



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die gesundheitsfördernde Schule für Gesundheits- und
Krankenpflege als Ort zur Bildung von
Gesundheitspflegekompetenz

Verfasserin

Maria Lukas

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, im Februar 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Mag. Dr. Berta Schrems

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst,
keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt
und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieselbe Arbeit weder im In- noch im Ausland
als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, im Februar 2010

Maria Lukas

Während meines Studiums und während ich diese Diplomarbeit verfasst habe, wurde ich durch meine Familie und meine Freundinnen und Freunde auf vielfältige Weise unterstützt.

DANKE

Für die Unterstützung beim Erstellen der Arbeit gilt mein besonderer Dank

Frau Mag. Dr. Berta Schrems für die fundierte, unkomplizierte Betreuung und das konstruktive und anregende Feedback.

Frau Mag. Herlinde Steinbach, MSc und Herrn Wolfgang Steinbach für das Korrekturlesen der Arbeit.

Frau Karina Stagl B.A. für ihre Unterstützung bei der Formatierung und der grafischen Gestaltung der Arbeit.

Frau Mag. Eva Linton-Kubelka für die Hilfe bei der Übersetzung der englischsprachigen Texte.

Frau Mag. Ruth Ankerl für den Ort zum ungestörten Arbeiten und die „Realitätsorientierung“.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel I: Hinführung zum Thema	1
1 Einleitung und Hinführung.....	1
2 Ziel und Fragestellung der Arbeit.....	4
3 Beschreibung der Methode.....	4
4 Aufbau der Arbeit	8
Kapitel II: Theoretische Grundlagen	10
5 Gesundheit und Krankheit als Konzept.....	10
5.1 Pathogenetisch orientierte Modelle	10
5.2 Das Modell der Salutogenese	12
6 Chronische Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit als Herausforderung für die Pflege	16
6.1 Gesundheit im Kontext von chronischer Krankheit	17
6.2 Gesundheit im Kontext von Alter und Gebrechlichkeit	21
Kapitel III: Konstruktion des Begriffes „Gesundheitspflege“	26
7 Gesundheitskompetenz	26
7.1 Definition und Ziel von Gesundheitskompetenz.....	27
7.2 Ausprägung von Gesundheitskompetenz	27
7.3 Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die professionelle Pflege.....	29
8 Selbstpflege	31
8.1 Theorie der Selbstpflege	32
8.2 Definition und Ziel von Selbstpflege.....	34
8.3 Angewandte Methoden zur Unterstützung der Selbstpflege.....	34
8.4 Bedeutung des Konzepts Selbstpflege für die professionelle Pflege:	35
9 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention.....	36
9.1 Prävention	37
9.2 Gesundheitsförderung.....	39
9.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention..	
.....	41

9.4	Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die professionelle Pflege	42
10	Empowerment	45
10.1	Definition und Ziel von Empowerment.....	45
10.2	Differenzierung des Empowermentbegriffes	46
10.3	Ebenen und Methoden von Empowerment	47
10.4	Bedeutung von Empowerment für die professionelle Pflege.....	49
11	Selbstmanagement.....	52
11.1	Definition und Ziel von Selbstmanagement.....	52
11.2	Konkretisierung des Selbstmanagementkonzeptes in Bezug auf die Bewältigung chronischer Krankheit	52
11.3	Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit.....	55
11.4	Methoden und Maßnahmen der Selbstmanagementförderung:.....	56
11.5	Bedeutung von Selbstmanagement für die professionelle Pflege	57
12	Salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung	60
12.1	Schritte salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung	61
12.2	Definition und Ziel salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung.....	63
12.3	Methoden der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung.....	63
12.4	Bedeutung salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung für die professionelle Pflege	64
13	Entwicklung des Konzeptes Gesundheitspflege.....	68
13.1	Merkmale von Gesundheitspflege auf der Makroebene.....	68
13.2	Merkmale von Gesundheitspflege auf der Mesoebene	68
13.3	Merkmale von Gesundheitspflege auf der Mikroebene	69
13.4	Definition von Gesundheitspflege auf der Mikroebene.....	71
13.5	Ziel und Zielgruppe von Gesundheitspflege	72
13.6	Gesundheitspflege: Maßnahmen, Methoden und Kompetenzen	72
Kapitel IV: Die gesundheitsfördernde Schule als Ort zur Bildung von Gesundheitspflegekompetenz		79
14	Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule	79

14.1	Ziel der gesundheitsfördernden Schule.....	80
14.2	Die gesundheitsfördernde Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital.....	80
14.3	Gestaltungselemente der gesundheitsfördernden Schule	82
14.4	Bedeutung des Konzeptes der gesundheitsfördernden Schule für die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz	86
15	Schlussfolgerungen.....	90
	Literaturverzeichnis	93
	Abkürzungsverzeichnis	106
	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	107
	Zusammenfassung.....	108
	Abstract.....	109
	Lebenslauf.....	110

Kapitel I: Hinführung zum Thema

1 Einleitung und Hinführung

Seit 1977 bin ich als diplomierte Pflegeperson in verschiedenen Bereichen der Kinderkrankenpflege, der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege und der Ausbildung von Pflegepersonen tätig. Immer wieder bin ich dabei kranken Menschen und ihren Angehörigen begegnet, die ihr Leben unter den Bedingungen von Krankheit und bleibenden gesundheitsbezogenen Einschränkungen bewältigt haben. Oft haben mich dabei die Kraft und die Entschlossenheit, mit der sie sich diesen Aufgaben stellten, beeindruckt, aber noch mehr die unterschiedlichen Wege, die sie dabei beschritten haben und die Kreativität, mit der sie anstehende Probleme gelöst haben. Diese Erfahrungen haben mir gezeigt, dass in den betroffenen Menschen trotz Krankheit und gesundheitsbedingter Einschränkungen Kräfte aktiv sind, die ein „gutes Leben“ ermöglichen. Manchmal konnte ich einen Beitrag dazu leisten, diese Kräfte verfügbar zu machen und damit ein Stück Gesundheit ermöglichen. Rückblickend betrachtet waren das meine ersten Erfahrungen mit Gesundheitspflege. Seit 1997 ist der Begriff „Gesundheitsschwester¹“ Teil der Berufsbezeichnung für professionell Pflegende in Österreich. Seither stellt sich mir die Frage, welche Bedeutung dem Wort Gesundheitspflege in seiner Begrifflichkeit zugeschrieben wird und welche Kompetenzen und Einstellungen professionell Pflegende dazu benötigen. Überraschend war für mich die Entdeckung, dass der Begriff Gesundheitspflege nicht neu ist. In der deutschsprachigen Literatur wird er bis in die 30er Jahre des 20. Jahrhunderts im Zusammenhang mit öffentlicher Gesundheitspflege verwendet. Sie wurde im Rahmen der öffentlichen Gesundheitsförderung hauptsächlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der arbeitenden Bevölkerung geleistet (vgl. Martiny 1999, 2). In Deutschland und Österreich gab es Fürsorgeschwestern, deren Aufgabenfeld zwischen Krankenpflege und Sozialarbeit angesiedelt war. Sie wurden zum Beispiel in der Arbeit gegen Tuberkulose eingesetzt. Ihre wichtigsten Aufgaben waren Prävention und Beratung (vgl. International Conference on Nursing History 2006). In Österreich wurde zwischen 1914 und 1934 die Hauskrankenpflege forciert und eine Ausbildung für „Fürsorgeschwestern“ geschaffen (vgl. Biwald 2007, 19). In der rassistischen Ideologie des Nationalsozialismus wurde der Begriff Gesundheitspflege im Zusammenhang mit der Schaffung eines "gesunden Volkes" und der Vernichtung vermeintlich "unwerten" Lebens verwendet. Der so belastete Begriff der Gesundheitspflege wurde damit im deutschsprachigen Raum über Jahrzehnte nicht mehr verwendet (vgl. Martiny 1999, 2).

¹ Die in dieser Arbeit verwendeten personenbezogenen Ausdrücke wie z. B. „Patient“ oder „Gesundheits- und Krankenschwester“ umfassen Männer und Frauen gleichermaßen.

Die Ottawa Charta der WHO und das WHO Programm „Gesundheit für alle bis ins Jahr 2000“ betonen die Rolle der professionellen Pflege in der Gesundheitsförderung und eröffnen dadurch einen neuen Zugang zum Feld der Gesundheitspflege (vgl. WHO 1986b, 10f).

Zwei wichtige Dokumente in Bezug auf die Gesundheitspflege in Österreich sind die Ottawa Charta, (WHO 1986a) und das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 (Schwamberger, 2008). Die Ottawa Charta bezieht sich darauf, dass Gesundheit von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird und dadurch entsteht, dass Menschen für sich selbst und für andere sorgen. Ein wesentlicher Aspekt ist, dass Menschen in der Lage sind oder in die Lage versetzt werden, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben. Die Gesellschaft hat die Aufgabe, Bedingungen herzustellen, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen (vgl. WHO, 1986a). Als eine Bedingung, die Gesundheit ermöglicht, wird in der Ottawa Charta unter anderem die Neuorientierung der Gesundheitsdienste definiert. Das schließt sowohl die Haltung und Ausbildung der Mitarbeiter der Gesundheitsdienste, als auch die Organisation des Gesundheitswesens und der Gesundheitseinrichtungen ein. Ziel ist es, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das stärker auf die Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist und sich an den Bedürfnissen der Menschen als ganzheitliche Personen orientiert. Seit 1997 ist die Berufsbezeichnung für professionell Pflegende in Österreich um den Begriff Gesundheitspflege erweitert. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschreibt im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich (GuKG 1997, §14) die Information über Krankheitsvorbeugung und gesundheitsfördernde Maßnahmen als Aufgabe professionell Pflegenden. Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich (GuKG 1997, §16) beschreibt die Gesundheitsberatung als Handlungsfeld der professionellen Pflege (vgl. Schwamberger, 2008). Das bedeutet, dass Gesundheitspflege als originärer Bestandteil von Pflege und als Aufgabengebiet des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu sehen ist. Damit scheint ein wichtiges Fundament für die Pflege als Gesundheitsberuf gelegt zu sein.

Die vorangegangenen Ausführungen machen deutlich, dass ein eindeutiger Anspruch an die Pflege in Richtung Gesundheitspflege gegeben ist. Was ist Gesundheitspflege und welche Aufgabengebiete hat sie im Zusammenhang mit den sich wandelnden gesellschaftlichen Verhältnissen? Welche Anforderungen stellen die demografischen Veränderungen, die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten und der Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem? Auf dem Hintergrund dieser Fragen gestaltet sich die (Neu)Orientierung der professionellen Pflege in Richtung Gesundheitspflege.

Die demografische Entwicklung führt zu einem Ansteigen altersbedingter Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit (vgl. Kuhlmeier 2008, 92). Die Pflege alter Menschen stellt die Unterstützung bei der Bewältigung vielfältiger Verluste und die Erhaltung der Lebensqualität

in den Vordergrund. Das gehäufte Auftreten von chronischen Erkrankungen, die damit verbundenen Auswirkungen auf die Selbstpflegetherfordernisse und das Alltagsleben der Menschen, stellen andere Ansprüche an die professionelle Kompetenz der Pflegenden. Chronisch kranke Menschen brauchen Unterstützung beim Management der Krankheit im Alltag und Hilfe im Umgang mit Krankheitsfolgen, wie Schmerz oder Müdigkeit (vgl. Holman, Lorig 2004, 242). Das ermöglicht ihnen ein größtmögliches Maß an Autonomie und Wohlbefinden. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auch der Anspruch formuliert, die Gesundheitskompetenz der Patienten durch partizipative und empowermentorientierte Ansätze zu stärken (vgl. Sambale 2005, 104f). Damit sollen Betroffene in die Lage versetzt werden, auch bei chronischer Krankheit ihre Ressourcen zu nutzen und Gesundheit zu erleben. Diese Anforderungen zeichnen ein Bild der Gesundheitspflege, welches weit über Tätigkeiten der Patientenschulung und der Durchführung von Prophylaxen hinausgeht. Die Ziele der Pflege sind abhängig vom Gesundheitsbegriff welcher der Pflege zugrunde liegt. Pflegerische Unterstützung vollzieht sich in einem Gesundheitssystem, welches weitgehend durch eine pathogenetisch orientierte Sichtweise von Gesundheit und Krankheit geprägt ist. Die Integration des salutogenetisch orientierten Gesundheitsbegriffes gewinnt in der Gesundheitsversorgung zunehmend an Bedeutung (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 373f).

Beim Blick in Pflegelehrbücher und in Pflegezeitschriften finden sich verschiedene Konzepte, die mit Gesundheitspflege assoziiert werden. Selbstpflege und Empowerment, Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung, Public Health und Prävention werden in Verbindung mit Gesundheitspflege beschrieben. Dem Erklärungsmodell der Pathogenese steht die salutogenetische Sichtweise gegenüber, die danach fragt, was Menschen gesund sein und bleiben lässt. Obwohl es viele Konzepte und Theorien im Zusammenhang mit Gesundheitspflege gibt, scheint der Begriff „Gesundheitspflege“ nicht eindeutig geklärt (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, 67). Das hat zur Folge, dass auch die Kompetenzen für die Gesundheitspflege nicht eindeutig definiert sind. Die Unklarheiten bei der Definition ermöglichen verschiedene Interpretationen für den Gegenstand der Gesundheitspflege. Die unterschiedlichen Auffassungen zum Begriff Gesundheitspflege erschweren es, die Pflegeausbildung und das professionelle Pflegehandeln in diese Richtung zu entwickeln.

Die Pflegeausbildung in Österreich schließt seit 1998 vermehrt gesundheitsorientierte Ausbildungsinhalte ein. Fächer wie Gesundheitsförderung, berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit oder Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining seien hier nur beispielhaft genannt (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2003). Die Vorbereitung der Auszubildenden auf neue gesundheitsbezogene Perspektiven professioneller Pflegearbeit schließt die Anwendung didaktischer Konzepte, die die Bildung von kommunikativer und sozialer Kompetenz unterstützen, ein. Neben diesen vom Lehrplan vorgegebenen Inhalten und

Rahmenbedingungen, ist die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital seit 2001 Mitglied des Wiener Netzwerkes gesundheitsfördernder Schulen. Die Philosophie der gesundheitsfördernden Schule ist, durch die Gestaltung von gesünderen Lebens- und Lernbedingungen die Gesundheit aller in der Schule arbeitenden Menschen zu fördern (vgl. WieNGS, 2004,). Neben dem Ziel der Gesundheitsförderung stellt sich die Frage, ob dieser pädagogische und systemorientierte Zugang positiv auf die Gesundheitspflegekompetenz der Auszubildenden wirkt.

2 Ziel und Fragestellung der Arbeit

In dieser Arbeit soll ein Beitrag zur Klärung des Begriffes „Gesundheitspflege“ geleistet werden. Ausgehend von der Idee, dass Gesundheit und Krankheit ein Kontinuum darstellen (vgl. Antonovsky 1997, 29), sind auch die Begriffe „Gesundheits-“ und „Krankenpflege“ nicht klar voneinander zu trennen. Der Gegenstand der Gesundheitspflege soll klarer formuliert und damit präziser und besser sichtbar werden. Auf dieser Grundlage werden Prinzipien und Kernkompetenzen für die Gesundheitspflege formuliert. Es soll reflektiert werden, ob die Integration der Prinzipien der „gesundheitsfördernden Schule“ in den Schulalltag die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz der Auszubildenden unterstützen kann. In dieser Arbeit sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Was ist Gesundheitspflege?
- Welche grundlegenden Kompetenzen, Fähigkeiten und Haltungen brauchen Pflegende dazu?
- Unterstützt das Konzept der gesundheitsfördernden Schulen die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz in der Ausbildung?

3 Beschreibung der Methode

Mit einer Literaturrecherche sollen Antworten auf die oben gestellten Fragen gefunden werden. Am Beginn steht die Suche nach Konzepten, welche mit Gesundheitspflege assoziiert werden. Diese erfolgt über eine Literaturrecherche. Zum Auffinden der mit Gesundheitspflege assoziierten Konzepte wird deutschsprachige Literatur herangezogen. Das ist sinnvoll, weil sich die Gesundheitspflege aufgrund der Geschichte in Österreich und Deutschland anders entwickelt hat als im übrigen Europa. Zur Vertiefung der beschriebenen Konzepte wird auch englischsprachige Literatur verwendet.

Die Auswahl der Suchbegriffe wurde basierend auf der Ottawa Charta und den aktuellen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung getroffen. In der Ottawa Charta wird Gesundheitsförderung als Prozess beschrieben, der Menschen ein höheres Maß an

Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht. Dazu brauchen Menschen Kompetenzen, die ihnen eine gesunde Wahl ermöglichen. Die demografische, epidemiologische und medizinische Entwicklung haben zur Folge, dass die Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und die Versorgung alter Menschen im Gesundheitssystem immer bedeutsamer werden. Ergänzend zu den Suchbegriffen Gesundheit, health, well-being + professionelle Pflege, nursing; Gesundheitspflege, health care, healthcare, Health nursing; Gesundheitsförderung, health promotion; Prävention, prevention; Selbstpflege, self care; wurden bei der Recherche daher die Suchbegriffe Gesundheitskompetenz, health literacy, health knowledge; Selbstmanagement, self-management und Empowerment, ausgewählt. Zum Auffinden relevanter Beiträge wurden in der Zeit von Mai 2008 bis August 2009 wiederholt Literaturrecherchen durchgeführt. Einbezogen in die Recherche wurden Zeitschriften, Journals und Bücher. Die Literaturrecherche erfolgte im Gesamtkatalog des österreichischen Bibliotheksverbundes, mit den Suchmaschinen MetaGer und Google Scholar und in den Datenbanken CIHNAL und MEDPILOT. Ergänzend wurde deutschsprachige Literatur auf den Datenbanken CareLit® und GEROLIT recherchiert. Die Suchbegriffe wurden mit Hilfe der Bool'schen Operatoren verknüpft. Die Literatur wurde ergänzt durch eine Handsuche in den Fachzeitschriften „Österreichische Pflegezeitschrift“, „Die Schwester/der Pfleger“, „Pflege Aktuell“, „Pflege soins infirmiers“ und mit Beiträgen, die nach dem Schneeballsystem gefunden wurden. Eingeschlossen waren Publikationen, die seit in Kraft treten des GuKG 1997 bis einschließlich Mai 2009 veröffentlicht wurden. Zur Bearbeitung wurden Beiträge ausgewählt, die einen eindeutigen Bezug zur professionellen Gesundheits- und Krankenpflege im intra- oder extramuralen Bereich aufwiesen. Pflegende sind dabei allein oder als Mitglied eines multiprofessionellen Teams im Gesundheitswesen angesprochen. Ausgeschlossen wurden Beiträge, die ausschließlich die Gesundheitspflege und Gesundheitsförderung der Pflegenden zum Thema hatten, ebenso Beiträge zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege und zur Kinderkrankenpflege und Beiträge, die sich ausschließlich mit Pflege in Zusammenhang mit Public Health beschäftigten..

Bewertung der Literatur

Die recherchierte Literatur wies eine große Bandbreite in Hinblick auf das Verständnis von Gesundheitsförderung in der Pflege auf. Mit dem Begriff Gesundheitspflege wurden allgemeine Beiträge zu gesunder Ernährung, Bewegung, Stressmanagement usw. gefunden. Nur vier der 750 auf MEDPILOT gefundenen Beiträge bezogen sich auf die professionelle Pflege. Das kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass der Begriff der Gesundheitspflege im Zusammenhang mit professioneller Pflege einer Differenzierung und Abgrenzung zu anderen Berufsfeldern bedarf. Mit den Suchbegriffen „Prävention+Pflege“ wurden die meisten Beiträge gefunden. Sie beschreiben pflegerische Prophylaxen und

Maßnahmen der tertiären Prävention bei chronischen Erkrankungen, wie z. B. die Prävention des diabetischen Fußsyndroms bei Diabetes mellitus. Das verdeutlicht, dass Gesundheitsförderung und die Verhütung von Komplikationen in der professionellen Pflege integriert sind. Es zeigt auch die Orientierung der Pflege an der Medizin und am Risikofaktorenmodell.

Bei der, in dieser Arbeit verwendeten Literatur, wurde auf Aktualität geachtet. Verwendet wurden Beiträge in deutscher oder englischer Sprache. Dabei wurde bei den Beiträgen aus den Journals jenen der Vorzug gegeben, die nach einem Peer-Review-Verfahren beurteilt waren. Bei den Publikationen aus pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Büchern und Journals wurden Veröffentlichungen von FachexpertInnen bevorzugt. Bei den Unterlagen aus dem Internet wurde die Qualität durch die Beurteilung des Kontextes sichergestellt (vgl. Kleibel, Mayer 2005, 81ff).

Die aufgefundene und in die spezifische Auswertung übernommene Literatur kann inhaltlich in vier Kategorien eingeteilt werden.

- Das Konzept „Gesundheitskompetenz“ beschreibt Voraussetzungen, Bedingungen und Fähigkeiten, die notwendig sind, damit Menschen selbstbestimmt mit ihrer Gesundheit umgehen können und im Alltag Entscheidungen treffen können, die ihrer Gesundheit förderlich sind. Gesundheitskompetenz ist Voraussetzung dafür, dass eine angemessene Selbstpflege durchgeführt werden kann. Auch die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Aktionen und empowermentorientierten Prozessen, wie sie in den Konzepten Gesundheitsförderung und Selbstmanagement beschrieben werden, ist von der Gesundheitskompetenz der Zielgruppe bzw. der Zielperson abhängig.
- Beiträge zu den Schwerpunkten Empowerment, Selbstpflege, Selbstmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention beschreiben Konzepte, die die Selbstbestimmung von PatientInnen in Bezug auf ihre Gesundheit fördern und verbessern. Sie berücksichtigen teilweise Gesundheitsbedürfnisse, die in Zusammenhang mit chronischer Krankheit auftreten, ohne dabei konkrete Verhaltensweisen auf der individuellen Ebene zu thematisieren.
- Beiträge, in denen explizit Konzepte zur Pflegearbeit auf der individuellen Ebene beschrieben werden. Dabei wurden (a) Konzepte wie Basale Stimulation®, das Bobath Konzept® oder Kinästhetik® beschrieben. (b) Literatur zum Konzept salutogenetischer Gesundheitsbildung von Marianne Brieskorn-Zinke (2006a-f, 2007). Brieskorn-Zinke beschreibt ein Konzept personensorientierter Gesundheitsförderung, in dem Aspekte wie Ernährung, Bewegung oder Stress thematisiert werden. Patienten können dabei nach einem fünf-Schritte-Programm motiviert und angeleitet werden, sich konkret mit verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit auseinander zu setzen. Pflegenden

können bei der Reflexion von Gesundheit bedingenden Umständen und Verhaltensweisen unterstützen und helfen, gesundheitsfördernde Veränderungen herbeizuführen.

- Beiträge zur Familiengesundheitspflege und zu präventiven Hausbesuchen.

Nach dem Sichten der Literatur wurden die einzelnen Konzepte beschrieben. Dabei werden sie nach folgender Struktur bearbeitet: Definition, Ziel, angewandte Maßnahmen und Methoden sowie die Bedeutung für die Definition von Gesundheitspflege. Auf Grundlage dieser Darstellungen wird der Begriff Gesundheitspflege definiert.

Entwicklung des Begriffes Gesundheitspflege

Nach Wilson (1988, 6f) ist ein Begriff eine geordnete Information, welcher Attribute zugeordnet sind, die es ermöglichen, ihn näher zu bestimmen und von anderen Informationen zu unterscheiden. Für die Definition werden aus den beschriebenen Konzepten bestimmende Merkmale für Gesundheitspflege abgeleitet. Die Entwicklung des Begriffes Gesundheitspflege erfolgt in Anlehnung an die Methode der Begriffssynthese nach Walker und Avant (1998, 57ff). Die Begriffssynthese ist eine Strategie zur Bildung von Begriffen auf der Grundlage von Beobachtung oder Evidenz. Es können drei Ansätze unterschieden werden: der qualitative, der quantitative und der literaturbezogene; auch eine Kombination verschiedener Ansätze ist möglich. Bei der literaturbezogenen Begriffssynthese dient die Literatur als Datenbasis. Eine Begriffssynthese ist hilfreich, wenn ein Begriff unklar ist, weil es auf dem Gebiet nur wenig Begriffsbildung gibt oder wenn neue Dimensionen in bekannten Begriffen entdeckt werden sollen. Sie ist besonders nützlich, wenn es eine Begriffsbildung gibt, diese aber keinen wirklichen Einfluss auf die Theorie und Praxis hat (vgl. Walker, Avant 1998, 59). Ich habe diese Methode gewählt, weil der Gegenstand der Gesundheitspflege zwar als Begriff existiert, aber seine Definition in Bezug auf die Konkretisierung in der Pflegepraxis und Pflegeausbildung einer Präzisierung bedarf. Die Begriffssynthese geschieht in mehreren Schritten. Am Beginn steht das Studium der Informationsquellen, um sich mit dem Untersuchungsgebiet vertraut zu machen. Wenn ein Stadium der Sättigung erreicht ist und keine neuen Erkenntnisse mehr gefunden werden, werden die Daten klassifiziert. In einem nächsten Schritt werden durch clustern Kategorien gebildet, die es ermöglichen, den Begriff genauer zu beschreiben. Die Methode sieht eine Überprüfung der gewonnenen Erkenntnisse durch die Literatur vor. Dabei wird überprüft, ob der Begriff empirisch tragfähig ist oder ob er eingeschränkt, erweitert oder weiter präzisiert werden muss. An dieser Stelle endet der Prozess. Der Begriff wird definiert und es werden die ihn bestimmenden Attribute zugeordnet. Die Schritte verlaufen nicht linear, manche Schritte müssen mehrmals durchlaufen werden, wenn es der Prozess erfordert (vgl. Walker, Avant 1998, 57ff). In dieser Arbeit wird keine empirische Überprüfung des Begriffes in der

Literatur vorgenommen, weil es in der deutschsprachigen Literatur keine eindeutige Definition von Gesundheitspflege gibt.

Entwicklung von Kompetenzen für die Gesundheitspflege

Basierend auf der entwickelten Definition von Gesundheitspflege werden Kompetenzen für die Gesundheitspflege entwickelt. Dabei kann grundsätzlich zwischen Kompetenzen auf der Mikroebene, der Mesoebene und der Makroebene unterschieden werden. Die Mikroebene ist die Ebene der individuellen pflegerischen Prozesse. Die Mesoebene betrifft Kompetenzen und Interventionen im Gruppensetting und auf der organisatorischen Ebene. Die Makroebene beschreibt Kompetenzen auf gesundheitspolitischer Ebene (vgl. Fichten 1998, 15). In dieser Arbeit liegt der Fokus auf den Kompetenzen, die zur Gesundheitspflege auf der Mikroebene notwendig sind. Dabei werden insbesondere Kompetenzen, die für die Interaktion mit Patienten, pflegerische Handlungen und Pflegeangebote auf der individuellen Ebene notwendig sind, herausgearbeitet.

In einem nächsten Schritt werden diese Kompetenzen mit dem Konzept der gesundheitsfördernden Schule in Beziehung gesetzt und reflektiert, ob dieses die Ausbildung der Gesundheitspflegekompetenzen unterstützt.

4 Aufbau der Arbeit

Kapitel I: Das erste Kapitel dient der Hinführung zum Thema, der Darstellung von Fragestellung und Methode der Arbeit.

Kapitel II: Dieser Teil der Arbeit stellt die Rahmenbedingungen, unter denen professionelle Pflege geschieht, dar. Dabei werden der pathogenetische und der salutogenetische Gesundheits- und Krankheitsbegriff erörtert und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung dargestellt. Weiters werden hier die Auswirkungen der epidemiologischen und demografischen Veränderungen thematisiert. Es werden die aktuellen Herausforderungen, chronische Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit und die daraus erwachsenden Anforderungen an die professionelle Pflege, speziell die Gesundheitspflege, dargestellt.

Kapitel III: In diesem Teil der Arbeit werden die mit Gesundheitspflege assoziierten Konzepte beschrieben und daraus der Begriff der Gesundheitspflege konstruiert. Davon ausgehend werden Kompetenzen für die Gesundheitspflege entwickelt.

Kapitel IV: Im vierten Teil der Arbeit wird das Konzept der gesundheitsfördernden Schule dargestellt und zu den Kernkompetenzen für Gesundheitspflege in Beziehung gesetzt. Es werden Überlegungen angestellt, ob und allenfalls wie, die Ausbildung der Kompetenzen für

die Gesundheitspflege durch das Konzept der gesundheitsfördernden Schule unterstützt wird.

Kapitel II: Theoretische Grundlagen

5 Gesundheit und Krankheit als Konzept

In der Literatur werden unterschiedliche Theorien und Vorstellungen beschrieben, wie Gesundheit und Krankheit entstehen oder verursacht werden. Diese Theorien erklären die Entstehung von Gesundheit und Krankheit auf unterschiedliche Weise und beziehen sich dabei auf physische, psychische oder soziale Umstände. Je nachdem, auf welches Erklärungsmodell Bezug genommen wird, gibt es unterschiedliche Vorstellung darüber, wie Gesundheit gefördert und Krankheit verhindert werden kann und in wessen Kompetenzbereich die Definition und Behandlung von Krankheit oder die Förderung von Gesundheit fällt. In der Folge werden zwei pathogenetisch orientierte Modelle und das Salutogenesemodell beschrieben. Erstere, weil sie im Bereich der gesundheitlichen Versorgung vorherrschend sind, zweiteres, weil es als gesundheitswissenschaftliche Grundlage der Gesundheitsförderung bedeutsam geworden ist.

5.1 Pathogenetisch orientierte Modelle

Pathogenetisch orientierte Modelle, wie das biomedizinische Modell und das Risikofaktorenmodell, erklären, wie Krankheit entsteht. Sie prägen auch heute die medizinische und pflegerische Versorgung. Ihre Bedeutung wird beim Blick in medizinische und pflegerische Lehrbücher sichtbar. Deren Aufbau folgt meist der Struktur "Ursache, Symptome, Diagnostik, Therapie und Prognose". Manchmal wird diese Struktur um den Bereich "Risikofaktoren" erweitert. Dieser Zugang gestaltet damit die Ausbildung in Gesundheitsberufen wesentlich mit. In der intra- und extramuralen Gesundheitsversorgung wird die Bedeutung des biomedizinischen Modells auch daran sichtbar, dass es Grundlage für Diagnose- und Klassifikationsschemata ist.

Das biomedizinische Modell

Das biomedizinische Modell basiert ursprünglich auf den Erkenntnissen der Bakteriologie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Es sieht Defekte und Dysfunktionen in der Person als Ausgangspunkt und Ursache von Krankheit. Im Modell wird davon ausgegangen, dass Menschen sich im Gleichgewicht befinden und es beim Auftreten von ungünstigen Umständen zu Krankheit kommt (vgl. Franke 2006, 159). Dabei kann, dort wo ein Bakterium oder ein Virus ist, eine Krankheit entstehen. Vorausgesetzt, es findet sich ein Überträger und ein Mensch, der dem Erreger gegenüber ein geschwächtes Immunsystem hat. Die Entstehung von Krankheit wird mit Ursache- Wirkungs - Zusammenhängen erklärt. Als eine Grundannahme des biomedizinischen Modells gilt die Beschreibung von Krankheit und Gesundheit als Dichotomie, als zwei Zustände, die einander ausschließen. Dabei unterliegt

normales, gesundes Verhalten anderen Gesetzen als abnormes, krankes Verhalten. Menschen sind entweder gesund oder krank und Krankheit ist eine Abweichung vom natürlichen (gesunden) Zustand des Organismus. Das biomedizinische Modell ordnet jeder Krankheit eine spezifische Ursache und einen bestimmten Verlauf zu. Beobachtbare Symptome sind Zeichen eines zugrundeliegenden Prozesses. Eine Krankheit kann geheilt werden, wenn die zu Grunde liegenden Ursachen behandelt werden. Die Krankheitsbehandlung ist eine medizinische Aufgabe. Die kranke Person ist für ihre Krankheit nicht verantwortlich. Sie befindet sich in der Rolle des Patienten oder der Patientin (vgl. Franke 2006, 121ff). Das heißt, der kranke Mensch wird von Alltagspflichten befreit. Er erfährt Entlastung beim Krankheitsmanagement durch das professionelle Hilfesystem. Von ihm wird erwartet, dass er an seiner Genesung mitwirkt, indem er „compliant“ ist, das heißt Verordnungen und Behandlungsempfehlungen einhält. Nach der Genesung nimmt er sein normales Leben wieder auf (vgl. Parsons 2005, 344f). Aus biomedizinischer Perspektive wird die Entstehung von Krankheit ohne Berücksichtigung gesunder Aspekte und des sozialen Kontextes der Person erklärt. Dabei wird die „Krankheit“ und nicht der „von Krankheit betroffene Mensch“ betrachtet. Um das gehäufte Auftreten und die Erforschung von chronischen und degenerativen Krankheiten gerecht zu werden, wurde das biomedizinische Modell in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts um das Risikofaktorenmodell erweitert (vgl. Franke 2006, 125).

Risikofaktorenmodell

Im Risikofaktorenmodell wird davon ausgegangen, dass Krankheitsursachen multifaktoriell sind. Die Beziehungen von Risikofaktoren zum Ausbruch einer Krankheit können mit statistischen Methoden belegt werden.

Dabei werden drei Gruppen von Risikofaktoren unterschieden:

- Genetische, physiologische und psychische Dispositionen: wie die familiäre Neigung zu bestimmten Krankheiten, Fehlbildungen, wie Arterienverengung oder psychische Überlastung
- Behaviorale Dispositionen: dazu zählen Verhaltensweisen wie fettreiche Ernährung, Zigarettenrauchen und wenig Bewegung
- Regionale und umweltbezogene Dispositionen: das können beispielsweise schädigende Umwelteinflüsse wie erhöhte Ozonbelastung oder eine erhöhte Strahlenbelastung durch Uran sein (vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch 2004, 12f).

