

# Potenziale pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung

## Hintergrund und Fragestellung

Die Berufsgruppen der Pflege treten im Zusammenhang mit Diskussionen und Entwicklungen über und zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland kaum in Erscheinung. Die Ursachen sind dafür vielfältig. Zum einen ist es aufgrund unterschiedlichster Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten zu einer Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben gekommen. Präventive pflegerische und gesundheitsförderliche Aufgaben wurden aufgrund einer fehlenden Definitionsmacht der Pflege und der strukturellen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung aus dem Handlungskatalog ausgeschlossen und zunehmend in die gesundheitliche Versorgung der Kliniken, der ärztlichen Bereiche und der Bereiche anderer Gesundheitsberufe integriert [19]. Zum anderen lassen die gesetzlichen Grundlagen den pflegerischen Berufsgruppen nur wenige Möglichkeiten, eigenverantwortlich und qualitativ hochwertige präventive Leistungen anzubieten.

Ein Blick in die gesetzlichen Grundlagen zeigt, dass für die Pflege nur wenig autonome und explizite Aufgaben-, Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche vorgesehen sind. Die gesetzlichen Vorgaben im SGB V und SGB XI sind entweder davon geprägt, dass pflegerisch präventive Maßnahmen unter medizinische Verordnungen subsummiert und damit als Bestandteil der ärztlichen Verordnung klassifiziert werden oder sie sind geprägt von rein intentionalen Formulierungen, die keine Konsequenzen für die pflegerische

Versorgung zur Folge haben [11]. Die politischen Stellungnahmen oder Vereinbarungen wie die Münchener Erklärung „Pflegerische und Hebammen – ein Plus für die Gesundheit“ oder auch Health 21 (WHO 21), die eine Integration von Pflegenden in Prävention und Gesundheitsförderung vorsehen und fordern, sind zwar von politischen Entscheidungsträgern gemeinsam verabschiedet worden, jedoch haben sie nie den Status von Absichtserklärungen verlassen und sind ohne inhaltliche und gesetzliche Konsequenzen für pflegerische Aufgaben- und Tätigkeitsfelder in Deutschland geblieben.

Zum 3. fehlen konkrete Konzepte und theoretische Grundlagen sowie systematische Kenntnisse, wo und in welchen Bereichen die Pflege in Deutschland im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung effektiv und nützlich mitwirken kann. Die in Deutschland rezipierten Pflegetheorien aus dem überwiegend US-amerikanischen Raum haben zwar Themen der Gesunderhaltung und -förderung als Aufgabenfeld der Pflege thematisiert. Allerdings haben sie aufgrund ihrer Konstruktion als Theorien „weiter Reichweite“ für eine theoretische Grundlagenbildung für pflegepraktische Handlungsfelder in Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland keine konkreten sowie essentiellen Beiträge liefern können.

In der deutschen Pflegewissenschaft und Pflegeforschung wurden die Begriffe „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ nur wenig untersucht. Ströbel u. Weidner [23] beziehen sich überwiegend

auf den Präventionsbegriff des SGB XI, d. h. auf die Frage der Verhinderung, Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit. Es fehlen jedoch systematische pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zur Prävention im Sinne z. B. der Leistungen im SGB V oder zu neuen Tätigkeits- und Verantwortungsfeldern wie Anleitung, Beratung, zu Präventionsprogrammen sowie zu präventiven Konzepten der Pflege.

Die Pflege scheint durch Entwicklungen in der Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem auf die neuen Herausforderungen in Prävention und Gesundheitsförderung unvorbereitet zu sein. Allerdings werden zzt. pflegewissenschaftliche Projekte durchgeführt, die präventive und gesundheitsförderliche Aspekte zum Inhalt haben. Dazu zählen beispielsweise das Projekt des DBfK „Familiengesundheitsschwester“, Projekte zum Thema präventive Hausbesuche u. a. – diese befinden sich überwiegend noch in der Durchführungsphase, sodass abschließende Ergebnisse ausstehen. Sie verdeutlichen jedoch, dass das Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowohl in der Fachwissenschaft als auch bei potenziellen Projektförderern ins Blickfeld geraten und zunehmend bearbeitet werden.

Indessen steigt von gesundheitspolitischer Seite das Interesse sowohl an der Prävention insgesamt als auch an der Prävention durch pflegerische Berufsgruppen. Am deutlichsten wird es erkennbar an der Novellierung des Krankenpflegegesetzes aus dem Jahre 2003 [10]. Mit diesem Gesetz wird erstmalig von gesetzgebender Seite die Berufsgruppe der Pflege

mit Prävention in einem Zusammenhang gebracht und ein Paradigmenwechsel eingeleitet. Die Berufsbezeichnung Krankenschwester/Krankenpfleger wurde in Gesundheits- und Krankenpfleger/in geändert, um die Aufgaben von Pflegenden in präventiven Bereichen auch an der Berufsbezeichnung sichtbar zu machen. Unter § 3 Abs. 1 werden präventive Aufgaben für die Pflege, wenn auch nicht sehr konkret, formuliert.

Einige Passagen im Koalitionsvertrag deuten darauf hin, dass das Thema Prävention bzw. Präventionsgesetz gesundheitspolitisch weiter verfolgt wird. Demgemäß ist davon auszugehen, dass es die weiteren Diskussionen in der Gesundheitsversorgung anregen wird. Da Prävention ein komplexes Konstrukt ist, das auf unterschiedlichen Ebenen der Gesundheitsversorgung angesiedelt und gesetzlich unterschiedlich geregelt ist, kann der Erfolg präventiver Programme und Projekte sehr wahrscheinlich nur unter Beteiligung unterschiedlicher Berufsgruppen gewährleistet werden. Diese verfügen über einen jeweils professionell-fachlichen Blick auf unterschiedliche Zielgruppen, über unterschiedliche Zugangswege sowie unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten [1].

