

Sabine Bartholomeyczik

Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege

The article starts with the discussion about the meaning of prevention and health promotion for nursing. By defining these concepts it becomes clear that they are vague and cannot be distinguished from similar concepts. An analysis of the different German social statutory books reveals even a „Babylonian language confusion“. The distinction between primary, secondary and tertiary prevention is recommended to be abandoned. Instead the importance of preventive measurements in all phases of health and illness should be underlined.

Finally it is shown that prevention is a constitutive part of nursing, without it nursing does not exist. Traditional nursing action has to be widened; the concept of resources has to be theoretically and practically filled, nursing has not only to be addressed to individuals but also to families, communities and other populations.

In dem Beitrag¹ wird der Frage nachgegangen, welche Bedeutung Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege haben. Dafür werden zunächst Begriffe definiert, um dann festzustellen, dass die Definitionen letztlich unklar sind. Eine Analyse von Präventionsbegriffen in der Sozialgesetzgebung zeigt auf, dass es eine „babylonische Sprachverwirrung“ gibt. Empfohlen wird, die Unterscheidung in unterschiedliche Präventionsarten aufzugeben, dafür aber zu verdeutlichen, dass präventive Maßnahmen und Gesundheitsförderung in allen Phasen von Gesundheit und Krankheit möglich und nötig sind.

Schließlich wird nachgewiesen, dass Prävention ein konstitutiver Bestandteil von Pflege ist, ohne den Pflege nicht ist. Das bedeutet aber auch, dass traditionelles Pflegehandeln erweitert werden muss, der Ressourcenbegriff theoretisch und praktisch bearbeitet werden muss und die Adressaten pflegerischen Handelns nicht nur auf der Individuenebene gesehen werden dürfen.

1. Einführung

Insgesamt erfreut sich das Thema der Prävention und Gesundheitsförderung im deutschen Gesundheitswesen seit einigen Jahren wieder großer Beliebtheit, nachdem es in den 1990er Jahren aus dem Krankenversicherungsgesetz, dem SGB² V, vorübergehend verschwunden war. Angesichts der knappen finanziellen Ressourcen werden Prävention und Gesundheitsförderung manchmal zu Lösungskonzepten stilisiert, die sowohl

1 Überarbeiteter Text eines Vortrags beim 5. Internationalen Kongress Pflege und Pflegewissenschaft am 13.9.05 in Fürth.

2 SGB = Sozialgesetzbuch

den Betroffenen mehr Lebensqualität bringen als auch das Budget finanziell entlasten sollen. Die Hochkonjunktur des Themas hat unter der rot-grünen Bundesregierung 2005 zu dem Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention“ (Bundestags-Drucksache 2005) geführt, das allerdings bisher nicht verabschiedet ist. Dieses Gesetz, auf das noch zu kommen sein wird, hat in erster Linie die Funktion, vorhandene Ansätze in den Sozialgesetzbüchern zu vernetzen, zu bündeln und ihnen durch diese strukturellen Änderungen und wenige weitere finanzielle Mittel ein eigenes Gewicht zu verleihen. Damit sollte die Sozialgesetzgebung eine vierte Säule neben der Kuration (SGB V), der Pflege (SGB XI) und der Rehabilitation (SGB IX) erhalten.

Vor diesem Hintergrund soll aus der Perspektive der Pflege diskutiert werden, wie Prävention zu verstehen ist und vor allem der Frage nachgegangen werden, wie der Präventionsbegriff klarer gefasst werden kann.

2. Das Verhältnis von Pflege, Gesundheitsförderung und Prävention

Auch in der Pflege ist das Thema populär geworden, vor allem im Zusammenhang mit erweiterten oder neuen Arbeitsfeldern für pflegerische Berufe. Im Zusammenhang mit der Professionalisierung wird es als wichtiges Thema angesehen, aber auch als ein Aspekt, der bisher in der Pflege kaum wahrgenommen wurde. Um die Gesundheitsorientierung der Pflegeberufe zu unterstreichen wurde in dem neuen Krankenpflegegesetz die frühere Berufsbezeichnung „Krankenschwester/Krankenpfleger“ verändert in „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ (BGBl 2003).

Dennoch wird hier von der Behauptung ausgegangen, dass nach wie vor – nicht unbedingt bewusst, aber dennoch weit verbreitet – die Idee vorherrscht, dass pflegen heißt, voll kompensierend die Handlungen pflegebedürftiger Menschen – im SGB XI als Verrichtungen bezeichnet – zu übernehmen, die er gegenwärtig nicht selbst ausführen kann. „Aktivierung“ ist sowohl für Pflegebedürftige als auch für Pflegenden mühsamer (Zegelin 2005). Verwunderlich ist diese bestehende Auffassung von Pflege nicht, denn sie liegt auch dem Denken des Pflegeversicherungsgesetzes zugrunde trotz aller darin zu findenden anders lautender Aussagen und Forderungen. Das Versorgungsangebot nach SGB XI scheint stark an einer „Verwahrpflege“ orientiert zu sein, was durch die Reduktion auf die körperorientierten Hilfen bei der Körperpflege und Ausscheidung, der Nahrungsaufnahme und einiger Aspekte der Mobilität unterstrichen wird (Voges 2002, Bartholomeyczik 2004). So ist auch zu erklären, dass sich die Zeitkorridore, an die sich die Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI zu halten haben, an Zeiten der vollständigen Übernahme bei pflegerischen Maßnahmen orientieren (MDS 1997). Auch die Vorstellung, dass die Leistungen des SGB XI erst gewährt werden, wenn ärztliche Therapie und Rehabilitation keine Verbesserungen mehr erwarten lassen, unterstützt dieses Paradigma. Anders ausgedrückt wird dieses Paradigma durch die in den Sozialgesetzen immer wieder zu findende Forderung nach

