



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheitsförderung in der mobilen
Hauskrankenpflege in Wien - Perspektiven der
Pflegerinnen in Hinblick auf Möglichkeiten und
Voraussetzungen für Gesundheitsförderung in der
Pflege.“

Verfasserin

Alexandra Julia Lechner

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Pflegewissenschaft

Betreuer: Priv. Doz. Dr. Karl Krajic

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig verfasst, keine anderen, als die angeführten Quellen und Hilfsmittel verwendet, mich an die Richtlinien des wissenschaftlichen Arbeitens und Zitierens gehalten habe und alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen deutlich als solche vermerkt habe.

Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form **keiner** Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

.....

Alexandra Julia Lechner

Wien, am

Danksagungen

Hiermit möchte ich mich bei all jenen Menschen bedanken, die mich in der entscheidenden letzten Phase meines Studiums und in diesem langen Prozess unterstützt und begleitet haben.

Ganz besonders möchte ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Priv. Doz. Dr. Karl Krajic, bedanken, der mich mit viel Geduld und mit seinem außerordentlichen Fachwissen unterstützt und beraten hat und mir stets mit fachlichen Informationen und Hinweisen zur Seite stand.

Ein ganz großer DANK geht an meine lieben Eltern, die mir so viel ermöglicht haben, die immer für mich da sind, mich in allen Belangen unterstützen, stets behilflich sind, mir in schwierigen oder stressigen Situationen Mut zusprechen, mir das Studium ermöglicht haben und mir währenddessen allzeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind. In Situationen der Verzweiflung hatten sie immer ein offenes Ohr für mich und leisteten aufmunternden Beistand. DANKE!

Meiner Schwester und ihrem Verlobten möchte ich ebenfalls DANKEN, da auch sie mir stets behilflich waren, ebenfalls mit Rat und Tat zur Seite standen und auch sie immer für mich da sind und mich unterstützen.

Somit spreche ich hier ein großes DANKESCHÖN an meine Familie aus, da ALLE eine große Unterstützung für den Abschluss meines Studiums waren!

Bei meinen Studienkolleginnen und Freundinnen Teresa und Raffaella möchte ich mich ebenfalls bedanken. Auch sie haben mich beim Abschluss meines Studiums unterstützt und mir den nötigen Mut zugesprochen. Außerdem möchte ich mich für die schöne, nette und unvergessliche gemeinsame Studienzeit bedanken, für die gute Zusammenarbeit bei den diversen gemeinsamen Seminararbeiten, für das

gemeinschaftliche Besuchen von Seminaren und Vorlesungen und für das Durchstehen von Prüfungen.

Herzlich bedanken möchte ich mich außerdem bei meinen Interviewpartnern und beim Wiener Hilfswerk, Roten Kreuz, Sonores, Care Systems und Caritas Socialis, da mir diese die nötigen Interviewpartner zu Verfügung stellten und mir dadurch einen wichtigen Teil meiner Diplomarbeit ermöglichten. Dank ihnen bin ich zu interessanten Interviews und letztendlich zu hilfreichen Erkenntnissen gekommen.

Soweit in dieser Diplomarbeit personenbezogene Ausdrücke verwendet werden, umfassen diese sowohl weibliche als auch männliche Personen gleichermaßen. Sie stellen keine Diskriminierung dar, sondern dienen lediglich dem „Lesefluss“ dieser Arbeit!

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	WHO - World Health Organization.....	5
2.1	Geschichte und Entstehung.....	5
2.2	Ottawa - Charta.....	6
2.3	„Gesundheit21“	8
2.4	Projekte der WHO.....	11
2.4.1	WHO – Projekt „Family Health Nurse“.....	12
2.4.2	WHO – Projekt „Gesunde Städte“	14
3.	Terminologie	15
3.1	Gesundheitsförderung.....	15
3.1.1	Ansätze der Gesundheitsförderung	16
3.2	Krankheitsprävention	16
3.2.1	Formen der Prävention.....	17
3.2.1.1	Unterscheidung nach dem Zeitpunkt.....	17
3.2.1.2	Unterscheidung nach dem Ziel	18
3.2.1.3	Unterscheidung nach der Methode	19
3.3	Gesundheitsförderung versus Krankheitsprävention	21
3.4	Gesundheit versus Krankheit	22
3.4.1	Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit.....	27
3.4.1.1	Soziale Ungleichheit.....	27
3.4.1.2	Lebensgewohnheiten und Lebensweisen	28
3.4.1.3	Umweltmerkmale	28
3.4.1.4	Arbeitsbedingungen und Berufsanforderungen	29
3.4.1.5	Soziale Beziehungen/Netzwerke und soziale Unterstützung.....	29
3.4.1.6	Geschlecht.....	30
3.4.1.7	Alter.....	31
3.4.1.8	Kultur.....	32
4.	Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky.....	33
4.1	Antonovskys Denkansatz und der Ansatz der Salutogenese	35
4.2	Das Kohärenzgefühl – „Sense of Coherence“	36
4.2.1	Komponenten des Kohärenzgefühls	38
4.3	Das Gesundheits – Krankheits – Kontinuum.....	40
4.4	Generalisierte Widerstandsressourcen.....	42

4.5	Stressoren	44
4.6	Die Bedeutung des Modells der Salutogenese in der Pflege	45
5.	Wichtige Pflegemodelle in der mobilen Hauskrankenpflege	46
5.1	Pflegemodell nach Orem.....	47
5.1.1	Theorie der Selbstpflege/Dependenzpflege.....	49
5.1.2	Theorie des Selbstpflegedefizits	51
5.1.3	Theorie des Pflegesystems	51
5.1.4	Planung und Ziel der Pflege nach Orem.....	54
5.1.5	Verbreitung und Anwendung des Modells.....	55
5.2	Pflegemodell nach Krohwinkel	56
5.2.1	Das AEDL – Strukturmodell	57
5.2.1.1	Die 13 AEDLs nach Krohwinkel	58
5.2.2	Hauptaussagen und Ansichten von Monika Krohwinkel	61
5.3	Pflegemodell nach Friedemann	62
5.3.1	Die Theorie des systemischen Gleichgewichts in der familien- und umweltbezogenen Pflege.....	63
5.3.2	Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege.....	64
5.3.2.1	Systemische Pflege des Individuums	72
5.3.2.2	Systemische Pflege der Familie.....	74
5.3.3	Das Kongruenzmodell	76
5.3.4	ASF-E (Assessment of Strategies in Families – Effectiveness).....	77
5.4	Pflegemodell nach Henderson	78
5.5	Pflegemodell nach Roper	80
5.6	Pflegemodell nach Juchli.....	81
5.7	Präsenz dieser Pflegemodelle in der mobilen Hauskrankenpflege	82
6.	Hauskrankenpflege	83
6.1	Hauskrankenpflege und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.....	86
6.2	Hauskrankenpflege in Österreich	87
6.2.1	Exkurs: Pflegegeldregelung in Österreich.....	88
6.3	Andere Extramurale Dienste.....	89
6.3.1	Heimhilfe	90
6.3.2	Medizinische Hauskrankenpflege	92
6.3.3	Pflegehelfer	93
6.3.4	Bedeutung extramuraler Dienste in der Hauskrankenpflege	95

7. Gesundheitsförderung als neuer Bestandteil der Pflege	95
7.1 Beratung als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege	96
7.2 Verhaltensänderung als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege.....	97
7.2.1 Das Modell der stufenweisen Veränderung	98
7.3 Selbstmotivation als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege	101
7.4 Empowerment als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege.....	103
7.5 Compliance als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege	105
7.6 Pflegeprozess versus Gesundheitsprozess.....	106
7.7 Gesundheitsprozess in der Pflege	108
8. Empirischer Teil: Gesundheitsförderung aus der Sicht der Pflegepersonen	109
8.1 Umsetzung und Präsenz	110
8.2 Sicht und Einstellung der Klienten und Angehörigen gegenüber Gesundheitsförderung.....	114
8.3 Sicht und Einstellung der Pflegepersonen gegenüber Gesundheitsförderung in der Pflege	116
8.4 Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der mobilen Hauskrankenpflege.....	118
8.5 Fortschritte und gesundheitliche Verbesserungen	120
8.6 Erfolgsgeschichten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung in der Pflege.....	122
9. Conclusio	124
10. Literaturverzeichnis und Quellenangaben.....	128
11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	133
12. Abkürzungsverzeichnis	134
13. Anhang	135
Interviewleitfaden	135
Zusammenfassung	137
Abstract	137
Lebenslauf	138

1. Einleitung

Die heutige Pflege umfasst nicht nur therapeutische, rehabilitative, unterstützende und betreuende Handlungen sondern auch gesundheitsfördernde Maßnahmen. Das Ziel moderner Pflegemodelle ist es, zur größtmöglichen Gesundheit des einzelnen Patienten und seiner Umgebung beizutragen. Hierbei wird der Schwerpunkt nicht nur auf den Patienten selbst gelegt, sondern auch auf sein Umfeld (d.h. Familie, Angehörige, Freunde usw.). In der Pflege genügt es heute nicht mehr, dass nur die Bewältigung von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit im Zentrum steht, sie muss auch die Gesundheitsförderung und die Förderung vorhandener Ressourcen der Patienten umfassen. Inzwischen werden Gesundheitsförderung und Prävention als wesentliche Aufgaben und unverzichtbare Bestandteile der professionellen Pflege gesehen (vgl. Heidecker, 2007, S. 3).

„Anders als vor Jahrzehnten muss sich auch die Pflege zunehmend dem Nachweisdruck der Nützlichkeit und Wirksamkeit ihrer Maßnahmen und Interventionen stellen. Sie ist auch der Konkurrenz anderer Gesundheitsberufe ausgesetzt. Die Aufgabenfelder der Pflege in Prävention und Gesundheitsförderung müssen vor dem Hintergrund nationaler Bedingungen wieder neu definiert, strukturiert und insbesondere in ihrer Wirksamkeit durch die Pflegeforschung nachgewiesen werden“ (Hasseler & Meyer, 2006, S. 10).

In der Pflege(wissenschaft) wurden in den letzten Jahren einige Ideen zur Gesundheitsförderung entwickelt und sind inzwischen auch schon fest verankert. Das Ziel der heutigen Pflege ist es, so gut wie möglich zur Gesundheit und zum Wohlbefinden eines jeden Patienten beizutragen. Inzwischen ist hierbei auch die Umgebung, d.h. das soziale Umfeld des Patienten, Angehörige, Bekannte, Freunde wichtig geworden und werden daher auch in den Pflegeprozess mit einbezogen. (vgl. Heidecker, 2007, S. 3). Bereits 1985 hat der damalige Generaldirektor der *World Health Organization*, Dr. Halfdan Mahler, in Bezug auf den Prozess der Gesundheitsförderung eine wichtige Veränderung für die Pflege prophezeit.

Dr. Mahler meinte:

„Die Rolle der Krankenschwestern wird sich ändern, mehr von ihnen werden aus den Krankenhäusern in das Alltagsleben gehen, wo sie dringend gebraucht werden. Sie werden mehr zu Hilfsquellen für die Menschen als für die Ärzte, indem sie sich aktiver um die Gesundheitserziehung der Bevölkerung kümmern. Leitende Krankenschwestern werden zunehmend innovativ wirken und an der Planung und Auswertung von Programmen beteiligt sein. Wenn Millionen von Krankenschwestern an tausend verschiedenen Orten die gleichen Ideen verkünden und sich zu einer gemeinsamen Kraft zusammenschließen, dann könnten sie wie ein Kraftwerk auf Veränderungen hinwirken. Ich glaube, dass eine solche Veränderung kommt. Es ist heute offensichtlich, dass der Krankenpflegeberuf mehr bereit ist für Veränderungen als andere Berufsgruppen“ (Mahler 1985, zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 95).

Vor nicht allzu langer Zeit wurde in Österreich der Aufgabenbereich der Pflege nur mit der Unterstützung kranker und pflegebedürftiger Menschen in Verbindung gebracht. Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege ist ein relativ neuer Aufgabenbereich der Pflege. Dass Gesundheitsförderung in den letzten Jahren im Bereich der Pflege an Bedeutung gewonnen hat, sieht man allerdings daran, dass im 1997 eingeführten *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz* die Bezeichnung „diplomierte/r Krankenschwester und Krankenpfleger“ durch den Begriff „diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger“ ersetzt wurde. Diese Begriffsänderung – das Wort „krank“ wird durch das Wort „gesund“ ergänzt - zeigt deutlich, dass sich Pflege nicht nur auf die Krankheit, sondern auch auf die Gesundheit eines Patienten konzentrieren muss. Bisher stand lediglich die Krankenpflege im Mittelpunkt der pflegerischen Tätigkeit, allerdings müssen inzwischen die Förderung der Gesundheit der Klienten und deren Pflege als gleichwertig angesehen werden (vgl. Steinbach, 2007, S. 14). . Durch die neue Benennung werden praktisch auch eine neue Ausrichtung und ein neuer Umfang im Aufgabenbereich der Pflege festgelegt (vgl. Steinbach, 2007, S. 132).

Durch den immer wichtiger werdenden Aspekt der Gesundheitsförderung in der Pflege, kann man sagen, dass der pathogenetische¹ Ansatz langsam durch einen salutogenetischen² Ansatz ersetzt wird (vgl. Steinbach, 2007, S. 15). Hierbei ist allerdings zu erwähnen, dass genügend Motivation und Ressourcen für ein gesundheitsförderndes Verhalten und gesundheitsfördernde Maßnahmen vorhanden sein bzw. geschaffen werden sollten.

Diese neue Perspektive in der Pflege bedeutet auch eine Neuorientierung und ein Umdenken seitens der Pfleger, da ihre Tätigkeit nicht mehr nur auf das „Gesundwerden“, sondern ebenso auf das „Gesundsein“ ausgerichtet ist (vgl. Steinbach, 2007, S. 133).

Ziel gesundheitsförderlicher und präventiver Pflege ist die Erhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit oder eben die Vorbeugung von Pflegebedarf und Krankheit (Hurrelmann 2004, zitiert nach Schewior-Popp, Sitzmann, & Ullrich, 2009, S. 193). Ein weiteres wesentliches Ziel der Gesundheitsförderung in der Pflege ist, die Ermächtigung der Klienten mit den eigenen Gesundheitsproblemen kompetent umgehen zu können, da dies nachweislich die Lebensqualität verbessert (vgl. Monika Maier in Dietscher, 2008, S. 63).

Da allerdings beim Thema Gesundheitsförderung in der Pflege die Meinungen sehr auseinander gehen – von einigen Seiten bekam ich zu hören „Gesundheitsförderung ist ein wesentlicher Bestandteil der Pflege“, von anderen Seiten wiederum „für Gesundheitsförderung ist kein Platz in der Pflege“ - wollte ich herausfinden wie es in der Praxis um die Gesundheitsförderung in der Pflege steht. Ich wollte erforschen wie „Gesundheitsförderung in der Pflege“ in der Literatur und somit in der Theorie dargestellt wird, wie verbreitet sie ist und in welchen Pflegemodellen Gesundheitsförderung thematisiert wird. Weiters wollte ich die Sicht der Pflegepersonen in Hinblick auf dieses Thema untersuchen und feststellen inwieweit

¹ Pathogenese: Entstehung und Entwicklung von Krankheiten; abgeleitet von „pathos“ (griech.) = Schmerz, Leiden; Krankheit; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn (Steinbach, 2007, S. 15)

² Salutogenese: Entstehung von Gesundheit; abgeleitet von „salus“ (lat.) = heil, gesund; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn (Steinbach, 2007, S. 15)

Gesundheitsförderung eine Rolle in der Praxis spielt. Somit war es mein Ziel, Antworten auf folgende Forschungsfragen zu finden:

- Ist Gesundheitsförderung überhaupt ein Thema in der Pflege?
- Was versteht man unter Gesundheitsförderung in der Pflege und welche Maßnahmen werden als gesundheitsfördernd eingestuft?
- Welche Aspekte der Gesundheitsförderung – soziale, psychologische und körperliche Gesundheitsförderung - werden in der mobilen Hauskrankenpflege integriert?
- Welche Pflegemodelle mit gesundheitsförderndem Schwerpunkt gibt es und welche werden in der mobilen Hauskrankenpflege eingesetzt?
- Wie schätzen Pflegepersonen ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung in der mobilen Hauskrankenpflege ein – findet Gesundheitsförderung explizit oder implizit statt?
- Wie wichtig ist Gesundheitsförderung in der gegenwärtigen Hauskrankenpflege?
- Wie weitreichend kann Gesundheitsförderung in der Hauskrankenpflege eingebaut werden?

Für die Beantwortung und Bearbeitung meiner Forschungsfragen habe ich neben der Literaturrecherche zusätzlich noch 10 Experteninterviews durchgeführt.

Zu Beginn meiner Arbeit möchte ich näher auf die Weltgesundheitsorganisation eingehen, da diese eine wesentliche Rolle, sowohl bei der Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Bevölkerung, als auch bei der Gesundheitsförderung in der Pflege spielt. Mit Hilfe ihrer Projekte, Agenden, der einzelnen Charta und Anweisungen wurde bereits sehr viel auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung erreicht und umgesetzt. Die Weltgesundheitsorganisation hat 1986 in der *Ottawa - Charta* als erste den Begriff „Gesundheitsförderung“ definiert. Im nächsten Kapitel werde ich näher auf die Weltgesundheitsorganisation, deren Projekte und die *Ottawa - Charta* eingehen.

2. WHO - World Health Organization

Die **World Health Organization** (deutsch Weltgesundheitsorganisation) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Ihre Ziele sind die Erreichung des bestmöglichen Gesundheitsniveaus für alle Völker, die Gesundheitsförderung der Menschen und die Bekämpfung von Erkrankungen, Infektionskrankheiten und Seuchen. In den folgenden Kapiteln werde ich die Geschichte und Entstehung der WHO, die Ottawa – Charta, das Rahmenkonzept „Gesundheit21“ und zwei weitere wichtige Projekte der WHO näher beschreiben.

2.1 Geschichte und Entstehung

Nach dem Zweiten Weltkrieg waren das Bedürfnis und der Wunsch nach Sicherheit sehr groß. So wurden neben der UNO³ (United Nations Organization – Die Vereinten Nationen) auch zahlreiche weitere internationale Organisationen gegründet. Eine dieser Organisationen ist die Weltgesundheitsorganisation – World Health Organization (WHO). Die WHO wurde 1948 in New York gegründet, hat ihren Sitz allerdings in Genf in der Schweiz. Alle Mitgliedsstaaten der UNO, außer dem Fürstentum Lichtenstein, sind auch Mitglieder der WHO. Ansonsten kann jeder Staat Mitglied der WHO werden (vgl. Sombold, 2009, S. 26) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 65). Derzeit besteht die WHO aus 194 Mitgliedsstaaten und den folgenden 6 Regionalbüros:

- für die Region „Europa“ in Kopenhagen
- für die Region „Amerika“ in Washington
- für die Region „Afrika“ in Brazzaville
- für die Region „Südostasien“ in Neu-Delhi
- für die Region „Östliches Mittelmeer“ in Kairo
- für die Region „Westlicher Pazifik“ in Manila

(vgl. Sombold, 2009, S. 27) & (vgl. World Health Organization, 2012 - <http://www.who.int/about/regions/en/index.html>).

³ Die UNO wurde 1945 in den USA (San Francisco), zur Erhaltung des Friedens, gegründet (vgl. Steinbach, 2007, S. 65).

Die Aufgabenbereiche der WHO umfassen internationale Gesundheitsfragen, Ausbau von öffentlichen Gesundheitsdiensten, Unterstützung der Mitgliedstaaten in Gesundheitsangelegenheiten und Bekämpfung von Seuchen (vgl. Steinbach, 2007, S. 65).

2.2 Ottawa - Charta

Die „First International Conference on Health Promotion“ – erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung – fand am 21. November 1986 in Ottawa (Kanada) statt. Man befasste sich bei der Konferenz vorwiegend mit den Veränderungen der Gesundheit in der ganzen Welt, aber vor allem mit jenen in den Industrieländern. Außerdem wurde im Rahmen der ersten internationalen Gesundheitsförderungskonferenz die sogenannte *Ottawa - Charta*, mit dem Ziel „Gesundheit für alle“, verabschiedet (vgl. Steinbach, 2007, S. 68). Hier wurde der Begriff „Gesundheitsförderung“ zum ersten Mal definiert:

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten" (Spicker & Sprengseis, 2008, S. 9).

Die Definition von Gesundheitsförderung zeigt deutlich, dass Gesundheit nicht übermittelbar oder produzierbar ist, sondern dass jeder Mensch selbst die Initiative ergreifen und Verantwortung übernehmen muss. Politik kann höchstens durch verschiedene Initiativen oder durch gesundheitsfördernde Projekte den Menschen dabei unterstützen und gewisse Voraussetzungen für Gesundheit erzeugen (vgl. Steinbach, 2007, S. 69).

In der Ottawa – Charta werden **fünf Handlungsfelder** bzw. Ziele zur nationalen Umsetzung von Gesundheitsförderung zusammengefasst:

1. **Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:** Gesundheit sollte auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen berücksichtigt und mit einbezogen werden. Politiker müssen sich der gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen bewusst werden;
2. **Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten:** Zwischen Mensch und Umwelt besteht eine enge Verbindung, welche die Basis eines sozioökologischen Wegs zur Gesundheit bildet. Gesundheitsfördernde Lebenswelten umfassen das gesamte Umfeld des Menschen – Orte an denen Menschen leben, arbeiten, ihre Freizeit verbringen, spielen, etc. Gesundheitsfördernde Lebenswelten beinhalten aber auch die verschiedenen Ressourcen die dem Menschen zur Verfügung stehen;
3. **Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen:** Lokale Aktivitäten sollen gestärkt und Nachbarschaften unterstützt werden, Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten, Selbsthilfeaktivitäten zur Stärkung der Selbstbestimmung, Beibehaltung bzw. Förderung der Autonomie und Kontrolle über die eigene Gesundheit;
4. **Entwicklung persönlicher Kompetenzen:** Gesundheitsförderung soll die Entwicklung persönlicher und sozialer Fähigkeiten unterstützen, mithilfe von Informationen, gesundheitsbezogener Bildung und Verbesserung sozialer Kompetenzen. Den Menschen soll gezeigt werden, dass sie mehr Einfluss auf ihre Gesundheit und ihre Lebenswelt ausüben können;
5. **Neuorientierung der Gesundheitsdienste:** Gesundheitsdienste sollten Gesundheitsförderung integrieren, sich hierbei an den Bedürfnissen jedes einzelnen Menschen orientieren und die psychosoziale Dimension von Krankheit stärker berücksichtigen (vgl. Spicker & Sprengseis, 2008, S. 9f.).

Zusätzlich zu den fünf Handlungsfeldern der Ottawa – Charta wurden **drei Handlungsstrategien** zur Umsetzung der Gesundheitsförderung entwickelt:

- 1. Anwaltschaft für Gesundheit:** Politische, soziale und kulturelle Faktoren sollen eine förderliche Wirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung haben;
- 2. Befähigung:** Chancengleichheit und Ressourcenausgleich sollen auf dem Gebiet der Gesundheit aller Menschen geschaffen werden und sollen zu einem selbständigen, gesundheitsfördernden Handeln und zur Förderung von Gesundheitspotenzialen beitragen;
- 3. Vernetzung und Vermittlung:** Die Vernetzung vieler verschiedener gesellschaftlicher Bereiche ist wichtig, da der Gesundheitsbereich nicht in der Lage ist für die nötigen Bedingungen für Gesundheit zu garantieren (vgl. Steinbach, 2007, S. 69f.).

2.3 „Gesundheit21“

Das Rahmenkonzept „Gesundheit21“ für die Europäische Region der WHO, wurde 1998 in Zusammenarbeit mit 51 europäischen Mitgliedsstaaten entwickelt und verabschiedet (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2012 - <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>). Mittels „Gesundheit21“ will man auf bestehende Gesundheitsprobleme der Bevölkerung und auf soziale aber auch politische Veränderungen eingehen können (vgl. Wild, Pflege (in) der Familie - Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich, 2007, S. 18). Das gesundheitspolitische Rahmenkonzept ist auch bekannt als „Gesundheit für alle“ mit 21 Zielen für das 21. Jahrhundert.

Die 21 Ziele:

Ziel 1: Solidarität für die Gesundheit in der Europäischen Region

Ziel 2: Gesundheitliche Chancengleichheit

Ziel 3: Ein gesunder Lebensanfang

Ziel 4: Gesundheit junger Menschen

Ziel 5: Altern in Gesundheit

Ziel 6: *Verbesserung der psychischen Gesundheit*

Ziel 7: *Verringerung übertragbarer Krankheiten*

Ziel 8: *Verringerung nichtübertragbarer Krankheiten*

Ziel 9: *Verringerung von auf Gewalteinwirkung und Unfälle zurückzuführenden Verletzungen*

Ziel 10: *Eine gesunde und sichere natürliche Umwelt*

Ziel 11: *Gesünder leben*

Ziel 12: *Verringerung der durch Alkohol, Drogen und Tabak verursachten Schäden*

Ziel 13: *Settings zur Förderung der Gesundheit*

Ziel 14: *Multisektorale Verantwortung für die Gesundheit*

Ziel 15: *Ein integrierter Gesundheitssektor*

Ziel 16: *Qualitätsbewusstes Management der Versorgung*

Ziel 17: *Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung*

Ziel 18: *Qualifizierung von Fachkräften für gesundheitliche Aufgaben*

Ziel 19: *Forschung und Wissen zur Förderung der Gesundheit*

Ziel 20: *Mobilisierung von Partnern für gesundheitliche Belange*

Ziel 21: *Konzepte und Strategien zur „Gesundheit für alle“*

(Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa - GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, 1998, S. 14 - 35).

Das konstante Hauptziel von „Gesundheit21“ ist, für alle Menschen die dieses Rahmenkonzept betrifft, das bestmögliche gesundheitliche Potential, durch Berücksichtigung der folgenden zwei wichtigsten Ziele, auszuschöpfen:

1. die Gesundheit des Menschen soll ein Leben lang gefördert und geschützt werden;
2. das Auftreten von häufigen und wichtigen Krankheiten und Verletzungen und die damit verbundenen Leiden sollen verringert werden (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2012 - <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>).

In „Gesundheit21“ werden die ethischen Grundlagen in drei Grundwerte zusammengefasst:

1. Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht
2. gesundheitliche Chancengleichheit und Solidarität
3. Mitwirkung und Rechenschaftspflicht auf dem Gebiet der Gesundheitsentwicklung (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 2012 - <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>).

Da das Rahmenkonzept auf den Gebieten der Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und auf der sozialen Ebene nachhaltig sein soll, wurden vier Hauptstrategien verfasst:

1. Berücksichtigung von multisektoralen Strategien (um die einzelnen Determinanten von Gesundheit und die unterschiedlichen Perspektiven - physische, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und geschlechtsspezifische - zu beachten)
2. Entwicklung von, auf den Gesundheitsresultaten basierenden, Programmen und Interventionen, für eine gute Gesundheitsentwicklung und klinische Versorgung

3. Primäre Gesundheitsversorgung soll, mithilfe eines flexiblen und reaktionsfähigen Krankenhaussystems, integriert, familienorientiert und gemeindenah stattfinden
4. Entwicklung eines partizipatorischen Gesundheitsentwicklungsprozesses in den relevante Partner für Gesundheit auf allen Ebenen mit einbezogen werden, z. B. in der Schule, zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gemeinde usw. (vgl. Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa - GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, 1998, S. 9).

Das Rahmenkonzept „Gesundheit21“ ist für die Pflege insofern von Bedeutung, da eine „neue Art“ von Pflegepersonen eingeführt wird – die sogenannte *Familien-Gesundheitsschwester*, die einen bedeutenden Beitrag zur Umsetzung der 21 Ziele leisten soll. Qualifizierte und erfahrene Pflegepersonen sollen auf ihre neue Rolle vorbereitet werden, deren Schwerpunkt auf der Verknüpfung von Theorie und Praxis liegt. Diese spezifische Ausbildung beinhaltet sieben Module, die vor allem auf den Theorieprinzipien der Erwachsenenpädagogik und unterschiedlichen Methoden basieren. Bei erfolgreichem Abschluss dieser „Zusatzausbildung“ für Pfleger, erhalten diese einen postgradualen akademischen Grad und die Fachqualifikation „*Familien-Gesundheitsschwester*“ – „*Family Health Nurse*“ (vgl. Sombold, 2009, S. 30).

2.4 Projekte der WHO

Die WHO hat in den vielen Jahren ihres Bestehens wahrlich viele Meilensteine und Projekte geschaffen. Ich beschreibe hier allerdings nur zwei, für meine Diplomarbeit relevante Projekte.

2.4.1 WHO – Projekt „Family Health Nurse“

Die Tatsache, dass Familien eine wichtige Ressource für die Gesundheit darstellen, ist allgemein bekannt. Allerdings sind sie auch ein wichtiger Bestandteil der Pflege, da der Großteil der Betreuung, Hilfe und Pflege (daheim) von den Angehörigen umgesetzt wird. Jedoch hat sich auch dies in den letzten Jahren verändert. Die Gründe dafür sind verstärkte Mobilität, längere Berufstätigkeit, Zeitmangel, Druck seitens des Arbeitgebers, geringerer familiärer Zusammenhalt u.v.m. Dadurch kam und kommt es auch noch immer zu einem Wandel des familiären Pflegepotentials. Der Bedarf an professioneller Pflege ist stark angestiegen und wird auch weiter ansteigen. Daher ist es aufgrund dieses gesellschaftlichen Wandels wichtig, neue Konzepte zu entwickeln, um eine gute und effektive Zusammenarbeit zwischen Familie und Pflegeperson zu ermöglichen. Das WHO – Projekt „Family Health Nurse“ greift genau hier ein. Wie bereits erwähnt, ist die *Family Health Nurse - Familien-Gesundheitsschwester* – Bestandteil des WHO - Rahmenkonzeptes „Gesundheit21“. Bei einer *Family Health Nurse* ist es wichtig, dass sie in einem interdisziplinären Team tätig ist, die Schwerpunkte Public Health und primäre Gesundheitsförderung beachtet und dass sie, unter Berücksichtigung des in „Gesundheit12“ formulierten Ziels 15, in einem integrierten Gesundheitssektor arbeitet (vgl. Wild, Pflege (in) der Familie - Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich, 2007, S. 18).

Charakteristisch für eine Family Health Nurse ist, dass sie ihre Patienten für eine bestimmte Zeitspanne z. B. während der Schwangerschaft, nach der Geburt, im Laufe eines Krankheitsprozesses, in Akutphasen u. Ä. betreut. Auch die Zusammenarbeit mit sozial marginalisierten und vulnerablen Gruppen bzw. Familien in schwierigen und problematischen Situationen (z. B. Arbeitslosigkeit, Alkohol/Drogensucht u. Ä.) kann eine Family Health Nurse eingesetzt werden (vgl. Ludwig Boltzmann Institut, 2012, S. 30 f.).

Das Konzept der *Family Health Nurse* ist sehr zukunftsweisend und kann nicht nur dem einzelnen Menschen helfen, sondern der gesamten Familie. Die *Family Health Nurse* hilft den Betroffenen mit schwierigen Situationen zurechtzukommen, indem sie vermehrt die Patienten und deren Angehörige Zuhause betreut und unterstützt. Da eine *Family*

Health Nurse in ihrer Ausbildung einen gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Hintergrund erfährt, ist sie in der Lage sozioökonomische Auswirkungen auf die Gesundheit des Patienten und/oder dessen Familie zu erkennen und zu agieren. Ferner ermöglicht ihr ihre Ausbildung präventiv und gesundheitsfördernd zu arbeiten und die Versorgungsbedürfnisse der Betroffenen zu erkennen und zu beachten (vgl. Wild, Pflege (in) der Familie - Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich, 2007, S. 18).

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Hauptaufgabenbereiche einer *Family Health Nurse* Begleitung, Beratung, Ressourcenfindung, Ressourcenstärkung, Unterstützung, Empowerment und „Zugangserleichterung“ zu Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens sind (vgl. Ludwig Boltzmann Institut, 2012, S. 30) & (vgl. Wild, Pflege (in) der Familie - Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich, 2007, S. 18).

Das Konzept wurde bereits in einigen Ländern, beispielsweise Deutschland, Slowenien und Schottland implementiert, nicht jedoch in Österreich. Es besteht zwar seit längerem ein Curriculum zur Familiengesundheitspflege (dessen Publikation war schon 2007), die Umsetzung ist aber leider noch nicht erfolgt. Hierfür bedarf es einer gesetzlichen Verankerung im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Diese gesetzliche Verankerung wurde bereits 2007 vom *Roten Kreuz* gefordert, allerdings wurde bis heute nichts unternommen und somit kann es auch zu keiner Umsetzung des Konzepts kommen. Das, obwohl eine solche Implementierung, aufgrund der demografischen und soziostrukturellen Entwicklung unserer Gesellschaft, enorm wichtig wäre (vgl. Springer Medizin: "family health nursing" in Österreich, 2012 - <http://www.springermedizin.at/artikel/25683-family-health-nursing-in-oesterreich>).

Das *Rote Kreuz* hat erfreulicherweise seit November 2011 das Projekt „*Family Health Nursing in European Communities*“ laufen (Projektlaufzeit 11/2011 – 10/2013), welches möglicherweise in näherer Zukunft zur vollständigen Implementierung des Konzeptes *Family Health Nurse* in Österreich führen wird (vgl. Rotes Kreuz Wien, 2011 - <http://www.rotekreuz.at/wien/forschungsinstitut-des-roten-kreuzes/projekte/laufende-forschungsprojekte/family-health-nursing>).

2.4.2 WHO – Projekt „Gesunde Städte“

Das Projekt „Gesunde Städte“ ist für Wien von großer Bedeutung, da es als einzige Stadt Österreichs ein direktes Mitglied dieses Projekts ist. Wien ist bereits 1989 diesem Projekt beigetreten. Die Finanzierung des Projekts kommt ausschließlich von der Stadt Wien, seitens der WHO werden „nur“ das nötige Wissen und die erforderlichen internationalen Kontakte zur Verfügung gestellt. Das Projekt hat zum Ziel, mittels Gesundheitsförderung und Gesundheitsinformation, die Gesundheit und das Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung zu verbessern (vgl. Steinbach, 2007, S. 73). Im Mittelpunkt des Projektes stehen vor allem folgende Bereiche:

- *Gesunde Schule*
- *Unfallverhütung*
- *Gesundheit von Frauen*
- *Gesundheit von Migranten*
- *Gesundheitsförderung*
- *Gesundheitsinformation und Öffentlichkeitsarbeit*
- *Veranstaltungsorganisation* (Steinbach, 2007, S. 73).

Das Projekt „Gesunde Städte“ wird in Wien in Form des „Wien – Gesunde Stadt“ – Projekts umgesetzt. Als Mitglied des WHO – Projekts musste Wien ein Gesundheitsförderungsprogramm erstellen – so entstand das *Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000*, welches auf den WHO – Bestimmungen zur Anfertigung städtischer Gesundheitspläne basiert. Das im Jahr 2000 beschlossene *Wiener Gesundheitsförderungsprogramm 2000*, beinhaltet, in Form von Projekten, drei wesentliche präventive und gesundheitsfördernde Schwerpunkte:

- „Ein Herz für Wien – Kampf den Herz – Kreislauferkrankungen“
- „Gesunde Ernährung“
- „Haltungsschäden vermeiden“

Diese drei Projekte stellen, wie oben erwähnt, den Schwerpunkt des Gesundheitsförderungsprogramms dar; zusätzlich wurden allerdings noch viele andere Projekte ins Leben gerufen, wie z. B.:

- „Aktiv ins Alter“
- „Walking Miles“
- „Gesunde Leopoldstadt“
- „Frauengesundheitszentren F.E.M. und F.E.M. Süd“
- „Migranten und Gesundheit“
- „Enquête Health Care Management“ u.v.m. (vgl. Steinbach, 2007, S. 73 f.).

