



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Einführung in die Pflegewissenschaft

PFLEH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Barbara Mayerhofer

**Einführung in die
Pflegerwissenschaften**

PFLEH01



Barbara Mayerhofer

arbeitete nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester viele Jahre im OP der Haunerschen Universitäts-Kinderklinik München. Nach der Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe war sie acht Jahre als Lehrkraft an einer Berufsfachschule für Krankenpflege in Bad Kissingen tätig und leitete diese für weitere zehn Jahre. 2005 nahm sie eine Tätigkeit als Heimleitung an, der dann bald zwei weitere Einrichtungen folgten. Seit 2010 ist sie als Mitglied der Geschäftsleitung eines großen Wohlfahrtsträgers in Unterfranken für die gesamte Altenhilfe zuständig. Neben einer Qualifikation als Qualitätsmanagerin im Gesundheitswesen absolvierte sie eine Weiterbildung zum Betriebswirt Sozialwesen (KA) und nach dem Bachelorstudium noch den

Master of Business Administration (MBA) an der Steinbeis-Hochschule Berlin. Sie promoviert derzeit am Institut für Gerontologie der Universität Vechta zum Thema „Führungskompetenzen in der stationären Altenhilfe“.

Barbara Mayerhofer war es immer wichtig, sich neben ihrer beruflichen Tätigkeit weiterzubilden. So verbinden sich umfassende praktische Erfahrungen mit wissenschaftlichem Know-how.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Einführung in die Pflegewissenschaft

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
------------------	---

Kapitel 1

1	Aspekte der Pflege.....	3
1.1	Pflege – Versuch einer Begriffserklärung	3
1.1.1	Etymologische Begriffserklärung.....	4
1.1.2	Konnotation und Denotation	4
1.2	Gesellschaftliche Bedeutung der Pflege	5
1.3	Aspekte des Begriffs „Pflege“	7
1.3.1	Handwerklich-technischer Aspekt der Pflege	7
1.3.2	Kommunikativer Aspekt der Pflege.....	8
1.3.3	Organisatorischer Aspekt der Pflege	9
1.3.4	Institutioneller Begriff der Pflege	9
1.3.5	Wissenschaftlicher Aspekt der Pflege.....	10
1.4	Handlungsfelder der Pflege.....	11
1.4.1	Prävention und Gesundheitsförderung.....	13
1.4.2	Care Management und Case Management.....	15
1.4.3	Familiengesundheitspflege	15
1.4.4	Public Health Nursing	16
1.4.5	Advanced Nursing Practice	18
1.4.6	AGnes und VERAH®	19
	Zusammenfassung	20
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	20

Kapitel 2

2	Historische Entwicklung der Pflege und Pflegewissenschaft	21
2.1	Historische Entwicklung von Medizin und Pflege.....	21
2.2	Stellung von Medizin und Krankenpflege	24
2.3	Krankenpflege – ein eigenständiger Beruf	25
2.4	Perspektive der Pflege	27
2.4.1	Pflege als praxisorientierte Fachrichtung	27
2.4.2	Pflege als betreuende Disziplin.....	28

2.5	Pflegewissenschaft	29
2.5.1	Entwicklung der Pflegewissenschaft in den USA	30
2.5.2	Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland.....	35
2.6	Pflegewissenschaft und Pflegeforschung	38
	Zusammenfassung.....	39
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	40

Kapitel 3

3	Wissenschaftstheoretische Grundlagen	41
3.1	Begriffe der Wissenschaft	41
3.1.1	Wirklichkeit und Wissen.....	42
3.1.2	Subjekt-Objekt-Beziehung	43
3.2	Wissenschaftstheoretische Grundbegriffe.....	44
3.3	Wissenschaft und Alltag	45
3.4	Wissenschaftliche Messkriterien	47
3.5	Theorien und ihre wissenschaftliche Systematisierung.....	49
3.5.1	„Dass-Systematisierung“	49
3.5.2	„Weil-Systematisierung“	50
3.6	Methodologie.....	52
3.7	Wissenschaftstheoretische Erklärungsansätze	53
3.7.1	Popper-Hempel-Schema.....	53
3.7.2	Deduktiver Ansatz.....	54
3.7.3	Induktiver Ansatz.....	55
3.7.4	Basissatzproblem	57
3.7.5	Thomas Kuhn und die Entwicklung der Wissenschaft	58
3.8	Einordnung der Pflegewissenschaft.....	59
	Zusammenfassung.....	61
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	61

	Schlussbetrachtung	62
--	---------------------------------	----

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	63
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	66
C.	Abkürzungsverzeichnis	69
D.	Glossar	70
E.	Literaturverzeichnis	74
F.	Abbildungsverzeichnis.....	78
G.	Sachwortverzeichnis	79
H.	Einsendeaufgabe.....	85

Einleitung

Liebe Studierende,

Pflege ist aufgrund der demografischen Entwicklung ein Bereich, der zunehmend an sozialpolitischer und wirtschaftlicher Bedeutung gewinnt. Sie erfahren in Ihrem beruflichen Alltag, dass sich zum einen die äußeren Bedingungen geändert haben: Nicht nur die Zunahme des Wettbewerbs und ein verändertes Anspruchsdenken der Patienten/Bewohner, sondern auch eine kürzere Verweildauer in stationären Einrichtungen üben Druck auf Pflegende aus. Zum anderen haben sich die therapeutischen Maßnahmen und damit die Pflegehandlungen verändert. Um diesem Prozess gerecht zu werden, sind Erkenntnisse der Pflegewissenschaft notwendig, die mit durchdachten Konzepten Pflegehandlungen absichern. Die Pflegewissenschaft hat sich seit den 1980er-Jahren als neue Disziplin neben den bekannten Geistes- oder Naturwissenschaften etabliert.

Auch wenn sich die Formulierungen zur Wissenschaft im Laufe der Jahre geändert haben und sich aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten lassen, so sind die Aussagen doch im Wesentlichen gleich geblieben und treffen so auch im Kern auf die Pflegewissenschaft zu.

Die Pflegewissenschaft beruht auf dem methodischen Sammeln, Beschreiben und Ordnen von Erkenntnissen der Pflege und der Pflegenden. Die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse kommen aus den Bereichen der empirischen Forschung, den Erfahrungen bzw. dem persönlichen Wissen der Pflegenden und der Ethik. Zusammen mit der „handwerklichen“ Kunst des Pflegens ergänzen sich diese Bereiche zum sogenannten Pflegewissen und es entsteht eine durchdachte und überprüfbare Handlungsgrundlage für die Pflegenden.



Sie werden im Laufe Ihres Studiums erkennen, wie Sie aufgrund Ihrer pflegerischen Erfahrung pflegewissenschaftliche Inhalte sinnvoll umsetzen können und damit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege leisten.

Pflege wird von vielen professionell Pflegenden als rein praktischer Beruf gesehen – was sollte also hier noch erforscht werden? Eine spannende Frage, die wir unter anderem in diesem Heft beantworten möchten.