Ausgehend von der pathogenetischen Betrachtungsweise wird Gesundheit sowohl im biomedizinischen wie auch im Risikofaktorenmodell als die objektiv messbare Abwesenheit von organischen Störungen definiert. Zur Definition von Krankheit ist nach Alexa Franke

(2006) das Vorliegen eines „Befundes“ von Bedeutung. Dieser kann sich auf Störungen körperlicher, geistiger oder seelischer Natur beziehen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit professioneller, das heißt medizinischer, mitmenschlicher und gesellschaftlicher Hilfe (vgl. Franke 2006, 54).

Bedeutung pathogenetisch orientierter Modelle in der Gesundheitsversorgung

Aus der pflegerischen Berufsrealität sind die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“, wie sie im biomedizinischen Modell definiert sind, fest verankert. Sie sind Grundlage des Gesundheitssystems und der gemeinsamen Sprache von Medizin und Pflege. Die Verwobenheit der Pflege mit der Medizin bei der Betreuung von Menschen, die gesund, akut oder chronisch krank, alt oder gebrechlich sind, legt die Versuchung nahe, die Aufmerksamkeit auf den kranken Anteil des Menschen zu richten. Das erfasst die Realität nur unzureichend, weil es vernachlässigt, was am Menschen gesund und damit Ressource zu Bewältigung, Lebensfreude und Wohlbefinden ist. Es ist daher bedeutsam, die Begriffe „gesund“ und „krank“ nicht als einander ausschließende Zustände zu betrachten. Vielmehr können Gesundheit und Krankheit als einander ergänzende Zustände gesehen werden. Diese Betrachtungsweise scheint der Situation kranker Menschen eher gerecht zu werden und ihrer Realität angemessener zu sein (vgl. Lindsey, 465ff).

5.2 Das Modell der Salutogenese

Der amerikanisch- israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923-1994) beschäftigte sich mit den Quellen leiblicher, seelischer und geistiger Gesundheit. Der Begriff „Salutogenese“ (Entstehung von Gesundheit) wurde von ihm als Gegenbegriff zur „Pathogenese“ (Entstehung von Krankheit) geschaffen. Er entwickelte das Modell der Salutogenese ausgehend von der Frage: „Was hält Menschen gesund?“

Grundannahmen der Salutogenese

Antonovsky stützt sich im Modell der Salutogenese auf die Auffassung, dass Gesundheit und Krankheit die entgegengesetzten Pole eines gemeinsamen Kontinuums sind. Immer befinden sich Menschen an einer bestimmten Stelle des Kontinuums, sind näher an Gesundheit oder an Krankheit. Krankheit ist eine normale Erscheinung im menschlichen Leben und nicht eine Abweichung von der Norm. Antonovsky bezeichnet dies als Heterostase (vgl. Antonovsky 1997, 29).

Das Gesundheits- Krankheitskontinuum

Die Endpunkte des Gesundheits- Krankheitskontinuums bezeichnet Antonovsky als „health ease“ und „dis ease“, das Kontinuum nennt er HEDE (eine Abkürzung aus **H**ealth **E**ase **D**is **E**ase) Kontinuum. Franke (2006) übersetzt diese Begriffe mit Gesundheit und Ent-Gesundung. Krankheit beschreibt kein isoliertes Ereignis, sondern wird als Prozess

verstanden, der in die Geschichte des Menschen „eingebettet ist“. Um einzuschätzen, wo ein Mensch sich im HEDE Kontinuum befindet, sind sowohl objektive als auch subjektive Daten notwendig. Objektive Daten bezeichnen in diesem Zusammenhang medizinische, psychologische und prognostische Parameter. Subjektive Daten können sich auf das subjektive Befinden, die erlebte Funktionsfähigkeit, das Schmerzerleben, aber auch auf die Stärken und Möglichkeiten der Person beziehen. Diese Dimensionen können auf dem Kontinuum ganz unterschiedlich platziert sein. Daran wird deutlich, dass der Mensch in einem gewissen Maß, in bestimmten Dimensionen, gesund sein kann, solange er lebt (vgl. Antonovsky 1997, 23).

Generalisierte Widerstandsressourcen

Zu jeder Zeit sind Menschen Umständen und Gefährdungen ausgesetzt, die von ihnen eine aktive Bewältigung oder Anpassungsleistung erfordern. Diese Anforderungen werden mit dem Begriff "Stressoren" bezeichnet. Sie erzeugen einen Spannungszustand, der positiv oder negativ wahrgenommen wird, und mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen gelöst werden muss. Wie gut ein Mensch mit Stressoren zurecht kommt, bedingt, in welche Richtung er sich auf dem HEDE Kontinuum bewegt. Als „generalisierte Widerstandsressourcen“ (GRR) werden jene Faktoren bezeichnet, die einem Menschen zur Verfügung stehen und die eine erfolgreiche Bewältigung von Stressoren begünstigen. Sie stehen in Zusammenhang mit der Lebensgeschichte eines Menschen und seinen Lebensbedingungen. Diese sind in der Gesellschaft bzw. im Umfeld einer Person (politische und ökonomische Stabilität, funktionierende Netzwerke, Zugang zu Dienstleistungen, sicherer Arbeitsplatz) und in der Person selbst zu finden. Mit individuellen Widerstandsressourcen werden kognitive, psychische, physiologische und materielle Ressourcen beschrieben. Widerstandsressourcen wirken auf die zu bewältigenden Stressoren wie ein „Puffer“. Die Verfügbarkeit von ausreichend Widerstandsressourcen ermöglicht es einem Menschen, mit Stressoren konstruktiv umzugehen oder sie zu vermeiden. Ein Mensch, der eine Gehbehinderung (Stressor) hat, kann möglicherweise soziale Kontakte nicht mehr im bisherigen Umfang pflegen. Dies führt zu einem Spannungszustand und zu negativen Folgen, wie eingeschränkten Sozialkontakten für die Person. Stehen der Person ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung (GRR), kann sie ein Taxi benutzen und die Wirkung dieses Stressors vermindern.

Sense of Coherence (SOC) – das Kohärenzgefühl

Widerstandsressourcen steuern über die Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht, das Kohärenzgefühl. Es besteht aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Das Kohärenzgefühl ist die Voraussetzung für einen flexiblen Umgang mit Stressoren und die Verfügbarkeit vielfältiger Copingfertigkeiten (vgl.

Franke 2006, 166). Der Begriff Coping leitet sich vom englischen „to cope with“ ab und bedeutet etwas bewältigen, meistern, einer Situation oder einem Ereignis gewachsen sein. Er umfasst alle Bemühungen, mit inneren und äußeren Anforderungen umzugehen, oder sich darauf einzustellen (vgl. Baldegger 2000, 126f).

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,

einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;

die Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky 1997, 36).

Verstehbarkeit beschreibt das Maß, in dem ein Mensch interne und externe Stimuli verstehen und als kognitiv sinnhaft wahrnehmen kann. Personen, die über ein hohes Maß an Verstehbarkeit verfügen, gehen davon aus, dass auch Stressoren, die ihnen in Zukunft begegnen, eingeordnet und erklärt werden können. Im Extremfall, wenn die Stressoren nicht verstanden werden können, hilft es, dass sich das Ereignis oder die daraus resultierenden Konsequenzen ertragen lassen.

Handhabbarkeit bezeichnet den pragmatischen Teil des Kohärenzgefühls. Darunter sind Ressourcen zu verstehen, die jemand hat, um Stressoren zu bewältigen. Ein hohes Maß an Handhabbarkeit gibt Menschen das Gefühl, ihr Leben „in der Hand“ zu haben und durch widrige Ereignisse nicht in die Passivität oder die Opferrolle gedrängt zu werden. Dabei greifen Menschen nicht nur auf ihre eigenen Möglichkeiten zurück, sie nutzen auch Ressourcen ihnen nahestehender Menschen. Antonovsky bezeichnet diese als die „legitimierten Anderen“, als Personen, denen man vertraut und denen man das Recht gibt, im eigenen Namen zu handeln (vgl. Antonovsky 1997,35).

Bedeutsamkeit kennzeichnet das motivationale Element des Kohärenzgefühls. Es drückt sich in dem Maß aus, in dem jemand sein Leben auch emotional als sinnvoll erfährt. Menschen mit einem hohen Maß an Bedeutsamkeit sehen Stressoren eher als Herausforderung denn als Belastung. Sie sind überzeugt, dass es sich lohnt, sich für die Bewältigung von Stressoren einzusetzen und Energie dafür aufzubringen. Dem Gefühl, für „etwas“ oder „jemand“ auf dieser Welt wichtig zu sein, kommt dabei besondere Bedeutung zu. Es motiviert Menschen, Energie aufzuwenden, um sich Herausforderungen zu stellen und sie durchzustehen. Antonovsky gibt diesem Aspekt die größte Bedeutung für die Ausprägung des Kohärenzgefühls (vgl. Antonovsky 1997, 35ff).

Wie stark sich das Kohärenzgefühl entwickelt, ist abhängig von der Lebensgeschichte und den Lebensbedingungen eines Menschen. Das Kohärenzgefühl entsteht aus Erfahrungen der Konsistenz, der Belastungsbalance und der Partizipation an den Dingen und Entscheidungen, die die eigene Lebenswelt betreffen. Konsistenz ist der Ausdruck dafür, wie weit ein Mensch seine Welt als verlässlich und berechenbar erlebt. Erlebt er, dass Dinge sich wiederholen und Abläufe unter bestimmten Bedingungen ähnlich sind, fördert diese konsistente Erfahrung die Ausbildung der Komponente Verstehbarkeit. Partizipation beschreibt, in wieweit ein Mensch sich in seiner Umgebung bedeutsam und liebenswert erlebt. Die Erfahrung, dass er die Welt um sich beeinflussen und an ihrer Gestaltung mitwirken kann, fördert die Ausbildung der Bedeutsamkeitskomponente. Belastungsbalance meint, dass sich ein Mensch nicht chronisch über- oder unterfordert fühlt. Die Erfahrung, dass Herausforderungen sich meistern lassen, ist wesentlich für die Ausbildung der Handhabbarkeitskomponente (vgl. Antonovsky, 1997, 34ff).

Antonovsky geht davon aus, dass das Kohärenzgefühl in den ersten 30. Lebensjahren eines Menschen entsteht und später nur mehr geringfügig verändert werden kann. Anders als Antonovsky sind Wiesmann, Rölker, Ilg, Hirtz und Hannich (2006) in der Greifswalder Altersstudie zur Erkenntnis gekommen, dass das Kohärenzgefühl auch im Alter noch entwicklungsfähig ist. Nach der Teilnahme an einem 14-wöchigen Programm bestehend aus Angeboten zur körperlichen Aktivität und zur Selbstreflexion wiesen die Teilnehmer signifikant bessere Werte bei Kohärenzgefühl, Wohlbefinden, psychischer Gesundheit und im Bereich der psychosozialen Ressourcen auf (vgl. Wiesmann et al 2006; 93ff).

Wellbrink und Franke haben Antonovskys Modell erweitert und Ressourcen beschrieben, die direkt zu mehr Gesundheit führen können. Anders als die Widerstandsressourcen beziehen sich diese auf persönliche und soziale Ressourcen, die nicht in direktem Zusammenhang mit der Bewältigung von Stressoren stehen. Die Fähigkeit zu genießen, sich selbst etwas Gutes zu tun, Humor, Optimismus und die Fähigkeit zu verzeihen, können als Variablen gesehen werden, die nicht nur die Adaptation an Stress erleichtern, sondern auch ein aktiver Beitrag zu einem größeren Ausmaß an Gesundheit sein. Sie reaktivieren Bewältigungsressourcen und erhöhen das Gefühl der Belastungsbalance. Für eine optimale Anpassung an die Umwelt ist beides notwendig (vgl. Wellbrink, Franke 2000, 48f).

Bedeutung des Salutogenesemodells für die Gesundheitsversorgung

Antonovskys Modell der Salutogenese stützt sich auf die Auffassung, dass Gesundheit und Krankheit die Pole *eines* Kontinuums sind. Immer befinden sich Menschen an einer bestimmten Stelle des Kontinuums, sind näher dem (hypothetischen) Endpunkt absolute Gesundheit oder absolute Krankheit. Damit wird die pathogenetische Sicht des biomedizinischen Modells, die danach fragt, was krank macht, erweitert. Der

salutogenetische Ansatz fokussiert darauf, was Menschen gesund sein und werden lässt. Diese Betrachtungsweise hilft, betroffene Menschen umfassender und ganzheitlicher wahrzunehmen. Im Salutogenesemodell werden Gesundheit und Krankheit (Ent-Gesundheit) als gleichzeitig existierende Wirklichkeiten, und den Tod als Bestandteil des Lebens, betrachtet (vgl. Franke 2006, 172). Mit dem Konstrukt der Widerstandsressourcen werden personale, soziale, politische und ökonomische Grundvoraussetzungen für Gesundheit beschrieben. Damit werden Gesundheit und gesundheitsförderliches Handeln in einen größeren Wirkzusammenhang als bei der pathogenetischen Sichtweise gestellt. Gesellschaftliche, biografische und soziale „Rahmenbedingungen“, in die ein Mensch mit seiner, Lebens- und Gesundheitsgeschichte eingebunden ist, sind die Quellen, aus denen das Kohärenzgefühl entsteht. Demzufolge ist der Ansatzpunkt für gesundheitsförderliches Handeln die Stärkung der individuellen und der gesellschaftlichen Ressourcen. Ereignisse, wie das Eintreten einer schweren Krankheit oder körperliche und soziale Verluste, wie alte Menschen sie in hohem Maß verkraften müssen, erschüttern das Kohärenzgefühl. Der nahe Kontakt mit betroffenen Personen ermöglicht es den Pflegenden, Patienten bei der Bewältigung von Diagnose und Therapie in einer Art und Weise zu begleiten, die das erschütterte Kohärenzgefühl stützen kann. Antonovsky nennt dazu in erster Linie Interventionen auf der Beziehungsebene und Interventionen, die betroffenen Menschen das Gefühl geben, dass die Belastungen für sie erträglich sind und die es ihnen ermöglichen, ihre Bedeutung zu verstehen. Pflegesituationen können für Patienten zu einem zusätzlichen Stressor werden, wenn beispielsweise diagnostische Maßnahmen und Pflegemaßnahmen schlecht koordiniert sind. Ob eine Untersuchung oder eine Pflegesituation zu einem zusätzlichen Stressor für den Patienten wird, kann von Pflegenden häufig beeinflusst werden. Sie können damit einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, das erschütterte Kohärenzgefühl zu stabilisieren und Menschen Gesundheit zu ermöglichen. Unterstützend bei der Stabilisierung des Kohärenzgefühls wirken pflegerische Interventionen, die sinnliche Erfahrungen und Genuss vermitteln. Das kann ein warmes Bad sein, der Duft von Kaffee am Morgen, eine Mahlzeit an einem schön gedeckten Tisch oder eine Lagerung, die Patienten den eigenen Körper entspannt und schmerzfrei wahrnehmen lässt.

6 Chronische Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit als Herausforderung für die Pflege

Die demografische Entwicklung und die epidemiologischen Befunde in Bezug auf chronische Krankheiten zeigen, dass die älter werdende Gesellschaft und das gehäufte Auftreten von chronischer Krankheit neue Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und die Pflege stellen. Basierend auf den bisherigen Ausführungen soll nun eine Beziehung zwischen

diesen Herausforderung für die Gesundheitsversorgung und dem Konzept der Salutogenese hergestellt werden.

6.1 Gesundheit im Kontext von chronischer Krankheit

Um die Relevanz von chronischer Erkrankung in Zusammenhang mit dieser Arbeit darzustellen, werden wesentliche Aspekte der Epidemiologie chronischer Erkrankungen beschrieben. Chronische Erkrankungen sind weltweit die Hauptursache für Behinderung und Tod. 59% aller Todesfälle werden durch nicht übertragbare Krankheiten, die häufig chronisch verlaufen, verursacht (WHO 2006). In der westlichen Industriegesellschaft treten akute, infektiöse Erkrankungen immer seltener auf. Die Versorgungslandschaft im Gesundheitswesen ist geprägt von Patienten und Patientinnen mit chronischen Krankheiten. Dazu zählen chronische Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und der Atemwege, des Stoffwechsels, des Bewegungsapparates und chronisch verlaufende Krebserkrankungen. Eine kleine Zahl von Risikofaktoren zeichnen verantwortlich für eine Fülle von chronischen Krankheiten. Nach WHO (2006) sind dies Alkohol- und Nikotinkonsum, mangelnde körperliche Aktivität, Fehlernährung im Sinne eines zu geringen Obst- und Gemüseverzehr, Übergewicht, Hypertonie und erhöhte Cholesterinwerte.

In Österreich geben mehr als 30% der über 15jährigen Personen an, ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Mit steigendem Lebensalter kommt es zu einer Zunahme an chronischen Krankheiten; so geben bei den über 75jährigen zwei Drittel der Bevölkerung eine chronische Gesundheitsstörung an (Statistik Austria 2008). Die demografische Entwicklung lässt erwarten, dass die adäquate Gesundheitsversorgung chronisch kranker Menschen weiter an Bedeutung gewinnt. Im Alter nehmen körperliche und psychosoziale Beeinträchtigungen durch chronische Krankheiten zu. Bei den über 80jährigen bestehen vielfach mehrere chronische Krankheiten gleichzeitig. Häufig führen sie zu funktionellen Einbußen und Behinderungen, die einander verstärken und Pflegebedürftigkeit zur Folge haben können (vgl. Kuhlmei 2008, 92f).

Das Wesen chronischer Krankheit

Die Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit ist nicht immer eindeutig möglich. Akute Krankheiten sind vorübergehende, prinzipiell heilbare Krankheiten. Sie sind durch ein plötzliches Auftreten und einen kurzen, heftigen Verlauf gekennzeichnet. Sie können völlig oder teilweise ausheilen aber auch zum Tod führen. Für die Definition von chronischer Krankheit ziehen Maaz, Winter und Kuhlmei (2007, 7) nachstehende charakteristische Merkmale heran:

- Ein ständiges Vorhandensein oder immer wiederkehrendes Auftreten von Krankheitssymptomen

- Ungewissheit und Komplexität in Bezug auf den Verlauf
- Begrenzte Möglichkeiten der kurativen medizinischen Behandlung
- Betreuungsbedarf, der mit dem Fortschreiten der Erkrankung beständig steigt
- Lang dauernder Verlauf, der Veränderungen in fast allen Lebensbereichen zur Folge hat
- Permanente Bewältigungs- und Anpassungsleistungen, die von den betroffenen Menschen und ihrer Umwelt erbracht werden müssen

Ilene Morof Lubkin hat für die Pflege folgende Definition für chronische Krankheit formuliert:

"Unter Chronischer Krankheit versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist" (Morof Lubkin 2002, 26).

Im Modell von Juliet Corbin und Anselm Strauss wird der Verlauf chronischer Krankheiten im Bezugsrahmen einer Krankheits- und Pflegeverlaufskurve beschrieben. Die Zeit zwischen der Manifestation der Krankheit und dem Sterben ist geprägt von Unsicherheit und einer ständigen Abwärtsentwicklung. Phasen von relativer gesundheitlicher Stabilität wechseln mit Phasen der Instabilität, in denen Krankheit und Leben außer Kontrolle geraten. Die Auswirkungen auf den Alltag sind abhängig von Phase oder Stadium der Krankheit (vgl. Corbin, Strauss 1998, 13). Daraus resultieren auch unterschiedliche Anforderungen an die Bewältigung der Betroffenen und das Hilfeangebot durch das Umfeld und professionelle Helfer.

Das verdeutlicht, wie herausfordernd das Leben mit chronischer Krankheit für betroffene Menschen ist. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Auswirkungen immer auch die Familie und das soziale Gefüge, in dem der Mensch lebt, beeinflussen, dass es viele „Betroffene“ gibt, wenn ein Mensch chronisch krank wird. Wie komplex die Anforderungen an das Leben mit chronischer Krankheit sind, wird in der Folge dargestellt.

Bewältigungsanforderungen bei chronischer Krankheit

Aus salutogenetischer Sicht betrachtet, ist chronische Krankheit gekennzeichnet durch eine Fülle von Stressoren, die auf die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen einwirken. Anders als für akut kranke Menschen gibt es für chronisch Kranke keine klaren Rollenvorgaben. Sie sind krank und gesund zugleich (vgl. Paterson 2001, 25). Viele wollen nach der Manifestation der Krankheit in ein „normales“ Leben zurückkehren. Der Lebensalltag muss aber unter den Bedingungen von Krankheit gemeistert werden. Neben den krankheitsbedingten Erfordernissen müssen auch Alltagsanforderungen bewältigt werden. Die vertrauten Rollen sind mit der neuen Situation nicht immer kompatibel, was zu einer zusätzlichen Belastung wird. Kate Lorig und Halsted Holman (2003) definieren drei

Kernbereiche, in denen die Bewältigung chronischer Krankheit notwendig ist. (1) Das medizinische Management der Krankheit, (2) den Umgang mit neuen Rollen und (3) den emotionalen Umgang mit der Krankheit und ihren Folgen.

Doris Schaeffer und Martin Moers (2000) legen ihrer Arbeit die Sicht der Betroffenen zugrunde und charakterisieren fünf Bereiche, in denen krankheitsbezogenes Bewältigungshandeln notwendig ist. Sie verweisen auf die Irritation des Selbst und der Biografie, notwendige krankheitsbedingte Anpassungsleistungen, Störungen des Alltagslebens, Veränderungen des Familienlebens und des sozialen Gefüges und die Verwiesenheit auf das professionelle Versorgungswesen. Für eine adäquate Unterstützung und Pflege chronisch kranker Menschen ist die nähere Betrachtung dieser Aspekte notwendig.

Irritation des Selbst und der Biografie: Der Eintritt einer chronischen Krankheit wird von den Betroffenen häufig als eine „Zäsur“, die das Leben in ein „vorher“ und „nachher“ teilt, erlebt. Oft ist der eigene Lebensentwurf nicht mehr tragfähig und lebbar. Die Anpassung des Lebensentwurfes unter die Bedingung von „chronisch krank sein“ und die Ausbildung einer Identität, die der aktuellen Situation entspricht, stellen die zentralen Aufgaben für den Betroffenen dar (vgl. Schaeffer, Moers 2000, 452).

Krankheitsbedingte Anpassungs- und Handlungsherausforderungen haben eine einschneidende Veränderung des Lebensstils zur Folge. Weil das Krankheitsgeschehen nicht stabil ist, ist auch die Anpassungsarbeit nie abgeschlossen. Diese bezieht sich darauf, das Alltagsleben mit den Auswirkungen von Krankheitssymptomen und Störungen der Befindlichkeit zu gestalten. Im Verlauf der Erkrankung werden die betroffenen Menschen zu „Experten in eigener Sache“. Sie eignen sich Wissen über die Krankheit an, erlernen therapeutische oder spezielle selbstpflegerische Fertigkeiten, wie das Injizieren von Medikamenten oder die Durchführung von speziellen therapeutischen Maßnahmen. Sie orientieren sich im Versorgungswesen und informieren sich über Hilfsangebote. Daneben müssen sie lernen, die Signale ihres Körpers wahrzunehmen, sie zu deuten und wenn notwendig, entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Störungen des Alltagslebens ergeben sich aus der Integration der Krankheit an die Alltagsroutine. Gleichzeitig muss diese an die Erfordernisse der Krankheit angepasst werden. Für Betroffene stellt die Normalität des Alltags eine wichtige Ressource zur Verarbeitung der krankheitsbedingten Veränderungen dar. Die Abstimmung der Alltagsroutine auf die neuen Bedingungen ist äußerst sensibel und nur soweit möglich, als es mit der subjektiven Vorstellung von Lebensqualität vereinbar ist. Eine ungenügende Anpassung des Alltags ist eine Gefahrenquelle in Bezug auf den Krankheitsverlauf. Ein Diabetiker, der seine Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten, die Blutzuckermessung und die Insulinverabreichung nicht in seinen Alltag integrieren kann, läuft Gefahr, dass sein

Zuckerstoffwechsel entgleist und Komplikationen auftreten. Die Gestaltung des Alltagslebens, das der Krankheit angemessen ist und trotzdem Lebensqualität für den Betroffenen bedeutet, ist daher ein wesentlicher Aspekt bei der Bewältigung chronischer Krankheit.

Veränderungen des Familienlebens und des sozialen Gefüges: Wie für den Betroffenen, stellt auch für die Familie der Eintritt einer chronischen Erkrankung eine „Zerreißprobe“ dar (vgl. Gerhardt 1986, 47). Durch die Auswirkungen der Krankheit verändern sich Rollen und Interaktionen im Alltag, was zu einer Irritation des Alltagslebens führt. Eine „neue Ordnung“ in der Familie herzustellen, ist eine Aufgabe, die sich allen Betroffenen stellt.

Verwiesenheit auf das professionelle Versorgungswesen: In Abhängigkeit von der Krankheitsentwicklung und ihrem Verlauf ist mehr oder weniger Abhängigkeit vom Gesundheitssystem gegeben. Mit dem Fortschreiten der Erkrankung wird die Abhängigkeit vom professionellen Versorgungssystem größer. Sich im Versorgungssystem zu bewegen, ist für chronisch kranke Menschen häufig eine neue Erfahrung, für die ihnen die notwendige Expertise fehlt. Zudem sehen die Akteure im Gesundheitssystem die Krankheit „isoliert“ vom Alltagsleben der Betroffenen (vgl. Schaeffer, 1997, 84). Das hat zur Folge, dass für betroffene Menschen und Pflegende unterschiedliche Kriterien gelten, was die Relevanz von notwendigen Maßnahmen betrifft. In Abhängigkeit davon gibt es auch divergierende Auffassungen darüber, welche Art der Unterstützung durch professionell Pflegende und das Gesundheitssystem notwendig und hilfreich ist. Dadurch kann es zur Fehl-, Über- oder Unterversorgung und zu einer fehlenden Kontinuität der Versorgung kommen (vgl. Schaeffer, Moers 2000, 460f).

Die beschriebenen Anforderungen an die Bewältigung chronischer Krankheit durch die Betroffenen können als Stressoren im Sinne Antonovskys gesehen werden. Wie der Mensch mit Stressoren umgehen kann, wie viel Wohlbefinden und Gesundheit ihm möglich ist, ist abhängig davon, welche Ressourcen ihm zur Verfügung stehen. Verfügbare Ressourcen zur Bewältigung finden sich in der Biografie und im sozialen Umfeld des Menschen. Wieweit das Gesundheitssystem zu einer Ressource wird, ist von der Form der Versorgung abhängig.

Chronische Krankheit aus dem Blickwinkel der Salutogenese

Chronisch kranke Menschen lernen mit bedingter Gesundheit zu leben. Je nachdem, ob sie sich im Krankheitsverlauf in einer Phase der Stabilität oder in einer Phase akuter Verschlechterung befinden, bewegt sich ihre Position auf dem HEDE Kontinuum mehr Richtung Gesundheit oder mehr Richtung Krankheit. Sie erleben Phasen relativer Gesundheit, bewältigen ihren Alltag und lernen mit veränderten Lebensbedingungen zu leben. Die Erfahrung, dass der eigene Körper unberechenbar und die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, kann das Kohärenzgefühl beeinträchtigen. Das

Bewältigungshandeln, das „der Reparatur des beschädigten Lebens“ (vgl. Schaeffer, Moers 2008, 18) dient, kann auch als Versuch gesehen werden, das Kohärenzgefühl zu stabilisieren. Unterstützende Maßnahmen, die das Bewältigungshandeln optimieren und dadurch das Kohärenzgefühl stabilisieren, sowie die Verfügbarkeit von Ressourcen sind wesentliche Aspekte bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Anforderungen. Sie können als Voraussetzung dafür gesehen werden, dass chronisch kranke Menschen Gesundheit erleben können.

Implikationen für die Pflege

In fast allen Bereichen der Versorgung, intra- und extramural, sind chronisch kranke Menschen die Mehrheit der Patientinnen und Patienten. Pflegende haben in ihrer Versorgung und Betreuung eine Schlüsselrolle. Angela Barron McBride (1997, 19f) betrachtet die Pflege chronisch Kranker als „Herzstück“ der Pflege. Das Krankheitsgeschehen wird auch durch das Handeln der beteiligten Akteure bestimmt. Sie haben Einfluss darauf, ob Menschen ihre Aufmerksamkeit auf die Krankheit und ihre Symptome oder auf Wohlbefinden richten (vgl. Paterson 2001, 25).

Dass betroffene Menschen das eigene Leben wieder verstehen, es als handhabbar erleben und ihm auf irgendeine Weise auch Sinn abringen können, kann als übergeordnetes Ziel aller Interventionen und Unterstützungsangebote gesehen werden. Dazu ist es notwendig, dass betroffene Menschen sich in der Versorgungslandschaft des Gesundheitssystems orientieren können und die Unterstützungs- und Versorgungsangebote zu nutzen wissen. Neben medizinischen Daten sind die aktuelle Befindlichkeit, die subjektiv erlebte Lebensqualität, die Stärken, Ressourcen und Kompetenzen der Person bedeutsam, um ihre Positionierung auf dem HEDE Kontinuum einzuschätzen und das Unterstützungsangebot darauf abzustimmen (vgl. Franke 2006, 160). Patientenbezogene Angebote der Selbstbefähigung und Schulung müssen sich an den unterschiedlichen Phasen der Krankheit orientieren. Sie sind als langfristige, begleitende Maßnahme zu sehen, die im Sinne der Ressourcenförderung und Stabilisierung auch Familien und pflegende Angehörige einschließt.

6.2 Gesundheit im Kontext von Alter und Gebrechlichkeit

Derzeit sind 23% der Österreicher älter als 60 Jahre, bis 2030 soll dieser Anteil auf 30% steigen. Dann wird jeder neunte Österreicher älter als 75 Jahre sein (Statistik Austria 2009). Das bedeutet, dass die Anzahl der zu betreuenden alten Menschen stetig steigt. Für die Gesundheitsversorgung und die professionell Pflegenden ergeben sich dadurch neue Herausforderungen. Das Alter ist eine Lebensphase, die einen lebenslangen Prozess des Alterns abschließt. Daher ist jede Abgrenzung eines Lebensabschnittes "Alter" im engeren Sinn willkürlich und nicht wirklich möglich. Alterungsprozesse stehen in engem

Zusammenhang mit der Biografie und mit biologischen, sozialen und ökonomischen Bedingungen. Demzufolge gibt es große interindividuelle Unterschiede sowohl im körperlichen als auch im psychisch-sozialen Bereich (von dem Knesebeck 1998, 151).

Die in der Literatur getroffene Unterscheidung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter (vgl. Baltes 1999, 443ff) gibt eine Orientierung in Bezug auf den Gesundheitszustand alter Menschen. Das *dritte Lebensalter* bezeichnet die Zeitspanne zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr. Ohne individuelle Unterschiede zu berücksichtigen, befindet sich die Mehrzahl der Menschen im dritten Lebensalter in einem zufriedenstellenden Gesundheitszustand. Obwohl die körperliche Leistungsfähigkeit zurückgeht und das Risiko an einer chronischen Krankheit zu erkranken steigt, sind die meisten Menschen dieser Altersgruppe unabhängig von Hilfe und Pflege. Das *vierte Lebensalter* bezeichnet die über 80jährigen. Das Risiko, eine oder mehrere chronische Krankheiten zu erleiden und dauerhaft hilfe- und pflegebedürftig zu werden, nimmt in diesem Alter drastisch zu. Zum einen kommen körperliche Funktionseinschränkungen und Leiden zum Tragen, zum anderen kommt es auch zu einem häufigeren Auftreten von psychoorganischen Krankheiten, wie der Demenz. Die Gefahr, nahe stehende Personen oder den Lebenspartner zu verlieren steigt, dadurch erhöht sich das Einsamkeitsrisiko. Es kann gesagt werden, dass das vierte Lebensalter gekennzeichnet ist durch eine Anhäufung von Herausforderungen und Verlusten (vgl. Kruse 2008, 15f).

Wie kann vor dem Hintergrund dieser Tatsachen Gesundheit im Alter definiert werden? Die WHO definiert Gesundheit als eine Ressource, die es Menschen erlaubt, ein individuelles, sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Entsprechend der Ottawa Charta müssen psychosoziale Komponenten, wie die Fähigkeit zur Konfliktlösung, Zutrauen in die eigene Person, sowie Streben nach einem erfüllten Leben, einbezogen werden. In Anlehnung daran betont Kuhlmeier (2008, 89), dass Gesundheit im Alter nicht Abwesenheit von Krankheit bedeutet, sondern in enger Verbindung mit der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität steht. Von dem Knesebeck (1998) weist in seiner Arbeit darauf hin, dass neben dem funktionalen Status, die Fähigkeit, seinen Alltag bewältigen zu können, maßgeblich dafür ist, wie gesund sich alte Menschen wahrnehmen. Gesundheitsförderung im hohen Alter zielt daher auf die Optimierung von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit und die Aufrechterhaltung von Unabhängigkeit und Produktivität (vgl. Dorner, Rieder 2008, 321).

Erfolgreiches Altern

Der Begriff des "erfolgreichen Alterns" wurde im 20. Jahrhundert geprägt und aus verschiedenen Perspektiven beschrieben. Es wird als erfolgreiche Anpassung an spezifische Veränderungen und Verluste im Alter beschrieben und schließt auch Entwicklung und Wachstum ein.