3. Terminologie

In diesem Kapitel erläutere ich Begriffe wie Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Gesundheit und Krankheit und deren Definitionen. Zusätzlich gehe ich noch auf die Formen der Prävention und die Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit näher ein.

3.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein breites Feld und umfasst sämtliche Maßnahmen und Strategien zur Veränderung und Verbesserung der individuellen Lebensweise, sowie vorbeugende Handlungen, welche für die Gesundheit bedeutsam sind. Sie betrifft viele verschiedene Gebiete – medizinische, hygienische, psychische, kulturelle, soziale, wirtschaftliche und umweltschützende Bereiche (vgl. Steinbach, 2007, S. 51).

Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen sind altersunabhängige Strategien, um das Gesundheitspotenzial eines jeden Bürgers zu fördern und unterstützen (vgl. Dapp, 2007, S. 83).

3.1.1 Ansätze der Gesundheitsförderung

Bei der Gesundheitsförderung unterscheidet man zwischen zwei Ansätzen, welche allerdings gleichzeitig betrachtet werden müssen - einem *partizipatorischen* und einem *ganzheitlichen* Ansatz.

Der **ganzheitliche Ansatz** sieht *Gesundheit als Teil der gesamten Umwelt des Menschen und Teil seiner Lebensbedingungen. Er hebt den Gegensatz zwischen (menschlichem) Verhalten und Verhältnissen (Lebensumwelt) auf* (Steinbach, 2007, S. 52).

Beim **partizipatorischen Ansatz** geht es darum, dass Gesundheitsförderung mit dem Ziel betrieben wird, dass Menschen Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlangen. Sie sollen erfahren, wie sie sich eine individuelle gesunde Lebensumwelt schaffen und Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen können. Hierzu ist es allerdings notwendig, dass Gesundheitsförderung nicht Aufgabe einer einzigen Berufsgruppe bleibt, sondern, dass Gesundheitsförderung gebietsübergreifend stattfinden muss, d.h. dass sie Aufgabe vieler Berufsgruppen werden sollte. Sie soll nicht nur Berufsgruppen im Gesundheitsbereich betreffen, sondern auch Berufsgruppen aus dem Bildungsbereich und aus sozialen Institutionen. Durch die Förderung der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit, wird der Mensch selbst „Spezialist“ für seine eigene Gesundheit (vgl. Steinbach, 2007, S. 52 f.).

3.2 Krankheitsprävention

Krankheitsprävention wird oft verkürzt als Prävention bezeichnet (Hurrelmann, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung , 2010, S. 14). Allgemein betrachtet bedeutet Prävention⁴ so viel wie „*zuvorkommen*“, im *Zusammenhang mit Gesundheit* bedeutet es somit „*einer Erkrankung zuvorkommen*“ (vgl. Steinbach, 2007, S. 43).

Krankheitsprävention beinhaltet jegliche Maßnahmen zur Verhinderung des Auftretens einer bestimmten Krankheit. Die Beseitigung verschiedener Risikofaktoren ist ein wichtiger Bestandteil der Prävention. (Krankheits)Prävention hat daher das Ziel *die*

⁴ „*prae*“ (lat.) = vor; „*venire*“ (lat.) = kommen (Steinbach, 2007, S. 43)

Entstehung von Krankheiten zu vermeiden, indem man Risikofaktoren ausschaltet. So wie bei der Gesundheitsförderung, ist es auch bei der Prävention wichtig, dass verschiedene Berufsgruppen miteinander agieren, wie zum Beispiel: Pflegekräfte, Mediziner, Soziologen, Psychologen, Pädagogen, Sport- und Ernährungswissenschaftler u.v.m. (vgl. Steinbach, 2007, S. 43).

3.2.1 Formen der Prävention

Präventionsmaßnahmen werden nach verschiedenen Blickwinkeln eingeteilt und wie folgt klassifiziert:

- nach dem Zeitpunkt
- nach dem Ziel oder
- nach der angewandten Methode (vgl. Steinbach, 2007, S. 44).

3.2.1.1 Unterscheidung nach dem Zeitpunkt

Bei der Einteilung der Präventionsmaßnahmen nach dem Zeitpunkt unterscheidet man zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (vgl. Steinbach, 2007, S. 44).

Primärprävention: umfasst alle Maßnahmen vor der Entstehung der Krankheit, noch bevor Anzeichen bzw. Symptome erkennbar sind. Primärprävention soll somit das Entstehen einer Krankheit verhindern und Inzidenzraten verringern. Durch Primärprävention sollen exogene Schädigungen (d.h. Schädigungen die von außen verursacht werden) vermieden und individuelle Risikofaktoren verhindert werden. Primärprävention umfasst zum Beispiel Aufklärung und Informationen über gesunde Ernährung, Bewegung, Folgen des Nikotin- und Alkoholkonsums sowie auch die Durchführung von Schutzimpfungen (vgl. Hasseler & Meyer, 2006, S. 37) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 44).

Sekundärprävention: umfasst Maßnahmen zur Früherkennung und Vorsorge von Krankheiten, wenn bereits Anzeichen aber noch keine Symptome einer Erkrankung

vorhanden sind. Krankheiten werden noch im Frühstadium mithilfe von sogenannten *Screeningprogrammen*⁵ erkannt, z. B. eine *großflächige Durchführung von Mammografien an bestimmten Gruppen von Frauen zur Brustkrebsvorsorge* (vgl. Steinbach, 2007, S. 44). Mittels Sekundärprävention soll das Fortschreiten bzw. eine Verschlimmerung einer Krankheit verhindert werden und die Inzidenzrate gesenkt werden. Zur Sekundärprävention gehören beispielsweise Gesunden- und Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Hasseler & Meyer, 2006, S. 37) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 44).

Tertiärprävention: umfasst die Maßnahmen und Handlungen nach Auftreten der Erkrankung um eine Verschlimmerung zu verhindern bzw. zu verzögern. Mittels Tertiärprävention sollen Folgeschäden, eine Chronifizierung der Krankheit oder ein erneuter Ausbruch der Krankheit verhindert werden (vgl. Hasseler & Meyer, 2006, S. 37) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 45). Allgemein kann man sagen, dass Tertiärprävention auf Rückfallverhütung und Wiederherstellung von Gesundheit und Rehabilitation zielt (vgl. Steinbach, 2007, S. 45) & (vgl. Stöckel & Walter, 2002, S. 152). Tertiärprävention beinhaltet auch die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Leistungsfähigkeit (vgl. Renteln-Kruse, 2007, S. 27). Zur Tertiärprävention zählen zum Beispiel Gymnastik, Ernährungsberatung (z. B. bei Adipositas), Diabetesberatung (richtige Ernährung/Diät um Folgeschäden durch einen zu hohen Blutzuckerspiegel zu vermeiden) etc. (vgl. Engel, 2006, S. 120) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 45).

3.2.1.2 Unterscheidung nach dem Ziel

Bei Präventionsmaßnahmen, ausgerichtet nach dem Ziel, wird zwischen *Verhaltensprävention* und *Verhältnisprävention* unterschieden.

Verhaltensprävention: umfasst Maßnahmen und Strategien zur Veränderung und Verbesserung von *gesundheitsfördernden Verhaltensweisen* (z. B. *gesunde Ernährung, Bewegung*) und Vermeidung bzw. Veränderung von *gesundheitsriskanten Verhaltensweisen* (z. B. *falsche Ernährung, Rauchen, Alkohol*) (vgl. Steinbach, 2007, S.

⁵ *Screening* (engl.) = Überprüfung; *Screeningprogramme* = groß angelegte Untersuchungen bestimmter Bevölkerungsgruppen (Steinbach, 2007, S. 44)

45). *Gesundheitsaufklärung, Beratung und Information* sind Maßnahmen der Verhaltensprävention. Verhaltensprävention soll zur Wissensvermehrung über Gesundheitsrisiken beitragen und das Bewusstsein für Gesundheit steigern. Gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen werden mittels Gesundheitserziehung unterstützt, z. B. *Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung* etc. (vgl. Steinbach, 2007, S. 45). *Verhaltenspräventive Maßnahmen richten sich an die gesamte Bevölkerung. Die Methode dieser Prävention ist eindeutig die flächendeckende Aufklärung* (Steinbach, 2007, S. 46). Um eine erfolgreiche Verhaltensprävention zu erzielen ist eine verstärkte Miteinbeziehung von Verhältnisprävention notwendig (vgl. Steinbach, 2007, S. 46).

Verhältnisprävention: zielt auf die *Kontrolle, Reduzierung bzw. Beseitigung von Gesundheitsrisiken, die durch die Umwelt- und Lebensbedingungen entstehen* (Steinbach, 2007, S. 46). Mittels Verhältnisprävention sollen gesundheitsschädigende Einflüsse von außen vermindert bzw. verändert werden. Verhältnisprävention beinhaltet z. B. *die Reinhaltung des Wassers oder die Verschärfung von Lebensmittelgesetzen*. Allerdings fallen diese Maßnahmen in den politischen und rechtlichen Sektor und können für gewöhnlich nur durch den Staat veranlasst werden (vgl. Steinbach, 2007, S. 46).

Da sich Gesundheitsverhalten und Verhältnisse gegenseitig beeinflussen, müssen in der Verhaltensprävention immer die *kulturellen, sozialen, strukturellen und politischen Zusammenhänge*, in die jedes Individuum involviert ist, beachtet werden (vgl. Steinbach, 2007, S. 47).

3.2.1.3 Unterscheidung nach der Methode

Bei der Ausführung präventiver Maßnahmen können verschiedene Methoden zum Einsatz kommen. Hierbei unterscheidet man zwischen *Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung* und *Gesundheitsbildung*.

Gesundheitsaufklärung: mittels Gesundheitsaufklärung werden Informationen über Gesundheit an die Bevölkerung vermittelt. Vorwiegend erfolgt dies in Form von

Massenkommunikation⁶ mithilfe von Massenmedien⁷ (vgl. Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 201) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 47). Gesundheitsaufklärung soll das Wissen über Gesundheit und Krankheit, den eigenen Körper und dessen Funktionen erweitern, sowie Informationen über das Gesundheitssystem und Gesundheitsvorsorge geben (vgl. Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 201).

Gesundheitsberatung: zielt auf die Vermittlung von Informationen über Gesundheit, allerdings geschieht dies in Form von Gesprächen, welche beispielsweise in Einzel- oder Gruppenberatungen stattfinden können (vgl. Steinbach, 2007, S. 47). Gesundheitsberatung soll eine gesunde Lebensweise fördern und den Menschen bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen unterstützen (vgl. Conzen, Freund, & Overlander, 2009, S. 467). Gesundheitsberatung ist vor allem in Rehabilitationskliniken, Kur- und Nachsorgeeinrichtungen sowie in spezialisierten Kliniken verbreitet (vgl. Conzen, Freund, & Overlander, 2009, S. 467).

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung sind gewissermaßen miteinander vergleichbar, da sie beide der Informationsvermittlung dienen, sich allerdings in der Art der Vermittlung unterscheiden. Beide Methoden sollen Informationen greifbar und verständlich vermitteln und Motivation für gesundheitsförderndes Verhalten bei den Zuhörern erzeugen (vgl. Steinbach, 2007, S. 47 f.).

Gesundheitserziehung: wird hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen angewendet und ist meist ein fixer Bestandteil des Lehrplanes in Schulen oder Kindergärten. Mittels Gesundheitserziehung soll ein gesundheitsförderndes Bewusstsein geschaffen werden um Gesundheitsrisiken zu vermeiden (vgl. Steinbach, 2007, S. 49). In der Pflege findet man Gesundheitserziehung oft unter dem Begriff „Patienteneducation“ (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 108). Probleme, die bei der Gesundheitserziehung auftreten können,

⁶ *Massenkommunikation: Kommunikation mit großen Teilen der Bevölkerung; sie erfolgt mithilfe von Massenmedien* (Steinbach, 2007, S. 47)

⁷ *Massenmedien: Kommunikationsmittel, die weite Kreise der Bevölkerung erreichen (z. B. Zeitungen, Radio Fernsehen)* (Steinbach, 2007, S. 47)

sind auf der einen Seite fehlende oder nicht ausreichende *Compliance*⁸ und auf der anderen Seite die „Nicht – Berücksichtigung“ der persönlichen Biografie jedes Einzelnen (vgl. Steinbach, 2007, S. 49).

Gesundheitsbildung: richtet sich eher an Erwachsene und beinhaltet allgemeine Lernziele bezogen auf Gesundheit und Krankheit (vgl. Schnabel, 2006, S. 109).

3.3 Gesundheitsförderung versus Krankheitsprävention

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind *grundlegende Strategien zur Erlangung von Gesundheit* (vgl. Steinbach, 2007, S. 54). Allerdings werden die beiden Begriffe fälschlicher Weise im alltäglichen Sprachgebrauch synonym verwendet bzw. einander gleichgesetzt. Für Pflegepersonen ist es besonders wichtig, dass sie den Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention kennen, da sie täglich mit beiden Bereichen konfrontiert werden (vgl. Steinbach, 2007, S. 43).

Herlinde Steinbach stellt den Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention wie folgt dar:

Gesundheitsförderung umfasst die *Stärkung der Gesundheitsressourcen im Sinne der Salutogenese*⁹ (vgl. Steinbach, 2007, S. 54).

Prävention umfasst die *Vermeidung von Gesundheitsrisiken im Sinne der Pathogenese*¹⁰ (vgl. Steinbach, 2007, S. 54).

Somit spielen sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Prävention eine wichtige Rolle bei der *Verbesserung und Erhaltung von Gesundheit* (vgl. Steinbach, 2007, S. 54).

Hurrelmann beschreibt das Ziel, das die Interventionsformen – *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention* – gemein haben folgendermaßen: das gemeinsame Ziel

⁸ *Compliance* (engl.) = Einverständnis, Einwilligung, Befolgung. Gemeint ist hier die Mitarbeit einer Person an einem Prozess (Steinbach, 2007, S. 49)

⁹ *Salutogenese*: Entstehung von Gesundheit; abgeleitet von „salus“ (lat.) = heil, gesund; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn

¹⁰ *Pathogenese*: Entstehung und Entwicklung von Krankheiten; abgeleitet von „pathos“ (griech.) = Schmerz, Leiden; Krankheit; „genese“ (griech.) = Ursprung, Entstehung, Beginn (Steinbach, 2007, S. 15)

„[...] ist, einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erzielen – einmal durch das Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten, zum anderen durch die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen. Dabei beruft sich die Krankheitsprävention auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit, die Gesundheitsförderung auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit. Diese analytische Unterscheidung ist auf Antonovsky (1987) zurückzuführen, der auch den bis dahin nicht bekannten Begriff „Salutogenese“ prägte“ (Hurrelmann, Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung , 2010, S. 14).

3.4 Gesundheit versus Krankheit

Die Auffassung von Gesundheit und Krankheit – wie Menschen früher die Entstehung von Krankheiten begründet haben und was sie zur Gesundheitserhaltung getan haben - hat sich im Laufe der Zeit verändert. Die Darstellung und Auffassung von Gesundheit entwickelten sich über die verschiedenen Epochen von einem *okkulten, religiösen Ansatz über eine philosophische Betrachtungsweise hin zu einer stark wissenschaftlich dominierten Sicht* (vgl. Steinbach, 2007, S. 15).

Das Gesundheitsempfinden ist sehr subjektiv, von Mensch zu Mensch verschieden und ist zusätzlich auch sehr von der Persönlichkeit eines jeden Einzelnen abhängig. Jeder Mensch kann unter Gesundsein bzw. Kranksein etwas anderes verstehen (vgl. Steinbach, 2007, S. 16). Außerdem bedeutet Gesundsein nicht nur physisch sondern auch psychisch gesund sein. Viele Personen sind der Meinung, dass sie dann gesund sind, wenn sie keine Krankheit haben (vgl. Steinbach, 2007, S. 16). Dass es aber nicht bloß die Abwesenheit von Krankheit ist, zeigt auch die Definition von „Gesundheit“ der WHO (siehe weiter unten).

Ferner sind das Verständnis und die Interpretation von Gesundheit und Krankheit sehr kulturabhängig. Steinbach beschreibt wie folgt:

„Der Umgang mit „Gesundheit“ und „Krankheit“ ist an die jeweilige Kultur gebunden. Daher muss man, wenn man von Gesundheit und Krankheit spricht

immer die geschichtliche Entwicklung, Gesellschaft und Kultur berücksichtigen“
(Steinbach, 2007, S. 16).

Eine allgemein gültige Definition von Gesundheit existiert nicht, allerdings ist die Definition der Weltgesundheitsorganisation die bekannteste und meist verwendete. Der Gesundheitsbegriff ist ein mehrdimensionales Phänomen – er umfasst *körperliche, geistige, seelische und gesellschaftliche* Bereiche, die miteinander in Wechselwirkung stehen und Einfluss auf den Menschen haben. Gesundheit stellt hiermit ein ganzheitliches Konzept dar. Diese Betrachtungsweise wird auch von der Weltgesundheitsorganisation bei der Definition von Gesundheit berücksichtigt (vgl. Steinbach, 2007, S. 25). Sie definierte 1946 „Gesundheit“ folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und daher weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (Homfeldt & Steigleder, 2003, S. 19).

Laut Hurrelmann wollte die WHO mit dieser Definition *den Begriff Gesundheit inhaltlich füllen und mit eigenen Merkmalen charakterisieren. Ihr Ziel war es, den Begriff positiv und nicht negativ (als Abwesenheit von Krankheit) zu bestimmen* (Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 7).

Die Definition der WHO von Gesundheit beabsichtigt eine ganzheitliche Betrachtung des Themas „Gesundheit“. Steinbach ist der Meinung, dass somit sowohl die Sichtweise der Experten als auch die der Laien (also der „Nicht-Mediziner“) Einfluss auf die WHO Definition von Gesundheit haben. Steinbach veranschaulicht das wie folgt: Die Sicht der Experten beinhaltet eine wissenschaftliche Definition von Gesundheit, bestehend aus den Bereichen der Soziologie, Psychologie, Gesundheitswissenschaften u.v.m. (vgl. Steinbach, 2007, S. 28). Hingegen könnte die nicht wissenschaftliche Definition und Anschauung von Gesundheit – also jene der Laien – folgendermaßen lauten: *„Gesund sein bedeutet für mich, mich wohl zu fühlen, nicht krank zu sein, stark zu sein, keine Probleme zu haben ...“* (Steinbach, 2007, S. 28). Diese beiden Sichtweisen (d.h. Experten- und Laiensichtweise) haben Einfluss auf die Definition von Gesundheit der WHO und führen zu folgendem Ziel der WHO: **Gesundheit für alle** (vgl. Steinbach, 2007, S. 28).

Faltermaier (1994) kam bei einer Untersuchung verschiedener Gruppen zum Thema *Gesundheitsverständnis* zu dem Ergebnis, dass die befragten Personen „Gesundheit“ unterschiedlich und sehr komplex definierten. Daher teilt *Faltermaier* die verschiedenen *subjektiven Gesundheitsbegriffe* in sieben Idealtypen ein:

1. *Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit*
2. *Gesundheit als Fehlen von Beschwerden oder Schmerzen*
3. *Gesundheit als grundlegende Handlungsfähigkeit*
4. *Gesundheit als Leistungsfähigkeit*
5. *Gesundheit als körperliches Wohlbefinden*
6. *Gesundheit als psychisches Wohlbefinden*
7. *Gesundheit als körperlich – psychisches Potential*

(Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 19)

Ewles und *Simnett* unterscheiden zwischen verschiedenen Dimensionen von Gesundheit:

- **Physische Gesundheit:** ist wahrscheinlich die sichtbarste Dimension von Gesundheit und beschreibt die „*mechanischen*“ *Funktionen des Körpers*.
- **Mentale Gesundheit:** betrifft die Fähigkeit klare und zusammenhängende Gedanken zu fassen. Die mentale Gesundheit unterscheidet sich von der emotionalen und sozialen Gesundheit, auch wenn ein starker Zusammenhang zwischen diesen drei Dimensionen von Gesundheit besteht.
- **Emotionale Gesundheit:** betrifft die Fähigkeit gewisse Emotionen, wie z. B. Freude, Angst, Trauer, Ärger etc. ausdrücken und erkennen zu können. Emotionale Gesundheit wird auch „*affektive*“ Gesundheit genannt, da sie von großer Bedeutung ist bei der Bewältigung von Stress, Anspannung, Depression und Sorgen.
- **Soziale Gesundheit:** betrifft die Fähigkeit zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen und diese auch aufrecht zu erhalten.
- **Spirituelle Gesundheit:** kann unterschiedlich interpretiert werden – für manche Menschen steht spirituelle Gesundheit in Zusammenhang mit Religion und deren

Ausübung und für andere wiederum bedeutet es *persönliche Entwicklung, Entfaltung sowie innerer Frieden*.

- **Gesellschaftliche Gesundheit:** Da die Gesundheit jedes einzelnen Menschen von seiner Umgebung und seinem Umfeld beeinflusst wird, ist die gesellschaftliche Gesundheit etwas Subjektives und muss individuell betrachtet werden. Für ein Individuum, das in einer „ungesunden“ Umgebung aufwächst und lebt, in der es keine physische und psychische Gesundheit erlangen kann, ist es nahezu unmöglich gesund zu sein oder zu bleiben. Menschen können nicht gesund sein, wenn sie in einem Umfeld leben, in dem menschliche Grundbedürfnisse (Nahrung, Unterkunft, Kleidung, Arbeit, etc.) nicht zufriedengestellt werden können, in der Diskriminierung herrscht, in dem Menschenrechte missachtet werden u.v.m. Für die Gesundheit eines Menschen ist es wichtig, dass ihm Zutritt zu Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge gewährt wird.

(vgl. Ewles & Simnett, 2007, S. 22 f.)

Gesundheit wird im Alltag sehr oft *einfach hingenommen* und es wird ihr keine weitere Beachtung geschenkt. Meistens rückt Gesundheit erst dann in den Mittelpunkt und wird thematisiert wenn sie droht beeinträchtigt zu werden oder verloren geht. Mit Hilfe von Gesundheitsförderung soll diese negative Betrachtung von Gesundheit verändert werden und durch eine positive Sichtweise ersetzt werden – Gesundheit soll bewusst wahrgenommen werden, Menschen sollen lernen sie zu schätzen und sie zu erhalten (vgl. Steinbach, 2007, S. 29).

Hurrelmann definiert Krankheit wie folgt: *„Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt“* (Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 146).

Laut *Hurrelmann* sollte auch bei der Definition von Krankheit die *Selbstwahrnehmung* und *Fremdwahrnehmung* berücksichtigt werden. Ein gutes Beispiel hierfür sind die verschiedenen Varianten von Krankheitsdefinitionen die in der englischen Sprache unterschieden werden.

- Mit dem Begriff ***Illness*** wird die subjektive Einschätzung der betroffenen Person, die sich krank fühlt, bezeichnet. Im Deutschen könnte hierfür der Begriff „sich krank fühlen“ eingesetzt werden. In dieses Gefühl geht unvermeidlich auch jeweils der kulturelle und historische Hintergrund mit den Wertvorstellungen der sozialen Umwelt ein;
- Mit dem Begriff ***Disease*** wird eine Erkrankung aus der biomedizinischen Fachsicht, der Fremdwahrnehmung von Professionellen definiert, wobei die Erfüllung oder Nichterfüllung von Normwerten und Funktionsgrößen als Basis herangezogen wird. Eine deutsche Bezeichnung hierfür könnte „als krank definiert sein“ heißen;
- Der dritte Begriff ist ***Sickness*** und bezieht sich auf die gesellschaftliche Perspektive. Dieser Begriff bezeichnet sinngemäß im Deutschen den „Status des Krankseins“, der durch die Übernahme der Rolle des Kranken und die Entgegennahme von formellen und informellen Hilfeleistungen aus der sozialen Umwelt gekennzeichnet ist (Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 115 f.).

Durch diese drei Begriffe können die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Krankheit – persönliche, professionelle und gesellschaftliche Wahrnehmung – voneinander abgegrenzt werden (vgl. Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 116).

3.4.1 Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit

Sowohl Gesundheit als auch Krankheit entstehen durch die Einwirkung vieler verschiedener Einflüsse und sind nicht das Ergebnis eines einzigen Faktors. Daher muss sich auch die Gesundheitsförderung mit all diesen diversen Einflussfaktoren beschäftigen (vgl. Steinbach, 2007, S. 33).

Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit sind zum Beispiel: Soziale Ungleichheit, Lebensgewohnheiten und Lebensweisen, Umweltmerkmale, Arbeitsbedingungen und Berufsanforderungen, soziale Beziehungen/Netzwerke und soziale Unterstützung, Geschlecht, Alter und Kultur.

Im folgenden Abschnitt werden die verschiedenen Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit näher erläutert.

3.4.1.1 Soziale Ungleichheit

Die soziale Ungleichheit in einer Bevölkerung beinhaltet sowohl *sozioökonomische Unterschiede (Bildung, beruflicher Status, Einkommen, Vermögen)* als auch *Unterschiede in Bezug auf Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc.* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 58). Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und dem Gesundheitszustand eines Menschen wird in den letzten Jahren verstärkt diskutiert. Es ist bekannt, dass die Morbiditätsrate und Mortalitätsrate in den unteren sozialen Schichten besonders hoch sind. Es ist leider nach wie vor so, dass Menschen aus unteren sozialen Schichten mit einem geringeren Einkommen z. B. häufiger rauchen, häufiger übergewichtig sind etc. als Menschen mit einem höheren Einkommen. Das Interesse an Gesundheit, einem gesunden Lebensstil und einem gesundheitsfördernden Verhalten steigt mit zunehmendem Bildungsniveau. Auch schlechte Wohnverhältnisse (die wiederum mit einem geringeren Einkommen einhergehen) können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (z. B. schädliche Schimmelpilze bei Feuchtigkeit, Lärmbelästigung, etc.) (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 23).

Mielck und Helmert (1998) haben den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit folgendermaßen dargestellt:

Soziale Ungleichheit verursacht Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen, in den persönlichen Bewältigungsressourcen und in der medizinischen gesundheitlichen Versorgung. Diese Unterschiede verursachen wiederum Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten und das führt schlussendlich zur gesundheitlichen Ungleichheit (vgl. Mielck, Helmert in Hurrelmann, Laaser, 1998, S. 531 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 60).

3.4.1.2 Lebensgewohnheiten und Lebensweisen

„Als gesundheitsbewusst gilt, wer nicht raucht, übermäßigen Alkoholkonsum vermeidet, Sport treibt, auf ausgewogene Ernährung achtet und ausreichend schläft“ (Statistisches Bundesamt, 1998, S. 18 zitiert nach Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 22). Die spezifischen Lebensweisen und Lebensgewohnheiten haben einen großen Einfluss auf die Morbiditäts- und Mortalitätsrate. Einfluss haben vor allem Ernährungs-, Bewegungs- und Konsumgewohnheiten (z. B. Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenkonsum) (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 70).

3.4.1.3 Umweltmerkmale

Die Gesundheit der Menschen kann durch verschiedene Umweltfaktoren beeinflusst werden. Umweltmerkmale wie z. B. Lärm, Abgase, Außenluft, Schadstoffe in der Nahrung und im Trinkwasser etc. haben große Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung. Schadstoffe im Trinkwasser (z. B. bakterielle Erreger) können Magen – Darm – Erkrankungen verursachen und Schadstoffe in der Nahrung (z. B. Hormone im Fleisch) können das Immunsystem beeinflussen (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 23).

3.4.1.4 Arbeitsbedingungen und Berufsanforderungen

Einflussfaktoren auf die Gesundheit seitens der Arbeit können nicht nur Außenfaktoren z. B. Heben von schweren Lasten, sondern auch psychische Faktoren z. B. Zeitdruck, Mobbing etc. sein (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 23).

In der heutigen Gesellschaft hat die berufliche Positionierung einen großen Stellenwert bekommen, denn der Druck seitens der Arbeitgeber, aber auch der Gesellschaft wird zunehmend größer, was wiederum zu Überarbeitung, Selbstüberschätzung, Schnelllebigkeit, Burnout und im schlimmsten Fall sogar zu Arbeitsunfähigkeit führen kann. Diese Gefahren der heutigen Gesellschaft und Arbeitswelt werden allerdings häufig ignoriert oder bagatellisiert.

Nach *Udris* und *Frese* (1999) stehen dem Menschen, in der Arbeitswelt, zwei Arten von Ressourcen zu Verfügung: **Situationskontrolle** und **soziale Unterstützung**.

Situationskontrolle bedeutet, dass gewissermaßen jede Person die Möglichkeit hat, eine belastende Arbeitssituation zu beeinflussen. *Situationskontrolle* entspricht in diesem Fall *einem menschlichen Grundbedürfnis nach Durchschaubarkeit, Verstehbarkeit und Beherrschbarkeit von Ereignissen und erweist sich in der Arbeitstätigkeit als sehr wesentlich* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 66 f.).

Soziale Unterstützung ist die zweite wichtige Ressource und steht für eine gute und vertrauensvolle Gemeinschaft, Zusammenarbeit und ein angenehmes Umfeld am Arbeitsplatz. Allerdings ist auch die soziale Unterstützung außerhalb der Arbeit, also im Privatleben, von großer Bedeutung (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 67)

3.4.1.5 Soziale Beziehungen/Netzwerke und soziale Unterstützung

Bandura (1983) beschreibt die Wichtigkeit „Sozialer Beziehungen/Netzwerke und sozialer Unterstützung“ wie folgt: *„Art, Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen eines Menschen sind für seine seelische und körperliche Gesundheit von grundlegender Bedeutung“* (Bandura, 1983, S. 73 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 67). Das Zusammenleben in sozialen Gruppen war dem Leben der Menschen immer schon

inhärent. Menschen haben einander stets – auch in der Zeit der Jäger und Sammler – gegenseitig geholfen, geschützt und beschützt, Probleme gemeinsam bewältigt und waren einander eine emotionale Stütze. Allerdings drohen diese stabilen Gruppen und Gemeinschaften in der heutigen Gesellschaft, aufgrund von *Verstädterung*, *Mobilitätswängen* und *bestimmten Anforderungen der Arbeitswelt*, zu zerfallen. Dieser Wandel führt zusehends zu Vereinsamung der Menschen. Einsamkeit kann wiederum zu Unwohlsein führen, mindert die Bewältigungskraft eines Menschen und ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Krankheiten (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 67). Auch wenn der Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Gesundheit bisher nur wenig erforscht wurde, gibt es Anhaltspunkte, dass soziale Beziehungen einen großen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben. Forschungsergebnisse besagen, dass Menschen mit geringen sozialen Kontakten – also Menschen mit wenigen Freunden oder familiären Bindungen – eher zu Herzinfarkten und Schlaganfällen neigen und auch weniger lange leben (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 25 f.).

Bandura (1993) fasst dieses Faktum folgendermaßen zusammen:

„Solange sich die genetischen Grundlagen des Menschen nicht wesentlich ändern, werden soziale Beziehungen für Realitätskonstruktion, Gefühlsregulierung, Sinnstiftung und Verhaltensorientierung weiter von ebenso grundlegender Bedeutung bleiben, wie sie es seit Jahren waren. Soziale Beziehungen sind darüber hinaus auch von hoher instrumenteller Bedeutung für Lebensqualität und Überleben in einer potenziell bedrohlichen, unter- oder überfordernden Umwelt“ (Bandura, 1993, S. 74 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 67).

3.4.1.6 Geschlecht

Das Geschlecht spielt ebenfalls eine große Rolle bei der Gesundheit, Lebenserwartung und Sterblichkeit eines Menschen – wie auch die letzten Ergebnisse der *Statistik Austria* zeigen. Laut *Statistik Austria* (Stand 2010) liegt die Lebenserwartung der Frauen rund 5,5 Jahre über jener der Männer. Die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen liegt 2010 bei 83,15 Jahre, hingegen die der Männer bei 77,70 Jahre (vgl. STATISTIK

AUSTRIA, 2012 - http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/043903.html).

Untersuchungen zeigen, dass Frauen zwar deutlich weniger Alkohol und Tabak, allerdings wesentlich mehr Medikamente (vor allem Psychopharmaka) zu sich nehmen (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 25).

Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt es ebenso in Bezug auf Krankheiten, Diagnosen und Therapien. Herz – Kreislauf – Erkrankungen wie z. B. Herzinfarkte wurden lange Zeit als typische „Männerkrankheit“ gesehen – bei Frauen blieben diese oft und bleiben leider teilweise noch immer unerkannt, da Frauen divergente Symptome, wie z. B. Übelkeit, Erbrechen, Rücken-, Nacken und Kieferschmerzen etc. aufweisen (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 25).

Die geringere Lebensdauer von Männern wird oft auf ihre Lebensgewohnheiten, den Lebensstil und ihre größere Risikobereitschaft zurückgeführt. *Immenschuh et al.* beschreibt typische Gesundheitsprobleme von Männern wie folgt:

- *Krankenhäuser für chronisch Kranke sind von doppelt so vielen Männern als Frauen belegt,*
- *zwei Drittel der Notfallpatienten sind Männer,*
- *Männer gehen zu 25% weniger zum Arzt, wenn sie aber im Krankenhaus sind, ist die Verweildauer um 15% höher als bei Frauen,*
- *drei Viertel aller Selbstmörder sind Männer,*
- *drei Viertel aller Mordopfer sind Männer* (Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 25).

3.4.1.7 Alter

Verständlicherweise spielt das Alter ebenfalls eine große Rolle in Bezug auf die Gesundheit. Das Risiko krank zu werden variiert mit jedem Alter. Speziell im ersten Lebensjahr ist das Gesundheitsrisiko sehr hoch. Während der Kindheit, im Jugend- und

frühen Erwachsenenalter sind Gesundheitsrisiken eher niedrig. In der zweiten Lebenshälfte steigt das Risiko krank zu werden stetig. Studien zeigen deutlich, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesundheit bzw. Krankheit und dem Alter besteht – *mit zunehmendem Alter ist ein immer größer werdender Anteil der Bevölkerung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 61).

3.4.1.8 Kultur

Der Einfluss kultureller Faktoren auf die Gesundheit muss ebenfalls berücksichtigt werden. Bekannt ist beispielsweise, dass Menschen mit Migrationshintergrund des Öfteren ein anderes Gesundheits- und Krankheitsverständnis haben, was wiederum zu Problemen in der Gesundheitsversorgung führen kann. Zusätzliche Probleme stellen Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem, Sprachprobleme und Informationsdefizite dar (vgl. Immenschuh, Scheele-Schäfer, & Spahn, 2005, S. 26).

Die meisten der oben genannten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit werden mit Risiken in Verbindung gebracht, die krank machen können. Allerdings wurden in den vergangenen 20 Jahren ebenso Konzepte entwickelt, die aufzeigen sollen, dass Menschen trotz diverser Belastungen und Risiken gesund bleiben können. Die Gemeinsamkeit all dieser Konzepte sind die Selbstsicherheit (für die Erhaltung der Gesundheit) und die individuelle Überzeugung, das Leben beeinflussen zu können (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 76).

Bekannte Konzepte und Theorien sind zum Beispiel:

- „Konzept der Selbstwirksamkeit“ nach A. Bandura
- „Konzept der Widerstandsfähigkeit“ nach S. Kobasa
- „Konzept des (dispositionalen) Optimismus“ nach M. Scheier und Ch. Carver
- „Theorie der seelischen Gesundheit als Eigenschaft“ nach P. Becker und
- „Theorie des Kohärenzgefühls“ nach A. Antonovsky (vgl. Brieskorn - Zinke, 2007, S. 76) & (vgl. Franken, 2010, S. 131).