„Rehabilitation vor Pflege“, oder gar „Prävention vor Rehabilitation vor Pflege“. Zur Verwirrung führt, dass die Kerne der Sozialgesetzbücher mit Begriffen der Versorgung – Prävention in Planung, Rehabilitation und Pflege – belegt werden, die schließlich besagen, dass Pflege etwas anderes ist als Rehabilitation und Prävention, und beide haben nichts mit Pflege zu tun haben.

Auf diese tradierte Vorstellung traf in den 80er Jahren – also vor mindestens 20 Jahren – aus England kommend über die Schweiz auch in Deutschland die Vorstellung ein, dass die PatientIn nicht nur das Objekt einer liebevollen handwerklichen Pflege sein sollte, im englischen Sprachraum als „hands-on nursing“ bezeichnet, sondern ihr als Subjekt eine aktive Rolle zuzusprechen sei.

Nicht umsonst wurde dies schon vor 15 Jahren als Paradigmenwechsel in der Pflege bezeichnet (Bartholomeyczik 1997). Als Paradigmenwechsel, als grundsätzlicher Wechsel in der Art des Denkens und Handelns ist dies deswegen zu bezeichnen, weil

- pflegerische Maßnahmen ein gesundheitsbezogenes Ziel erhalten, das man verkürzt als autonome Bewältigung des Alltags bezeichnen kann.
- weil mit dieser Ausrichtung pflegerische Maßnahmen eine therapeutische Funktion erhalten, wenn man Therapie als zielgerichtetes gesundheitsorientiertes Handeln verstehen will.
- weil der Pflegebedürftige oder Patient eine Rolle erhält, die ihn aus dem passiven Annehmen des Guten befreit und zu einem aktiven Mitstreiter für die Wiedererlangung der Autonomie macht.

Das zusammen bedeutet, dass pflegen zuallererst heißt, die Kompetenzen wiederherzustellen bzw. zu fördern, die die autonome Bewältigung des Alltags ermöglichen, dass die Förderung vorhandener Ressourcen hierfür im Vordergrund steht.

Der Paradigmenwechsel ist natürlich als bekannt vorauszusetzen. Hier sollte nur herausgestellt werden, dass es immer noch Verständnis- und Verstehensschwierigkeiten gibt, weil Versorgen einerseits und Vorbeugen und Fördern andererseits nicht als praktische Einheit gesehen, sondern eher Unterschiede hervorgehoben werden. Folglich wird auch die praktische Umsetzung als schwierig angesehen.

Die Begrifflichkeiten von Public Health und Gesundheitswissenschaft und die der Pflege nähern sich erst in jüngerer Zeit an (Schaeffer 1994). Während die obige Beschreibung des Paradigmenwechsels in der Pflege ohne die Begriffe Prävention oder Gesundheitsförderung auskommt, enthält sie über die Beschreibung der Förderung von Ressourcen dennoch deren Inhalte.

3. Definitionen

3.1 Gesundheitsförderung

Die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung bedürfen trotz ihres häufigen Gebrauchs einiger Erläuterungen. In den Gesundheitswissenschaften wird der Begriff Gesundheitsförderung als übergeordneter Begriff genutzt (Laaser et al. 1998). Dieser beinhaltet alle Prozesse, die Menschen dazu befähigt, die Kontrolle und Bewältigung von Gesundheitsproblemen zu beherrschen und ihre Gesundheit zu verbessern. Er ist also nicht auf spezifische Krankheiten ausgerichtet, sondern auf eine allgemeine Stärkung der Gesundheit. Hierzu gibt es eine auch in der Pflege viel zitierte Theorie, die sich mit dem Zusammenhang von psychosozialen Faktoren und Gesundheit befasst, nämlich die der Salutogenese des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997).

