



## **Netzwerk Pflegeschulen**

Gefördert von der **Robert Bosch Stiftung**

### **„Gesundheitsförderung und Prävention“ Ideensammlung für ein Lehrerhandbuch**

#### **Erstellt von:**

Frau Dörge, Krankenpflegeschule Lübbecke

Frau Erger; Verbundkrankenpflegeschule Bad Oeynhausen

Frau Kölling-Kaufmann, Verbundkrankenpflegeschule Bad Oeynhausen

Frau Laack, Schulungszentrum am Ludmillenstift, Meppen

Frau Rischmüller, Schule für Kinderkrankenpflege am Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover

#### **Im Rahmen der Didaktischen Werkstatt: „Konzeptionelles Arbeiten in der Pflegeausbildung“**

unter Begleitung von Frau Juliane Birkenstock,

Frau Prof'in Dr. Barbara Knigge-Demal und Frau Christina Mertig (Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Netzwerk Pflegeschulen)

**2004**

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Vorwort</b> .....	<b>-1-</b>
<b>1.</b>	<b>Lernvoraussetzungen</b> .....	<b>-2-</b>
<b>2.</b>	<b>Leitziele</b> .....	<b>-3-</b>
<b>3.</b>	<b>Qualifikationen</b> .....	<b>-3-</b>
<b>4.</b>	<b>Handlungsmuster</b> .....	<b>-4-</b>
<b>5.</b>	<b>Modulplanung im Überblick</b> .....	<b>-4-</b>
<b>6.</b>	<b>Grobplanung der Lerneinheit / erste Strukturierung</b> .....	<b>-4-</b>
6.1	Vorschläge zur zeitlichen Struktur .....	-4-
6.2	Inhaltliche Struktur .....	-5-
<b>7.</b>	<b>Feinplanung</b> .....	<b>-7-</b>
7.1	Anlass von Gesundheitsförderung und Prävention .....	-7-
7.1.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-7-
7.1.2	Lernziele .....	-8-
7.1.3	Methodenvorschläge .....	-8-
7.1.4	Medien .....	-9-
7.1.5	Didaktische Begründungen .....	-9-
7.1.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-9-

7.2	Begriffsbestimmungen, Definitionen .....	-9-
7.2.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-9-
7.2.2	Lernziele .....	-13-
7.2.3	Methodenvorschläge .....	-13-
7.2.4	Medien .....	-14-
7.2.5	Didaktische Begründungen .....	-15-
7.2.5.1	Ziele .....	-15-
7.2.5.2	Arbeitsformen .....	-15-
7.2.5.3	Medien .....	-16-
7.2.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-16-
7.3	Theoretische Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention / Paradigmenwechsel .....	-17-
7.3.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-17-
7.3.2	Lernziele .....	-19-
7.3.3	Methodenvorschläge .....	-19-
7.3.4	Medien .....	-20-
7.3.5	Didaktische Begründungen .....	-20-
7.3.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-21-
7.4	Gesellschaftlicher Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention .....	-22-
7.4.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-22-
7.4.2	Lernziele .....	-26-
7.4.3	Methodenvorschläge .....	-27-

7.4.4	Medien .....	-27-
7.4.5	Didaktische Begründungen .....	-27-
7.4.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-27-
7.5	Historische und aktuelle Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention .....	-28-
7.5.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-28-
7.5.1.1	Historischer Hintergrund der Prävention .....	-29-
7.5.1.2	Ziele im 21. Jahrhundert .....	-31-
7.5.2	Lernziele .....	-33-
7.5.3	Methodenvorschläge .....	-33-
7.5.4	Medien .....	-34-
7.5.5	Didaktische Begründungen .....	-34-
7.5.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-34-
7.6	Einrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention national (überregional) und international .....	-35-
7.6.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-35-
7.6.2	Lernziele .....	-37-
7.6.3	Methodenvorschläge .....	-37-
7.6.4	Medien .....	-37-
7.6.4.1	Tafelbild / Flipchart .....	-37-
7.6.4.2	Mindmap .....	-38-
7.6.4.3	Arbeitsblatt .....	-38-
7.6.5	Didaktische Begründungen .....	-39-

7.6.5.1	Ziel .....	-39-
7.6.5.2	Arbeitsformen .....	-39-
7.6.5.3	Medien .....	-39-
7.6.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-40-
7.7	Regionale Institutionen der Gesundheitsförderung und Rehabilitation (Sportvereine, Volkshochschule, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen) .....	-41-
7.7.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-41-
7.7.2	Lernziele .....	-47-
7.7.3	Methodenvorschläge .....	-48-
7.7.4	Medien .....	-48-
7.7.5	Didaktische Begründungen .....	-48-
7.7.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-50-
7.8	Projekt der WHO: „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ ....	-51-
7.8.1	Inhaltliche Überlegungen .....	-51-
7.8.2	Lernziele .....	-51-
7.8.3	Methodenvorschläge .....	-52-
7.8.4	Medien .....	-52-
7.8.5	Didaktische Begründungen .....	-52-
7.8.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-53-
7.9	Methoden professionellen Handelns .....	-53-
7.9.1	Inhaltliche Überlegungen / Welchen Beitrag kann ich als Pfleger(in) leisten? .....	-53-

7.9.2	Lernziele .....	-54-
7.9.3	Methodenvorschläge .....	-54-
7.9.4	Medien .....	-55-
7.9.5	Didaktische Begründungen .....	-55-
7.9.6	Literatur zur Unterrichtsrecherche .....	-56-
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>-57-</b>

## **Vorwort**

Gleichzeitig mit dem neuen Krankenpflegegesetz und der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) wird in Nordrhein-Westfalen die inhaltliche und zeitliche Ausrichtung des theoretischen und praktischen Unterrichts an der „Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegesschulen in NRW“ orientiert.

Eine Lerneinheit, die möglichst im ersten Ausbildungsjahr, spätestens aber bis zum Beginn der Differenzierungsphase im dritten Jahr, zu unterrichten ist, beschäftigt sich dabei mit dem Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Lerneinheit III.9). Hierfür wurden in der Richtlinie ca. 16 Stunden veranschlagt.

Im Rahmen der vom Netzwerk Pflegeschulen an der Fachhochschule Bielefeld initiierten Didaktischen Werkstatt: „Konzeptionelles Arbeiten in der Pflegeausbildung“, ist auf der Grundlage dieser Richtlinie die nachfolgende Ideensammlung zur Gestaltung der Lerneinheit III.9 entstanden. Lehrkräfte verschiedener Schulen haben daran mitgewirkt.

Die nachfolgenden Ausführungen sind als Anregungen für die Vorbereitung des Unterrichtes zu verstehen. Sie stellen kein fertig ausgearbeitetes Unterrichtskonzept dar.

## 1. Lernvoraussetzungen

Die SchülerInnen:

- verfügen über Grundlagen der Theorie und Praxis der Gesprächsführung (s. Lerneinheit I.19 Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen [MGSFF], 2003, S.37),
- haben erste Kenntnisse und Fertigkeiten in der Anleitung und Beratung (s. Lerneinheit I.20 MGSFF, 2003, S.37),
- verfügen über Kompetenzen im Bereich des gemeinsamen (sozialen) Lernens,
- sind in ihrer Wahrnehmung zu Grundfragen – auch der eigenen – Gesundheitsförderung (durch andere Lerneinheiten) sensibilisiert,
- haben sich mit ihrer beruflichen Rolle und den daraus resultierenden Aufgaben und Tätigkeiten auseinandergesetzt,
- sind sich bewusst, dass ihr Menschenbild sowie ihr Gesundheits- und Krankheitsverständnis ihr pflegerisches Handeln prägen,
- kennen unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen.

Darüber hinaus verfügen die SchülerInnen über Kenntnisse / Kompetenzen in:

- Textverarbeitung,
- Internetbenutzung,
- Literaturrecherche,
- Methoden der Präsentation und Ergebnissicherung.

Wünschenswert wären praktische Erfahrungen in verschiedenartigen Arbeitsbereichen der Pflege sowie mit unterschiedlichen Altersgruppen (PatientInnen, KlientInnen).

Die Lernenden sind in ihrer biographischen Entwicklung immer wieder mit Themen der Gesundheitsförderung konfrontiert worden.

Darüber hinaus sind sie im bisherigen Verlauf der Ausbildung bereits - in unterschiedlicher Ausprägung - mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kontakt gekommen.

Es können sich Lernhindernisse ergeben, da Gesundheitsförderung und Prävention im Praxisalltag bisher nicht der erforderliche Stellenwert eingeräumt wird.

Die unterschiedlichen Praxiserfahrungen und Lebensbezüge der Auszubildenden können fördernd oder hemmend auf die thematische Bearbeitung Einfluss nehmen. Mögliche Lernchancen können darin bestehen, eigene Verhaltensweisen zu reflektieren und zu verändern sowie ein erweitertes berufliches Verständnis zu entwickeln und zu vertreten.

## **2. Leitziele**

Die Pflegenden / Auszubildenden:

- erkennen es als ihre Aufgabe, die Sorge für die Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstfürsorge des Betroffenen sowie deren Erhalt, Unterstützung und Förderung zu übernehmen,
- sind in ihrem beruflichen Selbstverständnis der Übernahme von Aufgaben und Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention - auf der Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse – verpflichtet,
- nehmen an relevanten gesellschaftlichen Prozessen, die sich auf Pflege und Gesundheit beziehen, teil und gestalten diese mit,
- übernehmen sowohl Verantwortung für die Weiterentwicklung eigener Kompetenzen, als auch im Rahmen berufs- und gesundheitspolitischer Prozesse zunehmend Verantwortung.