Im deutschsprachigen Raum hat sich im Bereich der Gesundheitsförderung das *Konzept der Salutogenese* nach Aaron Antonovsky als *einflussreichstes theoretisches Konzept durchgesetzt*. Mit seiner neuen Sichtweise hat Aaron Antonovsky einen *Kontrapunkt zum Risikofaktorenkonzept* geschaffen und damit auch einen *theoretischen Hintergrund für Ansätze zur Förderung von Gesundheit* entwickelt. Da Antonovskys Konzept auch für die gesundheitsfördernde Arbeit in der Pflege von großer Bedeutung geworden ist, wird es im folgenden Kapitel näher behandelt (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 76).

4. Konzept der Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Der amerikanisch – israelische (Medizin)Soziologe und Begründer der Salutogenese Aaron Antonovsky¹¹ (1923 – 1994) veränderte mit dem Modell der Salutogenese nicht nur die Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit sondern sorgte auch für einen Paradigmenwechsel in der Medizin - von der Pathogenese zur Salutogenese und konzentriert sich somit auf eine positive Denkweise (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 76) & (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005 - <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese>) & (vgl. Reinshagen, 2008, S. 144).

Das Konzept der Salutogenese – was so viel bedeutet wie „*Gesundheitserzeugung*“ – beruht auf der Annahme, dass jedes Individuum - *abhängig von seinen internen und externen Ressourcen – mehr oder weniger gesund ist* (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005 - <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese>).

Antonovskys Konzept behandelt alle *Kompetenzen* und *Kräfte* die dem Menschen zu Verfügung stehen um seine Gesundheit zu erhalten und erklärt wie Gesundheit entstehen kann (vgl. Steinbach, 2007, S. 117). Das Ziel von Aaron Antonovsky war die bis dahin dominierende Sichtweise der Pathogenese – Entstehung von Krankheit – durch die

¹¹ Aaron Antonovsky wurde 1923 in den USA (Brooklyn) geboren. Er studierte an der Yale University Geschichte und Wirtschaft. Gemeinsam mit seiner Frau wanderte er nach Jerusalem (Israel) aus, wo er am Institut für Angewandte Sozialforschung arbeitete. Dort begann er sich mit dem Thema der Medizinsoziologie zu befassen. Später widmete er sich hauptsächlich dem Zusammenhang zwischen Stressforschung und Gesundheit bzw. Krankheit. Aufgrund seiner weiteren Forschungsarbeiten und Aktivitäten ging er nach Beer – Sheva (Israel), wo er dann 1994 im Alter von 71 Jahren verstarb (vgl. Lorenz, 2005, S. 19).

positive Sichtweise der Salutogenese – Entstehung von Gesundheit – zu ersetzen. Die Grundlage für sein Konzept war daher die Frage: „*Was hält den Menschen gesund?*“ (im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz: „*Was macht den Menschen krank?*“) (vgl. Reinshagen, 2008, S. 147) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 118). Antonovsky ging es hauptsächlich darum heraus zu finden, wie der Mensch trotz der vielen gefährlichen und belastenden (Umwelt-) Einflüsse gesund bleiben kann bzw. die negativen Auswirkungen auf seine Gesundheit kompensieren kann (vgl. Antonovsky, 1993; zitiert nach Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 119 f.). Antonovsky beschrieb seine Ansichten in dem 1987 (*deutsche Ausgaben 1997*) veröffentlichten Buch „*Unraveling the Mystery of Health*“ folgendermaßen:

„Mein Ausgangspunkt waren Daten, die zeigten, dass sich zu jedem beliebigen Zeitpunkt mindestens ein Drittel und mit einer guten Wahrscheinlichkeit die Mehrheit der Bevölkerung einer jeden modernen Industriegesellschaft in einem – nach diversen vernünftigen Definitionen – morbidem, pathologischen Zustand befinden. Krankheit ist somit keine relativ seltene Abweichung. Eine pathologische Orientierung, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert, stellt eine radikale andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits – Krankheits – Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (Antonovsky, 1997, S. 15 zitiert nach Hurrelmann, Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 2010, S. 120).

Sowohl Antonovskys Ansichtsweise als auch sein Modell der Salutogenese basieren auf einem seiner Forschungsprojekte. Antonovsky untersuchte zwischen 1960 und 1970 Frauen und deren Verhalten in der Menopause, sowie ihre Anpassung an diesen Lebensabschnitt. Die Forschungsgruppe ging davon aus, dass die Frauen, deren Leben durch die Schoah (Holocaust) bedroht wurde, größere Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Menopause haben müssten. Bei der Aufstellung dieser Hypothese ging man von der Annahme aus, dass so gravierende und einschneidende Erfahrungen die Anpassungsfähigkeit an bestimmte Lebensumstände und neue Lebensphasen

beeinflussen und erschweren würden. Diese Vermutung wurde tatsächlich bestätigt – Frauen, die die Schoah nicht durchleben mussten gelang die Anpassung wesentlich besser als jenen, die diese schrecklichen Qualen durchleben mussten. Allerdings hat sich eine nicht unerhebliche Minderheit (*29 Prozent der Holocaust – Überlebenden*) - zu Antonovskys Verwunderung – trotz alledem sehr gut an die Menopause anpassen können. Da Antonovsky dieses Ergebnis erstaunte, stellte er nun diese (bemerkenswerten) Frauen in den Mittelpunkt seines Interesses und seiner Forschung. Er wollte herausfinden wie Menschen, trotz einschneidender Erlebnisse, mit neuen Lebensphasen umgehen, sich anpassen und diese Veränderung bewältigen können (vgl. Lorenz, 2005, S. 19) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 118). Zunächst ging Antonovsky davon aus, dass diese Frauen aufgrund der „*Abhärtung*“ durch die Schoah leichter mit der Menopause zurechtkommen, da diese im Vergleich zu den Erlebnissen in den Konzentrationslagern eine Bagatelle ist. Jedoch erwies sich diese Hypothese als nicht solide. Somit führte Antonovsky noch weitere Studien durch, allerdings legte er bei diesen sein Hauptaugenmerk auf das, was die Menschen gesund erhielt. Hierbei versuchte er die Eigenschaften, die gesunde Menschen aufweisen und die sich im Laufe der Studien immer wieder herauskristallisierten, zusammenzufassen und zu benennen, um somit die Ressourcen, die die Gesundheit eines Menschen von innen und außen beeinflussen, beschreiben zu können (vgl. Steinbach, 2007, S. 119).

4.1 Antonovskys Denkansatz und der Ansatz der Salutogenese

Antonovsky entfernt sich mit seinem Konzept der Salutogenese von der vorherrschenden eindimensionalen Sichtweise (auf die Pathogenese) in der Medizin, Psychoanalyse, Psychotherapie und in der klinischen Psychologie und fügt somit zum pathogenetischen Paradigma das salutogenetische Paradigma hinzu. Durch diese neue Anschauungsweise werden Gesundheit und Krankheit nicht mehr als dichotome, voneinander unterscheidbare Zustände, sondern als ein Kontinuum gesehen. Folglich bewegt sich der Mensch zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit hin und her. Bei der pathogenetischen Sichtweise wird hinterfragt was den Menschen krank macht und Krankheit wird in diesem Fall als Abwesenheit von Gesundheit gesehen. Im Gegenzug

dazu werden bei der salutogenetischen Sichtweise Krankheit und Tod als erforderliche Bestandteile des Lebens gesehen. Krankheit und deren Verarbeitung werden in diesem Fall als eine Herausforderung aufgefasst und Gesundheit wird als Ergebnis der Auseinandersetzung mit den inneren Bedürfnissen und den äußeren Anforderungen eines jeden Menschen gesehen (vgl. Lorenz, 2005, S. 31). *In der Gesundheitsförderung rückt mit Hilfe dieses Modells die Auseinandersetzung mit den protektiven Faktoren, den Ressourcen und Potenzialen des Menschen in das Zentrum des Interesses* (Lorenz, 2005, S. 31).

Antonovsky versuchte den pathogenetischen und salutogenetischen Ansatz mit Hilfe einer Metapher zu verbildlichen:

„Im pathogenetischen Ansatz versucht man demnach, Menschen aus einem reißenden Fluss zu retten, ohne zu überlegen, wie sie in diesen Fluss geraten sind und weshalb sie nicht besser schwimmen können. In der Salutogenese geht man dagegen davon aus, dass Menschen aus eigenem Willen in diesen Fluss gesprungen sind und sich weigern, das Schwimmen zu lernen“ (BZgA 2001, S. 25 in Steinbach, 2007, S. 119).

Laut Antonovsky befinden sich Menschen ein Leben lang im Strom des Lebens - folglich in einem Fluss – wer dabei schneller „ertrinkt“ oder besser schwimmen kann, hängt sowohl von den Eigenschaften des Flusses als auch von jenen des Menschen ab (BZgA 2001, S. 25 in Steinbach, 2007, S. 119).

4.2 Das Kohärenzgefühl – „Sense of Coherence“

Das Kohärenzgefühl – „Sense of Coherence“ (SoC) – ist gewissermaßen das Herzstück der Salutogenese. Das Konzept „Sense of Coherence“ ist das Ergebnis seiner langjährigen und zahlreichen Untersuchungen. Beim Konzept des Kohärenzgefühls geht es um die Einstellung und Ansicht eines Menschen gegenüber der Welt und dem eigenen Leben – diese Einstellungen und Ansichten entwickeln sich in der Jugend und sind ein Leben lang wirksam (vgl. Steinbach, 2007, S. 120). Laut Antonovsky findet die Entwicklung des Kohärenzgefühls in der Kindheit und Jugend statt und endet in etwa mit

dem dreißigsten Lebensjahr. Diese Entwicklung wird von Erfahrungen und Erlebnissen beeinflusst. Das entwickelte Kohärenzgefühl bleibt für gewöhnlich stabil und verändert sich nur selten. Im Falle von Veränderungen, entstehen diese aus neuen Lebenserfahrungen oder neuen Lebenskonzepten (vgl. Steinbach, 2007, S. 122).

Antonovsky beschreibt 1991 das Kohärenzgefühl wie folgt:

„Das Kohärenzgefühl besteht in einer Grundorientierung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darin ausdrückt, dass

- 1. die Stimuli aus der äußeren und inneren Umgebung des Lebens strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,*
- 2. die Ressourcen verfügbar sind, um den durch die Stimuli gestellten Anforderungen gerecht zu werden,*
- 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die ein inneres und äußeres Engagement lohnen“ (Antonovsky 1991, S. 127 zitiert nach Lorenz, 2005, S. 37).*

Demzufolge kann man davon ausgehen, dass es bei gleichen äußeren Bedingungen, von der Grundeinstellung des jeweiligen Menschen gegenüber der Welt und dem Leben abhängt, wie gut er vorhandene Ressourcen nützt und diese einsetzt, um seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu erhalten (vgl. BZgA 2001, S. 28 zitiert nach Steinbach, 2007, S. 120). Das Kohärenzgefühl hängt insofern mit der Gesundheit zusammen, dass der Mensch gesünder sein und bleiben kann, je stärker sein Kohärenzgefühl ist (Steinbach, 2007, S. 120). Das Kohärenzgefühl ist flexibel und dynamisch, da es ständig neuen Lebenserfahrungen ausgesetzt ist und von diesen auch beeinflusst wird (vgl. Steinbach, 2007, S. 121). *Umgekehrt hat das Kohärenzgefühl einen Einfluss auf die Art von Lebenserfahrungen, die normalerweise diese Grundhaltung bestätigen. Dadurch kann das Kohärenzgefühl stabil und überdauernd werden* (BZgA 2001, S. 28 zitiert nach Steinbach, 2007, S. 120).

4.2.1 Komponenten des Kohärenzgefühls

Antonovsky unterteilte das Kohärenzgefühl in drei Komponenten:

- Sense of Comprehensibility (Gefühl von Verstehbarkeit)
- Sense of Manageability (Gefühl von Handhabbarkeit)
- Sense of Meaningfulness (Gefühl von Sinnhaftigkeit)

(vgl. Steinbach, 2007, S. 121)

Sense of Comprehensibility (Gefühl von Verstehbarkeit)

Unter *Comprehensibility* versteht man die kognitiven Fähigkeiten eines Menschen. *Sense of Comprehensibility* beschreibt die Fähigkeit Informationen so zu ordnen, zu strukturieren und klar und widerspruchsfrei wahrzunehmen, um diese dann sinnvoll zu interpretieren. Mit Hilfe der *Comprehensibility* können innere und äußere Abläufe geordnet, erfasst und begriffen werden. Mittels *Comprehensibility* werden Probleme erkannt und definiert. Erst danach können sie bewältigt werden (vgl. Lorenz, 2005, S. 37) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 121).

Sense of Manageability (Gefühl von Handhabbarkeit)

Manageability bezeichnet die Überzeugung und das Vertrauen, gewisse Situationen und Probleme lösen und bewältigen zu können. *Manageability* beinhaltet die Zuversicht, dass Hindernisse, Aufgaben und Herausforderungen, welche das Leben bereit hält, bewältigt werden können – hierbei sind nicht nur die persönlichen Ressourcen von besonderer Bedeutung, sondern auch jene die durch das Umfeld zur Verfügung gestellt werden (vgl. Lorenz, 2005, S. 38) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 121).

Sense of Meaningfulness (Gefühl von Sinnhaftigkeit)

Meaningfulness bezeichnet die Überzeugung des Menschen, dass die Aufgaben und Hürden mit denen man im Laufe des Lebens konfrontiert wird, sinnvoll sind und die Bewältigung und das Engagement zweckmäßig sind. *Meaningfulness* konzentriert sich auf eine individuenzentrierte Eigenschaft, die die Lebenseinstellung beeinflusst (vgl.

Lorenz, 2005, S. 38) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 121). Antonovsky beschreibt *Sense of Meaningfulness* wie folgt:

„Das Ausmaß, in dem jemand fühlt, dass das Leben einen emotionalen Sinn hat, dass wenigstens einige der durch das Leben gestellten Probleme und Fragen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt [...], dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten“ (Antonovsky, 1998, S. 18 zitiert nach Lorenz, 2005, S. 38).

Von den drei Komponenten des Kohärenzgefühls schreibt Antonovsky der *Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)*, die größte Bedeutung zu. Er war der Meinung, dass *Verstehbarkeit (Comprehensibility)* und *Handhabbarkeit (Manageability)*, ohne *Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)* nicht so einen großen gesundheitsfördernden bzw. gesundheitserhaltenden Einfluss hätten (vgl. Lorenz, 2005, S. 38) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 121 f.).

Je besser die Ausprägung des *Sense of Meaningfulness* ist, desto besser ist die positive Auffassung des Individuums - demzufolge fällt dem Menschen der Umgang mit diversen Stressoren¹² im Leben leichter. Die betroffene Person kann die Stressoren als unvermeidbare Ereignisse und Herausforderungen, welche bewältigt werden müssen, sehen und diese zugleich als (positive) Abwechslung im Leben auffassen. Durch diese Betrachtungsweise werden Stressoren als motivierende Einflüsse gesehen und regen den Menschen dazu an nach neuen und hilfreichen Möglichkeiten und Ressourcen zu suchen. Antonovsky ist diese Komponente so wichtig, da der Mensch bei einer guten Ausprägung dieser, das Leben und seine Schwierigkeiten leichter bezwingt und das Leben trotzdem als lebenswert betrachtet (vgl. Lorenz, 2005, S. 38).

Das Kohärenzgefühl ist eine Persönlichkeitseigenschaft und dient dem Menschen dazu, die unzähligen Anstrengungen bei der Lebensgestaltung als positiv und sinnvoll zu definieren. Menschen mit einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl beschäftigen sich mit neuartigen Bewältigungsstrategien, reagieren flexibel auf die vielen Herausforderungen mit denen der Menschen im Laufe des Lebens konfrontiert wird, treten neuen

¹² Stressor: ein Mittel bzw. Faktor, das/der Stress bewirkt bzw. auslöst (Steinbach, 2007, S. 123)

Lösungsansätzen offen gegenüber und verharren nicht rigide in alten Verhaltensmustern (vgl. Lorenz, 2005, S. 38 f.). *Gelingt dies nicht, so wird es zu negativen Veränderungen im Selbst- und später auch im Kohärenzerleben kommen* (Lorenz, 2005, S. 39). Der Grad der Ausprägung des Kohärenzgefühls hängt vor allem von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ab (vgl. Steinbach, 2007, S. 122).

Neben dem Kohärenzgefühl hat Aaron Antonovsky noch zwei weitere Konstrukte entwickelt - *das Gesundheits – Krankheits – Kontinuum* und *die Generalisierten Widerstandsressourcen* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 78).

4.3 Das Gesundheits – Krankheits – Kontinuum

Gesundheit und Krankheit, so Antonovsky, schließen einander nicht aus. Nach Antonovsky gibt es keine strikte Trennung zwischen Gesundheit und Krankheit, sondern vielmehr ein Kontinuum, mit einem fließenden Übergang, zwischen den beiden Polen - *Gesundheit/körperliches Wohlbefinden* und *Krankheit/körperliches Missempfinden* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 78) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 123). *Die beiden Extrempole „völlige Gesundheit“ und „völlige Krankheit“ gibt es nicht* (Brieskorn-Zinke, 2006, S. 78). Laut Antonovsky sind wir alle *terminale Fälle*, jedoch sind wir alle *bis zu einem gewissen Grad gesund*, solange wir einen *Atemzug Leben in uns haben* (vgl. Antonovsky 1989, S. 53 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 78). Jeder Mensch kann im Laufe des Lebens auf dieser Strecke zwischen den beiden Polen eingeordnet werden. Der Status eines Menschen innerhalb des Gesundheits – Krankheits – Kontinuums (*health ease/disease continuum*) wird von sozialen, persönlichen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst. Laut Antonovskys Theorie kann kein Individuum „vollkommen gesund“ bzw. „vollkommen krank“ sein. Ausschlaggebend ist auch nicht die Frage, ob ein Mensch gesund oder krank ist, sondern wie weit er von den jeweiligen Polen - *Gesundheit/körperliches Wohlbefinden* und *Krankheit/körperliches Missempfinden* - entfernt ist (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006) & (vgl. Fonds Gesundes Österreich, 2005 - <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheits-krank>

[heits-kontinuum/view?set language=en](#)) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 123). Ferner bedeutet das für die Praxis, dass ein Mensch, selbst wenn er sich überwiegend gesund fühlt, auch einen kranken Anteil in sich trägt, ebenso, dass jeder kranke Mensch auch einen gesunden Anteil in sich hat. Allerdings wird in den theoretischen Modellen der Medizin und der Pflege jeweils eine andere Sichtweise vertreten. In der Medizin wird Gesundheit als *Abwesenheit von Störungen* definiert und in diversen pflegewissenschaftlichen Modellen wird Gesundheit, angesichts der unterschiedlichen Zugangsweisen, nicht einheitlich dargestellt. In der Medizin bzw. Pflege wird der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen anhand von medizinischen Normen gemessen (z. B. mit Hilfe von Pflegediagnosen). Gesundheit wird auch als *Zustand der Unabhängigkeit*, während Krankheit als *Zustand der Abhängigkeit* gesehen wird (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 78).

Gesundheit als multidimensionales Kontinuum bietet gerade auch für die Pflege einen Orientierungsrahmen, in dem sich die komplexe Wirklichkeit eines erkrankten und pflegebedürftigen Menschen sehr gut abbilden lässt (Brieskorn-Zinke, 2006, S. 79).

Das Gesundheits – Krankheits – Kontinuum beinhaltet diverse Dimensionen: Wohlbefinden, Handlungs- und Leistungsfähigkeit, Beschwerden, Einschränkungen, Unfähigkeiten und letztendlich auch den Expertenbefund. Der Gesundheitszustand eines Menschen innerhalb dieses Kontinuums ergibt sich aus der *dynamischen Interaktion* zwischen den *Belastungen* und den vorhandenen *Ressourcen*. Die Platzierung des Individuums im Gesundheits – Krankheits – Kontinuum wird nicht alleine von der Diagnose des Experten bestimmt, sondern entsteht durch professionelle Gespräche zwischen den Gesundheitsexperten und dem Patienten und/oder den Angehörigen. Besprochen werden für den Patienten erträgliche Belastungen und denkbare Bewältigungsmöglichkeiten. Daher stehen im Mittelpunkt der Anamnese nicht nur die spezifische Erkrankung und deren Folgen, sondern auch die *Lebenssituation und die Teile der Lebensgeschichte, die Rückschlüsse auf Protektivfaktoren oder heilsame Ressourcen möglich machen* (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 79). Diese Betrachtungsweise von Gesundheit, Krankheit und deren Platzierung im Kontinuum entspricht den Kernbereichen *pflegerischer Handlungsfelder* und *pflegerischer Aufgabenbereiche*. Es wird aufgezeigt, bei welchen Aktivitäten im Alltag ein Mensch Unterstützung und Hilfe

benötigt und bei welchen nicht. Demzufolge orientieren sich die pflegerischen Handlungen am Selbsthilfevermögen bzw. am Selbstpflegedefizit eines Menschen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80).

4.4 Generalisierte Widerstandsressourcen

Die *Generalisierten Widerstandsressourcen* (*General Resistance Resources - GRR*) sind ein weiterer wichtiger Punkt der Salutogenese. Bei den *Generalisierten Widerstandsressourcen* handelt es sich um spezifische Ressourcen, die die Widerstandsfähigkeit eines Menschen, mit Hilfe einer *Spannungsbewältigung*, verbessern und dadurch zur Erhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit beitragen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80) & (vgl. Ducki, 2000, S. 50) & (vgl. Lorenz, 2005, S. 34). Antonovsky sammelte viele verschiedene Faktoren und Variablen, die sich nicht nur auf *individuelle Faktoren* (z. B. *körperliche Robustheit*) sondern auch auf *soziale Faktoren* (z. B. *soziale Unterstützung*) und *kulturelle Faktoren* (z. B. *kulturelle Stabilität*) beziehen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80). Antonovsky bezeichnete diese Faktoren als *Generalisierte Widerstandsressourcen* – deswegen *generalisiert*, weil die Widerstandsressourcen Situationen aller Art beeinflussen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 125).

Antonovskys Widerstandsressourcen wurden von *Faltermaier et al.* erweitert:

- **körperliche und konstitutionelle Ressourcen:** dazu gehören Körpermerkmale (z. B. *stabile Kondition, stabile Organsysteme*) oder auch medizinisch messbare Indikatoren für einen funktionierenden Organismus (z. B. *Kompetenz des Immunsystems, vegetative Reaktivität*).
- **materielle Ressourcen:** beinhalten materielle Bestände im Leben eines Menschen (z. B. Geld, Güter, Dienstleistung)
- **personale und psychische Ressourcen:** Diese Ressourcen werden unterteilt in kognitive und emotionale Ressourcen (z. B. *Wissen, präventive Gesundheitseinstellungen, emotionale Stabilität oder Sensibilität*), persönlichkeitsbezogene Ressourcen (z. B. Intelligenz, Ich – Identität, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl),

Handlungskompetenzen (wie z. B. Bewältigungsverhalten, Voraussicht) und soziale Kompetenzen.

- **interpersonale Ressourcen:** Diese beziehen sich auf die soziale Umwelt, das heißt z. B. soziale Kontakte/Beziehungen und Unterstützung durch Bezugspersonen, aber auch die Integration in stabile soziale Netzwerke.
- **soziokulturelle Ressourcen:** Diese teilen sich in gesellschaftliche und kulturelle Ressourcen (z. B. Integration in stabilen Kulturen, Glaubenssysteme).

(vgl. Faltermaier et al. 1998, S. 26 zitiert nach Brieskorn-Zinke, 2006, S. 81) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 124)

Laut *Brieskorn-Zinke* können Widerstandsressourcen vor allem zwei Funktionen haben:

1. *Sie prägen kontinuierlich die Lebenserfahrungen und ermöglichen den Menschen, bedeutsame und kohärente Lebenserfahrungen zu machen;*
2. *Sie wirken als Potenzial, das aktiviert werden kann, wenn es für die Bewältigung eines Spannungszustandes erforderlich ist* (Brieskorn-Zinke, 2006, S. 81).

In unserer Gesellschaft sind materielle und psychosoziale (Widerstands)Ressourcen nach wie vor ungleich verteilt. Mit dieser Tatsache werden Pflegepersonen in ihrem Arbeitsalltag, im Umgang mit ihren Patienten, stets konfrontiert. Leider wird dieses Thema (*soziale Ungleichheit bzw. Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit*) in den vorhandenen Pflegemodellen kaum thematisiert. Das hat zur Folge, dass Pflegepersonen auf solche Situationen meist hilflos reagieren oder versuchen intuitive Unterstützungsversuche vorzunehmen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 81). Mithilfe des Modells der Salutogenese könnte die vorherrschende Betrachtungsweise, die nur auf den Patienten fokussiert ist, um das Wissen über generelle Widerstandsressourcen bzw. Widerstandsmängel, erweitert werden. Pflegepersonen könnten diese Ressourcen bzw. Mängel wahrnehmen und diese explizit beeinflussen (vgl. Steinbach, 2007, S. 125).

4.5 Stressoren

Stressoren sind Reize die Stress auslösen und eine wesentliche Rolle bei den *generalisierten Widerstandsressourcen* spielen. Antonovsky definiert Stressoren wie folgt:

„[Ein Stressor ist] eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichts eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky 1979, S. 72; zitiert nach BZgA, 2001, S. 32f; zitiert nach Steinbach, 2007, S. 123).

Antonovsky unterscheidet zwischen folgenden Stressoren: *tägliche Ärgernisse (daily hassles)*, *kritische Lebensereignisse (critical life events)* und *kulturelle und strukturelle Beanspruchungen (chronical life strain)* (vgl. Ducki, 2000, S. 50). Stressoren können bei Menschen physiologische Spannungszustände hervorrufen, die im schlimmsten Fall – wenn sie dauerhaft werden - zu Krankheiten, vor allem zu chronischen Erkrankungen, führen können. Die Bewältigung dieser Spannungszustände kann bei dem betroffenen Menschen eine gesundheitsfördernde oder gesundheitserhaltende Wirkung aufweisen (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80) & (vgl. Steinbach, 2007, S. 123). Gelingt der betroffenen Person die Bewältigung nicht, entsteht Stress oder die Situation wird als Belastung empfunden. Allerdings muss dies nicht zwangsläufig negative Folgen haben, sondern kann sogar eine gesundheitsfördernde Wirkung haben. Ein Risiko für die Gesundheit stellt es für den Menschen erst dann da, wenn es in Verbindung mit *Krankheitserregern, Schadstoffen oder körperlichen Schwächen* kommt. Die für den Menschen schädlichen Stressoren können *physikalisch* (z. B. *Hungersnot*), *biochemisch* (z. B. *Gifte, Keime*) oder *psychosozial* sein (vgl. Steinbach, 2007, S. 123 f.). Die Bekämpfung der Stressoren bzw. der Spannungszustände ist die zentrale Aufgabe des Organismus um einen Zusammenbruch zu verhindern. Der salutogenetische Ansatz konzentriert sich nicht nur auf die Bekämpfung krankmachender Faktoren, sondern rückt die Stärkung von (vorhandenen) Ressourcen in den Vordergrund (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S. 80).

4.6 Die Bedeutung des Modells der Salutogenese in der Pflege

Wenn Aspekte der Salutogenese in die Pflege eingebaut werden sollen, müssen die Haltung gegenüber dem Patienten, aber auch die gesundheitsfördernden Handlungen, überdacht und, wenn nötig, auch verändert werden. Steinbach beschreibt in ihrem Buch, die von *Priska Frank* (2000) formulierten *notwendigen Veränderungen bzw. Erweiterungen der pflegerischen Haltung*:

- Die Veränderung und das Überdenken des Gesundheitsverständnisses sind zunächst einmal vorrangig. Es muss den Menschen vor Augen gehalten werden, dass Gesundheit keine „Ware“ und kein *produzierbarer Artikel* ist – denn die Gesundheit eines Menschen kann nur ermöglicht werden. Hierbei können Pflegepersonen einen Beitrag leisten. *Die Arbeit an der und für die Gesundheit ist ein aktiver Prozess, in dessen Mittelpunkt der Patient steht.* Hierbei muss der Patient die Hauptarbeit leisten – die Pflegeperson sollte ihn dabei unterstützen (vgl. Frank, 2000, S. 312 zitiert nach Steinbach, 2007, S. 125 f.).
- Bei der Gesundheitsförderung in der Pflege ist es wichtig, welche Strategie zur Förderung gewählt wird – hierbei ist der *ressourcenorientierte Denkansatz* allerdings unverzichtbar. Für die pflegerische Einstellung gegenüber dem Patienten ist es sehr bedeutsam, dass sich die Pflegeperson nicht nur auf die bestehenden Defizite des Patienten konzentriert, sondern ihren Blick auch auf die *gesunden und entwicklungsfähigen Seiten* richtet (vgl. Frank, 2000, S. 312 zitiert nach Steinbach, 2007, S. 126).
- Die Pflegeperson muss den Patienten als aktives, selbstverantwortliches und lernfähiges Individuum sehen und akzeptieren, dass der Klient *Experte für seine eigene Gesundheit* ist. Die Pflegeperson sollte nur begleitend und betreuend agieren. *Ihre pflegerische Aufgabe im Sinne der Salutogenese ist, ihn zur Selbstverantwortung und Eigeninitiative für seine Gesundheit zu befähigen* (vgl. Frank, 2000, S. 312 zitiert nach Steinbach, 2007, S. 126).

Im Zentrum der Gesundheitsförderung in der Pflege steht somit die Bemühung, das Kohärenzgefühl des Patienten zu stärken – was vor allem *Ressourcenaktivierung* bedeutet (vgl. Steinbach, 2007, S. 126).

Laut *Brieskorn – Zinke* (2000, S. 380) ist das salutogenetische Konzept zwar noch keine allgemein akzeptierte Theorie. Allerdings wird dadurch *die Möglichkeit geboten, dass Gesundheitsberufe in gegenseitiger Abstimmung zusammenarbeiten und gleichzeitig Platz für spezifische Vorgehensweisen innerhalb dieser Berufe bleibt* (Steinbach, 2007, S. 128).

5. Wichtige Pflegemodelle in der mobilen Hauskrankenpflege

Die Basis eines jeden Pflegemodells ist eine Pflege-theorie, welche eine abstrakte und wissenschaftliche Betrachtung von Pflege ist und die Antwort auf die Frage „Was ist Pflege?“ beinhaltet. Um diese Gedanken und Überlegungen in die Praxis übertragen und später auch anwenden zu können, bedienen sich Pflege-theoretiker wie Orem, Roper, Krohwinkel, Friedmann u.a. eines Modells, um somit den Sachverhalt so gut wie möglich zu vereinfachen. Zusammenfassend kann man sagen, dass Details in den Hintergrund rücken und somit ein Überblick über das Ganze gewährt wird (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 10).

Pflegemodelle und Pflege-theorien sind erforderlich für die Umsetzung und den Aufbau einer ganzheitlichen, individuellen und personenbezogenen Pflege (vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 8).

Bei der Erstellung eines neuen Pflegemodells wird vielfach auf verschiedene, schon vorhandene Pflegemodelle zurückgegriffen und zusätzlich werden diverse Teile aus unterschiedlichen Modellen miteinander verknüpft (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 11).

Obwohl jedes Pflegemodell verschiedenartig, einzigartig und anders ist, haben alle Pflegemodelle folgende Punkte miteinander gemein:

- **Patientenzentriert, individuell:** *Im Mittelpunkt der Pflege steht der einzelne Mensch, der Pflege benötigt;*

- **Ganzheitlich:** Pflege beachtet alle Lebensbezüge des Menschen, d.h. Körper, Psyche und soziales Umfeld;
- **Geplant:** Pflege setzt die Einschätzung des Pflegebedarfs voraus und wird immer wieder am Bedarf ausgerichtet;
- **Professionell:** Pflege als Beruf setzt eine Qualifikation voraus, die durch eine Ausbildung erworben und durch ein Examen nachgewiesen wird (Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 11).

Im Folgenden beschreibe ich einige Pflegemodelle, die vor allem in der mobilen Hauskrankenpflege wichtig sind, eingesetzt werden und einen gesundheitsfördernden Schwerpunkt beinhalten.

5.1 Pflegemodell nach Orem

Dorothea Orem wurde 1914 in Baltimore (USA) geboren. In den frühen 30er Jahren absolvierte sie ihre Krankenpflegeausbildung in Washington, D.C. An der *Catholic University of the United States of America* machte sie 1939 den Bachelor – Abschluss in Krankenpflege und 1945 schloss sie das Studium Pädagogik für Krankenpflege ab.

Nach ihrem Universitätsabschluss arbeitete sie einige Zeit lang als Pflegedienstleiterin in einem Krankenhaus in Michigan (USA). Anschließend unterrichtete sie als Professorin für Krankenpflegeausbildung an der *Catholic University of the United States of America*. Ab 1957 arbeitete sie im US – Gesundheitsministerium als Beraterin für Verbesserung der praktischen Ausbildung von Krankenschwestern. Dort entwickelte sie auch die Idee für ihr Pflegemodell. 1970 gründete sie ihre eigene Beratungsfirma - „Orem & Shields Inc.“ - für Krankenpflege und Krankenpflegeausbildung. 2007 verstarb Dorothea Orem in Savannah (vgl. Cavanagh, 1997, S. 9) & (vgl. Kuebler, 2009, S. 4) .

Der eigentliche Grundgedanke von Orem war, mit diesem Pflegemodell die Eigenständigkeit der Pflege zu fördern. Im Deutschen wird Orem's Modell meistens Selbstpflegedefizit – Theorie oder Modell genannt (vgl. Cavanagh, 1997, S. 9).

Dorothea Orem hat sich Gedanken darüber gemacht was das *Wesen der Pflege* ist – sie war der Meinung, dass der Grund, weshalb ein Mensch professionelle Unterstützung bzw. Pflege benötigt, der ist, dass er nicht (mehr) in der Lage ist oder nur eingeschränkt fähig ist, für sich selbst zu sorgen (*self-care-limitations*) (vgl. Cavanagh, 1997, S. 9).

Laut Orem werden im Selbstpflege – Konzept zwei wesentliche Charakteristika des Menschenbildes dargestellt:

- *Selbstpflege ist eine erlernte alltägliche Handlung, die jeder Mensch „normalerweise“, z. B. wenn er gesund ist, für sich selbst vollzieht;*
- *Der Mensch ist – ebenfalls „normalerweise“ - daran interessiert, für sich selbst Sorge zu tragen. Dazu eignet er sich ganz bewußt Fähigkeiten an und sucht aktiv nach Lösungswegen bei auftretenden Problemen* (Cavanagh, 1997, S. 10).

An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass sich Dorothea Orem mit dieser Betrachtungsweise des Menschenbildes deutlich von jener Betrachtungsweise abhebt, die davon ausgeht, dass der Patient nur ein passiver Empfänger pflegerischer Leistungen ist und dessen Art und Notwendigkeit der Pflegeleistung ausschließlich von der Pflegeperson bestimmt wird (vgl. Cavanagh, 1997, S. 10).

Aus ethischen, rechtlichen und professionellen Gründen ist es heute wichtig, daß Pflegefachkräfte sorgfältig abwägen, wie sie die Pflege planen, durchführen und schließlich evaluieren wollen (Cavanagh, 1997, S. 13).

Ein wichtiger Bestandteil in Orem's Modell sind jene Aktivitäten eines Menschen, die ausgeübt werden müssen um für sich selbst ausreichend sorgen zu können. Ist ein Mensch allerdings aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage diese Aktivitäten auszuüben, benötigt er eine entsprechende Pflege. Orem bezeichnet diese Einschränkungen als *Selbstpflegeerfordernisse* (*self – care requisites*) (vgl. Cavanagh, 1997, S. 10).

Orem wollte für ein besseres Verständnis in der Pflege sorgen und hat sich daher auf folgende drei Fragestellungen konzentriert:

- 1) *Was tun Pflegepersonen, und was sollen sie als Pflegepraktiker tun?*
- 2) *Warum tun Pflegende das, was sie tun?*
- 3) *Zu welchen Ergebnissen führen pflegerische Maßnahmen?*

(Cavanagh, 1997, S. 19)

Diese drei Fragestellungen haben somit den Grundstein für die Entwicklung ihres Pflegemodells gebildet.