Kern dieser Theorie ist der Begriff des Kohärenzgefühls, das trotz aller negativen Einflüsse die Entstehung von Krankheiten verhindere. Das Kohärenzgefühl wird als eine Grundorientierung beschrieben, die ein umfassendes und dynamisches Vertrauen ausdrückt, weil die Umwelt als verstehbar, handhabbar und bedeutsam erlebt wird. Da diese Theorie hier nicht differenzierter dargestellt werden kann, sei neben der Originalliteratur auch auf Sekundärliteratur verwiesen (Antonovsky 1991, Brieskorn-Zinke 2004, 2000). Hinzuweisen ist aber darauf, dass das Revolutionäre dieser Theorie etwas ganz Einfaches ist, nämlich ihre zugrunde liegende Fragestellung: Gefragt wird nicht danach, welche psychosoziale Faktoren Menschen krank machen, wie traditionell in der Epidemiologie und oft auch in der Gesundheitswissenschaft vorherrschend, sondern danach, was die Menschen trotz aller krank machenden Faktoren gesund erhält. So wird aus der Pathogenese die Salutogenese, aus der Krankheitsentstehung die Gesundheitsentstehung, ein umfassender Erklärungsversuch, geboren aus der Erkenntnis, dass Stress krank macht, aber eben nicht alle. Das Salutogenesemodell ist allerdings nicht einzigartig, denn die Frage, was gesund hält, war immer wieder Gegenstand der Forschung. So bezeichnen Begriffe wie Widerstandsfähigkeit, Kontrollüberzeugung oder Selbstwirksamkeit ähnliche Konzepte (Franke 1997). Alle diese Theorien kennzeichnen keine spezifischen Copingstile, sondern sie beanspruchen, zugrunde liegende Faktoren zu beschreiben. Das Kohärenzgefühl ist ein Charakteristikum einer Person, das als „dispositionale Orientierung“ (ebenda: 184) zu verstehen ist. Es wird dann relevant, wenn Stresssituationen auftreten und führt dazu, dass Ressourcen aktiviert werden können, die die Person flexibel mit den Anforderungen umgehen lässt.

Inwieweit dieses Konzept in konkretes Pflegehandeln zu übertragen ist, ist durchaus kritisch zu hinterfragen. Es dient wohl eher als Erklärungs- denn als Maßnahmemodell.

Der Begriff der Gesundheitsförderung taucht im Entwurf des Präventionsgesetzes auch auf und bezieht sich auf die Bevölkerung als Ganzes und hier insbesondere dar-

auf, die Ungleichheit von sozial bedingten oder geschlechtsbezogenen Gesundheitschancen abzubauen. Mit dem Hinweis auf soziale Ungleichheit erhält dieser Teil des Gesetzentwurfs eine explizit politische Komponente, die im SGB V mit der Prävention nur angedeutet ist und im SGB XI nicht thematisiert wird.

So gerne alle Begriffe, die den Terminus „Gesundheit“ enthalten, genutzt werden, also auch der der Gesundheitsförderung, so sehr wird in der Praxis der Gesundheitsversorgung stärker die Prävention fokussiert. Hierbei ist anzumerken, dass auch der Begriff der Gesundheitsversorgung ein Euphemismus ist, geht es doch gerade nicht um die Versorgung Gesunder, sondern um die der Kranken.

3.2 Prävention

Als Prävention werden alle die Maßnahmen bezeichnet, die gezielt Krankheiten vorbeugen können, meist beziehen sie sich auf definierte Risikogruppen.

Seit den 1960er Jahren wird der Präventionsbegriff in drei Arten unterteilt, die sich am Zeitpunkt der Krankheitsentwicklung, Zielgruppe und Zielsetzung ausrichten (Caplan 1964): Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Zunächst beziehe ich mich auf Definitionen des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) und den Entwurf des Präventionsgesetzes (Bundestags-Drucksache 2005). Diese Definitionen erscheinen einfach und klar. So versteht der Sachverständigenrat unter Primärprävention die Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen oder Risikofaktoren von Erkrankungen. Im Entwurf zum Präventionsgesetz ist dies einfach die Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten.

Die Sekundärprävention bezieht sich im Sachverständigengutachten auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung und die erfolgreiche Frühtherapie. Andere Definitionen beziehen auch die Verhinderung des Wiedereintritts einer Krankheit ein, z.B. die Verhinderung eines zweiten Infarkts. Im Präventionsgesetz heißt dies Früherkennung symptomloser Krankheitsvor- oder Frühstadien.

Als Tertiärprävention wird die erfolgreiche Behandlung einer Krankheit verstanden, aufgrund derer Verschlimmerungen oder Funktionsverlusten vorgebeugt werden kann. Im Präventionsgesetz heißt dies: Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen.

In der Literatur finden sich auch andere Aufteilungen von Prävention wie z.B. ein Stufenschema (Nasseri 1979) oder die vor die Primärprävention einzufügende primordiale Prävention, die sich ausschließlich an Gesunde wende (Laaser et al 1998).

3.3 Pflege im Präventionsgesetz

Pflegerische Maßnahmen werden im Entwurf des Präventionsgesetzes explizit aus-

schließlich im Zusammenhang mit der Tertiärprävention genannt, also im Zusammenhang mit der Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen und Behinderungen sowie Vorbeugung von Folgeerkrankungen. Und zwar ist dort die Rede von „pflegerischen Maßnahmen, um die körperlichen, geistigen oder seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen zu erhalten.“ Auch hier findet sich implizit wieder der Begriff von Pflegebedürftigkeit, wie er auch im SGB XI genutzt wird: Pflegebedürftige sind Menschen, die der (kompensierenden) Pflege bedürfen, bei denen allenfalls Kräfte erhalten werden können, wenn die Pflege sich ihrer Aufgaben besinnt. Von Förderung oder Verhütung ist hier wenig zu merken, geschweige denn von einer therapeutischen Zielsetzung.