## **3. Qualifikationen**

„Die Lernenden werden:

- ein wissenschaftlich begründetes und professionelles Berufsverständnis entwickeln, das Gesundheit, größtmögliche Unabhängigkeit und Lebensqualität von Einzelpersonen, Familien und Gruppen zum zentralen Bezugspunkt pflegerischen Handelns ausweist.

Dazu gehört:

- Möglichkeiten der eigenen Gesunderhaltung erkennen, reflektieren und nutzen“ (Knigge-Demal, Nauerth & Lamers, 2002, S.4 f.),
- „im Pflegeprozess Patientenorientierung verwirklichen und pflegerische Aufgaben vollständig im Sinne der Planungs-, Entscheidungs- und Evaluationsverantwortung übernehmen.“ (Knigge-Demal, Nauerth & Lamers, 2002, S.6)

Dazu zählt:

- „die Selbstpflegekompetenzen sowie die gesundheitlichen, sozialen, emotionalen und kognitiven Ressourcen des Patienten / Bewohners und des sozialen Netzes

erkennen, fördern und im Sinne einer individuellen, selbständigkeits- und lebensqualitätserhaltenden und – fördernden Pflege ausgestalten“ (Knigge-Demal, Nauerth & Lamers, 2002, S.6);

- einen Einblick in Grundlagen und Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention erhalten.  
In einem anschließenden Projekt (außerhalb der vorgesehenen Stundenvorgabe der Ausbildungsrichtlinie NRW) sollten die Lernenden exemplarisch ein Konzept der Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln, realisieren und evaluieren.

#### **4. Handlungsfelder**

Gesundheitsförderung und Prävention sind nicht auf einzelne Handlungsfelder zu beschränken. In allen Lebenskontexten der Lernenden (Berufsalltag, sozialer Lebensraum, etc.) findet eine Auseinandersetzung mit der Thematik statt.

#### **5. Modulplanung im Überblick**

Parallel sollten unterrichtet werden:

Lerneinheit I.23: Zu pflegeinhalten Fragen beraten und anleiten / Teilsequenzen (vgl. MGSFF, 2003, S.39)

Lerneinheit II.6: Persönliche Gesunderhaltung / Teilsequenzen (vgl. MGSFF, 2003, S.58 f.)

Im Anschluss an die Lerneinheit sollte folgen:

Lerneinheit II.18: „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (MGSFF, 2003, S.67)

#### **6. Grobplanung der Lerneinheit / erste Strukturierung**

##### **6.1 Vorschläge zur zeitlichen Struktur**

Die Ausbildungsrichtlinie NRW sieht für die gesamte Lerneinheit III.9 lediglich 16 Unterrichtsstunden vor. Diese unseres Erachtens zu geringe Stundenzahl,

relativiert sich durch die Möglichkeit der Verknüpfung mit anderen Lerneinheiten (z.B. I.3: Sich bewegen, I.5: Essen und Trinken, IVa.1 / IVb.3: Abhängigkeit und Sucht, II.6: Persönliche Gesunderhaltung).

In der vorliegenden Ideensammlung wurde auf eine zeitliche Konkretisierung der einzelnen Lernsequenzen (s. 6.2 ff.) bewusst verzichtet, um dem pädagogischen Freiraum und den Rahmenbedingungen der einzelnen Schulen gerecht zu werden.

Für die Reihenfolge innerhalb der Lerneinheit schlagen wir vor:

- Zunächst: Bearbeitung von Begriffsdefinitionen und Inhalten entsprechend der Ausbildungsrichtlinie,
- Anschließend: Vermittlung der weiteren Inhalte dieser Lerneinheit

Eine eventuelle Vertiefung innerhalb eines Schwerpunktes orientiert sich an Möglichkeiten und Bildungsintentionen der jeweiligen Schule.

Schwerpunkte können z.B. gewählt werden unter Berücksichtigung:

- des gesellschaftlichen Kontextes und regionaler Gegebenheiten bzw. besonderer Einsatzbereiche in der näheren Umgebung, z.B. Ernährungsambulanzen,
- aktueller sozial relevanter Themen (z.B. Alcopops, Ernährungsstörungen und Übergewicht bei Kindern, Gewalt in Schulen, Drogenberichte, etc.)
- der Zusammensetzung der Lerngruppe: Interessen und persönliche Erfahrungen der Gruppenmitglieder
- weiterer Auswahlkriterien (z.B. Altersgruppen, Lebensbezüge, etc.)

## **6.2 Inhaltliche Struktur**

Konkrete Inhalte der Lerneinheit wurden anhand der konstitutiven Merkmale einer Situation (nach Kaiser, modifiziert durch Hundenborn, Knigge-Demal, 1998) gesammelt.

Für die Umsetzung im Unterricht sollten der institutionelle und gesellschaftliche Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention sowie mögliche Pflegeanlässe besondere Berücksichtigung finden. Dabei erscheint es als notwendig - auch unter der Berücksichtigung zukünftiger Aufgabenfelder der Pflege - immer wieder einen Bezug zum Pflegehandeln herzustellen.

<b>Inhalte</b>	<b>konstitutives Merkmal</b>
1. Anlässe von Gesundheitsförderung und Prävention	Situations- / Pflegeanlass
2. Begriffsbestimmung, -definitionen	Situations- / Pflegeanlass
3. Theoretische Konzepte, die das Handeln der professionell an der Gesundheitsförderung beteiligten Berufsgruppen (medizinisches Modell, salutogenetisches Modell, Pflege-theorien, etc.) prägen	Handlungsmuster
4. Gesellschaftlicher Stellenwert der Gesundheitsförderung	Gesellschaftlicher Kontext
<p>5. Gegenwärtige / ursprüngliche Bedeutung = geschichtliche Entwicklung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Konsequenzen: Misserfolge / Erfolge</li> <li>- Wirtschaftlicher Aspekt: Lohnt sich Gesundheitsförderung volkswirtschaftlich?</li> <li>- Welche gesellschaftlichen Veränderungen sind zukünftig im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung?</li> </ul>	Gesellschaftlicher Kontext
6. Regionale und überregionale Einrichtungen der Gesundheitsförderung	Institutioneller Kontext
7. Aufgaben, Programme und Arbeitsschwerpunkte der Einrichtungen; Medien zur Erreichung der jeweiligen Zielgruppen	Institutioneller Kontext

Inhalte	Konstitutives Merkmal
8. Bedeutung des Themas für den Beruf z.B. Vorstellung des Projektes „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (WHO)“	Situations- / Pflegeanlass
9. Methoden professionellen Handelns / Welchen Beitrag kann ich als Pflegende(r) leisten?	Handlungsmuster

## 7. Feinplanung

### 7.1 Anlass von Gesundheitsförderung und Prävention

#### 7.1.1 Inhaltliche Überlegungen

Die Notwendigkeit des Themas „Gesundheitsförderung und Prävention“, auch als Inhalt für die Pflegeausbildung, lässt sich aus vielfältigen Veränderungen ableiten.

In der Gesundheitspolitik standen lange Kuration und Rehabilitation im Vordergrund. Nur sehr mühsam setzte sich ein weiter gefasstes Verständnis bei den Verantwortlichen und Akteuren im Gesundheitssystem, unter Einbeziehung der Prävention und Gesundheitsförderung, durch.

Nicht zuletzt infolge ökonomischer Zwänge wird künftig der Gesundheitsförderung und Prävention ein hoher Stellenwert eingeräumt werden müssen. Zahlreiche Angebote unterschiedlicher Initiatoren wurden in den vergangenen Jahren entwickelt (z.B. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [BMGS], Krankenkassen, Schulen und Kindergärten, etc.).

Durch die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung zeichnet sich beispielsweise eine deutliche Zunahme der Diabetes- und Herz-Kreislauferkrankungen ab. Deren Verläufe und damit auch die entstehenden Kosten können durch Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen gezielt beeinflusst werden. Neben der Verbesserung der Lebensqualität sowie der Mobilität und Leistungsfähigkeit für die Bevölkerung, sind möglicherweise stationäre Klinikaufenthalte und andere krankheitsbedingte Folgekosten zu vermeiden. Damit entsteht ein gesamtgesellschaftlicher Nutzen, der sich z.B. an einer sich stabilisierenden Kostenentwicklung der Soziversicherungsträger messen lassen kann.

„Bedeutung und Nutzen von Gesundheitsförderung und Prävention müssen [...] in vielen gesellschaftlichen Bereichen stärker als bisher verdeutlicht werden, und zwar sowohl bei den Beteiligten des Gesundheitswesens und den Verantwortlichen anderer Politikbereiche, als auch bei den Bürgerinnen

und Bürgern selbst. Bei großen Teilen der Bevölkerung muss die Eigenverantwortung für Gesundheit weiter gestärkt werden. Viele politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind derzeit nicht so ausgestaltet, dass alle Gruppen der Bevölkerung gesundheitsförderliche Verhaltensweisen eigenverantwortlich umsetzen können“ (Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung, 2004).

Besonders wichtig erscheint es, mit Gesundheitsförderung und Prävention schon im Kindesalter zu beginnen, da bereits in dieser Lebensspanne alle grundlegenden Verhaltensweisen - auch gesundheitsschädigende - angebahnt und gefestigt werden. Als Zielgruppe müssen neben den primär Betroffenen auch die Bezugspersonen gesehen werden.

Aus diesen grundsätzlichen gesellschaftlichen Veränderungen resultiert sicherlich auch der verstärkte Stellenwert dieses Themenbereiches im neuen Krankenpflegegesetz (BMGS, 2003) und in der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (vom 10. November 2003) zu sehen. Neben den veränderten Ausbildungsinhalten bringen auch die Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und KrankenpflegerIn“ sowie „Gesundheits- und KinderkrankenpflegerIn“ das erweiterte Aufgabenspektrum der Pflegenden zum Ausdruck.