Modell der selektiven Optimierung und Kompensation (SOK)

Die Entwicklungspsychologen Margret und Paul Baltes haben mit ihren Forschungsarbeiten den Begriff des erfolgreichen Alterns wesentlich geprägt. Baltes (1999) hat dem erfolgreichen Altern die Fähigkeiten der Optimierung, der Selektion und der Kompensation zugeordnet. Diese ermöglichen trotz schwindender adaptiver Kräfte bei fortschreitendem Alter Wachstum und Lebenszufriedenheit. Selektion beschreibt die Wahl aus den vorhandenen Möglichkeiten, das (Lebens)Ziel, das der alte Mensch verwirklichen will. Bedeutend erscheint in diesem Zusammenhang, dass neben der freiwilligen Wahl des Zieles oft das Leben oder der kranke Körper vorgibt, was (noch) gewählt werden kann. Optimierung stellt die Suche nach den Möglichkeiten dar, die zur Erreichung des Ziels herangezogen werden können. Kompensation beschreibt die Anpassung, die erfolgt, wenn Ressourcen verloren gehen und der Verlust der Anpassungsfähigkeit bestimmte Handlungen nicht mehr zulässt. Die Komponenten Optimierung, Selektion und Kompensation können jeglicher Entwicklung im Lebenslauf zugeordnet werden. Im Laufe des Lebens werden sie jedoch unterschiedlich bedeutsam. Im Alter nimmt die Bedeutung von Optimierung und Kompensation zu. Vielfältige Verluste benötigen eine Veränderung der Wege zum Ziel und eine flexible Auswahl der Mittel. Baltes weist darauf hin, dass auch das hohe Alter gut gestaltet werden kann, wenn es gelingt, die Ziele (Selektion) mit den vorhandenen Möglichkeiten (Optimierung), den zur Verfügung stehenden Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten (Kompensation) in Einklang zu bringen. Durch selektive Optimierung und Kompensation ist es alten Menschen möglich, für sie wichtige Lebensaufgaben zu bewältigen, auch wenn sich die biologischen und mentalen Kapazitäten verringern (vgl. Baltes, Baltes 1989, 9). Das Finden alternativer Möglichkeiten sowie die Aktivierung und Inanspruchnahme von Hilfe, sind Mittel zur Kompensation, wenn die vorhandenen Fähigkeiten nicht mehr ausreichen. Eine Begleitperson, die es zum Beispiel möglich macht, das Haus zu verlassen, kompensiert fehlende körperliche oder geistige Fähigkeiten und hilft soziale Kontakte aufrecht zu erhalten.

Alter und Gebrechlichkeit aus dem Blickwinkel der Salutogenese

Antonovsky geht davon aus, dass lebende Organismen im Laufe ihres Lebens auf mehr Entropie² zugehen, was in letzter Konsequenz zum Tod des Organismus führt. Diese Bewegung in Richtung Entropie wird im Alter durch die Zunahme von biologischen, sozialen und psychologischen Veränderungen deutlich. Physiologische Funktionseinbußen, ein erhöhtes Risiko zu erkranken und gravierende Lebensveränderungen, wie der Eintritt in den Ruhestand, der Tod des Lebenspartners oder der Einzug in eine Betreuungseinrichtung

² Entropie bezeichnet das Maß für die Unordnung in einem System; die Tendenz auf Unordnung und Zerfall zuzugehen, wenn dem nicht durch Anpassungsleistungen entgegengearbeitet wird (vgl. Franke 2006, 159).

seien hier nur beispielhaft genannt. Sich mit diesen Stressoren in der Weise auseinanderzusetzen, dass es im System zu mehr Ordnung und zu mehr Gesundheit kommt, verlangt von alten Menschen Anpassungsleistungen. Wie gut sie in der Lage sind, diese zu erbringen, ist abhängig davon, wie gut ihr Kohärenzgefühl ist und welche Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl können trotz körperlicher und sozialer Altersveränderungen ein relativ hohes Maß an Ordnung herstellen und dadurch Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit aufrechterhalten (vgl. Wiesmann, Rölker, Hannich, 2004, 371).

Senioren im *dritten Lebensalter* verfügen zumeist über ein gutes und stabiles Gesundheitsniveau. Es gelingt ihnen, sich auch nach Erkrankungen oder Funktionseinbußen wieder dem Gesundheitspol auf dem HEDE Kontinuum anzunähern. Für "junge Alte", die sich in einem relativ guten Gesundheitszustand befinden, gibt es viele Möglichkeiten, die Komponenten des Kohärenzgefühls zu stärken. Angebote, wie altersgerechte Sportarten oder Entspannungsprogramme, können Senioren dabei helfen, neue Fähigkeiten zu erlernen die es ihnen ermöglichen, mit Stressoren im Alter besser umzugehen und damit die Komponente der Handhabbarkeit stärken (Wiesmann et al 2006, 97f). Lövdén, Ghisletta und Lindenberger (2005, 431f) betonen die Bedeutung von sozialer Teilhabe und Engagement für die Gesundheit im Alter. Mehr Engagement führt nicht nur zu mehr körperlicher Aktivität, einer gesünderen Ernährung, sondern auch zu mehr Kompetenzen im Alter.

Das "*vierte*" *Lebensalter* ist geprägt von vielfältigen Verlusten. Kennzeichnend für diese Lebensphase sind häufig nicht nur Gebrechlichkeit, sondern auch Isolation, Einsamkeit und Pflegebedürftigkeit. Dementsprechend bewegen sich die alten Menschen auf dem HEDE Kontinuum immer mehr Richtung "Ent-Gesundheit". Ungeachtet dessen erleben viele hochaltrige Menschen einen zufriedenen Lebensabend. Entscheidend dafür scheint die Gesamtsituation zu sein, in der sich ein alter Mensch befindet. Ein hohes Kohärenzgefühl gilt als bedeutsam für erfolgreiches Altern und dafür, wie gut Menschen ihre subjektive Gesundheit einschätzen (vgl. Martin, Rott 2000, 91f). Für sehr alte Menschen ist die Unterstützung bei der Kompensation von körperlichen, psychischen und sozialen Einschränkungen eine Möglichkeit, das Kohärenzgefühl zu stärken.

Implikationen für die Pflege

Eine zentrale Aufgabe für professionell Pflegende bei der Pflege alter Menschen stellt die Förderung und Erhaltung von Ressourcen dar. Ein Verlust oder Abbau von Ressourcen wirkt sich nachteilig auf die Alltagsbewältigung aus und hat einen schlechteren Gesundheitszustand zur Folge (vgl. Kuhlmeier 2008, 88).

Die beschriebenen Veränderungen machen deutlich, dass es eine schwere Aufgabe für Menschen ist, sehr alt zu werden. Das Leben mit physiologischen Abbauprozessen,

Verlusterlebnissen, Krankheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit kann die Anpassungsfähigkeit und die Widerstandsressourcen eines Menschen überfordern. Der Verlust von adaptiver Kapazität im Alter erschwert die Anpassung an veränderte körperliche, soziale und umweltbedingte Gegebenheiten und macht kompensatorische Unterstützungsangebote notwendig (vgl. Baltes, Baltes 1989, 8). In solchen Situationen ist es auch Aufgabe der Pflegenden, die Stabilisierung des erschütterten Kohärenzsinn durch adäquate Pflegeangebote zu unterstützen (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 376). Eine sichere und verlässliche Pflegebeziehung, Wahrhaftigkeit im Umgang mit dem alten Menschen, das Vermitteln von Hoffnung, Autonomie stärkende Maßnahmen, wie eine gute und für den alten Menschen verständliche Aufklärung, können als kohärenzfördernde Maßnahmen in dieser Lebensphase gesehen werden (vgl. Wiesmann et al 2004, 373). Im Sinne Antonovskys kommt Pflegenden die Rolle der „legitimierten Anderen“ zu, indem sie Pflegemaßnahmen für den betroffenen Menschen, im Sinne einer Unterstützung oder vollständigen Übernahme der Selbstpflege, durchführen (vgl. Antonovsky 1997,35). Diese können auch das erschütterte Kohärenzgefühl unterstützen, wenn sie für den alten Menschen versteh- und nachvollziehbar sind. Entscheidend erscheint, wie pflegerische Maßnahmen ausgeführt werden. Sie können wohltuend oder zumindest erträglich sein oder Stress verursachen und damit für den betroffenen Menschen zu einem zusätzlichen Stressor werden. Dabei wirkt die Kompetenz der Pflegepersonen auch darauf, wie gut das Pflegeangebot angenommen werden kann (vgl. Zegelin 2005, 285).

Kapitel III: Konstruktion des Begriffes „Gesundheitspflege“

Die vorangegangenen Ausführungen zu chronischer Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit geben deutliche Hinweise darauf, was Gesundheitspflege sein kann. Um den Begriff weiter zu differenzieren, werden in der Folge Konzepte beschrieben, die in der deutschsprachigen pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur mit dem Begriff „Gesundheitspflege“ assoziiert werden. Folgende Konzepte werden in dieser Arbeit zur Konstruktion des Begriffes Gesundheitspflege herangezogen: Gesundheitskompetenz, Selbstpflege, Empowerment, Selbstmanagement, Gesundheitsförderung und Prävention, sowie das Konzept salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung von Marianne Brieskorn-Zinke. Die Konzepte Basale Stimulation®, Bobath Konzept® und Kinästhetik® werden wie die Beiträge zur Familiengesundheitspflege und präventiven Hausbesuchen in dieser Arbeit nicht explizit berücksichtigt. Sie fließen aber, wo es sinnvoll und notwendig erscheint, in die Abhandlung ein.

Im Anschluss an die Betrachtung der Konzepte werden bestimmende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege formuliert und den unterschiedlichen Interventionsebenen zugeordnet. Interventionen auf der *Mikroebene* sind spezifisch auf das Individuum abgestimmt. Auf der *Mesoebene* werden Interventionen für bestimmte Zielgruppen im Gruppensetting beschrieben. Auf der *Makroebene* sind Interventionen auf politischer Ebene, in Organisationen, Städten, Schulen und anderen Institutionen verankert (vgl. Fichten 1998, 15). Grundlage für die Auswahl der Merkmale sind die Ottawa Charta (Selbstbestimmung und Partizipation) und das Salutogenesemodell (Stärkung des Kohärenzgefühls und Ressourcenorientierung).

Am Beginn der Darstellung steht das Konzept „Gesundheitskompetenz“. Einerseits ist Gesundheitskompetenz Voraussetzung für gesunde Entscheidungen und die Nutzung von gesundheitsfördernden Angeboten. Auf der anderen Seite ist sie in ihrer speziellen Ausprägung als PatientInnenkompetenz, auch als übergeordnetes Ziel gesundheitsfördernder Interventionen, wie sie in den nachfolgenden Konzepten beschrieben werden, zu sehen (vgl. Sommerhalder, Abel 2007, 6).

7 Gesundheitskompetenz

Beinahe alle Lebenssituationen haben Einfluss auf unsere Gesundheit. Entscheidungen, welche die Gesundheit betreffen, werden in alltäglichen Lebenssituationen getroffen, beim Einkaufen, bei der Auswahl von Freizeitaktivitäten oder bei der Berufswahl. Der Begriff der Gesundheitskompetenz stellt im wissenschaftlichen Kontext ein neues Konzept dar. In der pflegerischen Literatur wird es erst in den letzten Jahren beschrieben (vgl. Speros 2005;

Ricka, Stutz Steiger, König 2007). Gesundheitskompetenz leitet sich vom englischen Begriff Health Literacy ab. Ursprünglich wurde der Begriff als Gesundheits-Alphabetisierung übersetzt, er umfasst Grundfertigkeiten wie Lesen, rechnerische Fähigkeiten und das Verarbeiten und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen. Die WHO hat den Begriff um den Aspekt des aktiven und konstruktiven Umgangs mit gesundheitlicher Information erweitert. Menschen erwerben Gesundheitskompetenz im Laufe des Lebens; ihre Ausprägung ist eng mit den Bedingungen, unter denen sie heranwachsen und leben, verbunden. Die Gesundheitserziehung in der Familie und Gesundheitsbildungsangebote in Schulen und in Betrieben sind wesentlich mit der Ausbildung und Verbesserung von Gesundheitskompetenz verbunden (Sommerhalder, Abel, 2007, 8). Neben Alltagswissen ist spezifisches Wissen, wie das Wissen um Einflussfaktoren auf die Gesundheit und ihre Veränderung, Teil wissensbasierter Gesundheitskompetenz.

7.1 Definition und Ziel von Gesundheitskompetenz

"Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health" (WHO 1998 ,10).

Gesundheitskompetenz beschreibt die wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Sie umfasst alltagspraktisches Wissen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit, mit dem eigenen Körper und mit gesundheitsprägenden sozialen Lebensbedingungen (vgl. Abel, Bruhin 2003, 129).

Ziel von verbesserter Gesundheitskompetenz ist, dass Menschen ihre Lebensbedingungen verstehen und die Zuversicht bekommen, dass sie diese beeinflussen können. Die Gesundheitskompetenz zu verbessern kann als ein Teil von Empowermentprozessen gesehen werden (Sommerhalder, Abel 2007, 5); gleichzeitig können durch verbesserte Gesundheitskompetenz Empowermentprozesse vorangetrieben werden, indem sich Menschen beispielsweise auf gesellschaftlicher Ebene für Gesundheitsanliegen engagieren.

7.2 Ausprägung von Gesundheitskompetenz

Die Definitionen machen deutlich, dass Gesundheitskompetenz in engem Zusammenhang mit sozioökonomischen und gesellschaftlichen Faktoren, wie etwa Bildung oder Einkommen zu sehen ist. Kickbusch (2006) beschreibt fünf Kompetenzbereiche. Diese beziehen sich auf die persönliche Gesundheit, die Orientierung im Gesundheitssystem, das Konsumverhalten, die Arbeitswelt und die Gesundheitspolitik.

Die Kompetenz zur persönlichen Gesundheit impliziert Grundkenntnisse in Bezug auf die Gesundheit. Das sind Wissen und Anwendung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen, Selbstpflege, die Betreuung der Familie oder Maßnahmen zur Ersten Hilfe. Kompetenzen zur Systemorientierung umfassen die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber den Gesundheitsberufen als kompetenter Partner aufzutreten. Gesundheitskompetente Konsumenten sind in der Lage, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu treffen. In der Arbeitswelt sind sie fähig, sich selbst vor Gesundheitsschädigungen zu schützen und für Sicherheit und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzutreten. Der Aspekt der Gesundheitspolitik betrifft das informierte, gesundheitspolitische Handeln, wie die Mitarbeit in Patientenorganisationen oder die Stellungnahme zu Gesundheitsfragen (vgl. Kickbusch 2006, 70 f).

Gesundheitskompetenz stärkt die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen und Gesundheitsinformationen zu finden, diese zu verstehen und in Handeln umzusetzen. Nach Nutbeam können die funktionale, die interaktive und die kritische Gesundheitskompetenz unterschieden werden (vgl. Nutbeam 2000, 263f).

Die **funktionale Ebene** beinhaltet Grundkompetenzen im Lesen und Schreiben, die es einer Person ermöglichen, einfache Informationen zur Gesundheit zu verstehen. Mit funktionaler Grundkompetenz lassen sich Informationen über gesunde Lebensmittel oder mediale Botschaften zur Prävention erfassen. Auch das Verstehen von Anordnungen zur Einnahme eines Medikamentes, das Lesen des Beipacktextes oder das Finden eines Arztes im Telefonbuch werden hier zugeordnet.

Auf der **interaktiven Ebene** werden fortgeschrittene soziale und kognitive Fertigkeiten beschrieben. Sie ermöglichen es einer Person, sich gesundheitsrelevante Informationen aus verschiedenen Quellen zu beschaffen, zu verarbeiten und sie im Alltag anzuwenden. Die Interaktion mit den Akteuren des Gesundheitsversorgungssystems oder der Austausch mit anderen Nutzern des Systems sind weitere Aspekte (vgl. Spycher 2006, 14f). Die interaktive Gesundheitskompetenz kann im Zusammenhang mit Gesundheitsförderungsprojekten unterstützt und auch aktiv genutzt werden. Personen aus den Zielgruppen können zur Mitarbeit in Projekten herangezogen werden und die Botschaften der Projekte in ihrem Umfeld vermitteln (vgl. Duetz, Abel 2004, 32).

Die **kritische Gesundheitskompetenz** umfasst fortgeschrittene kognitive und soziale Fertigkeiten, die für die kritische Analyse von Informationen eingesetzt werden können. Sie geht mit Empowermentprozessen einher, die Menschen befähigen, eine Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu treffen. Sie sind dabei in der Lage, das Risiko, Vor- und Nachteile von verschiedenen Optionen abzuwägen und die gewählte Maßnahme an ihre Alltagsbedingungen anzupassen. Auch die Bereitschaft, Empfehlungen in Zusammenhang

mit gesundheitsbezogenen Angeboten zu befolgen, sich compliant zu verhalten, ist ein Aspekt kritischer Gesundheitskompetenz.

Personen mit ausgeprägter Gesundheitskompetenz sind in der Lage, mit den Akteuren des Gesundheitssystems in Kontakt zu treten, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und ihren Standpunkt in Entscheidungsprozessen einzubringen. Fehlen Basisfertigkeiten wie Lesen und Rechnen, haben Menschen deutlich schlechtere Chancen ein gesundes Leben zu führen. Auch ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Einkommen, niedrigem Bildungsgrad, Arbeitslose und Personen, die die Sprache des Gesundheitsversorgers nicht sprechen, werden als Risikogruppen für eingeschränkte Gesundheitskompetenz beschrieben (vgl. Weiss 2003, 14).

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind häufiger krank und können Krankheiten weniger gut bewältigen. Es kann davon ausgegangen werden, dass kranke Menschen mit hoher Gesundheitskompetenz früher gesund werden und nachhaltiger gesund bleiben (Stutz Steiger, Spycher 2006, 14). Unzureichende Gesundheitskompetenz steht weiters in Zusammenhang mit einem schlechteren Gesundheitszustand und einer häufigeren oder inadäquaten Nutzung des Gesundheitssystems (vgl. Baker, Gazmararian, Williams, Scott, Parker, Green, Ren, Peel 2004, 218). Andere Autoren verbinden damit eine (zweifach) erhöhte vorzeitige Mortalität (vgl. Sudore, Yaffe, Satterfield, Harris, Mehta, Simonsick, Newman, Rosano, Rooks, Rubin, Ayonayon, Schillinger 2006, 806).

Mit **PatientInnenkompetenz** wird eine Form von Gesundheitskompetenz beschrieben, die notwendig ist, um spezifische Anforderungen in Zusammenhang mit Krankheit zu bewältigen. Sie beschreibt, wie Menschen in der Lage sind, ihre Rolle als Patient wahrzunehmen und die Angebote des Gesundheitssystems sinnvoll zu nutzen (Sommerhalder, Abel 2007, 6). Bei der Bewältigung von chronischer Krankheit befähigt Patientenkompetenz Menschen, unter neuen und sich ändernden gesundheitsbezogenen Umständen durch den Gebrauch von kognitiven und sozialen Fähigkeiten passend zu agieren und gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen (vgl. Speros 2005, 633). In Entscheidungsprozessen, die bei der Bewältigung chronischer Krankheit notwendig sind, sind die betroffenen Menschen in der Lage, eigene Bedürfnisse und Ziele zu berücksichtigen und personale und soziale Ressourcen zu nutzen (Weis, Giesler 2004, 133f). Neben den persönlichen Fähigkeiten sind die im Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Ressourcen bedeutsam für die Gesundheitskompetenz des Patienten (vgl. Wang, Schmid 2007, 3).

7.3 Bedeutung der Gesundheitskompetenz für die professionelle Pflege

Gesundheitskompetenz ist eine Voraussetzung dafür, dass selbstpflegerische, therapeutische, gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahmen verstanden und umgesetzt werden (vgl. Stutz Steiger, Spycher 2006, 16). Die Ausprägung der

Gesundheitskompetenz steht in enger Verbindung mit dem Bildungsgrad. Dieser ist von Pflegenden nicht direkt zu beeinflussen. Es liegt aber an den Pflegenden, zu verhindern, dass der Patient durch mangelnde Kompetenz Schaden erleidet. Sinnvolle pflegerische Interventionen orientieren sich am Wissen, den Erfahrungen und Problemen des betroffenen Menschen, sie beziehen seine Sicht bei der Formulierung der Probleme und der Suche nach Lösungen ein (vgl. Döhner 2001, 52f).

Pflegerische Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitskompetenz

Pflegende können durch edukative Maßnahmen, wie Information, Patientenschulung und Beratung die gesundheitsbezogene Kompetenz der Menschen verbessern. Das bezieht sich sowohl auf gesunde Menschen, als auch auf kranke oder alte Menschen. Die Kompetenz der Nutzer kann verbessert werden, wenn Information und Unterstützung der Menschen an den Grad ihrer Gesundheitskompetenz angepasst sind. Das bewirkt auch, dass nachteilige Auswirkungen eines schlechteren Bildungsniveaus und sozialer Ungleichheiten auf die Gesundheit gemildert werden (vgl. Duez, Abel 2004, 35). Speros (2005, 638) empfiehlt Pflegenden im Umgang mit Risikogruppen, die Sprache bei gesundheitsbezogenen Informationen an jene der Patienten anzupassen und keine medizinischen Fachausdrücke zu verwenden. Transkulturelle Kompetenz von Pflegenden und muttersprachliche Informationen unterstützen die Gesundheitskompetenz und die Handlungsfähigkeit von Migranten und Migrantinnen. Der Umfang der in einer Pflegesituation gegebenen Informationen soll begrenzt werden und sprachliche Ausführungen durch Abbildungen oder andere visuelle Medien unterstützt werden. Ein Klima des Vertrauens und der Wertschätzung hilft dem Patienten zu artikulieren, dass er etwas nicht verstanden hat. Das verhindert auf Missverständnissen basierende gesundheitliche Schäden, wie sie beispielsweise aus einer falschen Einnahme von Medikamenten entstehen können.

Im Konzept Gesundheitskompetenz werden Basiskompetenzen beschrieben, die Menschen Entscheidungen für ein gesundes Leben ermöglichen. Das Ausmaß der Gesundheitskompetenz hat Auswirkungen darauf, ob eine angemessene Selbstpflege möglich ist. Für die Definition von Gesundheitspflege bedeutet das, dass pflegerische Angebote an die Gesundheitskompetenz der Menschen angepasst werden. Das setzt voraus, dass Pflegende in der Lage sind, die Gesundheitskompetenz von Patienten einzuschätzen und ihr Angebot entsprechend anzupassen. Damit können sie gleichzeitig die Gesundheitskompetenz und die Gesundheit der Patienten verbessern. Daraus können für die Definition von Gesundheitspflege folgende bestimmende Merkmale abgeleitet werden (siehe Abbildung 1).

Bestimmende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept der Gesundheitskompetenz		
Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
Einschätzung der Gesundheitskompetenz der Patienten	Patienten Zugang zu Informationen verschaffen	Vermittlung von Basiskompetenzen auf Public Health Ebene (Bildungssystem)
Abstimmung des Pflegeangebotes auf die Gesundheitskompetenz	Befähigung zur Beurteilung von Informationen, ggf. Unterstützung	Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen
Ermutigung von Patienten verschiedene Informationsquellen zu nutzen		
Orientierung im Gesundheitssystem geben		

Abbildung 1: Bestimmende Merkmale für Gesundheitspflege aus dem Konzept der Gesundheitskompetenz

8 Selbstpflege

Die von Dorothea E. Orem entwickelte Selbstpflegedefizit-Theorie gehört zu den einflussreichsten Pflegetheorien im deutschsprachigen Raum (vgl. Brieskorn-Zinke 2009, 170). Den konzeptuellen Rahmen bilden drei Theorien die miteinander in Beziehung stehen. Es sind dies die Theorie der Selbstpflege, die Theorie des Selbstpflegedefizits und die Theorie des Pflegesystems. Diese Konzepte basieren auf der zentrale Annahme, dass (a) jeder Mensch Selbstpflege betreibt und (b) sich die Selbstpflegehandlungen jedes Menschen nach seinem Selbstpflegebedarf, seinen Selbstpflegekompetenzen und nach beeinflussenden Umweltfaktoren richten (vgl. Orem 1997, 112 ff). In diesem Kapitel wird die Theorie der Selbstpflege als pflegetheoretische Grundlage für Gesundheitsförderung beschrieben (vgl. Brieskorn-Zinke 2009, 170).

In ihrer Theorie unterscheidet Orem zwischen **Gesundheit und Wohlbefinden** als zwei verschiedene menschliche Zustände, die in Zusammenhang stehen. Sie verwendet den Begriff „Gesundheit“ für einen Idealzustand funktioneller und struktureller Ganzheit oder Unversehrtheit (vgl. Orem 1997, 106f). Mit Gesundheitsabweichung werden Krankheit oder Verletzungen körperlicher oder mentaler Art bezeichnet (vgl. Dennis 2001, 190). Mit Wohlbefinden wird der wahrgenommene Zustand einer Person beschrieben. Wohlbefinden schließt Erfahrungen von Zufriedenheit, Freude, glücklich-Sein, geistige Erfahrungen und die

persönliche Entwicklung ein (vgl. Orem 1997, 509). Wohlbefinden steht in Zusammenhang mit Gesundheit und ausreichenden Ressourcen, wobei Orem (1997, 109) darauf hinweist, dass Wohlbefinden auch unter den Bedingungen von Krankheit oder in Notsituationen möglich ist.

8.1 Theorie der Selbstpflege

Selbstpflege ist nach Orem ein erlerntes und zielgerichtetes Handeln, welches von einer Person für sich selbst ausgeführt wird. Selbstpflege läuft in zwei Phasen ab. (1) Der Einschätzung des Selbstpflegebedarfs und der Auswahl einer bestimmten Handlung und (2) dem Ausführen der gewählten Handlung. Die dazu notwendigen Fähigkeiten werden im Laufe der menschlichen Entwicklung erlernt. Eine Selbstpflegehandlung ist effektiv, wenn durch sie das gewünschte Ergebnis erzielt wird. Orem unterscheidet zwischen Selbstpflege und Dependenzpflege (Pflege von Abhängigen). Mit Dependenzpflege wird die Pflege von Personen, die nicht oder nur eingeschränkt zur Selbstpflege fähig sind, definiert. Das sind Säuglinge und Kinder, weil diese sich in einem Stadium der Entwicklung befinden, in dem die Kompetenzen zur Selbstpflege nicht oder nicht vollständig ausgebildet sind. Auch im Alter können die mentalen oder körperlichen Kräfte schwinden und so Dependenzpflege notwendig werden (vgl. Orem, 1997,112f).

Selbstpflegeerfordernisse

Um das Leben, Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten oder zu erreichen, müssen verschiedene Bedürfnisse (bei Orem Selbstpflegeerfordernisse) erfüllt werden. Orem unterscheidet (1) allgemeine, (2) entwicklungsbedingte und (3) gesundheitsbedingte Anforderungen an die Selbstpflege. Die Kategorie der allgemeinen Selbstpflegeerfordernisse bezieht sich auf physische, psychische, soziale und spirituelle Grundbedürfnisse und betrifft alle Menschen in jeder Lebensphase. Sie dienen der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden. Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse sind eine ausreichende Zufuhr von Luft, Wasser und Nahrung, Fähigkeiten in Zusammenhang mit Ausscheidungsprozessen und Ausscheidung. Das Halten des Gleichgewichts zwischen Aktivität und Ruhe und zwischen Alleinsein und sozialer Interaktion; weiter die Abwendung von Gefahren und die Förderung von menschlicher Funktionsfähigkeit und Entwicklung innerhalb von sozialen Gruppen und in Einklang mit menschlichen Fähigkeiten und Grenzen (vgl. Cavanagh 1997, 23).

Die Kategorie der entwicklungsbedingten Selbstpflegeerfordernisse bezeichnet Erfordernisse, die mit verschiedenen Stadien der normalen menschlichen Entwicklung in Zusammenhang stehen. Das ist beispielsweise die Temperaturregulation beim Neugeborenen. Eingeschlossen sind Selbstpflegeerfordernisse, die in Zusammenhang mit der Kompensation und Linderung von die Entwicklung schädigenden Einflüssen auftreten

können. Das können Arbeitslosigkeit, Armut, Behinderung, eingeschränkte Gesundheit, unheilbare Krankheit oder der bevorstehende Tod sein (vgl. Cavanagh 1997, 27).

Gesundheitsbedingte Selbstpflegeerfordernisse entstehen durch eine Krankheit selbst oder sind medizinisch bedingt durch die Behandlung der Krankheit. Dazu gehört das Wahrnehmen und Einschätzen von Symptomen, genauso wie die Fähigkeit, zu entscheiden, wann professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden muss, oder das Ausführen spezieller Maßnahmen bei chronischer Krankheit und die Fähigkeit, damit zu leben (vgl. Orem 1997, 117f). Je nachdem, wie gut diese gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse vom Patienten bewältigt werden, können Wohlbefinden und Gesundheit möglich sein.

Selbstpflegekompetenz

Für eine angemessene Selbstpflege müssen Menschen Situationen beurteilen können und eine Wahl aus verschiedenen möglichen Selbstpflegehandlungen treffen. Sie müssen in der Lage sein, diese Handlungen zu planen und durchzuführen. Orem nennt diese Befähigung Selbstpflegekompetenz. Diese besteht aus einem Bündel von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Orem unterscheidet zehn Komponenten der Selbstpflegekompetenz. Das sind biologische und kognitive Voraussetzungen, wie zum Beispiel die Fähigkeit sich zu bewegen, sich zu informieren und Entscheidungen in Bezug auf die eigene Pflege zu treffen. Weiters Motivation und Selbstpflegefertigkeiten, sowie die Fähigkeit seine Selbstpflege mit dem persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Leben in Einklang zu bringen (vgl. Orem 1997, 242)

Selbstpflegedefizit

Der Begriff Selbstpflegedefizit bezeichnet einen Zustand, in dem der Selbstpflegebedarf größer ist als die Selbstpflegekompetenz. Es gibt verschiedene Gründe, die Menschen an die Grenzen ihrer Selbstpflegekompetenz führen. Das können physische oder mentale Einschränkungen sein oder ein veränderter Selbstpflegebedarf aufgrund von Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit. Auch entwicklungsbedingte Erfordernisse, wenn zum Beispiel ein Familienmitglied pflegebedürftig wird und sich dadurch die Lebensumstände ändern, können die Selbstpflegekompetenz eines Menschen überfordern. Diese Umstände machen professionelle Pflege notwendig. Orem bezeichnet professionelle Pflege als eine spezialisierte Form der Gesundheitspflege, die von professionell Pflegenden konzipiert und durchgeführt wird. Diese setzen ihre Pflegekompetenz für Patienten mit vorhandenen oder zukünftigen Selbstpflege- oder Dependenzpflegedefiziten ein (vgl. Dennis 2001,194).

Dabei werden Pflegende vollkommen oder teilweise kompensatorisch oder unterstützend erzieherisch tätig. Die Pflegekraft kompensiert mangelnde Selbstpflegekompetenz des Patienten. Sie unterstützt und schützt den Patienten und sorgt für eine Umgebung, in der die Entwicklung neuer Selbstpflegekompetenzen möglich ist. Beim teilweise kompensatorischen System kompensiert die Pflegekraft die Einschränkungen des Patienten in Bezug auf seine Selbstpflege. Sie übernimmt einzelne Selbstpflegetätigkeiten für den Patienten oder unterstützt ihn bei der Selbstpflege. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn ein Patient nicht in der Lage ist seine Körperpflege selbständig durchzuführen.

Beim erzieherisch-unterstützenden (oder unterstützend-anleitenden) System ist es Aufgabe der Pflegenden, dem Patienten Wissen und Kompetenzen zur Selbstpflege zu vermitteln, ihn zu beraten und bei Entscheidungsprozessen zu unterstützen (vgl. Cavanagh 1997, 48-52). Das Erlernen neuer Fertigkeiten, wie das Injizieren von Insulin oder eine angemessene Ernährung bei Diabetes mellitus, erfordert das unterstützend-anleitende Eingreifen professioneller Pfleger. Welches Pflegesystem für den Patienten gewählt wird, ist von seinen Selbstpflegerfordernissen und seinen Selbstpflegefähigkeiten abhängig. Alle Interventionen haben das Ziel, den Patienten unabhängig von professioneller Pflege zu machen. Der Patient ist, soweit möglich, in Entscheidungen, die seine Selbstpflege betreffen, eingebunden.

8.2 Definition und Ziel von Selbstpflege

Selbstpflege ist die Fähigkeit einer Person, Aktivitäten die zum Leben, für Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklung notwendig sind, durchzuführen. Das Selbstpflegeverhalten von Menschen ist individuell, gesellschaftlich und kulturell geprägt.

„Selbstpflege ist die Handlung von reifen und heranreifenden Personen, die Fähigkeiten entwickelt haben, sich selbst in ihren jeweiligen Situationen zu versorgen. Menschen, die sich in der Selbstpflege engagieren, verfügen über Handlungsfähigkeiten - die Kompetenz oder das Potential, bewusst tätig zu werden, um interne und externe Faktoren zu regulieren, die ihre eigenen Entwicklungen und Entscheidungen beeinflussen“ (Orem 1997,112)

Ziel der Selbstpflege ist die Aufrechterhaltung des Lebens, der Gesundheit und des Wohlbefindens, die Gewährleistung von Entwicklung und die Aufrechterhaltung von menschlicher Integrität (vgl. Orem 1997, 114).

8.3 Angewandte Methoden zur Unterstützung der Selbstpflege

Orem beschreibt fünf allgemeine Methoden des Helfens, durch die Selbstpflagedefizite kompensiert oder überwunden werden können: Dabei führt die Pflegeperson (1) Handlungen für die Patientin / den Patienten durch, wenn dieser die Handlungen zur Selbstpflege nicht selbst ausführen kann. (2) Sie leitet an und (3) unterstützt, um eine für den Menschen

erfolgreiche Selbstpflegehandlung zu ermöglichen. (4) Sie schafft ein für die Entwicklung günstiges Umfeld und sie (5) unterrichtet, damit der Patient Wissen, Motivation und Fertigkeiten entwickeln kann (vgl. Orem 1997,16ff).