Seit dem Ende des letzten Jahrhunderts hat sich die Pflege beinahe revolutionär verändert. Denken Sie hierbei an veraltete Pflegemaßnahmen wie „Eisen und Föhnen“ oder auch starre Lagerungsformen. Wir haben es der **Pflegeforschung** zu verdanken, dass wir mit anderen, von Experten aufgrund pflegerischer Erfahrung und wissenschaftlicher Erkenntnisse zusammengestellten und auf den Patienten abgestimmten Maßnahmen bessere und nachhaltigere Erfolge in der Therapie und der Betreuung verzeichnen können. Ein wichtiges Indiz hierfür ist beispielsweise der Rückgang ausgedehnter Dekubitus aufgrund einer nachhaltigen und individuellen Prophylaxe nach dem Expertenstandard.

Im ersten Kapitel dieses Studienheftes befassen wir uns mit dem Begriff „Pflege“ und den Handlungsfeldern der Pflege. In Kapitel zwei folgt ein Überblick über die Geschichte des Pflegeberufs und der pflegewissenschaftlichen Entwicklung in Deutschland und den USA. Im abschließenden dritten Kapitel besprechen wir die wissenschaftstheoretischen Grundlagen.

Kapitel 1

1 Aspekte der Pflege

Sie ordnen die verschiedenen Begriffsdefinitionen für Pflege ein und können die unterschiedlichen Bedeutungsrichtungen wiedergeben. Sie kennen die allgemeinen und besonderen Handlungsfelder der Pflege. Sie wägen die verschiedenen Blickwinkel der Pflege ab und ermitteln deren Bedeutung. Darüber hinaus können Sie die verschiedenen Aspekte der Pflege erläutern und diese den entsprechenden Kompetenzen zuordnen.

1.1 Pflege – Versuch einer Begriffserklärung

„Die Pflege ist ein signifikanter, therapeutischer, interpersonalen Prozess. Sie wirkt in Kooperation mit anderen menschlichen Prozessen, die dem einzelnen in der Gesellschaft Gesundheit ermöglichen.“ (Peplau, 1995, S. 39)

„Pflege ist eine Kunst, durch die der Pflegenden, also derjenige, der die Pflege praktiziert, Personen mit Einschränkungen spezielle Unterstützung gewährleistet, sofern mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen, um auf intelligente Weise an der medizinischen Versorgung teilzunehmen, die sie durch Ärzte erhalten.“ (Orem, 1997, S. 7)

Übung 1.1:

Recherchieren Sie, welcher Pflegebegriff dem SGB V und SGB XI zugrunde liegt.



Wir werden noch sehen, dass Pflege in vielen Bereichen eine bedeutende Rolle einnimmt. Pflege kann definiert werden zum einen als Handlung mit dem beruflich-praktischen Inhalt. Pflege meint zum anderen aber auch die Funktion der Pflegenden mit der Beziehungsfunktion oder auch der Bedeutung der Pflegenden innerhalb der gesundheitspolitischen Landschaft.

Übung 1.2:

Wie lautet Ihre Definition für Pflege? Welche Erklärungspunkte sind Ihnen dabei besonders wichtig? Beziehen Sie die beiden oben genannten Definitionen in Ihre Überlegungen mit ein und halten Sie Ihre Erkenntnisse schriftlich fest.



Doch was genau ist eigentlich Pflege – was bedeutet dieser Begriff? Enthalten die Definitionen von Peplau und Orem genug Aussagen, um Pflege zu erklären? Für uns stellt sich damit die Frage: Ist Pflege ein prägnantes Bedeutungsfeld oder eine eher „babylonische“ Sprachverwirrung? Schauen wir uns dazu den Ursprung der Wortbedeutung an.

1.1.1 Etymologische Begriffserklärung

Bei der Betrachtung der Etymologie (= Lehre von der Wortherkunft) des Wortes „Pflege“ erkennen wir drei Grundbegriffe:

- Althochdeutsch: pflegen
- Niederländisch: plegen
- Altenglisch: pleon

Die ursprüngliche Aussage des Begriffs Pflege war „für etwas einstehen“ oder „sich einsetzen für etwas“. Heute kennen wir **zwei Bedeutungsrichtungen**:

1. sorgen für, betreuen, hegen
2. etwas betreiben, gewohnt sein (im Sinne von „Gepflogenheit“: Ich pflege, um 10:00 Uhr aufzustehen)

1.1.2 Konnotation und Denotation

Neben der Klärung der Bedeutungsrichtung ist noch eine weitere Unterscheidung im Hinblick auf die Definition notwendig. Wir unterscheiden dabei die konnotative und die denotative Bedeutung des Begriffes.

Die konzeptionelle Definition wird als Konnotation bezeichnet. Diese kann mit den Synonymen „Inhalt“, „Tragweite“, aber auch „Tiefe oder Bedeutung“ beschrieben werden und geht damit über eine reine Wörterbuchdefinition hinaus. Konnotationen rufen subtil oder indirekt Erinnerungen wach. Da viele Begriffe in der Pflegesprache nicht definiert sind, müssen wir bei der theoretischen Betrachtung der Pflege die konnotative Bedeutung des Begriffes beachten und diese Bedeutung dann auch deutlich formulieren. Das folgende Beispiel zeigt, wie schwierig es ist, für einen Begriff eine klare Bedeutung zu definieren.

Beispiel 1.1:

In einer Studie wurde der Begriff „sorgen für“ untersucht. Eine klare Definition war den Forschern nicht möglich, da dieser Begriff vielfache Bedeutung hat. So bedeutet „caring“ sorgen für, „care“ sorgen und „nursing care“ meint die pflegerische Versorgung. Alleine für das Wort „sorgen für“ fanden die Wissenschaftler folgende fünf Auslegungen:

1. die Menschliche Eigenschaft (Human Trait)
2. die Moralische Verpflichtung (Moral Imperative)

3. die Emotional motivierte Handlung (Affect)
4. die zwischenmenschliche Beziehung (Interpersonal Interaction)
5. die therapeutische Maßnahme (Therapeutic Intervention)

(vgl. Morse et al., 1990, S. 1 ff.)

Der Begriff „care“ wird damit sehr weit ausgedehnt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass es den Forschern nicht möglich war, sich auf eine einzige Auslegung für dieses Wort festzulegen.

Klarer und einfacher ist die Definition des Wortes denotativ. Denotativ bedeutet, dass ein Begriff festgelegt und damit definiert ist. Beispielsweise haben wir als Kinder gelernt, was die Worte Auto, Schlafen oder Großvater bedeuten. Hier wird es bei Menschen, die dieselbe Sprache sprechen, keine oder nur sehr geringe Interpretationsunterschiede geben.

Übung 1.3:

Kennen Sie noch weitere Begriffe aus der Pflege die, ähnlich wie im Beispiel, mehrere Bedeutungsmöglichkeiten haben? Überlegen Sie, welche Begriffe aus der Pflege klar und eindeutig definiert sind.