Gerade die Pflegenden haben durch ihren unmittelbaren und persönlichen Kontakt zu den zu betreuenden Klienten vielfältige Möglichkeiten, Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention wahrzunehmen und im Rahmen der Professionalisierungsbemühungen als eigenständigen Arbeitsbereich zu besetzen bzw. zu gestalten.

### **7.1.2 Lernziele**

Die Auszubildenden:

- werden für die Notwendigkeit und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen sensibilisiert.

### **7.1.3 Methodenvorschläge**

- Einzelarbeit: Literaturstudium
- Partnerarbeit: Datenrecherche im Internet, Analyse von statistischen Daten (z.B. Kosten im Gesundheitswesen, Prävalenzen etc.)

(Mögliche Quellen: s. 7.1.6)

#### 7.1.4 Medien

- Kopien / Texte / Arbeitsauftrag zur Einzelarbeit
- PC / Arbeitsauftrag zur Internetrecherche
- Ergebnissicherung: Poster mit Kernaussagen

#### 7.1.5 Didaktische Begründungen

Über die Konfrontation mit nüchternen Fakten soll ein Gedankenanstoß veranlasst werden, der eine vertiefende Auseinandersetzung mit den weiteren Inhalten der Unterrichtseinheit initiiert. Die Bedeutsamkeit des Themas wird transparent.

Es sind keine inhaltspezifischen Vorkenntnisse bei den SchülerInnen erforderlich. Durch Einzel- bzw. Partnerarbeit wird der Unterricht aktiv von den Auszubildenden getragen. Sie erweitern ihre Methodenkompetenzen sowie die Fähigkeit zum sozialen Lernen.

#### 7.1.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

- <http://www.diabetes-deutschland.de>
- <http://www.dgk.de>
- <http://www.forumpraevention.de>
- <http://www.gbe-bund.de>
- <http://www.ph-portal.de>
- <http://www.rki.de>

### 7.2 Begriffsbestimmungen, Definitionen

#### 7.2.1 Inhaltliche Überlegungen

Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich prinzipiell im Hinblick auf ihre Zielgruppen und demzufolge auch in ihren Zielen und zeitlichen Ansatzpunkten.

**Gesundheitsförderung** richtet sich grundsätzlich an die Gesamtbevölkerung, **Prävention** hingegen an Personen, die Risikogruppen angehören oder bereits erkrankt sind.

Der Begriff der Prävention lässt sich weiter ausdifferenzieren in **primäre**, **sekundäre** und **tertiäre Prävention**. Die primäre Prävention richtet sich an Personen, bei denen Risikofaktoren nachgewiesen werden konnten, aber noch kein gesundheitlicher Schaden entstanden ist. Zielgruppe der sekundären Prävention sind PatientInnen im frühen Krankheitsstadium, bei denen eine Zustandsverschlechterung verhindert werden soll. Im Rahmen

der tertiären Prävention werden PatientInnen unterstützt, die im Sinne der Rehabilitation vor Folgeerkrankungen geschützt und kompensatorisch gestärkt werden sollen.

Des Weiteren können Maßnahmen der Prävention in **verhaltensbezogene** und **verhältnisbezogene Interventionen** unterschieden werden. Verhaltensbezogene Interventionen beziehen sich auf Einstellungen, Haltungen und Motivation von Personen, verhältnisbezogene - im Gegensatz dazu - auf Lebensbedingungen (Hygiene, Bildung, Ernährung, Wohnung, soziales und politisches Umfeld) und die Umweltsituation (ökologisches Umfeld).

Mit dem Begriff „Gesundheitsförderung“ gleichzusetzen sind die Begriffe **primordiale Prävention** und **unspezifische, primäre Prävention**.

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation zur Gesundheitsförderung (WHO 1985) beschreibt Gesundheitsförderung als einen Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen soll.

Die Literaturrecherche ergab des Weiteren folgende Definitionen:

#### - **Gesundheitsförderung**

„... ist die Bezeichnung für alle Maßnahmen der unspezifischen primären Prävention, die sich auf die gesunde Gesamtpopulation richten. Ziel ist die Verhütung der Entstehung von Störungen und Krankheiten und zu diesem Zweck die Stärkung der Schutz- und Abwehrkräfte der Individuen und die Verbesserung der Lebensqualität und der Gesundheitsvorsorge der Menschen. Beispiele für solche Maßnahmen sind bevölkerungsweite Schutzimpfungen, Gesundheitserziehung in Kindergärten, Schulen und Massenmedien, Ernährungsberatung, Verbesserung der Wohnbedingungen, Umweltschutz.“

#### - **Primäre Prävention**

ist die Bezeichnung für alle Maßnahmen der spezifischen und gezielten Vorbeugung von Krankheit durch Beeinflussung von früh identifizierten Risikofaktoren. Diese Maßnahmen richten sich also an (potentielle) Risikogruppen und greifen erst ein, wenn Frühstadien von Risikofaktoren identifiziert wurden. Beispiele für Maßnahmen dieser Art sind gezielte Leistungsförderung bei schulischen Problemen, gezieltes Kompetenztraining bei aggressivem Verhalten, gezielte Aufklärungskampagnen für drogengefährdete Jugendliche.“ (Schlack, 2001)

## - **Prävention**

„... bezeichnet alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten richten. Die Interventionshandlungen lassen sich je nach Zeitpunkt des Eingriffs in einer Abfolge von Entwicklungsstufen der Störung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterscheiden.

## - **Gesundheitsförderung**

bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen. Dabei sind sowohl medizinische, als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze angesprochen. Die Adressaten der Gesundheitsförderung sind nicht - wie bei der Prävention - Risikogruppen, sondern alle Gruppen der Bevölkerung, vor allem auch die Gesunden. Ziele sind einerseits die Bewahrung von Gesundheit, andererseits die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen. In diesem Sinne schließt Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention ein.“ (Hurrelmann und Laaser, 1998)

**Tabelle 1: Zur Terminologie von Interventionsschritten**

	<b>primordial</b>	<b>primär</b>	<b>sekundär</b>	<b>tertiär</b>
<b>Interventionzeitpunkt</b>	im Gesundheitszustand	erkennbare Risikofaktoren	im Krankheitsfrühstadium	nach akuter Krankheitsbehandlung
<b>Zielgruppe</b>	Gesamtbevölkerung	Risikogruppen	Patienten	Rehabilitanden
<b>Zielsetzung</b>	Beeinflussung von Verhältnissen und Lebensweisen	Beeinflussung von Verhalten und Risikofaktoren	Beeinflussung der Krankheitsauslöser	Vermeidung von Folgeerkrankungen
<b>Interventionsorientierung</b>	Ökologischer Ansatz	Vorbeugender Ansatz	Korrektiver Ansatz	Kompensatorischer Ansatz
<b>Bezeichnung</b>	Gesundheitsförderung	Primärprävention	Sekundärprävention, Frühbehandlung	Tertiärprävention, Rehabilitation

(Hurrelmann & Laaser, 1998, S. 398)

„Für die **Gesundheitsförderung** sind Kenntnisse über Verhaltens- und Lebensbedingungen erforderlich. Diese betreffen vor allem das soziale, politische und ökologische Umfeld. Die Gesundheitsförderung sucht nach Faktoren, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen und stärkt sogenannte unspezifische Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung und gutes Betriebsklima), auch salutogene Faktoren genannt [...]. Der Gesundheitsförderungsansatz ist stärker auf die Beeinflussung der Lebensumstände, der Lebensverhältnisse gerichtet (deshalb Verhältnisprävention) und hat damit eine ausgeprägte (gesundheits-) politische Orientierung.

Ein weiterer, zentraler Aspekt ist der partizipatorische Ansatz, das heißt, die Menschen zu befähigen, dass sie ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlangen.

Für die **Prävention** sind Kenntnisse über die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten erforderlich. Die Prävention sucht nach krankheitsverursachenden Faktoren (z.B. Risikofaktor hoher Blutdruck) und zielt in erster Linie auf das Verhalten des Einzelnen ab (Verhaltensprävention).

- **Primärprävention:**

Verminderung von (Teil-) Ursachen bestimmter Erkrankungen; dadurch Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeit und Neuerkrankungen [...].

- **Sekundärprävention:**

Entdeckung von genetischen Dispositionen / biomedizinisch eindeutigen Frühstadien einer Erkrankung, Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses [...].

- **Tertiärprävention:**

Wirksame Verhütung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung, Verhinderung bzw. Milderung bleibender (insbesondere sozialer) Funktionseinbußen [...].“ (Barmer Ersatzkasse, 2004).

## 7.2.2 Lernziele

Die Auszubildenden:

- sind in der Lage, die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ gegeneinander abzugrenzen,
- gewinnen einen Überblick über die Zielgruppen und Ziele der unterschiedlichen Interventionen,
- übertragen die Begriffe auf konkrete Beispiele in unterschiedlichen Settings (von Pflege),
- erreichen einen Wissenszuwachs unter Anwendung schüleraktiver, eigenständiger Arbeitsformen.

## 7.2.3 Methodenvorschläge

Die Begriffsklärung könnte durch eine Gegenüberstellung der persönlichen Vorstellungen der Auszubildenden und der Definitionen in der Fachliteratur erreicht werden; die Aussagen der SchülerInnen könnten zunächst im

Rahmen einer **Kartenabfrage** ermittelt und dokumentiert werden. Daran anschließen würde sich die **Bearbeitung** von zur Verfügung gestellten **Texten** (beispielhafte Quellen s. 7.2.6) anhand konkreter Fragestellungen. Diese Fragen sollten sich auch auf die Zielgruppen und Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention beziehen.