8.4 Bedeutung des Konzepts Selbstpflege für die professionelle Pflege:

Dorothea Orem geht davon aus, dass Menschen grundsätzlich zur Selbstpflege fähig sind und über notwendige Kompetenzen verfügen. Sie beschreibt Selbstpflege als eine grundlegende Handlung, um Leben, Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten oder wieder herzustellen. Damit kann Selbstpflege als eine grundlegende Form von Gesundheitspflege betrachtet werden (vgl. Orem 1997,112).

„Selbstpflege wird als bewusstes Handeln beschrieben, das es Individuen ermöglicht, sich in vielen verschiedenen Stadien von Wohlbefinden oder Gesundheit zu befinden oder von einem Zustand in einen anderen zu wechseln“ (Orem 1997, 132).

Das Konzept betont die Optimierung der Gesundheit auch unter einschränkenden Bedingungen (Brieskorn-Zinke 2009, 172). Wenn es gelingt, die gesundheitsbedingten Selbstpflegeerfordernisse zu erfüllen, können kranke Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen Wohlbefinden erleben (vgl. Orem 1997, 220). Orem richtet dabei ihre Aufmerksamkeit vordergründig auf die Person des Erkrankten und nicht auf die Erkrankung. Die pflegerische Unterstützung richtet sich nach dem Selbstpflegevermögen des Patienten. Entsprechend des Selbstpflegebedarfes greift die professionelle Pflege kompensierend, unterstützend oder anleitend ein. Dabei steht die Autonomie und die Kompetenz des Patienten im Zentrum der Pflege, Eigeninitiative und Selbstbestimmung werden gefördert (vgl. Brieskorn-Zinke 2000, 375). Das scheint im Zusammenhang mit chronischer Krankheit und altersbedingter Gebrechlichkeit richtungsweisend für die Definition und Ausprägung von Gesundheitspflege zu sein. Gesundheitskompetenz kann als Voraussetzung für adäquate Selbstpflege betrachtet werden. Ergänzend zum Konzept Gesundheitskompetenz werden nun bestimmende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege im Konzept Selbstpflege abgeleitet (siehe Abbildung 2).

Vorläufige Definition von Gesundheitspflege		
<p>Merkmale auf der Mikroebene: Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben</p>		
<p>Merkmale auf der Mesoebene: Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen</p>		
<p>Merkmale auf der Makroebene: Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen</p>		
Ergänzende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept der Selbstpflege		
Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
<p>Fördern/erhalten der Selbstpflegekompetenz</p> <p>Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen der Person</p> <p>Förderung von Selbstbestimmung und Eigeninitiative</p> <p>Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung</p> <p>Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen</p> <p>Fokus auf die Person gerichtet, nicht auf die Krankheit</p> <p>Bedürfnisorientierung</p>	<p>Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung)</p> <p>Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen</p>	

Abbildung 2: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept der Selbstpflege

9 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Mit Gesundheitsförderung und Prävention werden zwei Konzepte dargestellt, auf die in der pflegerischen Literatur und Praxis immer wieder Bezug genommen wird. Häufig werden die

Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung, auch wenn sie verschiedene Konzepte beschreiben, in der Praxis vermischt oder synonym gebraucht. Hurrelmann (2004) weist darauf hin, dass die Begriffe „Krankheitsprävention“ und „Gesundheitsförderung“ auch in der Literatur nicht einheitlich verwendet werden. In der Folge werden beide Konzepte beschrieben und der Versuch unternommen, sie voneinander abzugrenzen und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Es werden die Grundannahmen, das Ziel und angewandte Methoden beschrieben. Im Anschluss daran wird die Bedeutung der Konzepte für die Pflege dargestellt.

9.1 Prävention

Der Präventionsbegriff entwickelte sich, ausgehend von der sozialmedizinischen Diskussion zum Zusammenhang von sozialer Hygiene und Volksgesundheit, bereits im 19. Jahrhundert (vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch 2004, 11).

In der Prävention wird von der Grundannahme ausgegangen, dass das Vorhandensein von Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit zu erkranken, erhöht (vgl. Franke 2006, 126f). Demzufolge kann bei Kenntnis von krankheitsverursachenden Bedingungen durch gezielte Interventionen in die Dynamik des Krankheitsverlaufes eingegriffen werden (vgl. Franke 2006, 172). Die präventive Intervention wird eingesetzt um Krankheitsursachen auszuschalten, eine Exposition zu verhindern oder die Abwehr beim Menschen zu verbessern, damit schädigende Einflüsse nicht wirksam werden. Dadurch kann eine Erkrankung verhindert oder der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden. Im präventiven Ansatz sind Menschen vom Expertenwissen der Gesundheitsfachleute abhängig. Es ist Aufgabe der im Gesundheitsbereich Tätigen, Patienten zu motivieren, damit diese mit den Akteuren im Gesundheitswesen kooperieren und sich an (zumeist medizinische) Verordnungen halten (vgl. Naidoo, Wills 2003, 91).

Differenzierung des Präventionsbegriffs

Die gebräuchlichste Differenzierung des Präventionsbegriffes verläuft entlang der Zeitachse in Primär- Sekundär- und Tertiärprävention (Caplan 1964, 16ff). Primärprävention verfolgt das Ziel, die Inzidenz (Anzahl von Neuerkrankungen) bestimmter Krankheiten zu senken. Sie umfasst alle Maßnahmen, die vor dem Auftreten einer Krankheit oder eines unerwünschten Zustandes durchgeführt werden. Das sind medizinische Maßnahmen, wie Impfungen gegen Infektionskrankheiten. Auch Aktionen, die dem Auftreten von Risikofaktoren entgegenwirken, wie Schulprogramme zur Prävention von Tabakkonsum, zählen zu den primärpräventiven Maßnahmen.

Sekundärpräventive Maßnahmen dienen der Früherkennung und Eindämmung von Krankheit. Klassische sekundärpräventive Maßnahmen sind die Früherkennung von Brustkrebs oder Dickdarmkrebs durch Screening oder Vorsorgeuntersuchungen.

Tertiärprävention hat zum Ziel, die Auswirkungen einer bereits vorhandenen Krankheit / Schädigung beim Individuum zu mindern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen vorzubeugen. Tertiärpräventive Maßnahmen richten sich an Menschen, bei denen sich eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifestiert hat. Therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen nach einem Herzinfarkt, die es dem Betroffenen ermöglichen, seinen Alltag möglichst uneingeschränkt zu leben und wieder seiner beruflichen Tätigkeit nachzugehen, können als tertiärpräventive Maßnahmen gesehen werden. Hier werden Begriffsüberschneidungen mit Therapie und Rehabilitation von Krankheiten deutlich (vgl. Steinbach 2007, 44f). Für die professionelle Pflege charakterisiert Dorothea Orem die effektive Befriedigung universeller Selbstpfleegerfordernisse als primäre Prävention. Die Abwendung von nachteiligen Auswirkungen oder Komplikationen von Krankheit durch Früherkennung oder gezielte Interventionen als sekundäre Prävention. Dem Begriff tertiäre Prävention ordnet sie rehabilitative Maßnahmen zu (vgl. Cavanagh 1997, 28).

Experten vertreten die Meinung, diese Unterscheidung der Präventionsarten aufzugeben und alle Maßnahmen, die vorsorgenden und krankheitsverhindernden Charakter haben, als präventiv zu bezeichnen, soweit diese nicht kurativ sind (vgl. Bartholomeyczik 2006, 218).

Ausgehend vom Ansatzpunkt der Prävention wird in der Praxis zwischen verhaltenspräventiven und verhältnispräventiven Maßnahmen unterschieden. Ziel der Verhältnisprävention ist die Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken, die durch Umwelt- oder Lebensbedingungen entstehen. Verhaltenspräventive Aktivitäten haben das Ziel, individuelles gesundheitsschädigendes Verhalten (z. B. Rauchen) zu vermindern und gesundheitsförderndes Verhalten (z. B. Bewegung) zu verstärken (vgl. Leppin 2004, 36f).

Definition und Ziel von Prävention

Wortgetreu übersetzt bedeutet Krankheitsprävention „einer Krankheit zuvorkommen“, um sie zu verhindern oder abzuwenden (vgl. Hurrelmann et al. 2004,12). Prävention ist an der Medizin orientiert, sie fokussiert die pathogenetische Sicht. Die Aufmerksamkeit wird auf Krankheit, Störungen und Risikofaktoren gelenkt (vgl. Schnabel 2007, 120ff).

Ziel von Prävention ist es, das Auftreten von Krankheiten zu vermeiden und ihre Ausbreitung zu verringern. Damit verbunden ist das Bestreben, die Auswirkungen auf die Mortalität der Bevölkerung zu minimieren (vgl. Hurrelmann et al. 2004, 11). Nach Schnabel (2007,125) wird dies durch die Beseitigung oder Minderung von Risikofaktoren auf der körperlichen und der Verhaltensebene erreicht. Die frühe Entdeckung von Krankheitskarrieren, die ein frühzeitiges

medizinisches Eingreifen ermöglicht, und die Rezidivprophylaxe nach durchstandener Krankheit sind weitere Ziele.

Methoden und Maßnahmen der Prävention

Prävention richtet sich primär nicht auf einzelne Individuen, sondern setzt auf Breitenwirkung. Sie wartet nicht auf die Nachfrage von Patienten, sondern trägt ihre Maßnahmen in der Regel aktiv an die Adressaten heran (vgl. Becker 1997, 522). Neben den bereits beschriebenen methodischen Ansätzen werden psycho-edukative Verfahren angewandt. Diese sollen die Einsicht und die Motivation zur Verhaltensänderung beim Individuum unterstützen.

Durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung werden Informationen auf unterschiedlichen Wegen an die Adressaten gebracht. Die Gesundheitsaufklärung informiert mit Massenkommunikationsmitteln, während bei der Gesundheitsberatung Menschen über Gespräche (einzeln oder in Gruppen) mit Informationen versorgt werden. Beiden gemeinsam ist, dass sie Menschen motivieren sollen ihr Leben gesünder zu gestalten. Das ist auch die Intention von Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung. Zielgruppe für Gesundheitserziehung sind Kinder und Jugendliche. Über Interventionen auf Kindergarten- oder Schulebene, die häufig im Lehrplan verankert sind, sollen sie motiviert werden, gesundheitsschädigendes Verhalten zu vermeiden. Gesundheitsbildende Maßnahmen richten sich an Erwachsene und vermitteln gesundheitsbezogenes Wissen und Fertigkeiten.

9.2 Gesundheitsförderung

Der Begriff „Gesundheitsförderung“ (Health Promotion) etablierte sich nach der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Ottawa 1986. In der Charta von Ottawa wird Gesundheit als positives Konzept beschrieben, welches soziale und individuelle Ressourcen in gleicher Weise wie die körperlichen Fähigkeiten betont. Daher haben neben dem Gesundheitssektor auch politische, ökonomische und soziale Institutionen Verantwortung, um den Menschen ein höchstmögliches Maß an Gesundheit zu ermöglichen. Klar definiert die Ottawa Charta auch die Verantwortung des Einzelnen bei der Sorge um die eigene Gesundheit.

Gesundheitsförderung basiert auf der Grundannahme, dass die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit unauflöslich in den Alltag von Menschen integriert sind. Daher kann Krankheit nicht bekämpft und Gesundheit nicht hergestellt werden, ohne auf das Alltagsleben von Menschen Einfluss zu nehmen (vgl. Schnabel 2007, 132). Das salutogenetisch begründete Prinzip der Gesundheitsförderung stellt die Förderung und Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen zur Verbesserung von Gesundheit ins

Zentrum. Diese Schutzfaktoren können nach Hurrelmann et al (2004, 13f) in folgende Gruppen eingeteilt werden:

- soziale und wirtschaftliche Faktoren: wie die Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz und der wirtschaftlichen und sozialen Lebenssituation
- Umweltfaktoren: dazu zählen Verbesserungen der Qualität von Wasser und Luft, Verbesserung der Wohnbedingungen sowie der sozialen Netzwerke
- Faktoren des Lebensstils: Das sind beispielsweise die Förderung von angemessener Ernährung und Bewegung sowie der Bewältigung von Spannung
- psychologische Faktoren: im besonderen werden hier Faktoren wie erhöhte Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, und Schutzmotivierung beschrieben
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen: im engeren Sinn ist damit der Zugang zu Institutionen der Krankheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation und Gesundheitsberatung genannt. Im weiteren Sinne ist auch der Zugang zu Bildungs- und Sozialeinrichtungen sowie zu Transport- und Freizeitorganisationen beschrieben.

Definition und Ziel von Gesundheitsförderung

Die bei der internationalen Konferenz in Ottawa verabschiedete Charta definiert Gesundheitsförderung folgendermaßen:

„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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.[...] In diesem Sinne ist Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Ziel (WHO 1986a)“.

Gesundheitsförderung hat das Ziel, durch die Stärkung von Ressourcen die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Interventionen zielen wie bei der Krankheitsprävention auf eine Änderung des Verhaltens oder eine Änderung der Verhältnisse. Dabei kann auf der individuellen Ebene angesetzt werden, indem Menschen befähigt werden, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Chancen auf Gesundheit zu verbessern. Der verhältnisbezogene Ansatzpunkt sind die sozialen, ökologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben (vgl. Altgeld, Kolip 2004, 42).

Methoden und Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1986 definiert fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung. Das sind neben der Entwicklung einer gesundheitsfördernden

Gesamtpolitik, dem Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten und der Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Neuorientierung der Gesundheitsdienste und die Entwicklung von persönlichen Kompetenzen. Ausgehend vom Ziel, Menschen auf dem Weg zu besserer Gesundheit zu unterstützen oder sie dazu zu befähigen, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, ist der Ansatz der Gesundheitsförderung ganzheitlich und partizipatorisch. Mit einer ganzheitlichen Sichtweise werden Menschen im Kontext ihrer Lebensbedingungen und ihrer Umwelt betrachtet. Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Individuums werden durch Methoden, die Mitbestimmung und Teilhabe ermöglichen, gefördert.

Weil Gesundheit in die Alltagsbedingungen von Menschen integriert ist, muss auch die Gesundheitsförderung in dieser Alltagswelt ansetzen. Im Konzept wird davon ausgegangen, dass es zielführend ist, Menschen über die Organisationen anzusprechen, in denen sie sich in ihrem Alltag bewegen und in denen sie ihre gesellschaftlichen Rollen (Vorgesetzter / Arbeitnehmer, Schüler / Lehrer, Vater / Mutter / Kind) erfüllen. Diese sozialen Einheiten werden als „**Setting**“ bezeichnet. Sie sind auch dadurch gekennzeichnet, dass sie mitbestimmen, wie Menschen mit Krankheit und Gesundheit umzugehen lernen. Gesundheitsfördernde Projekte orientieren sich am Setting und sind so gestaltet, dass sie sowohl die Organisation als auch den einzelnen Menschen dahingehend unterstützen „Gesundheit zu lernen“ (vgl. Schnabel 2007, 133f).

Empowerment ist eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung. Empowermentprozesse befähigen Menschen zur Partizipation in Bezug auf ihre gesundheitlichen Angelegenheiten. Aufgrund der besonderen Relevanz wird dieses Konzept in Kapitel 10 gesondert beschrieben.

9.3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention beschreiben Interventionen, die das Ziel verfolgen, Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu verhindern. Im Gegensatz zu einer „Vermeidungsstrategie“ bei der Prävention geht es bei der Gesundheitsförderung um eine Strategie der Ermächtigung im Sinne von Handlungskompetenz und Stärkung der Gesundheitsressourcen. Dabei kann Prävention eher mit Verhaltensprävention gleichgesetzt werden, Gesundheitsförderung gilt eher als verhältnisorientiert, wie am Konzept des Setting-Ansatzes deutlich wird (vgl. Leppin 2004, 36). Beide Konzepte können daher als einander ergänzend gesehen werden. Schnabel weist darauf hin, dass verhältnispräventive Maßnahmen Bereiche erfassen, die auch durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung beeinflusst werden. Primärpräventive Maßnahmen können daher

Gesundheitsförderungsmaßnahmen unterstützen oder sie flankieren (vgl. Schnabel 2007, 129).

9.4 Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die professionelle Pflege

Gesundheitsförderung richtet sich an Menschen aller Altersgruppen und Lebensphasen; sie schließt kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen ausdrücklich ein (vgl. Hurrelmann 2000, 594f). Im Blick auf die berufliche Praxis der professionellen Pflege scheint eine Trennung der Konzepte Gesundheitsförderung und Prävention nicht sinnvoll. Sabine Bartholomeyczik (2006, 218) plädiert dafür, dass die Unterscheidung zwischen Prävention und Gesundheitsförderung eine theoretische bleibt. Es sei anzustreben, dass jede präventive Maßnahme immer auch eine gesundheitsfördernde impliziert. Das bedeutet, den präventiven Aspekt Belastungen zu senken, um den gesundheitsfördernden Anteil Ressourcen zu stärken, zu erweitern. Marianne Brieskorn-Zinke (2003) unterscheidet im gesamten Feld der Gesundheitsförderung und Prävention zwischen gesundheitsrelevanten Veränderungen auf der Verhaltens- und der Verhältnisebene. Daher wird in den folgenden Ausführungen auf eine Differenzierung von Prävention und Gesundheitsförderung verzichtet.

Pflege orientiert sich auch heute noch weitgehend am (pathogenetischen) Paradigma der Medizin, was eine Fokussierung auf das Defizit und den Mangel zur Folge hat. Das Augenmerk auf Gesundheitsförderung zu legen, führt zu einer Wahrnehmung des Menschen, die vermehrt Ressourcen und Stärken in den Blick nimmt. Die Orientierung an den Prämissen der Gesundheitsförderung, wie Ganzheitlichkeit, Partizipation und Selbstbestimmung, geben wichtige Hinweise in Bezug auf die Bedeutung des Konzeptes für die Pflege. Der ganzheitliche Ansatzpunkt kann nicht gelebt werden, ohne lebensgeschichtliche Zusammenhänge und das Umfeld des Patienten zu beachten. Ressourcen und Bedürfnisse bei Patienten, ihren Angehörigen und im sozialen Umfeld wahrzunehmen und einzubeziehen, ist demnach ein Kennzeichen gesundheitsfördernder Pflegepraxis.

Im zugrunde liegenden Gesundheitsbegriff wird Gesundheit als gelingender Ausgleich zwischen inneren und äußeren Anforderungen, der es einem Menschen ermöglicht, die Lebensanforderungen mit Lebensfreude und Lebensgenuss zu bewältigen, beschrieben (vgl. Hurrelmann 2000, 594f).

Erfolgreiche Gesundheitsförderung beruht zu einem hohen Maß auf der Selbstbestimmung betroffener Menschen. Die steigende Prävalenz chronischer Krankheiten gibt Pflegenden eine wichtige Rolle bei der Unterstützung von Menschen, die ihren Lebensalltag trotz chronischer Krankheit selbstbestimmt gestalten wollen. Ihre Nähe zum Patienten eröffnet ihnen vielfältige Zugänge und Möglichkeiten der Unterstützung. Hier sind geeignete

Informations- und Beratungskonzepte notwendig, um chronisch kranke Menschen auf dem Weg von der Compliance zur „gesundheitlichen Mündigkeit“ zu begleiten (vgl. Abt-Zegelin 2003, 109). Für einen selbstbestimmten Umgang mit ihrer Gesundheit müssen Menschen ein individuelles Gesundheitsverständnis entwickeln und über Kompetenzen (Wissen und Fertigkeiten) zur Erhaltung ihrer Gesundheit verfügen. Die persönlichen Kompetenzen der Patienten zu stärken, ist ein zentraler Ansatzpunkt für pflegerische Gesundheitsförderung. Marianne Brieskorn-Zinke (2006f, 98ff) beschreibt dazu pflegerische Interventionen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, zur Kompetenzstärkung auf psychisch-emotionaler, kognitiver Ebene und psychosozialer Ebene, sowie die Vermittlung von Fertigkeiten für eine angemessene Selbstpflege.

Interventionen der Gesundheitsförderung schließen Interventionen auf gesellschaftlicher und politischer Ebene in den Prozess der Veränderung ein. Professionell Pflegende können einen wichtigen Beitrag bei gesundheitsfördernden Aktionen in der Gemeinde und in einzelnen Settings, wie Schulen, Kindergärten oder Krankenhäuser und die Förderung von unterstützenden sozialen Netzwerken leisten (vgl. Brieskorn-Zinke 2003, 68ff). Die Ausführungen machen deutlich, dass Aktionen der Gesundheitsförderung fächerübergreifend und interdisziplinär sind und auf verschiedenen Ebenen ansetzen.

Die bisher bestimmten Merkmalen von Gesundheitspflege können aus den Konzepten Prävention und Gesundheitsförderung um Merkmale in Zusammenhang mit Gesundheitsorientierung, Partizipation und Selbstbestimmung, Biografie- und Kontextorientierung erweitert werden (siehe Abbildung 3).

Vorläufige Definition von Gesundheitspflege

Merkmale auf der Mikroebene: Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben;

Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, Kompetenzförderung und Kompetenzerhaltung; Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen der Person; Förderung von Selbstbestimmung und Eigeninitiative; Fokus auf die Person gerichtet; Bedürfnisorientierung

Merkmale auf der Mesoebene: Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen;

Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung); Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen;

Merkmale auf der Makroebene: Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen

Ergänzende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
Präventives Pflegehandeln	Verbesserung der Abwehr (Kompetenzen, Verhaltenstraining etc.)	Gesundheitsaufklärung
Senken von Belastungen	Gesundheitserziehung	Unterstützen von gesundheitsfördernden Lebenswelten
Gesundheitsorientierung	Gesundheitsbildung	Unterstützen von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen
Fördern von Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Partizipation		
Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen		
Unterstützung der Körperwahrnehmung		
Stärkung der Kompetenzen auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene		
Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt		

Abbildung 3: Integration ergänzender Merkmale aus den Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention

10 Empowerment

Das Empowerment-Konzept ist in der amerikanischen Gemeindepsychologie und -soziologie in den 1920er Jahren als Reaktion auf Integrationsprobleme von sozial benachteiligten Minderheiten, wie Obdachlosen oder Drogenabhängigen, entstanden. Interventionsprogramme führten zur Erkenntnis, dass nicht Zwang und staatliche Fürsorge, sondern die Rückgabe der Verantwortung für ihr Leben, die Stärkung des Selbstvertrauens und Hilfe zur Selbsthilfe benachteiligte Menschen zur Integration in die Gesellschaft befähigen (vgl. Schnabel 2007,141). Die Weiterentwicklung des Konzeptes betont die *Stärkung des Individuums* im Sinne von *Befähigung zur Partizipation und Teilhabe* und die *Veränderung der Organisation*, in einer Weise, die Einflussnahme und Partizipation ermöglichen (vgl. Dür 2008,142). Die in der Ottawa Charta als „enabling“ bezeichnete Methode der Gesundheitsförderung wird in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur mit Prozessen von Empowerment beschrieben. In der internationalen Public Health Diskussion werden damit die Begriffe health literacy (Gesundheitskompetenz), patient-centredness (Patientenzentrierte Interaktion) und shared decision making (Patient als Partner in medizinischen/pflegerischen Entscheidungsprozessen) verbunden. Sie setzen beim Individuum auf Kompetenzentwicklung, um es zu befähigen, mitzuentcheiden und seine gesundheitlichen Angelegenheiten gegenüber Organisationen zu vertreten (vgl. Dür 2008, 143).

10.1 Definition und Ziel von Empowerment

Empowerment heißt wörtlich übersetzt „Selbst-Bemächtigung“, Stärkung von Autonomie und Selbstbestimmung. Der Begriff Empowerment bezeichnet Entwicklungsprozesse, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Vorstellungen „besseres Leben“ zu leben (vgl. Herriger 2006, 13).

Aus Sicht der Gesundheitsförderung bezeichnet Empowerment einen Prozess, durch den Menschen eine größere Kontrolle über gesundheitsbeeinflussende Entscheidungen und Handlungen gewinnen (vgl. WHO 1986a, o. S.).

Ziel von Empowermentprozessen ist die Stärkung der Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsfähigkeit von Individuen und Gruppen. Im Prozess des Empowerment sollen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre Kraft, die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten zu entdecken und den Wert von selbst erarbeiteten Lösungen zu schätzen (vgl. Herriger 2006, 16). Der Zugang zu den eigenen Ressourcen und zu Ressourcen im Umfeld stärkt das Selbstwertgefühl und ermöglicht Menschen persönliches Wachstum. Sie werden dadurch befähigt, selbstbestimmt zu handeln und ihre Umgebung und Ereignisse mitzugestalten (vgl. Nau 2005, 153).

10.2 Differenzierung des Empowermentbegriffes

Nach Herriger (2009) kann zwischen (a) **Empowerment als Selbstbemächtigung** von Personen, die von Problemen betroffen sind und (b) **Empowerment als professionelle Unterstützung von Autonomie und Selbstgestaltung** unterschieden werden. Im Prozess der Selbstbemächtigung von betroffenen Personen steht die Eigeninitiative dieser Personen, die den Prozess des Empowerment selbst in die Wege leiten, im Vordergrund.

Professionelle Helfer können den Empowermentprozess bei Menschen unterstützen oder anstoßen und Ressourcen bereitstellen. Damit soll Menschen das Rüstzeug für eigenverantwortliches Handeln zur Verfügung gestellt oder (wieder) zugänglich gemacht werden. Dies ermöglicht es Menschen, die eigenen Stärken wahrzunehmen und ihnen zu vertrauen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Fähigkeiten, sich seiner Angelegenheiten anzunehmen, beim Menschen bereits vorhanden sind oder entwickelt werden können. Zur Entwicklung dieser Fähigkeiten müssen Bedingungen geschaffen werden, die es dem konkreten Menschen ermöglichen, seine Ressourcen zu entdecken oder sich ihrer zu bedienen. Spezifisch für empowermentorientierte Prozesse ist, dass über die Stärkung individueller Kompetenz hinaus eine Verbindung zum sozialen Kontext hergestellt wird. Der Begriff Empowerment wird in der wissenschaftlichen Literatur häufig als vage, unbestimmt und schwer fassbar kritisiert (vgl. Kliche, Kröger 2008, 758). Kliche et al (2008) haben in ihrer Arbeit den Begriff Empowerment in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung und Prävention erforscht. In einem konzeptuellen Review wurden von ihnen 62 Studien bearbeitet, dabei wurden acht Dimensionen von Empowerment in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung deutlich. Diese Teildimensionen sind für die Beschreibung des Empowermentbegriffes in Zusammenhang mit professioneller Pflege bedeutsam und werden in der Folge dargestellt.

Dimensionen von Empowerment im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung

- **Beteiligung an Entscheidungen:** Die Teilhabe an Entscheidungsprozessen auf verschiedenen Ebenen bezieht sich, neben den individuellen gesundheitsbezogenen Entscheidungen, auch auf das eingebunden sein in soziale Netzwerke und Aktivitäten und die Beteiligung an der Behandlungsgestaltung (shared decision making).
- **Selbstwirksamkeitserwartung:** Diese Dimension beschreibt die Wahrnehmung des eigenen Einflusses auf bestimmte Lebensbereiche und das Kohärenzerleben eines Menschen.
- **Soziale Unterstützung und soziales Kapital:** dieser Aspekt bezieht sich auf die Hilfe und Ermutigung durch Andere, das Vertrauen in Bezugsgruppen und die erlebte Solidarität in Netzwerken.

- **Kompetenzen:** Die Studien beschrieben personale Fähigkeiten und Fertigkeiten. kulturelle Techniken, wie die Beschaffung und Weitergabe von Informationen oder soziale Fertigkeiten. Eine weitere Ausprägung dieser Dimension ist Gesundheitskompetenz, die Fähigkeit, seinen Alltag gesundheitsgerecht zu gestalten und die Fähigkeit zur Selbstbildung und zu selbstgesteuertem Lernen.
- **Inanspruchnahmeverhalten:** Diese Dimension beschreibt, wie gut Menschen in der Lage sind, sich im Gesundheitswesen zurecht zu finden. Die Fähigkeit, eine bestmögliche Versorgung für die eigenen Bedürfnisse zu finden und zu nutzen.
- **Fähigkeit, sich Ziele zu setzen und diese zu verfolgen:** Die Motivation und Fähigkeit, für sich selbst Ziele zu formulieren und Präferenzen zu bilden sowie diese Ziele zu verfolgen, sind eine Ausprägung dieser Dimension. Einbezogen ist auch die Fähigkeit zur Verhaltensänderung in bestimmten Situationen oder im Krankheitsfall.
- **Reflexionsvermögen:** Beschreibt die Fähigkeit, über das eigene Leben und Verhalten und seine bestimmenden Faktoren nachzudenken und ihnen eine Bedeutung zu geben, sowie sein Leben aus einer Distanz betrachten zu können (kognitiver Abstand). Andere Merkmale dieser Dimension sind kritisches Denkvermögen und ein Bewusstsein für gesellschaftliche Verhältnisse.
- **Innovation:** In vielen Arbeiten wurde Empowerment als Risikobereitschaft, die Motivation zur Veränderung oder die Offenheit für das Experimentieren mit dem eigenen Verhalten beschrieben.

10.3 Ebenen und Methoden von Empowerment

Empowerment kann von Fachleuten nicht direkt bewirkt werden. Es geht um Prozesse, in deren Verlauf Menschen sich „selbst bemächtigen“, ihre eigenen Ressourcen entdecken und sich ihrer Gestaltungsmöglichkeiten bewusst werden (vgl. Weiß 1992, 162). Abhängig vom Interventionsansatz können vier Ebenen von Empowerment unterschieden werden. Diese sind auf vielfältige Weise miteinander verknüpft, auf den verschiedenen Ebenen werden unterschiedliche methodische Werkzeuge eingesetzt (Herriger 2006, 86).

Unterstützung auf der Individualebene

Diese hat zum Ziel, betroffene Menschen bei der Gestaltung einer für sie lebenswerten Lebenswelt zu unterstützen. Dazu werden Unterstützungsmanagement, Biografiearbeit und Kompetenzdialog eingesetzt.

Beim **Unterstützungsmanagement** wird durch das Zusammenführen von persönlichen und öffentlichen Ressourcen (aus dem Gesundheitssystem) ein Ressourcennetzwerk geschaffen,

welches über den privaten Bereich hinausgeht. Dieses kann im Sinne von Case Management verstanden werden.

Selbstnarration und Biografiearbeit: Im Erzählen ihrer Lebensgeschichte können Menschen ihr gelebtes Leben als kohärent und sinnhaft erleben. Diese Erfahrung stärkt das Selbstwertgefühl und kann als Schutzschild gegen Ohnmachtserfahrungen gesehen werden. Die Synthese aus Empowerment und Biografiearbeit ermöglicht es Menschen, in der Rückschau auf ihr Leben Werkzeuge zu finden, das Vergangene zu bearbeiten und für das Zukünftige Sicherheit zu gewinnen.

Kompetenzdialog: Im Kompetenzdialog werden mit dem Klienten/Patienten gemeinsam Zukunftsszenarien entwickelt. Dabei wird das Ziel verfolgt, beim Klienten Fähigkeiten und Bewältigungskompetenzen zu entdecken und diese zur schrittweisen Veränderung des Lebenssettings einzusetzen. Der Kompetenzdialog läuft in drei Schritten ab. (1) Der Entwurf einer für den Klienten erstrebenswerten Lebenszukunft. (2) Die lebensgeschichtliche Rückschau und Suche nach Erfahrungen, Zeiten und Situationen, die dem Betroffenen Selbstwert, Gelingen und Kompetenz vermittelt haben. (3) Die Erarbeitung eines Planes zur Realisierung des formulierten Zieles unter dem Aspekt, die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen einzusetzen und den Klienten nicht zu überfordern.

Unterstützung auf der Gruppenebene

In vielen Fällen sind Empowermentprozesse in soziale Gemeinschaften eingelagert. Die Entfaltung von Potentialen bei Einzelpersonen geschieht in der stärkenden Gemeinschaft mit Anderen. Die Aufgabe professioneller Helfer ist es, Menschen zusammen zu bringen, und Hilfe beim Aufbau unterstützender Netzwerke zu vermitteln. An dieser Stelle werden zwei Methoden angewandt.

Netzwerkanreicherung: beschreibt die Reparatur von Beziehungsrissen im familiären oder im Freundesnetzwerk. Verbindungen, die sich mit der Zeit gelockert haben, sollen wieder enger geknüpft werden. Das methodische Mittel ist die Netzwerkkonferenz. In dieser werden die verfügbaren Unterstützungsressourcen und Hilfemöglichkeiten des natürlichen Netzwerkes gebündelt und zu einem Hilfsarrangement verknüpft.

Netzwerkförderung: Im Stiften neuer sozialer Zusammenhänge, überall dort wo keine natürlichen Netzwerke zur Verfügung stehen, werden Menschen mit gleichen Betroffenheiten und Anliegen zueinander gebracht. Diese Verbindung ermöglicht Erfahrungen von sozialer Teilhabe und Partizipation. So entstehen neue Beziehungsnetzwerke zwischen Menschen, die kritische Lebensphasen durchlaufen. Es ist Aufgabe der professionellen Helfer, diese Netzwerke zu stützen und Gruppen, die ähnliche Anliegen haben, zu vernetzen.

Unterstützung auf der institutionellen und Gemeindeebene

Auf der institutionellen Ebene fördern empowermentorientierte Initiativen die Beteiligung betroffener Menschen an der Planung und Gestaltung von Unterstützungsangeboten. Betroffene werden zu aktiven Konsumenten und zu Experten in eigener Sache, die die Planung von Dienstleistungen und ihre Implementierung kritisch überprüfen. Auf der Gemeindeebene zielen Interventionen darauf, lokale Gemeinschaften zu stärken und ein Klima zu schaffen, das Empowerment, Selbstorganisation und Partizipation ermöglicht.