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach den Potenzialen pflegerischer Berufsgruppen in Prävention und Gesundheitsförderung. Mit einem Blick in den internationalen Raum wird eine Annäherung an eine mögliche Antwort im Verlauf dieses Beitrags anvisiert. Dieser erscheint trotz unterschiedlicher gesetzlicher, finanzieller und ausbildungsbezogener Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung notwendig, da Prävention in der Pflege in diesen Ländern einen ganz anderen Stellenwert einnimmt [4]. Ziel ist es, zu untersuchen, in welchen Bereichen Pflegenden gemäß ihrer Qualifikation sachverständig sowie fachgemäß Verantwortung und Aufgaben und Tätigkeiten übernehmen und durchführen sowie sinnvoll in Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung integriert werden können. Es geht darum, die präventiven Aufgaben und Verantwortungen von pflegerischen Berufen in Prävention und Gesundheitsförderung zu eruieren und zusammenzufassen sowie die Auf-

Präv Gesundheitsf 2006 · 1:166–173 DOI 10.1007/s11553-006-0029-x  
© Springer Medizin Verlag 2006

M. Hasseler

### Potenziale pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung

#### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die Berufsgruppen der Pflege treten im Zusammenhang mit Diskussionen und Entwicklungen über und zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland kaum in Erscheinung. Die Ursachen dafür sind vielfältig. Die Pflege scheint durch Entwicklungen in Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem auf die neuen Herausforderungen in Prävention und Gesundheitsförderung unvorbereitet zu sein. Es fehlen Konzepte und theoretische Grundlagen sowie systematische Kenntnisse, wo und in welchen Bereichen die Pflege in Deutschland im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung effektiv und nützlich mitwirken kann.

**Material und Methode.** Basierend auf einer nationalen und internationalen systematischen Literaturrecherche werden Potenziale

und präventive Aufgaben der Pflege in der Gesundheitsversorgung aufgezeigt.

**Ergebnisse und Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegeberufe in vielen Ländern fest in den jeweiligen Gesundheitssystemen im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung verankert sind bzw. einen integralen Bestandteil in den bestehenden Präventionsprogrammen bilden. Die möglichen Einsatzfelder von Pflegenden in Prävention und Gesundheitsförderung gehen weit über das in Deutschland bisher vorstellbare Maß hinaus.

#### Schlüsselwörter

Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung · Potenziale · Prävention · Gesundheitsförderung · Gesundheitssystem

### Potentials of nursing professions in prevention and health promotion

#### Abstract

**Background.** The nursing profession hardly appears in current discussions and developments in prevention and health promotion in Germany. The reasons are manifold. Nursing in Germany is not prepared to tackle the developments in health politics and the health care system in order to fulfil the tasks and duties in prevention and health promotion. Concepts and theoretical basics as well as systematic knowledge are missing regarding which areas in Germany nurses are able to participate in an effective and beneficial way in prevention and health promotion.

**Material and Methods.** Based on a systematic national and international litera-

ture search, potentials and preventive tasks of nurses in different health care systems are presented.

**Findings and conclusion.** The findings show that nurses in different countries are firmly anchored in health care systems. They are an integrated part of preventive programs. The integration of nursing professions in prevention and health promotion in the selected countries goes far beyond the German level.

#### Keywords

Preventive nursing professions · Potentials · Prevention · Health promotion · Health care systems

**Tab. 1** Fokus und Ziele der präventiven Pflegeberufe

Pflegeberufe	Fokus	Ziele
Public Health Nurse [5, 9, 14, 15, 22]	„Public Health Nurses“ unterstützen die direkte Pflege durch Einschätzung, Evaluation der Individuen im Kontext von definierten Bevölkerungsgruppen. Sie führen die direkte Pflege nicht selber durch. Gemeinsam mit anderen Berufsgruppen planen, entwickeln und unterstützen sie eine gemeinsame Gesundheitsversorgung in gemeindenahen Bereichen. Die Arbeit, Aufgaben und Tätigkeiten sind auf größere Bevölkerungsgruppen fokussiert z. B. schulbasierten Gesundheitskliniken, HIV-Präventionsprogramme, Diabetesprogramme u.v.m.	Gesundheit von bestimmten Bevölkerungsgruppen zu fördern und zu schützen sowie Krankheiten zu verhindern. Ein Hauptziel ist die Verbesserung der Gesundheitslage sowie Lebensqualität von Bevölkerungsgruppen
Community Health Nurse [3, 7, 21]	Der Hauptfokus liegt in der Gesundheitsförderung, in der Prävention von Krankheiten, Beschaffung, Koordination sowie Integration von adäquaten Dienstleistungen. Die Perspektive ist sowohl auf Individuen als auch auf Bevölkerungsgruppen in Gemeinden bezogen	Die Gesundheit und Bedarfe des Wohlbefindens von Bürgern/innen in Kommunen zu verbessern bzw. zu erfüllen
Health Visitor [1, 6, 8, 13]	Stärkung von Menschen und Übernahme der Verantwortung für die Gesundheit von Individuen, Familien und Kommunen durch die Förderung von Gesundheit bzw. Umsetzung u. Entwicklung von Maßnahmen der Gesundheitspolitik. Arbeitsbereiche sind sowohl auf kommunaler als auch auf individueller Ebene angesiedelt. Hauptfokus liegt auf Bevölkerungsgruppen	Die Auswirkungen von Krankheiten, Dysfunktionen und Behinderung zu vermindern bzw. präventiv anzugehen
Family Health Nurse [22, 28], (s. auch <a href="http://www.csuchico.edu/~horst/about/definition.html">http://www.csuchico.edu/~horst/about/definition.html</a> )	Der Schwerpunkt liegt auf Familien und Individuen aller Altersgruppen in geographisch definierten Gebieten. Sie werden in kritischen Perioden im Leben ihrer Klienten/innen aktiv und achten auf die Bedürfnisse marginalisierter und vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Es geht um die Erfüllung der Bedürfnisse von Familien innerhalb von Kommunen	Durch Empowering Familien darin zu unterstützen, Verantwortung zu übernehmen und informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheitsentwicklung zu treffen