Zur Vertiefung der vorangestellten Stundeninhalte wäre die Auseinandersetzung mit konkreten Beispielen der Gesundheitsförderung oder Prävention in unterschiedlichen Settings sinnvoll. Dazu könnten die Auszubildenden in **Gruppenarbeit** während des theoretischen Unterrichts eigene Ideen entwickeln und dokumentieren oder aber **Praxisaufträge (Partner- oder Einzelarbeit)** in ihrem Einsatzbereich erfüllen.

#### 7.2.4 Medien

- für die **Kartenabfrage**:
  - Pinnwand (mit Packpapier)
  - Karten für Thema
  - Karten in zwei Farben für SchülerInnenbeiträge
  - Filzstifte
  - Pinnnadeln
  
- für die **Textbearbeitung**:
  - Kopien der ausgewählten Textstellen
  - ggf. weitere Literaturhinweise (Lehrbücher der SchülerInnen)
  - schriftlicher Arbeitsauftrag:
    - Angaben zur Sozialform (Einzelarbeit, Partnerarbeit etc.),
    - konkrete Fragestellungen (z.B. nach Zielen, Zielgruppen, Verhaltens- oder Verhältnisbezogenheit, etc.),
    - Hinweis zur Form der Ergebnissicherung, Zeitvorgabe, ggf. Zeitpunkt der Auswertung
  
- für die **Gruppenarbeit** (→ eigene Beispiele entwickeln):
  - schriftlicher Arbeitsauftrag:
    - als Strukturhilfe könnten den SchülerInnen folgende Stichworte an die Hand gegeben werden:

- Art der Intervention
  - Zuordnung der Interventionsmaßnahme zur Kategorie (Gesundheitsförderung / primäre, sekundäre, tertiäre Prävention)
  - Ziel, Zielgruppe
  - Beteiligte (ausführende) Berufsgruppe(n)
- für den **Praxisauftrag**:
- schriftlicher Arbeitsauftrag für Partner- oder Einzelarbeit:
    - z.B. Ist-Analyse der vorhandenen Angebote / Maßnahmen zur Gesundheitsförderung / primären, sekundären, tertiären Prävention
    - Strukturhilfe zur Dokumentation der Ergebnisse: s. Gruppenarbeit / eigene Beispiele entwickeln

*Anmerkung:*

*Die Weiterverarbeitung des Praxisauftrag-Ergebnisses wäre unter Punkt 7.9 möglich, wobei zwischen der theoretischen Bearbeitung der Punkte 7.2 und 7.9 ein Praxiseinsatz erforderlich wäre!*

## **7.2.5 Didaktische Begründungen**

### **7.2.5.1 Ziele**

Die Begriffsklärung schafft die Basis für einen sicheren, einheitlichen Umgang mit den Bezeichnungen (Fachsprache) im weiteren Verlauf des Unterrichts. Zudem erweitert eine Betrachtung der Begriffe unter bestimmten Fragestellungen das Wissen über den Unterrichtsgegenstand und ist leitend als Struktur für die Anwendungsbeispiele.

Die Entwicklung eigener Ideen fordert die Auszubildenden zu einem Wissenstransfer auf. Der Erwerb dieser Fähigkeit ist als wesentliche Voraussetzung für ein eigenständiges (lebenslanges) Lernen zu betrachten.

### **7.2.5.2 Arbeitsformen**

Durch die **Kartenabfrage** sind alle Auszubildenden aufgefordert, einen Beitrag zum Unterricht zu leisten. Selbst SchülerInnen, die sich selten mündlich am Unterrichtsgeschehen beteiligen, erhalten eine Chance (bzw. können sich nicht entziehen), sich im Unterricht einzubringen.

Die **Textbearbeitung** als eine eigenständige Arbeitsform ist für die Aneignung neuen Wissens – auch nach der Ausbildung – unerlässlich. **Gruppen-** und **Partnerarbeiten** sind Arbeitsformen, die sowohl soziales als auch eigenständiges Lernen ermöglichen. Sie geben Raum für Diskussionen und für die Klärung von Verständnisfragen untereinander. **Praxisaufträge** sind geeignet, eine Verknüpfung der theoretischen Unterrichtsinhalte mit der Berufspraxis herzustellen.

### 7.2.5.3 Medien

Durch die Visualisierung der SchülerInnenaussagen an der **Pinnwand** gehen keine Meinungen / Aussagen verloren. Die **Arbeitsblätter mit den schriftlichen Arbeitsaufträgen** strukturieren und präzisieren diese für die eigenständige Arbeitsphase. Darüber hinaus sind sie als Orientierungshilfe in Bezug auf die zu erwartenden Ergebnisse zu sehen.

### 7.2.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

Barmer Ersatzkasse (2004). <http://www.barmer.de>. Abruf: Juli 2004

Brieskorn-Zinke, M. (1996). Gesundheitsförderung in der Pflege: Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.

Kellnhauser, E. (Hrsg.) et al (2004). Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Stuttgart, New York: Thieme.

Lauber, A. & Schmalstieg, P. (Hrsg.). (2004). Prävention und Rehabilitation. Stuttgart, New York: Thieme.

Menche, N. (Hrsg.). (2004). Pflege heute (3., vollständig überarbeitete Auflage). München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer.

Schlack, H. G. (Hrsg.). (2001). Sozialpädiatrie (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.

## **7.3 Theoretische Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention / Paradigmenwechsel**

### **7.3.1 Inhaltliche Überlegungen**

Gesundheitsförderung und Prävention erhalten im Gesundheitssystem mit dem sich vollziehenden Paradigmenwechsel - weg von einem pathogenetischen, biologisch-medizinisch orientierten Ansatz, hin zu einem salutogenetisch geprägten Verständnis von Gesundheit und Krankheit - einen neuen Stellenwert.

Der biologisch-medizinisch orientierte Ansatz stellt die Krankheit und deren Heilung in den Mittelpunkt. Sekundäre und tertiäre Prävention sind von Bedeutung; primäre Prävention und insbesondere die „unspezifische“ – nicht zielgruppenorientierte – Gesundheitsförderung, spielen dagegen keine oder eine nur sehr untergeordnete Rolle. Der biologisch-medizinische Ansatz versteht Gesundheit als das Fehlen von Krankheit und betrachtet demnach Gesundheit und Krankheit als zwei unvereinbare Gegensätze. „Krankheit wird verstanden als innerkörperlicher pathogener Vorgang, als Störung der normalen Funktionen der Organe oder ganzer Organsysteme“ (Hurrelmann & Laaser, 2003, S. 120, zitiert nach Vogt). Die Aufgaben aller im Gesundheitswesen Beschäftigten leiten sich aus pathogenetischen Zuständen ab. Krankheit ist eine Abweichung von einer an biologischen Maßstäben ausgerichteten und definierten Norm. Weitere Variablen wie z.B. Umwelt, sozialer Kontext, subjektive Befindlichkeit, etc. finden in dem biologisch-medizinisch orientierten Ansatz kaum Beachtung.

Das Konzept der Salutogenese dagegen versucht Gesundheit und Krankheit nicht ausschließlich kontrastierend zu betrachten, sondern hebt das Kontinuum zwischen den beiden Polen hervor. Auf diese Art und Weise findet eine Ergänzung, eine Erweiterung des biologisch-medizinischen Ansatzes statt. Es entsteht keine neue Kontrastierung. Anstelle von „Krankheit“ rückt nun „Gesundheit“ in den Mittelpunkt. Der salutogenetische Ansatz fördert eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen. Es bestehen - im Gegensatz zum medizinisch-pathologischen Denkansatz - keine Randgruppen (Behinderte, chronisch Pflegebedürftige, etc.) die aus dem Versorgungsansatz ausgeschlossen werden. Die bis in die 70er Jahre überwiegend vorherrschende pathogenetisch-kurative Grundhaltung wird mit diesem Konzept verlassen. Zudem enthält der salutogenetische Ansatz beispielsweise mehr Freiraum für Selbstverantwortung, Selbstpflege, Einbeziehung der individuellen Lebensbezüge und Berücksichtigung der Umwelt, wobei er die Stellung der / des „KlientIn“ stärkt, während der biologisch-medizinische Ansatz eher segmentär, organorientiert und auf Reparatur angelegt ist und die Defizite in den Vordergrund hebt. Die Versorgungsleistungen gegenüber der / dem KlientIn sind mehr hierarchisch organisiert, die / der PatientIn zeichnet sich eher durch Passivität aus.