Das Wahrnehmen der eigenen Kompetenzen ist ein zentraler Bestandteil von Empowermentprozessen. Über die Bildung von individuellen Kompetenzen hinaus werden bei empowermentorientierten Angeboten Vernetzungen mit dem sozialen Umfeld auf verschiedenen Ebenen (Familie, Kommune, Politik) hergestellt. Dadurch wird die Nutzung der Ressourcen im Umfeld erleichtert (vgl. Herriger 2006, 86).

10.4 Bedeutung von Empowerment für die professionelle Pflege

Das Konzept Empowerment öffnet einen alternativen Weg für die Pflege, weg von der Einstellung Pflegenden etwas „für die Patienten“ zu tun. Die Prinzipien von Empowerment ermutigen Pflegenden, betroffenen Menschen etwas zuzutrauen und sie zu begleiten und zu unterstützen, bis sie Lösungen gefunden haben, die in ihr Leben passen und sich der dazu notwendigen Ressourcen bedienen können. Das Anstoßen solcher Prozesse gelingt, wenn die Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten auf einer gleichwertigen und partizipativen Grundlage gestaltet werden. (vgl. Stark 1996, 163f). Für Pflegenden ist es eine Einladung zum Perspektivenwechsel - weg von den Defiziten hin zum Blick auf die Stärken eines Menschen (Herriger 2006, 72ff). In der Gesundheitsförderung für kranke Menschen kann das Wahrnehmen der eigenen Stärken den Schritt aus der Hilflosigkeit hin zur Handlungsfähigkeit ermöglichen. Pflegenden können diese Prozesse bei PatientInnen fördern, indem sie die Aufmerksamkeit auf vorhandene oder verdeckte Ressourcen oder Kompetenzen lenken oder Bedingungen schaffen, unter denen Lern- und Entwicklungsprozesse möglich sind. Die Rolle der Pflege ist es, zur Verfügung zu stellen, was dazu, im individuellen Fall, notwendig ist: Zeit und Raum, die eigene Geschichte zu erzählen, Information, Training, Reflexion, Feedback, Kontakte oder Zugang zu finanziellen Ressourcen.

Empowerment für chronisch kranke Menschen bedeutet, Menschen dahin zu begleiten, die Bedürfnisse, die sich aus dem Leben mit chronischer Krankheit ergeben, im Versorgungssystem zu verbalisieren und mit den Professionellen nach Lösungen zu suchen. Aufklärung im Sinne von Empowerment bedeutet nicht, möglichst viele Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern dem Betroffenen Information zu geben, die seinen

Bedürfnissen und seiner kognitiven und emotionalen Situation entsprechen (vgl. Knuf, Osterfeld, Seibert 2007, 59).

Aus dem Konzept Empowerment kann die vorläufige Definition von Gesundheitspflege mit Merkmalen aus den Bereichen Netzwerkorientierung und Biografiearbeit ergänzt werden (siehe Abbildung 4).

Vorläufige Definition von Gesundheitspflege

Merkmale auf der Mikroebene: Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben;

Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, Körperwahrnehmung; Kompetenzförderung und Kompetenzerhaltung, Kompetenzstärkung auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene;

Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen des Patienten; Förderung von Selbstbestimmung, Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Partizipation; Fokus auf die Person gerichtet, Bedürfnisorientierung, Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt;

Gesundheitsorientierung, Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen;

Präventives Pflegehandeln, Senken von Belastungen;

Merkmale auf der Mesoebene: Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen; Gesundheitserziehung; Gesundheitsbildung;

Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung); Verbesserung der Abwehr (Kompetenzen, Verhaltenstraining); Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen;

Merkmale auf der Makroebene: Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen, Gesundheitsaufklärung; Unterstützen von gesundheitsfördernden Lebenswelten; Unterstützen von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen;

Ergänzende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept des Empowerment

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
<p>Verfügbar Machen von Ressourcen im sozialen Netzwerk (Familie, Gruppe) und im Gesundheitssystem</p> <p>„Schatzsuche“ in der Biografie – Kompetenzen entdecken</p> <p>Vertrauen in vorhandene Kompetenzen stärken</p> <p>Kompetenzentwicklung unterstützen</p>	<p>Stärkung von Netzwerken zugänglich machen neuer Netzwerke</p>	<p>Fördern der Beteiligung von Betroffenen</p> <p>Ermöglichen von Selbstorganisation und Partizipation</p> <p>Vernetzung mit dem sozialen Kontext (Kommune)</p>

Abbildung 4: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept des Empowerment

11 Selbstmanagement

Der Begriff und das Konzept Selbstmanagement werden heute von verschiedenen Berufsgruppen, mit teilweise unterschiedlicher Bedeutung, verwendet. Im Zusammenhang mit der steigenden Prävalenz chronischer Krankheiten, wird Selbstmanagementförderung im angloamerikanischen Raum seit langer Zeit diskutiert und gewinnt jetzt auch im deutschsprachigen Raum an Bedeutung (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2007, 82).

11.1 Definition und Ziel von Selbstmanagement

In der Verhaltenspsychologie wird Selbstmanagement als Sammelbegriff für Therapieansätze verwendet, die Klienten³ zu besserer Selbststeuerung anleiten und möglichst aktiv zur eigenen Problembewältigung befähigen. Dies geschieht durch einen begleiteten, systematischen Lern- und Veränderungsprozess, der zum Ziel hat, dass Menschen ihr Leben ohne externe professionelle Hilfe in Einklang mit ihren Zielen gestalten können (vgl. Kanfer, Reinecker, Schmelzer 2006, 5).

In Zusammenhang mit Gesundheit kann Selbstmanagement als Prozess der Befähigung von Patienten im Umgang mit der eigenen Krankheit verstanden werden, in dessen Verlauf sie unabhängiger von Professionellen werden (Abt-Zegelin⁴ in Klug Redmann 2008,12).

In der Verhaltenspsychologie ist das Ziel von Selbstmanagement, dem Klienten mehr Autonomie zu ermöglichen. Menschen zu befähigen, im Rahmen ihrer Grenzen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen (vgl. Kanfer et al, 2006, 5).

Im Zusammenhang mit dem Selbstmanagement bei chronischer Krankheit bedeutet das, chronisch kranke Menschen zu einem aktiven Umgang mit den vielfältigen Herausforderungen zu befähigen. Die Vermittlung von Wissen und das Unterstützen bei der Bildung notwendiger Kompetenzen dient dem Erhalten der Autonomie (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2007, 83).

11.2 Konkretisierung des Selbstmanagementkonzeptes in Bezug auf die Bewältigung chronischer Krankheit

Der Diskurs im Zusammenhang mit Selbstmanagement ist geprägt von unterschiedlichen Definitionen und Konzepten (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2007, 84). In Zusammenhang mit chronischer Krankheit wird das Konzept Selbstmanagement im angloamerikanischen Raum seit fast 40 Jahren beschrieben (vgl. Lorig, Holman 2003, 1). Ziel von Selbstmanagement bei

³ Die Bezeichnung „Klient“ wird in diesem Abschnitt gewählt, weil sie dem Feld der Verhaltenstherapie angemessener ist als die Bezeichnung „Patient“.

⁴ aus dem Vorwort der deutschen Herausgeberin.

chronischer Krankheit ist es, Menschen zu einem selbstbestimmten und aktiven Umgang mit gesundheitsbezogenen Anforderungen zu befähigen. Dazu muss das gesundheitsbezogene Verhalten häufig optimiert oder verändert werden. In der Folge werden Grundannahmen der Selbstmanagementförderung und theoretische Grundlagen im Zusammenhang mit menschlichem Verhalten und Verhaltensänderung dargestellt. Anschließend wird die Bedeutung und Ausprägung des Konzeptes Selbstmanagement in Bezug auf die Bewältigung chronischer Krankheit beschrieben.

Modell menschlichen Verhaltens nach Kanfer et al

Menschliches Verhalten wird durch das Zusammenwirken von Umgebung, psychologischen und biologischen Einflüssen erklärt. Diese Faktoren stehen in beständiger Interaktion und beeinflussen einander gegenseitig. Im Modell wird zwischen *Selbstregulation*, *Selbstkontrolle* und *Selbstmanagement* unterschieden.

Selbstregulation bezieht sich auf weitgehend selbstbestimmte Handlungen, die eine Person setzt, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen. Selbstregulation setzt dann ein, wenn gewohntes Verhalten beeinträchtigt ist, weil die Person unsicher ist, weil es mehrere Möglichkeiten gibt, oder wenn es zu Schwierigkeiten wegen fehlender Kompetenzen kommt. Für einen an Diabetes mellitus erkrankten Menschen, der an sich Zeichen der Hypoglykämie wahrnimmt, ist die Blutzuckermessung und die Zufuhr von Kohlenhydraten eine angemessene selbstregulative Maßnahme.

Selbstkontrolle ist der Spezialfall der Selbstregulation. Sie wird eingesetzt, wenn das Individuum im Verlauf des Verhaltens in eine konflikthafte Situation kommt. Das kann für einen Diabetiker die Versuchung sein, Schokolade zu essen oder auf die notwendige Blutzuckermessung zu verzichten. Die Kontrolle zu behalten und einer Versuchung zu widerstehen, wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus.

Ziel von **Selbstmanagement** ist es, Selbstregulation und Selbstkontrolle zu optimieren. Dabei werden die beeinflussenden biologischen Bedingungen und die Umgebungsbedingungen nicht außer Kraft gesetzt, aber Menschen erlernen Strategien und Fertigkeiten, um mit ihnen umzugehen (Kanfer et al 2006, 24ff).

In engem Zusammenhang mit Selbstregulation kann **Selbstwirksamkeit** gesehen werden. Knoll, Scholz und Rieckmann (2005, 30) bezeichnen Selbstwirksamkeit als wichtiges Element kompetenter Selbstregulation. Die Selbstwirksamkeitserwartung beruht auf der sozial kognitiven Theorie von Albert Bandura. Sie wird als (subjektive) Gewissheit von Menschen definiert, dass sie Schwierigkeiten und Barrieren aufgrund ihrer Kompetenz bewältigen können. Wenn die Handlungskompetenzen einer Person verbessert werden,

wirkt sich das positiv auf ihre Selbstwirksamkeitserwartung und die Optimierung des Gesundheitsverhaltens⁵ aus (vgl. Schwarzer, 2004,12).

Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (vgl. Schwarzer 2004, 90ff) wird beschrieben, wie Menschen dazu kommen, gesundheitsbezogene Vorsätze zu fassen und welche Bedingungen vorliegen müssen, damit sie diese Vorsätze auch realisieren. Schwarzer unterscheidet im sozial-kognitiven Prozess gesundheitlichen Handelns eine Motivations- und eine Realisierungsphase.

Die **Motivationsphase** ist durch drei Merkmale gekennzeichnet, die Risikowahrnehmung, die Handlungsergebniserwartung und die Kompetenzerwartung. Die Risikowahrnehmung setzt sich aus der Einschätzung des Schweregrades der Krankheit und der eigenen Verwundbarkeit zusammen. Daraus ergibt sich, wie stark die Bedrohung vom Patienten wahrgenommen wird. Die Wahrnehmung des Risikos ist nur ein Faktor für die Motivation zur Verhaltensänderung. Angst vor gesundheitlichen Folgen reicht nicht aus, um eine nachhaltige, gesundheitsfördernde Verhaltensänderung zu realisieren. Ein Mensch wird zur Verhaltensänderung motiviert, wenn er sich vorstellen kann, dass eine Handlung zum Erfolg führt (Handlungsergebniserwartung). Die Erwartung, dass er selbst in der Lage ist, sein Verhalten zu ändern und dabei auch Hindernisse überwinden kann (Kompetenzerwartung), sind wesentliche Faktoren, die ihn dabei bestärken.

Die **Realisationsphase** folgt auf die Motivationsphase und vollzieht sich auf einer kognitiven, einer handlungsbezogenen und einer situativen Ebene. In der Phase der Realisation werden konkrete Handlungen zur Zielerreichung geplant, initiiert und gegen ungünstige Einflüsse abgeschirmt. Das neue Verhalten kann das Unterlassen von Risikoverhalten oder das Praktizieren von gesundheitsförderndem Verhalten, wie Bewegung oder die Einnahme verordneter Medikamente, sein.

Das veränderte Gesundheitsverhalten ist störungsanfällig und häufig schwer in den Alltag zu integrieren. Mehr als auf die Krankheit ist das Bewältigungshandeln chronisch kranker Menschen auf das Leben gerichtet. Weil es nicht möglich ist, „nicht mit der Krankheit umzugehen“ (vgl. Lorig, Holman 2003, 1) versuchen chronisch kranke Menschen im Alltag damit zu recht zu kommen. Oftmals ist ihr Handeln nicht angemessen und optimierungsbedürftig (vgl. Klug Redmann 2008, 207). Durch Selbstmanagementförderung

⁵ Gesundheitsverhalten wird als jenes Verhalten definiert, welches der Erreichung oder Erhaltung eines positiven Gesundheitszustandes dient (vgl. Mittag 2002, 213).

sollen chronisch kranke Menschen befähigt werden, trotz Krankheit ein möglichst selbstbestimmtes und gesundes Leben zu führen.

11.3 Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit

Kate Lorig und Halsted Holman (2003) gehen davon aus, dass Selbstmanagement bei chronischer Krankheit drei große Bereiche betrifft. Das medizinische Management der Krankheit, das Management der Rollenveränderung, die durch die Krankheit eingetreten ist und das Management der Emotionen, die im Zusammenhang mit chronischer Krankheit auftreten (vgl. Lorig, Holman 2003, 1). Folgt man, wie in Kapitel 6 (chronische Krankheit) beschrieben, der Insiderperspektive der Betroffenen (Schaeffer, Moers 2000) zeigt sich, dass das krankheitsbezogene Bewältigungshandeln noch wesentlich komplexer ist. Mit Selbstmanagementprogrammen sollen die Handlungskompetenzen und damit die Selbstwirksamkeitserwartung chronisch kranker Menschen verbessert werden. In der Literatur wird bei der Bewältigung chronischer Krankheit großes Augenmerk auf die Problemlösungskompetenz gelegt (vgl. Lorig, Holman 2003). Die dazu notwendigen Fertigkeiten werden im kommenden Abschnitt näher erläutert.

Problemlösungskompetenz: Um gesundheitsbezogene Probleme lösen zu können, müssen sie als solche erkannt, definiert und eingeschätzt werden. Dazu brauchen betroffene Menschen eine gute Selbstwahrnehmung und Selbstbeobachtung, die Fähigkeit wahrgenommene Symptome zu deuten und Lösungen zu entwickeln. Grundlage dafür ist das Wissen, das der Patient über seine Krankheit hat und die Erfahrungen, die er im Umgang mit ihr gewonnen hat.

Entscheidungsfindung: Das Leben mit chronischer Krankheit fordert vom Patienten jeden Tag Entscheidungen, die sich auf seine Gesundheit auswirken. Die zur Verfügung stehende Wissensgrundlage ermöglicht es, vorausschauend die Konsequenzen einer Entscheidung abzuwägen. Die Vor- und Nachteile bestimmter Optionen bei der Behandlung oder Lebensgestaltung abwägen zu können und eine für sich passende auszuwählen, ist die Grundlage für tragfähige Entscheidungen. Das schließt die Fähigkeit ein, alternative Informationsquellen, wie das Internet, zu nutzen.

Ressourcennutzung: Die Fähigkeit, Ressourcen bei sich selbst, bei anderen und im System zu erkennen und sie zu nutzen. Dazu zählt auch die Gestaltung von Beziehungen im sozialen Umfeld und zu informellen Helfern, stellen diese doch in der Bewältigung chronischer Krankheit eine wesentliche Ressource dar. Als ein weiterer Bereich kann das Finden passender Unterstützungsangebote und Hilfsmittel und ihre Nutzung gesehen werden.

Beziehung zu den Akteuren im Versorgungssystem: Im Verständnis von Selbstmanagement ist die Gesundheit chronisch kranker Menschen eine Co-Produktion

zwischen dem betroffenen Menschen und dem Versorgungssystem. Einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und professionellen Akteuren im Gesundheitssystem kommt dabei besondere Bedeutung zu. In dieser Beziehung wird der Patient als gleichberechtigter Partner gesehen. Er hat eine dementsprechende Rolle in Entscheidungsprozessen. An Patienten liegt es, Informationen über seine Krankheit weiterzugeben, gesetzte Maßnahmen mit dem medizinischen Personal zu diskutieren und Entscheidungen mit diesen gemeinsam zu treffen. Selbstmanagementprogramme sollen Menschen befähigen, sich auf diese Weise in den Behandlungsprozess einzubringen.

Handlungsplanung und Umsetzung: Lorig und Holman (2003) beschreiben auch das Anleiten von Patienten zur Verhaltensänderung, wie ein gesünderes Bewegungsverhalten, als wesentlichen Aspekt von Selbstmanagementprogrammen. Das schließt das Formulieren von Aktionsplänen, die Reflexion und Evaluation und, wenn die Aktion fehlgeschlagen ist, die Suche nach den Ursachen, ein. Im Rahmen von Programmen werden Patienten dabei unterstützt, alternative Erklärungen für ihre Symptome zu finden. Müdigkeit kann krankheitsbedingte Gründe haben, sie kann aber auch durch eine schlechte Ernährung oder mangelnde Fitness bedingt sein. Dieses Wissen hilft Patienten, sich selbst auf andere Weise zu beobachten und anders mit den Symptomen umzugehen (vgl. Lorig, Holman 2003, 2f, Haslbeck, Schaeffer 2007, 88f).

11.4 Methoden und Maßnahmen der Selbstmanagementförderung:

In der Literatur werden verschiedene Gruppenprogramme zur Förderung von Selbstmanagement beschrieben. Sie sind diagnoseübergreifend oder richten sich an Patienten mit bestimmten chronischen Erkrankungen (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2007, 83). Oberstes Interventionsprinzip bei der Selbstmanagementförderung ist die aktive Rolle des Erkrankten, der als Betroffener sein Leben bewältigen muss. Daher sind in den Strategien zur Umsetzung die Prinzipien Autonomie und Empowerment zu berücksichtigen. Die Rolle des Patienten als Co-Produzent seiner Gesundheit setzt eine symmetrische Beziehung zwischen dem Patienten und den professionellen Akteuren des Gesundheitswesens voraus (vgl. Lorig, Holman 2003, 2). Zum Unterschied von Patientenschulung oder Information, die mit edukativen Maßnahmen eine verbesserte Compliance anstreben, ist Selbstmanagement supportiv. Das heißt, von chronischer Krankheit betroffene Menschen werden in die Lage versetzt, die Herausforderungen, die sich ihnen in Zusammenhang mit der Krankheit stellen, eigenständig zu bewältigen (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2008, 88). Kompetenzförderung im Sinne von Selbstmanagement fokussiert daher auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zum Leben mit chronischer Krankheit notwendig sind. Das heißt, gelungenes Selbstmanagement hilft Menschen, das erworbene Wissen und die erworbenen Fertigkeiten in den spezifischen Situationen, die sich im Alltag stellen, auch in Stresssituationen, sicher anzuwenden. In der

Folge wird die Methodik von Selbstmanagementprogrammen am Beispiel des chronic disease self-management-program (CDSMP) von Lorig et al dargestellt.

Chronic disease self-management-program (CDSMP)

Das Selbstmanagement-Programm für chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen wurde von Kate Lorig und ihren Mitarbeiterinnen auf Grundlage der Selbstwirksamkeitstheorie entwickelt und evaluiert (vgl. Lorig, Sobel, Stewart, Brown, Bandura, Ritter, Gonzalez, Laurent, Holman, 1999). Das siebenwöchige Programm ist für Kleingruppen konzipiert und hat für die Gruppe typische Themen wie Fatigue- und Schlafmanagement, Entspannungstechniken, Fragen zur Medikation, Umgang mit Emotionen, Problemlösung und Entscheidungsfindung, Zusammenarbeit mit den Gesundheitsprofessionals oder die Inanspruchnahme öffentlicher Ressourcen, zum Inhalt. Die Struktur der Einheiten erleichtert die praktische Umsetzung und ermöglicht den Teilnehmern durch Feedback ihren Fortschritt einzuschätzen und Sicherheit zu gewinnen. Daneben arbeiten die Teilnehmer auch an einer Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Sie entwickeln konkrete Aktionspläne und berichten in der Gruppe über die Umsetzung ihrer gesundheitsbezogenen Vorsätze. Die Gruppe ist dabei eine wichtige Ressource für Information, Feedback und zur Entwicklung von Problemlösungen (vgl. Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, Hobbs 2001, 257ff).

11.5 Bedeutung von Selbstmanagement für die professionelle Pflege

Das verstärkte Auftreten von chronischen Erkrankungen und die daraus erwachsenden Konsequenzen stellen die Pflege und das Gesundheitssystem vor eine veränderte Situation. Die Lösungen, die in der Pflege und im Gesundheitssystem für akute Krankheiten passend sind, sind für das Management von chronisch kranken Menschen nicht ausreichend (vgl. Lorig, Holman 2003, 239). Das Konzept Selbstmanagement stellt den Patienten und sein Handeln in das Zentrum der Aufmerksamkeit, es folgt der Insider-Perspektive des Betroffenen (vgl. Haslbeck, Schaeffer 2007, 85). Selbstmanagementprogramme sind nicht vordergründig darauf ausgelegt, die Compliance von Patienten zu verbessern. Mehr als Patienten dazu zu bringen, medizinische und pflegerische Behandlungsempfehlungen zu befolgen, geht es darum, aus der Sicht der Patienten zu erarbeiten, was zu einem guten Leben mit chronischer Krankheit notwendig ist (vgl. Klug Redmann 2008, 20). Der kranke Mensch soll ein aktiver Partner werden/sein, der sein Wissen kontinuierlich in seinen Gesundheitspflegeprozess einbringt. Wirklich wirksam und effizient wird die Behandlung nur sein, wenn der Patient und die medizinischen Fachkräfte ihr Wissen gegenseitig ergänzen und austauschen und sich die Kompetenz im Gesundheitspflegeprozess teilen. Damit öffnet

sich auch eine andere Sichtweise für den Begriff „Verantwortung“ - Pflegende haben dem Patienten gegenüber Verantwortung, aber nicht für ihn (vgl. Mahrer-Imhof 2005, 343). Wirksame Unterstützung bezieht sich auf die Anpassungsleistungen des erkrankten Menschen und auf sein soziales Umfeld. Die Begleitung und Pflege der betroffenen Menschen stellt die Gesunderhaltung, Gesundheitsberatung und das Verhindern von Komplikationen ins Zentrum pflegerischer Interventionen. Patientenschulung aus Sicht des Selbstmanagements ist mehr als Wissensvermittlung. Im Sinne von Empowerment ist sie eine Intervention, die Menschen befähigt, ihren Lebensstil zu verändern und damit gesünder zu werden oder zu bleiben (vgl. Holman, Lorig 2004, 242). Chronisch kranke Menschen können auf diese Weise autonome, gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen, die in ihr Leben passen und ihnen ein möglichst normales Leben ermöglichen. Die komplexen Ziele bedingen eine Mischung aus verschiedenen Methoden und Strategien, die bisher von der Pflege nur teilweise angewandt werden; dazu zählen die Unterstützung von Patienten bei der Suche nach Informationen im Internet (vgl. Schaeffer, Müller-Mundt, Haslbeck 2007, 90) oder dem Erlernen von Entspannungstechniken.

Der Patient als Co- Produzent seiner Gesundheit und die supportive Ausrichtung von Selbstmanagement sind spezifische Merkmale aus dem Konzept Selbstmanagement. Sie erweitern die vorläufige Definition von Gesundheitspflege (siehe Abbildung 5).

Vorläufige Definition von Gesundheitspflege

Merkmale auf der Mikroebene: Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben;

Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, Körperwahrnehmung;
Kompetenzförderung und Kompetenzerhaltung, Vertrauen in vorhandene Kompetenzen stärken;
Kompetenzentwicklung unterstützen; Kompetenzstärkung auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene;

Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen des Patienten; Förderung von Selbstbestimmung, Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Partizipation; Fokus auf die Person gerichtet – Bedürfnisorientierung, Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt; „Schatzsuche“ in der Biografie – Kompetenzen entdecken; Verfügbar Machen von Ressourcen im sozialen Netzwerk (Familie) und im Gesundheitssystem

Gesundheitsorientierung, Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen;

Präventives Pflegehandeln, Senken von Belastungen;

Merkmale auf der Mesoebene: Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen; Gesundheitserziehung; Gesundheitsbildung;

Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung); Verbesserung der Abwehr (Kompetenzen, Verhaltenstraining); Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Stärkung von vorhandenen und zugänglich machen neuer Netzwerke;

Merkmale auf der Makroebene: Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen, Gesundheitsaufklärung; Unterstützen von gesundheitsfördernden Lebenswelten;

Unterstützen von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen, Beteiligung von Betroffenen im Sinne von Selbstorganisation und Partizipation, Vernetzung mit dem sozialen Kontext (Kommune);

Ergänzende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept des Selbstmanagements

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
Integration der Patientensicht Patient aktiv, als Co-Produzent seiner Gesundheit Pflegeangebot unterstützend, lösungs-, handlungsorientiert	Nutzen der Gruppe als Ressource zur Problemlösung	

Abbildung 5: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept des Selbstmanagement

12 Salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung

Für das traditionelle Konzept der Gesundheitserziehung ist die Orientierung am Risikofaktorenmodell und am Expertenwissen von Medizinern und anderen Gesundheitsfachleuten bezeichnend. Dabei werden Patienten durch Vorschriften bezüglich ihres Verhaltens häufig in die Unmündigkeit gedrängt. Der von Marianne Brieskorn-Zinke beschriebene Ansatz der Gesundheitsförderung in der Pflege grenzt sich davon ab. Er integriert die salutogenetische Perspektive und die Grundannahmen der Gesundheitsförderung nach der Ottawa Charta (Brieskorn-Zinke, 2006a-f, 2007). Dem Konzept folgend können Patienten nach einem fünf-Schritte-Programm motiviert und angeleitet werden, sich konkret mit verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit auseinander zu setzen. Salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung wird als lebenslanger Prozess beschrieben, der sich durch Selbstverantwortung, Selbstbestimmung und Selbstbildung auszeichnet. Im Zuge dieses Prozesses werden Menschen ermutigt, sich mit ihren Lebensverhältnissen und deren Auswirkung auf ihre Gesundheit auseinanderzusetzen. Daraus können Entwicklungsprozesse resultieren, die zur Entfaltung von Gesundheitspotentialen und gesundheitlicher Mündigkeit führen. Kern dieser Wachstumsprozesse sind Lernprozesse auf verschiedenen Ebenen. Sie beziehen sich auf das Bewusstsein über Zusammenhänge, das Erfahren von Gesundheit am eigenen Leib und das Entdecken von Handlungsspielräumen. Um diese Lern- und Wachstumsprozesse anzustoßen, werden folgende Strategien eingesetzt: Fördern der Gesundheitsorientierung, Prüfen des Gesundheitsverhaltens, Stärken des Selbstwertgefühls, Schaffen von gesunden Verhältnissen und das Finden von Ausdrucksformen für Gesundheit (Brieskorn-Zinke 2006f, 111ff). Diese Schritte sind aufeinander bezogen und können als Stufenmodell gesehen werden. Sie werden in der Folge beschrieben.

12.1 Schritte salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung

Fördern der Gesundheitsorientierung

Durch das Fördern der Gesundheitsorientierung wird die Aufmerksamkeit auf Gesundheitserfahrungen gelenkt, anstatt Gefährdungen, Risiken und Bedrohungen ins Zentrum des Interesses zu stellen. Es erscheint gerade für kranke Menschen wichtig, die Aufmerksamkeit über aktuelle Einschränkungen hinaus auf gesunde Anteile, Lebenschancen und Hoffnungen zu richten und entsprechend der Salutogenese, den „pathologischen Blick“ zu erweitern. Dabei ist es hilfreich, gemachte Gesundheitserfahrungen wieder lebendig werden zu lassen und an diese anzuknüpfen. Brieskorn-Zinke nennt dafür beispielhaft Erfahrungen von bewusstem Wohlfühlen, Glück oder der Zufriedenheit mit sich und anderen. Die individuelle Gesundheitsorientierung wird durch das Wahrnehmen von eigenen sozialen, körperlichen und emotionalen Stärken gefördert. Auch das Erkennen von gesundheitsfördernden Bedingungen in der eigenen Lebenswelt und in den Beziehungen zu anderen Menschen stärkt den Prozess der Gesundheitsorientierung.

Prüfen des Gesundheitsverhaltens

Gesundheitsverhalten ist lebensgeschichtlich geprägt und erlernt, es ist von individuellen Fähigkeiten von Umgebungsfaktoren und von den Lebenszielen eines Menschen bestimmt (vgl. Siegrist 2003,140). Ein die Gesundheit schädigendes Verhalten kann wieder verlernt und stattdessen gesundheitsförderliches Verhalten aufgebaut werden. Der Weg der Verhaltensänderung führt den Patienten von der Forderung „Ich soll etwas ändern“ über die Absicht „ich will etwas ändern“ zur Gewissheit „ich kann etwas ändern“, und damit zur aktiven Gestaltung seiner Gesundheit (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 114f). Die Realisierung von gesundheitsförderndem Handeln erfordert vom Patienten einen aktiven Bewältigungsprozess. Dabei müssen neue Verhaltensweisen beibehalten und vor Störungen geschützt werden. Rückschläge und Misserfolge kommen häufig vor, danach kann es unterschiedlich lang dauern, bis der Patient wieder motiviert ist und der Prozess neu beginnt. Erlebt der Patient Erfolge, haben diese vor allem dann eine günstige Wirkung, wenn sie als Folge eigener Anstrengungen gesehen werden. Misserfolge müssen nicht zwingend die Aussicht auf spätere Erfolge erschweren. Bei Versuchen, das Verhalten zu optimieren, werden Kompetenzen aufgebaut, die beim nächsten Mal nützlich sein können (vgl. Schwarzer 2004, 90ff).

Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstkompetenz

Die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Selbstkompetenz ist ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung. Das Selbstwertgefühl kann durch verschiedene Strategien verbessert werden. Grundlegend ist, dass Bedürfnisse von Patienten erkannt und ernst genommen werden. Gleichzeitig kann so thematisiert werden, wo das Verhalten die Gesundheit

schädigt. Die Orientierung an vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten eröffnet dem Patienten Wege, sich selbst als kompetent zu erleben. Das Vermitteln oder Zugänglichmachen von relevanten Informationen oder Fertigkeiten ist ein wesentlicher Faktor in diesem Prozess. Dadurch wird die Selbstkompetenz gestärkt und Menschen werden zu eigenverantwortlichem Handeln befähigt. Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist die Grundlage für Selbstvertrauen (Brieskorn-Zinke 2006f, 122). Den Körper als Ganzes wahrzunehmen, ihm zu trauen und seine Signale deuten zu können, ist grundlegend für Selbstvertrauen und eine adäquate Selbstpflege. Oft nehmen Menschen ihren Körper erst bei Krankheit bewusst wahr. Die Wahrnehmung von Schmerzen oder anderen Krankheitssymptomen ist häufig mit Angst und Unsicherheit verbunden. Medizinische Befunde können in dieser Situation Sicherheit schaffen. Gleichzeitig verstärken sie jedoch die Aufmerksamkeit für die „Schwachstellen“ des Körpers. Wenn Patienten darüber hinaus ihren Körper als Ganzes wahrnehmen, neben Missempfinden auch Wohlbefinden spüren und benennen können, stärkt das ihr Selbstvertrauen. Patienten, die ihren Körper bewusst wahrnehmen, sind in der Einschätzung ihres Befindens nicht ausschließlich auf die Deutung (Befunde) von Experten angewiesen. Pflegende haben viele Möglichkeiten, Patienten in der Körperwahrnehmung zu unterstützen. Pflegemaßnahmen, die mit angenehmen, sinnlichen Erfahrungen einhergehen, wie eine vom Patienten angenehm erlebte Körperpflege oder eine wohltuende Einreibung, sind Beispiele, wie diese im Pflegealltag integriert werden können.

Gesunde Verhältnisse schaffen

Chancen für eine bessere Gesundheit liegen im persönlichen Gesundheitsverhalten und in der Mitgestaltung der Umwelt. Kranke Menschen sind durch ihre Gesundheitsprobleme häufig „erschüttert“. Daraus erwächst die Bereitschaft, über ihre Lebensumstände, gesund- und krankmachende Einflüsse, nachzudenken und Ideen für ein gesünderes, besseres Leben zu entwickeln. Sie suchen nach Alternativen zu gewohnten Handlungsmustern und nach Wegen, diese im Alltag zu verwirklichen. Diese Vorstellungen von einem gesünderen Leben motivieren und setzen Kräfte zur Veränderung frei. Pflegende haben durch die Nähe zu kranken Menschen die Möglichkeit, diese Prozesse zu unterstützen, indem sie Patienten anregen, ihre Ideen zu einem gesünderen Leben zu formulieren und damit auch zu konkretisieren.

Ausdrucksformen für Gesundheit finden

Gesundheit wird im Konzept als Fähigkeit der Auseinandersetzung des Menschen mit der Umwelt beschrieben. Basis dafür ist, wie ein Mensch seine eigenen Bedürfnisse und die seiner Mitmenschen wahrnimmt. Persönliche Ausdrucksformen einer ganzheitlichen Gesundheit zeigen, wie Gesundheit und Wohlbefinden gelebt werden können. Solche Ausdrucksformen können Körperbewusstsein, konstruktives Denken, Gefühlsorientierung,

Mitmenschlichkeit, Umweltbewusstsein und Sinnbezug sein. So gesehen ist Gesundheit auch für chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen möglich.

12.2 Definition und Ziel salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung

Im Konzept von Brieskorn-Zinke wird salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung mit der Aneignung von Wissen, seiner Beurteilung und der Integration in den Alltag beschrieben. Dabei wird davon ausgegangen, dass es neben Krankheit und Risiko immer auch Gesundheit und Ressourcen gibt. Salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung fördert eine gesunde Lebensweise und gesunde Lebensverhältnisse. Mit der Veränderung des Gesundheitsverhaltens bewegt sich ein Mensch auf etwas Positives zu und lernt, dieses körperlich und seelisch entsprechend wahrzunehmen und auszudrücken.