gaben einander gegenüberzustellen. Dabei werden in diesem Beitrag nicht Fragen der Effektivität und Effizienz von pflegerischen Berufsgruppen in Prävention und Gesundheitsförderung diskutiert. Aufgrund der Vielfältigkeit und Komplexität pflegerischer Aufgaben in Gesundheitsförderung und Prävention in anderen Ländern sowie diversen Studien zu Effektivität und Effizienz wird dieses Thema in einem gesonderten Beitrag erläutert und diskutiert.

Ein weiteres Ziel dieses Beitrags ist v. a. ein Bild von Prävention in der Pflege zu zeichnen, das sich über das ganze Spektrum der Gesundheitsversorgung und nicht nur auf die Pflegeversicherung erstreckt, so wie es in der gesundheitsbezogenen Literatur in Deutschland zurzeit vielfach der Fall ist [17, 23]. Die Ergebnisse sollen des Weiteren zu einer Konzeptualisierung von Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege beitragen.

### Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Als Pflegeberufe mit präventiven und gesundheitsförderlichen Schwerpunkten wurden identifiziert:

- Public Health Nurse,
- Community Health Nurse/Community Nurse,
- Family Health Nurse,
- Health Visitor.

Für die Recherche und Analyse der Literatur wurde die oben angeführte Fragestellung zugrunde gelegt und der Begriff Potenzial in „Aufgaben pflegerischer Berufe in Prävention und Gesundheitsförderung“, „Tätigkeiten pflegerischer Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung“, „Verantwortung pflegerischer Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung“ und „Position/Stellung im Gesundheitswesen“ operationalisiert. Für die Literaturanalyse wurden die Datenbanken „Dimdi“, „PubMed“ und der Bibliotheksverbund „GBV“ auf die Stichworte „Public Health Nurse“, „Community Health Nurse“, „Community Nurse“, „Family Health Nurse“, „Health Visitor“ in Kombination mit „Aufgaben“, „Rolle“, „Position“, „Gesundheitssystem“, „Potenziale“, „Prävention“, „Gesundheitsförderung“ in deutscher und englischer Sprache verknüpft von 1996–2004 verknüpft. Insgesamt wurden für diesen Beitrag 35 Artikel für die Analyse herangezogen und ausgewertet.

### Ergebnisse

Die angelsächsische Literatur zu Prävention ist sehr vielfältig. Festzuhalten ist, dass auch im englischsprachigen Raum kein einheitliches Konzept für Prävention in der Pflege sowie einheitliche Aufgaben-, Tätigkeitsbeschreibungen für die identifizierten pflegerischen Berufe mit Schwerpunkten in Prävention und Gesundheitsförderung zu finden sind. In den einzelnen Ländern sind die einzelnen Berufsbezeichnungen sowie die Aufgaben, Tätigkeiten, Position/Stellung im Gesundheitssystem nicht trennscharf voneinander getrennt [3, 6].

In der Synthese zeigt sich folgendes Bild: Der Hauptfokus aller präventiven Pflegeberufe liegt auf Bevölkerungsgruppen in Kommunen und Gemeinden (■ **Tab. 1**, s. auch <http://www.csuchico.edu/~horst/about/definition.html> Zugriff am: 18.02.2005). Fast allen ist das Ziel gleich, die Gesundheit von Bevölkerungsgruppen zu fördern und das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität zu steigern.

Trotz unterschiedlicher Gesundheitssysteme, Ausbildungsmöglichkeiten und -grad der 4 präventiven Pflegeberufe so-

**Tab. 2** Position/Stellung präventiver Gesundheitsberufe im Gesundheitssystem

Gesundheitsberufe	Mikroebene mit Schwerpunkten in direkte Versorgung/Pflege	Mesoebene mit Schwerpunkten in Gesundheitsförderungs-, Screeningprogramme, Koordination, Organisation, kommunale/gesundheitsbezogene Ebene	Makroebene mit Schwerpunkten in Entwicklung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen
Public Health Nurse [5, 9, 14, 15, 22]	Im europäischen Raum z. B.: diagnostische Untersuchungen, Palliativpflege, rehabilitative Maßnahmen, häusliche Pflege u. ä.	HIV-Präventions-, Raucherentwöhnungs-Diabetesprogramme, Gesundheitskliniken, Beratung, Screening, Follow-up, Überweisung, Case Management, Familienplanung u. ä.	Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen
Community Health Nurse [3, 7, 21]	Palliativpflege, Diabetesmanagement, Inkontinenzmanagement, HIV-Pflege, Demenzpflege, Pflege von Behinderten, Wundmanagement, Gesundheitserziehung u. ä.	Koordination von Gesundheitsdienstleitungen auf kommunaler Ebene, Gesundheitsmanagement u. ä.	In den USA – abhängig vom akademischen Grad: Formulierung von gesundheits- u. sozialpolitischen Maßnahmen, Implementation u. Evaluation von bevölkerungsbezogenen Programmen
Health Visitor [1, 6, 8, 13]	Förderung von Gesundheit bei Familien u. Kindern, Mutter-Eltern-Kind-Kurse, Beratung z. B. Impfberatung, diagnostische Untersuchungen	Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen auf kommunaler Ebene, Durchführung von Screeningprogrammen, Raucherentwöhnungsprogramme, Familienplanungsprogramme u. ä.	Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen
Family Health Nurse [22, 28]	Förderung der Gesundheit von Familien/Individuen, Begleitung über den gesamten Gesundheits-Krankheitsprozess, Beratung zu Lifestyle-, Risikofaktoren, Beratung gesundheitsförderliches Verhalten, Assessment von Stressoren, rehabilitative Maßnahmen u. ä.	Durchführung von Impf-, Screeningprogrammen, Koordination von Langzeitpflege im häuslichen Bereich, Schnittstellentätigkeit u. ä.	

wie Position/Stellung im Gesundheitssystem und Vorhandensein anderer Gesundheitsberufe in den unterschiedlichen Ländern gibt es offensichtlich Schnittmengen präventiver Gesundheitsdienstleistungen, die von den präventiven Pflegeberufen in allen Ländern übernommen werden.