1.2 Gesellschaftliche Bedeutung der Pflege

Wir werden bei der geschichtlichen Entwicklung in Kapitel 2 ausführlich erläutern, wie die Pflege – abhängig vom Jahrhundert und den sozialen Umständen – unterschiedlich gesehen und bewertet wurde. In Abhängigkeit zum geschichtlichen Kontext gibt Ihnen die folgende Tabelle bereits hier einen Überblick über die verschiedenen Sichtweisen.

Tabelle 1.1: Verschiedene Blickwinkel der Pflege (vgl. Schneider et al., 2005, S. 22 f.)

Blickwinkel	Gesellschaftliche Bedeutung
historisch	Familienaufgabe
kulturell	Rituale, Kulturpflege, kulturübergreifende Pflege (WHO)
religiös	Nächstenliebe, christliche Aufgabe
geschlechts-spezifisch	Frauenberuf, rollenspezifisches Verhalten, Töchter-Pflege-Potenzial, höhere Anerkennung von Frauen als Männern im Beruf der Pflegekraft
philosophisch	Moral, Würde, Achtung, Respekt, heute: individuelle Pflegemodelle

Blickwinkel	Gesellschaftliche Bedeutung
gesellschaftlich	gesellschaftliche Aufgabe, Notwendigkeit; aber auch Schwäche, Unproduktivität
sozialpolitisch	Orientierung an sozialpolitischen Vorgaben
gesundheitspolitisch	hoher Kostenfaktor, wichtige Aufgabenfelder, Zunahme der Bedeutung innerhalb des Wirtschaftskreislaufs

Aus dem **historischen Blickwinkel** betrachtet, ist Pflege eine Aufgabe, in die die ganze Familie eingebunden ist. Dies hängt auch mit dem religiösen Aspekt zusammen, der Pflege als Akt der Nächstenliebe und als Pflicht jedes Christen sieht. Schon vor Christi Geburt pflegten in den Familien vorwiegend weibliche Personen ihre kranken Angehörigen. Als erste Krankenpflegerin wird Hygieia (5. Jahrhundert v. Chr.), die Tochter von Asklepios (Äskulap), genannt. Phöbe, die im 1. Jahrhundert lebte, gilt als die erste Diakonisse der Weltgeschichte (vgl. Römer, 16,1).



Übung 1.4:

Welche Erfahrungen machen Sie in Ihrem pflegerischen Alltag hinsichtlich der Betreuung bzw. Pflege von Patienten und Bewohnern? Sind es nach wie vor überwiegend die Frauen, die sich um die Angehörigen kümmern, oder können Sie eine „Trendwende“ feststellen?

Der **philosophische Ansatz** stellt die Moral, die Würde des Menschen und den Respekt vor jedem menschlichen Leben in den Vordergrund. Ausdruck für eine individuelle Betreuung, die der Würde des Einzelnen entspricht, sind die geplante Pflege und Pflegemodelle, die eine gezielte, individuelle Pflege ermöglichen.

Wir erkennen bei der Betrachtung des **gesellschaftlichen Aspektes**, dass Pflege mit Beginn der Industrialisierung, Ende des 19. Jahrhunderts, zur gesellschaftlich notwendigen Aufgabe wurde, die aber wirtschaftlich gesehen als unproduktiv galt.

Heute ist Pflege mehr denn je eine **gesellschafts- und gesundheitspolitische Aufgabe**, denn aufgrund der demografischen Entwicklung gibt es heute bereits 2,34 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland. Berücksichtigt man, dass davon 717 410 Menschen in ca. 11 000 stationären Einrichtungen der Altenhilfe gepflegt werden, wird offensichtlich, welche wirtschaftliche Bedeutung der pflegerischen und medizinischen Versorgung beizumessen ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011).

Sie wissen, dass die Kosten hierfür zu einem großen Teil von den Kranken- und/oder Pflegekassen getragen werden. Es ist daher nachvollziehbar, dass die verschiedenen Institutionen wie Krankenkassen, Sozialhilfeträger, Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie die Heimaufsicht mit ihren unterschiedlichen

gesetzlichen Vorgaben der Sozialgesetzbücher V, XI und XII (SGB) und der föderalen Heimgesetze einen großen sozialpolitischen Einfluss auf Einrichtungen und soziale Dienste (ambulante Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen usw.) nehmen.

Übung 1.5:

Recherchieren Sie weitere gesellschaftspolitische Aspekte, die Einfluss auf die Pflege und/oder auf die Pflegenden nehmen.

Übung 1.6:

Welche Blickwinkel halten Sie im Hinblick auf die demografische Entwicklung für besonders wichtig? Diskutieren Sie Ihre Entscheidung mit Menschen, die nicht direkt im Pflegeberuf tätig sind.



1.3 Aspekte des Begriffs „Pflege“

Fassen wir die eben genannten Aspekte zusammen, so gibt es ein Management für die Beziehung zwischen den Pflegenden und ihrer sozialen und institutionellen Umgebung. Das Ziel ist klar: die Gestaltung des Gesundheits- und/Heilungsprozesses. Somit können wir Pflege als komplexes Gebilde bezeichnen, das unter verschiedenen Sichtweisen, deren Fokus auf den pflegerischen Handlungen liegt, nachfolgend betrachtet werden soll (vgl. Brandenburg, 1998, S. 52 ff.).

1.3.1 Handwerklich-technischer Aspekt der Pflege

Der handwerklich-technische Aspekt beinhaltet die Planung, Durchführung, Evaluation und Dokumentation pflegerischen Handelns. In Hinblick auf den technischen Aspekt benötigen Pflegenden genaue Kenntnisse der Funktionsweisen, aber auch ein kompetentes Wissen zum Einsatz aller Medizinprodukte. Pflegekräfte setzen zur Aufgabenerfüllung der komplexen Tätigkeiten technische Kompetenzen ein.

Dazu gehören die sichere und korrekte Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen einschließlich der Pflege Techniken. Sie kennen die vielfältige Problematik beim Legen eines Verweilkatheters oder beim Verbandwechsel, aber auch die Notwendigkeit einer korrekten Lagerung. Sie erfahren weiterhin täglich, wie wichtig eine genaue und vorausschauende Planung, die korrekte Durchführung und vor allem immer wiederkehrende Kontrollen sind. Zielführend zum Erhalt und zur Optimierung der technischen Kompetenzen sind themenbezogene Fortbildungen, die vom MDK für alle Mitarbeiter gefordert und auch durchgeführt werden.

Als zweite Kompetenz des handwerklich-technischen Aspektes bezeichnen wir mit der **Berührungskompetenz** die Fähigkeit, mit Patienten bzw. Bewohnern, und ebenso mit Angehörigen respektvoll und achtbar umzugehen. Täglich erfahren Sie, wie wertvoll und gesundheitsfördernd Ihre Zuwendung von den betroffenen

Menschen empfunden wird. Eine sorgfältige und aufmerksame Kommunikation in Verbindung mit der nonverbalen Kommunikation kann zusammen mit einem gezielten Einsatz individueller Berührung das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl der Menschen fördern.

