



Gesundheitsförderung in der Pflege

Herausforderungen bei der Umsetzung eines neuen Ausbildungsinhalts

► **Veränderte Versorgungsbedarfe gehen mit einem Wandel der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege einher und fanden u. a. ihren Niederschlag in der Novellierung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Jahr 2003. Damit verbunden waren die Einführung der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ sowie geänderte Ausbildungsziele und -inhalte, die als Innovationsimpulse für die Berufsausübung verstanden werden müssen. Doch wie kann ein gelungener Transfer dieser Neuerungen in die Ausbildungspraxis erfolgen? Im Beitrag werden Ergebnisse einer Vollerhebung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern diskutiert, die zeigen, welche Relevanz Lehrende dem Thema Gesundheitsförderung bei der Ausbildungsgestaltung beimessen. Die Untersuchungsergebnisse machen deutlich, dass die Implementierung gesundheitsfördernder Tätigkeitsbereiche und eine entsprechende Qualifizierung nur bedingt gelingen.**



JULIANE DIETERICH

Dr., wiss. Mitarbeiterin am Institut für Berufsbildung, Universität Kassel



ANIKA SKIRL

Pädagogin für Pflege- und Gesundheitsberufe M A, Lehrerin am Diakonischen Aus- und Fortbildungszentrum Hofgeismar

Beruflicher Wandel durch novellierte Ausbildungsvorgaben

Die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege unterliegt wie viele andere Berufe einem starken Wandel. Dies wirkt sich auf das Anforderungsprofil und die berufliche Handlungswirklichkeit Pflegender aus, sodass regelmäßige Anpassungen beruflicher Ausbildungsprozesse erfolgen müssen. Im Unterschied zum Dualen System beruflicher Bildung wird im Bereich der Pflege- und Gesundheitsfachberufe versucht, die Inhalte und Ausgestaltung beruflicher Tätigkeit und damit die Zuständigkeitsbereiche im Rahmen gesundheitlicher Versorgung sowohl über Berufsgesetze als auch durch Ausbildungsordnungen zu steuern.

Mit der Gesetzesnovelle von 2003 wurden Neuerungen in das Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung implementiert, die als Innovationsimpulse für die Berufsausübung verstanden werden müssen. Sie finden ihren Niederschlag sowohl in der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ als auch in geänderten Ausbildungszielen und in der Einführung von Ausbildungsinhalten zur Gesundheitsförderung. Diese Neuerungen gehen auf die bereits im Jahr 1986 von der Weltgesundheitsorganisation formulierte „Ottawa Charta“ zurück, die die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mit einer entsprechenden Neuorientierung der Gesundheitsdienste fordert (vgl. WHO 1986). Im Zentrum dieser Initiative stehen darüber hinaus die Entwicklung gesundheitsförderlicher Kompetenzen und die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten. In Deutschland widmen sowohl die Pflegepraxis als auch die Pflegebildung dem Handlungsfeld der Gesundheitsförderung wenig Aufmerksamkeit. Themen wie „kinästhetisches Arbeiten“, „Ernährungsberatung“ und „Patientenedukation“ werden allenfalls punktuell aufgegriffen (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2007, S. 107; DIP 2007). Auch will eine systematische Begriffsbestimmung von Gesundheitsförderung und dem damit eng verbundenen Konzept der Prävention im Rahmen pflegeberuflichen Handelns nicht gelingen. Hier sind eher Begrifflichkeiten wie aktivierende Pflege, Gesundheitspflege und Pflegeprävention gebräuchlich (vgl. BRIESKORN-ZINKE 2009, S. 172 f.; WALTER u. a. 2007, S. 13).

Obwohl im Bereich der Pflege- und der Gesundheitswissenschaften ein theoretisches Fundament zur Grundlegung der Gesundheitsförderung vorhanden ist, fehlen konsistente, anforderungsbezogene Konzepte, die die curriculare Ausgestaltung von Qualifikationsprozessen fundieren können (vgl. BLÄTTNER 2007, S. 67; BOHRER/OETTING-ROSS/RÜLLER 2007, S. 23; WALTER u. a. 2007, S. 13; FRANZKOWIAK 2003, S. 198).

Ungeachtet dieser konzeptuellen Probleme wurde das Ausbildungsziel im Rahmen des bundeseinheitlichen Berufsgesetzes um die Bereiche der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation folgendermaßen ergänzt: „Die Ausbildung [...] soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege [...] ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen [...]“ (vgl. § 3 Abs. 1 KrPflG).