Ein besonders hoher Bedarf scheint **Tab. 2** zur Folge in der Mesoebene des Gesundheitssystems zu sein. Sie nehmen verantwortlich an präventiven Gesundheitsprogrammen teil bzw. sind verantwortlich für die Durchführung, sie koordinieren, lenken und organisieren die Programme oder präventiven Maßnahmen, sie sind gleichberechtigte Mitglieder von interdisziplinären Teams und häufig bilden sie die Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen und den Klienten. Die Perspektive ist aufgrund des Aufgaben- und Tätigkeitszuschnitts in aller Regel bevölkerungs-, bzw. kommunenbezogen (s. **Tab. 1**). Der Blick der präventiven Pflegeberufe richtet sich also vom Individuum auf die Bevölkerungsgruppe und dann wieder in der einzelnen Maßnahme auf das Individuum. Die vielfältigen prä-

ventiven Aufgaben umfassen die gesamten Lebensphasen sowie Gesundheits-/ Krankheitskontinuum der anvisierten Bevölkerungsgruppen.

Bei dieser Übersicht wird aber auch deutlich, dass die Berufe nicht trennscharf voneinander abzugrenzen sind. Sie haben alle einen ähnlichen Fokus und sind in ähnlichen Bereichen der präventiven Gesundheitsversorgung aktiv. Abhängig von den Ländern übernehmen die Berufe Aufgaben und Tätigkeiten auf der Mikroebene, d. h. in der direkten Versorgung und Betreuung von Patienten oder auch auf der Makroebene, d. h. in der Entwicklung von gesundheitspolitischen Maßnahmen. Gelegentlich ist die Zuordnung zu diesen Ebenen bzw. Aufgaben abhängig vom akademischen Grad der präventiven Pflegeberufe.

Dieses Ergebnis könnte damit erklärbar sein, dass die Länder den Bedürfnissen ihres Gesundheitssystems entsprechend Qualifikationsmöglichkeiten für Pflegeberufe in Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt haben. Im Zuge dieser Entwicklungen wurden ihnen ab-

hängig von Status, Position/Status, Vorhandensein anderer Gesundheitsberufe sowie Finanzierung des Gesundheitssystems wichtige Aufgaben und Inhalte der Prävention übertragen.

Die präventiven Pflegeberufe nehmen essentielle Aufgaben in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention wahr (s. **Tab. 2**): Betrachtet man sich die Ebenen der Prävention, so bewegen sich die Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung sowohl auf der Ebene der Verhältnisprävention wie auch auf der Ebene der Verhaltensprävention. Die Schwerpunkte, Aufgaben und Zuständigkeiten sind fokussiert auf Familien, Individuen, identifizierte vulnerable Bevölkerungsgruppen in Kommunen und häuslicher Umgebung. Ein großer Teil der Aufgaben beinhaltet Gesundheitserziehung und -beratung für alle Altersgruppen. Je nach Ausrichtung liegt z. B. der Schwerpunkt bei Kindern <5 Jahren oder bei Jugendlichen in Schulprogrammen, bei Frauen nach Geburt oder bei Bürger/innen mit chronischen Erkrankungen u.ä..

Die Konzepte der Prävention der in diesem Beitrag skizzierten Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung orientieren sich deutlich an Grundlagen und Inhalte von Public Health und Sozialwissenschaften. Sie werden in aller Regel um pflegerische Inhalte, Aufgaben und Schwerpunkte ergänzt und erweitert. Dies betrifft z. B. Art und Weise des Zugangs, der Betreuung und Beratung zu bzw. von definierten Bevölkerungsgruppen, Ziele der präventiven Interventionen.

Die notwendigen Kompetenzen umfassen Kenntnisse in Public Health, Sozialwissenschaften, Gesundheitsförderung, -erziehung, medizinische Grundlagen, Gesundheitspolitik, Epidemiologie, Sozialmedizin, Gesundheits- und Pflegeforschung, Kommunikation, Management, Ökonomie u. a.. Die Qualifikationen werden entweder als Bachelor- oder als Masterstudiengang angeboten.

### Diskussion

Die Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung im internationalen Raum sind fest in den jeweiligen Gesundheitssystemen verankert. Sie sind ein integraler Bestandteil der Präventionsprogramme in den unterschiedlichen Ländern. Ein hoher Grad an beruflicher Autonomie zeichnet die berufliche Tätigkeit und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen aus. Dies ist z. B. an der Befugnis erkennbar, Klienten an andere Berufsgruppen und Institutionen des Gesundheitswesens im Rahmen ihrer Tätigkeit in entsprechenden Programmen überweisen zu dürfen oder den Hausarzt als Gatekeeper zu ersetzen, wenn pflegerische Belange im Vordergrund stehen.

