlangung und Erhaltung von Gesundheit ermöglicht (Kiger, ebd.). Im englischen Sprachgebrauch haben sich in diesem Zusammenhang „self-help“ (Selbsthilfe) und der nicht in einem Wort zu übersetzende Begriff „empowerment“⁹ etabliert.

Die Haltung, die diesem Ansatz zugrundeliegt, bedingt selbstredend auch ein anderes methodischer Vorgehen: nicht mehr professionell Pflegend identifizieren die Bedürfnisse der Klienten, sondern die Betroffenen selbst. Nach Kiger werden hierdurch die mitmenschlichen Beziehungen verbessert, Problemlösefähigkeiten entwickelt und die Selbständigkeit soweit gesteigert, daß auch sozial benachteiligte Gruppen, die von den traditionellen medizinischen und pädagogischen Modellen nicht profitiert haben, nun von gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht werden (Kiger, ebd.).

Der von Kiger dargestellte Ansatz ist auch bei uns – zumindest in den Gesundheitswissenschaften – nicht unbekannt. Allerdings ist eine gemeindeorientierte Gesundheitsförderung bisher kaum umgesetzt worden, da einerseits die Interessenlagen der verschiedenen Anbieter konkurrieren und andererseits vorliegende gesundheitsrelevante Daten kaum zur Planung präventiver Gesundheitsförderung genutzt werden (Laaser u.a. 1993: 197).

Dem oben vorgestellten Ansatz entspricht das in der pflegewissenschaftlichen Diskussion hierzulande so aktuelle Leitbild der Patientenorientierung, das die Pflege aus der Pädagogik übernommen hat und welches als „Lernerorientierung“ ein Leitprinzip des pädagogischen Ansatzes der Handlungsorientierung darstellt. Patientenorientierung beinhaltet u.a. eine Mitverantwortung und Kooperation seitens des Patienten,

ausgedrückt in der Fähigkeit, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu fällen und selbstbestimmt zu handeln. Der Patient ist aufgefordert, sich nicht mehr passiv „in die Hände der Pflegekraft zu geben“, und die Pflegekraft darf nicht in eine bevormundende Rolle fallen, sondern muß ihm die Möglichkeit bieten, Verantwortung zu übernehmen. Damit erhält die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten eine partizipatorische Struktur. Das pflegewissenschaftliche Modell von Orem beinhaltet dies z.B. in dem Konzept „self-care“ (Selbstpflegefähigkeit), das in der ambulanten Pflege um die Dimension der Angehörigenpflege, also der nächsten Bezugspersonen, die in den Pflegeprozeß involviert sind, erweitert werden muß.

Der lerntheoretische Ansatz der Handlungsorientierung und seine Eignung für die Gesundheitserziehung im ambulanten Bereich

Das Konzept der WHO vom Individuum als kompetent Handelndem entspricht dem lerntheoretischen Ansatz der Handlungsorientierung, der die Möglichkeit bietet, die oben angestellten Überlegungen pflegepraktisch umzusetzen.

Der Kompetenzbegriff, von Heinrich Roth (1971) in die pädagogische Diskussion eingeführt, umfaßt drei ineinandergreifende Bereiche, in denen gleichartige Einzelfähigkeiten gebündelt werden:

- Selbstkompetenz als Fähigkeit, mit der eigenen Persönlichkeit, ihren Bedürfnissen, Ansprüchen und Grenzen adäquat umgehen zu können
- Sozialkompetenz als Fähigkeit, mit anderen in angemessener Weise kommunizieren und interagieren zu können
- Sachkompetenz, die Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung komplexer, sachbezogener Anforderungen umschließt. (Seyd 1994: 162)

Dieses Kompetenzprofil benötigt eine Pflegekraft, um edukative,

gesundheitsfördernde Aufgaben übernehmen zu können. Zugleich soll sie dazu beitragen, diese Kompetenzen bei ihren Patienten zu stärken. Denn insbesondere chronische Erkrankungen mit dauerhaften Beeinträchtigungen wirken negativ auf die *Selbstkompetenz*: Patienten fühlen sich hilflos und ihrem Körper sowie ihrem Unvermögen ausgeliefert, ihre sozialen Rollen erfüllen zu können, und übersehen häufig ihre weiterhin vorhandenen Stärken.

Eine Förderung der *Sachkompetenz* bei Patienten bedeutet, in erforderlichem Maße mit ihnen pflegerische Tätigkeiten zu üben (z.B. sich selbst eine Insulinspritze zu setzen, den Blutdruck zu kontrollieren, einen Verbandwechsel vorzunehmen etc.), um ihre Unabhängigkeit zu stärken sowie beim nächsten Hausbesuch Rückfragen zum Gelingen oder Mißlingen zu stellen und Ursachen von Problemen zu ergründen und zu beheben.