1.3.2 Kommunikativer Aspekt der Pflege

Sie wissen, dass die Interaktion und Kommunikation der Pflegenden untereinander und ebenso zwischen Pflegenden und Patienten/Bewohnern im Alltag eine zentrale Rolle einnimmt. Auf die Beziehung der Pflegenden zu den Patienten wies bereits 1952 die Pflege-theoretikerin **Hildegard Peplau** hin. Für sie spielte die Beratungs- und Unterstützungsfunktion der Pflegekraft eine wesentliche Rolle bei der Gesundheitsförderung von Patienten. Pflegerische Handlungen sind nach Peplau dann hilfreich, wenn ein **Austausch zwischen den Pflegenden und Patienten** stattfindet, der dann auch zu einem beiderseitigen Lernprozess führt (vgl. Peplau; Mischo-Kelling, 1995).

Auch die Pflege-theoretikerin **Ida Jean Orlando**, richtet den Blick weg von der medizinischen Diagnose hin auf die unmittelbare Erfahrung des Patienten. Für sie sollten Pflegende ihre **Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle** einsetzen, um das Verhalten des Patienten zu verstehen (vgl. Orlando, 1996).

Wegweisende therapeutische Impulse durch Berührung setzten **Christel Bienstein** und **Andreas Fröhlich** im Umgang mit Patienten, die in ihrer Wahrnehmung beeinträchtigt sind. Am Beispiel von Menschen mit apallischem Syndrom oder Patienten im Wachkoma zeigen sie mit dem Konzept der Basalen Stimulation[®], dass es möglich ist, schwerstens erkrankte Menschen durch ihnen bekannte, elementare Wahrnehmungserfahrungen in ihrem Erleben zu begleiten und dabei ihre Fähigkeiten zu fördern. Dabei vereinigen sich handwerkliches Geschick der Pflegekraft und die Fähigkeit, Beziehungen zum Patienten aufzubauen (vgl. Bienstein; Fröhlich, 1994). Die Basale Stimulation[®] wird heute besonders in vielen Einrichtungen der Altenhilfe, auch in Kombination mit dem sogenannten Snoezelen, eingesetzt. (Das aus den Niederlanden stammende Konzept des Snoezelen wurde Ende der 1970er-Jahre entwickelt, um Menschen mit sensorischen Störungen und schwersten Behinderungen adäquate Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten zu bieten; www.snoezelen-stiftung.de).

Weiterhin sind für Ihre tägliche Arbeit **kommunikative, reflexive Kompetenzen** hilfreich und notwendig. Die Reflexivität äußert sich in der Akzeptanz der Meinung anderer, aber auch im konstruktiven Meinungs-austausch. Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie gemeinsam mit dem Patienten über pflegerische Interventionen entscheiden und nicht über diesen bestimmt wird. Sie wissen, wie wichtig dies für die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Betroffenen ist.

Übung 1.7:

Bei welchen pflegerischen Handlungen setzen Sie die genannten kommunikativen Kompetenzen besonders ein? Gibt es auch Bereiche außerhalb der direkten Pflege?



1.3.3 Organisatorischer Aspekt der Pflege

Pflege ist – abhängig von der Einrichtung – eingebunden in organisatorisch-institutionelle Rahmenbedingungen, die Sie selbst täglich erfahren. Pflege benötigt aber auch ein organisiertes und geplantes Vorgehen im Umgang mit dem Patienten oder Bewohner. Ungeplante Pflege, das wissen Sie aus Erfahrung, kann sich auf den Heilungsprozess aber auch auf die jeweilige Lebenssituation älterer Menschen negativ auswirken.

Der Pflegeprozess, der sowohl in Krankenhäusern als auch für Einrichtungen der stationären oder ambulanten Altenhilfe im SGB XI gesetzlich gefordert wird, hat im Pflegealltag eine große Bedeutung erlangt. Auch wenn manches Mal die Vielfalt der damit zusammenhängenden administrativen Aufgaben nur schwer zu bewältigen ist, muss die Pflegeplanung in Hinblick auf den Patienten/Bewohner als wertvolle Unterstützung zur Erkennung der Probleme und Ressourcen, und weitergehend zur Planung und Evaluation der pflegerischen Handlungen gesehen werden. Damit leistet der Pflegeprozess einen wichtigen Beitrag sowohl zur Qualitätsverbesserung als auch zur Stärkung der beruflichen Identität. Sie erkennen, dass das Einhalten und Verbessern der Pflegequalität mehr ist als die reine Anwendung von Modellen, Checklisten und Verfahrensanweisungen. Notwendig sind die Berücksichtigung der Individualität des Patienten und die Fähigkeit, aus Erfahrungen zu lernen. Durch die Weitergabe Ihres Wissens verbessern Sie Ihre eigene Handlungsfähigkeit ebenso wie die Ihrer Kollegen. Sie benötigen dazu in erster Linie **kognitive und soziale Kompetenzen**.

1.3.4 Institutioneller Begriff der Pflege

Pflegequalität, die wir in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens verbessern bzw. auf hohem Niveau halten wollen und auch müssen, ist immer eine Frage der **strukturellen und räumlichen** Gegebenheiten sowie der **sozialen Arbeitszusammenhänge**. Das bedeutet, dass eine Verbesserung der Pflegequalität die Generierung von finanziellen, organisatorischen und personellen Ressourcen benötigt. Besonders leidvoll erfahren Einrichtungen der Altenhilfe die knappen finanziellen Ressourcen durch die Implementierung des Qualitätsmanagements, da dieses über die Pflegesätze nicht refinanziert wird. Sind Institutionen bzw. Träger nicht bereit, Innovationen zuzulassen, weil sie lieber an vorhandenen Strukturen festhalten wollen, geht dies möglicherweise zulasten der Qualität, was wiederum zu einer Frustration und Enttäuschung der Pflegekräfte führen kann. Um dieser Herausforderung gerecht zu werden, benötigen Pflegemanager (z.B. Heimleitungen oder

Pflegedirektoren) die sogenannten „**Manager-Kompetenzen**“, also die Fähigkeit zum Analysieren, zum Monitoring (die unmittelbar systematische Erfassung) und zum Assessment (die Einschätzung oder Beurteilung), aber auch den Blick auf ein zielgerichtetes Controlling, das den Prozess gestaltet und begleitet (vgl. Brandenburg; Dorschner, 2008, 35 ff.).



Übung 1.8:

Überlegen Sie sich, in welchen Situationen Sie Ihre Manager-Kompetenzen einsetzen können.