Insbesondere auf der kommunalen/gemeindebezogenen Ebene nehmen die präventiven Pflegeberufe wichtige Aufgaben präventiver Gesundheitsleistungen wahr. Die Qualifikationen und Kompetenzen sind sehr vielfältig, sodass sie in berufsgruppenübergreifenden Programmen zu einer qualitativ hohen Prävention beitragen können. Betrachtet man die Potenziale, Aufgaben und Tätigkeiten der präventiven Pflegeberufe im internationalen Raum, so übernehmen die Pflegenden dort Aufgaben, die man in Deutschland

sowohl dem SGB V, dem SGB XI und dem zu erwartenden Präventionsgesetz zuschreiben kann.

Die präventiven Aufgaben der Pflege, so wie sie sich in den hier beschriebenen präventiven Pflegeberufen darstellen, sind jedoch keinesfalls als alleinige Assistenzhilfeleistung medizinischer Gesundheitsberufe oder als subsummierter Bestandteil ärztlicher Verordnungsleistungen denkbar. Sie sind vielmehr eigenständige professionelle Dienstleistungen im Rahmen von interdisziplinären gemeinde-/kommunennahen präventiven Programmen.

Die Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung sind in allen Bereichen und Ebenen der Prävention beruflich tätig und erfüllen auf diese Weise die Voraussetzung, verschiedene Zugangswege zu definierten und vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu erhalten. Insbesondere durch den Fokus auf Bevölkerungsgruppen in Kommunen und Gemeinden sind sie in der Lage, zielgruppennahe zahlreiche der komplexen präventiven Aufgaben in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen zu erfüllen. Als Ergebnis bleibt zu konstatieren: die Aufgaben, Tätigkeiten und die Integration der Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung im internationalen Raum gehen weit über das gewohnte Maß in Deutschland hinaus.

Eine Voraussetzung, um die Pflegeberufe angemessen in Konzepte der Prävention und entsprechende gesundheitspolitische Maßnahmen zu integrieren, ist eine Diskussion, Auseinandersetzung und Forschung in Gesundheits- und Pflegewissenschaft sowie Gesundheitspolitik.

In Pflegewissenschaft und Pflegepraxis ist in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel zu erkennen. Der Blick richtet sich von der Krankheitsorientierung hin zu Förderung vorhandener Ressourcen der Klienten im Sinne von Gesundheitsförderung. Winter u. Kuhlmeier [26] schlussfolgern daraus, dass folglich davon ausgegangen wird, dass pflegerischem Handeln umfängliche, gesundheitsfördernde Momente und Möglichkeiten innewohnen und Gesundheitsförderung als grundlegende Aufgabe sowie integraler Bestandteil professioneller Pflege begriffen wird.

Weitere pflegewissenschaftliche Forschungen und Konzeptentwicklungen sind jedoch notwendig, um die Integration von Pflege in Prävention zu erreichen. So bedarf der gegenwärtig verfolgte Settingansatz in der Prävention in der Pflege einer eigenständigen Perspektive durch pflegewissenschaftliche Untersuchungen.

Berufliche Pflege ist in Deutschland herkömmlich eher personen- und individuenzentriert und steht bisher mit dieser Perspektive einem Settingansatz bzw. bevölkerungsbezogenen Fokus entgegen. Des Weiteren gilt es, auf der Basis von Statistiken, vorhandenen Datensätzen u. a. Grundlagen, Zielgruppen zu definieren sowie geeignete Methoden und Interventionen pflegerischer Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und ihres Nutzens zu untersuchen. Damit Pflege zu einer ernstzunehmenden Berufsgruppe in Prävention und Public Health wird, erscheint eine Theorieentwicklung auf der Basis einer Auseinandersetzung mit Konzepten und Theorien der Gesundheits- und Sozialwissenschaften von außerordentlicher Relevanz. Erkenntnisleitend können die Ergebnisse aus Gesundheitsforschung zu den personalen, sozialen und strukturellen Determinanten von Gesundheit oder das Salutogenesekonzept sein [2].

Weitere Erkenntnisse sind z. B. notwendig in Anleitung und Beratung in präventiven Zusammenhängen oder bei eigenständigen präventiven Leistungen. Eine Aufgabe pflegewissenschaftlicher Forschung ist, pflegerische Prävention zu definieren, damit diese in den Leistungskatalog aufgenommen und demgemäß angemessen verordnet und vergütet werden kann. Zahlreiche weitere Forschungsprojekte lassen sich hier anführen, deren Ergebnisse notwendig sind, um die präventiven Leistungen der Pflege theoretisch und praktisch zu fundieren.

Die von Walter u. Schwartz [26] beschriebenen Kriterien für eine Priorisierung präventiver Projekte stellen für die Auswahl pflegerischer präventiver Projekte und Integration in eine interdisziplinäre Prävention und Gesundheitsförderung eine systematische Grundlage dar. Dazu gehören z. B. die Höhe der kollektiven Krankheitslast in den möglichen Zielpopulationen, der wahrscheinliche Nutzen,

der Aufwand, die unbeabsichtigten Krankheitsfolgen, aber auch z. B. die Größe und Zugänglichkeit der Zielgruppen, die adäquaten Zugangswege, Art der Interventionsstrategie und sonstige Merkmale der Implementation.

Insgesamt sind weitere differenzierte gesundheits- und pflegewissenschaftliche Projekte erforderlich, die die empirischen Grundlagen und Nachweise für Prävention und Gesundheitsförderung der Pflege in Deutschland liefern.