Aufgaben für eine pflegerische Versorgung finden sich allerdings in allen Teilen des Präventionsgesetzes, auch wenn der Begriff Pflege dabei nicht vorkommt, sei es nun die „Aufklärung über Fertigkeiten zum individuellen Umgang mit Gesundheitsrisiken vor Krankheiten“ so die Formulierungen bei der Primärprävention oder gleichlautend „in Folge von Krankheiten“, bei der Sekundärprävention, „die Unterstützung bei der Entwicklung individueller Verhaltensweisen, um eine Verschlimmerung von Erkrankungen oder Behinderungen zu verhüten sowie Folgeerkrankungen vorzubeugen“, ebenfalls eine Formulierung bei der Sekundärprävention.

Auch wenn im Präventionsgesetz die Präventionsbegriffe erläutert werden und jeder Teil der Trias vorkommt, hat das Gesetz in seinen detaillierteren Ausführungen vor allem die Primärprävention im Auge. Das ist nicht zu kritisieren. Zu fragen bleibt allerdings, warum es dann nicht als Gesetz zur Primärprävention bezeichnet wird. Möglicherweise verbirgt sich dahinter die wahrscheinlich grundsätzlich bestehende Auffassung, wonach bei dem allgemeinen Begriff Prävention in der Regel immer Primärprävention assoziiert wird. Die Spezifizierungen in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wären damit aufgesetzt und bildeten einen reinen „akademischen“ Diskurs.

4. Präventionsbegriffe in den Sozialgesetzbüchern

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die Notwendigkeit eines Präventionsgesetzes hat die Medizinsoziologin Ulla Walter die sieben Sozialgesetzbücher nach den Begriffen Gesundheitsförderung und Prävention durchsucht und auch verwandte Begriffe mit bei dieser Suche aufgenommen. Ihre Fragestellung dabei war, wie die Begriffe genutzt werden, ob und wie sie erklärt werden und ob es unterschiedliche Definitionen gibt (Walter 2003). Das Ergebnis der Analyse bezeichnet sie als babylonische Sprachverwirrung. Ein erstaunlicher Befund, sollte man doch annehmen, dass JuristInnen, die an der Formulierung der Sozialgesetze wesentlichen Anteil haben, nur gesicherte Definitionen in Gesetze aufnehmen.

In den vorhandenen Sozialgesetzen wird weder eine einheitliche Sprache verwendet, noch werden die gleichen Begriffe gleich genutzt. Keinen Eingang in die

Sozialgesetzbücher fanden ältere Begriffe, die auch hier nicht zu diskutieren sind wie Hygiene und Gesundheitserziehung. Interessant ist die Verwendung des zentralen Begriffs Prävention, der meist nur allgemein vorkommt, eine Spezifizierung, also die Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, findet sich nur im SGB V (§ 20), wo von Primärprävention die Rede ist, die einzige Stelle im SGB V, die sich mit Prävention befasst. Der Primärprävention müssten sich eigentlich die Begriffe der Sekundär- und Tertiärprävention anschließen. Diese erscheinen jedoch in keinem einzigen der Sozialgesetzbücher. Dagegen taucht auch der in der Pflege verbreitete Begriff der Prophylaxe auf. Eine inhaltliche Abgrenzung der Prophylaxe zum Begriff der Prävention ist nirgends zu finden. Insgesamt verschwindet er auch zunehmend mehr zu Gunsten des Präventionsbegriffs, wobei er sich offenbar in der Pflege besonders hartnäckig hält wie etwa die Formulierungen bei den Expertenstandards Dekubitusprophylaxe oder Sturzprophylaxe bezeugen. In den Sozialgesetzbüchern erscheint einzig im SGB V die Prophylaxe und zwar im Zusammenhang mit der Verhütung von Zahnkrankheiten.

Die Präventionsbegriffe werden in den Sozialgesetzbüchern nicht einheitlich verwandt, selbst innerhalb eines Regelwerks ist der Sprachgebrauch nicht unbedingt einheitlich. Das Pflegeversicherungsgesetz enthält vor allem in seinen einführenden ersten Paragraphen einige eigentlich sinnvolle Aufforderungen, die in der Umsetzung des SGB XI allerdings selten berücksichtigt werden. So kommt im § 7 die Gesundheitsförderung vor, deren Operationalisierung allerdings der Phantasie der LeserIn überlassen bleibt. Auch die im § 5 des SGB XI genannte Prävention, die ausgeschöpft werden sollte, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, bleibt völlig offen. Ebenso wird die in § 6 geforderte und in diesem Zusammenhang sicher wichtige Eigenverantwortung zur Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen nicht ausgeführt. Hier wird wenigstens auf Aufklärung und Beratung hingewiesen, mit der die Eigenverantwortung unterstützt werden sollte. Diese Hinweise auf präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahmen betreffen jedoch alle nicht die Leistungen des SGB XI. Sie werden daher oft auch als „Lyrik“ bezeichnet, der ein präventionsfeindlicher Charakter der Leistungen der Pflegeversicherung diametral gegenüber stehe.