Stellvertretend für den salutogenetischen Ansatz wird immer wieder Antonovsky zitiert. Es gibt diverse Veröffentlichungen über das von ihm vorgestellte salutogenetische Konzept. „Im Zentrum der Betrachtungen, die auf Antonovsky aufbauen, steht in diesem Modell die Gesundheit, die subjektiv erlebt, wahrgenommen wird. Subjektive Gefühle von Gesundheit können sich bekanntlich auch dann einstellen, wenn Menschen chronisch krank sind, unter denkbar ungesunden Bedingungen leben oder sich in schweren Krisen befinden. Das Modell akzentuiert also die subjektive Einschätzung der eigenen Lage, die sich nicht reduzieren lässt auf pathogene organische Prozesse“ (Hurrelmann & Laaser, 2003, S. 121, zitiert nach Vogt). Brieskorn-Zinke (2000, S.374) verweist auf die unterschiedlichen Grundgedanken und zentralen Fragestellungen beider Konzepte: „Er (Antonovsky) kontrastiert die fundamental unterschiedlichen Antworten des pathogenetischen und des salutogenetischen Modells anhand von fünf Fragen, die gerade auch im pflegerischen Alltag immer wieder von grundsätzlicher Bedeutung sind:

- Wie lassen sich Menschen im Hinblick auf ihren Gesundheitsstatus klassifizieren?  
Eine dichotome versus kontinuierliche Klassifikation.
- Was ist der Gegenstand von Untersuchung und Behandlung?  
Wissenschaftliche Diagnostik einer spezifischen Krankheit versus Bestimmung eines allgemeinen Gesundheits- / Krankheitsstatus einer Person.
- Welches sind wichtige ätiologische Faktoren?  
Einbeziehung von Risikofaktoren für bestimmte Erkrankungen versus eine ganzheitliche Lebensgeschichte, die unter Berücksichtigung von heilsamen und gesundheitsfördernden Ressourcen eine Einordnung auf dem Kontinuum ermöglicht inkl. heilsamer und gesundheitsfördernder Ressourcen.
- Wie werden Stressoren konzeptualisiert?  
Als etwas Ungewöhnliches und Pathogenes versus etwas Alltägliches und in den Konsequenzen Unbestimmbares?
- Wie soll Leiden behandelt werden?  
Die >magische Pille< zur Bekämpfung von Krankheiten versus Stärkung von Bewältigungsressourcen.“

Im Verständnis vieler Pflegetheorien lassen sich die in beiden Ansätzen implizit wie explizit vorliegenden Grundannahmen damit vergleichen, dass bei der biologisch-medizinischen Ausrichtung primär (ausschließlich) aktuelle „Gesundheits“-Probleme, bei der salutogenetischen Ausrichtung aber zusätzlich – und dies mit besonderem Augenmerk - potentielle „Gesundheits“-Probleme Berücksichtigung finden. Zudem scheint der salutogenetische

Ansatz eher den enthaltenen Grundsätzen einer aktivierenden Selbstpflegedefizittheorie (z.B. Orem) zu entsprechen.

### **7.3.2 Lernziele**

Die Auszubildenden:

- lernen verschiedene Definitionen von Gesundheit und Krankheit kennen,
- ordnen die Begrifflichkeiten der Lernsequenz 7.2 den Definitionen von Gesundheit und Krankheit zu,
- erkennen mit unterstützender Hilfe der Definitionen von Gesundheit und Krankheit den sich vollziehenden Paradigmenwechsel und können diese in den theoretischen Grundannahmen des biologisch-medizinischen bzw. des salutogenetischen Konzepts verorten,
- leiten erste Konsequenzen des Paradigmenwechsels für die Arbeit der Institutionen und Beschäftigten des Gesundheitswesens ab,
- reflektieren auf der Basis der beiden Konzepte kritisch das eigene Pflegeverständnis, als auch das der an der Ausbildung beteiligten Einrichtungen.

### **7.3.3 Methodenvorschläge**

- Einzelarbeit → Texterarbeitung: Definitionen von Gesundheit und Krankheit; Unterschiede herausarbeiten;
- Erste kritische Reflexion / Plenum: Welche Definition entspricht am ehesten unserem derzeitigen Pflegeverständnis? Bezugsherstellung zu den Definitionen von Prävention und Gesundheitsförderung;
- Lehrervortrag als Einstieg ins Gruppenpuzzle: Kurzvorstellung des biologisch-medizinischen und des salutogenetischen Konzepts. Präsentation der fünf Kontrastierungsfragen;
- Gruppenpuzzle: in fünf Gruppen wird jeweils eine der Fragestellungen herausgegriffen und inhaltlich gefüllt. Als Grundlagen dienen die zur Verfügung gestellten Definitionen von Gesundheit und Krankheit sowie die inhaltlich inzwischen bekannten Definitionen von Gesundheitsförderung und Prävention.
- Nach dem Wechsel der Gruppenkonstellation: Gegenseitige Präsentation und Zusammenfügung der Ergebnisse.

(zur Methode s. auch: Bundeszentrale für politische Aufklärung (2003)  
Methoden-Kiste)

- Abschließende Diskussion in der Großrunde mit der Fragestellung:  
„Welche Bedeutung / Konsequenzen hat der Paradigmenwechsel für die  
Institutionen und Beschäftigten des Gesundheitswesens?“

### **7.3.4 Medien**

- Text mit mehreren Definitionen von Gesundheit und Krankheit (z.B. World Health Organization [WHO] 1956, Gesundheits- / Krankheitsbegriff der von der Schule verwendeten Bezugspflegetheorie, etc.)
- Tafel: Schriftliche Fixierung der beiden Konzepte
- Overheadprojektor / Folie: Formulierung der fünf Kernfragen
- Arbeitsblätter für das Gruppenpuzzle: Je eine Kernfrage

### **7.3.5 Didaktische Begründungen**

Im Rahmen dieser „Ideensammlung für die mögliche Unterrichtsgestaltung“ wurde absichtlich auf die exemplarische Vorgabe von Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen verzichtet. Es bietet sich für den Unterricht an, weitestgehend auf die bereits in vorherigen Lerneinheiten verwendeten Definitionen zurückzugreifen. Auf diese Weise wird eine Integration bzw. Verschmelzung verschiedener Lerneinheiten zu einem Gesamtkonzept angestrebt. Durch den Rückgriff auf bereits bekannte Definitionen wird zudem der Zeitbedarf, der für die Einzelarbeit erforderlich ist, reduziert. Die SchülerInnen können ihr Augenmerk anschließend leicht - ohne die Gefahr evtl. kognitiver Konflikte, etc. - auf die im Folgenden zu erarbeitenden Fragestellungen lenken.

Nach der Phase der Einzelarbeit erfolgt ein Methodenwechsel. Innerhalb der Gruppe wird im Lehrer-Schüler-Gespräch eine Zuordnung zu den Definitionen von Gesundheitsförderung und Prävention vorgenommen. Über die Zuordnung der in der letzten Unterrichtssequenz erarbeiteten Begrifflichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention werden diese nicht nur wiederholt, sondern es findet vorrangig eine anwendungsbezogene Lernzielüberprüfung statt. Unklarheiten und Missverständnisse können auf diese Weise notfalls ausgeräumt werden und behindern damit nicht den angestrebten erfolgreichen Lehr-Lernprozess der nächsten Stunden.

Bei der Erarbeitung der unterschiedlichen theoretischen Konzepte wird auf den Schwerpunkt eines streng wissenschaftsorientierten Zuganges

verzichtet. Es soll insbesondere auf den personalen Erfahrungsbezug der SchülerInnen zurückgegriffen werden. Auf diese Weise soll die persönliche Betroffenheit mit der Thematik erkannt werden, wodurch die Lernmotivation erhöht wird. Nach einer ersten kurzen Vorstellung der beiden Konzepte mittels

Lehrervortrag, findet mit Hilfe eines Gruppenpuzzles eine vertiefende Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Ausrichtungen dieser Konzepte statt.

Der Anteil der Auszubildendenbeteiligung ist in dieser Phase sehr hoch. Die SchülerInnen arbeiten selbständig, wobei sich die Lehrkraft aus dem aktiven Unterrichtsgeschehen weitestgehend zurückzieht. Mithilfe dieser Methode werden insbesondere sowohl die Sozial- und Methodenkompetenz der Lernenden, als auch deren Eigenverantwortlichkeit für das Lernergebnis gefördert. Über die Zusammenführung bzw. den Austausch der Gruppenergebnisse in der zweiten Gruppenzusammensetzung wird erreicht, dass sich alle SchülerInnen aktiv am Unterricht beteiligen und ihre kommunikativen Fertigkeiten geübt werden. Über das Gruppenpuzzle wird methodisch eine Ergebnissicherung für alle erreicht.

Die anschließend in der Großrunde aufgeworfene Frage nach der Bedeutung des Paradigmenwechsels in der Gesundheitsförderung und Prävention für die Beschäftigten und Institutionen des Gesundheitswesens, stellt den Gegenwarts- und Zukunftsbezug der Thematik heraus und unterstreicht damit subjektiv und objektiv den Bedeutungsgehalt der Lerneinheit. Zudem findet über die Diskussion eine Überleitung zu den folgenden Abschnitten der Lerneinheit statt.

### **7.3.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche**

Brieskorn-Zinke, M. (2000). Die pflegerische Relevanz der Grundgedanken des Salutogenese-Konzepts. Pflege 2000, 13, S. 373-380.

Bundeszentrale für politische Aufklärung (Hrsg.) (2003). Methoden-Kiste. <http://www.bpb.de>. Abruf: Juni 2004

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (2003). Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa

## **7.4 Gesellschaftlicher Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention**

### **7.4.1 Inhaltliche Überlegungen**

Innerhalb unserer Gesellschaft gewinnt die Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung und auch in der deutschen Gesundheitspolitik, die lt. Elkeles, Kirschner, R. und Kirschner, W. (2003) seit Jahrzehnten eine Politik der Leistungs- und Kostenregulierung darstellt, genießen Prävention und Gesundheitsförderung zumindest programmatisch ein unvergleichlich hohes Ansehen. Das Standardrepertoire der Reden unserer Politiker beinhaltet

parteiübergreifend die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Prävention und Gesundheitsförderung.