Das Pflegemodell nach Orem ist ein sehr komplexes Modell und beinhaltet drei Theorien:

- 1) die Theorie der Selbstpflege/Dependenzpflege
- 2) die Theorie des Selbstpflegedefizits
- 3) die Theorie des Pflegesystems

Diese drei Theorien sind allerdings miteinander verbunden, da sie einen gemeinsamen Grundgedanken haben: Der Mensch sorgt für sich selbst, indem er lebt, funktioniert und seine Gesundheit und sein Wohlbefinden aufrechterhält (vgl. Sommerbauer, 2003, S. 36) & (vgl. Dennis, 2001, S. 24)

5.1.1 Theorie der Selbstpflege/Dependenzpflege

Die Theorie der Selbstpflege wurde als erste der drei Theorien entwickelt, bildet das Hauptsegment der beiden anderen Theorien und ist daher auch das Kernstück der gesamten Pflegetheorie. Diese Theorie der Selbstpflege beinhaltet einige Konzepte:

- ➔ Selbstpflege
- ➔ Dependenzpflege
- ➔ Selbstpflegeerfordernisse
- ➔ situativer Selbstpflegebedarf
- ➔ Selbstpflegekompetenz
- ➔ Dependenzpflegekompetenz
- ➔ grundlegende Bedingungsfaktoren

Die wichtigsten Konzepte hiervon sind zum Beispiel:

Selbstpflege: eine Person ist in der Lage sich selbst zu pflegen, das heißt, dass diese Person die eigene Pflege selbst vornehmen kann.

Dependenzpflege: das ist die Handlung die von einer Person durchgeführt wird um die Selbstpflegeerfordernisse einer anderen Person zu erfüllen.

Selbstpflegekompetenz: eine Person besitzt die Fähigkeit sich an der eigenen Selbstpflege zu beteiligen.

(vgl. Dennis, 2001, S. 30 f.)

Selbstpflegeerfordernisse: jeder Mensch hat das Bedürfnis nach Selbstpflege und den Wunsch die Bedürfnisse zu erfüllen.

Zu diesen Selbstpflegeerfordernissen zählen z. B. auch die **universellen Selbstpflegeerfordernisse:** jeder Mensch verspürt das Bedürfnis den Zustand des gesunden Daseins zu realisieren. Das gilt für jeden Menschen, natürlich abhängig vom jeweiligen Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium, Gesundheitszustand und den vorhandenen Ressourcen.

Zu diesen universellen Selbstpflegeerfordernissen zählt Dorothea Orem acht lebensnotwendige Anforderungen, die eben durch Selbstpflege oder Selbstfürsorge befriedigt werden müssen:

1. ausreichende Zufuhr von Luft
2. ausreichende Zufuhr von Wasser
3. ausreichende Zufuhr von Nahrung
4. Vorkehrungen im Zusammenhang mit Ausscheidungsprozessen
5. Gleichgewicht zwischen Aktivität und Ruhe
6. Gleichgewicht zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion
7. Beseitigung von Gefahren die den Menschen bedrohen
8. Förderung des „Normal“- Seins also z. B. die Entwicklung des Menschen innerhalb sozialer Gruppen

(vgl. Cavanagh, 1997, S. 20-23) & (vgl. Dennis, 2001, S. 30-31) & (vgl. Kuebler, 2009, S. 5-6) & (vgl. Sommerbauer, 2003, S. 36-39)

5.1.2 Theorie des Selbstpflegedefizits

Die Theorie des Selbstpflegedefizits beschreibt und erklärt, warum Menschen Pflege benötigen und warum man ihnen durch Pflege helfen kann. Orem hat auch bei dieser Theorie drei weitere wichtige Konzepte entwickelt:

- ➔ Selbstpflegekompetenz
- ➔ Selbstpflegeeinschränkungen
- ➔ Selbstpflegedefizit

Selbstpflegekompetenz: Orem versteht darunter die erworbenen Fähigkeiten eines Menschen, seine eigenen Selbstpflegeerfordernisse zu erfüllen.

Selbstpflegeeinschränkungen: die Selbstpflegekompetenz kann durch verschiedene Faktoren begrenzt werden, z. B. durch eingeschränktes Wissen, eingeschränkte Urteils- und Entscheidungsfähigkeit und eingeschränkte Handlungsfähigkeit.

Selbstpflegedefizit: eine Person ist aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht imstande, sich ständig selbst zu pflegen oder unabhängig von anderen für sich selbst zu sorgen. (vgl. Dennis, 2001, S. 31-34)

5.1.3 Theorie des Pflegesystems

Die Theorie des Pflegesystems beschreibt und erklärt die Beziehung, die vorhanden sein und aufrecht erhalten werden muss, damit Pflege stattfinden kann. Menschen mit gesundheitsbezogenen Selbstpflegedefiziten benötigen professionelle Pflege. Die Theorie des Pflegesystems beinhaltet sowohl die Theorie der Selbstpflege also auch die Theorie des Selbstpflegedefizits und bezieht zusätzlich auch noch die helfenden Dienste mit ein.

Auch diese Theorie umfasst drei Konzepte:

- ➔ helfende Dienstleistungen
- ➔ Pflegesystem
- ➔ Pflegekompetenz

Die Hauptidee der Theorie des Pflegesystems bezieht sich auf die **helfenden Dienstleistungen**, die von professionellen Pflegepersonen durchgeführt werden.

Ein **Pflegesystem** kann als Handlungssystem gesehen werden, das durch Pflegepersonen geschaffen und realisiert wird.

Pflegekompetenz beschreibt die Berechtigung der professionellen Pflegepersonen ihr Fachwissen und Handeln bewusst einzusetzen und anzuwenden. Die Pflege soll dadurch die Selbstpflegekompetenz des Patienten und die Dependenzpflegekompetenz der Angehörigen unterstützen und fördern. Pflegekompetenz ist im Pflegesystem unerlässlich und erfordert selbstverständlich eine professionelle Pflegeausbildung.

(vgl. Dennis, 2001, S. 34 f.)

Die Ziele von Pflegesystemen sind:

- 1) Entwicklung einer Selbstkompetenz bzw. Schutz einer bereits bestehenden und Regulierung der Ausübung oder Entfaltung der Selbstkompetenz;
- 2) Unterstützung des Patienten bei der Ermöglichung einer situativ benötigten Selbstpflege (vgl. Dennis, 2001, S. 35).

Eine zentrale Komponente des Pflegemodells ist die *präventive Gesundheitspflege*. Dadurch wird quasi die Gesundheit anstelle der Krankheit in den Mittelpunkt der Pflege gestellt.

Dorothea Orem unterscheidet zwischen:

- Primärer Prävention
- Sekundärer Prävention
- Tertiärer Prävention

Primäre Prävention: Ist die Maßnahme um den universellen Selbstpflegeerfordernissen auf effektive Weise gerecht zu werden.

Sekundäre Prävention: Darunter versteht man bei Orem die Beseitigung nachteiliger Auswirkungen oder Komplikationen von Krankheiten mittels Früherkennung.

Tertiäre Prävention: Hier geht es schon um die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen als Folge von Behinderungen und/oder Entstellungen.

(vgl. Sommerbauer, 2003, S. 37)

Für Dorothea Orem ist es wesentlich, dass ein Mensch seine Selbstpflege so gut wie möglich permanent und automatisch durchführen kann, um so sein Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu steigern. Sie sieht den Menschen als Einheit, dessen Funktionen mit der benötigten Unterstützung ein integriertes Ganzes bilden.

Orem geht davon aus, dass jeder Mensch nach einem Gleichgewicht strebt. Daher setzt sie in ihrem Modell einen Schwerpunkt auf das Gleichgewicht zwischen vorhandenen Fähigkeiten die Selbstfürsorge auszuführen und den vielfältigen Anforderungen die gestellt werden. Man kann also sagen, dass sie ihr Augenmerk auf die Handlungen setzt, die der gesunde Mensch, aber eben auch der Kranke, durchführen kann, um Balance zu erhalten (vgl. Deutscher Pflegeverband, 2005, S. 3).

Orem ist es wichtig, genau abzuwägen welche Funktion eine Pflegekraft bei einem Patienten zu erfüllen hat. Sie findet es nicht richtig, wenn Pflegekräfte in großem

Umfang intervenieren und für den Patienten handeln, vor allem dann, wenn dieser sowieso schon eine verringerte Motivation hat Dinge zu erledigen, die er aber noch tun könnte (vgl. Cavanagh, 1997, S. 13).

Für Dorothea Orem ist es entscheidend, dass man einen Patienten all das was er kann, selbst und eigenständig durchführen lässt, also, dass man ihm nicht bei jeder Kleinigkeit hilft. Man soll den Patienten und seine Gesundheit fördern und nicht ihm womöglich durch Überfürsorge schaden. Es gibt nicht um sonst das Sprichwort „*Wer rastet, der rostet!*“

Meiner Meinung nach hat Orem's Pflegemodell sehr viel mit *Empowerment* zu tun. Bei *Empowerment* geht es, ebenfalls wie bei Orem's Pflegemodell darum, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung eines Menschen zu erhöhen. Es soll der betroffenen Person ermöglicht werden, so gut wie möglich, selbstständig, eigenmächtig, selbstbestimmend und selbstverantwortlich zu handeln. Zum Empowerment zählt aber auch die Tatsache, dass die vorhandenen Ressourcen genutzt werden sollen, auch wenn dies mit Hilfe einer professionellen Pflege bzw. Unterstützung erfolgen muss.

5.1.4 Planung und Ziel der Pflege nach Orem

Die Pflegeperson kann kurz-, mittel- und langfristige Ziele setzen und sollte zusammen mit dem Patienten einen Pflegeplan erstellen. Hierbei wird festgelegt wie sehr die Pflegeperson während der Pflegeleistung eingreifen soll, also ob sie den Patienten vollständig oder nur ein wenig unterstützen oder vielleicht auch nur beraten soll. Auf jeden Fall ist es, wie schon oben erwähnt, wichtig, dass die Pflegeperson nur soweit wie nötig eingreift und sie den Patienten in seiner selbstständigen Ausübung gewisser Handlungen, d.h. in seiner Selbstfürsorge, fördert. Man kann also sagen, dass sich sowohl die Pflegeperson, als auch der Klient aktiv am Pflegeprozess beteiligen. Hierbei

können zusätzlich die Angehörigen oder andere Bezugspersonen des Patienten mit einbezogen werden. Für Orem ist es wichtig, dass die Pflege nicht als einseitige Handlung der Pflegeperson gesehen wird, sondern als Interaktion zwischen dem Patienten und der Pflegeperson. Daher ist es notwendig, dass der Patient gewillt ist, Hilfe anzunehmen, d.h. er muss die Rolle des Hilfsempfängers akzeptieren. Denn nur so kann die Situation verbessert werden (vgl. Deutscher Pflegeverband, 2005, S. 7).

5.1.5 Verbreitung und Anwendung des Modells

In den USA wird dieses Pflegemodell schon seit den 80er Jahren angewendet und in den Niederlanden seit den 90er Jahren und zählt dort sogar zu den wichtigsten Modellen überhaupt. Auch in Österreich und Deutschland hat das Modell in den vergangenen Jahren an Popularität gewonnen und wird immer häufiger in den verschiedensten Praxisbereichen eingesetzt. Das Modell kann bei (jugendlichen) Alkoholikern, Rheumatikern, bei Schlaganfallpatienten bis hin zu Diabetikern eingesetzt werden (vgl. Deutscher Pflegeverband, 2005, S. 7).

Sehr häufig wird es in der (mobilen) Hauskrankenpflege angewendet. Die meisten Pflegeorganisationen in Wien, wie z. B. das Wiener Hilfswerk, das Rote Kreuz, Sonores, Caritas Socialis, Care Systems usw. pflegen nach Orem bzw. verwenden das Modell für die Pflegeplanung.

In manchen Krankenhäusern wird das Modell ebenfalls für die Pflegeplanung verwendet. Auf der Homepage der Wiener Gebietskrankenkasse steht bei der Beschreibung der Philosophie des Hanusch-Krankenhauses folgendes:

„Unser tägliches Handeln orientiert sich an dem Pflegemodell von Dorothea Orem. Dieses Modell geht von einem ganzheitlichen Menschenbild aus, motiviert und aktiviert Patientinnen und Patienten, bezieht Angehörige mit ein und bietet Pflegepersonen Handlungsstrukturen. Außerdem verlangt Orem, dass pflegerische Tätigkeiten ausschließlich von qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Damit kommt es unseren Vorstellungen einer zukunftsorientierten Pflege am nächsten und unterstützt unser

Anliegen, im Rahmen der aktivierenden Pflege "Hilfe zur Selbsthilfe" anzubieten“ (Wiener Gebietskrankenkasse, 2011 - http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_menuid=59947&%20action%20=2).

Der Grund für die Beliebtheit dieses Modells könnte sein, dass Orem eine der Ersten war, die die Grundbedürfnisansätze kreativ mit einem umfassenden Verständnis von Pflege verbunden hat (vgl. Cavanagh, 1997, S. 9-12).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es Orem wichtig war, sowohl den Patienten als auch seine Familienmitglieder oder andere Bezugspersonen aktiv in den Pflegeprozess zu involvieren. Außerdem war es ihr ein Anliegen, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit des Patienten gefördert werden, indem die Pflegeperson den Patienten unterstützt, allerdings nicht mehr als notwendig. Daher ist es laut Orem unerlässlich, dass am Beginn des Pflegeprozesses eine Einschätzung der Situation erfolgen muss – ob im konkreten Fall wirklich eine pflegerische Unterstützung notwendig ist bzw. bis zu welchem Grad die Unterstützung erfolgen sollte. Nach der Einschätzung der Pflegesituation müssen gesundheitliche Ziele festgelegt werden, gesundheitliche Einschränkungen kompensiert, bestehende Fähigkeiten unterstützt und neuen Beeinträchtigungen vorgebeugt werden!

5.2 Pflegemodell nach Krohwinkel

Monika Krohwinkel wurde 1941 in Hamburg geboren. Krohwinkel ist eine bekannte deutsche Pflegewissenschaftlerin und die Begründerin des *AEDL – Strukturmodells* (welches sie später überarbeitete und als *ABEDL – Strukturmodell* veröffentlichte) und des *Systems/Modells der fördernden Prozesspflege*. Vor ihrem Pflege- und Erziehungswissenschaft – Studium in Manchester, absolvierte sie die Hebammen- und Krankenpflegeausbildung in Deutschland und England (vgl. Dautzenberg, 2011, S. 3) & (vgl. Müller, 2008, S. 52).

Bereits 1984 präsentiert Krohwinkel ihr konzeptionelles Modell der „*Aktivitäten und der existenziellen Erfahrungen des Lebens*“ (das sogenannte AEDL – Strukturmodell) (Müller, 2008, S. 48). Das Modell wurde 1991 „*in einer abgeschlossenen Studie an Apoplexieerkrankten und deren Bezugspersonen erprobt und weiterentwickelt. Diese Studie war die erste von einer Pflegenden durchgeführte wissenschaftliche Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit in Deutschland*“ (Brandes & Hapke, 2010, S. 6).

Krohwinkel orientierte sich bei der Erstellung der 13 *Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)* sowohl an den 12 von Nancy Roper entwickelten *Lebensaktivitäten*, als auch an den *Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)* nach Liliane Juchli (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 13).

5.2.1 Das AEDL – Strukturmodell

Krohwinkels Modell ist weniger an den Defiziten der Patienten orientiert, sondern ist vielmehr ein *personen-, beziehungs- und fähigkeitsorientiertes* Modell. In diesem Strukturmodell spielen sowohl die Fähigkeiten, als auch die Beziehungen des Klienten eine große Rolle. Krohwinkel ist der Meinung, dass der Mensch seine Bedürfnisse entwickelt und lernen muss mit seinen Fähigkeiten umzugehen. Wenn er allerdings nicht mehr in der Lage ist dies zu tun, muss es die Pflegeperson übernehmen und stellvertretend das für den Patienten tun was er selbst tun würde, *wenn er das Wissen, den Willen und die Kraft dazu hätte* (vgl. Müller, 2008, S. 48). Monika Krohwinkel verbindet in ihrem Modell die pflegerischen Bedürfnisse mit den *Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens*. Sie erstellt, wie oben erwähnt, 13 Aktivitäten, die keiner hierarchischen Gliederung unterliegen, die allerdings miteinander in Wechselwirkung stehen. Da der Mensch, seitens der Pflegepersonen, ganzheitlich gesehen werden soll, müssen zusätzlich zu den einzelnen Betrachtungen der AEDLs, auch deren Auswirkungen aufeinander betrachtet und berücksichtigt werden (vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 8).

5.2.1.1 Die 13 AEDLs nach Krohwinkel

- 1. Kommunizieren können** (Signale senden und empfangen – mit anderen Menschen in Verbindung stehen)
- 2. Sich bewegen können** (Bewegung vermittelt Unabhängigkeit und Freiheit, die Fähigkeit sich bewegen zu können ist sehr wichtig, da sie einen enormen Einfluss auf das tägliche Leben hat)
- 3. Vitale Funktionen aufrechterhalten können** (dazu gehören beispielsweise: Atmung, Puls, Blutdruck, Körpertemperatur u. Ä. – diese Funktionen müssen beobachtet und wahrgenommen werden)
- 4. Sich pflegen können** (wichtige Basis des Wohlbefindens; ist ein sehr persönlicher und intimer Bereich des Menschen; Verlust dieser Fähigkeit vermittelt dem Betroffenen den Verlust der eigenen Autonomie)
- 5. Sich kleiden können** (bedeutet für viele eine Art Wahlfreiheit und Selbstverwirklichung)
- 6. Ausscheiden können** (sowohl die Nahrungsaufnahme als auch die Ausscheidung von Nahrung sind eine lebenswichtige Fähigkeit, außerdem trägt eine funktionierende Ausscheidung wesentlich zum Wohlbefinden eines Menschen bei)
- 7. Essen und trinken können** (die beiden Aktivitäten tragen sowohl zum physischen als auch zum psychischen Wohlbefinden bei und zählen zu den wichtigsten Bedürfnissen des Menschen)
- 8. Ruhen, schlafen, sich entspannen können** (alle drei Aktivitäten benötigt der Mensch um seine körperlichen und geistigen Kräfte zu regenerieren)
- 9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können** (Aktivitäten durch die das Leben strukturiert und gestaltet wird und die ebenfalls zum Wohlbefinden eines jeden Menschen beitragen können)
- 10. Die eigene Sexualität leben können** (d.h. sich als Frau oder Mann fühlen um sein „Ich – Bewusstsein“ zu stärken)
- 11. Für sichere und fördernde Umgebung sorgen können** (der Mensch muss sich in seinem Umfeld, in seiner Umgebung und seinem persönlichen Lebensraum sicher und wohl fühlen – gerade bei älteren Menschen muss man ein sicheres Umfeld schaffen, da diese das oft nicht mehr alleine können)

12. Soziale Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können (soziale Kontakte und Beziehungen, gesellschaftliche Aktivitäten und ein soziales Umfeld sind auch bis ins hohe Alter wichtig und tragen wesentlich zum Wohlbefinden bei)

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können (die Erfahrungen die jeder Mensch im Laufe seines Lebens macht prägen ihn und sind essentiell für seine Entwicklung und sein späteres Verhalten – Erfahrungen werden sowohl bewusst als auch unbewusst gemacht)

(vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 11-18) & (vgl. Müller, 2008, S. 52).

Einen besonderen Stellenwert nehmen vor allem die existenziellen Erfahrungen des Lebens ein, da diese ein Leben lang Einfluss auf den Menschen haben. Wie schon erwähnt, sammelt jeder Mensch eine Vielzahl von Erfahrungen, sowohl negative als auch positive, die sich auf sein Leben, aber auch auf die Pflegesituation und den Pflegeablauf auswirken. Erfahrungen aus dem früheren Leben können einen enormen Einfluss auf die (spätere) Zufriedenheit, den körperlichen Zustand, die psychische Verfassung und das Wohlbefinden haben (vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 10).

Bei diesen existenziellen Erfahrungen unterscheidet man folgende drei Gruppen:

- **Existenzfördernde (positive Erfahrungen):**

- | | | |
|------------------|---------------|----------------------------|
| - Unabhängigkeit | - Freude | - Glaube |
| - Integration | - Verständnis | - Freundschaft |
| - Hoffnung | - Vertrauen | - Kontakte |
| - Wohlbefinden | - Fairness | - intakte Familienstruktur |

(Brandes & Hapke, 2010, S. 17).

- **Existenzgefährdende (negative Erfahrungen):**

- | | | |
|----------------------|----------------|-----------------|
| - Angst | - Misstrauen | - Verlustängste |
| - Hoffnungslosigkeit | - Abhängigkeit | - Isolation |
| - Schmerzen | - Trennung | - Eifersucht |
| - Neid | - Ungewissheit | - Sterben/Tod |

(Brandes & Hapke, 2010, S. 18).

- **Erfahrungen, welche die Existenz fördern oder gefährden:**

- *Kulturgebundene Weltanschauung*
- *Religionsausübung*
- *Lebensgeschichtliche Ereignisse*

(Brandes & Hapke, 2010, S. 18).

Wie ich schon zu Beginn dieses Kapitels erwähnte, überarbeitete Monika Krohwinkel ihr AEDL – Strukturmodell, wodurch das ABEDL - Strukturmodell „*Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens*“ entstand (vgl. Müller, 2008, S. 52). Der Unterschied zum früheren AEDL – Strukturmodell ist der, dass die 13 ABEDL in drei Kategorien unterteilt sind, welche zusätzlich noch Subkategorien beinhalten:

Lebensaktivitäten realisieren können (Kategorie 1)

1. *Kommunizieren können*
2. *Sich bewegen können*
3. *Vitale Funktionen aufrechterhalten können*
4. *Sich pflegen können*
5. *Sich kleiden können*
6. *Ausscheiden können*
7. *Essen und trinken können*
8. *Ruhen, schlafen, sich entspannen können*
9. *Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln können*
10. *Die eigene Sexualität leben können*
11. *Für sichere und fördernde Umgebung sorgen können*

12. Soziale Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können (Kategorie 2)

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln können (Kategorie 3)

(Müller, 2008, S. 52)

Auch diese Kategorien unterliegen keiner hierarchischen Gliederung, überschneiden sich gewissermaßen (Kategorie 3 fließt in Kategorie 1 und 2 ein) und müssen miteinander in Verbindung stehen (vgl. Müller, 2008, S. 52).

5.2.2 Hauptaussagen und Ansichten von Monika Krohwinkel

Monika Krohwinkel ist es wichtig, dass sowohl der Mensch als auch seine Umgebung ganzheitlich gesehen werden und dass das Wechselspiel zwischen Mensch und Umgebung und deren gegenseitige Beeinflussung und Verstärkung berücksichtigt werden.

Krohwinkel beschreibt vier Paradigmen, welche im Mittelpunkt der Pflege stehen sollten:

- **Mensch:** Krohwinkel beschreibt den Menschen als ein *„einheitliches, integrales Ganzes, das mehr und anders ist als die Summe seiner Teile mit seiner Identität und Integrität“* (Rogers, 1970 zitiert nach Brandes & Hapke, 2010, S. 7). Jeder Mensch macht im Laufe seines Lebens Erfahrungen und hat das Potential dazu *„sich zu entwickeln, zu wachsen und sich selbst zu verwirklichen, unabhängig von Alter, Krankheit und Behinderung“* (vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 7).
- **Umgebung:** laut Krohwinkel muss nicht nur der Mensch, sondern auch seine Umgebung ganzheitlich betrachtet werden. Die Umgebung eines Menschen stellt ein wichtiges Element für das Leben, das Wohlbefinden und die Gesundheit des Menschen dar. Der Mensch und seine Umgebung müssen als offene und sich gegenseitig beeinflussende Systeme gesehen werden (vgl. Meyer, 2011, S. 9). *Darüber hinaus gehören zum Konzept „Umgebung“ aber auch ökologische, physikalische, materielle und gesellschaftliche Faktoren, welche Leben, Gesundheit und Lebensqualität des Menschen beeinflussen* (Krohwinkel, 1993 zitiert nach Meyer, 2011, S. 9).
- **Gesundheit und Krankheit:** Monika Krohwinkel definiert Gesundheit und Krankheit, aufgrund der ganzheitlichen Betrachtungsweise, nicht als Zustand, sondern als dynamischen Prozess. Demzufolge sollen im Mittelpunkt der Pflege nicht nur die Defizite des Menschen stehen, sondern vielmehr dessen

Ressourcen und Fähigkeiten und die Förderung und Erhaltung dieser (vgl. Brandes & Hapke, 2010, S. 7) & (vgl. Meyer, 2011, S. 10).

- **Pflege:** Der Ausgangspunkt im Pflegeprozess nach Krohwinkel sind die menschlichen Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten und deren Auswirkung auf Wohlbefinden und Unabhängigkeit. Auch hier werden Bedürfnisse und Fähigkeiten ganzheitlich gesehen (vgl. Meyer, 2011, S. 10). Somit können diese nicht *fragmentiert werden in physisch – funktional, willentlich – emotional, kulturell oder sozial*, da diese Bedürfnisse und Fähigkeiten in allen anderen Komponenten mit enthalten sind (vgl. Krohwinkel, 1993, zitiert nach Meyer, 2011, S. 9).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Krohwinkel besonderen Wert darauf legt, dass im Zentrum der Pflege jenes steht, was für den Menschen wichtig und von Bedeutung ist. Zusätzlich ist eine ganzheitliche Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen, seiner Umgebung, seiner Bedürfnisse und Fähigkeiten und seines Gesundheits- bzw. Krankheitszustands von großer Bedeutung.

5.3 Pflegemodell nach Friedemann

Marie - Luise Friedemann ist eine Schweizer Pflegetheoretikerin und Begründerin der *Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Sie wuchs in Zürich auf, später ging sie allerdings in die USA, wo sie die Krankenpflegeausbildung absolvierte. Anschließend machte sie noch den Bachelor und Master of Nursing. Hinterher studierte Marie - Luise Friedemann an der Universität von Michigan und bekam 1984 ihren Doktor in Pädagogik und Gemeindeplanung verliehen. Im Laufe ihres Studiums und ihrer beruflichen Laufbahn konzentrierte sie sich auf die Familienpflege und deren Entwicklung. Infolgedessen entwickelte sie ihre Theorie des systemischen Gleichgewichts (in der familien- und umweltbezogenen Pflege) sowie das Kongruenzmodell und ASF-E (assessment of strategies in families - effectiveness) - ein Instrument zur Einschätzung

der Qualität der Familiendynamik (vgl. Pflegeportal, 2007 - http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Persoenlichkeiten_in_der_Pflege.php?kc=0,34_0,0,0).

5.3.1 Die Theorie des systemischen Gleichgewichts in der familien- und umweltbezogenen Pflege

Die Theorie der familien- und umweltbezogenen Pflege ist eine systematisch entwickelte Pflegetheorie, welche bei einzelnen Personen, (deren) Familien, bei Gruppen, aber auch in Organisationen in der Praxis angewendet werden kann. Friedemann setzte sich mit dem Wandel der Familienstruktur auseinander und entwickelte somit eine Basis für ihre *Theorie des systemischen Gleichgewichts* und für das *Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege*. Sie war der Meinung, dass der Wandel der Familienstruktur folglich auch zu einer Veränderung der Pflege und Betreuung führt und erkannte den notwendigen Aufholbedarf und die Dringlichkeit einer Verbesserung und einer Veränderung in der Pflege (vgl. Sombold, 2009, S. 44) & (vgl. Informational web page for Framework of Systemic Organization Treatment Model - <http://www2.fiu.edu/~friedemm>).

Friedemanns Theorie orientiert sich an folgenden vier Metaparadigmen:

- 1. UMWELT**
- 2. MENSCH**
- 3. GESUNDHEIT**
- 4. PFLEGE**

Marie - Luise Friedemann kam zu folgender Erkenntnis:

„Da sich die Struktur und Prozesse der Familie als System wesentlich von denen des Individuums als Subsystem unterscheiden, ist es notwendig, das Konzept der Familie zu den Konzepten des Metaparadigma hinzuzufügen“ (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 25).

Friedemann fügte außerdem noch hinzu, dass Gesundheit und Pflege nicht nur das Individuum betreffen, sondern auch die Familie und deren Subsysteme berücksichtigt werden müssen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 25).

Marie - Luise Friedemann erwähnt, „[...] dass der Ursprung dieser Theorie mit Norbert Wiener (Kybernetiker¹³), Talcot Parson (Soziologe) und Ludwig von Bertalanffy (Biologe) verbunden und in deren Tätigkeitsfeldern maßgeblich verwurzelt ist“ (Sombold, 2009, S. 45). Außerdem erklärt sie, „[...] dass die Wurzeln der **Theorie des systemischen Gleichgewichts** bis in die psychoanalytischen bzw. psychosomatischen Theorien hineinreichen.“ und beruft sich speziell „[...] auf die Familientherapie und Carl Gustav Jung“ (Sombold, 2009, S. 45).

5.3.2 Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege

Das Konzept der familien- und umweltbezogenen Pflege orientiert sich ebenfalls an den oben genannten Metaparadigmen Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege. Marie - Luise Friedemann fügte allerdings noch zwei weitere Metaparadigmen hinzu – Familie und Familiengesundheit – um die Wichtigkeit der Familie in der und für die Pflege hervorzuheben (vgl. Sombold, 2009, S. 45).

Konzept Umwelt

Die Umwelt ist insofern ein unausweichliches Metaparadigma, da sie den Menschen ständig umgibt und er sich permanent in ihr bewegt. Das Konzept zur Umwelt beinhaltet alle Systeme, die den Menschen und seine Familie einschließen. Zu diesen Systemen gehören z. B. politische und soziale Systeme, Gegenstände, Gebäude, Städte, Biosysteme und sogar das Universum. Das Universum ist verständlicherweise allen anderen Systemen übergeordnet (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 25 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 45 f.).

¹³ „Kybernetik ist die allgemeine, formale Wissenschaft von der Struktur, den Relationen und dem Verhalten dynamischer Systeme.“ (Flechtner, 1967, S. 10)

„Bohm (1980) erklärt, dass die implizite Organisation des Universums alle Systeme, auch die auf der Erde, umfasst, verbindet, zusammenarbeiten und sich weiterentwickeln lässt“ (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 26). Daher befinden sich alle Systeme in einem dynamischen Wechselzustand in dem sie sich gegenseitig anpassen müssen. Ein Zustand der Kongruenz – d.h. ein Zustand in dem alle Systeme vollkommen aufeinander abgestimmt sind – wird zwar angestrebt, kann aber nicht wirklich erreicht werden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 26).

Konzept Mensch

Der Mensch definiert seine Identität über seine Beziehungen zu seiner Umwelt. Seine Umwelt definiert er wiederum über seine Beziehungen zu Mitmenschen, Gegenständen u. Ä. Der Mensch hat zum Ziel ein sinnvolles und angstfreies Leben zu führen. Einer der wichtigsten Punkte in der Theorie des systemischen Gleichgewichts ist, dass der Mensch Ängste abbaut, da ein angstfreies Leben von großer Bedeutung für die Gesundheit ist und dies eine wichtige gesundheitsfördernde Maßnahme ist. Der Mensch ist dann angstfrei, wenn zwischen dem System seiner Umwelt und seinem „persönlichen“ System Kongruenz entsteht. Der Mensch versucht im täglichen Leben seine Ängste zu bewältigen - indem er beispielsweise seine Ziele und Prozesse seinem Umfeld anpasst oder versucht störende Einflüsse aus der Umwelt rückgängig zu machen - um somit die gewünschte Kongruenz zu erreichen. Daher beruht das menschliche Verhalten auf folgenden vier Zielen: **STABILITÄT – WACHSTUM – REGULATION/KONTROLLE – SPIRITUALITÄT** (siehe Abbildung 1: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts S. 66). Um diese Ziele zu erreichen, sollte der Mensch folgende Verhaltensweisen bzw. Handlungen an den Tag legen, welche in vier Prozessdimensionen unterteilt werden: **SYSTEMERHALTUNG – SYSTEMÄNDERUNG – KOHÄRENZ – INDIVIDUATION** (siehe Abbildung 1: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts S. 66) (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 26 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 46).

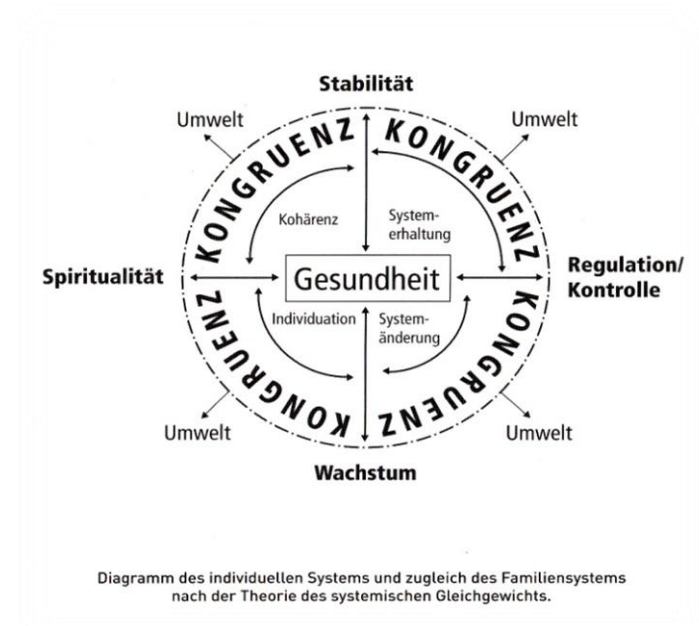


Abbildung 1: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts (Quelle: Friedemann & Köhlen, 2010)

Die vier Ziele des menschlichen Systems:

Stabilität bezieht sich nicht nur auf die Persönlichkeit eines Menschen, sondern ermöglicht auch die Identifikation, d.h. sie bewirkt jene Eigenschaften die einen Menschen und seine Mitmenschen kennzeichnen. Stabilität hat zum Ziel, mittels Erhaltung des Systems, Angst zu bekämpfen – folglich wehrt sich der Mensch gegen Einflüsse die sein System und somit seine Stabilität verletzen können (und sogar zu einer schweren Erkrankung führen könnten). So ist der erste Impuls, nach einer ernsthaften Diagnose, der, dass der Mensch versucht die Stabilität wieder herzustellen. Da dies nicht immer möglich ist, kann Kongruenz nur durch eine neue Anordnung der Werte und Prioritäten erreicht werden bzw. wieder hergestellt werden. Diese Umordnung und neue Orientierung führt zum **Wachstum** (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 30) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47).

Wachstum entsteht somit dann, wenn es dem Menschen gelingt, die Werte und Prioritäten, erfolgreich umzustellen. Wachstum entsteht auch durch neue Erkenntnisse z. B. durch soziale Kontakte, Erziehung oder durch die Anpassung an eine neue

Lebenssituation. Dieses Wachstum geht immer mit einer Gesamtänderung der Grundstruktur und des Wertsystems einher. Durch diese strukturelle Änderung entwickelt sich eine neue Stabilität (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 30 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47).

Allerdings strebt ein gesunder Mensch nicht nur nach Stabilität sondern auch nach Wachstum, daher kann man diese beiden Ziele nicht als Kontinuum, sondern muss sie als eigenständige Dimensionen sehen, die von jedem Menschen individuell bestimmt werden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 31) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47).

Regulation/Kontrolle dienen zum Aufbauen von Systemen die dem Menschen als Schutz dienen. Somit können gewünschte Einflüsse vom System angenommen werden bzw. können ungewünschte vermindert oder verhindert werden. Ohne die heutigen Schutzsysteme (ökonomische, politische, finanzielle, etc.) kann sich der Mensch sein Leben gar nicht mehr vorstellen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 28) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47) .