Bei der obigen Kurzdefinition der Präventionsarten wurden Unklarheiten übergangen, die sich nicht nur in den Sozialgesetzbüchern finden, auch der Sachverständigenrat weist auf die Schwierigkeiten hin, „trennscharfe Kategorien und eine einheitliche Terminologie“ zu bilden (Sachverständigenrat 2001: 126). Gesundheitsförderung und Primärprävention werden nicht klar getrennt, sondern eher synonym gebraucht. Mal ist der Begriff der Gesundheitsförderung übergeordnet, wie weiter oben bereits angeführt, mal der der Prävention, wenn es beim Sachverständigenrat heißt: „Das Konzept der Gesundheitsförderung als Herangehensweise an die Prävention wird [...] von der WHO entwickelt und propagiert“ (Sachverständigenrat 2001: 127).

Außerdem gibt es Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Sekundär- und Tertiärprävention. Laut Sachverständigenrat ist Sekundärprävention die Erkennung der Frühstadien von Krankheiten, die im SGB V bspw. mehrfach auch als Früherkennung genannt wird. Der Präventionsbegriff wird hierbei nicht verwendet. Auch im Präventionsgesetz wird bei der Sekundärprävention insbesondere auf die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen hingewiesen. Damit fängt aber die Verwirrung an: Eine Mammographie z.B., mit der ein Brustkrebs im Frühstadium erkannt werden kann, um daran anschließend behandelt zu werden, führt ja nicht zur Vermeidung der Krankheit, sondern nur zu einer besseren Erfolgchance der Therapie, weil die Krankheit in einem früheren Stadium erkannt werden kann als mit anderen diagnostischen Methoden. Ist dies Früherkennung oder ein Form der Prävention? Wozu ist hier der Präventionsbegriff erforderlich, wenn es um Früherkennung geht?

Schließlich gibt es die Schwierigkeiten, Tertiärprävention von Rehabilitation zu unterscheiden, wenn Tertiärprävention als die Vermeidung negativer Folgewirkungen von Krankheiten definiert wird. Der Sachverständigenrat verbindet die beiden Begriffe explizit, wenn er schreibt: „Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist diesem Verständnis nach, die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich wieder herzustellen bzw. zu erhalten“ (Sachverständigenrat 2002: 126). Ganz offensichtlich beziehen sich beide Begriffe auf das Gleiche, wobei die Rehabilitation ursprünglich stark mit einem beruflichen Leistungsverständnis verbunden war, während die Tertiärprävention allgemeiner gefasst ist.

5. Aufforderung zur Begriffsklärung

Als Schlussfolgerung aus der Analyse der Sozialgesetzbücher und den begrifflichen Unklarheiten im Hinblick auf die Präventionsbegriffe fordert Walter, die Unterscheidung zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention aufzugeben. Früherkennung solle Früherkennung bleiben und nicht mit einem Präventionsbegriff versehen werden. Aus den genannten Begriffsunklarheiten kann nur gefolgert werden, dass jedwede therapeutische Maßnahme zur Prävention umdefiniert werden kann, soll sie doch irgendwo und irgendwie etwas verhindern.

Aus Walters Analyse der babylonischen Sprachverwirrung der Präventionsbegriffe sind mehrere Konsequenzen abzuleiten: Der Präventionsbegriff als solcher wird in der Regel mit Primärprävention gleichgesetzt. Der wichtigste Charakter der Primärprävention ist der Ansatz bei gesunden Menschen, die zum Zeitpunkt der Maßnahmen keinerlei wahrnehmbare Indikatoren/Symptome für eine vorhandene Gesundheitsstörung oder Krankheit zeigen. Dieses Denken führt dazu, dass präventive Maßnahmen nach Eintritt einer gesundheitlichen Problemlage, insbesondere bei chronischer Krankheit und bei gleichzeitigen anderen Leistungen ausgeklammert werden. Walter empfiehlt daher, ausschließlich einen allgemeinen Präventionsbegriff

zu nutzen ohne die unklare Aufteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. „Allerdings sollte (in bestehenden und zukünftigen Gesetzen) explizit darauf hingewiesen werden, dass präventive Maßnahmen nach Eintritt eines Schadensfalls auch bei gleichzeitiger kurativer, rehabilitativer bzw. pflegerischer Leistungen, wo erforderlich, ergriffen werden sollten“ (Walter 2003: 260).

Die Unterteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention ist folglich eine überflüssige Begriffsaufteilung, die suggeriert, dass präventive Maßnahmen etwas Unterschiedliches bedeuten, je nachdem, ob bereits Gesundheitsprobleme eingetreten sind oder nicht. Eigentlich sollten alle vorsorgenden, krankheitsverhütenden und Gesundheitsprobleme vermeidenden Maßnahmen als präventiv bezeichnet werden, sofern sie nicht kurativ sind.

Walters Vorschlag, die Unterscheidung der Präventionsarten aufzugeben, halte ich für außerordentlich wichtig. Damit würden sich auch etliche Unklarheiten des Präventionsgesetzes mindern, und die Schwerpunkte könnten sich eher nach den Zielen ausrichten und nicht danach, welcher Präventionsart sie zuzuordnen sind. Darüber hinaus halte ich es für wichtig, dass die Unterscheidung in Gesundheitsförderung und Prävention eine analytische bleibt, d.h. jede präventive Maßnahme sollte immer beide Komponenten enthalten: sie sollte immer darauf gezielt sein, die Ressourcen zu stärken – die gesundheitsfördernde Komponente – und gleichzeitig die Belastungen zu senken – die präventive Komponente (Rosenbrock 2003). Nur beides gemeinsam führt zu den größt möglichen Effekten bei der Vermeidung von – weiteren – Gesundheitsschäden.