1.3.5 Wissenschaftlicher Aspekt der Pflege

Die demografische Entwicklung gilt als zentrale Herausforderung für die Pflege. Dies bedeutet, dass Pflegende in ihrem Handeln immer auf dem neuesten Stand der Erkenntnisse sein müssen. Die Pflege heute ist so anspruchsvoll, dass die Maßnahmen der Prävention, der Diagnostik und Intervention, aber auch die Ergebnisse der wissenschaftlichen Untersuchungen empirisch abgesichert sein müssen. Mit dieser sogenannten „**Evidence-based Nursing**“ (beweisbasierte Pflege) und einer Weiterentwicklung der Theorien und Pflegemodelle wird Pflegewissen ständig überprüft und erweitert. Evidenz-basierte Pflege steht demnach für pflegerische Maßnahmen, die wissenschaftlich erforscht wurden.

Schauen wir uns in diesem Zusammenhang die Maßnahme „Eisen und Föhnen“ zur Dekubitusprophylaxe an. Über viele Jahre hinweg wurde angenommen, dass es durch die Kombination der beiden Maßnahmen zu einer Steigerung der Hautdurchblutung kommen würde und dadurch ein Wundliegen verhindert werden könnte. In wissenschaftlichen Untersuchungen wurde jedoch nachgewiesen, dass Eisen und Föhnen sowohl eine vermehrte Keimbesiedelung im behandelten Areal als auch eine verringerte Durchblutung der Haut bewirkt. Als Folge bekamen die Patienten schneller einen Dekubitus (vgl. Neander, 1996, S. 156 ff.).

Die wissenschaftliche Überprüfung pflegerischer Maßnahmen und deren sachlogische Umsetzung in der Praxis erfolgt durch die Expertenstandards, die es mittlerweile für viele pflegerische Handlungen gibt. Die Ausführungen beschreiben neben der Dekubitusprophylaxe auch die Bereiche Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement, Entlassungsmanagement, Pflege bei chronischen Wunden, Ernährungsmanagement und die Förderung der Harnkontinenz in der Pflege.

Der **erste Expertenstandard** „Dekubitusprophylaxe“ wurde 2002 implementiert. Sie erkennen die wissenschaftliche Bearbeitung auch daran, dass es seit 2010 neue Erkenntnisse zur Dekubitusprophylaxe gibt. Die Revision des ersten Standards empfiehlt nun beispielsweise, auf Risikoskalen (z. B. die Bradenskala), die den Dekubitus in verschiedene Gefährdungsstufen einteilen, zu verzichten. Einer der Gründe für diese Empfehlung ist die Tatsache, dass die Wirksamkeit der Skala

noch nicht genügend erforscht, und damit nicht überprüft werden konnte. Weiterhin liegen empirische Erkenntnisse vor, dass weder Hautpflege noch Ernährung einen Dekubitus verhindern.

Übung 1.9:

Überlegen Sie, welche Maßnahmen Sie, bezogen auf den jeweiligen Expertenstandard, eventuell früher angewendet haben. Wie können Sie feststellen, dass die wissenschaftlich gesicherten Maßnahmen erfolgreicher sind? Welche Unterschiede erkennen Sie?



Haben Sie schon einmal nachgefragt, ob alle Kollegen wissen, weshalb und wozu die Standards notwendig sind? Die gesetzliche Verpflichtung als Begründung ist alleine nicht ausreichend. Zur Überprüfung und Entwicklung benötigen Sie daher in einer Führungsfunktion **empirisch-analytische Kompetenzen**. Das bedeutet, dass Sie in der Lage sind, Ergebnisse wissenschaftlich korrekt auszuwerten, zu analysieren und Ihr Wissen so an die Mitarbeiter weiterzugeben, damit diese Ihre Argumentation verstehen und umsetzen können.

Pflege kann aus handwerklich-technischer, kommunikativer, organisatorischer, institutioneller und nicht zuletzt aus wissenschaftlicher Sicht betrachtet werden. Zur Umsetzung der teilweise gesetzlichen Forderungen sind sowohl technische und Berührungskompetenzen als auch kommunikative, kognitive und soziale Kompetenzen notwendig. Empirisch-analytische Kompetenzen unterstützen Sie bei der Implementierung und Überprüfung einer wissenschaftlich fundierten Pflege.

**Übung 1.10:**

Sie haben nun verschiedene Ansichten und Meinungen zum Pflegebegriff kennengelernt. Inwieweit stimmt Ihre Definition, die Sie am Anfang dieses Kapitels festgelegt haben, mit den oben beschriebenen Aspekten überein? Notieren Sie sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede.



1.4 Handlungsfelder der Pflege

Die Ausbildung zur Pflegefachkraft befähigt Sie und Ihre Kollegen, die zu pflegenden Menschen sachgerecht zu beraten, anzuleiten und in den verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens zu unterstützen. Professionelle Pflege findet üblicherweise in den großen Arbeitsbereichen der Krankenhäuser, in Einrichtungen der stationären Altenhilfe, in der ambulanten Versorgung, in Palliativstationen oder Hospizen, aber auch in Schulen, Kindergärten oder Beratungszentren statt. Darü-

ber hinaus bieten sich heute zahlreiche Möglichkeiten zur Weiterqualifizierung im Bereich der Gesundheitsförderung und der Prävention. Hierzu zählen die Weiterbildung **Familiengesundheit für Pflegende und Hebammen**, **Pflegeberater/in**, aber auch zahlreiche **Bachelor- und Masterstudiengänge** im Bereich **Pflegemanagement**, **Public Health**, **Gesundheitsökonomie** oder **Gesundheitskommunikation**.

Es ist in Deutschland, im Gegensatz zu den USA oder auch den Staaten der Europäischen Union wie Großbritannien oder beispielsweise Skandinavien, noch nicht üblich, dass die durch spezielle Weiterbildungen oder mit einem Studium erworbenen Kompetenzen als eigenständige Leistung Pfleger erbracht werden können. Das bedeutet aber nicht, dass in Deutschland keine Beratung stattfindet. Pfleger können in pflegefachlichen Angelegenheiten informieren, aufklären und in bestimmten Lebenssituationen den Betroffenen spezifische Unterstützungsangebote machen.



Pflegeberatung ist eine methodisch gestützte und professionelle Form der Hilfe und Kommunikation. Sie ist daher elementarer Bestandteil pflegerischen Handelns.

Denken Sie an die vielen **Beratungsleistungen**, bei denen Sie präventive und gesundheitsfördernde Themen ansprechen. Sie werden sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege neben den pflegerischen Maßnahmen quasi „kostenfrei“ erbracht, da sie weder im Sozialgesetzbuch V noch im Sozialgesetzbuch XI berücksichtigt werden. Auch finden bislang nur wenige Pflegefachkräfte mit einer besonderen Qualifikation, beispielsweise im Bereich Public Health, genügend Zeit und Raum, um ihre Beratungen anbieten zu können.

Sowohl die **Förderung der Gesundheit als auch die Prävention** gelten mittlerweile innerhalb der Pflege als untrennbare Bestandteile pflegerischen Handelns. Das Umdenken von der therapeutischen Pflege hin zur fördernden Pflege findet sich in der neuen Bezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ wieder, der den alten Begriff „Krankenpfleger bzw. Krankenschwester“ abgelöst hat.