Spiritualität diene den Menschen schon vor Jahrhunderten als Unterstützung bei der Bekämpfung von Angst. Da sich der Mensch nicht vor Schicksalsschlägen schützen kann, benötigt er Spiritualität um sich von seiner Umwelt ein wenig zu entfernen. Friedemann (2010) erläutert dies folgendermaßen: *„Mit dieser Verbindung zum übergeordneten Universum, die sich in Mitmenschen, der Natur oder Gott erkenntlich zeigt, kann er sich inneren Frieden, Harmonie und damit Kongruenz schaffen.“* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 29). Spiritualität stellt immer eine Verbindung zweier Systeme dar z. B. Mensch und Mensch, Mensch und Arbeitsplatz, Mensch und Natur oder Mensch und Universum. Durch diese Verbindung fühlen sich beide Systeme verstanden. Zusätzlich hat Spiritualität noch die Wirkung dem Menschen das Gefühl von Zugehörigkeit, Bindung, Anerkennung, Achtung und Verständnis zu vermitteln (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 29) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47).

Regulation/Kontrolle und Spiritualität sind Ziele, die von jedem Menschen individuell, aktiv und gezielt angestrebt werden. Sowohl Regulation/Kontrolle als auch Spiritualität sind erforderliche Ziele eines gesunden Menschen – auch wenn verständlicherweise die Bedürfnisse und die Intensität danach von Mensch zu Mensch verschieden sind. Selbstverständlich ändern sich die Ziele im Laufe des Lebens, je nach Entwicklungsstand und Lebenssituation. Somit sind auch Regulation/Kontrolle und Spiritualität eigenständige und voneinander unabhängige Dimensionen, die jeder Mensch individuell und für sich selbst definiert (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 31).

Die vier Prozessdimensionen des menschlichen Systems:

Wie bereits oben erwähnt, werden zur Umsetzung der Ziele vier Prozessdimensionen benötigt. An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass diese Prozessdimensionen nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch für das System Familie von Bedeutung sind. Auch hier verändern sich im Laufe des Lebens, je nach Entwicklungsstand und Lebenssituation, die Ziele, Bedürfnisse und Handlungen in den einzelnen Prozessdimensionen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 34).

Systemerhaltung beinhaltet jene Handlungen die sich auf die Ziele Stabilität und Regulation/Kontrolle konzentrieren. Hier wird deutlich, dass Friedemann an Orem's Selbstpflegehandlungen anknüpft. Diese Selbstpflegehandlungen sind wichtig für das körperliche und geistige Wohl des Menschen – dazu gehören Schlafen, Bewegung, Körperpflege, Arbeit, Erholung, Ernährung, Freizeitgestaltung, Aktivitäten etc. Viele dieser Tätigkeiten sind Gewohnheit oder sich wiederholende Abläufe im täglichen Leben. Die Basis all dieser Tätigkeiten sind Werte der Gesundheit und Selbsterhaltung, welche der Mensch bereits in früher Kindheit verinnerlicht (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 31 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47 f.).

Systemänderung beinhaltet eine Veränderung oder Neuordnung der vorhandenen Werte und Prioritäten. Hierfür benötigt der Mensch allerdings einen Drang von innen oder außen, oder ein gewisses Maß an Unzufriedenheit mit der vorhandenen Situation.

Diese Veränderungen im System streben Ziele der Regulation/Kontrolle und des Wachstums an (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 32) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47 f.).

Kohärenz umfasst jene Handlungen, die den Zielen von Stabilität und Spiritualität dienen. Jeder Mensch kann durch erfolgreiche Kohärenzaktionen das Gefühl von Ganzheit, Selbstsicherheit und innerem Frieden erlangen. Allerdings muss er auch seine Schwächen und Grenzen erkennen und akzeptieren.

Da der Mensch ein Leben lang Enttäuschungen und Rückschläge erlebt und durchlebt, muss die Kohärenz immer wieder unterstützt und gestärkt werden. Kohärenz ist die Basis zur Individuation (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 32) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47 f.).

Individuation führt zum Ziel der Spiritualität, allerdings sind die damit im Zusammenhang stehenden Handlungen nur möglich, wenn der Mensch die notwendige innere Stärke besitzt. In dieser Dimension ist es von großer Wichtigkeit, dass der Mensch in der Lage ist, sich zu öffnen, da er nur so Bindungen mit anderen Systemen eingehen kann und so seine Leistungsfähigkeit wächst (z. B. durch soziale Aufgaben, kritisches Nachdenken, neue Erkenntnisse durch Reisen, Beruf u.v.m.) (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 33) & (vgl. Sombold, 2009, S. 47 f.).

Friedemann (2010) hat die vier Ziele und deren Prozessdimension übersichtlich zusammengefasst:

„Zusammenfassend sind es die Handlungen im Rahmen der vier Prozessdimensionen, die im Einklang mit den vorhandenen Grundbedingungen von Raum, Zeit, Energie und Materie stehen und zu den vier systemischen Zielen führen:

- *Systemerhaltung und Systemänderung fördern Regulation/Kontrolle;*
- *Kohärenz und Individuation führen zur Spiritualität;*
- *Systemänderung und Individuation bedeuten Wachstum;*
- *Systemerhaltung und Kohärenz fördern die Stabilität;*

Demnach muss jeder gesunde Mensch Verhaltensweisen in allen vier Dimensionen entwickeln“ (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 33).

Konzept Gesundheit

Die Gesundheit eines Menschen entsteht dann, wenn alle Systeme miteinander übereinstimmen und im Einklang sind - Gesundheit ist somit ein Zeichen dafür, dass Kongruenz im menschlichen System besteht. Eine körperliche Erkrankung tritt dann ein, wenn es zu einer Störung des organischen Subsystems kommt. Zu erwähnen ist allerdings, dass Gesundheit und Krankheit Prozesse im Menschen sind, die einander nicht ausschließen und parallel zu einander ablaufen können. Somit kann Gesundheit auch in einem Menschen der krank ist vorhanden sein. Ein deutliches Kennzeichen fehlender Gesundheit ist Angst (welche durch Inkongruenz im System entsteht). Dem entgegengesetzt ist ein allgemeines Wohlbefinden ausschlaggebend und bezeichnend für Gesundheit (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 35 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 48).

Konzept Familie

Die Familie als System hat viele Subsysteme, nimmt die Funktion als soziale Institution ein und hat somit den größten Einfluss auf all ihre Mitglieder. Als unabhängiges und offenes System steht sie mit ihrer Umwelt in ständigem Austausch. Die Familie hilft den einzelnen Angehörigen bei deren Entwicklung und verleiht das Gefühl von Zugehörigkeit aufgrund emotionaler Bindung. Hierbei ist wichtig zu erwähnen, dass die Mitglieder des „Systems Familie“ nicht miteinander verwandt sein müssen, allerdings müssen die Mitglieder zueinander in Beziehung stehen und eine Art Familienrolle ausüben. Gerade in der Pflege ist diese flexible Definition der Familie von Vorteil. Die Prozesse der Familie, sogenannte Familienprozesse, sind kollektive Prozesse, welche ebenfalls mittels der vier Prozessdimensionen nach Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität streben. Traditionen und Lebensmuster sind wichtig für die *Stabilität* des Systems. *Wachstum* erreicht das System Familie durch eine Wechselbeziehung mit der Umwelt. *Regulation/Kontrolle* entwickeln sich durch die Tatsache, dass jedes einzelne Familienmitglied mitbestimmen kann und auch eine gewisse Verantwortung übernimmt,

wodurch auch ein Gefühl der Sicherheit entsteht. Die *Spiritualität* stellt einen der wichtigsten Bestandteile der Familienstruktur da, da sie vor Isolation schützt und gleichzeitig auch Zugehörigkeit und Halt vermittelt.

Damit sich aber eine Familie überhaupt als System entfalten kann, müssen Zusammengehörigkeit und soziale Kontakte gegeben sein (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 36 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 48 f.).

Konzept Familiengesundheit

Für die Familiengesundheit gelten drei Kriterien: Gesundheit ist dann in einer Familie vorhanden wenn

- nach den vier Prozessdimensionen - Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität - gehandelt wird
- innerhalb der Familie, aber auch zwischen der Familie und ihrer Umwelt Kongruenz existiert und
- die Familienmitglieder ein (fast) angstfreies Leben führen und überwiegend zufrieden sind.

Da Familiengesundheit ein dynamischer Prozess ist, muss sie immer wieder, je nach Bedarf und Situation, Kongruenz neu aufbauen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 46 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 48).

Konzept Pflege

Die Pflege schließt alle Systemebenen mit ein - Individuum, Familie, Organisationen, Interaktionssysteme, Gemeinde und Bevölkerung. Bei der Pflege eines Menschen rückt nicht nur er in den Mittelpunkt, sondern auch seine Familie. Zusätzlich werden auch noch Umweltsysteme mit eingeschlossen. Das Ziel der Pflege ist, Kongruenz im System zu ermöglichen bzw. den Aufbau zu erleichtern – sogenannte „ressourcenorientierte Pflege“. Der Pflegeprozess schließt alle Dimensionen ein und hat ebenfalls das Ziel Stabilität, Wachstum, Regulation/Kontrolle und Spiritualität zu entwickeln (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 48 f.) & (vgl. Sombold, 2009, S. 48).

5.3.2.1 Systemische Pflege des Individuums

In der Pflege ist der Mensch ein individuelles Patientensystem. Der Mensch muss für sich selbst die Notwendigkeit und die Möglichkeit erkennen, wie er mittels Pflege seine Lebensqualität und Gesundheit verbessern kann. Folglich kann er erst dann den größtmöglichen Nutzen aus der Pflege ziehen. Der Pflegeprozess entwickelt sich innerhalb eines vorübergehenden Interaktionssystems, in dem der Mensch und die Pflegeperson als Subsysteme agieren. Die Pflegeperson versucht gemeinsam mit dem Patienten die Situation zu erfassen, um diese dann produktiv zu nutzen. In den Mittelpunkt rückt das *Empowerment*, d.h. im Zentrum der Pflege stehen nicht die Probleme und Bedürfnisse des Patienten, sondern vielmehr die Förderung, Verbesserung und Stärkung seiner Ressourcen und Fähigkeiten. Die Pflegeperson muss dem Patienten helfen, seine in ihm noch vorhandenen Kräfte zu entdecken und seine Gesundheit zu fördern (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 50). Friedemann (2010) beschreibt diesen Pflegeprozess wie folgt: *„Im Sinne der Theorie des systemischen Gleichgewichts ist dieser systemische Prozess auf die Befähigung des Patienten gerichtet, eigene Ziele zu setzen und sich dementsprechend der Kongruenz oder Gesundheit anzunähern“* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 50). Allerdings muss sich, bevor überhaupt eine Zusammenarbeit zwischen der Pflegeperson und dem Patienten entstehen kann, eine systemische Verbindung zwischen den beiden entwickeln. Beim Aufbau der systemischen Verbindung muss meistens die Pflegeperson die ersten Schritte tätigen, um eine Annäherung zu ermöglichen. Hierfür muss eine unterstützende und offene Atmosphäre geschaffen werden. Bei Patienten, welchen es schwer fällt eine Beziehung anzunehmen und aufzubauen, müssen sich Pflegepersonen öffnen und sich an den Patienten gewissermaßen anpassen, d.h. sie sollten ihre Denkweisen, Muster, Werte etc. mehr oder minder auf die des Klienten abstimmen. Personen, die Schwierigkeiten haben, sich auf andere Personen einzulassen und eine Verbindung herzustellen, fehlt es meistens an Kongruenz und sind des Öfteren enttäuscht, unzufrieden, verärgert und verbittert. Wie bei jeder zwischenmenschlichen Beziehung, ist es, auch in jener zwischen Pflegeperson und Patienten, enorm wichtig Vertrauen aufzubauen. Dieses Vertrauen entsteht dadurch, dass sich die Individuen während einer Interaktion auf die Offenheit und die systemische Interaktion einlassen. Zweifelsohne ist ein Beziehungsaufbau bei pflegebedürftigen Personen oftmals sehr schwierig, da sie voller Ängste und Zweifel sind

und sich gerne abgrenzen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 50 f.). Friedemann (2010) hat dies passend beschrieben: *„Nicht in jeder Beziehung gelingt volles Vertrauen und Wachstum. Pflege ist nur so weit möglich, wie es beide Partner zulassen“* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 51). Allerdings wird auch dieser Beziehungsaufbauprozess mit zunehmender Erfahrung einfacher. Beispielsweise hat man festgestellt, dass Spiritualität einen geeigneten und guten Zugang, bei verwirrten, psychisch kranken, sprachlich beeinträchtigten Personen und sogar bei bewusstlosen Menschen, darstellt. Denn um eine Beziehung aufzubauen und Kongruenz zu erreichen bedarf es nicht immer verbaler Kommunikation – oftmals reichen Blicke, Gesten, Berührungen und Gesichtsausdrücke um Offenheit, Anteilnahme und Empathie zu vermitteln (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 52).

Nachdem eine Pflegebeziehung aufgebaut wurde, kann ein zielführender und guter Pflegeprozess stattfinden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 52). Hierbei sind allerdings laut Friedemann (2010) folgende Schritte notwendig:

- K – lassieren der systemischen Prozesse innerhalb der vier Prozessdimensionen*
- O – ffen, in einfachen Worten, die Theorie und die systemischen Prozesse erklären*
- N – achforschen, welche Änderungen stattfinden sollen*
- G – utheißen und Fördern der geeigneten Handlungen*
- R – epetieren und Verstärken der geeigneten Handlungen*
- U – mlernen bei unangebrachten Handlungen*
- E – xperimentieren mit neuen Handlungen*
- N – ützlichkeit und Erfolg der Änderungen prüfen*
- Z – usprechen, ermuntern, loben* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 53).

Wie man erkennen kann, bilden die oben genannten grundlegenden Schritte eines Pflegeprozesses das Akronym KONGRUENZ. Die Punkte unterliegen keinem strengen Ablauf und können daher beliebig untereinander ausgetauscht werden. Manche Punkte werden miteinander verbunden, wie zum Beispiel die drei Punkte *„Repetieren und Verstärken der geeigneten Handlungen“*, *„Umlernen bei unangebrachten Handlungen“* und *„Experimentieren mit neuen Handlungen“*. Andere Punkte wiederum, müssen während des gesamten Pflegeprozesses ausgeführt und wiederholt werden, wie zum

Beispiel der Punkt „Zusprechen, ermuntern, loben“. Bei Betrachtung der Pflegeprozessschritte sieht man, dass sorgfältiges Beobachten, aufmerksames Zuhören, systematisches und gezieltes Fragen und Nachfragen, zielführendes Handeln, gutes Zusprechen und Ermutigung und die Interpretation von Daten und Informationen (des Patienten), in der Pflege ausgesprochen wichtig sind (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 52 f.).

5.3.2.2 Systemische Pflege der Familie

Bei der Pflege der Familie muss der Pflegeansatz an einem anderen Punkt angesetzt und auf eine höhere Systemebene verlagert werden – d.h. auf Systemebenen, die mit der Familie zusammenarbeiten (also Interaktionssysteme, Familiensystem oder Umweltsystem). Friedemann kam zu der Erkenntnis, dass die Familie die wichtigste Verbindung für die Patienten darstellt und als Basis der familien- und umweltbezogenen Pflege dient. Im Gegensatz zur *Pflege des Individuums* – also zur Pflege einer einzelnen Person – wird bei der *Pflege der Familie* das System nicht nur als Patientensystem welches „gepflegt“ gehört gesehen, sondern schließt zusätzlich noch das Interaktionssystem und das Familiensystem mit ein. Zum Interaktionssystem werden Familienmitglieder bzw. sogenannte Subsysteme der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern u. Ä.) gezählt. In der Interaktionsebene wird ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und auf deren Beziehung zueinander gerichtet. Das Ziel, die Gesundheit des Systems zu fördern, kann erreicht werden indem Probleme (die möglicherweise aufgrund der Erkrankung entstanden oder verstärkt wurden) erkannt und gelöst und die Interaktion und die Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern analysiert und geklärt werden. Außerdem geht man davon aus, dass zusätzlich auch die Gesundheit der einzelnen Familienmitglieder gefördert wird, wenn die Kongruenz der gesamten Familie verbessert wird. Dies liegt daran, dass eine systemische Vernetzung vorhanden ist und jedem Familienmitglied eine Rolle zugeschrieben wird (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 61).

Das System der Umwelt stellt die höchste Ebene in der familienbezogenen Pflege dar. Hier muss die Familie, zur Erhaltung des Systems, versuchen Kongruenz zur Umwelt

aufzubauen und erforderliche Ressourcen zu gewinnen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 61).

Um allerdings überhaupt eine *systemische Pflege der Familie* umsetzen zu können, bedarf es einer Situation, welche alle Familienmitglieder betrifft und gewisse Probleme bereitet. Es müssen Situationen sein, die eine Systemänderung hervorrufen, d.h. Situationen in denen Inkongruenz herrscht und somit eine Anpassung der einzelnen Werte, Ansichten und Einstellungen erfordern. Mithilfe der speziellen Pflege kann in der Familie Kongruenz erneut hergestellt werden. In solchen Situationen, in denen die Familie (nahezu) machtlos ist und sich mit dem Schicksal auseinandersetzen muss, ist es besonders schwierig ein Gleichgewicht zu finden. Um dieses wieder zu erlangen, muss vor allem Spiritualität und Wachstum in den Mittelpunkt rücken. Jedes einzelne Familienmitglied muss sich mit der neuen Situation auseinandersetzen und sich wiederfinden. Die Familienmitglieder müssen einander unterstützen und die neuen Werte, die durch die Systemänderung entstanden sind, so gut wie möglich in die Familie integrieren. In diesem schwierigen und belastenden Prozess, übernimmt die Pflegeperson eine unterstützende Rolle. Sie sollte Familiengespräche organisieren, in denen sie nicht beratend zur Seite stehen sollte, sondern vielmehr den Betroffenen zuhören, Anteil nehmen und ihnen das Gefühl vermitteln, dass sie für sie da ist. Sie kann ruhig um die Anspannung im Familiengespräch ein wenig zu lockern, etwas Humor einwerfen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 62 f.). Sie sollte dann mit dem Pflegeprozess beginnen, wenn ihrer Meinung nach das Verhältnis zwischen den Familienmitgliedern akzeptabel ist und *das „[...] innere «Barometer» Wohlbefinden anzeigt [...]“* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 63).

Während des Pflegeprozesses kommen die verschiedenen Meinungen und Ansichten der Betroffenen zum Vorschein, welche die Pflegeperson wahrnehmen, erfassen und verfolgen soll. Die 9 Schritte des Pflegeprozesses sind die gleichen wie jene der *systemischen Pflege des Individuums* (siehe S. 73), welche das Akronym KONGRUENZ bilden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 63).

Die *systemische Pflege der Familie* soll vor allem jedem einzelnen Familienmitglied dabei helfen seinen Weg, Ressourcen und Fähigkeiten (wieder) zu finden, zu erkennen und diese zu fördern. Die Pflegeperson soll im Pflegeprozess vor allem unterstützend und

beratend wirken und auf die einzelnen Familienmitglieder eingehen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 71).

5.3.3 Das Kongruenzmodell

Das Kongruenzmodell beruht auf der Theorie des systemischen Gleichgewichts und dient als Kurztherapieform für Familien mit einem oder mehreren Angehörigen, welche(r) sich in Drogenbehandlung befinden(t). Auch in diesem Modell ist die Förderung der Familiengesundheit das Ziel. Mithilfe des Modells soll die Familie gestärkt und dabei unterstützt werden, das betroffene Familienmitglied wieder vollständig in die Familie zu integrieren. Auch hier ist es wichtig, dass Probleme besprochen und beseitigt werden, dass die Beziehung zwischen den Angehörigen verbessert wird und dass somit wieder Kongruenz innerhalb der Familie entsteht. Zusätzlich sollte zur Kongruenz zwischen den Angehörigen auch Kongruenz zwischen der Familie und der Umwelt entwickelt werden. Hierbei sind wieder die vier Prozessdimensionen – Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation wichtig. Für einen erfolgreichen Prozess ist von großer Bedeutung, dass die Ziele klar und deutlich definiert werden und die Familie daran arbeitet diese zu erreichen (vgl. Informational web page for Framework of Systemic Organization Treatment Model - <http://www2.fiu.edu/~friedemm>).

In der Regel findet ein Mal in der Woche (acht Wochen lang) ein Treffen statt, bei dem an den individuellen und familienbezogenen Zielen gearbeitet, neues Verhalten praktiziert und besprochen wird und das aktuelle, aber auch das angestrebte Familienbild definiert werden. Außerdem werden bei jedem Treffen die Fortschritte, bezogen auf die angestrebten Ziele, diskutiert. Während des Prozesses sollen Motivation und Vertrauen aufgebaut, Ressourcen und Fähigkeiten gestärkt und die Kommunikation und Interaktion zwischen den Angehörigen verbessert werden. Um Fortschritte und Qualität der Kurztherapie nachzuweisen, werden sowohl am Beginn als auch am Ende der Behandlung, mittels statistisch geprüfter Instrumente (z. B. Assessment of Strategies in Families – Effectiveness), die vier Dimensionen (Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation) und die Zufriedenheit gemessen (vgl. Informational web

page for Framework of Systemic Organization Treatment Model - <http://www2.fiu.edu/~friedemm>).

5.3.4 ASF-E (Assessment of Strategies in Families – Effectiveness)

ASF-E ist ein Instrument das zur Qualitätsmessung der Familiendynamik dient. Es orientiert sich an der Theorie des systemischen Gleichgewichts und der individuellen Einschätzung der Situation seitens der Familienmitglieder. Die Qualität der Familiendynamik wird basierend auf den vier Prozessdimensionen und den vier Zielen ausgewertet und mit den Antworten und Einschätzungen der Angehörigen verglichen. Mittels ASF-E kann man die Notwendigkeit einer therapeutischen Intervention erkennen. Es zeigt auf, in welchem Ausmaß diese benötigt wird und in welche Richtung die Intervention gehen soll. Es werden Punkte vergeben, anhand derer man Fortschritte erkennen kann (vgl. Informational web page for Framework of Systemic Organization Treatment Model - <http://www2.fiu.edu/~friedemm>).

Das ASF-E besteht in der Regel aus 20 Items, die aus drei Antwortmöglichkeiten bestehen, welche man mit den Punkten 1 bis 3 bewerten kann:

- 1 = Die Situation und das Verhältnis in unserer Familie ist sehr schlecht
 - 2 = Es kommt hin und wieder zu Missverständnissen
 - 3 = Wir verstehen uns gut und merken wenn es einem Angehörigen nicht gut geht
- (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 360).

Friedemann (2010) erläutert die Auswertung der Punkte folgendermaßen: *„[...] die Items, die Systemerhaltung und Kohärenz ausdrücken, [werden] zu einer Gesamtpunktzahl für Stabilität addiert; Items der Kohärenz und Individuation erfassen die Spiritualität; Items der Individuation und Systemänderung erfassen Wachstum und Items der Systemerhaltung und Systemänderung erfassen Regulation/Kontrolle“* (Friedemann & Köhlen, 2010, S. 360).

Die Gesamtpunktezahlt, die bei der Auswertung des ASF-E herauskommt dient allerdings nur zur Erfassung der Familiengesundheit.

Das ASF-E wurde in mehrere Sprachen übersetzt und in Finnland, Deutschland, der Schweiz, Mexiko und Kolumbien bereits getestet. Nun wird es teilweise eingesetzt um die Gesundheit einer Familie verbunden mit Pflegeinterventionen einzuschätzen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2010, S. 361).

5.4 Pflegemodell nach Henderson

Virginia Henderson wurde 1897 in Missouri (USA) geboren, wo sie 1996 auch verstarb. Sie war eine amerikanische Pflegetheoretikerin und Krankenschwester und verfasste die Grundregeln der Krankenpflege, welche sie zu einem Modell (bekannt als *Defizit – Modell*) zusammenfasste, das sich vor allem an den (Grund)Bedürfnissen des Menschen orientiert. Henderson war der Meinung, dass jede Krankenschwester die Aufgabe hat, den Patienten – unabhängig vom Schweregrad seiner Erkrankung bzw. Eingeschränktheit – zu unterstützen und seine Gesundheit zu fördern bzw. wieder herzustellen. Sie soll ihn bei jenen Handlungen unterstützen, die er ebenfalls tätigen würde, würde er über die nötige Kraft/Fähigkeit, den nötigen Willen oder das nötige Wissen verfügen. Außerdem soll sie die Betroffenen soweit fördern, dass sie wieder die alte Unabhängigkeit erlangen (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12).

Henderson entwickelte 14 Grundbedürfnisse die für jeden Menschen notwendig sind:

1. *normal atmen*
2. *ausreichend essen*
3. *Abfallprodukte des Körpers ausscheiden*
4. *sich bewegen oder eine gewünschte Stellung beibehalten*
5. *schlafen bzw. ruhen*
6. *die passende Kleidung auswählen, sich an- und ausziehen*
7. *Körpertemperatur in einem normalen Bereich halten*

8. *den Körper gepflegt halten und die Haut schützen*
9. *Gefahr in der Umwelt vermeiden bzw. verhindern, dass andere Personen verletzt werden*
10. *mit anderen kommunizieren*
11. *seinen Glauben ausüben*
12. *so arbeiten, dass man ein Gefühl der Erfüllung hat*
13. *spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilnehmen*
14. *lernen, entdecken und die Neugierde befriedigen* (Amberger & Roll, 2010, S. 13).

Die Pflegeperson muss unterstützend eingreifen wenn der Patient nicht mehr in der Lage ist eines oder mehrere Bedürfnisse zu befriedigen. Zudem muss die Pflegeperson die vorhandenen Defizite des Patienten feststellen und kann somit mit der patientenzentrierten Pflege beginnen. Henderson stellt das ganzheitliche Menschenbild ins Zentrum des Pflegeprozesses und beschreibt dieses mit den Begriffen – *Kraft (Physis, Körper)*, *Willen (Psyche)* und *Wissen (Geist)* (Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12). Wie oben bereits erwähnt ist Hendersons Modell auch als Defizit – Modell bekannt, da es sich auf die Handlungsunfähigkeiten (Defizite) des Klienten konzentriert und diese Defizite der Auslöser für den Bedarf einer Pflege sind (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12).

Hendersons Modell gab einen ausschlaggebenden Anstoß für das heutige Pflegeverständnis, da sie einen neuen Weg einschlug, indem sie neue Impulse und Methoden und auch eine andere Betrachtungs- und Herangehensweise an die Pflege bzw. den Patienten entwickelte:

- Neuorientierung der Pflege auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten
- die Pflege entfernt sich von der Betrachtungsweise, die sich nur auf das Kranksein konzentriert und entwickelt sich dadurch weiter
- Patienten sollen gefördert, aktiviert und wieder (relativ) unabhängig werden

- Pflege soll geplant und zielorientiert sein (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12).

Das Modell von Henderson bildet(e) eine gute Basis für viele andere Pflegemodelle und wurde somit auch von einigen Pflege theoretikern (wie z. B. von Monika Krohwinkel und Nancy Roper) als Vorbild verwendet und weiterentwickelt.

5.5 Pflegemodell nach Roper

Nancy Roper wurde 1918 in England geboren und verstarb 2004 in Schottland. Sie war eine bekannte englische Pflegewissenschaftlerin und entwickelte gemeinsam mit *Winnifred Logan* und *Alison Tierney* die 12 Lebensaktivitäten (LA). Dieses Pflegemodell beruht auf einem Lebensmodell und beruft sich auf ein handlungsorientiertes Menschenbild als Ausgangspunkt. Es bezieht sich auf jene Handlungen die zum Alltag eines jeden Individuums gehören. Pflege muss dann aktiv werden, wenn in einer oder mehreren dieser alltäglichen Handlungen Einschränkungen auftreten (vgl. Amberger & Roll, 2010, S. 14) & (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12).

Roper et al. unterteilen diese alltäglichen Handlungen in die folgenden **12 Lebensaktivitäten**:

1. *Für eine sichere Umgebung sorgen*
2. *Kommunizieren*
3. *Atmen*
4. *Essen und Trinken*
5. *Ausscheiden*
6. *Sich sauber halten und kleiden*
7. *Körpertemperatur regulieren*
8. *Sich bewegen*

9. *Arbeiten und Spielen*

10. *Sich als Mann, Frau fühlen und verhalten*

11. *Schlafen*

12. *Sterben*

(Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12)

Mithilfe dieses Pflegemodells soll der Patient zu einem gesundheitsfördernden Verhalten animiert werden. Anhand der 12 Lebensaktivitäten können Pflegepersonen gemeinsam mit dem Klienten besprechen, welche Gefahren für seine Gesundheit bestehen, was er selbst zu seiner Gesundheit beitragen und wie er sie fördern kann. Dieses Modell konzentriert sich vor allem auf eine individuelle Pflege und richtet sich nach den individuell eingeschätzten Einschränkungen des Betroffenen (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 12).

5.6 Pflegemodell nach Juchli

Schwester Liliane Juchli wurde 1933 in der Schweiz geboren, wo sie bis heute als Krankenschwester und Ordensschwester tätig ist (vgl. Kloster Ingenbohl - <http://www.kloster-ingenbohl.ch/orte/liliane.htm>). Genau genommen hat Juchli kein eigenes Pflegemodell erstellt, sondern hat sich eher an den Modellen von *Henderson* und *Roper* orientiert und deren Grundgedanken durch ihre religiöse Sichtweise erweitert. Nichtsdestotrotz haben ihre zahlreichen Veröffentlichungen, wie z. B. „*Heilen durch Wiederentdecken der Ganzheit*“, die Pflege und die Pflegeausbildung im deutschsprachigen Raum beeinflusst (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 13).

Bei ihrem „Modell“ beschreibt sie die *Aktivitäten des täglichen Lebens* – ATL. Allerdings sind die von ihr entwickelten 12 ATLs nahezu ident mit jenen von Roper. Juchli betrachtet die ATLs als Netzwerk und Regelkreis und betont, dass die ATLs nicht isoliert

betrachtet werden dürfen, sondern, dass ihre Gesamtheit beachtet werden muss, um so die wirkliche Pflegebedürftigkeit herausfiltern zu können. Pflegepersonen und Pflegewissenschaftler sagen, dass Juchlis *Aktivitäten des täglichen Lebens* bei der Erfassung der Pflegebedürftigkeit als Vorlage dienen, mehr aber nicht (vgl. Müller, 2008, S. 47) & (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 13).

5.7 Präsenz dieser Pflegemodelle in der mobilen Hauskrankenpflege

In der Regel wird in den Pflegeorganisationen, wie z. B. Wiener Hilfswerk, Sonores, Care Systems, Rotes Kreuz, Caritas Socialis etc., nach Orem gepflegt, da es vom *Fonds Soziales Wien* (FSW)¹⁴ so vorgeschrieben wird. Meiner Meinung nach, ist gerade für die mobile Hauskrankenpflege das Pflegemodell nach Orem geeignet, da eine aktivierende und reaktivierende Pflege angestrebt wird, welche die Selbstständigkeit erhalten bzw. fördern soll und weil die Hauskrankenpflege nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ vorgeht. In der Pflege- und Heimhilfeausbildung wird das Pflegemodell nach Krohwinkel und vor allem die 13 Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens (AEDL) gelehrt. In der Praxis wiederum wird häufig, zur Einschätzung der Pflegesituation, das Pflegemodell nach Roper mit seinen 12 Lebensaktivitäten herangezogen, zum Teil aber auch die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Juchli. Zusammenfassend kann man sagen, dass zur Beurteilung der Pflegesituation, des Pflegeverlaufs, der Fortschritte bzw. Verschlechterungen, eine „Kombination aus Krohwinkel, Roper und Juchli“ und als „Hauptpflegemodell“ das Modell nach Orem, eingesetzt wird.

¹⁴ „Der Fonds Soziales Wien (FSW) fördert und vermittelt im Auftrag der Stadt Wien Leistungen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, Menschen mit Behinderung, wohnungslose Menschen und Menschen, die in Wien um Asyl ansuchen. Rund 100.000 Wienerinnen und Wiener werden pro Jahr vom FSW und seinen über hundert Partnerorganisationen rasch und individuell unterstützt“ (Fonds Soziales Wien, 2011 - http://pflege.fsw.at/ueber_uns/).

6. Hauskrankenpflege

Als Hauskrankenpflege wird eine zeitlich unbegrenzte Pflege bzw. Betreuung bezeichnet, welche sowohl von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, als auch von Pflegehelfern zu Hause durchgeführt wird. Wie bei den bereits beschriebenen Pflegemodellen in Kapitel 4 („Wichtige Pflegemodelle in der mobilen Hauskrankenpflege“) steht auch hier eine ganzheitliche, aktivierende und reaktivierende Pflege und Betreuung im Mittelpunkt. Außerdem soll nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ die Selbstständigkeit der Patienten erhalten und gefördert werden (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html>).

Ertl und Kratzer (2007) definieren Hauskrankenpflege sehr verständlich, übersichtlich und kompakt:

Hauskrankenpflege hat die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause zum Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, sind einige Rahmenbedingungen notwendig: ein ganzheitlich orientiertes Pflegekonzept auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung adäquater fachlicher Methoden und ein effizienter Ressourceneinsatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Personen und Berufsgruppen die in die Pflege involviert sind“ (Ertl & Kratzer, 2007, S. 15).

Die Pflege und Betreuung erfolgt nach Anordnung des behandelnden Arztes. Anordnungen sind vor allem bei medizinischen Leistungen in der Hauskrankenpflege - Verabreichung von Injektionen und Medikamenten, Sondenernährung etc. - verpflichtend (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html>).

Zu den Leistungen der Hauskrankenpflege gehören vor allem:

- Grundtechniken der Pflege/Betreuung und der Mobilisation
- prophylaktische Pflegemaßnahmen
- Beratung und Pflegeanleitung für den Patienten, die Angehörigen und andere Beteiligte
- Wundversorgung
- Verabreichung von Injektionen
- Vorbereiten und Verabreichung von benötigten Medikamenten
- Sondenernährung
- Mobilisation
- Stoma-, Fistel- und Katheterpflege etc. (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html>)

Allgemein spricht man bei diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen von drei verschiedenen Tätigkeitsbereichen – eigenverantwortlicher, mitverantwortlicher und interdisziplinärer Tätigkeitsbereich. Diese drei Tätigkeitsbereiche beinhalten folgende Handlungen und Tätigkeiten:

- **Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich:**

Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen, Gesundheitsförderung, Pflegeforschung sowie Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege (z. B. Dokumentation) (DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/dgkp.html?CSS=91962&schrift=1>).

- **Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich:**

Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung (DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/dgkp.html?CSS=91962&schrift=1>).

- **Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich:**

Bereiche, die übergreifend die Gesundheits- und Krankenpflege und andere Berufe des Gesundheitswesens umfassen. Beispiele dafür sind Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten, Vorbereitung von Patienten auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Gesundheitsberatung (DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/dgkp.html?CSS=91962&schrift=1>).

In Wien gibt es eine Vielzahl von Pflegeorganisationen die mobile Hauskrankenpflege anbieten, wie z. B.:

- Arbeiter-Samariter-Bund Wien
- Care Systems
- Caritas der Erzdiözese Wien
- Caritas Socialis
- Seniorenhilfe Betreuung zu Hause
- Seniorenhilfe Junge Panther
- Sonores Pflege & Betreuung
- Sozial Global
- Soziale Dienste der Adventmission
- Volkshilfe Wien
- Wiener Hilfswerk
- Wiener Rotes Kreuz u.v.a. (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html>)

Die Ausbildung zur *Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester* (DGKS) bzw. zum *Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger* (DGKP) besteht aus einer dreijährigen Grundausbildung, welche einen theoretischen Teil (mindestens 2000 Stunden) und einen praktischen Teil (mindestens 2480 Stunden) beinhaltet. Die Grundausbildung

erfolgt entweder in der allgemeinen bzw. psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege oder in der Kinder- und Jugendlichenpflege. Die Ausbildung wird mit einer Diplomprüfung abgeschlossen, welche aus einer schriftlichen Fachbereichsarbeit, einer praktischen Diplomprüfung und einer mündlichen Diplomprüfung besteht (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/dgkp.html?CSS=91962&schrift=1>). Die Ausbildung kann in diversen Schulen für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege absolviert werden (z. B. Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Kaiserin-Elisabeth-Spital u.v.m.) (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 2012 - <http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/bildung.asp>).