6. Schlussfolgerungen für die Pflege

Die Überlegungen zum Begriff der Prävention haben in vielfacher Weise Bedeutung für die Pflege. Hier werden Schlussfolgerungen für drei Aspekte angesprochen:

6.1 Ohne präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen ist Pflege nicht Pflege

Zuerst kann festgehalten werden, dass präventive Maßnahmen im Sinne der Vermeidung von Gesundheitsschäden mit der Förderung verbliebender Fähigkeiten schon immer ein Teil der Pflege sind und zwar ein wesentlicher Bestandteil. Das beste Beispiel dafür sind die bereits erwähnten Prophylaxen, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Nicht umsonst beziehen sich zwei der bisherigen fünf entwickelten Expertenstandards des Deutschen Netzwerks Qualitätsentwicklung in der Pflege explizit auf so bezeichnete prophylaktische Maßnahmen (Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe) und zwei weitere Expertenstandards führen zwar diesen Begriff nicht im Titel, sind inhaltlich aber präventiv ausgelegt: Der Expertenstandard zum Entlassungsmanagement und der zur Kontinenzförderung.

Relativ wenig beachtet wurde im Pflegekontext bisher nur, dass sich pflegerische Aufgaben auch auf Menschen beziehen, die (noch) nicht pflegeabhängig sind, z.B. zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Dies ist allerdings nur die logische Konsequenz aus dem pflegerischen Ziel, die autonome Bewältigung des Alltags wieder zu ermöglichen. Wenn die Wiederherstellung der Selbständigkeit der Kern pflegerischer Einzelziele ist, dann muss auch verhindert werden, dass diese verloren geht. Wenn in präventiven Hausbesuchen mit einem differenzierten Assessment die Situation alter Menschen erfasst wird, die bisher nicht pflegebedürftig sind, um mögliche vorbeugende Maßnahmen ergreifen zu können, dann wird hier genauso eine Pflegediagnostik betrieben, wie sie zu erfolgen hat, wenn bereits eine Pflegeabhängigkeit eingetreten ist (dip 2003). Und auch die Beratung sollte bei bereits eingetretener Beeinträchtigung einen vergleichbaren Charakter haben.

Wo die Vorbeugung von Pflegeabhängigkeit beginnt und ob es Grenzen zu z.B. Gesundheitsförderungen bei Jugendlichen gibt, muss an anderer Stelle diskutiert werden.

6.2 Ressourcendiskurs in der Pflege muss entwickelt werden

Voraussetzung für effektive präventive Ansätze in der Pflege ist eine gute Kenntnis und damit Diagnostik der trotz aller Beeinträchtigungen vorhandenen Ressourcen. Die bisher sehr diffus und unspezifisch geführte Diskussion um Ressourcen bedarf dringend einer breiten systematischen Bearbeitung. Meist werden Ressourcen als potentielle kompensierende Fähigkeiten für vorhandene Einschränkungen gesehen. Wenn also die rechte Körperhälfte gelähmt ist, gilt als Ressource, dass mit der linken Körperhälfte bestimmte Aktivitäten übernommen werden können: „Ja-Aber-Ressourcen“: ja, der rechte Arm ist gelähmt, aber mit dem linken können etliche Funktionen des rechten Arms kompensiert werden. Assessments, die von NANDA-Diagnosen beeinflusst sind, beschäftigen sich wenigstens noch mit dem Wissen des Patienten über die Krankheit oder die Beeinträchtigungen. Die immer wieder geforderte Erfassung von Ressourcen und ihre Einbeziehung in die Planung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen bleibt oft aufgesetzt und wird in der Praxis wenig umgesetzt. Die Konzepte, die auch in pflegewissenschaftliche Literatur Eingang gefunden haben, wie z.B. das der Gesundheitsförderung, der Lebenswelt, des Empowerment, bleiben vor allem auf den Diskurs beschränkt (Weidner 1995, Schachtner 1996, Brieskorn-Zinke 2004, Sambale 2005).

Praktisch zu nutzen wären z.B. die in den USA entwickelten „Wellness-Diagnosen“ mit einem breiten inhaltlichen Ansatz, der natürlich „europäisiert“ werden müsste (Stolte 1996, Bartholomeyczik 2003). Sie finden seit kurzem langsam Eingang in die in Deutschland allerdings noch recht zögerlich genutzten NANDA Pflegediagnosen (NANDA 2005). In der Psychologie wurde aufbauend auf Antonovskys Salutogenese-Modell eine Systematik allgemeiner Widerstandsressourcen entwickelt, die eine gute Basis für eine praxisorientierte Weiterentwicklung darstellen kann (Faltermayer et al. 1998). Brieskorn-Zinke führte sie

bereits vor sechs Jahren als eine Grundlage an, mit der der in der Pflege so uneinheitlich gefasste Begriff der Ressourcen geklärt werden könne (Brieskorn-Zinke 2000). Die Widerstandsressourcen lösen sich von den „Ja-Aber-Ressourcen“. Außerdem ist diese Systematik unabhängig davon zu nutzen, ob gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind oder nicht.