Inhaltlich geht es um Beratung in sozialen Fragen (Pflegeversicherung, Jugendschutz), aber auch um Sturzprävention, Schmerzmanagement oder Hilfe zur Selbsthilfe (Selbsthilfegruppen). Daneben gibt es **spezielle Handlungsfelder**, die außerhalb der stationären oder ambulanten Einrichtungen interessante Arbeitsmöglichkeiten bieten, von denen wir Ihnen einige nachfolgend vorstellen möchten (vgl. DBfK, 2011).

1.4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung sind zwei unterschiedliche Bereiche mit einem gemeinsamen Ziel: Beide wollen die Gesundheit einzelner Personen und auch spezieller Personengruppen (wie chronisch kranke Menschen) erhalten und/oder verbessern. Die Herausforderungen der Aufgabenbereiche sind vielfältig, wie die nachstehende Auflistung zeigt (vgl. Altgeld, 2006, S. 24 ff.):

- Erreichen bildungsferner Schichten
- Angebot einer frühen und vernetzten Hilfe
- Entwicklung spezieller, sozialraumbezogener Programme
- interdisziplinäre und sektorenübergreifende Arbeit
- interkulturelle und geschlechtergerechte Arbeit
- Herstellen einer soliden Finanzierungsbasis
- Entwicklung und Implementierung von Qualitätsstandards

Es konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden, dass Personen mit einem geringeren Bildungsabschluss, einem niedrigeren beruflichen Status und/oder einem geringeren Einkommen häufig unter einem schlechteren gesundheitlichen Zustand leiden und eine geringere Lebenserwartung haben als Menschen mit einem höheren sozioökonomischen Status (vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, 2006). Wir wissen, dass viele Kinder, Alleinerziehende sowie Mehrkind- oder Migrantenfamilien mehr Unterstützung in ihrer Lebensführung benötigen und oftmals von Armut bedroht sind.

Die **Maßnahmen** zur Prävention und Gesundheitsförderung müssen daher bei den Wohnverhältnissen, der Ernährung, der Bewegung oder auch beim Konsum von Alkohol, Tabak oder Drogen ansetzen.

Die **handlungsleitende Frage der Prävention** lautet: Was macht den Menschen ursächlich krank und wie können Krankheiten verhindert werden?

Übung 1.11:

Bitte definieren Sie die beiden Begriffe Gesundheit und Krankheit. Suchen Sie danach im Internet die beiden Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und gleichen Sie diese mit Ihren Überlegungen ab.



Als Beispiele präventiver Maßnahmen in der Pflege, die oftmals auch durch die Krankenkassen unterstützt werden, möchten wir folgende Möglichkeiten anführen:

- Sturzprävention (Sie kennen vielleicht die Sturzprävention der AOK, die in Pflegeheimen erfolgreich durchgeführt wird)

- alle pflegerischen Prophylaxen zur Verhinderung von Dekubitus, Thrombose, Pneumonie, Kontrakturen
- Beratung von Diabetikern und anderen chronisch kranken Menschen (z. B. Asthmatiker, Rheumatiker) zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung oder Komplikationen
- Beratungsbesuche von Pflegefachkräften bei älteren Menschen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit



Übung 1.12:

Informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse, welche präventiven Leistungen angeboten werden.

Die **handlungsleitende Frage der Gesundheitsförderung** lautet: Was erhält den Menschen gesund und wie kann seine Gesundheit gefördert werden? Gesundheitsförderung soll die Kompetenzen des Einzelnen stärken, damit er seine Bedürfnisse und auch Stärken rechtzeitig erkennt und sie dann entsprechend umsetzen kann. So wird es ihm gelingen, besser mit seiner sozialen Umwelt zu kommunizieren (vgl. WHO, 1986; Altgeld; Kolip, 2007, S. 44).

Pflegefachkräfte können beispielsweise in den nachstehend aufgeführten Bereichen der Gesundheitsförderung tätig werden:

- **Gesundheitsberatung** zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Stress, Alkohol- und Drogenmissbrauch sowie HIV-Infektion. Nicht zu vergessen ist aber auch die Unterstützung älterer Menschen in ihrem Alltag.
- **Pflegeberatung** nach § 7 Sozialgesetzbuch (SGB) XI. Hier ist festgelegt, dass Personen, die über einen Pflege-, Versorgungs- und/oder Betreuungsbedarf verfügen, sich bei den Pflegeberatern kostenfrei informieren können. Dazu gehören auch Fragen über den Bezug von Pflegegeld und die Durchführung von Pflegekursen. Versicherte haben seit dem 01.01.2009 einen Rechtsanspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung. Die Beratung kann in dafür eigens eingerichteten Stellen oder in der häuslichen Umgebung stattfinden.
- **Pflegestützpunkte:** Seit Juli 2008 erhalten Betroffene wertvolle Beratung oder auch nur eine Auskunft in den regionalen Pflegestützpunkten, die von den Kommunen in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsträgern angeboten werden. Diese sind im § 92 SGB XI festgeschrieben. Folgende Beratungsthemen werden dort angesprochen:
 - Pflege und (das) Alter(n)
 - Leistungen der Pflege- und der Krankenkassen
 - Sozialleistungen des Staates
 - Hilfsangebote in der Pflege

- Planung und/oder Organisation eines senioren- und pflegegerechten Umbaus der Wohnung
- Information über Hilfsmittel und Alltagshilfen

Die Pflegestützpunkte koordinieren außerdem regionale Versorgungs- und Unterstützungsangebote und vernetzen die örtlichen Pflege- und Betreuungsleistungen.

Übung 1.13:

Lesen Sie bitte den § 92 SGB XI. Recherchieren Sie, wo es in Ihrer Region Pflegestützpunkte gibt. Bitten Sie die dort anwesenden Mitarbeiter, Ihnen ihre Arbeitsweise (z.B. Sinn und Zweck, Klientel) zu erläutern.



1.4.2 Care Management und Case Management

Durch das Case Management werden Abläufe bedarfsgerechter Hilfeleistungen, die ein Patient über einen bestimmten Zeitraum hinweg benötigt, einrichtungs- und dienstübergreifend organisiert. Der Case Manager vertritt dabei als sogenannter Fallmanager die Interessen seines Patienten (Advocacy) und hilft ihm dabei, seine Rechte und Interessen geltend zu machen. Weiterhin vermittelt er als Makler (Broker) zwischen dem Klienten und den verschiedenen Versorgungssystemen. Es ist selbstverständlich, dass der Case Manager dabei nicht trägerorientiert sondern neutral den Bedürfnissen des Klienten entsprechend fungiert. Letztlich ist der Case Manager als sogenannter Pförtner (Gatekeeper) für den Zugang zum Leistungsangebot zuständig und hat dabei immer die angemessene Verwendung der finanziellen Mittel im Auge.

Wichtig im Case Management ist die Unterscheidung zwischen einer Optimierung der Hilfe im konkreten Fall und der Optimierung der Versorgung im Zuständigkeitsbereich. Dies wird dann als Care Management bezeichnet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, o.J.)