Die Frage der Finanzierung derartiger präventiver Leistungen von Pflegeberufen ist nicht nur von ökonomischer, sondern auch von politischer Relevanz. Walter [24] betrachtet die Kosten für präventive Pflegeinterventionen im Vergleich mit anderen entstehenden Therapiekosten als eher marginal. Sie führt als Vorteil präventiver pflegerischer Interventionen an, dass z. B. behandlungserforderliche Sekundärerkrankungen bei Pflegebedürftigen wie Dekubitus, Thrombosen, Gelenkkontrakturen und aufsteigende Harninfekte vermieden werden können. Den Betroffenen könnten durch eine rechtzeitige pflegerische präventive Pflegeintervention Leid erspart, die Lebensqualität erhöht und der medizinische sowie pflegerische Zusatzaufwand wie Krankenhausaufenthalt, Behandlungspflege u. ä. reduziert werden. Unter diesen Prämissen wird sich ihrer Einschätzung nach die Unterstützung pflegerischer präventiver Interventionen volkswirtschaftlich eher nützlich auswirken. Aufwändige medizinische Interventionen, die allgemein mit hohen Krankheits- und Zusatzkosten verbunden sind, könnten auf diese Weise eingespart werden [24].

Auch hinsichtlich der Frage nach möglichen Finanzierungsmöglichkeiten pflegerischer präventiver Maßnahmen lohnt sich ein Blick in den internationalen Raum. Als Lösung könnte sich ein Modell in Großbritannien anbieten. In diesem wird ein Prozentsatz pauschal vom Hausarztbudget, das sog. Pflegebudget, von der Pflege selbst für präventive Leistungen verantwortet. Aus diesen kann sie aus einem vorgesehenen Leistungskatalog Maßnahmen verordnen. Im Rahmen eines Monitorings erfolgt ein Austausch mit einem Hausarzt [24].

Bislang geben die gesetzlichen Vorgaben in der Gesundheitspolitik den pflege-

rischen Berufsgruppen nur wenige Möglichkeiten, autonom und berufsgruppenübergreifend mit anderen Gesundheitsberufen in Prävention und Gesundheitsförderung tätig zu werden. An die Gesundheitspolitik muss die Forderung formuliert werden, die möglichen Potenziale pflegerischer Berufsgruppen in Prävention und Gesundheitsförderung in weitere gesetzliche Maßnahmen (wie z. B. das zu erwartende Präventionsgesetz) münden zu lassen.

Basierend auf diesen Ergebnissen ist es möglich, Maßnahmen und Aufgaben präventiver Pflegeberufe auf dem Hintergrund nationaler Bedingungen und in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsberufen in die Ebenen von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Gesundheitsförderung zu systematisieren und zu strukturieren und die Wirksamkeit ihrer Maßnahmen und Interventionen nachzuweisen. Kruse [17] hat bereits im Jahr 2002 den Vorschlag geäußert, „das bereits bestehende Spektrum pflegerischer Strategien im Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention umzusetzen und systematisch zu erweitern“. Die im Folgenden beschriebenen Aufgaben- und Verantwortungsfelder sind denkbar:

#### **Maßnahmen der primären Prävention:**

- Aufklärung und Beratung sowie Unterstützung für pflegende Angehörige,
- Aufklärung Beratung im Bereich von Risikofaktoren, Lifestyle und Gesundheitsförderung,
- Assessment von Bedarfen und Bedürfnissen definierter vulnerabler Bevölkerungsgruppen,
- Vermittlung von Informationen über Risikofaktoren, lifestylebezogenen Risikofaktoren,
- Koordination und Organisation von Dienstleistungen der Gesundheits- und Pflegeleistungen,
- Durchführung präventiver Hausbesuche.

#### **Maßnahmen der sekundären Prävention:**

- Sturzprophylaxeprogramme für identifizierte Bevölkerungsgruppen,
- Schulungen, Anleitungen und Beratung für chronisch Erkrankte in häuslicher Umgebung, um dabei behilflich zu sein, die mit dem Krankheits- einbruch einhergehenden existen-

ziellen Verunsicherungen und Probleme zu lösen, oder Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens mit chronischer Krankheit zu finden bzw. eine mit der Krankheitssituation in Übereinstimmung stehende Identität auszubilden und biographische Integration des Krankheitsgeschehens zu ermöglichen.

- Teilnahme an Screeningprogrammen (Pflegerinnen bringen klinische Expertise sowie klinische Fähigkeiten und Fertigkeiten wie z. B. messen und überprüfen physiologischer Parameter, Aufklärung und Beratung ein),
- Teilnahme an Disease-Management-Programmen durch wohnortnahe Anleitung, Beratung und Überprüfung lebensweltlicher Umgebung,
- Teilnahme und Durchführung von Impfprogrammen,
- Organisation, Koordination von Langzeitpflege,
- Sterbe- und Trauerbegleitung, Palliativpflege.

#### **Maßnahmen der tertiären Prävention:**

- Programme für die Durchführung prophylaktischer Maßnahmen bei Pflegebedürftigen, um Sekundärerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden,
- Wundmanagement-, Inkontinenzmanagement, Demenzpflege- und Betreuung.

#### **Maßnahmen der Gesundheitsförderung:**

- Kampagnen Gesundheitsförderung aus pflegerischer Sicht (z. B. Wie kann Pflegebedürftigkeit verhindert werden?),
- Durchführung von Programmen der Gesundheitserziehung, gesundheitsförderlichem Verhalten u. ä.,
- Förderung und Unterstützung von sozialen Netzwerken,
- Förderung von „Patientenkompetenzen“ z. B. durch Unterstützung der Körperwahrnehmung, der psychosozialen Ebenen,
- gemeindebezogene Gesundheitsförderung ambulanter Pflegedienste durch Übernahme von Schnittstellenfunktionen u. ä.