„Salutogenetisch orientierte Gesundheitsförderung zielt darauf ab Handlungs- und Gestaltungsspielräume für mehr Gesundheit zu eröffnen statt Verhaltensweisen einzuschränken. Nur so kann die Kompetenz von Patienten gestärkt und erweitert werden, sodass sie auch im Krank-Sein motiviert sind, Gesundheit und Lebendigkeit zu erleben“ (Brieskorn-Zinke 2006a, 445).

Ziel der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung ist die Stärkung des Selbstwerts und gesundheitliche Mündigkeit; Menschen sollen in diesem Prozess bei der Entwicklung von Kompetenzen im Umgang mit Gesundheitsrisiken unterstützt werden (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 221).

12.3 Methoden der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung

Beim Ansatz der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung werden personen- und situationsbezogene Gesundheitselemente in den Mittelpunkt gestellt. Vor diesem Hintergrund werden Möglichkeiten für gesundheitsbezogene Aktivitäten gesucht. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine gesunde Lebensweise nicht unmittelbar gelehrt werden kann, sondern im Dialog von Menschen/Patienten, die ihr Erfahrungswissen einbringen und Pflegenden, die ihr Expertenwissen beisteuern, entstehen kann (vgl. Brieskorn-Zinke 2006a, 444f). Die angewandten Methoden orientieren sich am sozialen Lernen und an den Prinzipien Empowerment und Partizipation. Marianne Brieskorn-Zinke empfiehlt kein „Programm“, sondern das Erarbeiten von gesundheitlichen Möglichkeiten im Sinne einer Ermöglichungsdidaktik. Als konkrete pflegerische Intervention könnten mit der betroffenen Person gesunde Alternativen zum bisherigen Ernährungsverhalten erarbeitet werden. Nicht Verbote, sondern die Aussicht auf mehr Wohlbefinden und Genuss, stehen im Vordergrund. Im Zentrum des Prozesses stehen die prinzipielle Gesundheitsorientierung und die Orientierung an den Bedürfnissen und Ressourcen des Patienten. In der Interaktion mit dem Patienten werden Gesundheit und gesunde Anteile des Patienten thematisiert und damit sichtbar gemacht.

Kommunikations- und Interaktionsprozesse können dabei in verschiedenen Phasen der Gesundheitsbildung unterstützen. Das sind beispielsweise die Reflexion des Gesundheitsverhaltens oder die Entwicklung von Handlungsmöglichkeiten für ein gesünderes Leben. Dabei ist das Vermitteln oder zugänglich Machen von relevanten Informationen und notwendigen Ressourcen von Bedeutung. Gesundheitliche Mündigkeit entsteht aus dem Wissen über medizinische diagnostische pflegerische Verfahren und aus der Möglichkeit seine Rechte wahrzunehmen. Eine besondere Position kommt Pflegenden bei der Unterstützung der Körperwahrnehmung zu. Neben Konzepten wie Basale Stimulation® oder Kinästhetik® können auch alltägliche pflegerische Interventionen oder das Vermitteln von Genusserfahrungen Patienten ihren Körper auf angenehme Weise erfahrbar machen.

Brieskorn-Zinke empfiehlt Gesundheitsseminare mit Patientenschulungen bei chronischer Krankheit zu verknüpfen, um neben der Patientenedukation auch Gesundheitsförderung, gesundheitliche Mündigkeit und die konkrete Übernahme von Verantwortung beim Patienten zu fördern (vgl. Brieskorn Zinke 2006a, 445).

12.4 Bedeutung salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung für die professionelle Pflege

Die Nähe zum Patienten gibt Pflegenden viele natürliche Anknüpfungspunkte zur Verbesserung der Gesundheit. Dazu ist eine salutogenetische Grundhaltung notwendig. Häufig richten Pflegende ihre ganze Aufmerksamkeit auf Symptome und Risiken, um diese zu lindern oder Gefahren abzuwenden. Das erschwert die Wahrnehmung von Gesundheitsressourcen beim Patienten. Entsprechend der Salutogenese sind Menschen immer krank und gesund gleichzeitig. Pflegende sind daher gefordert, Menschen in ihrem Kranksein zu begleiten und zu unterstützen und gleichzeitig ihr Gesundsein zu fördern und zu stärken. Ein erster Schritt dazu ist, Gesundheit in der pflegerischen Interaktion zu thematisieren und die subjektive Sicht der Patienten einzubeziehen. Dadurch können Pflegende Kompetenzen des Patienten wahrnehmen und seine Einstellungen kennenlernen. Respekt und Toleranz für verschiedene Wege zu mehr Gesundheit ermutigen Patienten zum Ausprobieren von Alternativen. Durch das Fördern des Selbstwertgefühls, verbunden mit der Ermutigung zu eigenverantwortlichem Handeln, können Menschen in die Lage versetzt werden, selbst etwas für ihre Gesundheit zu tun.

Aus dem Konzept salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung können der vorläufigen Definition von Gesundheitspflege die Merkmale Gesundheitsorientierung, erweitern von Handlungsspielräumen und ermöglichen von Lernen und Wachstum hinzugefügt werden (siehe Abbildung 6).

Vorläufige Definition von Gesundheitspflege

Merkmale auf der Mikroebene: Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben;

Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, Körperwahrnehmung;
Kompetenzförderung und Kompetenzerhaltung, Vertrauen in vorhandene Kompetenzen stärken;
Kompetenzentwicklung unterstützen; Kompetenzstärkung auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene;

Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen des Patienten; Förderung von Selbstbestimmung, Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Partizipation; Patient aktiv, als Co-Produzent seiner Gesundheit - Pflegeangebot unterstützend, lösungs-, handlungsorientiert;

Fokus auf die Person gerichtet – Bedürfnisorientierung; Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt; „Schatzsuche“ in der Biografie –Kompetenzen entdecken; Verfügbar Machen von Ressourcen im sozialen Netzwerk (Familie) und im Gesundheitssystem; Integration der Patientensicht;

Gesundheitsorientierung, Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen;

Präventives Pflegehandeln, Senken von Belastungen;

Merkmale auf der Mesoebene: Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen; Gesundheitserziehung; Gesundheitsbildung;

Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung); Verbesserung der Abwehr (Kompetenzen, Verhaltenstraining); Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Stärkung von vorhandenen und zugänglich machen neuer Netzwerke; Nutzen der Gruppe als Ressource zur Problemlösung;

Merkmale auf der Makroebene: Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen, Gesundheitsaufklärung; Unterstützen von gesundheitsfördernden Lebenswelten;

Unterstützen von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen, Beteiligung von Betroffenen im Sinne von Selbstorganisation und Partizipation, Vernetzung mit dem sozialen Kontext (Kommune);

Ergänzende Merkmale für die Definition von Gesundheitspflege aus dem Konzept der Salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
<p>Ermöglichen/thematisieren von Gesundheitserfahrungen</p> <p>Anstoßen/ermöglichen von Lern- und Wachstumsprozessen</p> <p>Erweiterung von Handlungsspielräumen</p>		

Abbildung 6: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung

Die beschriebenen, mit Gesundheitspflege assoziierten, Konzepte haben überwiegend die konkreten Fähigkeiten und Möglichkeiten betroffener Menschen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Sie berücksichtigen dabei gesellschaftliche, biografische und soziale „Rahmenbedingungen“, in die ein Mensch mit seiner, Lebens- und Gesundheitsgeschichte eingebunden ist. Lediglich das Konzept Prävention fokussiert auf Risikofaktoren und ihre Elimination, auf Risikoverhalten und seine Veränderung. Auch alle anderen Konzepte ignorieren Gefährdungen und Krankheit nicht. Vielmehr wird beschrieben wie Menschen befähigt werden können, mit diesen Bedingungen oder Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes und gesundes Leben zu führen. Alle Konzepte beschreiben Methoden und Möglichkeiten zur Unterstützung betroffener Menschen. Dabei wird deutlich, wie sehr Gesundheit in die Lebens- und Alltagsbedingungen von Menschen eingebunden ist. Ausdrücklich nehmen die Konzepte Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung, Empowerment, Selbstmanagement und salutogenetisch orientierte Gesundheitsbildung darauf Bezug. Sie beschreiben Wege, wie Umgebungsbedingungen und Ressourcen in der Lebenswelt, für mehr Gesundheit und Selbstbestimmung genutzt werden können. Darüber hinaus zeigen die Konzepte Methoden und Möglichkeiten, die Menschen befähigen, widrige Bedingungen zu beeinflussen und soziale Netzwerke als Ressource zu mehr Gesundheit zu nutzen. Für die professionelle Pflege werden damit Wege aufgezeigt, die eine Orientierung in Richtung „Gesundheit“ ermöglichen. Bemerkenswert erscheint auch, dass sich die Konzepte mehrheitlich nicht an der Medizin orientieren. Dieser Umstand könnte der professionellen Pflege die Entwicklung eines autonomen Handlungsfeldes „Gesundheitspflege“ ermöglichen. In der Folge wird das Konzept „Gesundheitspflege“ auf der Grundlage der in Abbildung 7 angeführten Merkmale entwickelt.

Bestimmende Merkmale für „Gesundheitspflege“

- Merkmale auf der Mikroebene:** Gesundheitskompetenz der Patienten einschätzen und das Pflegeangebot darauf abstimmen; Patienten ermutigen, verschiedene Informationsquellen zu nutzen; Orientierung im Gesundheitssystem geben;
- Unterstützung von Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung, Körperwahrnehmung;
- Kompetenzförderung und Kompetenzerhaltung, Vertrauen in vorhandene Kompetenzen stärken; Kompetenzentwicklung unterstützen; Kompetenzstärkung auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene; Erweiterung von Handlungsspielräumen;
- Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen; Anstoßen/ermöglichen von Lern- und Wachstumsprozessen;
- Orientierung am Vermögen/Fähigkeiten und an den Ressourcen des Patienten; Förderung von Selbstbestimmung, Eigeninitiative, Selbstverantwortung und Partizipation; Patient aktiv, als Co-Produzent seiner Gesundheit - Pflegeangebot unterstützend, lösungs- und handlungsorientiert;
- Fokus auf die Person gerichtet - Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt; „Schatzsuche“ in der Biografie –Kompetenzen entdecken; Verfügbar Machen von Ressourcen im sozialen Netzwerk (Familie) und im Gesundheitssystem; Integration der Patientensicht;
- Gesundheitsorientierung, Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen; ermöglichen / thematisieren von Gesundheitserfahrungen;
- Präventives Pflegehandeln, Senken von Belastungen;
- Merkmale auf der Mesoebene:** Patienten Zugang zu Informationen verschaffen, sie befähigen diese zu beurteilen und sie ggf. dabei unterstützen; Gesundheitserziehung; Gesundheitsbildung;
- Vermittlung von Selbstpflegefähigkeiten und -fertigkeiten (Schulung, Anleitung); Verbesserung der Abwehr (Kompetenzen, Verhaltenstraining); Schaffen von Bedingungen für Entwicklung und Lernen;
- Stärkung von vorhandenen und zugänglich machen neuer Netzwerke; Nutzen der Gruppe als Ressource;
- Merkmale auf der Makroebene:** Basiskompetenzen vermitteln (Public Health Ebene, Bildungssystem); Gesundheitsinformationen zur Verfügung stellen, Gesundheitsaufklärung;
- Unterstützen von gesundheitsfördernden Lebenswelten;
- Unterstützen von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen, Beteiligung von Betroffenen im Sinne von Selbstorganisation und Partizipation, Vernetzung mit dem sozialen Kontext (Kommune);

Abbildung 7: Bestimmende Merkmale für Gesundheitspflege

13 Entwicklung des Konzeptes Gesundheitspflege

Im ersten Schritt werden zur Entwicklung des Konzeptes der Gesundheitspflege aus den bestimmenden Merkmalen (siehe Abbildung 7) Cluster gebildet. Dabei werden Merkmale, die ähnlich sind oder einander überschneiden, zu Clustern zusammengeführt. Diese werden mit einem Überbegriff bezeichnet (vgl. Walker, Avant 1998,61). Der folgende Abschnitt beschreibt, wie die Clusterbildung erfolgte. Er skizziert, neben den Merkmalen von Gesundheitspflege auf den verschiedenen Ebenen auch die damit verbundene Rolle und Funktion der professionellen Pflege.

13.1 Merkmale von Gesundheitspflege auf der Makroebene

Auf der Makroebene wird Gesundheitspflege auf der Public Health Ebene beschrieben. Dabei werden Aktivitäten dargestellt, die Menschen Orientierung im Gesundheitssystem ermöglichen (Information, Transparenz). Integriert ist auch das Vermitteln von Basiskompetenzen im Sinne von Gesundheitskompetenz durch Gesundheitsaufklärung und die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen. Das Unterstützen gesundheitsfördernder Lebenswelten und Gemeinschaftsaktionen, die Partizipation und die Beteiligung der Betroffenen ermöglichen, sind weitere Ausprägungen von Gesundheitspflege auf der Makroebene. An den beschriebenen Merkmalen orientieren sich pflegerische Arbeitsfelder wie die Public Health Nurse oder die Community Nurse; sie sind international und in einigen europäischen Ländern fest im Gesundheitssystem integriert. Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen arbeiten professionell Pflegenden an Lösungen von Gesundheitsproblemen bei gefährdeten oder vulnerablen Bevölkerungsgruppen (vgl. Hasseler 2006, 168ff).

13.2 Merkmale von Gesundheitspflege auf der Mesoebene

Auf der Mesoebene werden Interventionen im Gruppensetting und auf institutioneller Ebene beschrieben. Aus den abgeleiteten Merkmalen können zwei Cluster gebildet werden. Sie werden mit den Überbegriffen „Verbesserung der Gesundheitskompetenz“ und „Netzwerkförderung“ charakterisiert.

(a) Verbesserung der Gesundheitskompetenz

Gesundheitserzieherische und gesundheitsbildende Aktivitäten machen Gesundheitsinformationen zugänglich und befähigen Menschen, diese zu beurteilen. Maßnahmen zur Verbesserung der Abwehr von Gesundheitsgefährdungen durch Verhaltenstraining und die Vermittlung von Kompetenzen ermöglichen eine gesunde Lebensweise. Kranken Menschen wird durch die Vermittlung (Schulung, Information) von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Gruppensetting eine adäquate Selbstpflege ermöglicht.

(b) Netzwerkförderung

Netzwerkorientierung bezieht sich auf die Stärkung vorhandener sozialer Ressourcen und das zugänglich Machen neuer Netzwerke. Das kann beispielsweise eine Selbsthilfegruppe sein. Dabei werden die Prinzipien Partizipation und Selbstorganisation in das Konzept der Gesundheitspflege integriert. Die Gruppe kann als Ressource zur Problemlösung und Bewältigung gesehen werden.

Professionell Pflegende sind, international und in verschiedenen europäischen Ländern, in die Organisation und Durchführung von Gesundheitsförderungs- und Screeningprogrammen integriert. Sie koordinieren gesundheitsbezogene Dienstleistungen auf kommunaler Ebene oder im Schnittstellenmanagement mit anderen Gesundheitsberufen. In Bereichen wie der Familiengesundheitspflege organisieren Pflegende die häusliche Pflege oder begleiten Familien in anderen schwierigen Situationen (vgl. Hasseler 2006, 169). Häufig haben sie eine hohe berufliche Autonomie innerhalb des Gesundheitswesens (vgl. Strömberg 2004). In Österreich zeigt sich die Konkretisierung von Gesundheitspflege auf der Mesoebene in ersten Ansätzen zur Umsetzung von Familiengesundheitspflege (vgl. Wild 2007).

13.3 Merkmale von Gesundheitspflege auf der Mikroebene

Aus den abgeleiteten Merkmalen ergeben sich vorerst die Cluster „Gesundheitsorientierung“ und „Patientenorientierung“. Der Cluster „Patientenorientierung“ kann, entsprechend der spezifischen Ausprägungen, in „Autonomieorientierung“, „Ressourcenorientierung“ und „Kompetenzorientierung“, differenziert werden. Auf der Mikroebene konkretisiert sich Gesundheitspflege in zwei Ansatzpunkten: **Gesundheit** und der **Patient** mit seinen **Kompetenzen** und **Ressourcen** und seinem **Streben nach Autonomie** (siehe Abb. 8).



Abbildung 8: Komponenten der Gesundheitspflege auf der Mikroebene

(a) Gesundheitsorientierung

Der Cluster „Gesundheitsorientierung“ beschreibt pflegerisches Handeln, das Erfahrungen von Gesundheit ermöglicht. Kennzeichnende Merkmale sind Gesundheitsorientierung, die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen, sowie die Erweiterung von Handlungsspielräumen und das Anstoßen/Ermöglichen von Lern- und Wachstumsprozessen. Präventives Pflegehandeln und das Senken von Belastungen sind weitere Kennzeichen die hier zugeordnet wurden. In der Gesundheitsorientierung wird davon ausgegangen, dass der Mensch in einem gewissen Maß, in bestimmten Dimensionen, gesund sein kann, solange er lebt (vgl. Antonovsky 1997, 23). Für die Pflege und Unterstützung chronisch kranker oder alter Menschen bedeutet das, gesunde Anteile und Ressourcen sichtbar und bewusst zu machen. Sich dieser Kräfte in der Bewältigung zu bedienen und Handlungsspielräume, wo es möglich ist, zu erweitern, ermöglicht dem betroffenen Menschen, sich auf dem HEDE Kontinuum Richtung Gesundheit zu bewegen.

Dies kann nur gemeinsam mit den betroffenen Menschen erfolgen. Der Patient, seine Kompetenzen und Ressourcen, sowie sein Streben nach Autonomie, ist der zweite Ansatzpunkt der Gesundheitspflege.

(b) Autonomieorientierung

Den Cluster „Autonomieorientierung“ gestalten die Merkmale Eigeninitiative; Selbstverantwortung und Partizipation des Patienten. Weitere Merkmale sind die Integration der Patientensicht und die Bedürfnisorientierung. Daneben ist das Fördern von Selbstbestimmung und die Stärkung gesundheitlicher Mündigkeit, verbunden mit einem unterstützenden Pflegeangebot, kennzeichnend. Patienten werden ermutigt, verschiedene

Informationsquellen zu nutzen und erhalten Informationen, die ihnen Orientierung im Gesundheitssystem ermöglichen.

(c) Ressourcenorientierung

Im Cluster „Ressourcenorientierung“ werden die Orientierung an den vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten und ihre Stärkung zusammengefasst. Weiter das Verfügbar-Machen von Ressourcen im sozialen Netzwerk (Familie) und im Gesundheitssystem. Dabei ist der Fokus auf die betroffene Person gerichtet. In Biografie, Alltag und Lebenswelt finden sich „Schätze und Werkzeuge“ zur Bewältigung von Herausforderungen in Bezug auf die Gesundheit.

(d) Kompetenzorientierung

Der Cluster „Kompetenzorientierung“ entsteht aus den Merkmalen Kompetenzförderung, Kompetenzerhaltung und Kompetenzstärkung auf kognitiver, psychosozialer und psychisch-emotionaler Ebene. Er schließt das Einschätzen der Gesundheitskompetenz bei Patienten und die entsprechende Abstimmung des Pflegeangebotes ein. Das Vertrauen in vorhandene Kompetenzen zu stärken und Kompetenzentwicklung zu unterstützen, sind weitere Kennzeichen. Sie erfordern Bedingungen, die Entwicklung und Lernen ermöglichen. Die Unterstützung von Körperwahrnehmung, Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung sind charakteristisch für Kompetenzorientierung. Der Patient ist aktiv und Co-Produzent seiner Gesundheit. Das unterstützende Pflegeangebot ist lösungs- und handlungsorientiert.

Die Rolle der Gesundheitspflege auf der Mikroebene konkretisiert sich im Pflegeprozess. Sie ist stark auf das Individuum fokussiert. Die Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung sind in allen Lebensphasen gegeben. Chronische Krankheit, Alter und Gebrechlichkeit stellen besondere Anforderungen an die professionelle Gesundheitspflege. Im Alter ist es Ziel der Gesundheitspflege, Selbständigkeit und Lebensqualität zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verzögern. Bei chronischer Krankheit unterstützen Pflegende die Optimierung der Selbstpflegefähigkeit durch die Vermittlung von Kompetenzen (vgl. Hasseler 2006, 166).

Auf Grundlage der beschriebenen Cluster werden im kommenden Abschnitt der Begriff und das Konzept der Gesundheitspflege auf der Mikroebene entwickelt.

13.4 Definition von Gesundheitspflege auf der Mikroebene

Gesundheitspflege auf der Mikroebene kann als die Gesamtheit aller Interventionen beschrieben werden, die gesunden und kranken Menschen Erfahrungen von Gesundheit und mehr Selbstbestimmung in Bezug auf ihre Gesundheit ermöglichen. Die Ansätze von Gesundheitspflege sind *Gesundheitsorientierung* und der *Patient mit seinen Kompetenzen, Ressourcen und seinem Streben nach Autonomie* (siehe Abbildung 8).

13.5 Ziel und Zielgruppe von Gesundheitspflege

Ziel von Gesundheitspflege ist, Menschen Gesundheit zu ermöglichen. Gesundheitsbeeinflussende Faktoren bewusst zu machen und sie zu befähigen oder zu unterstützen, diese zu nutzen oder zu verändern. Dabei wird die größtmögliche Eigenständigkeit und gesundheitliche Mündigkeit der betroffenen Person angestrebt.

Gesundheitsförderung, und damit Gesundheitspflege, richtet sich an Menschen aller Altersgruppen und Lebensphasen; sie schließt kranke, behinderte und pflegebedürftige Menschen ausdrücklich ein (vgl. Hurrelmann 2000, 594f).

13.6 Gesundheitspflege: Maßnahmen, Methoden und Kompetenzen

Gesunde und kranke Menschen und ihre Angehörigen zu befähigen, ihre gesundheitlichen Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen und zu verfolgen, ist Aufgabe der Pflege. In der Folge werden exemplarisch Wege, die in diese Richtung führen, aufgezeigt und erforderliche pflegerische Kompetenzen beschrieben.

Exkurs zum Kompetenzbegriff

Der Begriff **Pflegekompetenz** bezieht sich auf angewandtes pflegerisches Können in der Pflegepraxis und die Fähigkeit, in Pflegesituationen urteilen und handeln zu können (vgl. Benner 1994, 35). Es werden jene Fähigkeiten beschrieben, die notwendig sind, um professionelle Pflege bestmöglich ausüben zu können (vgl. Bartholomeyczik 2001, 285). Im Curriculum für die Ausbildung in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege werden die Bereiche (a) Selbstkompetenz, (b) sozial-kommunikative Kompetenz, (c) methodische und (d) instrumentell technische Fachkompetenz als Kompetenzbereiche der Pflege definiert.

Mit **Selbstkompetenz** werden Fähigkeiten beschrieben, die es einer Person ermöglichen, im Rahmen von Aufgaben die eigene Motivation, Begabung und Leistungswillen einzubringen. Die Bereitschaft, der Person, ihr Potential zu entwickeln, Reflexionsfähigkeit, ein Bewusstsein für die eigenen Stärken und Schwächen, Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung, sind weitere Ausprägungen.

Sozial-kommunikative Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich mit anderen Menschen auseinanderzusetzen und sich beziehungsorientiert zu verhalten. Sie inkludiert kommunikative Fähigkeiten, die es ermöglichen, Patienten und ihre Angehörigen zu beraten, die Fähigkeit zu Empathie, Rollendistanz, Kritikfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Kreativität.

Methodische Kompetenz ist die Befähigung, für Aufgaben selbständig Lösungswege zu finden. Das setzt Organisations-, Planungs- und Problemlösungs-, sowie Entscheidungskompetenz voraus.

Mit **instrumentell-technischer Kompetenz** wird die Fähigkeit, Aufgaben/Pflegemaßnahmen methodisch und fachlich richtig auszuführen, beschrieben (vgl. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2003, 31f).

Kompetentes Handeln kann als „[...] *eine besondere Art des Handelns*“ beschrieben werden, „*das selbständige, selbstverantwortliche, kreative, selbstorganisierende und flexible Treffen von Entscheidungen [...] das dazu beiträgt, dass der Handelnde seine (soziale) Umwelt aktiv steuert*“ (Vonken 2005, 190). Dieser Definition entsprechend kann kompetentes gesundheitspflegerisches Handeln den Pflegeprozess aktiv in Richtung Gesundheit und Gesundheitsförderung beeinflussen. Voraussetzung dafür sind kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit zur professionellen Beziehungsgestaltung. Auf dieser Grundlage können auch Autonomie, Partizipation und Patientenorientierung im Pflegeprozess verwirklicht werden.

Grundlegende Kompetenz für Gesundheitspflege: Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Gesundheitspflege ist eingebettet in einen Beziehungsprozess zwischen gesunden oder kranken Menschen und professionell Pflegenden. Diesen in angemessener Weise zu beginnen, zu gestalten und zu beenden, erfordert von Pflegenden Beziehungskompetenz (vgl. Bartholomeyczik 2001, 287). Die Gestaltung und Qualität der Beziehung hat Auswirkungen auf die Interaktion, die Kommunikation und das Ergebnis der Pflege (vgl. Fichten 1998, 20). Beziehungskompetenz zeichnet sich durch eine wertschätzende akzeptierende Grundhaltung, Empathie und Echtheit aus. Diese Variablen menschlicher Begegnung und Kommunikation müssen von Pflegenden erlernt, eingeübt und reflektiert werden (vgl. Engel 2006, 138). Sind Pflegenden in der Lage, Patienten in dieser Grundhaltung zu begegnen, hat das eine direkte Rückwirkung auf den Patienten. Menschen, die akzeptiert und geschätzt werden, können eine fürsorglichere Einstellung zu sich selbst entwickeln. Einfühlsames Zuhören ermöglicht ihnen, sich zu öffnen und mitzuteilen (vgl. Rogers 1981, 5). Das hilft Pflegenden, die Bedeutung, die der Betroffene seiner Gesundheitssituation gibt, nachzuvollziehen und seine Sicht, als gestaltende Kraft, in den Pflegeprozess zu integrieren (vgl. Schrems 2008, 144).

Gesundheitsorientierung und das Ermöglichen von Gesundheitserfahrungen

Um Gesundheitsorientierung umzusetzen, nehmen Pflegenden bei der Gestaltung des Pflegeprozesses eine an Gesundheit orientierte Grundhaltung ein. Gesundheit wird in der Interaktion mit Patienten thematisiert und verbalisiert. Werden Patienten mit ihren gesunden Anteilen und Ressourcen wahrgenommen, beeinflusst das die Gestaltung des Pflegeprozesses und die Art und Weise wie Menschen in ihrer Selbstpflegefähigkeit unterstützt werden (vgl. Meleis 1999, 173). Die Sensibilisierung des Patienten für gesunde

Anteile und Ressourcen ermöglicht ihm, zumindest partiell, Erfahrungen von Gesundheit zu machen. Die Stärkung von Schutzfaktoren und Ressourcen und das Senken von krankheitsbedingten Belastungen sind weitere Möglichkeiten, Gesundheitsorientierung in der Pflege zu konkretisieren. Daneben ist präventives Pflegehandeln durch Identifikation und Reduktion von Risikofaktoren und Risikoverhalten im Sinne pflegerischer Prophylaxen Ausdruck für Gesundheitsorientierung.

Kompetenzen zur Konkretisierung von Gesundheitsorientierung

Die Fähigkeit der Pflegenden zur Gesundheitsorientierung kommt aus ihrem Wissen zur Entstehung von Gesundheit und deren Determinanten, ihrem Bewusstsein für Gesundheit und ihrer Kompetenz und Erfahrung im Umgang mit der eigenen Gesundheit (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 15). Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit ist gebunden an einen aufmerksamen Umgang mit sich selbst. Diese Aufmerksamkeit ermöglicht es, Grenzen und Widersprüche im eigenen Gesundheitsverhalten wahrzunehmen, zu reflektieren und Handlungsspielräume zu erweitern (vgl. Bohrer 2009, 13f). Darüber hinaus ist theoretisches Wissen und instrumentell-technische und methodische pflegerische Kompetenz notwendig, um die Situation von Menschen einzuschätzen, Ressourcen und Gefährdungen zu identifizieren und adäquate pflegerische Maßnahmen einzuleiten.

Fördern von Autonomie und Selbstbestimmung

Organisationsstrukturen und Abläufe innerhalb einer Einrichtung/eines Systems ebnen und begrenzen den Weg zur Patientenautonomie und Partizipation auf der Mikroebene. Die aktive Beteiligung von betroffenen Menschen am Pflege- und Versorgungsprozess setzt voraus, dass Patienten zu Wort kommen und gehört werden. Informationen, die ihrer Gesundheitskompetenz entsprechen und patientengerecht koordinierte Pflege- und Versorgungsabläufe ermöglichen die Stärkung der Patientenautonomie (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1997, 21ff). Für den Patienten ist Autonomie und Eigenständigkeit in vielen Fällen eng mit der Verfügbarkeit von Information, dem Erlernen neuer Selbstpflegekompetenzen und dem Zugang zu Ressourcen verbunden. Betroffene Menschen aktiv am Pflegeprozess zu beteiligen, sie an der Gestaltung von Entscheidungen zu beteiligen, ist eine grundlegende Ausrichtung von Gesundheitspflege (vgl. Blättner 2009, 22). Fürsorge und Autonomie können als einander ergänzende Konzepte gesehen werden. Das Bedürfnis nach Autonomie ist individuell, es kann sich mit dem Fortschreiten von Krankheit und Pflegebedürftigkeit vermindern (vgl. Geisler, 2004, 456). Einschränkende Bedingungen, wie Schmerzen, strukturelle Barrieren, Angst oder Mangel an Information zu vermindern, können als konkrete Maßnahme zur Autonomieförderung gesehen werden (vgl. Fölsch 2008, 74f).

Kompetenzen zur Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung

Das Bewusstsein für die Bedeutung von Autonomie und ihren Anspruch an die Gestaltung des Pflegeprozesses ist bedingende Voraussetzung, wenn Patienten zur Autonomie befähigt werden sollen (vgl. Fölsch 2008, 74f). Die Förderung und Stärkung von Gesundheitskompetenz im Zuge von Empowermentprozessen verlangt von Pflegenden eine Haltung, die die individuellen Problemlösungswege von Menschen achtet und unterstützt. Patientenbezogene Abläufe an die Belastbarkeit und die Bedürfnisse von Patienten anzupassen, erfordert die Fähigkeit zum Dialog mit dem Patienten und den Akteuren im Gesundheitssystem. Schwere Krankheit und Abhängigkeit schränken die Fähigkeit zur Selbstbestimmung ein. Es bedarf der pflegerischen Fürsorge, um die Autonomie des Patienten zu unterstützen und im Dialog mit dem Patienten das optimale Maß an Autonomie herauszufinden (vgl. Geisler, 2004, 456).

Befähigung zur Einflussnahme auf gesundheitsbeeinflussende Faktoren

Um gesundheitsbeeinflussende Faktoren nutzen oder verändern zu können, müssen Menschen über Kompetenzen auf verschiedenen Ebenen verfügen. Darüber hinaus bedarf es der Verfügbarkeit von Ressourcen.

(a) Vermittlung von Kompetenzen

Sich seiner gesundheitlichen Angelegenheiten anzunehmen, ist häufig an das Lernen neuer Selbstpflegefähigkeiten und Verhaltensweisen gebunden. In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden dafür Begriffe wie Gesundheitsberatung (Engel 2006), Gesundheitsbildung (Brieskorn-Zinke 2006a-f) oder Patientenedukation (Abt-Zegelin 2003) verwendet. Die Entwicklung von Problemlösungskompetenz und von spezifischen Selbstpflegefertigkeiten ermöglicht chronisch kranken Menschen, ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen. Im Alter müssen häufig Kompetenzen erworben werden, die biologische und funktionelle Leistungseinbußen kompensieren. Die Gestaltung eines Settings, in dem das Vertrauen in vorhandene Kompetenzen gestärkt und günstige Bedingungen für Entwicklung und Lernen, gefördert werden, unterstützt den Patienten bei der Ausbildung neuer Kompetenzen. In Bezug auf Gesundheitsförderung sind das kognitive, psychosoziale und psychisch-emotionale Fähigkeiten, sowie die Fähigkeit zur Körperwahrnehmung, zur Selbstreflexion und Selbstwahrnehmung.

Verbesserung der Körperwahrnehmung

Körperbezogene Pflegeansätze, wie Basale Stimulation®, das Bobath Konzept® oder Kinästhetik®, verbessern Körperwahrnehmung und Selbstkompetenz des Patienten. Daneben sind alltägliche Pflegeinterventionen, wie Lagerung oder Mobilisation, geeignet, Patienten zur Körperwahrnehmung zu ermutigen und diese zu unterstützen. Eine

sachgerechte Mobilisation, die, trotz schwindender Kräfte, nicht überfordert, kann auch alten und gebrechlichen Menschen Sicherheit vermitteln und ihnen Vertrauen in die eigenen Bewegungsmöglichkeiten zurückgeben (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 99).

Unterstützung des Patienten bei der Verwirklichung eines gesünderen Lebensstils

In diesem Prozess hat die Pflegeperson die Rolle des Vermittlers, Förderers und Begleiters. Der Patient als Experte für sein Leben formuliert, welches Ziel er anstrebt, was er dafür tun wird und woran er den Erfolg erkennt. Dazu brauchen Pflegende methodische Kenntnisse, die geeignet sind, beim Patienten Wissen zu vermehren, Selbstbewusstsein, Selbstachtung und Selbstbefähigung zu verbessern und ihn in der Veränderung seiner Lebensweise unterstützen (vgl. Steinbach 2007, 168, 173). Wissen, Problemlösungskompetenz und spezifische Selbstpflegefertigkeiten ermöglichen chronisch kranken Menschen, ihre Gesundheit günstig zu beeinflussen.