Sozialkompetenz zu fördern bedeutet, den Patienten bei einer angemessenen Selbsteinschätzung zu helfen, damit sie die Unterstützung ihrer Umgebung nach dem Grad ihrer Bedürftigkeit erbitten und annehmen können, aber auch ihre Selbstpflegefähigkeiten wahrnehmen. Letzteres ist im Hinblick auf die Belastungen wichtig, denen Angehörige ausgesetzt sind, die ein Familienmitglied dauerhaft pflegen.

Der Ansatz der Handlungsorientierung

- vertritt eine Orientierung am Lernenden, hier: dem Patienten, indem dessen Vorwissen und Vorerfahrungen, aber auch seine Wissens- und Erfahrungsdefizite zum Ausgangspunkt edukativer Bemühungen gemacht werden (Seyd 1994: 114 ff.). Um diese einschätzen zu können, bedarf es zeitintensiver Gespräche zwischen Pflegekraft, Patienten und Angehörigen. Denn hier wird nach den vom Patienten erfahrenen und praktizierten Sinnbeziehungen und Deutungssetzungen in seiner Lebenswelt gefragt. Nur eine „symmetrische Beziehungsstruktur“ (Watzlawick u.a. 1974), die den Patienten zum gleichberechtigten Gesprächspartner und seinen Erfahrungshorizont zur Grundlage pflegerischer Hand-

lungs- und Entscheidungsprozesse macht, wird Widerstände auffangen und produktiv „umleiten“ können sowie die Bereitschaft zur Kooperation wecken. Pflegende werden auf diesem Weg in einer Weise professionell aktiv, die den Erwartungen und Wünschen des Patienten entspricht und damit die Voraussetzung für die bestmögliche Pflege darstellt.

- ist zukunftsorientiert, indem Lernprozesse auf künftige Erfordernisse hin anlegt werden (Seyd 1994: 167). Dies betrifft die drei Lernbereiche „Verstand“ (z.B. Neuorientierungen im Berufsleben), „Gefühle/Einstellungen“ (z.B. Einhalten einer Diät, Auseinandersetzung mit Behinderung, Sterben oder Tod) und „Motorik“ (z.B. Veränderungen nach Amputationen, Umstellung sportlicher Aktivitäten nach Myokardinfarkt u.ä.).
- ist tätigkeitsorientiert, indem er Spielräume für die Aktivitäten von Patienten anmahnt, die die Eigenverantwortung herausfordern und ihre Problemlösefähigkeiten aktivieren (Seyd, ebd.). Dazu gehören z.B. die Verständigung auf Pflegeziele, die sich der Patient, unter Beratung durch die Pflegekraft und unter Einbeziehung seiner Angehörigen, setzen will sowie seine Eigenaktivitäten bei der Umsetzung dieser Ziele in die Routinen seines Alltagslebens. Verantwortung an den Patienten abzugeben, kann bedeuten, daß Entscheidungsprozesse länger dauern, als wenn die Pflegekraft sie übernimmt. Dieser Zeitverlust wird aber dadurch aufgefangen, daß später keine zeitintensive Überzeugungsarbeit mehr geleistet werden muß und Pflegekraft und Patient gezielt miteinander kooperieren.

Handlungsorientierung macht eine enge Kooperation der beteiligten Berufsgruppen untereinander, unter Einbeziehung des Patienten notwendig, da die professionellen Helfer nur begrenzte Zeit in der Wohnumgebung des Patienten verbringen. Hierfür müssen innerhalb des Versorgungssystems Kommunikationsstrukturen geschaffen werden, die diesem Sachverhalt ent-

sprechen. Ambulante Pflegeanbieter sind die dafür idealen Schaltstellen.

Auf der Basis einer Definition von Gesundheit, die neben dem physischen Wohlbefinden das psychisch-seelische und soziale Wohlbefinden von Patienten, gefördert durch eine partizipatorische Pflegehaltung, zum Ziel hat, ist der Ansatz der Handlungsorientierung gerade für den ambulanten Sektor geeignet, weil er vorhandene Kompetenzen stärkt, indem er Gesundheitsförderung im Rahmen individueller, lebensgeschichtlicher Zusammenhänge betrachtet und Pflegende wie Patienten zu einer solchen Sichtweise anleitet.