6.1 Hauskrankenpflege und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen

Pflege findet nicht, wie viele glauben, isoliert von anderen Berufsgruppen statt, sondern dient sogar als „Vermittler“. Die Koordination, Vermittlung, Verbindung und Kommunikation zwischen der Pflege und anderen Berufsgruppen (wie z. B. Arzt, Physiotherapeut, Psychologe, Seelsorger, etc.), ist eine der wichtigsten Aufgaben einer Pflegeperson (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 10). Eine Pflegeperson muss beispielsweise folgende zusammenführende Handlungen durchführen:

- Organisation bzw. Vermittlung eines Seelsorgers für den Klienten
- als Mittler oder „Dolmetscher“ zwischen dem Klienten und dem Arzt fungieren
- Organisation und Koordination von Untersuchungen, Behandlungen und Arztterminen, sowie von zusätzlichen Leistungen anderer Berufsgruppen wie z. B. Krankengymnastik, physikalische Therapie, etc.
- gezielt Informationen austauschen und weiterleiten (vgl. Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 10).

Diese Aufgaben aus den Bereichen Organisation, Dokumentation, Koordination und Kommunikation sind sehr komplex. Daher kann niemals grundsätzlich entschieden werden, wo ein eigener Entscheidungsspielraum besteht, und wo wechselseitige Abhängigkeiten den Ablauf diktieren (Schäffler, Menche, Bazlen, & Kommerell, 1997, S. 10).

6.2 Hauskrankenpflege in Österreich

In Österreich ist stets eine gute Verfügbarkeit professioneller Hauskrankenpflege gegeben. Wie bereits erwähnt gibt es eine große Anzahl von Organisationen, die nicht nur Hauskrankenpflege, sondern auch diverse andere soziale Dienste (medizinische Hauskrankenpflege, Pflegehelfer, Heimhilfe, Reinigungsdienst, Besuchsdienst, Essen auf Rädern u. Ä.) anbieten. Den Klienten kann somit ein sogenanntes Dienstleistungspaket angeboten werden, um somit alle ihre Bedürfnisse abdecken zu können (vgl. Ertl & Kratzer, Hauskrankenpflege, 2007, S. 26).

Für alle Pflegeorganisationen gelten gewisse Qualitätsstandards nach welchen gearbeitet werden muss. Die Erfüllung eines Mindeststandards ist verbindlich. Den Klienten soll, mithilfe von Qualitätsvorgaben und Qualitätskontrollen, eine sichere und angemessene Pflege und Betreuung gewährleistet werden. Somit sind Klienten abgesichert, dass keine Qualitätseinbußen entstehen, egal für welche Organisation sie sich entscheiden. Natürlich kann es trotzdem zu Qualitätsunterschieden zwischen den diversen Organisationen kommen (vgl. Ertl & Kratzer, Hauskrankenpflege, 2007, S. 26).

Die Vermittlung der Dienstleistungen der Hauskrankenpflege kann durch Gesundheits- und Sozialzentren, Gesundheits- und Sozialsprengel oder durch Soziale Stützpunkte erfolgen. Über die Wahl der Organisation können die Klienten allerdings selbst entscheiden und sich direkt an die gewünschte Organisation wenden. Diese Art von Freiheit, in der Wahl der Organisation, gilt allerdings nur dort wo es mehrere Hauskrankenpflege anbietende Organisationen gibt. Vor allem in Wien, Salzburg und Niederösterreich geht der Trend in Richtung Wahlfreiheit und die Klienten entscheiden

selbst welche Organisation sie betreuen soll (vgl. Ertl & Kratzer, Hauskrankenpflege, 2007, S. 27).

Der Bedarf an professioneller Hauskrankenpflege ist in den letzten Jahren enorm gestiegen und wird auch in den nächsten Jahren stetig weiter steigen. Gründe hierfür sind beispielsweise der Anstieg chronischer Krankheiten bzw. der chronisch Erkrankten, Anstieg (schwer) pflegebedürftiger Menschen, kürzere Krankenhausaufenthalte, der Wunsch länger im vertrauten Umfeld und in den „eigenen vier Wänden“ zu bleiben, demographischer Wandel, gesellschaftlicher Wandel usw.

Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zeigen, dass es derzeit in Österreich circa 118.000 schwer pflegebedürftige Menschen und circa 445.000 hilfsbedürftige Personen gibt. Es wird angenommen, dass es bis zum Jahr 2020 zu einem Anstieg der pflegebedürftigen bzw. hilfsbedürftigen Menschen um rund 42% kommen wird. Somit wird auch der Bedarf an Dienstleistungen steigen. Allerdings ist das Beziehen von diversen Dienstleistungen abhängig von der Pflege(geld)stufe, dem Gesamteinkommen (d.h. Einkommen plus Pflegegeld) und dem Vorhandensein von Pflegeorganisationen und deren Angebot. Durch die Einführung des Pflegegeldes 1993 kam es zu einem enormen Anstieg der Inanspruchnahme sozialer Dienste (vgl. Ertl & Kratzer, Hauskrankenpflege, 2007, S. 41).

6.2.1 Exkurs: Pflegegeldregelung in Österreich

Mithilfe des Pflegegeldes soll pflegebedürftigen Menschen ermöglicht werden die erforderliche Betreuung, Hilfe und Pflege finanzierbar zu machen und diese somit zu sichern. Dadurch wird pflegebedürftigen Menschen die Chance geboten, sich an den persönlichen Bedürfnissen zu orientieren und somit ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Das Pflegegeld soll dazu dienen, die durch die Pflege verursachten Kosten größtenteils abzudecken (vgl. Österreichische Sozialversicherung, 2011 - http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=749&p_tabid=4).

Die Voraussetzungen für den Erhalt des Pflegegeldes sind folgende:

- Bedarf einer ständigen Betreuung und Hilfe/Pflege (im Ausmaß von mehr als 60 Stunden im Monat) aufgrund einer körperlichen, geistigen bzw. psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung
- das Anhalten dieses Zustands muss mindestens 6 Monate betragen und der Bedarf einer ständigen Pflege- und Betreuungsleistung muss gegeben sein
- die pflegebedürftige Person muss sich im Inland aufhalten (vgl. Österreichische Sozialversicherung, 2011 - http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=749&p_tabid=4).

In Österreich gibt es 7 Pflegegeldstufen. Die Einstufung und somit das Ausmaß des Pflegegeldes ist abhängig von der Höhe des erforderlichen Pflegebedarfs der pflegebedürftigen Person. Beispielsweise erhält eine pflegebedürftige Person mit der Pflegegeldstufe 1 (d.h. der Pflegebedarf beträgt mehr als 60 Stunden pro Monat) monatlich EUR 154,20. Eine pflegebedürftige Person mit der Pflegegeldstufe 7 (d.h. der Pflegebedarf beträgt mehr als 180 Stunden pro Monat und der Betroffene ist nicht mehr in der Lage Arme und Beine zielgerichtet zu bewegen bzw. diese Bewegung funktionell umzusetzen bzw. ein gleichzusetzender Zustand ist gegeben) erhält monatlich EUR 1.655,80 (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/finanzielles/pflegegeld.html>).

Die Bewilligung und Auszahlung des Pflegegeldes wurde bis 2012 von der Magistratsabteilung 40 – Magistratsamt für Soziales, Gesundheits- und Sozialrecht – durchgeführt. Seit 1. Jänner 2012 wird dies von der Pensionsversicherungsanstalt bzw. der Versicherungsanstalt durchgeführt (vgl. Bundessozialamt, 2012 - <http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld>).

6.3 Andere Extramurale Dienste

Die Hauskrankenpflege ist nur einer von vielen extramuralen Diensten. In Österreich gibt es außer der mobilen Hauskrankenpflege beispielsweise noch: medizinische

Hauskrankenpflege, Pflegehelfer, mobiles Palliativteam (mobiles Hospiz), Heimhilfe, Besuchsdienst, Reinigungsdienst, Essen auf Rädern, Begleitdienst, Nachbarschaftsdienst, Einkaufsdienst, 24-Stunden-Betreuung, Ergo- und Physiotherapie u.v.a. In den nächsten Kapiteln werde ich die, meiner Ansicht nach, wichtigsten extramuralen Dienste kurz beschreiben.

6.3.1 Heimhilfe

Der extramurale Dienst „Heimhilfe“ ist eine Betreuung und Unterstützung bei der Haushaltsführung, aber auch bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, welche von Menschen jeder Altersstufe in Anspruch genommen werden kann (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/heimhilfe.html>).

Die Bezeichnung „Heimhilfe“ ist ein typisch österreichischer Begriff, allerdings variiert dieser sogar innerhalb Österreichs, beispielsweise wird in Vorarlberg dieser Dienst „mobiler Hilfsdienst“ und in Salzburg „Weiterführung des Haushalts“ genannt (vgl. Ertl & Kratzer, Heimhilfe. Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis, 2006, S. 13).

In der Studie „Hauskrankenpflege in Österreich“ des ÖBIG¹⁵ (1988) wird der Dienst „Heimhilfe“ wie folgt definiert:

„Heimhilfe ist die stundenweise Sicherstellung der Deckung des täglichen Lebensbedarfs von Personen, bei denen durch Mangel an Kräften oder Fähigkeiten eine zufriedenstellende eigene Versorgung dieser Bedürfnisse nicht möglich ist. Angehörige und Partner solcher auf Hilfe angewiesenen Menschen können in dieser schwierigen Aufgabe unterstützt werden. Der Tätigkeitsbereich der Heimhilfe umfasst die Hilfe im Haushalt (Zubereitung einfacher Mahlzeiten, Geschirrspülen, Staubwischen, Aufräumen, Boden- und Wäschereinigung), bei der Körperpflege (Waschen, Anziehen, kleine Verbände wechseln) und bei Erledigungen (Einkauf, Behördenwege usw.) sowie die Förderung und Unterstützung des Kontaktes zu Ärzten, Sozialarbeitern, Nachbarn etc.“ (Studie 'Hauskrankenpflege in Österreich')

¹⁵ ÖBIG - Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

des ÖBIG (1988) zitiert nach Ertl & Kratzer, Heimhilfe. Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis, 2006, S. 13).

Zum Tätigkeitsbereich der Heimhelfer zählen beispielsweise folgende Handlungen:

- Hilfe im Haushalt
- Unterstützung und Hilfestellung bei der Körperpflege
- kleine Einkäufe und Behördenwege erledigen
- (einfache) Mahlzeiten aufwärmen und herrichten bzw. zubereiten
- Förderung des körperlichen und geistigen Zustandes der zu betreuenden Personen
- Betreuung im Krankheitsfall usw. (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/heimhilfe.html>).

Der Dienst der Heimhilfe kann je nach Bedarf mehrmals wöchentlich und bis zu drei Mal pro Tag, in der Zeit von 7 Uhr in der Früh bis 20 Uhr am Abend, in Anspruch genommen werden. Angeboten wird dieser Dienst ebenfalls von den bereits oben angeführten Pflegeorganisationen in Wien (siehe Kapitel 5. Hauskrankenpflege) (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/heimhilfe.html>).

Die Ausbildung zur Heimhilfe dauert in etwa 14 Wochen, besteht aus einem Theorie- und einem Praktikumsteil (je 200 Stunden) und wird von diversen Pflegeorganisationen in Wien angeboten. Nach Abschluss der Ausbildung sind Heimhelfer dazu verpflichtet Weiterbildungen im Ausmaß von mindestens 16 Stunden (im Zeitraum von 2 Jahren) zu absolvieren¹⁶ (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/heimhelferin.html?CSS=79381&schrift=2%2F\\\\%22>).

¹⁶ Vorgabe des Wiener Sozialbetreuungsberufegesetz (WSBBG)

6.3.2 Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege ist eine zeitlich begrenzte Pflege zu Hause, die eine krankenhausersetzende Funktion hat, da sie den Krankenhausaufenthalt verkürzt oder gar ersetzt. Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst ausschließlich medizinische und qualifizierte Pflegeleistungen (Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung etc.) und darf nur von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen durchgeführt werden (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/medizinische-hauskrankenpflege.html>) & (vgl. Wiener Gebietskrankenkasse, 2011 - https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/wgkkportal/channel-content/cmsWindow?action=2&p_menuid=56560&p_tabid=4).

Hier steht ebenfalls, wie auch bei der „gewöhnlichen“ Hauskrankenpflege, eine ganzheitliche, aktivierende und reaktivierende Pflege und Betreuung, sowie die Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit der Patienten im Zentrum. Für die medizinische Hauskrankenpflege ist ebenfalls eine Anordnung durch den behandelnden Arzt oder durch den Spitalsarzt notwendig. Die medizinische Hauskrankenpflege ist nur für eine Dauer von 28 Tagen möglich. Für eine Verlängerung dieser bedarf es einer ärztlichen Anordnung und cheförztlichen Bewilligung. Im Falle dessen, dass der Pflegebedarf nicht den Voraussetzungen einer medizinischen Hauskrankenpflege entspricht, besteht die Möglichkeit auf die Hauskrankenpflege umzusteigen. Die Kosten für die medizinische Hauskrankenpflege werden von den jeweiligen Sozialversicherungsträgern übernommen (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/medizinische-hauskrankenpflege.html>).

In den Tätigkeitsbereich der medizinischen Hauskrankenpflege fallen, ähnlich wie bei der Hauskrankenpflege, folgende Handlungen:

- Wundversorgung
- Verabreichung von Injektionen
- Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten

- Sondenernährung
- Stoma-, Fistel- und Katheterpflege
- Beratung und praktische Anleitung usw. (vgl. Fonds Soziales Wien, 2011 - http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/medizinische_hauskrankenpflege.html).

Auch hier entsprechen die Anbieter jenen bereits oben genannten Pflegeorganisationen in Wien (siehe Kapitel 5. Hauskrankenpflege).

6.3.3 Pflegehelfer

Pflegehelfer betreuen ebenfalls pflegebedürftige Menschen, jedoch unterstützen sie hierbei vielmehr diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ärzte. Sie sind dazu befähigt pflegerische Maßnahmen durchzuführen, Klienten auf einer sozialen Ebene zu betreuen und hauswirtschaftliche Tätigkeiten zu verrichten. Allerdings darf die Durchführung von pflegerischen Maßnahmen lediglich nach Anordnung und unter Aufsicht einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson erfolgen. Bei therapeutischen und diagnostischen Tätigkeiten dürfen Pflegehelfer nur im Einzelfall, nach einer schriftlichen ärztlichen Anordnung und unter Aufsicht von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder Ärzten mitwirken (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/pflegehelferin.html>).

In solchen Ausnahmefällen dürfen Pflegehelfer folgende Handlungen ausüben:

- Arzneimittel verabreichen
- Bandagen und Verbände anlegen
- subkutane Insulininjektionen verabreichen und Blut entnehmen aus der Kapillare um den Blutzuckerspiegel mittels Teststreifen zu bestimmen
- Sondenernährung bei liegenden Magensonden

- krankheitsbeobachtende Maßnahmen (aus medizinischer Indikation), wie z. B. Blutdruck, Puls und Temperatur messen, Gewicht und Ausscheidungen kontrollieren, Beobachtung der Bewusstseinslage und der Atmung u. Ä.
- Einfache Wärme- und Lichtanwendungen (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/pflegehelferin.html>)

Im Normalfall zählen zum wesentlichen Tätigkeitsbereich der Pflegehelfer beispielsweise folgende Handlungen:

- Grundtechniken der Pflege und Mobilisation
- Körperpflege und Ernährung
- Krankenbeobachtung und prophylaktische Pflegemaßnahmen
- Dokumentation durchgeführter Pflegemaßnahmen
- Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen
- Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten
- soziale Betreuung der Patienten (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/pflegehelferin.html>).

Die Dauer der Ausbildung zum Pflegehelfer bzw. zur Pflegehelferin beträgt ein Jahr und beinhaltet je 800 Stunden Theorie und Praxis. Die Ausbildung wird mit einer kommissionellen Prüfung abgeschlossen und durch den Erhalt eines Zeugnisses bestätigt. Die Ausbildung zum Pflegehelfer kann beispielsweise im *ABZ Ausbildungszentrum des Wiener Roten Kreuzes*, im *Caritas Ausbildungszentrum*, im *Krankenhaus der Barmherzigen Brüder*, beim *bfi Wien* etc. absolviert werden (vgl. DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen, 2012 - <http://www.dachverband.at/beruf/pflegehelferin.html>).

6.3.4 Bedeutung extramuraler Dienste in der Hauskrankenpflege

Die Wichtigkeit der oben näher beschriebenen extramuralen Dienste darf nicht unterschätzt werden. In der Praxis werden diese Dienste oftmals neben der Hauskrankenpflege nur als „begleitende Dienste“ gesehen. Allerdings muss man an dieser Stelle erwähnen, dass die Hauskrankenpflege ohne die anderen extramuralen Dienste nicht so einwandfrei funktionieren könnte. Der ausschlaggebende Punkt hier ist jener, dass die Leistungen der jeweiligen anderen extramuralen Dienste die Basis für die Hauskrankenpflege schaffen. Denn zum Ersten ist die Hauskrankenpflege nicht in der Lage alle Grundbedürfnisse der Klienten zu befriedigen, da diese in den meisten Fällen zusätzlich noch andere Dienste wie zum Beispiel Heimhilfe, Essen auf Rädern, Besuchsdienst etc. benötigen. Denn ohne diese weiteren Dienste hätten Klienten möglicherweise keine sozialen Kontakte, würden unter schlechten hygienischen Bedingungen leben, keine Nahrungsmittel zu Hause haben, usw. Zum Zweiten spielen die anderen extramuralen Dienste insofern eine wichtige und entscheidende Rolle, da die Mitarbeiter dieser Dienste wesentlich mehr Zeit mit den Klienten verbringen, mit der Situation der Klienten vertrauter sind und somit eine wichtige Informationsquelle für die Hauskrankenpflege darstellen. Es ist daher von enormer Wichtigkeit, dass die Mitarbeiter der Hauskrankenpflege mit den anderen Diensten zusammenarbeiten, kommunizieren und Informationen austauschen (vgl. Ertl & Kratzer, Hauskrankenpflege, 2007, S. 29).

7. Gesundheitsförderung als neuer Bestandteil der Pflege

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde Pflege früher nur mit Kranken und Pflegebedürftigen in Verbindung gebracht. Erst 1997, durch die Änderung der Berufsbezeichnung (früher: *diplomierte/r Krankenschwester und Krankenpfleger*, heute: *diplomierte/r Gesundheits- und Krankenschwester/pfleger*), kam es zu einem Wandel der Betrachtungsweise. Mit dieser Änderung wurde es manifestiert, dass es in der Pflege nicht nur um Krankheit, sondern auch um Gesundheit und Gesundheitsförderung geht.

Die Pflege sollte sich somit nicht nur auf das Gesundwerden der Klienten, sondern auch auf das Gesundsein konzentrieren. Allerdings geht diese neue Denkweise mit einer starken Wende für die Pflege einher. Die Pflege wird mit neuen Haltungen, Handlungen und Konsequenzen konfrontiert. Hierbei muss sich die Pflege mit anderen Prioritäten im Pflegeprozess, mit gesundheitsfördernden Programmen und Projekten und mit gesundheitsfördernden Themen in der Pflegeforschung auseinandersetzen. Ein relativ neues Thema in der Pflege ist vor allem Empowerment – hierbei muss die Pflegeperson die Fähigkeit haben, die Patienten selbst zu befähigen und ihnen dabei beratend zur Seite stehen (vgl. Steinbach, 2007, S. 133). In den folgenden Kapiteln werde ich die gesundheitsfördernden Teilgebiete, wie Beratung, Verhaltensänderung, Selbstmotivation und Empowerment, näher beschreiben.

7.1 Beratung als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege

Da Pflege fälschlicherweise oft nur als eine praktische und handwerkliche Arbeit gesehen wird, wird oft übersehen, dass es in der Pflege um viel mehr geht als nur um die praktische Arbeit. Pflegepersonen nehmen sehr oft eine beratende Rolle ein, in der sie die Klienten aufklären, beraten und ihnen wichtige Informationen weitergeben. Gerade im Bereich der Gesundheitsförderung ist es erforderlich das Gebiet der Beratung ins Handlungsfeld der Pflege einzubinden (vgl. Steinbach, 2007, S. 137).

In der Pflege steht klarerweise der Mensch im Mittelpunkt, allerdings auch „jenes“ was sich in dem Menschen befindet – sein momentanes Empfinden, seine Ängste, Gefühle, Erinnerungen, Erfahrungen etc. Es müssen sowohl die körperlichen als auch die geistigen und seelischen Aspekte des Menschen betrachtet, beachtet und berücksichtigt werden. Der Kontakt und die Verbindung, die dabei zwischen der Pflegeperson und dem Klienten entstehen, bilden eine wichtige Grundlage für die Beratung (vgl. Steinbach, 2007, S. 143).

Pflegepersonen haben in der Regel mehr Kontakt und eine nähere Verbindung zu den Klienten als deren behandelnde Ärzte und kennen daher das persönliche Umfeld besser. Daher können sie in den meisten Fällen besser zur Genesung und Erhaltung der

Gesundheit beitragen. Während der Pflegeprozesse entstehen häufig (beratende) Gespräche, die einen positiven Effekt auf die Gesundheit der Klienten haben und bei der Bewältigung von Problemen helfen können (vgl. Steinbach, 2007, S. 143).

Um eine positive und effektive Beratungssituation zu erlangen und so den Klienten dazu zu bringen diese Beratungssituation anzunehmen, muss ein gewisses Maß an Nähe und Vertrauen aufgebaut werden. Um dem Menschen helfen zu können, ist es wichtig, dass die Pflegeperson das Umfeld, die Lebenssituation und den Lebensstil des Klienten kennt. In der Beraterrolle muss sich die Pflegeperson dessen bewusst sein, dass es schwierig ist die alten Gewohnheiten der Klienten abzubauen oder aufzulösen. Es ist wichtig, dass die Pflegeperson die Sichtweise der Klienten respektiert und ihnen dies auch zeigt. Wenn eine Pflegeperson dem Klienten beispielsweise helfen will einen gesünderen Lebensweg einzuschlagen, ist es oftmals unproduktiv diesen damit zu „quälen“ mit dem Rauchen aufzuhören, seine Ernährung vollkommen umzustellen oder mehr Sport zu betreiben etc., da dies nämlich bei der betroffenen Person häufig mit viel Arbeit und somit auch mit Stress verbunden ist. Außerdem ist es nicht selten der Fall, dass Klienten, aus sozialen und wirtschaftlichen Gründen, nicht in der Lage sind den Lebensstil zu ändern. Dennoch kann die Pflegeperson dazu beitragen, den Klienten zu motivieren, gewisse Tipps, Ratschläge, Verhaltensänderungen u. Ä. umzusetzen, um somit die Gesundheit und das Wohlbefinden zu verbessern und zu steigern (vgl. Steinbach, 2007, S. 144).

Im Bereich Beratung in der Pflege besteht gewiss noch einiges an Handlungsbedarf, da professionelle Beratung noch kein fixer Bestandteil eines Pflegeprozesses ist, obwohl Beratung auf gewisse Art und Weise bereits zum Aufgabenbereich einer jeden Pflegeperson gehört.

7.2 Verhaltensänderung als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege

Eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung ist ein komplexer Prozess, in dem psychologische, soziale und umweltbezogene Faktoren eine große Rolle spielen. In der Praxis gibt es einige Modelle zur Gesundheitsförderung und zur Verhaltensmusteränderung (vgl. Steinbach, 2007, S. 144). Folgende fünf Modelle

wurden von Gesundheitsberatern entwickelt und sind die bekanntesten zur Veränderung von Verhaltensmustern:

- „Health – Belief – Modell“
- „Theorie des rationalen Handelns“
- „Theorie des geplanten Verhaltens“
- „Gesundheitsaktionsmodell“ („Health – Action – Modell“)
- „Modell der stufenweisen Veränderung“ (vgl. Steinbach, 2007, S. 144 f.).

Da die Modelle, bis auf das „Gesundheitsaktionsmodell“ und das „Modell der stufenweisen Veränderung“, diverse Lücken und Mängel aufweisen und das „Modell der stufenweisen Veränderung“ bereits mehrfach in der Gesundheitsförderung eingesetzt wurde und wird, werde ich dieses im folgenden Abschnitt näher beschreiben.

7.2.1 Das Modell der stufenweisen Veränderung

Dieses bereits häufig in der Praxis eingesetzte Modell wurde von *James O. Prochaska* und *Carlo C. DiClemente* entwickelt. Dieses Modell dient dazu, die einzelnen Phasen einer Verhaltensänderung und deren Übergänge zu beobachten. Mittels dieses Modells kann man gesundheitsbezogene Entscheidungen und Verhaltensmusteränderungen nachvollziehen und begreifen. Das Modell beinhaltet einzelne Phasen, die der Mensch im Laufe der Verhaltensänderung durchläuft. Diese einzelnen Phasen muss der Gesundheitsberater unter Berücksichtigung des sozialen Drucks, der persönlichen Verantwortung und der Umwelteinflüsse, ganzheitlich betrachten (vgl. Steinbach, 2007, S. 149 f.).

Folgende sieben Phasen weist das Modell auf:

Vor – Erwägungsphase

Diese Phase befindet sich sozusagen außerhalb des Verhaltensänderungskreises. In diesem Abschnitt ist der Mensch noch nicht bereit seinen Lebensstil zu ändern, weist

keine Motivation auf oder ist sich der Dringlichkeit einer Verhaltensänderung noch nicht bewusst bzw. akzeptiert diese nicht (vgl. Steinbach, 2007, S. 150).

Erwägungsphase

In dieser Phase tritt der Mensch in den Verhaltensänderungskreis ein. Hier besitzt der Betroffene ausreichend Motivation um eine Verhaltensänderung in Erwägung zu ziehen (vgl. Steinbach, 2007, S. 150).

Zugeständnisphase

Diese Phase erreicht der Mensch, wenn er sich im Kreis der Verhaltensänderung weiterbewegt und gewillt ist sein Verhalten zu ändern (z. B. Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung etc.) (vgl. Steinbach, 2007, S. 150).

Aktionsphase

In dieser Phase beginnt der Mensch aktiv zu werden und sein Verhalten zu verändern (vgl. Steinbach, 2007, S. 150).

Aufrechterhaltungsphase

In dieser Phase versucht der Mensch seine Verhaltensänderung mittels diverser Strategien aufrecht zu erhalten (vgl. Steinbach, 2007, S. 151).

Rückfallphase

In dieser Phase kann es passieren, dass der Mensch rückfällig wird und in alte Verhaltensschemata zurückfällt, obwohl er mit der neuen Situation und der Verhaltensänderung zufrieden ist. Hier ist es wichtig, dass der Betroffene nicht stehen

bleibt und seinen alten Lebensstil und sein altes Verhalten wieder aufnimmt, sondern, dass er „neu“ in den Kreis einsteigt und wieder bei der Erwägungsphase beginnt (vgl. Steinbach, 2007, S. 151).

Ausgangsphase

In dieser Phase steigt der Mensch sozusagen aus dem Verhaltensänderungskreis aus, hat seine Verhaltensänderung und seine neue Lebensführung angenommen und behält den gesünderen Lebensstil bei (vgl. Steinbach, 2007, S. 151).

Die folgende Abbildung verdeutlicht den Kreis und die einzelnen Phasen der Verhaltensänderung:

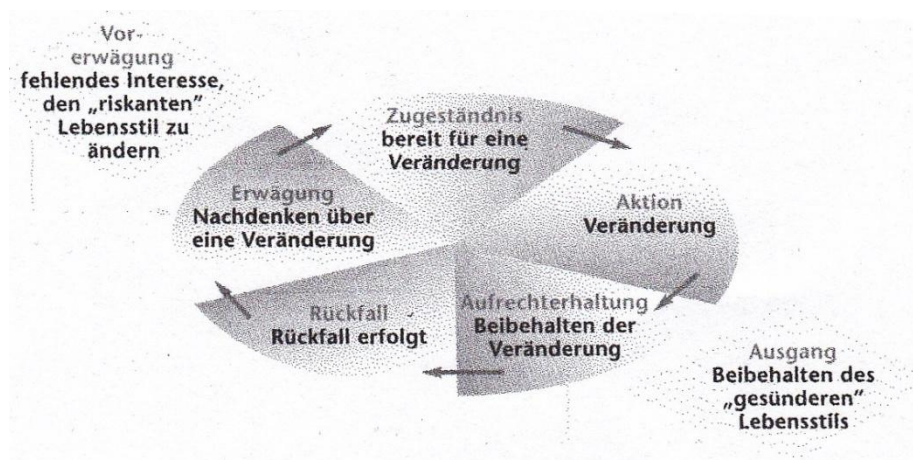


Abbildung 2: Phasen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Quelle: Ewles/Simnett 1999, S. 264 in: Steinbach, 2007, S. 151)

Die Abbildung zeigt sehr deutlich, dass der Mensch bei einer Verhaltensänderung sozusagen einen Kreis durchläuft und Gefahr läuft diesen Kreis immer wieder aufs Neue bewältigen zu müssen, wenn er nicht den gesünderen Lebensstil beibehält.

Steinbach (2007) beschreibt den Kreislauf des Modells folgendermaßen:

„Der Schlüssel zum Verständnis dieses Modells ist, den Kreis [...] als Abfolge von Phasen zu verstehen, die die Personen während des Prozesses der Verhaltensänderung durchlaufen. Der entscheidende Punkt ist, dass der Kreis als „Drehtür“ gedacht werden muss, weil die Personen den Kreis gewöhnlich mehr als einmal durchlaufen, bevor sie eine permanente Verhaltensänderung erreicht haben. Es ist auch wichtig, zu akzeptieren, dass manche Personen nur so weit kommen, dass sie nur einmal durch die Drehtür gehen“ (Steinbach, 2007, S. 150).

Die Phasen dienen dem Gesundheitsberater bei der Feststellung wo sich der Klient in der Verhaltensänderung befindet. Dieser kann somit gezielt reagieren und sinnvolle, produktive und unterstützende Maßnahmen setzen. Beispielsweise kann er bei einem Klienten, der sich in der Vorerwägungsphase befindet, hilfreiche Schulungen oder eine Bewusstseinsförderung anbieten. Hingegen ist es in der Erwägungsphase wichtig, dass die Selbstmotivation des/der Betroffenen gestärkt wird (vgl. Steinbach, 2007, S. 151).

Dieses Modell ist, wie bereits erwähnt, von großem Nutzen in der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge. Es ist insbesondere deshalb hierfür gut geeignet, da der Berater innerhalb kürzester Zeit erkennen kann in welcher Phase sich die Klienten befinden, welche Unterstützung und Informationen sie benötigen und welche Maßnahmen gesetzt werden müssen (vgl. Steinbach, 2007, S. 151).

7.3 Selbstmotivation als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege

Selbstmotivation ist elementarer Bestandteil einer (gesundheitsfördernden) Verhaltensänderung und somit ein wichtiger Punkt in der Gesundheitsförderung in der Pflege. Denn gerade bei pflegebedürftigen Menschen, die sich und ihr Leben möglicherweise bereits aufgegeben haben, ist Selbstmotivation ein bedeutender Anstoß zur Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Man könnte sagen, dass Selbstmotivation eine Art „Dominoeffekt“ hat – sie kann zu einer gesünderen Lebensführung beitragen. Das wiederum führt zu einem besseren Wohlbefinden und einem verbesserten Gesundheitszustand, was wiederum zur Folge hat, dass das Selbstwertgefühl steigt. Dieses Gefühl der Freiheit, das der Mensch hierbei entwickelt (er kann selbst und eigenständig über gewisse Lebensbereiche entscheiden und ist nicht mehr machtlos seinen Bedürfnissen gegenüber) steigert seine Bereitschaft einen besseren und gesünderen Lebensstil anzunehmen und diesen selbst zu gestalten (vgl. Steinbach, 2007, S. 152).

Den positiven Effekt der Selbstmotivation kann man auch sehr gut im „Modell der stufenweisen Veränderung“ erkennen. In den einzelnen Phasen die der Mensch hierbei durchläuft kann er immer wieder Fortschritte erkennen, die ihn ermutigen und motivieren mit der Verhaltensänderung fortzufahren. Er wird sukzessive durch kleine Schritte und kleine (aber für ihn bedeutende) Erfolge motiviert, bis er letztendlich sein gewünschtes Ziel erreicht (vgl. Steinbach, 2007, S. 152).

Gerade in der Pflege sind selbst die kleinsten Fortschritte große Erfolge für Klienten, aber auch für die Pflegeperson (z. B. wenn ein Apoplex - Patient langsam wieder beginnt zu sprechen oder seine Finger, seine Hand, sein Bein zu bewegen). Selbstmotivation ist ausschlaggebend für den Heilungs- und Genesungsprozess und den Krankheitsverlauf der Klienten. Denn wenn der Klient keine Selbstmotivation aufweist, kann selbst die beste Pflegeperson kaum noch etwas erreichen. Außerdem ist es wichtig, dass die Pflegeperson den Klienten wieder ermutigt, sollte dieser einen Rückfall erleiden (z. B. der Patient konnte an einem Tag wieder seine Finger bewegen, am darauffolgenden Tag allerdings wieder nicht – hier muss ihn die Pflegeperson ermutigen und gut zureden, damit sich der Patient nicht aufgibt). Lob ist ebenfalls ausschlaggebend für die Selbstmotivation der Klienten, denn wenn die Pflegeperson die Klienten (bei kleinen Erfolgen) lobt, motiviert das diese außerordentlich (zum Beispiel bei der Mobilisation eines Klienten: „das machen Sie sehr gut“ oder „die Übungen machen Sie von Tag zu Tag besser“).

Mittels Selbstmotivation soll den Klienten geholfen werden, ihr Selbstwertgefühl wieder zu erlangen und die Art und Weise wie sie sich selbst sehen zu verbessern. Die

Selbstmotivation soll ihnen einen Anstoß zur kritischen Betrachtung ihrer Werte und Einstellungen geben. (vgl. Steinbach, 2007, S. 152).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Selbstmotivation ein wichtiger Bestandteil der Pflege ist. Selbstmotivation kann bei Klienten zu neuer Lebensfreude, Freude an der Genesung, an (kleinen) Fortschritten und an neuen Herausforderungen führen und hat daher eindeutig einen gesundheitsfördernden Effekt und ist aus der Pflege nicht mehr wegzudenken.

7.4 Empowerment als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege

Empowerment¹⁷ ist ein weiterer essentieller Punkt in der Pflege und der Gesundheitsförderung der Klienten. Hierbei wird das Hauptaugenmerk nicht auf die Schwächen und Defizite der Klienten, sondern auf deren Stärken und Leistungsfähigkeit gerichtet. Dabei sollen Selbständigkeit und Eigenmächtigkeit gestärkt werden.

Empowerment stammt aus den USA und hat bereits den „Status“ eines Konzeptes, das insbesondere im Bereich der Gesundheitsförderung, Pflege und Gesundheitsförderung in der Pflege eingesetzt wird. Empowerment soll den Klienten dabei helfen, ihre Selbstbestimmung und die Autonomie ihrer Lebensführung erneut zu erlangen. Empowerment kann als Prozess gesehen werden, durch den die Klienten ihr Leben und ihre Lebensbedingungen kontrollieren, ihre Probleme selbständig lösen und somit ihre Ziele erreichen können. Dieser Prozess soll ihnen dabei helfen in gewissen schwierigen Situationen einen Weg zu ihren Stärken zu finden (vgl. Steinbach, 2007, S. 54 f.).