Fähigkeiten zur Konkretisierung von Kompetenzvermittlung

Die Fähigkeit die Gesundheitskompetenz der Patienten einzuschätzen, ermöglicht Pflegenden eine individuelle Anpassung von Informations-, Beratungs- und Schulungsangeboten. In dem von Roswitha Engel entwickelten Anforderungsprofil für die Beratung in der Pflege wird ein Bündel an allgemeinen, affektiv sozialen und kognitiven Fähigkeiten beschrieben, derer Pflegende bedürfen, um Patienten in adäquater Weise zu beraten. Grundvoraussetzung ist, dass Pflegende in der Lage sind, verbal und nonverbal mit Patienten über die Lösung ihrer Gesundheitsprobleme zu kommunizieren. Sie sind fähig, den Beratungsbedarf einschätzen und die Beratung an die Person anzupassen. Dabei orientieren sie sich mit den Inhalten der Beratung an der individuellen Situation des Patienten, seinem Gesundheitszustand und seinen Gesundheitsressourcen. Sie können mit Gefühlen, wie Verunsicherung, Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit, konstruktiv umgehen und mit dem Patienten Perspektiven zu seiner Problemsituation entwickeln (vgl. Engel 2006, 84ff). Daneben sind zur Unterstützung bei der Veränderung des Gesundheitsverhaltens und zur Verbesserung des Selbstmanagements Kenntnisse zu Methoden, wie Biografiearbeit, Rollenspiel, Gruppenarbeit oder dem Training sozialer Fähigkeiten, notwendig (vgl. Steinbach 2007, 173; Klug Redmann 2008).

(b) Verfügbar-Machen und Nutzen von Ressourcen

Die Situation alter Menschen und Menschen mit akuten oder chronischen Gesundheitsproblemen ist häufig gekennzeichnet von Ressourcenverlusten und -defiziten. Kann das Gleichgewicht zwischen Bedürfnissen/Anforderungen und Ressourcen nicht mehr aufrechterhalten werden, führt das zu Verunsicherung, Überforderung und wirkt sich nachteilig auf den Gesundheitszustand aus. Es liegt an den professionell Pflegenden,

gemeinsam mit dem Patienten Ressourcen für Gesundheit und Bewältigung aufzuspüren, sie zu aktivieren und zu sichern. Sie finden sich häufig in der Biografie und im Umfeld der betroffenen Person. Die Unterstützung bei der Orientierung im Gesundheitssystem ermöglicht Menschen, die akut oder chronisch krank sind, alten Menschen und ihren Angehörigen, Ressourcen zu finden und zu nutzen, die ihren Bedürfnissen entsprechen. Das können Unterstützungsangebote sein, die ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen, oder der Zugang zu Hilfsmitteln und finanziellen Ressourcen.

Kompetenzen zur Konkretisierung von Ressourcenorientierung

Gesundheitspflegerische Interventionen knüpfen an vorhandene Ressourcen beim Patienten und in seiner Umgebung an. Im Sinne von Empowerment machen sie den betroffenen Menschen notwendige Ressourcen auf verschiedenen Ebenen zugänglich und helfen ihnen, eigene Fähigkeiten und Potenziale zu entwickeln (vgl. Steinbach 2007, 55f). In der pflegerischen Praxis sind Ressourcen nicht immer auf den ersten Blick sichtbar. Es bedarf der Wachsamkeit und methodischer Kompetenzen, verborgene Ressourcen zu entdecken. Die Erhebung der Ressourcen stützt sich auf die Selbstbewertung des Patienten, die Beobachtung durch Pflegende und das (nach Stärken und positiven Wirkfaktoren) fragende Gespräch. Es kann Kräfte und Strategien zur Bewältigung in der Biografie aufspüren und sie dem Betroffenen bewusst machen. Auch das Vermitteln von Zuversicht und das Fördern von Entscheidungsfähigkeit in der pflegerischen Interaktion kann verborgene Kräfte und Fähigkeiten wecken (vgl. Scheichenberger 2007, 97ff). Die Förderung eigener Potentiale kann Menschen mit eingeschränkter Selbstpflegefähigkeit das Gefühl von Handlungsfähigkeit vermitteln. Die **ressourcenfördernde Interaktion** beschreibt ein gezieltes Pflegeangebot, das an vorhandene Potentiale anknüpft. Dieses individuelle Pflegeangebot kann das zur Verfügung stellen eines Hilfsmittels sein, spezielle Pflegemaßnahmen oder ein Gespräch, das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen stärkt. Die Intervention ermöglicht dem Patienten eine Erweiterung seiner Fähigkeiten in einem Maß, zu dem er aus eigener Kraft nicht in der Lage gewesen wäre. (vgl. Scheichenberger 2007, 124ff).

Es scheint bedeutsam, neben dem Wissen um mögliche Ressourcen auch den Blick für Ressourcen zu schärfen und zu üben. Sonja Scheichenberger (2007, 94ff) schlägt vor, dass Pflegepersonen *„bei sich selbst anfangen“* [...] *den Blick auf die Ressourcen zu schärfen, unabhängig davon, dass es genug Gründe zum Klagen gibt*. Auf der Suche nach Ressourcen in der Biografie sind folgende Fragen hilfreich: Fragen nach den Erfolgen, dem eigenen Beitrag zum Erfolg, dem Nutzen, der daraus für die Zukunft gezogen wurde und Fragen nach der Anerkennung durch die Person selbst und durch Andere. Dadurch können tragende Kräfte bewusst und nutzbar werden.

Wie im vorangehenden Abschnitt beschrieben, beginnt Gesundheitspflege bei der Selbstwahrnehmung und dem Umgang mit der eigenen Gesundheit. Die geschulte Wahrnehmung, die Ressourcen und Potentiale beim Patienten entdeckt und durch gezielte Interventionen fördert, ist unauflöslich mit dem Gegenstand der Gesundheitspflege verknüpft. Daneben sind kommunikative und selbstreflexive Fähigkeiten und Kompetenzen zur Beziehungsgestaltung wesentliche gesundheitspflegerische Fähigkeiten. Überlegungen, ob diese Kompetenzen durch die gesundheitsfördernde Schule gestärkt werden, sind Gegenstand des folgenden Kapitels.

Kapitel IV: Die gesundheitsfördernde Schule als Ort zur Bildung von Gesundheitspflegekompetenz

Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule verfolgt das Ziel, das Setting Schule zu einem gesundheitsfördernden Lebensraum zu gestalten und Menschen mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Im folgenden Abschnitt wird der Frage nachgegangen, ob das Konzept der gesundheitsfördernden Schule die Ausbildung von Kompetenzen für die Gesundheitspflege unterstützt. Dazu werden Grundlagen des Konzeptes und seine Gestaltung an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital der Stadt Wien vorgestellt. Davon ausgehend wird die Wirkung des Konzeptes auf die Ausbildung von Gesundheitspflegekompetenz reflektiert.

14 Das Konzept der gesundheitsfördernden Schule

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten, leben und lieben“ (Ottawa Charta, WHO 1986a).

Das europäische Netzwerk "Health Promoting Schools" wurde von der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Union und dem Europarat initiiert, um den Gesundheitsbegriff und die Anforderungen der Ottawa-Charta umzusetzen und durch die internationale Vernetzung innerhalb Europas Synergien zu schaffen (WieNGS 2001, 3). Das Wiener Netzwerk (WieNGS) ist Teil des Österreichischen und des Europäischen Netzwerks gesundheitsfördernder Schulen und wurde 1997 gegründet. Es ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Bildungs- und dem Gesundheitsressort der Stadt Wien. Seit 2008 gibt es auch eine Kooperation mit der Wiener Gebietskrankenkasse. Aktuell (November 2009) sind 58 Schulen unterschiedlicher Schultypen Mitglied im WieNGS.

Der Idee der gesundheitsfördernden Schule liegen folgende Prinzipien zu Grunde:

- Ganzheitlichkeit: Im Sinne der Sensibilisierung für einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, der sowohl die physische, psychische und soziale Gesundheit integriert und fördert.
- Kooperation/Vernetzung: Dabei wird die Zusammenarbeit relevanter Bereiche, wie Bildung, Gesundheit und Wissenschaft, aber auch die Vernetzung von Schulen untereinander gefördert und unterstützt.
- Empowerment: Im Sinne der Befähigung von Personen zu einem selbstverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit.
- Partizipation: Betroffene werden zu Beteiligten. Teilhabe an Prozessen durch Mitgestaltung und Mitentscheidung und die Übernahme von Verantwortung.

- Gleichberechtigung: Im Sinne gesundheitlicher Chancengleichheit. Diese bezieht sich auch auf benachteiligte Gruppen, wie Schülerinnen mit mangelhaften Sprachkenntnissen.
- Nachhaltigkeit: Gesetzte Initiativen bewirken Veränderungen. Diese sollen nach der Initialunterstützung selbständig fortgesetzt werden können.
- Evaluation/Evidenz: beschreibt den wissenschaftlichen Nachweis über die Wirksamkeit von Methoden und Interventionen.
- Dokumentation: Die Beschreibung und Dokumentation von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen macht Veränderungsprozesse sichtbar (WieNGS 2001).

14.1 Ziel der gesundheitsfördernden Schule

Wichtige Ziele der gesundheitsfördernden Schule sind die Gestaltung des Lebensraumes Schule zu einem gesundheitsförderlichen Ort und die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise unterstützen. In den Rahmenbedingungen und Abläufen, in denen Lernen in der Schule organisiert wird, werden Handlungsspielräume gesucht und nach Möglichkeit erweitert. Das soll jedem Einzelnen und der Schulgemeinschaft insgesamt mehr Kontrolle und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden ermöglichen. Voraussetzung dafür ist die Förderung von Eigeninitiative, Selbstständigkeit und Sozialkompetenz, sowie das Schaffen eines positiven ermunternden Klimas (vgl. Dür 2008, 150).

Die Prinzipien und Ziele der gesundheitsfördernden Schule weisen viele Gemeinsamkeiten mit den Merkmalen von Gesundheitspflege auf. Selbstbestimmung, Eigeninitiative, Selbstverantwortung, Partizipation und Empowerment, die Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstkompetenz, sind gemeinsame Merkmale von Pädagogik und Gesundheitspflege. (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 119). Die Präsenz dieser Prinzipien im Schulalltag kann die Wahrnehmung für diese Komponenten von Gesundheitspflege bei den Auszubildenden über das „Erfahren am eigenen Leib“ verbessern.

14.2 Die gesundheitsfördernde Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital

Ausgehend von der Idee, sich als Ausbildungsstätte für diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nicht nur theoretisch mit Gesundheitsförderung zu beschäftigen, ist die Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital seit 2001 Mitglied des Wiener Netzwerks Gesundheitsfördernder Schulen. Seither arbeitet ein Projektteam von PflegelehrerInnen (in dem die Autorin mitarbeitet) daran, Gesundheitsförderung im Setting Schule zu verwirklichen. Das Team hat seiner Arbeit die folgende Gesundheitsdefinition zugrunde gelegt:

„Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine Verfasstheit, ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel. Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man ihn geht“

Diese auf den Medizinhistoriker Heinrich Schipperges (vgl. Schipperges, Geue, Vescovi, Schlemmer 1988) zurückgehende Definition macht deutlich, dass der Weg zur Gesundheit ein aktiver Prozess ist, der gestaltet werden kann und der Gestaltung bedarf. Im Zuge dieses Prozesses setzen sich Menschen mit ihrer eigenen Gesundheit auseinander. Brieskorn-Zinke (2006a, 443) weist darauf hin, dass Selbstwahrnehmung, Selbstaufmerksamkeit und Beziehung zu sich selbst wesentlich dafür sind, dass Menschen Gesundheit lernen können. In diesem Sinne hat die Schulgemeinschaft den Weg zur gesundheitsfördernden Schule beschritten. Das Ziel ist, Gesundheitsförderung immer besser in den Schul- und Arbeitsalltag zu integrieren, wie es im Leitbild der Schule verankert ist. Das Projektteam arbeitet zusammen mit Auszubildenden, dem LehrerInnenkollegium und der Schulleitung daran, die Schule als Lebensraum gesünder zu gestalten. Grundsätzlich fokussieren die Interventionen auf die Zielgruppe der Auszubildenden und der Lehrerinnen. Sie schließen die anderen Mitglieder der Schulgemeinschaft, wie das Sekretariats-, Wohnheim- und Reinigungspersonal nach Möglichkeit ein. Die gesundheitsfördernde Schule „liefert“ nicht Gesundheit, sie befreit auch nicht von Eigenverantwortung, sie möchte vielmehr den Prozess der Gesundheitsförderung in den Schulalltag integrieren, indem Tätigkeiten und Arbeitsabläufe in Bezug auf Gesundheitsförderung reflektiert und, wo es notwendig und möglich ist, verändert werden (vgl. Gesundheitsförderndes Team der GuKPS Wilhelminenspital 2004, 30). Es ist ein wesentlicher Aspekt aller Aktivitäten, Projekte nach Möglichkeit dauerhaft im Schulalltag zu integrieren und so das Setting Schule gesünder zu gestalten. Die Aktivitäten folgen den Prinzipien Empowerment, Vernetzung und Partizipation und setzen auf der Makro-, der Meso- und der Mikroebene an.

Interventionen auf der Makroebene betreffen die gesundheits- und bildungspolitische Ebene, die Schulorganisation im weiteren Sinn (gesetzliche Rahmenbedingungen etc.) und die Vernetzung der Schule nach außen. Die Mesoebene betrifft die Gestaltung des Lebensraumes Schule und die Schulorganisation (Organisation von Lernen und Unterricht) im engeren Sinn. Die Mikroebene bezieht sich auf individuelle Prozesse in Zusammenhang mit Lernen und Gesundheitsförderung (vgl. Gesunde Schule 2008, 14).

Merkmale der gesundheitsfördernden Schule auf der Makroebene

Die Vernetzung mit der Schulumgebung und mit anderen Schulen aus dem Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen ermöglicht einen Austausch von Erfahrungen und Zugang zu Ressourcen. Gleichzeitig werden Ressourcen der Schule anderen zugänglich. So wird beispielsweise das Mittagessen im Rahmen des Gesundheitstages der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege von einer anderen Netzwerkschule zubereitet.

Merkmale der Gesundheitsfördernden Schule auf der Mesoebene

Auf der Mesoebene werden Aktivitäten zur Gestaltung der Schule als gesundheitsfördernden Lebensraum und in der Organisation von Unterricht und Lernen gesetzt. Das geschieht im Dialog mit dem LehrerInnenkollegium und den Auszubildenden. Die Mehrzahl der Aktivitäten der gesundheitsfördernden Schule ist in diesem Bereich einzuordnen. Sie werden im Kapitel „Methoden und Maßnahmen“ zur Gestaltung der gesundheitsfördernden Schule beschrieben.

Merkmale der Gesundheitsfördernden Schule auf der Mikroebene

Auf der Mikroebene erhalten die Mitglieder der Schulgemeinschaft Anregungen und Angebote zur Förderung der persönlichen Gesundheit, bzw. Unterstützung bei der Entwicklung von Kompetenzen zur persönlichen Gesundheitsförderung. Dabei ist das Konzept der Lebenskompetenzen von zentraler Bedeutung. Darüber hinaus gibt das Projektteam Anregungen, um potentiell schädigende Einflüsse fernzuhalten und zu vermeiden. Es setzt Impulse, damit vorhandene Fähigkeiten und Potentiale gestärkt werden.

14.3 Gestaltungselemente der gesundheitsfördernden Schule

Empowerment kann als zentrales Konzept der Gesundheitsförderung gesehen werden. Es verhilft Menschen zu mehr Kontrolle über Handlungen und Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen (vgl. WHO 1998, 6). In Zusammenhang mit schulischer Gesundheitsförderung gilt Empowerment als Grundstrategie und als methodische Grundlage für Prozesse des Lernens, des Lehrens und der Gestaltung des Zusammenlebens in der Schule (vgl. Dür 2008, 147).

Die **Förderung von Lebenskompetenzen** ist ein wichtiger Baustein schulischer Gesundheitsförderung. Die WHO (1994) beschreibt Lebenskompetenzen als diejenigen Fähigkeiten, die einen angemessenen Umgang mit unseren Mitmenschen und mit Stresssituationen im Alltag ermöglichen. Lebenskompetenzen können als Fähigkeiten verstanden werden, Fertigkeiten, Wissensbestände und soziale Regeln so einzusetzen, dass damit ein (gesundheitliches) Ziel erreicht werden kann. Im Verständnis der Gesundheitsförderung setzt die Entwicklung und Förderung von Lebenskompetenzen im Lebensalltag der Menschen an und ermöglicht es ihnen, ihre Lebenswelt mitzugestalten und Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken (vgl. von Kardorff 2003, 135f).

Die WHO definiert zehn Lebenskompetenzen; diese werden in der Folge beschrieben (übersetzt nach WHO 1994 zit. nach BZgA 2005,16f). Die einzelnen Kompetenzen sind miteinander vernetzt und wirken fördernd oder hemmend aufeinander.

Tabelle 1: Life-Skills nach WHO

Skill	Beschreibung
Selbstwahrnehmung	Eine gute Selbstwahrnehmung ermöglicht es Menschen, mit sich selbst und anderen zu kommunizieren. Sie gibt ein reflektiertes und differenziertes Bild von der eigenen Person und ihren Stärken und Schwächen. Sie ist auch notwendig, um Stress und Druck wahrnehmen und darauf reagieren zu können.
Empathie	Empathie beschreibt die Fähigkeit, sich in andere Menschen, auch in Situationen, die fremd sind, hineinzusetzen. Es bedeutet, sich bei einem Gespräch daran zu orientieren, wie der Gesprächspartner seine Gefühle und Empfindungen wahrnimmt und schließt die Fähigkeit ein, seinen eigenen Standpunkt (vorübergehend) aufzugeben, um die Erlebniswelt des Anderen aus dessen Sicht wahrzunehmen. Die Fähigkeit zur Empathie wird durch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung gefördert (vgl. Mutzeck 2002, 98).
kreatives Denken	Die Fähigkeit, kreativ zu denken, hilft Menschen, über ihre Erfahrungen hinauszuschauen und Aufgaben auf verschiedenen Wegen zu lösen. Sie erleichtert es, Probleme zu bewältigen, Entscheidungen zu treffen und hilft, Alltagssituationen flexibel und selbstbewusst zu meistern.
kritisches Denken	Einflussfaktoren auf das eigene Handeln (Medien, Werbung, Gruppendruck) wahrzunehmen und sie kritisch zu betrachten, um dann zu entscheiden, ob man ihnen folgen möchte, ist eine Ausprägung kritischen Denkens. Auch Fertigkeiten, die es ermöglichen, Gruppendruck zu widerstehen, wie „Standfestigkeit“ und „Nein“ sagen können, werden ihr zugeordnet.
Entscheidungsfähigkeit	Die Fertigkeit, Entscheidungen zu treffen, bezeichnet die Fähigkeit, konstruktiv mit Entscheidungen im Lebensalltag umzugehen. Das inkludiert die Fähigkeit, zwischen verschiedenen Optionen auszuwählen und die Folgen der eigenen Entscheidung zu bedenken.
Problemlösefertigkeit	Problemlösefertigkeit ist die Fähigkeit, Probleme als solche wahrzunehmen, sie analysieren zu können und Strategien zur Lösung zu entwickeln.
Effektive Kommunikations-	Effektiv kommunizieren zu können, schließt die Fähigkeit, sich verbal und nonverbal adäquat, der Situation und dem Kulturkreis entsprechend auszudrücken zu können, ein. Einbezogen ist die Fähigkeit,

fertigkeit	aufmerksam zuhören zu können, Stimmungen und Gefühle Anderer wahrnehmen zu können und die Fertigkeit, um Hilfe bitten zu können.
interpersonelle Beziehungsfertigkeiten	Mit Beziehungsfertigkeit wird die Fähigkeit, Beziehungen einzugehen, sie zu gestalten, und, wo dies notwendig ist, sie konstruktiv zu beenden, beschrieben.
Gefühlsbewältigung	Die Bewältigung von Gefühlen inkludiert die Fähigkeit, Gefühle bei sich und anderen wahrzunehmen, sie in adäquater Weise auszudrücken und sich der Auswirkung der Gefühle auf das Verhalten bewusst zu sein.
Stressbewältigung	Mit Stressbewältigung wird der effektive Umgang mit Situationen, die als belastend empfunden werden, beschrieben. Dies schließt die Wahrnehmung der Situation und das Kennen und die Anwendung von Bewältigungsstrategien ein.

Eigene Darstellung in Anlehnung an: WHO 1994, zit. nach BZgA 2005, 16ff

Das **Konzept der Lebenskompetenzen** vermittelt Fähigkeiten, die eine realistische, wertschätzende Einstellung zur eigenen Person und zu den Mitmenschen ermöglichen (vgl. Mitterbauer 2007, 59). Die Ausbildung von Fähigkeiten, wie Selbstreflexion, Selbstwahrnehmung, Empathie, Kommunikationsfertigkeiten, Entscheidungsfähigkeit, Beziehungsfertigkeiten und der Umgang mit Gefühlen, ermöglicht eine angemessene Beziehungsgestaltung und Interaktion mit MitschülerInnen, LehrerInnen und PatientInnen. Daraus folgend ermöglichen sie Gesundheit durch den Zugang zu Ressourcen in der Gruppe und durch einen effektiveren Umgang mit Stress und Belastungen.

In der Folge werden die Gestaltung des Lebensraumes Schule und die Organisation von Unterricht und lernen an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital beschrieben und mögliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Auszubildenden dargestellt.

Integration gesundheitsfördernder Aktivitäten im Setting Schule

Nach einer schriftlichen Befragung zum Gesundheitsverhalten und Gesundheitsempfinden im Jänner 2002 stellten sich bei den Auszubildenden drei große Problembereiche dar. (1) Bewegungsmangel und Belastungen durch langes Sitzen im Unterricht. (2) Eine hohe Stressbelastung, sowohl im theoretischen Unterricht als auch im Praktikum und (3) eine hohe Zahl Auszubildender, die während der Pausen und nach dem Unterricht oder Praktikum Zigaretten rauchen. Davon ausgehend wurden verschiedene Veränderungen im Lebensraum Schule eingeleitet.

Die Schule als gesundheitsfördernder Lebensraum

Entsprechend den definierten Problembereichen wurden alle Klassenräume mit ergonomischen Möbeln ausgestattet und nach Alternativen zur Pausengestaltung „sitzend rauchen“ gesucht. Im September 2004 wurde die Schule „rauchfrei“. Das bedeutet, dass das Rauchen in der Schule während der Unterrichtszeit nicht mehr möglich ist. Es besteht jedoch die Möglichkeit, auf einer „Raucherinsel“ im Schulhof zu rauchen. Parallel dazu gibt es Angebote zur alternativen Pausengestaltung. Es ist möglich, während der Pausen Tischtennis zu spielen oder andere Utensilien zur bewegten Pausengestaltung auszuborgen.

Seit Mai 2005 steht an der Schule auch ein Fitnessraum zur Verfügung. Dessen Einrichtung und Ausstattung wurde vom Projektteam geplant. Die Geräteauswahl wurde in Zusammenarbeit mit einem Physiotherapeuten getroffen. Die SchülerInnen können den Fitnessraum in der Zeit zwischen sieben und 22.00 Uhr nutzen. Die Einschulung zur korrekten Verwendung der Geräte erfolgt durch Sportlehrer im Rahmen des Unterrichtes „Ergonomie und Körperarbeit“.

Das Angebot zur alternativen Pausengestaltung wurde 2008 durch einen Powernappingraum erweitert. Power-Napping ist eine Kurzschlafmethode, die die Konzentration und die geistige Produktivität verbessert (vgl. Beyer 2007, 134). Bequeme Liegen und eine Hängematte laden dazu ein, während der Pause zur Ruhe zu kommen und Energie zu tanken.

Seit 2003 findet regelmäßig ein Gesundheitstag statt. Dabei wird ein umfangreiches Programm an Bewegungs- und Entspannungsaktivitäten angeboten. Kreativworkshops, ein Humorseminar, Kino, eine Teestube und ein gemeinsames Mittagessen ergänzen das Programm. Die Teilnahme ist für alle Auszubildenden verpflichtend. Die LehrerInnen und alle anderen MitarbeiterInnen nehmen nach Möglichkeit daran teil. Der Gesundheitstag hat das Ziel, die Schulgemeinschaft zu stärken, Impulse für ein gesünderes Leben und alternative Möglichkeiten der Stressbewältigung zu geben. Es besteht die Möglichkeit, verschiedene Sportarten (Capoeira, Nordic Walking, Fechten, Salsa, und viele weitere) kennenzulernen, Entspannungstechniken (Yoga, Tai Chi, und andere) auszuprobieren und die eigene Kreativität zu entdecken und einzusetzen. Diese Erfahrungen sollen „Lust auf mehr“ machen und die SchülerInnen ermutigen, gesundheitsfördernde Aktivitäten in ihren Alltag aufzunehmen. Dazu können auch Nordic-Walking Stöcke und Pulsuhren in der Schule ausgeborgt werden. Die Ausstattung und die gesundheitsfördernden Aktivitäten der Schule ermöglichen den Auszubildenden ausgleichende und gesundheitsfördernde Aktivitäten in den Schulalltag zu integrieren. Sie können Möglichkeiten der konkreten Gesundheitsförderung kennenlernen und sie im Alltag umsetzen. Damit ist es möglich, konkrete Handlungsspielräume, wie eine einseitige, ungesunde Pausen- oder Freizeitgestaltung, zu erweitern.

Organisation von Unterricht und lernen in der gesundheitsfördernden Schule

Veränderungen im Lebensraum Schule sind nur ein Teil der Aktivitäten der gesundheitsfördernden Schule. Mehr noch geht es darum, die Dinge, die getan werden, anders zu tun. Die Stärkung von Fähigkeiten und Potentialen bei den Auszubildenden wird durch die aktive Beteiligung der Schüler an Lern- und Gestaltungsprozessen angeregt. Das geschieht im Wege partizipativer Unterrichtsmethoden, durch die Förderung eines positiven Lern- und Arbeitsklimas, die Stärkung der Schulgemeinschaft durch gemeinsame Aktivitäten. Unterrichtsmethoden, wie Projektarbeit oder Problem based learning, ermöglichen es den SchülerInnen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten einzubringen und ihre Kompetenzen zu entwickeln. Die Kommunikationsplattform „Nurse-communication“ erleichtert die Kommunikation mit Schülern besonders während des Praktikums und bietet auch eine methodische Ergänzung im Sinne von Blended Learning. Blended Learning ist eine Lernform, bei der E-learning und Präsenzphasen kombiniert werden (vgl. Moriz 2008, 22). Damit können neben dem eigenständigen Lernen kognitiver Inhalte in den Präsenzphasen auch sozial-kommunikative und affektive Inhalte erarbeitet werden.

Im Rahmen des schulautonomen Schwerpunktes, der in jedem Ausbildungsjahr einen Umfang von 40 Stunden umfasst, werden in allen Jahrgängen einzelne Bereiche der Gesundheitsförderung vertieft und erweitert. Im Sinne von Partizipation und Empowerment sind die Auszubildenden in die Planung, Organisation, Präsentation und Dokumentation einbezogen und übernehmen Verantwortung dafür. Selbstbestimmung und Übernahme von Verantwortung im Lernprozess wirken sich positiv auf Selbstwirksamkeit, Gesundheit und Wohlbefinden aus (vgl. Bohrer 2009, 15ff). Partizipation und Empowerment beeinflussen einander dabei wechselseitig fördernd oder hemmend (vgl. Mitterbauer 2007, 287). Die beschriebenen Formen des Lernens ermöglichen es den Auszubildenden, ihre Ressourcen und Stärken einzusetzen. Sie können fachliche, methodische und sozial-kommunikative Kompetenzen und Problemlösefertigkeiten weiter entwickeln, sammeln Erfahrungen in Team- und Netzwerkarbeit und verbessern ihre mündliche und schriftliche Ausdrucksfähigkeit. Die Gestaltung des schulautonomen Schwerpunktes stärkt auch die Klassen- und Schulgemeinschaft. Als Quelle für Wertschätzung, Rückhalt und Anerkennung kann diese zur Ressource für Gesundheit werden.

14.4 Bedeutung des Konzeptes der gesundheitsfördernden Schule für die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz

In diesem Teil der Arbeit erfolgt eine Reflexion die nach der Bildung von Kompetenzen für Gesundheitspflege durch das Konzept der gesundheitsfördernden Schule fragt. Dabei werden formelle Lernprozesse betrachtet, welche Beziehungsgestaltung, Gesundheitsorientierung, Autonomie und Selbstbestimmung, Kompetenzorientierung und

Ressourcenorientierung fördern (vgl. Kapitel 13). Daran anschließend werden informelle Lernprozesse und mögliche Auswirkungen auf die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz thematisiert.

Kompetenzen für Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Beziehungskompetenz zeichnet sich durch eine wertschätzende, akzeptierende Grundhaltung, Empathie und Echtheit aus. Das ist Voraussetzung für eine gemeinsame Gestaltung des Pflegeprozesses und grundlegende Kompetenz für Gesundheitspflege. Projektorientierte und partizipative Unterrichtsmethoden ermöglichen den Auszubildenden in der Zusammenarbeit mit Anderen die Entwicklung und Einübung sozial-kommunikativer Fähigkeiten. Im Konzept der Lebenskompetenzen werden diese Kompetenzen angesprochen und gefördert. Fähigkeiten wie Selbstreflexion, Selbstwahrnehmung, Empathie, Kommunikationsfertigkeiten, Entscheidungsfähigkeit, Beziehungsfertigkeiten und der Umgang mit Gefühlen, ermöglichen eine angemessene Beziehungsgestaltung und Interaktion mit Patienten.

Kompetenzen zur Konkretisierung von Gesundheitsorientierung

Um Gesundheitsorientierung im Pflegeprozess integrieren zu können, brauchen Pflegende ein Bewusstsein für Gesundheit und Kompetenz, sowie Erfahrung im Umgang mit der eigenen Gesundheit (vgl. Brieskorn-Zinke 2006f, 15). Die gesundheitsfördernde Schule thematisiert Gesundheit und sensibilisiert für einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Sie kann als Raum gesehen werden, in dem Gesundheitserfahrungen möglich sind und Gesundheitsförderung erlebt werden kann. Auszubildende verbringen während des Unterrichtsblockes zumindest 40 Stunden wöchentlich in der Schule. Diese ermöglicht durch ihre Ausstattung, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun. Sie stärkt im Sinne von Empowerment einen selbstverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit. Aus den eigenen Erfahrungen und der Reflexion von Möglichkeiten und Widersprüchlichem in der pflegerischen Praxis kann sich bei Auszubildenden eine Haltung entwickeln, die Gesundheitsförderung im Pflegeprozess ermöglicht (vgl. Bohrer 2009, 13f). Daneben beeinflusst die Schule als soziales Gefüge die Einstellung zur und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit (vgl. Schnabel 2007, 133f). Damit werden Voraussetzungen geschaffen, die es Pflegenden ermöglichen, Pflegesituationen durch die „Brille“ Gesundheitsorientierung wahrzunehmen und zu beurteilen.

Kompetenzen zur Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung

Autonomieförderung äußert sich auch dadurch, dass betroffene Menschen aktiv am Pflegeprozess und an der Gestaltung von Entscheidungen beteiligt werden (vgl. Blättner 2009, 22). Die eigenen Erfahrungen von Empowerment und Partizipation in der Gestaltung von Lernprozessen können bei Auszubildenden das Bewusstsein für die Bedeutung von

Autonomie schärfen. Sie ermöglichen ihnen auch, die individuellen Problemlösungswege von Menschen zu verstehen, zu achten und zu respektieren.

Fähigkeiten zur Konkretisierung von Kompetenzvermittlung

Kommunikative Fähigkeiten, kreatives Denken und Problemlösefertigkeiten können als Ressource bei empowermentorientierten pflegerischen Ansätzen der Gesundheitsberatung und Patientenschulung gesehen werden. Sie werden durch die Beachtung und Umsetzung des Lebenskompetenzkonzeptes und die Gestaltung des schulautonomen Schwerpunktes gefördert. Weiters unterstützt das Konzept der Lebenskompetenzen einen konstruktiven Umgang mit Gefühlen, wie Verunsicherung, Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit, die in Beratungs- und Pflegesituationen häufig vorkommen. Die Unterstützung von Menschen bei der Verwirklichung eines gesünderen Lebensstils erfordert ein Bewusstsein für den Einfluss alltäglicher Lebensvollzüge auf das Gesundheitsverhalten. Die Erfahrungen mit der Schule als gesundheitsfördernder Lebensraum und die Widersprüche, die sich aus dem eigenen Gesundheitsverhalten ergeben können, sind geeignet, dieses Bewusstsein zu wecken.

Kompetenzen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung

Die Vertiefung von Pflegekonzepten, wie Basale Stimulation® oder spezielle validierende Pflege®, wird optional im Rahmen des schulautonomen Schwerpunktes angeboten. Die vermittelten Kompetenzen können als direkte gesundheitspflegerische Intervention gesehen werden. Den Patienten ermöglicht die Anwendung der Konzepte unter anderem eine verbesserte Körperwahrnehmung und Kommunikation bzw. eine bedürfnisgerechte Interaktion. Den Pflegenden helfen diese speziellen beruflichen Kompetenzen bei der Bewältigung schwieriger Pflegesituationen, wie die Betreuung wahrnehmungseingeschränkter oder demenzkranker Menschen. Ihre Kenntnis stärkt daher das Kohärenzgefühl der Pflegenden.