„Gegenüber solchen programmatischen und rhetorischen Höhenflügen sieht die faktische, rechtlich-organisierte und finanzielle Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung allerdings deutlich nüchterner aus.“ (Elkeles, Kirschner, R. & Kirschner, W., 2003) „Das Potential bzw. die Potenz zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme und Aufgaben, die der Gesundheitsförderung und Prävention von der Politik zugemessen werden, wird allerdings noch übertroffen von der Omnipotenz, die die Verfechter und Akteure gerade der Gesundheitsförderung selbst ihr zuweisen. Gesundheitsförderung ist das „cure all“, das Allheilmittel nahezu für alle individuellen und kollektiven gesundheitlichen Probleme.“ (ebenda)

So sehr Prävention und Gesundheitsförderung von außen als gleichberechtigte Strategien der primären Prävention verstanden werden, sind doch

„die Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich der jeweils präferierten Maßnahmen und der politisch-ideologischen Orientierung sehr heterogen“ (ebenda). Auf der einen Seite ist „die risikofaktorsenkende, individuelle Primärprävention vorwiegend durch Mediziner, auf der anderen Seite die niederschwellige, kollektive, unspezifische Gesundheitsförderung im Setting durch Soziologen, Psychologen und Gesundheitswissenschaftler zu verorten. Ersterer wird häufig eine Mittelschichtorientierung attestiert, während letztere auch in ihrer Orientierung auf sozial Benachteiligte und ihre programmatische Bezugnahme auf „Ottawa“ einen verhältnispräventiven, sozialemanzipatorischen Anspruch verfolgt.“ (ebenda)

Als Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen bekommen primäre Prävention und Gesundheitsförderung im § 20 SGB V des Gesundheitsreformgesetzes von 1989 eine rechtliche Normierung. Dieser Paragraph wurde zum 1.1.1997 weitgehend abgeschafft und in veränderter Form mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz wieder eingeführt (vgl. ebenda, S.39).

Stellt man die Frage, wer, womit, für wen und wozu Prävention und Gesundheitsförderung betreibt, so trifft man auf ein weites Feld,“ das im

Zweifel von der Wellnesskur, dem Krafttraining, der Verabreichung blutreinigender Tees, der Gesundheitsförderung in Settings bis zur Gripeschutzimpfung reicht.“ (ebenda) Während primäre Prävention lt. Kirschner et al. (2003) noch überschaubar sein mag, so ist der Bereich der Gesundheitsförderung praktisch nicht eingrenzbar.

Von Zeit zu Zeit werden empirische Erhebungen über den Umfang und die Struktur entsprechender Projekte und Maßnahmen durchgeführt.

In der neusten Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) werden Projekte aufgelistet, die lt. Kirschner et al. nur eine Teilmenge darstellen. Aus der Vielfalt und Fülle von Projekten ist jedoch zu schließen, dass ein „Gesundheitsförderungsfieber“ die Bevölkerung ergriffen hat.

Abgesehen von Wellness- und Fitnessangeboten zeigt sich das Bevölkerungsinteresse an Gesundheitsförderung und Prävention eher als verhalten.

Der Bundesgesundheitsurvey von 1998 beinhaltet diesbezüglich folgende Zahlen: Pro Jahr haben 10% der 20-79 jährigen, 7% der Männer, 14% der Frauen und 7% der unteren Schichten entsprechende Angebote genutzt.

Als Anbieter solcher Maßnahmen sind unter anderem Ärzte, medizinische Heilberufe und andere Akademikergruppen zu finden.

Laut Elkeles et al. (2003, S. 42) ist Prävention und Gesundheitsförderung derzeit finanziell so gering ausgestattet, dass „hierdurch relevante oder auch nur messbare Effekte auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht ausgehen können“.

Apitz und Winter (2004) verdeutlichen, dass von stärkeren Investitionen in die Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung nicht nur ein höherer gesundheitlicher Nutzen, sondern auch Einsparungsmöglichkeiten und damit wiederum ein Beitrag zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen erwartet werden.

Bereits der Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dargestellt, dass die Stärkung der Prävention als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition zur Optimierung des Gesundheitswesens, gesehen werden muss.

„Dabei ist Prävention nicht allein als Primärprävention zu verstehen, sondern in einem umfassenden Sinn von der Gesundheitsförderung bis zur Rehabilitation“. (Apitz & Winter, 2004)

Insbesondere durch die demographische Entwicklung in Deutschland werden chronische Erkrankungen zunehmend das Krankheitsgeschehen bestimmen und somit einen hohen Belastungsfaktor für die Krankenversicherung darstellen.

Viele chronische Erkrankungen und typische Alterskrankheiten können durch entsprechende Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen reduziert oder gar vermieden werden.

In der Verknüpfung des pathogenetischen und salutogenetischen Ansatzes, liegt lt. Apitz und Winter (2004) darin die große Chance von Prävention und Gesundheitsförderung, die unbedingt genutzt werden sollte.

Weiterhin ist es von Bedeutung, die Kompetenzen und Ressourcen der Menschen zur eigenverantwortlichen Gesundheitserhaltung zu entwickeln und auch zu stärken, sowie andererseits günstige Rahmenbedingungen dafür zu schaffen. Eine Vielzahl von Partnern ist in Deutschland für diese beiden Aufgaben sowohl inhaltlich als auch finanziell zuständig, wobei letztendlich auch die Bürgerinnen und Bürger selbst in der Verantwortung stehen.

Apitz und Winter (2004) beklagen jedoch in diesem Zusammenhang, dass die auf vielen Schultern verteilte Zuständigkeit bisher nicht immer optimale Ergebnisse hervorgebracht hat. Sie benennen in diesem Zusammenhang eine Vielzahl von Einzelkonzepten, Forschungsergebnissen und Programmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, die unverbunden und unkoordiniert nebeneinander existieren.

„Gute Ansätze trugen in vereinzelt Bereichen und Regionen sowie für begrenzte Zeit Früchte, aber oft nicht bundesweit und auch nicht nachhaltig genug. Es war somit Zeit, die Weichen neu zu stellen und der Prävention Vorfahrt zu gewähren. Das BMGS hat damit begonnen, eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitswesens durch eine deutliche und nachhaltige Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung einzuleiten.“

(Apitz & Winter, 2004, S.68)

In der Koalitionsvereinbarung vom 16.10.2002 wurde dieses Ziel ausdrücklich aufgenommen. Demnach soll Prävention neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege eine eigenständige Säule darstellen:

„Prävention wird eine eigenständige Säule neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege sein. Um Prävention angesichts der Vielzahl von verantwortlichen Entscheidungsträgern durchschlagkräftig zu gestalten, wird das „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ sukzessive ausgebaut. Hier werden die Entscheidungen konzentriert, Kampagnen entwickelt und umgesetzt. Einen Schwerpunkt bildet die präventive Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Zur Steigerung der Wirksamkeit präventiver Maßnahmen werden die entsprechenden Vorschriften in einem Präventionsgesetz zusammengefasst und ergänzt.“

(Auszug aus der Koalitionsvereinbarung vom 16.10.2002)

Um die Prävention grundsätzlich zu stärken und auf diesem Gebiet eine größere Transparenz zu schaffen, wird das BMGS ein Präventionsgesetz erarbeiten. Ziele sind die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die

Sicherung von Lebensqualität, Mobilität und Leistungsfähigkeit sowie die Stabilisierung der Kosten im Gesundheitswesen. Laut dem ersten „Entwurf – Eckpunkte für ein Präventionsgesetz“, entwickeln Prävention und Gesundheitsförderung den größtmöglichen Nutzen, wenn sie an prioritär zu verfolgenden Gesundheitszielen ausgerichtet werden. Diesbezüglich werden folgende benannt:

- Entstehung von Krankheiten verhindern
- Krankheiten frühzeitig erkennen
- Bewältigung von Krankheit ermöglichen
- Vorzeitige Verrentung verhindern
- Pflegebedürftigkeit vermeiden bzw. hinauszögern.

Des Weiteren werden nachfolgende Schwerpunkte des Präventionsgesetzes dargestellt:

- Koordination und Kooperation
- Qualitätssicherung
- Lebensweltorientierte Maßnahmen
- Neuordnung der primären Prävention in der Sozialversicherung.

Abschließend werden die breite Finanzbasis für Prävention und die finanziellen Auswirkungen dargestellt.

Ein Meilenstein für die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung war lt. Apitz und Winter (2004) die Gründung des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ im Sommer 2002. Innerhalb dieses Forums sollen die zahlreichen positiven Ansätze und Akteure in diesem Bereich durch Bündelung in ihrer Wirkung verstärkt werden.

Darüber hinaus soll in der Bevölkerung das Bewusstsein bzgl. des Nutzens und der Notwendigkeit individueller Prävention geweckt und die Menschen durch Leistung der notwendigen Hilfestellungen zu gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert werden.

„Allen Aktivitäten des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung liegt ein Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention zugrunde, das neben der Senkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsbelastungen auch die Stärkung von Gesundheitsressourcen umfasst und besonderes Gewicht auf die Vermeidung und den Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen legt. Grundsätzlich wird Wert darauf gelegt, ressortübergreifende und intersektorale Kooperationen zu fördern, Handeln

zu unterstützen und die Betroffenen in die Projektgestaltung einzubinden.“  
(ebenda)

Das Forum hat diesbezüglich drei themenbezogene Arbeitsgruppen initiiert:

- 1.) Gesunde Kindergärten und Schulen
- 2.) Betriebliche Gesundheitsförderung
- 3.) Gesund altern.

Die bestmögliche Gesundheit der Bevölkerung, welche ein zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik darstellt, wird durch die Entwicklung von Gesundheitszielen transparent gemacht und unterstützt. Bezüglich der Ziele - in den Bereichen Diabetes mellitus, Brustkrebs, Reduzierung des Tabakkonsums, Gesund aufwachsen, Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz - wurde ein umfassender Ansatz verfolgt. Dieser Ansatz beinhaltet lt. Apitz & Winter (2004) die präventive Vermeidung von Krankheiten sowie eine verbesserte Versorgung im Krankheitsfall.