Die Definition von Empowerment nach Stark (1996) lautet wie folgt:

„Empowerment läßt sich [...] als ein bewußter und andauernder Prozeß bezeichnen, durch den Personen, die – meist im Rahmen lokaler

¹⁷ Empowerment (engl.) = Ermächtigung, Befähigung (Steinbach, 2007, S. 54)

Zusammenhänge – keinen ausreichenden Anteil an für sie wichtigen Ressourcen haben einen besseren Zugang zu diesen Ressourcen erreichen und deren Nutzung selbst bestimmen können“ (Stark, 1996, S. 156).

Laut Stark (1996) ist Empowerment ein aktiver Prozess, in dem der Mensch vier Entwicklungsphasen durchläuft. Bei seiner Einteilung orientiert sich Stark an jener von Charles Kieffer (1981, 1984):

1. **Mobilisierung:** In dieser Phase beginnt sich der Mensch von seiner herkömmlichen Einstellung, seinem Desinteresse und seiner Bequemlichkeit zu entfernen und kann langsam seine Stärken und Ressourcen entdecken;
2. **Engagement und Förderung:** Nach der Mobilisierung stabilisiert sich sein Engagement zunehmend und er beginnt nach Fähigkeiten und Möglichkeiten zu suchen;
3. **Integration und Routine:** Seine neuen Aktivitäten werden langsam zur Routine und werden somit in seinem Alltag integriert;
4. **Überzeugung und „brennende Geduld“:** Die „brennende Geduld“ steht für die Kontinuität, die der Mensch erreicht und beibehält. Er erlangt eine gewisse Sicherheit in seinen neuen Kompetenzen und Aktivitäten. Er hat eine Organisations- und Konfliktfähigkeit entwickelt und ist davon überzeugt, dass seine Veränderungen bestehen bleiben und er bei Bedarf wieder neue Veränderungen umsetzen kann (vgl. Stark, 1996, S. 120 - 126).

Pflegepersonen können im Prozess des Empowerment die Klienten folgendermaßen unterstützen:

- zu hilfreichen Voraussetzungen für den Einsatz und die Nutzung der vorhandenen Ressourcen verhelfen
- eine unterstützende und beratende Rolle einnehmen
- Berücksichtigung der Schwächen und Bedürfnisse der Klienten, jedoch ohne diese zu entmündigen

- Förderung von sozialen Ressourcen und Netzwerken
- Förderung der Partizipation (vgl. Vossebrecher, 2007, S. 13).

Vossebrecher (2007) fasst die Ziele von Empowerment folgendermaßen zusammen:

- Es soll den Menschen ermöglicht werden ihr Leben eigenständig zu bestimmen indem sie Ressourcen (wieder) entdecken;
- Die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit sollen gesteigert und die Partizipation erweitert werden, Empowerment unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“;
- Empowerment kann im Sinne einer „sozialen Bewegung“ dienen d.h. Engagement für sozialpolitische Interessen und soziale Veränderung schaffen (vgl. Vossebrecher, 2007, S. 10).

Zusammenfassend kann man sagen, dass Empowerment ein wichtiges Element in der Gesundheitsförderung in der Pflege darstellt, da die Autonomie und die persönliche Kontrolle und Selbstbestimmung (des eigenen Lebens), welche die Klienten durch Empowerment erlangen, einen enorm großen und positiven Einfluss auf deren körperliches und seelisches Wohlbefinden haben.

7.5 Compliance als Teil der Gesundheitsförderung in der Pflege

Ein ebenfalls wichtiges Thema in der Pflege und der Gesundheitsförderung ist die Compliance¹⁸ der Klienten. Unter Compliance versteht man (in der Medizin) jede Form von Verhalten, die im Einklang mit therapeutischen Empfehlungen steht. Man kann es als die Kooperations- und Mitarbeitsbereitschaft des Patienten, im Zusammenhang mit medizinischen aber auch pflegerischen Verordnungen, bezeichnen. Compliance bezieht sich auch auf das Einhalten von Terminen, das Einnehmen von bestimmten Medikamenten, Durchführung bestimmter Übungen (Mobilisation) und auch das Ändern

¹⁸ Definition siehe Fußnote 8, S. 21.

bestimmter Lebensweisen. Da Compliance bzw. Noncompliance einen sehr starken Einfluss auf den Verlauf einer Krankheit haben, ist Compliance ein bedeutsames Thema in der Gesundheitsförderung in der Pflege. Gerade bei (schwer) pflegebedürftigen Personen ist eine lang anhaltende Compliance gering. In den meisten Fällen sinkt die Compliance im Laufe der Zeit. Allerdings kann eine Pflegeperson durch Beratung und Unterstützung der Klienten deren Selbstmotivation und Empowerment erhöhen und somit auch deren Compliance verbessern und langfristig verstärken. Da Compliance ein vielschichtiges Problem ist, ist es wichtig, dass eine Einbeziehung und Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen stattfindet. Hierbei ist eine Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten etc. empfehlenswert (vgl. Petermann, 1997, S. 5 - 7).

Resümee: Nur wenn die Klienten genügend Compliance aufweisen, kann die Pflegeperson gesundheitsfördernd arbeiten und gesundheitliche Erfolge bei den Klienten erzielen.

7.6 Pflegeprozess versus Gesundheitsprozess

Ein Pflegeprozess dient zur Planung der Pflege. Der Pflegeprozess besteht aus standardisierten Schritten, die die Pflegeperson gemeinsam mit den Klienten tätigt. Diese Schritte werden an die jeweiligen Klienten und deren Situation angepasst (vgl. Steinbach, 2007, S. 168). Zu den standardisierten Schritten im Pflegeprozess werden folgende Handlungen und Vorgänge gezählt:

- Anamnese
- Diagnosestellung
- Pflegeziele
- Maßnahmen
- Evaluierung (vgl. Steinbach, 2007, S. 168).

Aber nicht nur bei der Pflege der Klienten, sondern auch bei der Gesundheitsförderung der Klienten, bedarf es eines Prozesses. Dieser Gesundheitsprozess besteht ebenfalls aus

standardisierten Schritten, welche sich allerdings kaum von jenen des Pflegeprozesses unterscheiden. Der Unterschied liegt lediglich in der Zielsetzung und der Philosophie (vgl. Steinbach, 2007, S. 168).

Im Pflegeprozess übernimmt die Pflegeperson die Rolle des Experten und die Klienten jene des Teilnehmers. Um effektiv gesundheitsfördernd arbeiten zu können, ist es jedoch wichtig, dass im Gesundheitsprozess die Klienten die Expertenrolle einnehmen und Pflegepersonen „nur“ begleitend und vermittelnd agieren (vgl. Steinbach, 2007, S. 169).

Steinbach (2007) hat die Unterschiede zwischen Pflegeprozess und Gesundheitsprozess übersichtlich zusammengefasst:

Pflegeprozess	Gesundheitsprozess
medizinisch orientiert	sozial- und umweltorientiert
problemlösend	zielorientiert
Pflegeperson: Expertenrolle	Pflegeperson: begleitende, fördernde und vermittelnde Rolle
Patient: Teilnehmer	Patient: Experte
Prozess: zyklisch und periodisch	Prozess: synergetisch und expansiv
Kontrolle	Empowerment
Hauptaufgaben: Assessment, Datensammlung, (klinische) Beurteilung, Vermittlung, professionelle Ratschläge	Hauptaufgaben: aktives Zuhören, teilnehmende Gespräche, Respektieren von Lebenswelten

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Pflegeprozess und Gesundheitsprozess (vgl. Steinbach, 2007, S. 169)

Im nachfolgenden Kapitel werde ich den Gesundheitsprozess in der Pflege genauer beschreiben.

7.7 Gesundheitsprozess in der Pflege

Um in der Pflege gesundheitsfördernd arbeiten zu können sollten Pflegepersonen einen Gesundheitsprozess planen (dies geschieht meistens automatisch und wird unbewusst in den Pflegeprozess eingebaut) (vgl. Steinbach, 2007, S. 169). Hierbei stehen drei Fragen (welche die Klienten beantworten sollten) im Mittelpunkt des Prozesses:

1. Was will ich erreichen?
2. Was werde ich dafür tun?
3. Wie erkenne ich ob ich erfolgreich war? (vgl. Steinbach, 2007, S. 169).

Wenn die betroffenen Klienten diese Fragen beantworten können, sich dessen bewusst sind was sie erreichen wollen und sich damit auseinandersetzen, kann Gesundheitsförderung effektiv umgesetzt werden (vgl. Steinbach, 2007, S. 169).

Der Gesundheitsprozess ist ein synergetischer und expansiver Kreislauf, in dem alle Prozessschritte laufend kontrolliert und gegebenenfalls neu angepasst werden müssen. Da die einzelnen Schritte des Prozesses miteinander verbunden sind, kommt es bei einer Veränderung eines Schrittes zwangsläufig auch zu einer Veränderung der restlichen Schritte (vgl. Steinbach, 2007, S. 170).

Ewles und *Simnett* (1999) haben den Gesundheitsprozess folgendermaßen veranschaulicht:

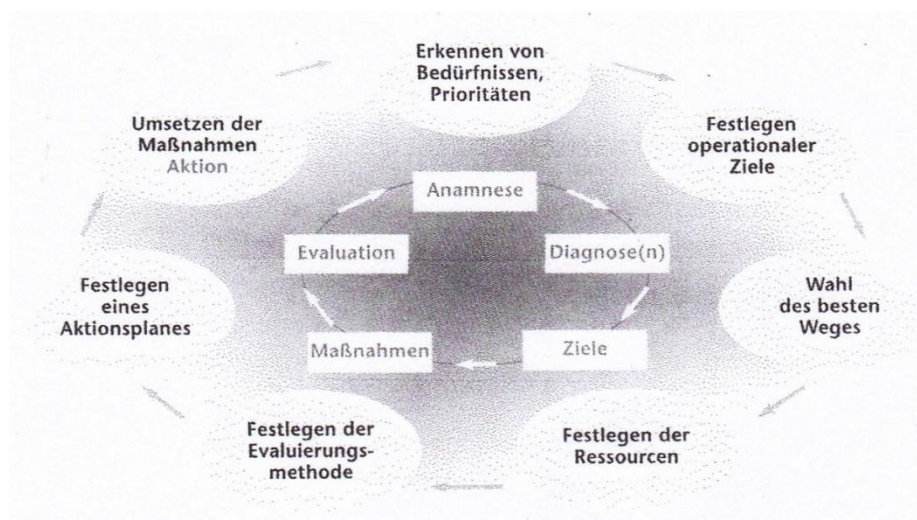


Abbildung 3: Der Gesundheitsprozess (Quelle: Ewles/Simnett 1999, S. 78 in: Steinbach, 2007, S. 170)

8. Empirischer Teil: Gesundheitsförderung aus der Sicht der Pflegepersonen

In der Theorie und in der Fachliteratur ist das Thema Gesundheitsförderung bereits sehr präsent, verbreitet und viel diskutiert. Wie dies aber in der Praxis aussieht und wie Pflegepersonen zu diesem Thema stehen, habe ich anhand meiner Experteninterviews erarbeitet. Bei der Rekrutierung meiner Interviewpartner habe ich zehn Pflegeorganisationen in Wien (per E-Mail) angeschrieben. Da ich von einigen keine Rückmeldung erhalten habe, kontaktierte ich diese Organisationen telefonisch. Das Interesse und die Gesprächsbereitschaft waren sehr unterschiedlich. Einige Organisationen waren sehr interessiert, fanden zudem auch das Interviewthema spannend und waren sofort bereit einen Termin für ein Interview festzulegen, andere wiederum zeigten kein Interesse, hatten keine Zeit oder waren nicht bereit ihre Zeit für die Interviews zu opfern. Letztendlich bekam ich 10 Interviewzusagen von fünf verschiedenen Pflegeorganisationen. Die Interviews führte ich mit sechs Frauen und vier Männern durch. Davon sind sechs direkt in der Hauskrankenpflege als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bzw. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger tätig (einer der Befragten ist zusätzlich noch als Qualitätssichernde Fachaufsicht tätig). Die restlichen vier sind im Pflegemanagement oder in der Pflegebereichsleitung tätig. Einige der Befragten waren zuvor als Pflegehelfer tätig, bevor sie die Ausbildung zur Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester bzw. zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger absolvierten. Die Befragten die nun im Pflegemanagement oder in der Pflegebereichsleitung arbeiten, waren früher als Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger tätig. Fünf der Befragten haben zusätzlich zum Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege die Weiterbildung „Mittleres und Basales Pflegemanagement“ absolviert. Das durchschnittliche Alter der Befragten Personen liegt bei 41,8 Jahren.

Die durchgeführten Experteninterviews sind qualitative Interviews, d.h. halb standardisierte bzw. semistrukturierte, mündliche, persönliche Befragungen. Ich habe die Interviews als Einzelinterviews und persönlich, d.h. „face – to – face“ durchgeführt. Als Grundlage für den Verlauf der Befragungen diente mir ein Interviewleitfaden,

welchen ich zuvor erstellt habe (siehe Anhang S. 135). Dadurch konnte ich je nach Bedarf die Reihenfolge der Fragen verändern und Zwischen- bzw. Verständnisfragen stellen. Bei den Befragungen habe ich ausschließlich offene Fragen gestellt und diese an die jeweilige Interviewsituation angepasst. Den Interviewstil würde ich eher als „weich“ einstufen, da ich versucht habe ein Vertrauensverhältnis zu meinen Interviewpartnern zu entwickeln, ihnen Respekt entgegengebracht habe und ihnen gezeigt habe, dass ihre Informationen und ihr Erzähltes interessant und wichtig ist.¹⁹

Zu Beginn der Interviews versicherte ich den Befragten, dass sie anonym bleiben und die Interviews ausschließlich für meine Diplomarbeit aufgenommen und verwendet werden. Die Aufnahme der Interviews erfolgte mittels eines Aufnahmegeräts (digitales Diktiergerät). Dies hatte den Vorteil, dass ich mich ausschließlich auf die Gespräche konzentrieren konnte. Später habe ich alle aufgenommenen Interviews transkribiert und mittels einer qualitativen Inhaltsanalyse bearbeitet. Ich habe mich für eine qualitative Inhaltsanalyse entschieden, da mir bei den Interviews der Inhalt wichtig war und nicht das Ermitteln bestimmter Häufigkeiten. Das Interviewmaterial habe ich in einzelne Hauptthemen gegliedert und schrittweise analysiert. Somit konnte ich die unterschiedlichen Auffassungen, Einstellungen und Meinungen der Experten zu den einzelnen Themen miteinander vergleichen und einander gegenüberstellen. Die qualitative Inhaltsanalyse hat mir die nachfolgende Verarbeitung, das Herausfiltern der wichtigsten Themen und die Einteilung in einzelne Kapitel vereinfacht.²⁰

In den folgenden Kapiteln gebe ich die Ergebnisse der Interviews und somit die Sicht der Pflegenden wieder.

8.1 Umsetzung und Präsenz

Die Meinungen der Befragten gehen teilweise stark auseinander. In einem Punkt waren sich allerdings alle Befragten einig, nämlich, dass Gesundheitsförderung in der Pflege

¹⁹ Bei der Erstellung des Interviewleitfades und bei der Durchführung der Interviews orientierte ich mich an folgender Literatur: Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.

²⁰ Bei der Analyse der Interviews orientierte ich mich ebenfalls an Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.

immer implizit stattfindet, d.h. dass Gesundheitsförderung in den Pflegeprozess mit einbezogen wird. Die Befragten waren dieser Meinung, da ihrer Ansicht nach Gesundheitsförderung in der Pflege automatisch stattfindet, da es in der Pflege immer um eine Rundumpflege geht und alles (alle Handlungen im Pflegeprozess) ein Gesamtes ergeben muss. Allerdings wird es nicht als Pflegeschwerpunkt gesehen.

Eine der befragten Personen hingegen war zu Beginn des Interviews der Meinung, dass Gesundheitsförderung in der Pflege überhaupt nicht bis kaum stattfindet und dass Gesundheitsförderung kein Thema der Pflege ist. Im Laufe des Interviews stellte die besagte Person allerdings fest, dass Gesundheitsförderung doch in der Pflege vorhanden ist und dass sie selbst auch gesundheitsfördernde Maßnahmen bei Klienten setzt.

Bei der Frage, welche Aspekte von Gesundheitsförderung – soziale, psychologische oder körperliche Gesundheitsförderung – in der mobilen Hauskrankenpflege integriert werden, waren die Meisten (7 Befragte) derselben Meinung, nämlich dass alle drei Aspekte integriert werden. Davon waren aber zwei Befragte der Meinung, dass allerdings der Schwerpunkt vor allem auf der sozialen und körperlichen Gesundheitsförderung liegt. Eine der befragten Personen meinte dass Gesundheitsförderung nur auf der sozialen Ebene stattfindet. Zwei Befragte konnten mir die Frage nicht konkret beantworten und waren sich nicht sicher welche Aspekte eingebaut werden.

Die drei Aspekte von Gesundheitsförderung werden meistens kombiniert und haben in der mobilen Hauskrankenpflege einen hohen Stellenwert. Es kann nur schwer ein Aspekt alleine integriert werden, da alle Aspekte gefördert werden müssen, damit Pflege überhaupt stattfinden kann. Natürlich hängt der Einsatz der Aspekte von den Klienten, den Einsätzen und deren Schwerpunkten ab – an manchen Tagen muss mehr Zeit in den Bereich der körperlichen Gesundheitsförderung investiert werden, an manchen Tagen wiederum liegt der Schwerpunkt auf der psychologischen oder sozialen Gesundheitsförderung. Die psychologischen und sozialen Aspekte überschneiden sich allerdings in den meisten Fällen.

Die meisten zählen zum **sozialen Bereich**: Angehörigenarbeit, Begleitung zum Arzt, Krankenhaus oder anderen Untersuchungen, Vermittlung eines Besuchsdienstes (der mit den Klienten die Wohnung verlassen, spazieren gehen, Kaffee trinken kann etc.) oder Vermittlung von Klubnachmittagen u. Ä. Im Mittelpunkt der sozialen Gesundheitsförderung steht die Vorbeugung sozialer Isolation.

Zum **psychologischen Bereich** gehören: Aufbau einer Beziehung/Verbindung zwischen den Klienten und der Betreuungsperson, Interaktion zwischen Klienten und Betreuungspersonen, Psychohygiene, Vermittlung zwischen Angehörigen und Klienten etc.

In den **körperlichen Bereich** fallen verständlicherweise viele Maßnahmen, da diese den kompletten Menschen betreffen: Hygienemaßnahmen, Körperpflege (Haut, Augen, Ohren, Mund etc.), Haar- und Bartpflege, Flüssigkeitsbilanz, Wasser-, Vitamin-, Mineralhaushalt, Kontrolle einer regelmäßigen Ausscheidung, spezielle Ernährung bei Diabetes, Mobilisation, für eine sichere Umgebung sorgen und die Klienten vor Gefahren schützen, wie z. B. Sturzprävention, Schutz vor Verletzungsgefahr, Medikamentenmissbrauch usw.

Bezüglich der Umsetzbarkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen, waren fast alle der Meinung, dass die Zeit bei allen Klienten zu knapp ist, um sich ausreichend um sie zu kümmern. In den meisten Fällen können nur die notwendigen Pflegeleistungen getätigt werden, aber für zusätzliche gesundheitsfördernde Maßnahmen fehlt es an Zeit, Geld, Förderungen, Hilfsmitteln und Mitteln. Viele Klienten verstehen nur schwer, dass die Zeit begrenzt ist und die Pfleger wieder gehen müssen - viele Klienten sagen beim Verabschieden „*gehst du schon?*“. Eine Befragte meinte, dass diese Situationen sowohl für die Klienten, als auch für sie selbst deprimierend seien und sie „traurig machen“. Einige erwähnten das Problem, dass sich viele Klienten nur das Mindestmaß an Stunden nehmen, da sie keine Förderungen bzw. Pflegegeld bekommen und sie sich daher nicht mehr leisten können. Diese Stundenanzahl ist in sehr vielen Fällen nicht ausreichend und versetzt Pflegepersonen oft in die Situation, dass sie entweder Zeit „herschicken“ oder eben nur das Nötigste bei den Klienten machen können. Das hat zur Folge dass gesundheitsfördernde Maßnahmen oft zu kurz kommen.

Ein weiteres Problem stellt die Compliance der Klienten dar. Die Zeit, die Hilfsmittel, das Geld etc. ist in manchen Fällen vorhanden, allerdings ist der Klient nicht gewillt sich gesundheitsfördernd unterstützen, beraten, pflegen oder helfen zu lassen. Klienten sehen keinen Sinn in diesen Maßnahmen, haben sich selbst schon aufgegeben, sind nicht gewillt ihren Lebensstil zu ändern oder etwas zu tun, was sie früher auch nicht getan haben (z. B. mehr Bewegung, gesunde Ernährung etc.). In solchen Situationen geraten Pflegepersonen oft an ihre Grenzen und sind machtlos – denn sie können die Klienten nicht zu etwas zwingen.

Ein Hauptproblem, das bei fast allen Interviews zur Sprache kam, ist, dass die meisten Klienten, die derzeit betreut werden, der Kriegsgeneration angehören bzw. „Kriegskinder“ sind und deshalb auf bestimmte Dinge nicht verzichten wollen und sich in ihren letzten Jahren nichts mehr vorschreiben lassen wollen (z. B. eine Patientin hat schweren Diabetes und will trotzdem nicht auf ihre tägliche Tafel Schokolade verzichten).

Ein weiteres typisches Beispiel für Non – Compliance ist, dass die Pflegeperson, aufgrund der Sturzgefahr, dem Klienten rät, beispielsweise den Teppich an eine andere Stelle zu legen. Viele Klienten sehen das nicht ein und sind der Meinung der Teppich liegt schon seit Jahren an dieser Stelle also soll er auch da bleiben. Ein Interviewpartner erwähnte ebenfalls ein interessantes Phänomen, nämlich jenes, dass jene Klienten, die früher im Berufsleben eine Führungsposition hatten, die Anweisungen und Ratschläge der Pflegepersonen weniger befolgen und beachten und öfter „nein“ sagen, als jene die eine niedrigere Anstellung hatten. Diese Personen lehnen die Handlungen, Anweisungen und Ratschläge kaum ab, befolgen die Anordnungen der Pflegeperson, sagen eher „ja“ und äußern sich meistens der Pflegeperson gegenüber dahingehend, dass sie meinen: „sie sind der Fachmann und sie wissen was für mich gut ist“. Diese Klienten können leichter unterstützt und gefördert werden und es kann ihnen eher geholfen werden.

Bei vielen Klienten sind Pflegepersonen, aufgrund der fehlenden Compliance, machtlos.

Ein weiteres Problem stellen die Anordnungen durch behandelnde Ärzte dar. Die meisten Pflegepersonen haben darüber geklagt, dass ihnen oftmals die Hände gebunden sind, da sie in vielen Situationen nicht handeln können/dürfen, bevor sie nicht die

Anordnung des Arztes haben. Dies dauert allerdings oftmals zu lang und ist in manchen Fällen schon zu spät. Auch hier sind Pflegepersonen machtlos, da sie handeln und helfen möchten, aber nicht dürfen. Hier kommt noch hinzu, dass Pflegepersonen oft erst handeln können, wenn ein bestimmtes Problem bei Klienten bereits vorhanden ist (z. B. sie bekommen die Dekubitus - Matratze bzw. Antidekubitus – Matratze erst, wenn die Klienten bereits einen Dekubitus haben). Pflegepersonen können oftmals nicht prophylaktisch bzw. gesundheitsfördernd arbeiten, da ihnen die Hilfsmittel fehlen oder erst zur Verfügung gestellt werden, wenn es möglicherweise bereits zu spät ist.

Wichtig ist allerdings zu Beginn heraus zu finden welchen Gesundheitsbegriff und Zugang zu Gesundheit die Klienten haben, erst dann kann man effektiv und gesundheitsfördernd handeln.

8.2 Sicht und Einstellung der Klienten und Angehörigen gegenüber Gesundheitsförderung

Fast alle der Befragten waren der Meinung, dass die Klienten meistens mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ nichts anzufangen wissen, diesen Begriff gar nicht kennen oder schlichtweg einen anderen Zugang zum Thema Gesundheit haben (auch hier wieder vor allem die „Kriegsgeneration“). Bei Angehörigen hingegen ist dieses Thema immer präsenter und die Nachfrage wird ebenfalls immer größer. Sie bringen sich oft ein oder kommen mit neuen Ideen oder Vorschlägen, welche sie auch angewendet haben möchten. Deutlich zu sehen ist, dass es Familien gibt, die sehr stark dahinter stehen, dezidiert in Richtung Gesundheitsförderung tendieren und bestimmte gesundheitsfördernde Handlungen von den Pflegepersonen erwarten. Es gibt aber auch Familien und Angehörige die dies dezidiert ablehnen, als Zeitverschwendung betrachten und gar nicht wollen, dass z. B. „der Großvater mehr Bewegung macht, da er sowas nie gemacht hat“. Allerdings kommt in der Regel von den Angehörigen der Wunsch nach Gesundheitsförderung, da die Klienten in vielen Fällen gar nicht mehr wissen, was die Pflegeperson bei ihnen und mit ihnen macht. Auch hier entstehen des Öfteren Probleme, da die Angehörigen nicht einsehen, dass der Betroffene nicht mehr kann oder will. Sie zwingen diesen und auch die Pflegepersonen zu Handlungen oder Maßnahmen

und stellen unrealistische Forderungen bzw. Ansprüche. Auch hier stellt die fehlende Compliance der Klienten ein Problem dar und kann zu gewissen Konflikten zwischen Pflegeperson, Angehörigen und der pflegebedürftigen Person führen.

Bei Klienten, die mit Gesundheitsförderung nichts anzufangen wissen und auch nicht verstehen wieso ihnen das helfen sollte, können die Pfleger diese aufklären und sich zusätzlich eines „Tricks“ bedienen und den Klienten Gesundheitsförderung verdeutlichen, umformulieren und sozusagen „übersetzen“, indem sie ihnen diese folgendermaßen veranschaulichen: „das tut ihnen gut“, „danach wird es ihnen besser gehen“ oder „sie sollen viel trinken, denn das ist der Sprit fürs Gehirn“ usw. Und wenn man den Klienten Handlungen, Vorschläge und Anweisungen derart erläutert, dann nehmen sie gesundheitsfördernde Maßnahmen gerne an, wirken mit und können dann sozusagen mit den Pflegepersonen zusammenarbeiten.

Wichtig ist auch zu erwähnen, dass viele Klienten, aber auch Angehörige, Angst vor zusätzlichen Kosten haben, die durch gesundheitsfördernde Maßnahmen entstehen und sie sich die Pflege nicht mehr leisten können (da sie kein Pflegegeld beziehen). Oftmals lehnen sie gewisse Hilfsmittel oder Maßnahmen ab, da sie Mehrkosten befürchten (wenn diese nicht gefördert werden oder die Pflegegeldstufe nicht erhöht wird).

Viele Handlungen der Pfleger werden von den Angehörigen gar nicht als gesundheitsfördernde Maßnahmen betrachtet, nicht wahrgenommen oder als selbstverständlich angesehen. In den meisten Fällen ist es nur den Pflegepersonen bewusst, dass sie gesundheitsfördernd arbeiten und führen diese Maßnahmen automatisch durch. Denn ohne diese Handlungen, könnte Pflege gar nicht stattfinden.

Einer meiner Interviewpartner machte eine gute und zutreffende Einteilung, bezogen auf die Einstellung und Akzeptanz der Klienten (und Angehörigen) zu gesundheitsfördernden Maßnahmen. Er meinte, es gibt drei Gruppen von Klienten und Angehörigen:

1. Klienten (und Angehörige) die sich dafür interessieren, selbstständig sind und selbst schon einiges machen und organisieren (z. B.

Therapeuten, Ärzte, etc.), ohne, dass die Pflegeperson viel dazu beiträgt.

2. Klienten (und Angehörige) die mit den Pflegepersonen zusammen arbeiten, der Pflegeperson vertrauen und gewissen Ratschlägen folgen (z. B. bestellen sie etwas oder geben den Pflegepersonen einen gewissen Betrag, damit diese z. B. einen Rollator oder orthopädische Schuhe für die Klienten besorgen).
3. Klienten (und Angehörige) die gar nicht mit den Pflegepersonen zusammen arbeiten wollen, die sich aus allem „herraushalten“, nichts davon wissen und nichts damit zu tun haben wollen – Pflegepersonen hören in solchen Fällen leider sehr oft die Aussagen „lassen sie uns damit in Ruhe“, „belästigen sie uns nicht damit“, „machen sie so wie sie wollen“, „das brauchen wir nicht – das kostet zu viel“ etc.

Er fügte auch hinzu, dass die dritte Gruppe, jene die sich als gar nicht kooperativ erweist, leider am häufigsten in Wien vertreten ist, und Pflegepersonen sehr oft mit diesem Problem konfrontiert werden.

Ich empfinde diese Einteilung in die obenstehenden drei Gruppen als sehr aussagekräftig und finde, dass sie die Situation der Gesundheitsförderung in der Pflege sehr gut widerspiegelt und zusammenfasst.

8.3 Sicht und Einstellung der Pflegepersonen gegenüber Gesundheitsförderung in der Pflege

Da das Thema Gesundheitsförderung allgemein, aber auch in der Pflege, in den letzten Jahren zu einem viel diskutierten Thema geworden ist, wollte ich von den befragten Pflegepersonen wissen, ob für sie Gesundheitsförderung überhaupt ein Thema in der Pflege darstellt. Diese Frage hat mich interessiert, da ich vor der Durchführung meiner Interviews von einigen Seiten hörte, dass Gesundheitsförderung kein Bestandteil der Pflege sei, vor allem aus dem Grund, dass in der Pflege nur ursachenbekämpfend und nicht gesundheitsfördernd gearbeitet wird. Allerdings waren alle Befragten der

Meinung, dass Gesundheitsförderung auf jeden Fall ein Thema in der Pflege ist, sowohl in Bezug auf die Klienten als auch auf das Pflegepersonal. Einige verdeutlichten sogar, dass sie sich sehr darüber freuen, dass auf diesem Gebiet immer mehr gemacht und angeboten werde und, dass sich die Menschen inzwischen viel mehr damit auseinandersetzen. Außerdem fügten einige hinzu, dass Fortbildungen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung sehr interessant und nützlich wären und, dass das Thema in der Pflegeausbildung mehr integriert bzw. weiter ausgebaut werden sollte. Andere wiederum meinten, dass die derzeitige Intensität ausreichend sei und nicht weiter ausgebaut werden sollte, mitunter deswegen, da es theoretisch „schön“ präsentiert wird, aber praktisch nicht wirklich umsetzbar ist, aufgrund von Zeit-, Geld- und Ressourcenmangel.

Es wurde ebenfalls das Problem angesprochen, dass in der Pflege größtenteils nicht mehr viel bewirkt werden kann, da um die 97% der betreuten Klienten alt und gebrechlich sind, man ihre Ressourcen erhalten, aber mit Gesundheitsförderung nicht mehr viel bewegen kann. Auch in diesem Zusammenhang wurde wieder das Zeitproblem erwähnt, da in solche Fällen viel mehr Zeit benötigt werde, um gesundheitsfördernd arbeiten zu können.

Dennoch wurde angemerkt, dass in der mobilen Hauskrankenpflege weitaus mehr Gesundheitsförderung betrieben wird als im stationären Bereich, da sich die Pflegepersonen auf eine Person konzentrieren können, sich in der Zeit die sie zur Verfügung haben nur den Klienten widmen und in jeder Organisation versucht wird immer das gleiche Pflegepersonal zu den Klienten zu schicken, um diese nicht zusätzlichem Stress auszusetzen.

Ein Umstand fiel mir besonders auf, da er von fast allen Befragten angesprochen wurde. Es handelt sich dabei um die Feststellung, dass die Bevölkerung viel früher mit der Gesundheitsförderung konfrontiert werden müsste und sich mit dieser befassen sollte. Gesundheitsförderung sollte bereits in der Schule unterrichtet werden um die Kinder mit dem Thema vertraut zu machen und sie aufzuklären. Es muss der allgemeine Gesundheitsbegriff und das allgemeine Gesundheitsverständnis verändert und

verbessert werden, denn nur so können Menschen später, im höheren Alter gesundheitsfördernde Maßnahmen akzeptieren.

8.4 Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der mobilen Hauskrankenpflege

Um in der Hauskrankenpflege gesundheitsfördernd arbeiten zu können, ist es von großem Vorteil, wenn Pflegepersonen vor Beginn der Pflege feststellen, welchen Gesundheitsbegriff die Klienten haben, was Gesundheit für sie bedeutet, wie sie Gesundheit empfinden und ob sie sich überhaupt als kranke bzw. pflegebedürftige Personen sehen. In der mobilen Hauskrankenpflege ist es besonders wichtig, dass Pflegepersonen „erforschen“ ob soziale Netzwerke vorhanden sind und diese gefördert oder aufgebaut werden können. Außerdem sollten sie feststellen wie das Umfeld der Klienten ist und ob die „kleinen Dinge“ im Leben der Klienten gegeben sind, die das Wohlbefinden und somit auch die Gesundheit fördern.

Die Spannbreite der gesundheitsfördernden Maßnahmen ist sehr groß und reicht laut den Befragten von „Ehrlichkeit gegenüber den Klienten“ bis hin zu Wundversorgung. Prophylaxe stellt mit Sicherheit einen der wichtigsten Punkte der Gesundheitsförderung in der Pflege dar, da pflegebedürftige Personen oftmals, wegen schlechter Prophylaxemaßnahmen, zusätzlich zu ihrer Grunderkrankung, lebensbedrohliche Erkrankungen oder Schädigungen erleiden. Gezielte Prophylaxe kann solches jedoch verhindern.

Nun folgt eine Auflistung der gesundheitsfördernden Maßnahmen, die Pflegepersonen als solche sehen und einstufen und bei Klienten umsetzen:

- Förderung von Compliance
- Erweiterung und Ausbau persönlicher Ressourcen
- Soziale Netzwerke aufbauen und fördern (z. B. Vermittlung eines Besuchsdienstes, Begleitung zu Untersuchungen etc.)

- Soziale Kontakte (da Klienten dadurch wieder Freude am Leben finden, einen Lebenssinn bekommen und das Leben für sie wieder lebenswerter wird)
- Vermittlung zwischen Angehörigen und Klienten
- Angehörigenarbeit
- Allgemeine Motivation aber auch Motivation zum Bewegen, Trinken, Essen, etc.
- Bewegung (aktiv aber auch passiv) für einen besseren körperlichen Zustand
- Körperliche Übungen
- Aufstehen, Herumgehen, Spaziergehen, Stiegen steigen
- Lagerung und Umlagerung
- Alle Prophylaxen (z. B. Dekubitus-, Sturz-, Thrombose-, Pneumonie-, Kontrakturen-, Obstipationsprophylaxe etc.)
- Aufklärung (vor allem bei Klienten mit Diabetes)
- Ernährung (z. B. Beratung, Erstellung von Einkaufslisten, Kontrolle der Einkäufe, Erstellung eines Diätplans, Nahrungsergänzungsmittel, etc.)
- Flüssigkeitsbilanz
- Kontrolle des Wasser-, Vitamin-, Mineralhaushaltes,
- Kontrolle einer regelmäßigen Ausscheidung
- Körperhygiene (Haut, Augen, Ohren, Mund etc.)
- Wundversorgung (z. B. durch Spezialernährung um die Wundheilung zu unterstützen, Verbandwechsel, Umlagerung etc.)
- Entlastung von Gliedmaßen
- Erleichterung schaffen für Klienten
- Geistige Gesundheitsförderung (da nicht nur körperliche Gesundheitsförderung für Klienten wichtig ist)
- „Gehirnjogging“ und gezieltes Gedächtnistraining für Demenzkranke
- Psychohygiene
- Gespräche führen, Interaktion und Aufbau einer Verbindung/Beziehung zwischen Pflegeperson und Klienten (dadurch wird zusätzlich auch die Pflegesituation für beide Seiten vereinfacht)
- Kontrolle der Medikamenteneinnahme
- Ehrlichkeit gegenüber den Klienten

Der Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen hängt verständlicherweise sehr von den Klienten ab - welches Krankheitsbild sie haben und welche Defizite und Probleme vorhanden sind - so kann z. B. die Pflegeperson einem starken Raucher mit Lungenkarzinom raten weniger zu rauchen, wenn dieser nicht ganz aufhören will; oder einem (ehemaligen) Alkoholiker abraten Alkohol zu trinken oder Alkohol zu kaufen. Allerdings darf man bei all diesen Maßnahmen nicht vergessen, dass Pflegepersonen die Klienten zu nichts zwingen dürfen und ihnen nichts verbieten können!