Betrachtet man sich die Aufgaben- und Verantwortungsfelder etwas genauer, so könnte eine Definition von Aufgaben in der Pflege, angelehnt an § 3 Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 folgendermaßen lauten:

Pflegerische Berufsgruppen führen in Prävention und Gesundheitsförderung eigenverantwortlich die Erhebung und Feststellung des Bedarfs in Prävention und Gesundheitsförderung durch, sie planen, organisieren, koordinieren die (pflegerischen) Maßnahmen und Interventionen in Prävention und Gesundheitsförderung, führen sie durch, dokumentieren und evaluieren sie. In Programmen von Prävention und Gesundheitsförderung informieren und beraten sie die Klienten, leiten sie an und unterstützen sie. Des Weiteren wirken sie an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen in Programmen von Prävention und Gesundheitsförderung mit. Sie können in diesem Rahmen Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Interventionen durchführen (z. B. Erheben physiologischer Parameter u. ä.). Sie arbeiten in Programmen von Prävention und Gesundheitsförderung interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammen und entwickeln multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen.

Mit anderen Worten, mögliche Aufgaben- und Verantwortungsfelder von pflegerischen Berufsgruppen in Prävention und Gesundheitsförderung sind hochkompatibel mit dem bestehenden Krankenpflegegesetz. Im Sinne einer effizienten und qualitativ hohen Durchführung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen können sie bereits jetzt verantwortlich integriert werden.

Eine angemessene Qualifikation der Pflegenden muss vorausgesetzt werden, um entsprechende Verantwortungs- und Aufgabenfelder zu ermöglichen. Als adäquat erscheinen zukünftig Bachelor- bzw. Masterabschlüsse mit entsprechenden Schwerpunktbildungen in den Studiengängen.

## Fazit für die Praxis

**Aus dem bisher Gesagten kann die Schlussfolgerung gezogen werden, die Potenziale der pflegerischen Berufsgruppe zu nutzen, um Prävention in den verschiedenen Bereichen und Ebenen durchzuführen. Dafür ist es notwendig, den Pflegenden die pflegerischen präventiven Aufgaben und Tätigkeiten zuzugestehen und die eigenständigen Leistungen pflegerischer Prävention in interdisziplinären Programmen und Teams zu integrieren und auf Dienstleistungen zu richten, die in Deutschland i. Allg. dem SGB V-Bereich zuzuordnen sind. Zu denken ist z. B. an das Konzept der niederländischen Pflegesprechstunden für chronische Erkrankte oder präventive Hausbesuche. Diese könnten im Rahmen einer Primärversorgung beispielsweise von ambulanten Diensten in Kooperation mit niedergelassenen Hausärzten oder von fachübergreifenden Kooperationen in Versorgungszentren angeboten und durchgeführt werden.**

**Um eine angemessene Zuordnung von präventiven Aufgaben vornehmen zu können, ist es notwendig Bereiche und Programme zu definieren, in denen präventive Pflegeberufe selbständig und eigenverantwortlich tätig sowie gemeinsam mit anderen Berufsgruppen wirksam werden können. Orientierungsgrundlage für eine Zuordnung von Aufgaben und Tätigkeiten von Pflegeberufen in der Prävention können die Pflegeberufe mit Schwerpunkt in Prävention und Gesundheitsförderung im internationalen Raum und die präventiven Programme bilden, in denen diese tätig sind.**

## Korrespondierender Autor

**Prof. Dr. M. Hasseler**



Lehrstuhl Pflegewissenschaft,  
Evangelische Fachhochschule  
Berlin,  
Teltower Damm 118–122,  
14167 Berlin  
mhasseler@t-online.de

**Interessenkonflikt.** Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

## Literatur

1. Baggaley S (2001) Family Nursing and Health Visiting. In: Gehring H, Kean S, Hackmann M, Büscher A (Hrsg) Familienbezogene Pflege. Huber, Bern, S 93–111
2. Brieskorn-Zinke M (2000) Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. Pflege 13: 373–380
3. Brookes K, Daly J, Davidson P, Hancock K (2004) Community-health nursing in Australia: a critical literature review and implications for professional development. Contemp Nurse 16(3): 19–207
4. Brucker U, Hutzler D, Hasseler M (2004) Prävention vor Pflege. Prävention durch Pflege. Präventive Aufgaben der Pflege. Gesundheitswesen 5(66): 311–318
5. Cashman SB, Lopez Bushnell FK, Fulmer H (2001) Community-oriented primary care: A model for public health nursing. J Health Polit Policy Law 26(3): 617–634
6. Craig PM, Smith LN (1998) Health visiting and public health: back to our roots or a new branch? Health and Social Care in the Community 6(3): 172–180
7. Diekemper M, SmithBattle L, Drake A (1999) Bringing the population into focus: A Natural development in Community Health Nursing, Part I. Public Health Nurs 16(1): 3–10
8. Dolan B, Kitson A (1997) Future imperatives: developing health visiting in response to changing demands. J Clin Nurs 6: 11–16
9. Elo SL, Calltorp JB (2002) Health promotive action and prevention action model (HPA). In: Scand J Public Health 30(3): 200–208
10. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003. Bundesgesetzblatt 2003. Teil I, Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003
11. Hasseler M (2006) Prävention als originäre Aufgabe der Pflege?! – Kompetenzen, Aufgaben und Zuständigkeiten präventiver Pflegeberufe im internationalen Vergleich. In: Hasseler M, Meyer M (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung – neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Schlütersche, Hannover
12. Jacobsen JD (1998) Nurse practitioners and physician assistants as primary care providers in institutional settings. Inquiry 35: 432–446
13. Jinks A, Smith M, Ashdown-Lambert J (2003) The public health roles of health visitors and school nurses: a survey. Br J Comm Nurs 8(11): 496–501
14. Keller L, Strohschein S, Lia-Hoagberg B, Schaffer M (1998) Population-based public health nursing interventions: A model from practice. Public Health Nurs 15(3): 207–215
15. Koponen T, Helio LS, Aro S (1997) Finnish public health nurses experiences of primary health care based on the population responsibility principle. J Adv Nurs 26: 41–48
16. Kosidlak JG (1999) The development and implementation of a population-based intervention model for public health nursing practice. Public Health Nurs 16(5): 311–320
17. Kruse A (2002) Gesund altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien, Bd 146. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden
18. Kuss T, Proulx-Girouard L, Lovitt S et al. (1997) A public health nursing model. Public Health Nurs 14(2): 81–91