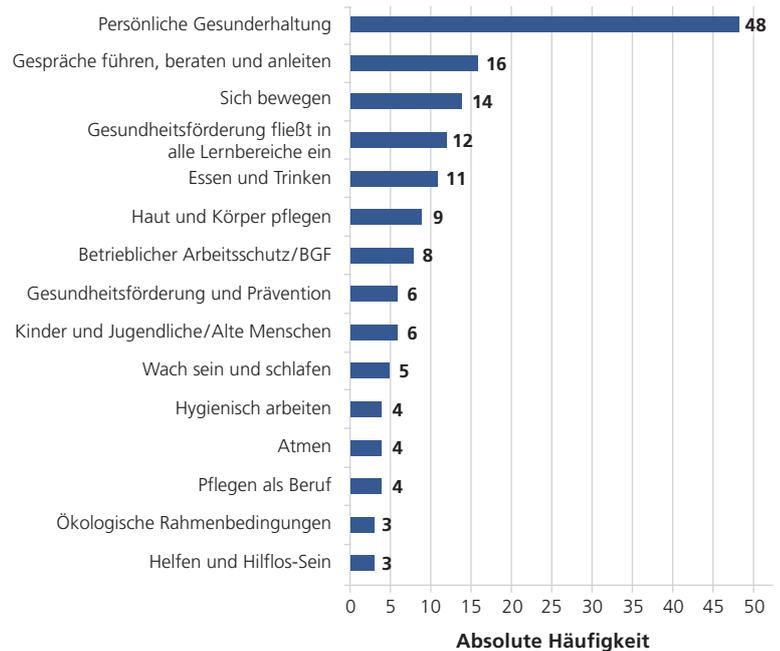
Bisher ist wenig darüber bekannt, inwieweit dieses Ziel im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung umgesetzt wird.

Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Ausbildung im Land Mecklenburg-Vorpommern

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer Masterarbeit an der Universität Kassel untersucht, welche Relevanz Lehrende und Praxisanleitende dem Thema Gesundheitsförderung beimessen (vgl. Kasten).

„Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am Beispiel des Landes Mecklenburg-Vorpommern“	
Gegenstand	Relevanz des Themas Gesundheitsförderung in der schulischen und praktischen Pflegeausbildung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern
Forschungsdesign	Zwei aufeinander abgestimmte Erhebungsinstrumente für die Lernorte Schule und Praxis mit jeweils 23 Items
Erhebungsmethodik	Postalische Befragung auf Grundlage einer für das Land Mecklenburg-Vorpommern als Vollerhebung gebildeten Stichprobe aus 83 Lehrenden und einer Gelegenheitsstichprobe aus 57 Praxisanleitenden
Laufzeit	April bis Juni 2011
Rücklaufquote	In beiden Erhebungen über 60 Prozent
Weitere Informationen	SKIRL 2011

Abbildung 1 Dem Bereich Gesundheitsförderung zugeschriebene Themen (n=49)



Quelle: SKIRL 2011, S. 63

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM UNTERRICHT

Einleitend wurden jeweils subjektive Assoziationen der Befragten zur Gesundheitsförderung in der Pflege erhoben, die im Rahmen einer offenen Fragestellung beantwortet werden konnten. Die Ergebnisse zeigen eine große inhaltliche Bandbreite genannter Aspekte wie „Förderung einer gesunden Lebensweise“, „präventive Maßnahmen“ oder „Aufklärung und Beratung“, die mit der oben beschriebenen konzeptionellen Unklarheit korrespondiert. Auffällig ist, dass der betriebliche Arbeitsschutz von den Anleitenden und damit den Pflegepraktizierenden häufiger mit gesundheitsbezogenen Ausbildungsthemen assoziiert wird als von den Lehrenden (vgl. SKIRL 2011, S. 59, 72).

Diese ordnen das Thema Gesundheitsförderung einer Vielzahl von Lerneinheiten des zugrunde liegenden Rahmenlehrplans zu. Antworten auf die Frage „Welche Themen Ihrer verwendeten curricularen Grundlage würden Sie dem Bereich der Gesundheitsförderung zuordnen?“ sind in Abbildung 1 zusammengestellt.

48 von 49 Befragten assoziieren das Thema Gesundheitsförderung in erster Linie mit der Lerneinheit „Persönliche Gesunderhaltung“. Dieses Ergebnis deckt sich mit Erkenntnissen des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung, zum selbstbezogenen Verständnis von Gesundheitsförderung in der Berufsgruppe der Pflegenden (vgl. DIP 2007). Demnach kann vermutet werden, dass sich der Unterricht nicht ausschließlich auf das Handeln mit den (potenziell) Pflegebedürftigen bezieht, sondern auch die

Gesundheit der Lernenden in den Blick nimmt. Die von etwa einem Viertel der Befragten getroffene Aussage „Gesundheitsförderung fließt in alle Lernbereiche ein“, macht jedoch die grundsätzliche curriculare Unsicherheit bezüglich der Auswahl und Sequenzierung gesundheitsbezogener Lernsituationen deutlich.