Obwohl der Weg zu einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik lt. Apitz & Winter (2004) noch lang und steinig ist, standen 2003 - angesichts der großen parteien- und sektorenübergreifenden Übereinstimmung - die Chancen auf einen grundlegenden Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung besser als je zuvor.

Die oben stehenden Aspekte hinsichtlich des gesellschaftlichen Stellenwertes von Prävention und Gesundheitsförderung erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und bedürfen somit immer wieder einer aktuellen Ergänzung in Hinsicht auf neue Statistiken, Gesetze, aktuelle Bundesgesundheitsveys, Ergebnisse des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung, etc..

#### **7.4.2 Lernziele**

Die Auszubildenden:

- erhalten einen ersten Einblick in den gesellschaftlichen Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung,
- lernen exemplarisch die themenbezogenen Arbeitsgruppen des deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung kennen,
- erhalten einen Einblick in das Präventionsgesetz bzw. vorläufige Gesetzesentwürfe.

### 7.4.3 Methodenvorschläge

- Textarbeit
- Betrachtung des Präventionsgesetzes (Erster Entwurf – Eckpunkte für ein Präventionsgesetz)
- Betrachtung von Statistiken zur Annahme von Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb unserer Gesellschaft
- Erhebung zum derzeitigen Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung innerhalb des Kurses

### 7.4.4 Medien

- Aktuelle Zeitungsartikel aus der Tagespresse / aktuelle Literatur
- Kopien aktueller Literatur
- Statistiken
- Erstellung eines Fragebogens

### 7.4.5 Didaktische Begründungen

Die didaktische Begründung muss erneut individuell erfolgen, wenn weitere, jeweils aktuelle Quellen vorliegen. Insgesamt vermittelt dieser Bereich den Lernenden einen Einblick in die aktuell vorliegenden Aussagen zum gesellschaftlichen Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung und gibt ihnen die Gelegenheit, sowohl fremde als auch eigene Sichtweisen und Erfahrungen zu reflektieren und zu hinterfragen. Des Weiteren wird den SchülerInnen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit lebenslangen Lernens, anhand der Aktualisierung bestehenden Wissens, verdeutlicht.

### 7.4.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

Apitz, R. & Winter, S. F. (2004, 3-4). Fond / Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 67-71.

Brieskorn-Zinke, M. (1996). Gesundheitsförderung in der Pflege: ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [BMfGS]: Erster Entwurf – Eckpunkte für ein Präventionsgesetz. Letzte Änderung: 14.10.03; Abruf: n.d.

Bundesvereinigung für Gesundheit / Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (n.d.). Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen. AG1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“.AG2 „Gesunde Betriebe“. AG3 „Gesund altern“. [http://www.bvgesundheits.de/ar\\_deutschesforum.html](http://www.bvgesundheits.de/ar_deutschesforum.html). Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 10.10.2004

Deutsches Ärzteblatt (n.d.). Aktuelles: Angeblich Einigung auf Eckpunkte für Gesundheits-Präventionsgesetz  
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=17842>. Letzte Änderung: 11.10.2004; Abruf: 12.10.2004

Elkeles, T., Kirschner, R., Kirschner, W. (2003, 3). Prävention und Gesundheitsförderung als Ziele nachhaltiger Gesundheitspolitik in Deutschland. Zeitschrift Prävention, 26, Seiten 37-45.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.

## **7.5 Historische und aktuelle Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention**

### **7.5.1 Inhaltliche Überlegungen**

Prävention, die als die Kunst bezeichnet wird, Krankheit am Entstehen zu hindern, ist zum zentralen Thema der modernen Gesellschaft geworden. Die Pflegenden werden somit in Zukunft mehr in die Prävention eingebunden sein.

Schon das Krankenpflegegesetz von 1985 fordert in § 4 Abs. 3, dass die Ausbildung insbesondere auch auf die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten gerichtet ist. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, mussten die Ausbildungsinhalte erweitert und der Stellenwert der Präventionsmaßnahmen erhöht werden. Dieser Forderung wird insbesondere durch die Novellierung des Krankenpflegegesetzes (2003) Rechnung getragen.

„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“ (BMGS, 2003).

Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde beabsichtigt, die Prävention als elementare Säule des Gesundheitssystems wieder zu stärken.

Der Kneipp-Bund war mit der Bundesministerin Andrea Fischer im Gespräch (n.d.), um nicht die Prävention an Krankheitsbilder zu koppeln, sondern eine

ganzheitliche, allgemeine Prävention im Gesundheitsstrukturgesetz 2000 zu verankern. Tatsächlich hatte aber die Erhaltung der Gesundheit schon viel früher einen hohen Stellenwert. Vor allem in den Hochkulturen nahm die Anleitung zu einem gesunden Leben einen großen Raum ein, zum Beispiel in Indien und in Griechenland (Hippokrates). Auch Hildegard von Bingen, bedeutende heilkundige Äbtissin des deutschen Mittelalters, vertritt diesen Standpunkt.

Der deutsche Hygieniker Max von Pettenkofer (1818 – 1901) sagt in diesem Zusammenhang Folgendes:

„Die Kunst zu heilen, kann viele Leiden lindern,  
doch schöner ist die Kunst, die es versteht,  
die Krankheit am Entstehen zu hindern.“

Diese Tradition der Medizin als eine „Wissenschaft der Gesundheit“ ist jedoch in der Neuzeit abgebrochen und es bedarf heute großer Mühen, sie zu neuem Leben zu erwecken.

### **7.5.1.1 Historischer Hintergrund der Prävention**

Aufgrund eines Mangels an aussagekräftiger Literatur erheben die nachfolgenden Ausführungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Folgenden sollen unter anderem die Prävention und Gesundheitserziehung als Vorläufer der Gesundheitsförderung betrachtet werden, wobei die Prävention an anderer Stelle intensiv fokussiert wird.

Vom 18. bis zum 20. Jahrhundert versuchte man, das Auftreten von Krankheit zu vermeiden und Gesundheit zu erhalten, indem man Krankheitserreger bekämpfte und sich bemühte, deren Übertragung zu verhindern.

Im 20. Jahrhundert drängten Impfungen schwerwiegende Erkrankungen wie z. B. die Pocken zurück. Während bei den Infektionserkrankungen ein Rückgang zu verzeichnen war, nahmen die so genannten Wohlstandskrankheiten nach dem Zweiten Weltkrieg zu. Hierzu zählen sowohl die Herz-Kreislaufkrankungen als auch Diabetes mellitus.

In dieser Zeit entstand eine Medizin, die den Zusammenhang verschiedener Risikofaktoren bei der Krankheitsentstehung erforschte (vgl. Menche, 2004). Neue Methoden der Krankheitsverhütung und Gesundheitsvorsorge wurden eingesetzt. Mit Hilfe von Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung und –bildung wurde versucht, den Menschen eine gesunde Lebensweise nahe zu bringen, die diese auch umsetzten. Hierzu zählten unter anderem Inhalte bzgl. der Risikofaktoren Rauchen, einseitige Ernährung und Bewegungsmangel.

Gesundheitserziehung und -bildung beinhalteten eine Wissensvermittlung an bestimmte Zielgruppen, um diesen zu einer gesundheitsbewussten Einstellung zu verhelfen und ihnen zudem Fähigkeiten bzgl. der Umsetzung eines gesundheitsbewussten Lebens zu vermitteln.

Gesundheitsaufklärung beinhaltet eine Weitergabe von Informationen mit Hilfe von Werbespots und Informationsbroschüren. Ziel ist hier die Beeinflussung von Verhaltensweisen bei Individuen und Gruppen. Dazu zählen unter anderem die Kampagnen der BZgA .

Adressaten der Gesundheitsförderung sind lt. Hurrelmann und Laaser (1998) nicht Risikogruppen, wie dies bei der Prävention der Fall ist, sondern alle Gruppen der Bevölkerung mit dem Ziel der Bewahrung von Gesundheit und der Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen. Somit schließt die

Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention mit ein.

In diesem Zusammenhang wird auch das Motto der World Health Organization [WHO]: „Make the healthier choice the easier choice“ verdeutlicht.

1977 lautete das Motto der WHO: „Gesundheit für alle“.

Der Beschluss der Organisation beinhaltet, dass alle Menschen der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau erreichen sollten, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Diesbezüglich wurden 38 Einzelziele formuliert. 1978 unterstrich die internationale WHO / UNICEF – Konferenz von Alma Ata diese primären Ziele.

Im Jahre 1980 folgte darauf die europäische Antwort:

Die in der WHO-Euro zusammengeschlossenen europäischen Staaten reagierten mit der Formulierung einer gemeinsamen gesundheitspolitischen Strategie, die sie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2002“ nannten. Sie sollte dazu führen, die Umweltvoraussetzungen und Lebensbedingungen der Menschen bis zum Jahre 2000 zu verbessern und damit die Chancen auf Gesundheit zu erhöhen.

1986 erfährt diese Strategie in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ eine Weiterentwicklung. Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat diese Charta am 21.11.1986 in Ottawa verabschiedet. Die Charta betont lt. Hurrelmann & Laaser (1998), dass „Gesundheitsförderung eine gesundheitsgerechte Gestaltung der sozialen und natürlichen Umwelt zum Ziel hat und zugleich jedem einzelnen Menschen die notwendigen Kompetenzen vermitteln möchte, um seine persönliche Gesundheit zu verbessern [...]“.

Sie ruft zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus“ auf. Die Konferenz verstand sich in erster Linie als Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine öffentliche Gesundheitsbewegung.