1.4.3 Familiengesundheitspflege

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte für Europa den Ansatz der „Family Health Nursing and Midwifery“ zur Stärkung der Gesundheit der Bevölkerung durch Dienstleistungen von Pflegefachkräften und Hebammen (vgl. WHO, 2000). Für den deutschen Bereich wurde der Begriff mit „Familiengesundheitspflege“ übersetzt. Ziel ist, sozial benachteiligten Familien und Einzelpersonen den Zugang zu den sozialen Leistungen zu erleichtern. Der Fokus liegt dabei auf der Gesundheitsförderung und der präventiven Versorgung zu Hause und in der Gemeinde sowie auf der Familienversorgung und -beratung (vgl. Eberl; Schnepf,

2005, S. 41). Neu an diesem Konzept ist die Verbindung von einem familiensystemischen Ansatz mit einer präventiven Ausrichtung und der Gesundheitsförderung/Prävention im häuslichen Bereich.

Die **Aufgaben** der Familiengesundheitspflegerin und Familienhebamme sind nicht nur in Beratung und Unterstützung in Alltags- und Gesundheitsfragen zu sehen. Die Pflegekräfte stellen auch im Sinne des Case Managements eine Verbindung zwischen Patient bzw. Familie, Hausarzt und anderen notwendigen sozialen Berufen her. Zu den betroffenen Personen gehören beispielsweise gesundheitlich und sozial benachteiligte Personen, alleinerziehende Mütter oder Väter, aber auch alleinstehende ältere Menschen sowie chronisch Kranke, Pflegebedürftige und Personen mit Handicap.

Die Familiengesundheitspflege ist bei den Kommunen, dem Gesundheits- und Jugendamt, bei ambulanten Pflegediensten oder auch den Kranken- und Pflegekassen angesiedelt. Es ist aber ebenso eine freiberufliche Tätigkeit möglich. Die Finanzierung ist nicht einheitlich geregelt, da auch die beruflichen Abschlüsse der Familiengesundheitspfleger sehr unterschiedlich sind. Da bislang noch keine Regelung über die Leistungskataloge der Sozialgesetzbücher geplant ist, wird eine Ansiedlung und Verankerung in den Kommunen oder in regionalen Versorgungskonzepten angestrebt.



Übung 1.14:

Überlegen Sie, welche Kenntnisse und Fähigkeiten eine Familiengesundheitspflegerin mitbringen muss, um den Aufgabenbereich erfolgreich zu bewältigen.

1.4.4 Public Health Nursing

Ein weiteres Arbeitsfeld ist, in Weiterführung der Familienpflege, das „Public Health Nursing“ (PHN), das sich auf bestimmte Themenbereiche spezialisiert hat und im europäischen Raum der WHO große Beachtung findet. Die deutsche Übersetzung von Public Health lautet: „öffentliches Gesundheitswesen“ oder „öffentlicher Gesundheitsdienst“. Sie bezieht sich besonders auf die strukturellen oder auch institutionellen Blickwinkel und trifft damit nicht genau die angelsächsische Version, die die Pflegenden miteinbezieht. Die offizielle deutsche Definition lautet:

„Public Health ist ein problembezogen und interdisziplinär arbeitendes gesundheitswissenschaftliches Fachgebiet. Sein Erkenntnisinteresse richtet sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung, auf den Zustand des Gesundheitswesens und die für seine Weiterentwicklung relevanten Rahmenbedingungen und Akteure.“ (Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Public Health, 2000)

Wir müssen feststellen, dass es für den Begriff „Public Health Nursing“ weder in der Wissenschaft noch in der Praxis eine einheitliche Verwendung gibt. In Skandinavien, Großbritannien, Irland, Frankreich, Spanien, Griechenland und Portugal werden Pflegende als „Health Visitor“, „Public Health Nurse“ oder auch „Community Nurse“ bezeichnet. In Deutschland werden für die Verrichtung ähnlicher Tätigkeiten die Begriffe „Gesundheitsförderung“ oder „präventive Pflege“ verwendet.

Im Public Health Nursing übernehmen Pflegende wichtige Tätigkeiten für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Die PHN arbeitet dabei nicht direkt in der Pflege, sondern unterstützt die Pflegenden und Betroffenen durch ihre Einschätzung und Evaluation.



Der **Aufgabenbereich** einer Public Health Nurse umfasst vielfältige Tätigkeiten:

- Erkennen, Ermitteln und Bewerten von Gesundheitsbedürfnissen
- Aufklärung und Beratung in Fragen zur Gesundheitsbildung (z.B. Hygiene, Familienplanung, Ernährung)
- Begleitung und Evaluation von Gesundheitsprojekten- und -programmen
- betriebliche Gesundheitsförderung, Prävention am Arbeitsplatz
- Förderung der Selbsthilfekompetenz (z.B. bei chronisch Kranken, Menschen mit Handicap oder pflegenden Angehörigen)

Folgendes Beispiel veranschaulicht den Arbeitsbereich einer PHN:

Beispiel 1.2:

„In einem Krankenhaus führt eine Public Health Nurse als Leitung der Arbeitsgruppe ‚Betriebliches Gesundheitsmanagement‘ ein Projekt zur Gesundheitsförderung des Pflegepersonals durch. Ihre Aufgabe besteht in der Erstanalyse der Arbeitsbedingungen, der Arbeitszufriedenheit sowie der Krankenstände und Fluktuation. Dazu führt sie mit ihrem Team schriftliche und mündliche Befragungen der Mitarbeiter durch, beschreibt deren Arbeitsfeld und wertet Statistiken aus. So können Ursachen für Krankheit und Unzufriedenheit der Mitarbeiter herausgestellt werden. Auf Basis dieser Erkenntnisse entwickelt die Public Health Nurse mit ihrer Arbeitsgruppe Konzepte, die nachhaltig die Arbeitsbedingungen und somit die Gesundheit und Zufriedenheit der Mitarbeiter verbessern. Geplante Maßnahmen sind beispielsweise Kommunikationstrainings, Workshops zum Thema Konfliktmanagement, Supervision zur Förderung der Teamentwicklung und die Optimierung der Dienst- und Urlaubspläne. Ebenso absolvieren die Führungskräfte Fortbildungen und Workshops zur Verbesserung ihrer Führungsmethoden. Durch wiederholte schriftliche und mündliche Befragungen und die Auswertung von Statistiken zu Krankenständen und Fluktuationen werden die Maßnahmen

ausgewertet und ggf. neu angepasst. So besteht eine ständige Überprüfung und Anpassung der Maßnahmen im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.“ (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2011, S. 29)

Wir können davon ausgehen, dass eine Public Health Nurse **gesundheitsorientiert** ist sowie über einen **hohen Lebensweltbezug** verfügt. Selbstverständlich für dieses Berufsbild ist die Fähigkeit zur **interdisziplinären Zusammenarbeit** mit allen Beteiligten. Die Pflegefachkräfte können in vielen kommunalen Einrichtungen tätig werden. Es ist aber auch eine Beschäftigung in der Politik oder Forschung möglich. PHNs sind in stationären Einrichtungen, ambulanten Diensten, Beratungsstellen, Schulen oder auch Krankenkassen angesiedelt. Für die Arbeit der Public Health Nurse gibt es, wie auch bei der Familiengesundheitspflege, keine einheitlichen Regelungen der Finanzierung (vgl. Brieskorn-Zinke, 2007, S. 13 ff.).