Nach Zeitpunkt und Umfang von Gesundheitsförderung als Unterrichtsinhalt gefragt, sind 53 von 55 Lehrenden der Ansicht, dass dieser schon zu einem frühen Zeitpunkt im theoretischen Unterricht aufgegriffen und über die gesamte Ausbildung hinweg thematisiert werden müsse. Als besonders hilfreich für die schulinterne Lehrplanarbeit wird dabei das Curriculum „Ausbildung in Pflegeberufen“ erachtet (vgl. BECKER 2006 a, b), weil es sowohl den Lernort Schule als auch den der Praxis umfasst und Gesundheitsförderung zum qualifikationsleitenden Handlungsprinzip der Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erklärt (vgl. BECKER 2006 b, S. 50).

Interessant ist vor diesem Hintergrund, ob die Praxisanleitenden zu anschlussfähigen Einschätzungen hinsichtlich gesundheitsorientierter Ausbildungsthemen kommen.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM RAHMEN DER PRAKTISCHEN ANLEITUNG

Nach Meinung der Praxisanleitenden bietet insbesondere die praktische Ausbildung ein hohes Potenzial, gesundheitsbezogene Themen aufzugreifen. Als geeignete Anleitungs-situation benennen 20 von 34 Praxisanleitenden in erster Linie Körperpflegemaßnahmen bei Patientinnen und Patienten (vgl. Abb. 2). Die als unterstützende Maßnahme durch-

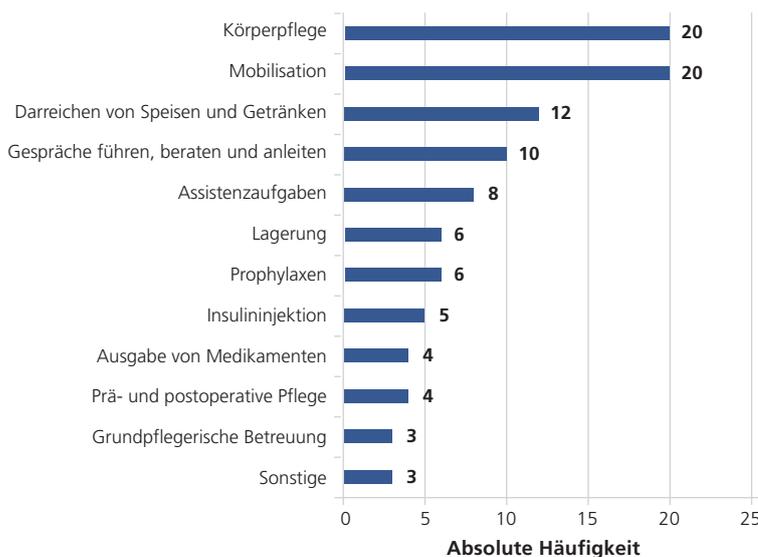
geführte Ganz- oder Teilkörperwäsche ermöglicht es, Patientinnen und Patienten im Sinne ihrer Selbstpflegekompetenz zu stärken und intensiver mit ihnen ins Gespräch über gesundheitsrelevante Themen zu kommen. Obgleich 22 von 54 Lehrenden und elf von 33 Praxisanleitenden den Bedeutungszuwachs kommunikativer, insbesondere beratender und anleitender Kompetenzen im Pflegeberuf betonen, wird unter dem gesetzlich neu ausgewiesenen Tätigkeitsfeld der Patientenberatung und -anleitung noch weitgehend Patienteninformation sowie deren Schulung im Gebrauch von Hilfsmitteln verstanden (vgl. SCHRÖDTER 2006, S. 118 f.). Ansätze von Gesundheitsförderung in Form von Beratung fließen somit in Kombination mit körperbezogenen Pflegeverrichtungen eher „nebenbei“ ein.

Gegenüber der bereits dargestellten Bedeutung des Themas im schulischen Ausbildungskontext wird die „persönliche Gesunderhaltung“ der Lernenden durch die praktisch Anleitenden in Lernsituationen nicht explizit aufgegriffen. Eine Ausnahme bilden hier Handlungssituationen zur Mobilisation von Patientinnen und Patienten, in denen z. B. beim Heben oder Tragen rückenschonende Bewegungsabläufe eingeübt werden. Die Anleitenden erachten darüber hinaus auch behandlungspflegerische Maßnahmen wie z. B. den „sterilen Verbandwechsel“ oder die „Insulininjektion“ als Lernsituationen, in denen gesundheitsfördernde Kompetenzen entwickelt werden können.