Die Anamnese und Pflegevisite stellen einen wichtigen Punkt in der Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Personen dar. Bei jedem neuen Klienten wird zu Beginn eine Anamnese gemacht, um festzustellen was der Betroffene kann bzw. nicht kann, was er darf bzw. nicht darf und welche Pflegehandlungen und Maßnahmen benötigt werden. Alle sechs Wochen kommt eine Pflegevisite zu den Klienten um alles zu aktualisieren und setzt bei Bedarf neue Schwerpunkte und Maßnahmen. Diese Aktualisierungen werden schließlich mit den zuständigen Pflegepersonen besprochen.

8.5 Fortschritte und gesundheitliche Verbesserungen

Alle Befragten waren der Meinung, dass sie durch gesundheitsfördernde Maßnahmen gesundheitliche Fortschritte und Verbesserungen bei ihren Klienten feststellen konnten. Ein paar wenige waren allerdings der Ansicht, dass diese Fortschritte und Verbesserungen nicht lange anhalten würden und, dass manche Klienten wieder in ihr altes Schema fallen und ihren alten Lebensstil und alte Gewohnheiten aufnehmen (z. B. einige beginnen wieder zu rauchen, ernähren sich schlecht, oder halten ihre Diäten nicht ein, etc.).

Die meisten meinten, dass sie vor allem in der Mobilität der Klienten Fortschritte und Verbesserungen erkennen können und dies ganz besonders bei Insult – Patienten. Diese können (wenn sie von der mobilen Hauskrankenpflege übernommen werden) meistens

nichts selber machen, sind hemiplegisch²¹, leiden an Sprachstörungen und fehlender Koordination und sind sehr bis ganz eingeschränkt in ihrer Mobilität. In diesen Fällen stellen die Pflegepersonen schon nach 2-3 Wochen deutliche Verbesserungen und Fortschritte fest – die Klienten werden langsam wieder mobil, beginnen wieder zu sprechen, werden selbstständig(er), können die Wohnung wieder alleine verlassen etc.

Weitere Fortschritte und Verbesserungen zeigen sich bei der Wundheilung (bewirkt durch die richtige Ernährung, Lagerung und Pflege) und bei Diabetes – Patienten (insofern, dass es kaum noch zu Zuckerentgleisungen kommt).

Gesundheitliche Fortschritte und Verbesserungen können außerdem noch bei der Gewichtskontrolle, bei Verdauungsschwierigkeiten, bei Raucherentwöhnung, bei der Wiederfindung des Lebenssinns und beim (Wieder)Aufbau sozialer Kontakte beobachtet werden.

Allerdings wurde auch bei diesem Thema wieder das zeitliche Problem angeschnitten und erwähnt, dass man viel größere Fortschritte bei den Klienten erlangen könnte und an sich viel mehr erreichen und bewirken könnte, wenn den Pflegepersonen mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden würde.

Pflegepersonen sehen es gerne und freuen sich mit ihren Klienten, wenn es diesen Schritt für Schritt besser geht, sie wieder Freude am Leben haben und sie mit ihnen gemeinsam kleine Erfolge teilen können. Allerdings ist es bei gesundheitsfördernden Maßnahmen enorm wichtig den Klienten die Zeit zu geben die sie benötigen, damit diese keinen Disstress erleiden!

²¹ hemiplegisch = halbseitig gelähmt

8.6 Erfolgsgeschichten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung in der Pflege

Eine der Befragten meinte, dass es für sie der größte Erfolg ist, wenn sie es schafft, dass Klienten die Situation, die Bedürftigkeit, die Notwendigkeit der Pflege und die Pflege annehmen und akzeptieren, eine Beziehung aufgebaut wird und die Klienten beginnen von ihrem Leben zu erzählen. Dann weiß man, dass man etwas erreicht hat und „Erfolg bei den Klienten“ hat. Viele der Befragten erzählten, dass sie in der Pflege und in Bezug auf Gesundheitsförderung bei pflegebedürftigen Personen oft oder nahezu ständig (kleine) Erfolge haben. Jedoch meinten manche der Befragten, dass sie gewisse Erfolge in der Pflege (wie z. B. Mobilisierung mancher Klienten) gar nicht als Erfolg wahrnehmen, da dies einfach zu ihrer Arbeit gehört, es für sie selbstverständlich ist, sie dies als Routine sehen und wahrscheinlich schon ein wenig „abgestumpft“ seien. Dennoch wurden mir ein paar Erfolgsgeschichten erzählt. Da es unmöglich ist all diese in diesem Kapitel wiederzugeben, habe ich eine, die meiner Meinung nach, den Erfolg auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in der Pflege am besten widerspiegelt und darstellt, ausgewählt.

„[...] wir hatten eine Dame die sich Zuhause ständig irgendwo angehaut hat und schon viele Wunden hatte (,) Beine, alles war ganz offen und wund. Und unser Erfolg war, dass wir andere Verbandtechnik gemacht haben, einen neuen Ernährungsplan gemeinsam mit der Tochter erstellt haben, dann haben wir unsere interne Ärztin hingeschickt damit sie sich das alles mal anschaut, die Heimhilfen haben sich dann darum gekümmert, dass alle Risiko-Sachen in der Wohnung auf die Seite kommen, scharfe Kanten und Spitzen wurden abgedeckt mit Schaum und so, also seitlich abgepolstert, dann haben wir geschaut, dass sie einen Rollator bekommt, damit sie nicht stürzt. Dann haben wir geschaut, dass sie einen Notruf bekommt, damit sie gleich Hilfe holen kann. Das haben wir 1 ½ Jahre lang geschafft. Die Beine waren zuerst vollkommen offen, hat sich auch immer wieder die Wunden aufgekratzt und wir haben ihr oft erklärt, weil sie sehr dement war, was wir machen und dass sie das nicht machen darf und so. (,) Und es ist immer besser geworden, die Beine waren kaum noch wund. Die Familie hat auch sehr mitgeholfen und wir konnten gut zusammen arbeiten. Dann musste ihre Tochter

verreisen und die Klientin ist in der Nacht gestürzt und da war leider niemand da. Sie ist mit einem Oberschenkelhalsbruch ins Spital gekommen und wurde operiert (,) und das mit 97 Jahren, danach ist es nur noch mehr bergabgegangen und dann ist sie leider verstorben. (Pause) Aber es haben uns sogar die Ärzte im Spital gefragt, wie wir ihre Beine so gut in Griff bekommen haben. Also das war wirklich ein großer Erfolg für uns (,) und wir waren alle daran beteiligt (,) Pflegehelfer, Heimhilfen, Diplomierte, unsere Ärztin (,) ja alle unsere Berufsgruppen.“²²

Anhand dieser Geschichte erkennt man sehr gut, wie wichtig Compliance, Beratung, Empowerment und eine gute Zusammenarbeit sowohl zwischen den Pflegepersonen und den Klienten und dessen Angehörigen, als auch zwischen den einzelnen mitwirkenden Berufsgruppen (diplomierte Pflegepersonal, Pflegehelfer, Heimhilfe, Ärzte etc.), für eine gesundheitsfördernde Arbeit in der Pflege ist.

Den Klienten muss die Zeit gegeben werden die sie benötigen und es darf kein unnötiger Druck und Stress auf sie ausgeübt werden. Pflegepersonen müssen versuchen die Klienten durch ihre kleinen gesundheitlichen Fortschritte zu motivieren und nicht zu entmutigen. Gerade in der Pflege ist es wichtig auch die kleinen Erfolge und Fortschritte zu schätzen, um (mit kleinen Schritten) das gewünschte Ziel zu erreichen. Denn nur so kann Gesundheitsförderung erfolgreich und effektiv in der Pflege umgesetzt werden.

²² Dieses Interview habe ich mit einem diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger mit Migrationshintergrund geführt; dieser Interviewausschnitt wurde wortgetreu wiedergegeben.

9. Conclusio

Die Literaturrecherche und der theoretische Teil meiner Arbeit zeigen deutlich, dass in den letzten Jahren, auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in der Pflege, einiges bewegt und erreicht wurde. Es bestehen bereits einige Pflegemodelle, Pflegetheorien und Ansätze mit einem gesundheitsfördernden Schwerpunkt, allerdings scheint die Implementierung dieser Modelle in der Praxis schwer bzw. sind sie nicht immer umsetzbar. Als Gründe dafür werden in der Literatur, aber auch von den befragten Experten vor allem Zeitmangel, fehlende (Pflege)Hilfsmittel und zu geringe finanzielle Förderungen angeführt. Es stellen jedoch nicht nur Zeit und Geld ein Problem dar, auch auf der Patientenseite gibt es Probleme: Mangel an Compliance, Selbstmotivation und Ressourcen der Klienten erschweren oftmals die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Nun ist es natürlich möglich, dass die Klienten vermehrt Compliance und Selbstmotivation aufweisen würden, wenn die Pflegepersonen mehr Zeit für sie hätten. Trotz dieser Einschränkungen kann festgehalten werden, dass viele (gesundheitsfördernde) Aspekte der Pflegemodelle in der Praxis von den Pflegepersonen umgesetzt werden – wenn auch gar nicht bewusst sondern eher als selbstverständlicher Teil Ihrer Alltagspraxis.

In der Hauskrankenpflege scheint der Zeitmangel doch ein zentrales Problem für eine gesundheitsfördernde Pflege zu sein. Literatur und Experten weisen darauf hin, dass der permanente Zeitmangel bei den Pflegeeinsätzen insgesamt die Qualität der Pflege beeinträchtigt. Pflegepersonen sind meist nicht mehr in der Lage patientenorientiert zu arbeiten und können sich nur auf das Nötigste konzentrieren. Aufgrund des Zeitmangels ist es dem Pflegepersonal oft nicht möglich mehr auf den Patienten einzugehen, mit ihm ausreichend zu kommunizieren, zusätzliche Informationen zu geben, Compliance und Empowerment im Klienten zu wecken, seine Ressourcen zu fördern. Das gilt schon für die Basisversorgung und es scheint unter diesen Bedingungen kaum möglich, systematisch gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen. Als Grund für die Zunahme des Problems Zeitmangel in der Pflege wird Personalmangel genannt, vor allem im Zusammenhang mit dem Anstieg pflegebedürftiger Personen und einer Verringerung der geförderten Stunden bei den Klienten.

Zusätzlich erschwert das Fehlen von Pflegehilfsmitteln (z. B. Haltegurt, Pflegebett, Hygienehilfsmittel, etc.) sowohl für die Pflegeperson, als auch für die pflegebedürftige Person die Pflegesituation. Pflegeorganisationen berichten, dass sie auf Spenden angewiesen sind, da viele Hilfsmittel nicht gefördert werden und sich einige Klienten/Angehörige diese nicht leisten können bzw. die Angehörigen nicht gewillt sind diese zu kaufen.

Dennoch glaube ich, im Rahmen meiner Arbeit schlüssig argumentiert zu haben, dass Gesundheitsförderung ein wesentliches Thema in der Pflege darstellt und in den nächsten Jahren gewiss noch viel mehr an Bedeutung gewinnen wird. Angesichts der demografischen Entwicklung und des Anstiegs der Lebenserwartung wird es zu einer Zunahme der pflegebedürftigen Menschen kommen. Daher wird auch mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und dem Anstieg chronischer Krankheiten eine Veränderung des Pflegebedarfs einhergehen. Zusätzlich wird es noch zu einem Rückgang der Kapazitäten der pflegenden Angehörigen und zu einer Zunahme der „Einpersonen – Haushalte“ kommen. Mit all diesen Veränderungen und neuen Herausforderungen muss sich das Pflegesystem in näherer Zukunft auseinandersetzen und vermehrt gesundheitsfördernd arbeiten.

Jedenfalls wäre es wichtig, systematisch die Einstellung der Pflegepersonen zu verändern – sie sollten sich bewusst sein, dass im Zentrum der Pflege nicht nur die Bewältigung von Leid und Krankheit steht, sondern dass auch die Erhaltung und nach Möglichkeit auch Steigerung von gesundheitlichen Ressourcen – und das heißt: Gesundheitsförderung - von großer Bedeutung sind. Pflegepersonen sollten sich stets vor Augen halten, dass der Patient nicht primär oder gar ausschließlich als „krank“ gesehen werden darf. Bei jedem Individuum ist sowohl Gesundheit als Krankheit vorhanden – das eine schließt das andere nicht aus. Nach dem Modell von Antonovsky bilden Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum, in welchem sie die beiden Endpole darstellen. In diesem Gesundheits – Krankheits – Kontinuum befindet sich jeder Mensch und kann je nach Gesundheitszustand näher beim Endpol „Gesundheit“ bzw. „Krankheit“ eingeordnet werden. Niemand ist vollkommen gesund bzw. krank. Somit

sollte jeder Pflegeperson die Tatsache bewusst sein, dass in jedem einzelnen Patienten „Gesundheit“ bzw. gesundheitliche Ressourcen vorhanden sind, die gefördert werden können.

Dass sich die Pflege zunehmend nicht nur auf Krankheit, sondern auch auf Gesundheit konzentrieren sollte, zeigen auch deutlich die vier, im Ethikkodex für Pflegende des ICN (International Council of Nurses), formulierten Hauptaufgaben der Pfleger: Gesundheit fördern, Krankheit verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden lindern (vgl. International Council of Nurses (ICN), 2011, S. 1).

Gesundheitsförderung in der Pflege darf in diesem Sinn nicht mehr als „Luxus“ oder gar Zeitverschwendung betrachtet werden. Die Pflege sollte sich von der Identifikation „Pflege = Krankheitsversorgung“ entfernen und sich mehr der Gesundheitsförderung der Patienten und der Förderung von Ressourcen widmen. In diesem Sinne sollte auch die Zusammenarbeit der einzelnen Berufsgruppen (Pfleger, Ärzte, Therapeuten etc.) verbessert werden, um eine effektivere und gesundheitsförderndere Pflege gewährleisten zu können (als kleine praktische Beispiele: Schnellere Verordnungen von Medikamenten, Behandlungsmaßnahmen; raschere und frühere Verordnung von Anti-Dekubitus-Matratzen etc.).

In den Interviews wurde auch gefordert, dass Gesundheitsförderung auch in anderen Kontexten forciert werden sollte. Gesundheitsförderung sollte bereits bei Kindern in der Schulzeit ein Thema sein und umgesetzt werden, da Menschen nicht früh genug damit konfrontiert werden können. Denn, wenn die Bevölkerung von klein auf ein besseres Gesundheitsverständnis und Gesundheitsbewusstsein hat und sich mit Gesundheitsförderung auseinandersetzt, wird sie im höheren Alter besser und schneller gesundheitsfördernde Pflegemaßnahmen annehmen können, mehr Compliance und Selbstmotivation aufweisen und eine bessere und positivere Einstellung gegenüber Gesundheit und Gesundheitsförderung haben.

Es wäre zu erwarten, dass ein besseres Gesundheitsverständnis der Bevölkerung, aufgrund einer Konfrontation mit dem Thema „Gesundheitsförderung“ schon im Kindesalter und der frühe Einsatz gesundheitsfördernder Maßnahmen - in der Zukunft einen positiven Effekt auch auf die Pflegebedürftigkeit der Menschheit haben würde. Die Menschen würden viel später gesundheitliche Probleme aufweisen und die Rate der Pflegebedürftigen würde, trotz Anstieg der Lebenserwartung, zurück gehen.

Somit sollte ein verbessertes Gesundheitsverständnis nicht nur einen positiven Effekt auf die Inzidenzrate und die Rate der Pflegebedürftigen haben, sondern auch auf die Arbeit der Pflegepersonen haben. Denn dadurch könnte in der Pflege effektiver gearbeitet werden und könnten somit auch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in der Pflege viel größere Erfolge erzielt werden!

*„Wer nicht jeden Tag etwas für seine Gesundheit
aufbringt, muss eines Tages sehr viel Zeit für die
Krankheit opfern.“*

(Sebastian Kneipp)

10. Literaturverzeichnis und Quellenangaben

- Amberger, S., & Roll, S. (2010). *Psychiatriepflege und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Brandes, & Hapke. (1. November 2010). *Deutsches Rotes Kreuz - Seniorenzentrum Edemissen*. Abgerufen am 24. März 2012 von Qualitätsmanagement - Handbuch: http://drkpe3.drkcms.de/fileadmin/user_upload/Ueber_uns/5.2.1_Pflegekonzept-Pflegemodell.pdf
- Brieskorn - Zinke, M. (2007). *Public Health Nursing*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brieskorn-Zinke, M. (2006). *Gesundheitsförderung in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundessozialamt. (2012). Abgerufen am 16. Juni 2012 von Bundessozialamt: <http://www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld>
- Cavanagh, S. J. (1997). *Pflege nach Orem*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Conzen, C., Freund, J., & Overlander, G. (2009). *Pflegemanagement heute: Ökonomie, Personal, Qualität: verantworten und organisieren*. München: Urban & Fischer.
- DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen. (2012). Abgerufen am 16. Juni 2012 von DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen: <http://www.dachverband.at/beruf/heimhelferin.html?CSS=79381&schrift=2%2F\\%22>
- DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen. (2012). Abgerufen am 16. Juni 2012 von DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen: <http://www.dachverband.at/beruf/dgkp.html?CSS=91962&schrift=1>
- DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen. (2012). Abgerufen am 16. Juni 2012 von DACHVERBAND Wiener Sozialeinrichtungen: <http://www.dachverband.at/beruf/pflegehelferin.html>
- Dapp, U. (2007). *Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen: Eine medizinisch-geographische Untersuchung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dautzenberg, D. (2011). *Vorbereitung und Durchführung eines Einsatzes von Auszubildenden in der Gesundheits- und Krankenpflege auf einer Station im Krankenhausbereich in Anlehnung an das konzeptuelle Modell von Monika Krohwinkel*. Norderstedt: Grin Verlag.
- Dennis, C. M. (2001). *Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie*. Bern u.a: Huber.
- Deutscher Pflegeverband. (kein Datum). Abgerufen am 12. Mai 2012 von Deutscher Pflegeverband: <http://www.dpv-online.de/pdf/agergeb/Orem.pdf>
- Dietscher, C. (2008). *Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen - Konzept und Praxis in Österreich*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.

Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. Zürich: vdf, Hochschulverlag an der ETH .

Engel, R. (2006). *Gesundheitsberatung in der Pflege: Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum* . Wien: facultas.

Ertl, R., & Kratzer, U. (2007). *Hauskrankenpflege*. Wien: Facultas.

Ertl, R., & Kratzer, U. (2006). *Heimhilfe. Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Wien: Facultas .

Ewles, L., & Simnett, I. (2007). *Gesundheit fördern - Ein praktischer Leitfaden*. Wien: Facultas.

Flechtner, H. -J. (1967). *Grundbegriffe der Kybernetik*. Stuttgart: Hirzel .

Fonds Gesundes Österreich. (19. 08 2005). Abgerufen am 10. 05 2011 von Fonds Gesundes Österreich: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese>

Fonds Gesundes Österreich. (19. 08 2005). Abgerufen am 01. 08 2011 von Fonds Gesundes Österreich: http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/gesundheitskrankheits-kontinuum/view?set_language=en

Fonds Soziales Wien. (2011). Abgerufen am 30. Mai 2012 von Fonds Soziales Wien: <http://www.fsw.at/>

Fonds Soziales Wien. (2011). Abgerufen am 16. Juni 2012 von Fonds Soziales Wien: <http://pflege.fsw.at/finanzielles/pflegegeld.html>

Franken, U. (2010). *Emotionale Kompetenz - Eine Basis für Gesundheit und Gesundheitsförderung: Ein gesundheitswissenschaftlicher Beitrag zur Grundversorgung von Menschen mit psychogenen Störungen und Erkrankungen* . Norderstedt: Books on Demand GmbH.

Friedemann, M.-L., & Köhlen, C. (2010). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. Bern: Huber.

Frohner, U. (2010). Zentrale Bedeutung der Pflegekräfte. (M. Tribune, Interviewer)

Hasseler, M., & Meyer, M. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung - Neue Aufgaben für die Pflege*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft .

Heidecker, B. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege - Das Bewusstsein der Pflegenden für deren Notwendigkeit und die erforderlichen Kompetenzen zur Umsetzung*. Abgerufen am Dezember 2010 von Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe: <http://www.dbfk.de/download/download/ArtikelHeideckerPraeventionPflege2007-05-07.pdf>

Homfeldt, H. G., & Steigleder, S. (2003). *Gesundheitsvorstellungen und Lebenswelt* . Weinheim und München: Juventa.

Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim und München: Juventa.

- Hurrelmann, K. (2010). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K., & Laaser, U. (1998). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim.
- Immenschuh, U., Scheele-Schäfer, J., & Spahn, C. (2005). *Ambulante Pflege, Die Pflege gesunder und kranker Menschen, Band 2: Wissenschaftlich fundiertes Pflegehandeln bei ausgewählten Krankheitsbildern*. Hannover: Schlütersche.
- Informational web page for Framework of Systemic Organization Treatment Model - <http://www2.fiu.edu/~friedemm>. (kein Datum). Abgerufen am 12. Mai 2012 von Informational web page for Framework of Systemic Organization Treatment Model: <http://www2.fiu.edu/~friedemm/>
- International Council of Nurses (ICN). (2011). Abgerufen am 1. Juli 2012 von International Council of Nurses (ICN: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_german.pdf
- Kamphausen, U. (2010). *Prophylaxen in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kloster Ingenbohl. (kein Datum). Abgerufen am 12. Juni 2012 von Kloster Ingenbohl: <http://www.kloster-ingenbohl.ch/orte/liliane.htm>
- Kuebler, A. (2009). *Die Pflegetheorie von Dorethea Orem: Ein Gewinn für jeden Patienten?* Norderstedt: Grin.
- Lorenz, R. (2005). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Reinhardt.
- Ludwig Boltzmann Institut. (2012). *Eltern-Kind-Vorsorge Teil VI: Aufsuchende Hilfen im Rahmen von Schwangeren-/Eltern-Kind-Programmen: Endbericht*. Wien: http://eprints.hta.lbg.ac.at/947/1/HTA-Projektbericht_Nr53.pdf.
- Mayer, H. (2002). *Einführung in die Pflegeforschung*. Wien: Facultas.
- Meyer, B. (2011). *Demenz - Pflegetheorien: Eine pflegewissenschaftliche Betrachtung der Konzepte von Feil und Böhm*. Grin.
- Müller, H. (2008). *Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*. Hannover: Schlütersche.
- Orem, D. (1997). *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin u.a: Ullstein Mosby.
- Österreichische Sozialversicherung. (6. Juli 2011). Abgerufen am 16. Juni 2012 von Österreichische Sozialversicherung: http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=749&p_tabid=4
- Petermann, F. (1997). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen: Hogrefe.
- Pflegeportal. (2007). Abgerufen am 12. Mai 2012 von Pflegeportal: http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/Persoenlichkeiten_in_der_Pflege.php?kc=0,34,0,0,0

Reinshagen, R. (2008). *Pflege & Gesellschaft*. Abgerufen am 10. 05 2011 von Pflege & Gesellschaft: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0802-Reinshagen.pdf>

Renteln-Kruse, W. v. (2007). *Medizin des Alterns und des alten Menschen* . Steinkopff.

Rieder, J. (2006). Pflegeprävention - eine neue Aufgabe für Pflegeberufe! *Österreichische Pflegezeitschrift* .

Rotes Kreuz Wien. (2011). Abgerufen am 2. Juni 2012 von Rotes Kreuz Wien: <http://www.rotekreuz.at/wien/forschungsinstitut-des-roten-kreuzes/projekte/laufende-forschungsprojekte/family-health-nursing/>

Schäffler, A., Menche, N., Bazlen, U., & Kommerell, T. (1997). *Pflege heute - Lehrbuch und Atlas* . Stuttgart: Gustav Fischer.

Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2009). *Thiemes Pflege - Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* . Stuttgart: Thieme.

Schnabel, P.-E. (2006). *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren: Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns* . Weinheim und München: Juventa.

Schwartz, F. W. (2003). *Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern*. München u.a: Urban & Fischer.

Siegrist, J. (2005). *Medizinische Soziologie*. München: Urban & Fischer.

Sombold, M. (2009). *Intervention in dem System Familie. Schnittmengenbestimmungen aus den Leistungsbereichen Pflege und Sozialpädagogik*. Hamburg: Diplomica .

Sommerbauer, S. (2003). Schlüsselbegriffe und deren Bedeutung: Das Pflegemodell nach Dorothea Orem. *Österreichische Pflegezeitschrift* , S. 36-39.

Spicker, I., & Sprengseis, G. (2008). *Gesundheitsförderung stärken. Kritischer Aspekte und Lösungsansätze*. Wien: Facultas.

Springer Medizin: "family health nursing" in Österreich. (13. Jänner 2012). Abgerufen am 2. Juni 2012 von Springer Medizin: "family health nursing" in Österreich: <http://www.springermedizin.at/artikel/25683-family-health-nursing-in-oesterreich>

Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.

STATISTIK AUSTRIA. (02. März 2012). Abgerufen am 03. Juli 2012 von STATISTIK AUSTRIA: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/demographie/043903.html

Steinbach, H. (2007). *Gesundheitsförderung - Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Wien: Facultas.

Stemmer, R. (2009). *Qualität in der Pflege - trotz knapper Ressourcen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Stöckel, S., & Walter, U. (2002). *Prävention im 20. Jahrhundert: Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim und München: Juventa.

Vossebrecher, D. (15. Mai 2007). *Universität Würzburg*. Abgerufen am 17. Juni 2012 von Universität Würzburg: http://www.uni-wuerzburg.de/uploads/media/Empowerment_Wuerzburg_PDF_01.pdf

Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa - GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. (2012). Abgerufen am 31. Mai 2012 von Weltgesundheitsorganisation - Regionalbüro für Europa - GESUNDHEIT21: das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (2012). Abgerufen am 31. Mai 2012 von Weltgesundheitsorganisation: <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>

Wiener Gebietskrankenkasse. (2011). Abgerufen am 14. Februar 2012 von Wiener Gebietskrankenkasse: http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_menuid=59947&action=2

Wiener Gebietskrankenkasse. (2011). Abgerufen am 15. Juni 2012 von Wiener Gebietskrankenkasse: https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=56560&p_tabid=4

Wiener Gebietskrankenkasse. (2011). Abgerufen am 14. Mai 2012 von Wiener Gebietskrankenkasse: http://www.wgkk.at/portal27/portal/wgkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=6&p_menuid=59947&%20action%20=2

Wiener Krankenanstaltenverbund. (2012). Abgerufen am 16. Juni 2012 von Wiener Krankenanstaltenverbund: <http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/bildung.asp>

Wild, M. (Oktober 2007). Pflege (in) der Familie - Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. *Österreichische Pflegezeitschrift*, S. 18-23.

Wild, M. (November 2009). *Public Health als Handlungsfeld für die Pflege*. Abgerufen am Dezember 2010 von NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft: <http://www.patientenanwalt.com>

World Health Organization. (2012). Abgerufen am 31. Mai 2012 von World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

World Health Organization. (2012). Abgerufen am 12. Mai 2012 von World Health Organization: <http://www.who.int/about/regions/en/index.html>

11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts (Quelle: Friedemann & Köhlen, 2010)</i>	<i>66</i>
<i>Abbildung 2: Phasen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens (Quelle: Ewles/Simnett 1999, S. 264 in: Steinbach, 2007, S. 151)</i>	<i>100</i>
<i>Abbildung 3: Der Gesundheitsprozess (Quelle: Ewles/Simnett 1999, S. 78 in: Steinbach, 2007, S. 170)</i>	<i>108</i>
<i>Tabelle 1: Unterschiede zwischen Pflegeprozess und Gesundheitsprozess (vgl. Steinbach, 2007, S. 169)</i>	<i>107</i>

12. Abkürzungsverzeichnis

d.h.	das heißt
etc.	et cetera
f.	die angegebene und die folgende Seite
ff.	die angegebene und die beiden folgenden Seiten
FSW	Fonds Soziales Wien
u. Ä.	und Ähnliche[s]
u.v.a.	und viele[s] andere
u.v.m.	und vieles mehr
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

13. Anhang

Interviewleitfaden

Zuerst möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich Zeit genommen haben und sich für das Interview bereitstellen um einige Fragen zu beantworten. Das Interview ist natürlich anonym, wird aufgenommen und wird nur für meine DA verwendet. In diesem Interview geht es um „*Gesundheitsförderung in der mobilen Hauskrankenpflege in Wien*“. Zu Beginn möchte ich Ihnen einige demographische Fragen stellen.

- Welchen Beruf üben Sie aus?
- Welche Ausbildung haben Sie?
- Wie lange sind Sie schon als DGKP/DGKS bzw. im Pflegemanagement tätig?
- Darf ich Sie nach Ihrem Alter fragen?

Forschungsfragen:

Welche Aspekte von Gesundheitsförderung – soziale, psychologische oder körperliche Gesundheitsförderung - werden in der mobilen Hauskrankenpflege integriert?

Würden Sie sagen, dass Gesundheitsförderung in der mobilen Hauskrankenpflege explizit (gezielt) oder implizit (mit einbezogen) stattfindet?

Werden bei der Gesundheitsförderung in der Pflege gesundheitsfördernde Pflegemodelle eingesetzt, wie z. B. das Pflegemodell nach Orem oder Ruper?

Welche gesundheitsfördernden Handlungen setzen Sie bei Patienten?

Haben Sie dabei gesundheitliche Fortschritte bei den Klienten feststellen können?

Welche Maßnahmen würden Sie generell als gesundheitsfördernde Maßnahmen einstufen?

Was halten die Patienten bzw. die Angehörigen, Ihrer Meinung nach, von gesundheitsfördernden Maßnahmen bzw. sind sie überhaupt daran interessiert?

Ist Ihrer Meinung nach Gesundheitsförderung ein Thema in der Pflege?

Wie stark ist Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung eingebaut?

Halten Sie es für wichtig, dass Gesundheitsförderung in der Pflege (weiter) ausgebaut wird?

Meinen Sie, es wäre wichtig, dass Pflegepersonen eine Weiterbildung/Fortbildung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung angeboten wird?

Inwieweit darf bzw. kann eine Pflegeperson gesundheitsfördernde Maßnahmen ausüben (aufgrund von gesetzlichen Regelungen, Anordnungen seitens des Dienstgebers; ausreichend Zeit während des Pflegeeinsatzes etc.)

Zum Abschluss würde ich noch gerne wissen, ob Sie eine Erfolgsgeschichte aus Ihrem Berufsleben, im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung in der Pflege, haben und diese erzählen möchten?

VIELEN DANK!

Zusammenfassung

Obwohl Gesundheitsförderung ein aktuelles und viel diskutiertes Thema unserer Gesellschaft ist und auch in der Pflege an Wichtigkeit gewonnen hat, wird Gesundheitsförderung noch immer nicht (von allen Seiten) als wesentlicher Bestandteil der Pflege gesehen. Viele sind der Meinung es sei bloß ein Bestandteil der Theorie und nicht der Praxis.

In dieser Arbeit werden das Thema Gesundheitsförderung, die Entwicklung dieser in der Pflege, Pflegemodelle mit gesundheitsförderndem Schwerpunkt, der Einfluss und die Wichtigkeit der Weltgesundheitsorganisation, die (mobile) Hauskrankenpflege und andere extramurale Dienste, sowie die Sicht und Einstellung der Pflegepersonen gegenüber der „Gesundheitsförderung in der mobilen Hauskrankenpflege“ beschrieben.

Die folgende Arbeit soll die Präsenz und Wichtigkeit der Gesundheitsförderung in der Hauskrankenpflege darlegen und veranschaulichen, dass Gesundheitsförderung (teilweise nicht bewusst) bereits ein Teil der Pflege und des Pflegeprozesses ist und immer sein wird.

Abstract

Even though health promotion is a topic of current interest and frequently discussed in present-day society and inspire of its having gained importance in nursing, it still is not widely acknowledged as an essential aspect in nursing. Many people concerned understand it as an element of theory rather than an element of practice.

This thesis discusses health promotion, its development in nursing, certain models of care focusing on health enhancing aspects, the influence and importance of the 'World Health Organization', 'mobile house nursing' and other 'extramural' services. It also deals with the nurses' points of view and their attitudes towards health promotion in mobile house nursing.

The paper further intends to give information on the presence and importance of health promotion in mobile house nursing and concludes that health promotion has already become an element of nursing and care partly unnoticed by the public, yet essential for the future.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Alexandra Julia Sophie Lechner

geboren am 23. 09. 1986 in Wien

Ausbildung

- ab Mai 2012 Ausbildung zur Dipl. Kindergesundheitstrainerin an der Body & Health Academy Wien
- Wintersemester 2011/12 Auslandssemester in Zagreb (Kroatien)
- Sommersemester und Wintersemester 2010, sowie Sommersemester 2011 Kroatisch Sprachkurs für Teilnehmer mit Slawischer Muttersprache (B2 – Level)
- Frühjahr 2009 viermonatiger Italienisch - Aufbausprachkurs
- Sommer 2007 einmonatiger Aufenthalt in New York (Englisch - Aufbausprachkurs an der Marymount University)
- ab Wintersemester 2006 Studium der Pflegewissenschaft
- Sommer 2006 einmonatiger Kroatisch - Aufbausprachkurs
- 2005 – 2006 Studium der Internationalen Betriebswirtschaftslehre

- 2005 Matura am Wasagymnasium (BG – 9 Wien)
- Sommer 2003 dreiwöchiger Englisch - Aufbausprachkurs in Malta
- 2001 – 2005 Wasagymnasium (BG - 9 Wien)
- 1997 - 2001 Piaristengymnasium (BG - 8 Wien)
- 1993 – 1997 Piaristenvolksschule

Tätigkeiten:

- Mai 2010 und November 2010 sowie Mai 2011 Mitarbeit bei der „Zufriedenheitsstudie“ in den Tageszentren des Wiener Hilfswerkes
- Von Mai 2009 bis September 2009 Mitarbeit bei der Evaluierung des mobilen Palliativ-Teams des Wiener Hilfswerkes

- Seit Februar 2009 beim Wiener Hilfswerk tätig
- Sommer 2008 einmonatiges Praktikum beim Wiener Hilfswerk
- Kinderbetreuung/Babysitten
- Sekretariatsarbeiten im Übersetzungsbüro Dr. Lechner
- Diverse Studentenjobs bei Kreitner & Partner Werbegesellschaft
- Seit 2004 Gästebetreuung bei Vernissagen (Galerie Lindner)

Sprachkenntnisse:

Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Englisch, Italienisch, Französisch

Computerkenntnisse:

MS - Office, MS - Windows, Internet, Grundkenntnisse in SPSS

Interessen und Hobbies:

Gesundheitswesen, Sprachen, Sport, Tanz, Fotografie, Musik, Reisen