Pflegefachkräfte können sich im Rahmen der Fortbildung „Public Health/Gesundheitsförderung für Pflegeberufe“, die 200 Stunden umfasst, für die Tätigkeit im Public Health Nursing weiter qualifizieren. Wichtig dabei ist, dass diese Fortbildung mit einem EU-Zertifikat abgeschlossen wird, das in allen EU-Ländern anerkannt ist. Weiterhin sind Studiengänge mit Abschluss als Bachelor of Arts (B. A.), mit Fachrichtungen Public Health Care oder Case Management möglich.

1.4.5 Advanced Nursing Practice

Mit Advanced Nursing Practice (ANP) wird die Praxis von universitär ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegefachkräften umschrieben, die über ein spezialisiertes Fachwissen verfügen und ein Studium sowohl auf Master- als möglicherweise auch auf Doktoratsebene absolviert haben. Das Konzept findet weltweit immer mehr Interesse. Dies ist insbesondere mit einem zunehmenden Mangel an Ärzten begründet, deren Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen von Pflegekräften übernommen werden können.

Die Pflegenden befassen sich mit Familien oder Gruppen, die spezifische gesundheitliche Probleme haben. Die Angebote der ANPs beruhen auf neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungswissen. Interessant ist, dass bei der Arbeit Forschungsergebnisse aufgenommen und umgesetzt werden. Weiterhin werden die Resultate der angewandten Maßnahmen systematisch ausgewertet.

ANPs können verschiedene Rollen einnehmen: Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Certified Nurse Midwife oder auch Nurse Anaesthetist. Alle ANPs verfügen zusätzlich zum Studium auch über hinreichende klinische Erfahrung z. B. in der Geriatrie, im Wundmanagement oder auch in der Schmerztherapie. In all diesen Bereichen arbeiten die ANPs evidenzbasiert. Wichtige Arbeitsbereiche sind neben der Ausbildung oder Forschung auch Diagnostik, Behandlung und Beratung bei Erkrankungen. ANPs können zur Verbesserung der Therapieergebnisse und auch der pflegerischen Qualität beitragen.

1.4.6 AGnes und VERAH®

Das Projekt „AGnes“ bezeichnet eine arztentlastende, e-Health-gestützte und systemische Intervention. Es wurde eingeführt, um die ländliche Bevölkerung wegen eines bestehenden Ärztemangels ausreichend medizinisch versorgen zu können. Die mobile „Schwester AGnes“ ist in der ländlichen Gegend nicht nur präventiv beratend tätig, sie betreut und überwacht auch ärztlich angeordnete Therapien, damit die Menschen, die unter einer ärztlichen Unterversorgung leiden, keinen gesundheitlichen Schaden nehmen. Die Modellprojekte wurden zunächst in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt mit großem Erfolg durchgeführt. Die Finanzierung erfolgt aufgrund des § 87 Abs. 2 b SGB V, der eine Vergütungsleistung für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen festlegt. AGnes wird seit 2009 als Regelleistung der Krankenkassen angeboten (vgl. Deutsches Ärzteblatt, 2009, S. 1 ff.).

„VERAH®“ steht für die Versorgungsassistent/in in der Hausarztpraxis. Bei diesem Projekt unterstützen die Versorgungsassistenten die Ärzte in den strukturschwachen Gebieten im Nordosten Deutschlands und in Mecklenburg-Vorpommern. Bundesweit gibt es ca. 3000 VERAHs®, davon sind mehr als 1000 Personen in Baden-Württemberg und 900 Personen in Bayern eingesetzt. VERAHs® sind bislang größtenteils medizinische Fachangestellte, die eine medizinische Spezialausbildung absolviert haben, die sie berechtigt, einen Teil der Hausbesuche im Auftrag des Hausarztes zu übernehmen. Dieses Projekt ist aufgrund der sinkenden Hausarztzahlen zukunftsweisend und wird „AGnes“ ablösen (vgl. www.hausaerzteverband.de, 2012).

Die Handlungsfelder in der Pflege beziehen sich nicht nur auf die bekannten Tätigkeiten in sozialen Einrichtungen und Diensten. Wichtige Arbeitsbereiche sind auch die Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Familienpflege, die vielfältige Arbeitsmöglichkeiten für Pflegende eröffnen.



Übung 1.15:

Recherchieren Sie, wo es in Ihrer Region Arbeitsbereiche nach den oben genannten Kriterien gibt. Diskutieren Sie mit Ihren Kollegen, ob und wenn ja warum diese Arbeitsfelder interessanter sein könnten als Ihre bisherige Tätigkeit.



Zusammenfassung

Pflege ist ein komplexes Geschehen und wird von unterschiedlichen Verständnissen und Begriffen geprägt. Eine wichtige Differenzierung erhalten wir durch die Verwendung konnotativer Begriffe und denotativer Definitionen. Die unterschiedlichen Denkansätze, die unter einem handwerklich-technischen, einem kommunikativen, einem organisatorischen sowie einem institutionellen Blickwinkel zu betrachten sind, verdeutlichen nicht nur die praktische Ausübung des Berufes sondern ebenso die gesellschaftliche Bedeutung der Pflege.

Pflegende sind in vielen Arbeitsfeldern tätig, die eine Berufsausübung auch außerhalb stationärer oder ambulanter Einrichtungen ermöglichen. Ein interessanter Aspekt ist dabei die evidenzbasierte Pflege, deren Auswirkungen sowohl in Kliniken als auch in der ambulanten oder stationären Altenhilfe für alle Beteiligten hilfreich sind. Die vielfältigen Handlungsfelder der Pflege, die sich nicht nur mit Prävention oder Familienpflege, sondern auch mit Public Health Nursing oder der Advanced Nursing Practice beschäftigen, bieten Pflegenden zahlreiche Möglichkeiten. Im Mittelpunkt der Pflege steht immer die wechselseitige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten/Bewohner mit dem Ziel, den individuellen Gesundheitszustand zu erhalten und den Heilungsprozess zu fördern.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Nennen Sie die fünf Auslegungen für den Begriff „care“.
- 1.2 In welchen Handlungsfeldern können Pflegende tätig sein?
- 1.3 Welche Maßnahmen werden im Rahmen der Gesundheitsförderung/Prävention angeboten?
- 1.4 Was ist unter dem Begriff „Pflegeberatung“ zu verstehen?
- 1.5 Welches sind die Aspekte der Pflege nach Brandenburg und welche Kompetenzen werden dazu jeweils benötigt?