Die Untersuchungsergebnisse aus der Gruppe der Anleitenden zeigen jedoch auch strukturelle Probleme hinsichtlich der Umsetzung von Gesundheitsförderung in beruflichen Handlungs- bzw. Lernsituationen auf. So weisen acht von 29 Praxisanleitenden auf mangelnde Ressourcen hin, die auf die gegenwärtige Finanzierung gesundheitsfördernder Leistungen zurückgeführt wird. Nach Aussage der Befragten fehlt es sowohl an Hilfsmitteln für rückenschonende Arbeitstechniken als auch an Zeit für gesundheitsbezogene Gespräche mit Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen. Abgesehen von fehlenden Anlässen, in denen Gesundheitsförderung thematisiert, erlebt und geübt werden kann, fehlt nach Aussage der Anleitenden insbesondere Zeit für die Reflexion gesundheitsrelevanter Aspekte vor und nach der Bewältigung lernhaltiger Pflegesituationen.

Die Ausweitung pflegeberuflicher Zuständigkeit in Richtung verstärkter Gesundheitsförderung, die sich aus der neuen Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpflege“ ableiten lässt, wird von den Befragten auch hinsichtlich der Erweiterung des Tätigkeitsbereichs verstanden. So verbinden sechs von 54 Lehrenden und vier von 33 Praxisanleitenden das pflegerische Berufsbild mit Tätigkeiten in Gesundheitsämtern, Beratungseinrichtungen, Kindertagesstätten und Schulen. Diese Institutionen sind jedoch derzeit nicht als Lernorte in die praktische Ausbildung integriert. Insgesamt zeigt das Befragungsergebnis deutlich, dass sich die Lehrenden sowohl im theoretischen als auch im praktischen Teil der Ausbildung hinsichtlich der Gestaltung von Lernsituationen zum Thema Gesundheitsförderung

Abbildung 2 **Pflegerische Anleitungssituationen, in denen Gesundheitsförderung möglich wäre** (n=34)



Quelle: SKIRL 2011, S. 77

unsicher fühlen. Dies kommt darin zum Ausdruck, dass 40 von 54 Lehrenden und 31 von 32 Praxisanleitenden Fort- und Weiterbildungsbedarf zum Thema Gesundheitsförderung in der Pflege formulieren. Demnach kann davon ausgegangen werden, dass es an thematisch relevanten Bildungsangeboten für die in der pflegerischen Bildung und Praxis Tätigen bislang fehlt.

Wenngleich die dargelegten Ergebnisse aufgrund der regionalen Begrenztheit und der niedrigen Fallzahl der Studie nicht repräsentativ sind, bestätigen sie weitgehend die nationale und internationale Befundlage (vgl. BOMBALL u. a. 2010; JACOB 2004).

Konzepte des Innovationsmanagements sind gefragt!

Der offensichtlich durch die Novellierung des Berufsgesetzes und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung intendierte Wandel des Pflegeberufs hinsichtlich einer stärkeren Gesundheitsorientierung wird ohne den Einbezug weiterer Einflussgrößen kaum möglich sein. Die Ergebnisse der vorgestellten Studie weisen insbesondere auf hemmende Einflüsse des gesundheitssystematischen Bezugsrahmens hin, in dem sich das gesundheitsorientierte pflegeberufliche Handeln vollziehen soll. Zwar wird die grundsätzliche Offenheit und Bereitschaft der Lehrenden deutlich, dieses Thema verstärkt in die verschiedenen Ausbildungsabschnitte und Lernsituationen zu integrieren. Der schwache berufspraktische Bezug und die unklare curriculare Einordnung der Gesundheitsförderung verhindern jedoch in der aktuellen Ausbildungssituation die gewünschte Wirkung auf die Ausübung der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege.

Allerdings zeigen die vorgestellten Ergebnisse auch Ansätze zur Verbesserung. So kann das Fortbildungsinteresse der Lehrenden und der Praxisanleitenden zu diesem Thema aufgegriffen werden, um eine fundierte, lernortübergreifende Lehrplanarbeit zu initiieren. Daneben trägt eine Erweiterung des Lernortspektrums dazu bei, angehende Pflegekräfte für die Vielfalt pflegerischer Handlungsfelder zu sensibilisieren und ein Grundverständnis für Gesundheitsförderung zu wecken. Auf diesem Wege können zugleich relevante Anregungen für die Lehrplanarbeit generiert werden.