Kompetenzen zur Konkretisierung von Ressourcenorientierung

Um Ressourcenorientierung im Pflegeprozess zu konkretisieren ist es bedeutsam, den Blick für Ressourcen zu schärfen und zu üben. Entsprechend dem Prinzip Empowerment fördert das Konzept der gesundheitsfördernden Schule den Blick auf Ressourcen. Die Ressourcenorientierung wird in der Methodik von Unterricht und Lernen deutlich. Dabei werden die Stärken der Auszubildenden einbezogen und gefördert. Dementsprechend schärft die gesundheitsfördernde Schule den Blick auf eigene Ressourcen und hilft diese wahrzunehmen und zu stärken.

Bildung von Gesundheitspflegekompetenz durch implizite Wertevermittlung und informelles Lernen

Nicht nur Inhalt und Gestaltung von Unterricht und Lernen beeinflussen die Einstellung zu Gesundheit, auch organisatorische und soziale Strukturen in der Schule transportieren implizit Werte (vgl. Grossmann, Scala 1994, 16). Neben formell strukturierten Lernvorgängen initiiert der Lebensraum der gesundheitsfördernden Schule auch informelle Lernprozesse. Informelles Lernen ist ein in den Alltag oder die alltäglichen Lebensvollzüge integriertes Lernen; dieses läuft zumeist nicht bewusst ab und wird von der Umgebung und dem Umgang mit Menschen in der Lebenswelt angeregt (vgl. Kirchhof 2007b, 174). Wie andere Lernformen zielt auch informelles Lernen, meist unbewusst, auf eine Veränderung von Verhalten. In selbstgesteuerten und erfahrungsorientierten Lernprozessen werden Fertigkeiten und Haltungen gelernt. Es ist vorstellbar, dass auf dem Weg informellen Lernens eine Haltung von Gesundheitsorientierung ausgebildet werden kann. Steffen Kirchhof weist darauf hin, dass in informellen Prozessen Gelerntes eine größere emotionale Verankerung aufweist und damit nachhaltiger ist, als in formalen Lernprozessen vermittelte Kompetenz. Allerdings ist Kompetenz, die auf informellem Weg gelernt wurde, auch anfälliger für Fehler (vgl. Kirchhof, 2007b, 43). Formale und informelle Lernprozesse können als einander ergänzende Wege bei der Entwicklung von Gesundheitspflegekompetenz gesehen werden. Vorausgesetzt, informell Gelerntes wird durch systematische Reflexion in den Prozess der Kompetenzentwicklung integriert (vgl. Kirchhof 2007a, 742).

Die Ausführungen zeigen, dass es deutliche Hinweise gibt, die dafür sprechen, dass die gesundheitsfördernde Schule Kompetenzen fördert, die für die professionelle Ausübung von Gesundheitspflege unabdingbar sind. Die definierten Fähigkeiten und Fertigkeiten können als Basiskompetenzen für die Gestaltung von Gesundheitspflege gesehen werden. Um dem Gegenstand der Gesundheitspflege gerecht zu werden, bedarf es jedoch weiterer Gestaltungselemente, wie Kompetenzen zur Biografiearbeit, Beratungskompetenz oder methodischer Kompetenz zur Unterstützung von Verhaltensänderung.

15 Schlussfolgerungen

Ein Ziel dieser Arbeit war, den Begriff Gesundheitspflege zu definieren und auf Grundlage dieser Definition Kompetenzen für die Gesundheitspflege auf der Mikroebene abzuleiten. Die vorliegende Definition und Konzeption ist eine vorläufige. Das betrifft im Besonderen die Definition von Gesundheitspflege auf der Meso- und Makroebene. Hier wäre es notwendig, Konzepte wie Familiengesundheitspflege oder Public Health Nursing, zu integrieren. Aber auch auf der Mikroebene wird die Definition durch die Integration weiterer Konzepte erweitert und differenziert werden. Daneben scheint die konkrete Umsetzung von Gesundheitspflege in der beruflichen Praxis von besonderer Bedeutung, um den Gegenstand der Gesundheitspflege weiter zu differenzieren und ihm klare Konturen zu geben. Aus der interdisziplinären Zusammenarbeit mit und der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen kann sich der eigenständige Platz der Gesundheitspflege herausbilden.

Die vom definierten Gesundheitspflegebegriff abgeleiteten Kompetenzen können als grundlegend für Gesundheitspflege verstanden werden. Sie ermöglichen in weiteren Bildungsschritten die Ausbildung spezieller gesundheitspflegerischer Kompetenzen. Damit werden Pflegende zu gezielter, individueller Beratung oder zur Unterstützung von Patienten bei Verhaltensänderung und Selbstmanagement befähigt.

Es scheint, als könne das Konzept der gesundheitsfördernden Schule für Gesundheits- und Krankenpflege die Ausbildung von grundlegender Gesundheitspflegekompetenz unterstützen. Wie stark dieser Einfluss ist, kann mit dieser Arbeit nicht beantwortet werden. Das Konzept bietet jedoch eine Möglichkeit, Auszubildende für einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff zu sensibilisieren und sie zu einem reflektierten Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit anzustiften. Damit birgt das Konzept eine Chance und einen Rahmen, die Fähigkeiten zur Gesundheitsorientierung und Gesundheitspflege bei künftigen Pflegepersonen zu stärken.

Gesundheitspflege und Krankenpflege können in der beruflichen Realität nicht scharf voneinander abgegrenzt werden. Sie setzen jedoch unterschiedliche Akzente. Diesen Akzenten in der Ausbildung Raum und Aufmerksamkeit zu geben, scheint für die Entwicklung von professionellem Gesundheitspflegehandeln wesentlich zu sein. Pflegerische Interventionen, welche die Selbstpflegedefizite von Menschen kompensieren, sind nur ein Aspekt professioneller Pflegearbeit. Es ist wesentlich, worauf Pflegende ihren Blick richten. Nur auf die Defizite oder auf den ganzen Menschen, der auch über Kompetenzen und Kraftquellen verfügt. Den pflegerischen Blick in einer Weise zu schärfen, dass er nicht nur Bedrohliches, sondern auch gesunde Anteile und Ressourcen wahrnimmt, ist eine Möglichkeit zur praktischen Gesundheitsorientierung im Pflegeprozess. Die

gesundheitsfördernde Schule fördert den Blick auf Ressourcen. Ob das die Fähigkeit zur Ressourcenorientierung in der pflegerischen Praxis verbessert, bleibt offen.

Belastungen, die sich aus der theoretischen und praktischen Ausbildung ergeben, können durch die gesundheitsfördernde Schule nicht verhindert werden. Ressourcen zur Bewältigung kommen aus persönlichen Fähigkeiten, Talenten und aus externen Quellen, wie sozialer Unterstützung. Gut ausgebildete Lebenskompetenzen ermöglichen den Auszubildenden jedoch eher ein gesundheitsverträgliches Bewältigungshandeln (vgl. Klocke 2006, 200).

Die laufende Integration des Aspektes Gesundheitsorientierung und der Lebenskompetenzen in den Unterricht könnte die Bildung von Gesundheitspflegekompetenz weiter vorantreiben. Dazu bedarf es geeigneter Unterrichtsmethoden, der Entwicklung eines didaktisch pädagogischen Konzeptes und der laufenden Reflexion im LehrerInnenkollegium. Sich der formellen und informellen Lernprozesse im Zusammenhang mit Gesundheit bewusst zu sein, sie zu verknüpfen und zu reflektieren, ist ein Schritt Gesundheitsorientierung nachhaltiger in der Ausbildung zu verorten.

Neben der Schule ist die praktische Ausbildung im Krankenhaus, in Langzeitpflegeeinrichtungen oder in extramuralen Einrichtungen, der zweite Ort formellen und informellen Lernens. Diese Institutionen sind weitgehend durch eine pathogenetisch orientierte Sichtweise von Gesundheit und Krankheit geprägt. Es scheint bedeutsam, die Widersprüche, die sich für die Auszubildenden dadurch ergeben, durch ausbildungsbegleitende Reflexionsprozesse in die Kompetenzentwicklung zu integrieren. Methodisch wäre dazu ein ressourcenorientierter Ansatz, wie er von Sonja Scheichenberger beschrieben wird, hilfreich.

Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas; Bruhin, Eva (2003): Health Literacy / Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenstein an der Selz, 128-131
- Abt-Zegelin, Angelika (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe Pflege & Gesellschaft, Mabuse, Frankfurt, 103-115
- Altgeld, Thomas; Kolip, Petra (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus; (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, 41-51
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. dgvt-Verlag, Tübingen
- Baker, David W; Gazmararian, Julie A; Williams, Mark V; Scott, Tracy; Parker, Ruth M; Green, Diane; Ren, Junling; Peel, Jennifer (2004): Health Literacy and Use of Outpatient Physician Services by Medicare Managed Care Enrollees. In: Journal of General Internal Medicine, 19,3, 215–220
- Baldegger, Esther (2000): Bewältigung/Coping. In: Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Verlag Hans Huber, Bern, 125-145
- Baltes, Margret; Kohli, Martin; Sames, Klaus (Hrsg.)(1989): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Verlag Hans Huber, Bern
- Baltes, Paul (1999): Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 6, 433-448
- Baltes, Paul; Baltes, Margret (1989): Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, Margret; Kohli, Martin; Sames, Klaus (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Verlag Hans Huber, Bern, 5-9
- Badura, Bernhard (Hrsg.)(2007): Chronische Krankheiten (betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung). Springer, Heidelberg

- Bartholomeyczik, Sabine (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege Teil I. In: Pflege aktuell, 55. Jg., 5, 284-287
- Bartholomeyczik, Sabine (2006): Prävention und Gesundheitsförderung als Konzepte der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, 11. Jg., 3, 210-223
- Bartsch, Hans Helge; Weis, Joachim (Hrsg.) (2004): Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Karger Verlag, Freiburg
- Becker, Peter (1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, Ralf (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. 2. völlig überarbeitete und erweiterte Aufl., Hogrefe, Göttingen, 517-531
- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Huber, Bern
- Beyer, Günther (2007): Konzentrationstraining: so optimieren sie ihre Gedächtnisleistung. mgv-Verlag, Heidelberg
- Biendarra, Ilona (Hrsg.) (2009): Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe. Königshausen & Neumann, Würzburg
- Biwald, Brigitte (2007): Krankenpflege 1918 bis heute - die Vorgeschichte bis 1918. In: Österreichische Pflege-Zeitschrift, 60. Jg., 11, 18-22
- Blättner, Beate (2009): Erziehung zum Kohärenzempfinden? In: Padua, 4, 19-22
- Böhmer, Franz; Füsgen, Ingo (Hrsg.) (2008): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau, Wien
- Bohrer, Annerose (2009): Erfahrungen ermöglichen und reflektieren. Gesundheitsförderung und Prävention für Lernende in Gesundheitsberufen. In: Padua, 4, 13-18
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2000): Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. In: Pflege, 13. Jg., 6, 373-380
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2003): Die Rolle der Pflege in Public Health/Gesundheitsförderung - Versuch einer Systematisierung. In: Pflege, 16. Jg., 2, 66-74
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006a): Von der Krankenschwester zur Gesundheitsschwester. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 1. In: Pflegezeitschrift, 59. Jg., 7, 442-445

- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006b): Bewegung - ein Kennzeichen für Leben und Lebendigkeit. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 2. In: Pflegezeitschrift,59.Jg.,8,482-486
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006c): Essen und Sinnlichkeit. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 3. In: Pflegezeitschrift,59.Jg.,9,552-555
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006d): Rhythmus und Wohlbefinden. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 4. In: Pflegezeitschrift,59.Jg.,11,677-680
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006e): Zwischen Genuss und Risiko. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 5. In: Pflegezeitschrift,59.Jg.,12,768-771
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2006f): Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 3. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2007): Frauen und Gesundheit. Gesundheitsförderung in der Pflege zwischen Anspruch und Realität - Teil 6. In: Pflegezeitschrift,60.Jg.,1,24-27
- Brieskorn-Zinke, Marianne (2009): Gesundheit in der Pflege. In: Biendarra, Ilona (Hrsg.): Gesundheit – Gesunderheiten? Eine Orientierungshilfe. Königshausen & Neumann, Würzburg,167-180
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1997): Leitfaden Patientenorientierung: Anregungen zur Praxis der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Wien
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Aufl., Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz
- BZgA (Hrsg.)(2005): Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht. Reihe: Gesundheitsförderung konkret, Band 6. BZgA, Köln
- Cavanagh, Stephen J. (1997): Pflege nach Orem. 2. verb. Aufl., Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Caplan, Gerald (1964): Principles of preventive psychiatry, Basic Books, New York

- Corbin, Juliet; Strauss, Anselm (1998): Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, Pierre (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein Medical, Wiesbaden, 1-30
- Dennis, Connie, M. (2001): Dorothea Orem: Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Verlag Hans Huber, Bern
- Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.)(2003): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe Pflege & Gesellschaft, Mabuse, Frankfurt
- Döhner, Hanneli (2001): Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und -versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1, 48-55
- Dorner, Thomas; Rieder, Anita (2008): Gesundheitsvorsorge und Prävention. In: Böhmer, Franz; Füsgen, Ingo (Hrsg): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau, Wien, 321-328
- Duetz, Margreet; Abel, Thomas (2004): Health Literacy: Förderung und Nutzung von Gesundheitskompetenzen in der Praxis. In: Managed Care, 5, 33-35
- Dür, Wolfgang (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung. Verlag Hans Huber, Bern
- Engel, Roswitha (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas, Wien
- Franke, Alexa (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern
- Fichten, Wolfgang (1998): Gesundheitsförderung in der Krankenpflege. In: Pflege & Gesellschaft, 3. Jg., 3, 15-21
- Fölsch, Doris (2008): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Facultas, Wien
- Funk Sandra G. (Hrsg.)(1997): Die Pflege chronisch Kranker. Verlag Hans Huber, Bern
- Geisler, Linus S. (2004): Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 129, 453–456

- Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Gesunde Schule (2008): Projekt „Gesunde Schule“ Teilprojekt 1 – Qualitätsstandards. Gesunde Schulen Endbericht Soll-Phase I.
http://www.gesundeschule.at/fileadmin/user_upload/Downloads_Standards/pgs_Qualitaetsstandards_GesundeSchulen.pdf (02.02.2010)
- Gesundheitsförderndes Team der GuKP Schule am Wilhelminenspital (2004): Pflegeschule im Netzwerk der Gesundheitsförderer. In: Pflegenetz,4,30
- Grossmann, Ralph, Scala Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Juventa Verlag, Weinheim und München
- Haslbeck, Jörg; Schaeffer, Doris (2007): Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. In: Pflege, 20.Jg.,2,82-92
- Hasseler, Martina (2006): Potenziale pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung,3,166-173
- Holman, Halsted; Lorig, Kate (2004): Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease. In: Public Health Reports,119,239-243
- Herriger, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. 3. erweiterte und aktualisierte Aufl., Kohlhammer, Stuttgart
- Herriger, Norbert (2009): Grundlagentext Empowerment.
<http://www.empowerment.de/grundlagentext.html#definitionen> (24.08.2009)
- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitsförderung - neue Herausforderungen für die Pflege In: Rennen-Allhoff, Beate (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim,591-607
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (2004): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber, Bern,11-20
- Hurrelmann, Klaus (Hrsg.)(2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern
- International Conference on Nursing History (2006): Tagungsbericht, Stuttgart.
<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1345> (12.2.2009)

- Käppeli, Silvia (Hrsg.)(2000): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Verlag Hans Huber, Bern
- Kanfer, Frederick; Reinecker, Hans; Schmelzer, Dieter (2006): Selbstmanagement-Therapie. 4. Aufl., Springer, Berlin
- Kickbusch, Ilona (2006): Die Gesundheitsgesellschaft. Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Kirchhof, Steffen (2007a): Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung in der Pflege – neue Impulse für die Pflegedidaktik. In: PR-InterNet,9.Jg.,12,736-749
- Kirchhof, Steffen (2007b): Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung für und in beruflichen Werdegängen: Dargestellt am Beispiel einer qualitativ-explorativen Studie zu informellen Lernprozessen Pflegender und ihrer pädagogisch-didaktischen Implikationen für die Aus- und Weiterbildung. Waxmann Verlag, Münster
- Kleibel, Veronika; Mayer, Hanna (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe. Facultas, Wien
- Kliche, Thomas, Kröger, Gesa (2008): Empowerment in Prävention und Gesundheitsförderung - eine konzeptkritische Bestandsaufnahme von Grundverständnissen, Dimensionen und Erhebungsproblemen. In: Gesundheitswesen,12,715-720
- Klocke, Andreas (2006): Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen im Jugendalter. In: Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden,198-223
- Klug Redmann, Barbara (2008): Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten, befähigen. Verlag Hans Huber, Bern
- Knoll, Nina; Scholz, Urte; Rieckmann, Nina (2005): Einführung in die Gesundheitspsychologie. Reinhardt, München
- Knuf, Andreas; Osterfeld Margret; Seibert, Ulrich (2007): Selbstbefähigung fördern - Empowerment in der psychiatrischen Arbeit. 5. überarbeitete Aufl., Psychiatrie Verlag, Bonn
- Kuhlmey, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hrsg.)(2008): Alter, Gesundheit, Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern

- Kuhlmey, Adelheid (2008): Altern - Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmey, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit, Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern,85-96
- Kruse, Andreas (2008): Psychologische Veränderungen im Alter. In: Kuhlmey, Adelheid; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Alter, Gesundheit, Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern,15-32
- Leppin, Anja (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern,31-40
- Lindsey, Elizabeth (1996): Health within illness: experiences of chronically ill/disabled people. In: Journal of Advanced Nursing,24,3,465-472
- Lövdén, Martin; Ghisletta, Paolo; Lindenberger, Ulman (2005): Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. In: Psychology and Aging,20,423-434
- Lorig, Kate; Sobel, David; Stewart, Anita; Brown, Byron William Jr.; Bandura, Albert; Ritter, Philip; Gonzalez, Virginia; Laurent, Diana; Holman, Halsted (1999): Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. In: Med Care,37,1,5-14
- Lorig, Kate; Sobel, David; Ritter, Philip; Laurent, Diana; Hobbs, Mary (2001): Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. In: Effective Clinical Practice,November/December,256-262
- Lorig, Kate; Holman, Halsted (2003): Self-management education: History, definitions, outcomes and mechanisms. In: Annals of Behavioral Medicine,26,1,1-7
- Maaz, Asja; Winter, Maik Hans-Joachim; Kuhlmey, Adelheid (2007): Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). In: Badura, Bernhard (Hrsg.): Chronische Krankheiten (betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung). Springer, Heidelberg, 5-18
- Mahrer Imhof, Romy (2005): Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten: Ein Konzept des Empowerment oder der Entsolidarisierung unserer Gesellschaft? In: Pflege,18.Jg.,6,342–344

- Martin Peter, Rott Christoph (2000): Zur Lebenssituation der „ältesten Alten“. In: Nikolaus, Thorsten (Hrsg.): Klinische Geriatrie. Springer, Heidelberg,88–92
- Martiny, Karin (1999): Gesundheitspflege als Ausbildungsinhalt. Integration gesundheitspflegerischer Aspekte in die Krankenpflegeausbildung am Beispiel der Krankenpflegeschule der Justus-Liebig-Universität Gießen. In: Pflegezeitschrift,52.Jg., 4, Beilage Pflegedokumentation,1-7
- McBride, Angela Barron (1997): Der Umgang mit Chronizität: Das Herzstück der Pflege. In: Funk Sandra G. (Hrsg.): Die Pflege chronisch Kranker. Verlag Hans Huber, Bern, 19-32
- Meleis, Afaf, Ibrahim (1999): Pflge-theorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern
- Mittag, Waldemar (2002): Gesundheitsverhalten Jugendlicher. In: Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias; Weber, Hannelore (Hrsg.): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Hogrefe, Göttingen,213-216
- Mitterbauer, Eva (2007): Gesundheitsförderung als pädagogisches Konzept. Dissertation, Fakultät für Philosophie und Bildungswissenschaft der Universität Wien
- Moriz, Werner (2008): Blended learning: Entwicklung, Gestaltung, Betreuung und Evaluation von E-Learningunterstütztem Unterricht. Books on Demand, Norderstedt
- Morof Lubkin, Ilene (2002): Chronisch Kranksein: Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Verlag Hans Huber, Bern
- Mutzeck, Wolfgang (2002): Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag. Beltz, Weinheim
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg
- Nau, Johannes (2005): Empowerment als Konzept für die Pflege. In: PrInterNet,3,152-158
- Nikolaus, Thorsten (Hrsg.)(2000): Klinische Geriatrie. Springer, Heidelberg
- Nutbeam, Don (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In: Health Promotion International,15,3,259-267

- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2003): Offenes Curriculum für die Ausbildung in Allgemeiner Gesundheits- und Krankenpflege. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien
- Orem, Dorothea E. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis. Ullstein Mosby, Berlin
- Parsons, Talcott (2005): Sozialstruktur und Persönlichkeit. 8. Aufl., Klotz, Eschborn bei Frankfurt am Main
- Paterson, Barbara L. (2001): The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. Journal of Nursing Scholarship,33,1,21-26
- Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.)(2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim
- Ricka, Regula; Stutz Steiger, Therese; König, Jeanette (2007): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Neue gesellschaftliche Anforderungen. In: Krankenpflege/Soins infirmiers,10,14-16
- Rogers, Carl, R.(1981): Die Grundlagen des Personenzentrierten Ansatzes. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik,6.Jg.,2,4-16
- Sambale, Manuela (2005): Empowerment statt Krankenversorgung. Stärkung der Prävention und des Case Managements im Strukturwandel des Gesundheitswesens. Schlütersche, Hannover
- Schaeffer, Doris (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. In: Journal of Public Health,1,1997,83-95
- Schaeffer, Doris; Moers, Martin (2000): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim,447-483
- Schaeffer, Doris, Müller-Mundt Gabriele, Haslbeck, Jörg (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus der Sicht der Gesundheitsprofessionen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-134, Bielefeld, IPW
- Schaeffer, Doris; Moers, Martin (2008): Überlebensstrategien - ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: Pflege & Gesellschaft, 13.Jg.,1,6-31

- Scheichenberger, Sonja (2009): Ressourcenorientierte Interaktion in der Pflege oder: Schau auf die Flügel, die dich tragen. Facultas, Wien
- Schipperges, Heinrich; Geue, Bernhard; Vescovi, Gerhard; Schlemmer, Johannes (1988): Die Regelkreise der Lebensführung. Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
- Schnabel, Peter-Ernst (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren: Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns. Juventa, Weinheim
- Schrems, Berta (2008): Verstehende Pflegediagnostik. Grundlagen zum angemessenen Pflegehandeln. Facultas, Wien
- Schwamberger, Helmut (2008): GuKG: Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 5. aktualisierte Aufl., Verlag Österreich, Wien
- Schwarzer, Ralf; Jerusalem, Matthias; Weber, Hannelore (Hrsg.)(2002): Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch. Hogrefe, Göttingen
- Schwarzer, Ralf (Hrsg.)(1997): Gesundheitspsychologie. 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen
- Schwarzer, Ralf (2004): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 3. Aufl., Hogrefe, Göttingen
- Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.)(2003): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2. Aufl., Urban & Fischer, München
- Siegrist Johannes (2003): Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg): Das Public-Health-Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2. Aufl., Urban & Fischer, München,139-150
- Sommerhalder Kathrin; Abel, Thomas (2007): Gesundheitskompetenz: eine konzeptuelle Einordnung. Universität Bern Institut für Sozial- und Präventivmedizin. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de> (22. 10. 2008)
- Speros, Carolyn (2005): Health literacy: concept analysis. In: Journal of Advanced Nursing,50,6,633-640

- Spycher, Stefan (2006): Ökonomische Aspekte der Gesundheitskompetenzen. Konzeptpapier. Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien, Bern
http://www.buerobass.ch/pdf/2006/Gesundheitskompetenzen_Bericht.pdf (12.06.2009)
- Stark, Wolfgang (1996): Empowerment: neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Statistik Austria (2008): Gesundheitsbefragung 2006/07.
www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html (13.8.2009)
- Statistik Austria (2009): Bevölkerungsprognosen.
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html (22.12.2009)
- Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung. 2. Aufl., Facultas, Wien
- Strömberg, Anna (2004): Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährige Erfahrungen in Schweden. In: Pflege,17.Jg.,4,237-242
- Stutz Steiger, Therese; Spycher, Stefan (2006): Gesundheitskompetenz - Grundlage für einen neuen Blick auf die Gesundheit. In: Die Volkswirtschaft Das Magazin für Wirtschaftspolitik,12,14-16
- Sudore, Rebecca; Yaffe, Kristine; Satterfield, Suzanne; Harris, Tamara; Mehta, Kala; Simonsick, Eleannor; Newman, Anne, Rosano, Caterina; Rooks, Ronica; Rubin, Susan; Ayonayon, Hsila; Schillinger, Dean (2006): Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. In: Journal of General Internal Medicine,2,8,806-812
- von dem Knesebeck, Olaf (1998): Subjektive Gesundheit im Alter. Soziale, psychische und somatische Einflüsse. Lit Verlag, Münster
- von Kardorff, Ernst (2003): Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. und überarb. Aufl., Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz,134-137
- Vonken, Matthias (2005): Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

- Walker, Lorraine Olszewski; Avant, Kay Coalson (1998): Theoriebildung in der Pflege. Ullstein Medical, Wiesbaden
- Wang, Jen; Schmid, Margareta (2007): Regionale Unterschiede in der Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Institut für Sozial und Präventivmedizin, Universität Zürich
http://www.ispmz.ch/downloads/HintergrundGesundheitskompetenz_de_070607.pdf
 (12.07.2009)
- Welbrink, Andrea; Franke, Alexa (2000): Zwischen Genuss und Sucht - das Salutogenesemodell in der Suchtforschung. In: Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa, Weinheim,43-55
- Wendt, Claus; Wolf, Christof (Hrsg.)(2006): Soziologie der Gesundheit. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Weis, Joachim; Giesler, Jürgen, M. (2004): Patientenkompetenz ein neues Konzept in der Onkologie. In: Bartsch, Hans Helge; Weis, Joachim (Hrsg.): Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie. Karger Verlag, Freiburg,132-140
- Weiss, Barry D.(2003): Health Literacy. A Manual for Clinicians. Part of an educational program about health literacy. American Medical Association Foundation and American Medical Association
- Weiß, Hans (1992): Annäherung an den Empowerment-Ansatz als handlungsorientierendes Modell in der Frühförderung. In: Frühförderung Interdisziplinär,11,157-169
- WHO, Regionalbüro für Europa (1986a): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung WHO- autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German
 (22.12.2008)
- WHO (1986b) Leadership for Health for All. The Challenge to Nursing. Genf: WHO, Division of Manpower Development. http://whqlibdoc.who.int/hq/1985-86/WHO_HMD_NUR_86.1.pdf (15.11.2009)
- WHO (Hrsg.) (1994): Life Skills Education in schools. WHO, Genf

- WHO (1998): Health Promotion Glossary. Geneva
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (25.08.2009)
- WHO (2006): the global strategy on diet, physical activity and health
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_global_strategy_general.pdf (20.10.2009)
- WieNGS (2001): Folder „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schule“
- WieNGS (2004): Kooperationsübereinkommen „Wiener Netzwerk – Gesundheitsfördernde Schule 2004-2007“, Beilage 1
- Wiesmann, Ulrich; Rölker, Simone; Hannich, Hans-Joachim (2004): Salutogenese im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,5,366-376
- Wiesmann, Ulrich; Rölker, Simone; Ilg, Hubert; Hirtz, Peter; Hannich, Hans-Joachim (2006): Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie,2,90-99
- Wild, Monika (2007): Pflege (in) der Familie – Umsetzung der Family Health Nurse in Österreich. In: Österreichische Pflegezeitschrift,10,18-23
- Wilson, John (1988): Thinking with concepts. University Press, Cambridge
- Woog, Pierre (Hrsg.)(1998): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein Medical, Wiesbaden
- Wydler, Hans; Kolip, Petra; Abel, Thomas (Hrsg.)(2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa, Weinheim.
- Zegelin, Angelika (2005): „Festgenagelt sein“ – Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. In: Pflege,18.Jg.,5,281-288

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
bzw.	beziehungsweise
ggf.	gegebenenfalls
GRR	generalized resistance resources generalisierte Widerstandsressourcen
GuKG	Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe
HEDE	Health Ease Dis Ease
SOC	Sence of Coherence
SOK	Modell der selektiven Optimierung und Kompensation
WHO	World Health Organisation
WieNGS	Wiener Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

Tabelle 1: Life-Skills nach WHO	83
--	-----------

Abbildungen

Abbildung 1: Bestimmende Merkmale für Gesundheitspflege aus dem Konzept der Gesundheitskompetenz.....	31
Abbildung 2: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept der Selbstpflege	36
Abbildung 3: Integration ergänzender Merkmale aus den Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention.....	44
Abbildung 4: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept des Empowerment.....	51
Abbildung 5: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept des Selbstmanagement	60
Abbildung 6: Integration ergänzender Merkmale aus dem Konzept der salutogenetisch orientierten Gesundheitsbildung.....	66
Abbildung 7: Bestimmende Merkmale für Gesundheitspflege	67
Abbildung 8: Komponenten der Gesundheitspflege auf der Mikroebene	70

Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Bildung von Gesundheitspflegekompetenz in der Ausbildung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Sie bezieht sich dabei auf das Konzept der gesundheitsfördernden Schule und legt den Focus auf die pflegerischen Interventionen auf der Mikroebene.

Dazu wird der Begriff Gesundheitspflege durch eine Synthese bestimmender Merkmale aus den Konzepten Gesundheitskompetenz, Selbstpflege, Gesundheitsförderung und Prävention, Empowerment, Selbstmanagement und salutogenetisch orientierter Gesundheitsbildung definiert.

Gesundheitspflege auf der Mikroebene wird als die Gesamtheit aller Interventionen beschrieben, die gesunden und kranken Menschen Erfahrungen von Gesundheit und mehr Selbstbestimmung in Bezug auf ihre Gesundheit ermöglichen. Sie ist gekennzeichnet durch die Integration der Patientensicht, Partizipation und die Orientierung an Biografie, Alltag und Lebenswelt. Charakteristisch ist die Orientierung an vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen bei der Person, in der Familie, im sozialen Netzwerk und im Gesundheitssystem. Gesundheitspflegerische Maßnahmen unterstützen dabei gesundheitsbeeinflussende Faktoren bewusst zu machen, sie zu nutzen oder zu verändern. Damit wird die größtmögliche Eigenständigkeit und gesundheitliche Mündigkeit der betroffenen Person angestrebt.

Die, aus dieser Definition entwickelten, Anforderungen an die Kompetenz der Pflegenden betreffen vier Kernbereiche. Grundlegend ist die Fähigkeit zu Beziehung und Kommunikation als Rahmenbedingung für Gesundheitspflege. Die Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung, Kompetenzen zur Konkretisierung von Gesundheits- und Ressourcenorientierung und Fähigkeiten zur Kompetenzvermittlung sind weitere Bereiche. Bei der Entwicklung dieser Kompetenzen kann die gesundheitsfördernde Schule Impulse für persönliche Gesundheitserfahrungen und Gesundheitsorientierung geben. Sie vermag die Entwicklung von Lebenskompetenzen zu fördern. Die implizite Vermittlung von Werten und informelles Lernen kann Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Haltung zur Gesundheit nehmen. Darüber hinaus, kann die gesundheitsfördernde Schule Raum für die Vermittlung spezieller gesundheitsfördernder Kompetenzen geben.

Abstract

This diploma thesis deals with the development of nursing competences in the education of certified health care staff. It refers to the concept of the health promoting school and puts the focus on the nursing interventions on the micro-level.

In this case the term healthcare is defined through a synthesis of decisive features from the concepts health competence, self-care, health promotion and prevention, empowerment, self management and saluto-genetic oriented health education.

Health Care on the micro-level is described as the unity of all interventions that give healthy and ill people experiences of health and more self determination according to their health. It is identified through the integration of the patient's view, participation and orientation according to the biography, daily life and *Lebenswelt*. Characteristic is the orientation on existing skills and resources of the person, of the family, of the social network and the health care system. Health care measures support the idea to get more awareness of health influencing factors, to use or change them. They seek the biggest-possible autonomy and health maturity of the affected person.

These, from the definition developed, requirements for the competence of nursing staff affect four core areas. Fundamental is the skill for relationship and communication as framework conditions for health care. The promotion of autonomy and self determination, competences for the concretization of health- and resource orientation and skills for competence interventions are further areas.

The health promoting school can give further impulses for the development of these competences for the personal health experience and health orientation. It has an effect on the development of life competences. This implicit passing on of values and informal learning processes can have an influence on the health behaviour and the attitude towards health. Besides the health promoting school develops room for the passing on of special health promoting competences.

Lebenslauf

Name: Maria Lukas

Geburtsdatum: 7. Dezember 1958 in Süßenbach, Niederösterreich

Staatsangehörigkeit: Österreich

Adresse: Arnethgasse 29/1/9, 1160 Wien, e-mail: maria.lukas@chello.at

Ausbildung:

1964-1968 Volksschule in Großau

1968-1972 Hauptschule in Raabs an der Thaya

1972-1974 Hauswirtschaftsschule in Horn

1974-1977 Ausbildung zur diplomierten Kinderkranken- und Säuglingsschwester an der Kinderkrankenpflegeschule der Stadt Wien – Glanzing

1989 -1990 Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von lehrenden Krankenpflegepersonen

1997-1998 Zweitdiplom für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege an der Ignaz Semmelweis Frauenklinik

2004-2005 Studienberechtigungsprüfung

2005-2010 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft, Universität Wien

Berufserfahrung:

1977-1989 Kinderkrankenschwester an verschiedenen Abteilungen der Kinderklinik Glanzing (hauptsächlich Kinderinterne- und –infektionsabteilung)

1989-2000 Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (bis 1997 Kinderkranken- und Säuglingspflege) Glanzing

Seit 04/ 2000 Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege an der Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege am Wilhelminenspital der Stadt Wien

2002-2005 nebenberufliche Unterrichtstätigkeit am BFI Niederösterreich in der Ausbildung zur Pflegehilfe

Wien, Februar 2010