Vorgeschlagen werden folgende Kategorien:

- Körperliche und konstitutionelle Ressourcen als körpereigene Merkmale,
- Materielle Ressourcen als Verfügbarkeit über Geld, Güter oder Dienstleistungen,
- Personale und psychische Ressourcen, unterteilt in kognitive und emotionale. Hierzu gehören Kenntnisse, aber auch Intelligenz, Selbstvertrauen oder Bewältigungsstile und schließlich soziale Kompetenzen.
- Interpersonale Ressourcen, z.B. Verfügbarkeit über Bezugspersonen mit sozialer Unterstützung.
- Soziokulturelle Ressourcen, z.B. Eingebundenheit in eine stabile Kultur, philosophische Überzeugungen oder Glaubenssystem.

Wenngleich die Kategorie der personalen und psychischen Ressourcen immer noch eine große und schwer zu fassende Kategorie zu sein scheint, könnte an dieser Systematik weiter gearbeitet werden.

Neben der Erarbeitung einer Struktur der Ressourcen fehlt es aber auch an der begründeten und nachgewiesenen Verbindung darauf aufbauender Maßnahmen. Wenn Patientenedukation selbstverständlich als pflegerische Aufgabe angesehen wird (Abt-Zegelin 2002), dann muss dies mit den genannten Konzepten begründet werden. Das Gleiche gilt für Beratungskonzepte, Wohnformen, Case-Management Modelle, Schnittstellenmanagement und vieles andere mehr (z.B. Ewers et al. 2000, Höhmann 2002).

6.3 Adressaten der Pflege sind nicht nur Individuen

Auch für pflegerische Maßnahmen gilt, dass sie verschiedene Arten von Adressaten haben. Rosenbrock (2003) unterscheidet in Anlehnung an die WHO z.B. zwischen Individuum, Setting und Bevölkerung. Pflegerische Diskurse scheinen sich traditionell auf eine Dyade Pflegende – zu Pflegende zu beschränken, die zudem noch in einem „luftleeren Raum“ agiert. Wenngleich die WHO schon seit langem gefordert hat, dass sich Pflege neben Individuen auch an Bevölkerungsgruppen wenden muss (WHO 1993), beginnt sich dies hierzulande erst langsam zu ändern. Seit einiger Zeit wird das System Familie stärker in den Vordergrund pflegerischen Interesses gerückt (Schnepp 2006). Auch über andere Settings oder Bevölkerungsgruppen als „Ziele der Intervention“ wird öffentlich debattiert (iap 2004). Wenn kulturell oder religiös bedingte Benachteiligung diskutiert wird, dann meist auf Individuen bezogen. Hier wäre sicher auch ein gruppenbezogener Zugang ratsam. Dass es allgemein schichtspezifische Benachteiligungen

gibt, dass Bildung und materielle Ressourcen auch beachtet werden müssen, kommt noch viel zu kurz. Auch geschlechtsspezifische Benachteiligungen sind bisher kaum Gegenstand des Pflegediskurses. Die Erörterung zugehender Modelle der pflegerischen Versorgung müsste diese Themen sehr stark in den Mittelpunkt nehmen. Dies gilt insbesondere für Beratungs- und Edukationskonzepte in dem versäulten und verzettelten Gesundheitswesen Deutschlands, das wenig zusammenarbeitet, aber dennoch Einiges zu bieten hat.

7. Schluss

Zum Schluss darf ein Hinweis bei allen Forderungen, die hier vorgetragen wurden, nicht fehlen. In den Zeiten des geforderten Evidence based nursing, sollte auch der Nachweis präventiver Maßnahmen gefordert werden. Alle, die sich intensiver mit der Dekubitusprophylaxe befassen haben, wissen, wie schwierig ein solcher Nachweis selbst auf diesem relativ klar definierten Gebiet ist. Das Problem liegt vor allem darin, dass nachgewiesen werden muss, dass etwas nicht auftritt. Hier sind große epidemiologische Studien mit Vergleichsgruppen nötig, denn auch in Gruppen, die die präventiven Maßnahmen nicht erhalten, bekommen nicht alle die Gesundheitsschädigung. Forschungsmethodisch sind Nachweise, die sich nicht nur auf relativ klar definierte körperorientierte Ergebnisse (Outcomes) wie einen Dekubitus beziehen, besonders schwierig. Zu nennen sind hier z.B. Wirkungen von Pflegeinterventionen wie Patientenedukation, Case Management, Familiengesundheitspflege. Oft greifen traditionelle naturwissenschaftlich beeinflusste Methodenansätze hierbei nicht. Untersuchungen zu Wohlbefinden oder gar Zufriedenheit werfen wiederum eigene methodologische Probleme auf.