Dr. Andrea Zielke-Nadkarni

Designierte Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege, Studiengang Pflegepädagogik Postfach 3020, 48016 Münster

Anmerkungen

- [1] Unter „Gesundheitsförderung“ werden nach Basler (1980) unspezifische Maßnahmen verstanden, die nicht auf eine Verhinderung bestimmter Krankheiten zielen, während der Begriff „Gesundheitsvorsorge“, „spezifische Maßnahmen zur Verhinderung bestimmter Krankheiten“ umfaßt.
- [2] So Lis Wagner in ihrem Grundsatzreferat „Primary Health Care und gemeindenaher Pflege in Dänemark“ anlässlich des 4. Internationalen Osnabrücker Symposiums Pflegewissenschaft, vom 25.-26. November 1996.
- [3] Alle vorstehenden Zitate aus: Hoppe u.a., 1995, S. 92.
- [4] „(Health is) the extent to which an individual is able, on the one hand, to realize aspirations and satisfy needs and on the other hand, to change or cope with the environment ... a resource for everyday life, not the object of living ... a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capacities.“ Diese wie auch alle weiteren Übersetzungen wurden von mir vorgenommen, A.Z.-N.
- [5] Zur Entwicklung einer Fachsprache in der Pflege siehe Zielke-Nadkarni (1997).
- [6] Die Lebenserwartung der Schwarzen ist auch vergleichsweise geringer als die von Deutschen oder Briten; dazu werden jedoch keine genaueren statistischen Angaben gemacht. Demgegenüber hat die nicht-schwarze US-Bevölkerung eine höhere Lebenserwartung als die deutsche und eine niedrigere Säuglingssterblichkeit als die britische.
- [7] Insbesondere diese Frage stellt sich auch angesichts der Zielsetzung der Ottawa-Charta, die Gesundheitsförderung als Pro-

zeß beschreibt, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen will (vgl. Brieskorn-Zinke 1995: 359).

- [8] „Health education has, in theory, gone far beyond an approach that seeks to improve health by changing individual behaviour without taking into account the environment which enables or reinforces the possibilities of such behaviour change. Health education has come a long way from just ‚blaming the victim‘ to a concept of developing awareness of health and providing the opportunities for more informed choices. One of its main concepts is now that of the individual in health care as a competent actor in a community setting.“
- [9] „Empowerment“ umfaßt eine Stärkung des Selbstbewußtseins einer Person, die Stützung ihrer Fähigkeiten und Ressourcen, die Verfügbarmachung von personenunabhängiger Ressourcen und die Überwindung sozial und politisch bedingter Machtlosigkeit.

Literatur

- Basler, H.-D. (1980):** Medizin-psychologische Interventionsmöglichkeiten im präventiven Bereich. In: T. Schneller (Hg.): Medizinische Psychologie III. Die Integration psychologischer Konzepte in die Medizin. Stuttgart, S. 38-65
- Bengel, J. (1993):** Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Gesundheitspsychologie Bd. 3, Göttingen u.a
- Blaxter, M. (1990):** Health and lifestyles. London
- Brieskorn-Zinke, M. (1995):** Die Integration der Gesundheitsförderung in sein Pflegeleitbild. In: Pflegezeitschrift, Nr. 6, S. 359-362
- Büskardt, D., Oppen, U. (1984):** Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen. Internationales Institut für vergleichende Gesundheitsforschung, hrsg. vom Wissenschaftszentrum Berlin
- Collatz, J. u.a. (1985):** Gesundheit für alle. Hamburg Department of Health and Social Security: Inequalities in health (1980): Report of a research working group (The Black Report), HMSO, London
- Elias, N. (1987):** Die Gesellschaft der Individuen. Frankfurt/Main
- Hoppe, E., Körner, U., Luther, E., Nitsche, A. (1995):** Ethik. Arbeitsbuch für Schwestern und Pfleger. Reinbek
- Kiger, A.M. (1995):** Teaching for health. 2. Aufl. Edinburgh, Hong Kong u.a.
- Kühn, H. (1993):** Gesundheitsverhalten, Morbidität und Mortalität. Soziale Ungleichheit in den USA. In: R. Gawatz, P. Novak (Hg.): Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Ulm, S. 137-154.
- Novak (Hg.):** Soziale Konstruktionen von Gesundheit. Ulm, S. 137-154.
- Laaser, U., Hurrelmann, K., Wolters, P. (1993):** Präventive Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: K. Hurrelmann und U. Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim Basel, S. 176-203

Levin, L.S. (1977): Health education: moving to centre stage. In: Connecticut Medicine 39 (10) S. 631-634

Neumann, G., Liedermann, A. (1981): Mortalität und Sozialschicht. In: Bundesgesundheitsblatt 24 (11), 1981, S. 173-181

Orem, D.E. (1985): Nursing. Concepts of practice. New York .

Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.J. (1987): Die Elemente der Krankenpflege. Basel

Roth, H. (1971): Pädagogische Anthropologie. Bd. I und II. Hannover

Seyd, W. (1994): Berufsbildung: handelnd lernen – lernend handeln: Situation und Perspektive

der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Hamburg

Simonds, S.K. (1977): Health education today: issues and challenges. In: The Journal of School Health, December, S. 584-593

Tones, B.K. (1977): The role of the community health education specialist in the delivery of health care. In: The Health Education Journal, 36 (4), S. 106-133

Vuori, H. (1980): The medical model and the objectives of health education. In: International Journal of Health Education, (19), 1980, S. 12-18.

Walsh, M. (1991): Models in clinical nursing: The way forward. London

Wenzel, E. (1986): Die Ökologie des Körpers. Frankfurt/Main

Whitehead, M. (1987): The health divide: inequalities in health in the 1980s. Health Education Council. London 1987

World Health Organisation (1984): Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles. WHO, New York 1984

World Health Organisation (1981): Regional programme in health education and lifestyles. Regional Committee for Europe. Thirty-first session. Berlin 15-19 September EUR/RC31/10. WHO, Copenhagen 1981

Zielke-Nadkarni, A. (1997): Einige Überlegungen zur Fachsprache in der Pflege. In: Pflege, Heft 1/1997, S. 43-46

Abb. 1: Fünf Modelle zur Gesundheitserziehung nach Kiger (1995: 3)

Orientierung des Modells	Annahmen	Strategie	Taktiken	Rolle der Praktiker
Medizinisch	Fakten überzeugen. Der Rat von Experten wird hochgeschätzt.	Klare und einfache Botschaften formulieren und verbreiten.	Kosteneffektive Methoden zur Informationspräsentation formulieren und verbreiten.	Als <i>informierende Experten</i> : Vorträge halten, Infobroschüren vorbereiten, neue mediale Techniken nutzen, um Präsentation zu verbessern.
Pädagogisch	Erziehung weckt Potentiale und erzielt Autonomie. Die Erforschung von Werten u. Gefühlen aktiviert gesundheitsfördernde Maßnahmen.	Einschätzung von Lernbedürfnissen und -bereitschaft der jeweiligen Adressatengruppe und der relevanten Forschung; dann systematisch geplanten Ansatz realisieren.	Klare Ziele setzen. Evaluationskriterien festlegen. Rückkopplung sicher.	Als <i>Erzieher/Trainer</i> : entdeckendes Lernen ermöglichen, Gelegenheiten bieten, Gefühle zu diskutieren und „Fakten“ anzufechten.
Medial	Menschen müssen manipuliert werden, damit sie einen gesunden Lebensstil praktizieren. Gesundheit kann man „verkufen“.	Positive Gesundheitsvorstellungen kreieren u. zur Verfügung stellen. Bewußtsein für die Belastung durch Krankheiten stärken.	Vorbild sein, Wiederholung, Rhetorik, Angstprovokation.	Als <i>Überzeuger</i> : ein Bild präsentieren u. seine Botschaft überzeugend verpacken.
Über die Gemeinde zu entwickeln (kommunal)	Menschen haben Stärken, die sie für die Verbesserung ihrer Gesundheit nach ihrem Dafürhalten einsetzen müssen.	Informelle Treffen anbieten, um bestehende Bedürfnisse festzustellen.	Diskussionen u. Kommunikation zwischen möglichst vielen Individuen in Gang setzen, zu einer großen Bandbreite von Gesundheitsfragen, die nach Abstimmung diskutiert werden.	Als <i>Trainer</i> : den Menschen helfen, Unzufriedenheit auszudrücken, zur Organisation ermutigen, um Veränderung zu erleichtern, internationale Beziehungen pflegen.
Politisch	Veränderungen in gesellschaftlichen Institutionen und Strukturen sind nötig, um die Gesundheit zu verbessern. Lokale und nationale Machtstrukturen müssen dafür mobilisiert werden.	Bewußtsein für Gesundheitsfragen erzeugen. Einfluß auf Entscheidungsträger nehmen.	Politische Lobby, Krankheitsprofiteure bloßstellen, lokale Unterstützung mobilisieren.	Als <i>Provokateur</i> : belege vorlegen, Briefentwürfe verfassen, Aktionen unterstützen.