Im Bereich beruflicher Bildung wird zu Recht angemahnt, dass sich die Legitimation von Ausbildungsinhalten nicht ausschließlich an einem beruflichen Status Quo orientieren darf, sondern Räume für Neuerungen und berufliche Weiterentwicklung vorhanden sein müssen. Das aktuelle Krankenpflegegesetz und die Ausbildungs- und Prüfungsordnung geben richtungsweisende, innovative Impulse für die Berufsausübung vor. Innovationen werden jedoch in keinem Berufsbereich vorrangig über Auszubildende und Berufsanfänger umgesetzt. Eine solche Strategie birgt vielmehr die

Gefahr, junge, motivierte Berufsanfänger/-innen einem paradigmatischen Dilemma auszusetzen, das langfristig vor allem Berufsunzufriedenheit erzeugt, weil Anspruch und Wirklichkeit stark auseinanderklaffen. Neue Konzepte des Innovationsmanagements müssen für den pflegeberuflichen Bereich dringend entwickelt und eingeführt werden, damit der gesetzlich verankerte, gesundheitspolitische Auftrag einer gesundheitsförderlichen Pflegepraxis Wirkung zeigen kann. Eine Möglichkeit bieten wissenschaftlich begleitete Pilotprojekte, die eine gelingende Implementierung ausbildungscurricularer Innovationen ermöglichen, wenn diese die Praxisfelder einbeziehen. ■

Literatur

- BECKER, W. (Hrsg.): *Ausbildung in den Pflegeberufen. Bd. 1: Empirische Begründung, theoretische Fundierung und praktische Umsetzung der „dualisierten“ Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.* Bonn 2006 a
- BECKER, W. (Hrsg.): *Ausbildung in den Pflegeberufen. Bd. 2: Die Materialien zur Ausbildung: Ausbildungsrahmenpläne, Rahmenlehrpläne, Lernsituationen und Erläuterungen zur praktischen Ausbildung der „dualisierten“ Ausbildungen für Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege.* Bonn 2006 b
- BLÄTTNER, B.: *Das Modell der Salutogenese. Eine Leitorientierung für die berufliche Praxis.* In: *Prävention und Gesundheitsförderung* (2007) 2, S. 67–73
- BOHRER, A.; OETTING-ROSS, C.; RÜLLER, H.: *Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung. Kommentar zum Grundlagenheft.* In: *Unterricht Pflege* (2007) 1, S. 23–26
- BRIESKORN-ZINKE, M.: *Gesundheit in der Pflege.* In: BIENDARRA, I.; WEEREN, M. (Hrsg.): *Gesundheit – Gesundheit? Eine Orientierungshilfe.* Würzburg 2009, S. 167–180
- BRIESKORN-ZINKE, M.: *Public Health Nursing. Der Beitrag der Pflege zur Bevölkerungsgesundheit.* Stuttgart 2007
- BOMBALL, J. u. a.: *Gesundheitsförderung. Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung.* In: *Die Schwester/Der Pfleger* 49 (2010) 11, S. 1048–1054
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR ANGEWANDTE PFLEGEFORSCHUNG (DIP) (Hrsg.): *Bericht über das Symposium „Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Herausforderung für die Pflegeausbildung“.* Köln 2007 – URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/reader_koeln02032007.pdf (Stand: 08.10.2012)
- FRANZKOWIAK, P.: *Salutogenetische Perspektive.* In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung.* Schwabenheim a. d. Selz 2003, S. 198–200
- JACOB, C.: *Gesundheitsförderung im pflegerisch-klinischen Kontext. Eine deskriptive Studie zur Selbsteinschätzung gesundheitsfördernder Kompetenzen von Pflegenden.* Bern 2004
- SCHRÖDTER, M. E.: *Gesundheitsförderung in der Pflege. Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke.* In: HASSELER, M.; MEYER, M. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele.* Hannover 2006, S. 111–138
- SKIRL, A.: *Gesundheitsförderung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung am Beispiel des Landes Mecklenburg-Vorpommern.* (unveröff. Masterarbeit) Uni Kassel 2011
- WALTER, U. u. a.: *Gesundheitsförderung und Prävention: Subjektive Definitionen, Einstellungen und Handlungsansätze aus Sicht von Pflegekräften.* In: *Unterricht Pflege* 1 (2007), S. 9–14
- WHO: *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986* – URL: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Stand: 11.10.2012)