19. Meyer M (2006) Von der Gemeindepflege zur Pflegeversicherung: zur Dekonturierung präventiver pflegerischer Aufgaben in der gemeindenahen Pflege. In: Hasseler M, Meyer M (Hrsg) Prävention und Gesundheitsförderung – neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele. Schlütersche, Hannover
20. Porche DJ (2004) Public & community health nursing practice. A population-based-approach. Sage Publications, Thousand Oaks London New Delhi
21. Schober M, Fadwa A (2001) The family nurse. International Council of Nurses, Geneva
22. Smith K, Bazini-Barakat N (2003) A public health nursing practice model: Melding public health principles with the nursing process. Public Health Nurs 20(1): 42–48
23. Ströbel A, Weidner F (2003) Ansätze zur Pflegeprävention. Rahmenbedingungen und Analyse von Modellprojekten zur Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e.V. Schlütersche, Hannover
24. Walter U (2003) Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, November 2002, revidiert April 2003, Hannover
25. Walter U, Schwartz FW (2003) Prävention. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R et al. (Hrsg) Das Public Health Buch, 2. Aufl. Urban & Fischer, München, S 89–214
26. Winter M, Kuhlmeier A (2002) Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. Konzepte und Umsetzungsmöglichkeiten. In: Stöckel S, Walter U (Hrsg) Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland. Juventa, Weinheim München, S 266–272
27. WHO, Regional Office For Europe (1999) Health 21 – health for all in the 21st century. Copenhagen, Denmark
28. WHO, Regional Office for Europe (2001) Financing and structural arrangements for the family health nurse. European Health 21. Target. Copenhagen, Denmark

**Dewald, Wilfried; Mayr, Wolfgang; Umbach, Klaus**  
**Berge voller Abenteuer – Mit Kindern unterwegs**

München: Ernst Reinhardt Verlag 2005, (ISBN 3-497-01769-8), 19.00 EUR

Das Thema der steigenden Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder in Europa hat auf der europäischen Politbühne Eingang in das Tagesgeschäft gefunden. Der amtierende europäische Kommissar für Gesundheit und Verbraucherschutz, Markos Kyprianou (Cypern), initiierte eine EU Aktionsplattform für Ernährung, Körperliche Aktivität und Gesundheit mit den Worten: „Europa steht vor einer Adipositasepidemie, die genau so schlimm ist wie die nordamerikanische. Insbesondere die weiter steigende Rate von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Schulkindern macht mir Sorge ... Die EU-Aktionsplattform, die wir heute ins Leben rufen, ist Europas Beitrag zur Bewältigung dieser Herausforderung. Die Industrie, die Zivilgesellschaft und die Regierungen müssen zusammenarbeiten, um der steigenden Fettleibigkeit unserer Kinder entgegenzuwirken“ (<http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/292&format=HTML&aged=0&language=DE&guiLanguage=en>). Was auf oberster politischer Ebene als Zivilgesellschaft bezeichnet ist, beschreibt letztendlich die tagtägliche Implementierung auf persönlicher Ebene: in Familien, Kindergärten und Schulen. Wobei damit auch eines der größten Probleme des Themas angesprochen ist: Wie motivieren wir Kinder zu mehr körperlicher Aktivität? Wie holen wir Kinder zurück an die frische Luft und weg von den Mengen alternativer Unterhaltungsoptionen, welche die neueren Medien in die Kinderzimmer gebracht haben? Dewald und Kollegen geben mit ihrem neuen Band „Berge voller Abenteuer – mit Kindern unterwegs“ dafür einen umfassenden, frischen und vor allem praktischen Leitfaden. Das Buch erscheint als fünfter Band einer Reihe „erleben und lernen“ des Ernst Reinhardt Verlages in München und richtet sich an Eltern, LehrerInnen und LeiterInnen von Jugend- oder Familiengruppen. Auf 212 Seiten werden dem Leser nicht nur die technischen Aspekte einer erfolgreichen Wander- oder Skitour mit Kindern ins Hoch- oder Mittelgebirge näher gebracht, sondern auch wertvolle Hinweise über die Besonderheiten der kindlichen Entwicklung, ihrer Motivation sowie Sicherheits- und Rechtsfragen für Touren ins Gebirge gegeben. Das Spektrum der abgehandelten Aktivitäten reicht von Bergwandern, über Klettern, Hochtouren, Ski- und Snowboardtouren, Schneeschuhwandern, Mountainbiketouren, bis hin zu Bachbettwandern und Canyoning sowie Biwak und Übernachtung.

Erwachsene, welche Kindern abwechslungsreiche Erlebnisse im Gebirge bieten wollen, teilen zuweilen die eine oder andere Unsicherheit, welche sich durch die Obhutspflicht gegenüber Kindern verstärkt. Oft führt dies dazu, dass eine Tour ‚aus Sicherheit‘ gar nicht erst begonnen wird. Die Autoren schaffen es hingegen, umfassende und praktikable Antworten über all diese Themen zu geben. Die Beiträge sind in kurzen, präzisen Sätzen formuliert und werden ergänzt durch Zeichnungen, Bilder und zusammenfassenden Textboxen. Das vorliegende Buch bietet einen wertvollen Beitrag zwischen wissenschaftlicher und politischer Erkenntnis des Problems sinkender körperlicher Aktivität unter Kindern und andererseits von Lösungen zu deren praktischer Bekämpfung.

*Dirk Meusel (Dresden)*