Mit diesen Hinweisen ist ein weiteres Thema angeschnitten, ein notwendiger Diskurs der Forschungsmethodologie und der Möglichkeiten forschungsbasierter und handlungsweisender Ergebnisse, das hoffentlich bald auch in dieser Zeitschrift erörtert wird.

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. *Pflege und Gesellschaft*, 7 Sonderausgabe, 103-115
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher. *Argument: Jahrbuch für Kritische Medizin*, 17, 112-130
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag
- Bartholomeyczik, S. (1997): Nachdenken über Sprache – Professionalisierung der Pflege? In A. Zegelin (Hrsg.), *Sprache und Pflege*. Berlin: Ullstein/Mosby, 11-21
- Bartholomeyczik, S. (2003): Pflegediagnostik als Prinzip. In B. S. Ertzel (Ed.), *Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Entwicklung und Anwendung* (pp. 11-26). Stuttgart: Kohlhammer
- Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten. In S. Bartholomeyczik; M. Halek (Hrsg.), *Assessments in der Pflege*. Hannover: Schlütersche, 11-20

- Brieskorn-Zinke, M. (2000): Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. *Pflege*, 13, 272-380
- Brieskorn-Zinke, M. (2004): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 2. vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesgesetzblatt Jg. 2003 Teil I Nr. 36 vom 21.7.2003, 1442-1456
- Bundestag-Drucksache 15/4833 vom 15.2.2005
- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books
- dip Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.): *Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit*. Hannover: Schlütersche
- Ewers, M.; & Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern: Huber
- Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In A. Antonovsky: *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag. 169-190
- Höhmann, U. (2002): Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*. Hannover: Vincentz, 289-428
- iap Institut für angewandte Pflegeforschung (2004): *Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege*. In: *Pflege*, 17, 105-112
- Laaser, U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann; U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa. 395-424
- MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (1997): *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches*. Essen
- NANDA Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung (2005): *Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005-2006*. Bern: Huber
- Nasseri, K. (1979): Letters to the editor. In: *International Journal of Epidemiology*, 8 (4), 389-390
- Rosenbrock, R. (2003): *Prävention und Gesundheitsförderung aus gesundheitspolitischer Sicht. Plenarvortrag auf der wissenschaftlichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 25.9.2003, Ernst-Moritz-Arndt-Universität, Greifswald*
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten 2000/2001*
- Sambale, M. (2005): *Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der prävention und des Case Managment im Strukturwandel des Gesundheitswesens*. Hannover: Schlütersche
- Schaeffer, D. (1994): Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. In D. Schaeffer, M. Moers; R. Rosenbrock (Hrsg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: Ed. Sigma, 103-126
- Schachtner, C. (1996): Die Ressourcen-Orientierung in der Pflege. Eon Beitrag zur Zukunft der Pflege in Theorie und Praxis. In: *Pflege*, 9 (3), 1996, 198-206
- Schnepf, W. (2006): Im Angesicht des Anderen: „Schützen müssen“. Antrittsvorlesung am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke. In: *Pflege und Gesellschaft*, 11 (1), 61-76
- Stolte, K. M. (1996): *Wellness nursing diagnosis for health promotion*. Philadelphia: Lippincott-Raven
- WHO Regional Office for Europe: *Nursing in action. Strengthening nursing and midwifery - to support health for all*. WHO Regional Publications, European Series, No. 48
- Voges, W. (2002): *Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie eines Tätigkeitsfeldes*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag

- Walter, U. (2003): Babylon im SGB? Eine Analyse der Begriffsvielfalt zur Prävention in den Sozialgesetzbüchern. In: Sozialer Fortschritt, 10, 253-261
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse
- Zegelin, A. (2005): „Festgenagelt sein“. Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. Bern: Huber

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12, D-58453 Witten, sbartholo@uni-wh.de

Schlüsselwörter:

Gesundheitsförderung, Prävention, Präventionsgesetz, Prophylaxe, Ressourcen, Sozialgesetzbücher, Verwahrpflege

Sabine Dörpinghaus

Evaluation von Pflegekursen: Stärken und Herausforderungen

The German Institut of Applied Nursing Research (dip) in Cologne carried out the first nationwide research on training courses for care giving relatives. The study was funded by the Bosch Health Care Insurance Company (BKK).

The project was focusing on the question how to lighten the relatives' load and how to support them on the one hand, on the other hand on the question whether the training courses were appropriate to meet the needs of the target group.

By help of a triangulative approach the few investigated question was assessed how care giving relatives as well as their trainers evaluate the concept of these training units and how the offer of encouragement is designed. Gaps and inappropriate handlings become visible where it is about goal-exact consulting and support regarding the accomplishment of a predominantly nursing qualification of the care giving relatives. It could be demonstrated that existing courses have positive effects on the well-being and the quality of life of the care giving relatives, but the approach in form and content needs to be improved.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung in Köln (dip) konnte mit Fördermitteln der Bosch BKK erstmals bundesweit Pflegekurse nach § 45 SGB XI untersuchen. Im Zentrum des Förderprojektes standen die Entlastungs- und Unterstützungspotenziale für pflegende Angehörige und die Frage, ob die Gruppenschulungskurse auf die Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt sind. Mit Hilfe eines triangulativen Ansatzes wurde der wenig er-