Im Jahr 1997 erfolgte die Jakarta–Erklärung zur Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert, die in ihrem Kern folgende drei Ziele favorisiert:

- Rückblick auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung seit Annahme der Ottawa – Charta,
- Ausbildung von Möglichkeiten für eine langfristige Zusammenarbeit mit neuen Partnern auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung,
- Formulierung der vor uns liegenden neuen Herausforderungen sowie von Verantwortlichkeiten und Strategien der auf diesem Sektor Tätigen.

#### **7.5.1.2 Ziele im 21. Jahrhundert**

Die vorrangigen Ziele der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert sind folgende:

- Förderung der sozialen Verantwortung für die Gesundheit,
- Steigerung der Ausgaben für die Verbesserung der Gesundheit,
- Konsolidierung und Auswertung der Partnerschaften für Gesundheit,
- Förderung der Kompetenzen der Gemeinden und Befähigung der Einzelnen,
- Sicherung der Infrastruktur für Gesundheitsförderung.

Die WHO soll in diesem Zusammenhang die Leitung eines weltweiten Bündnisses übernehmen.

In der Zeitschrift „Die Schwester / der Pfleger“ 11 / 1988 schreiben Herbst in ihrem Artikel „Ziele der Gesundheit für alle, Implikation für das Pflegewesen“ unter anderem:

„Pflege im ganzheitlichen Sinn ist dynamisch und flexibel und hat die Fachkompetenz, das pflegerische Angebot jeweils auf die individuell notwendigen Bedürfnisse hin zu modifizieren. Damit bietet die Pflege von ihrer inhaltlichen Bestimmung her im Prinzip sehr gute Möglichkeiten, den Zielen „Gesundheit 2000“ näher zukommen und ihren Beitrag zur Verwirklichung der Vorstellungen der WHO zu leisten.

Nach über zehn Jahren haben diese Ausführungen noch ihre volle Gültigkeit und sollen wieder mehr in den Mittelpunkt gestellt werden.

Die in der Pflege Tätigen müssen „die Zeichen der Zeit“ verstehen und die Herausforderung annehmen! Die vorhandenen Kompetenzen der Pflegenden müssen ausgebaut und gebündelt werden, Seminare und Fachtagungen sind zu organisieren.

Die Krankenhäuser, die in „Gesundheitszentren“ umbenannt werden sollen, müssen ihre Mitarbeiter auf dieses Ziel hin aus- und fortbilden. Es geht auch um die Erhaltung von Arbeitsplätzen für die Pflegenden [...].“

Pflegende werden sich mit einer zunehmenden Professionalisierung immer mehr der Bedeutung ihrer Beratungsaufgabe hinsichtlich eines gesundheitsfördernden Verhaltens innerhalb des Pflegealltags bewusst.

Die Gesundheitsorientierung spiegelt sich auch in den mit dem neuen Krankenpflegegesetz eingeführten Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und KrankenpflegerInnen“ / „Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen“ wider. Erst dann, wenn Pflegende ihre Einstellung bzgl. Gesundheit klar erkannt haben, sind sie lt. Lauber und Schmalstieg in der Lage, ihr persönliches gesundheitsförderndes oder –verhinderndes Verhalten zu reflektieren.

Je bewusster es ihnen gelingt, ihre eigene Gesundheit trotz bestehender Belastungen zu fördern und auch zu erhalten, desto überzeugender können sie die Beratung anderer übernehmen.

Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit gesundheitsfördernden Maßnahmen erhöht die Belastbarkeit Pflegender im Pflegealltag (vgl. Lauber & Schmalstieg, 2004).

Die oben stehende Aussage macht deutlich, wie wichtig eine diesbezügliche Sensibilisierung bereits in der Ausbildung ist.

Laut Lauber & Schmalstieg (2004) ist die Entwicklung gesundheitsfördernder Strategien für Pflegepersonen maßgeblich von deren Reflexionsfähigkeit sowie ihren inneren und äußeren Ressourcen abhängig. Hinsichtlich der inneren Ressourcen werden hier Haltungen und Wertevorstellungen benannt. Zu

den äußeren zählen u.a. mitarbeiterorientierte Führungskräfte und ein intaktes Familienleben. Sind diese Ressourcen nur in unzureichendem Maße vorhanden, dient Arbeitssucht im Extremfall als Ausgleich.

Ist die Arbeitsbelastung im Verlauf schließlich nicht mehr zu bewältigen, tritt das Phänomen der inneren Kündigung bis hin zum Vollbild des Burnout-Syndroms auf.

Trotz umfassender Ansätze in vielen Bereichen hat sich gezeigt, dass es sehr schwierig ist, Menschen für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Verhaltensweisen zu gewinnen. Hierfür wird eine Vielzahl an Ausreden und wichtigen Gründen vorgeschoben, um das eigene Verhalten in ein positives Licht zu setzen.

Reine Wissensvermittlung erscheint Lauber & Schmalstieg (2004) als wenig geeignet, Einsichten zu vermitteln und Verhalten nachhaltig / langfristig zu ändern.

Folgende Ansatzpunkte sollen in diesem Sinne verfolgt werden (vgl. ebenda):

- Erziehung,
- geeignete Vorbilder,
- gesundheitliche Aufklärung,

- Spaß am gesunden Leben.

Gesundheitsfördernde Ansätze erfolgen heute u.a. folgendermaßen:

- Verhütung und Früherkennung von Krankheiten (SGB V),
- Unterstützung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen durch entsprechende Rahmenbedingungen in den Bereichen
  - Schule / Beruf
  - Erziehung / Vorbildverhalten
  - Aufklärung / Spaß am gesunden Leben.

Trotz aller vorausgehend dargestellten positiven Aspekte der Gesundheitsförderung darf - lt. Lauber & Schmalstieg (2004) - nicht außer Acht gelassen werden, dass „... das Leitbild eines „gesunden“ oder „gesundheitsfördernden“ Lebens nicht für alle Menschen als erstrebenswertes Ziel verallgemeinert [...]“ werden kann, da die individuellen Lebensbedingungen und -ziele der Menschen weltweit zu verschieden sind.

### **7.5.2 Lernziele**

Die Auszubildenden kennen die Bedeutung:

- der historischen und aktuellen Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention,
- von Gesundheitsförderung und Prävention für unsere Gesellschaft und können diese erläutern,
- von Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb ihres Arbeitsfeldes und können diese sowohl integrieren als auch kritisch reflektieren.

### **7.5.3 Methodenvorschläge**

- Textarbeit
- Anhand einer Collage:  
Gegenüberstellung von Gesundheitsförderung und Prävention - früher / heute
- Selbsterfahrung:  
U.a. eignet sich Sebastian Kneipps Konzept dazu, die SchülerInnen zu befähigen, in ihrem Beruf gesundheitsfördernd beraten zu können.

#### **7.5.4 Medien**

- Overheadprojektor (OHP)
- Bücher / Kopien / Zeitungen / Zeitschriften

#### **7.5.5 Didaktische Begründungen**

Die Unterrichtseinheit soll dazu beitragen, den SchülerInnen sowohl geschichtliche, als auch aktuelle Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu verdeutlichen. Dies soll anhand des bereits vorhandenen Wissens

und durch den Einsatz neuer Quellen erfolgen.

Innerhalb einer Gesellschaft, in der der Mensch in zunehmendem Maße krankmachenden und gesundheitsschädigenden Faktoren ausgesetzt ist, ist es von wachsender Bedeutung, sowohl gesellschaftlich, als auch individuell einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention zu leisten. Anhand der geschichtlichen Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention soll den SchülerInnen die enorme Bedeutung dieser beiden Aspekte veranschaulicht werden.

Die Auszubildenden sollen in diesem Zusammenhang auch lernen, Potentiale der Gesundheitsförderung und Prävention zu erkennen und zu nutzen.

#### **7.5.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche**

Herbst (1988/11) Ziele der Gesundheit. Die Schwester / Der Pfleger.

Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.). (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, München: Juventa.

Lauber, A.; Schmalstieg, P. (Hrsg.). (2004). Prävention und Rehabilitation. Stuttgart, New York: Thieme.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003). Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW.

## **7.6 Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention, national (überregional) und international**

### **7.6.1 Inhaltliche Überlegungen**

Die Vielzahl der Organisationen mit dem entsprechenden Arbeitsbereich erscheint annähernd unüberschaubar. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema kann im Rahmen des Unterrichts daher sicherlich nur exemplarisch erfolgen. Leitend für eine Auswahl könnte die Überlegung sein, möglichst Einrichtungen mit unterschiedlichen Trägern / Organisationsformen, differierenden Arbeitsschwerpunkten oder Zielgruppen vorzustellen. Beispielhaft seien an dieser Stelle einige genannt:

- national / überregional:
  - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
  - Bundesvereinigung für Gesundheit (BfGe)
  - Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
  - Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE)
  - Robert-Koch-Institut (RKI)
  - Deutsches Grünes Kreuz (DGK)
  - Pro Familia
  - Arbeiterwohlfahrt (AWO)
  
- International:
  - Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (WHO)
  - terre des hommes
  - medico international

Träger der Einrichtungen sind häufig eingetragene, gemeinnützige Vereine aber auch der Staat oder die Vereinten Nationen (UN). Daraus resultieren unterschiedliche Finanzierungen und Leitungsstrukturen. Alle Organisationen verfolgen bestimmte Ziele, aus denen sich ihre Arbeitsschwerpunkte ableiten lassen. Das Leistungsspektrum umfasst konkrete Projekte und Kampagnen, die Durchführung entsprechender Veranstaltungen sowie die Verbreitung unterschiedlichster Medien an die Bevölkerung im Allgemeinen und / oder speziell an Fachleute im Besonderen.

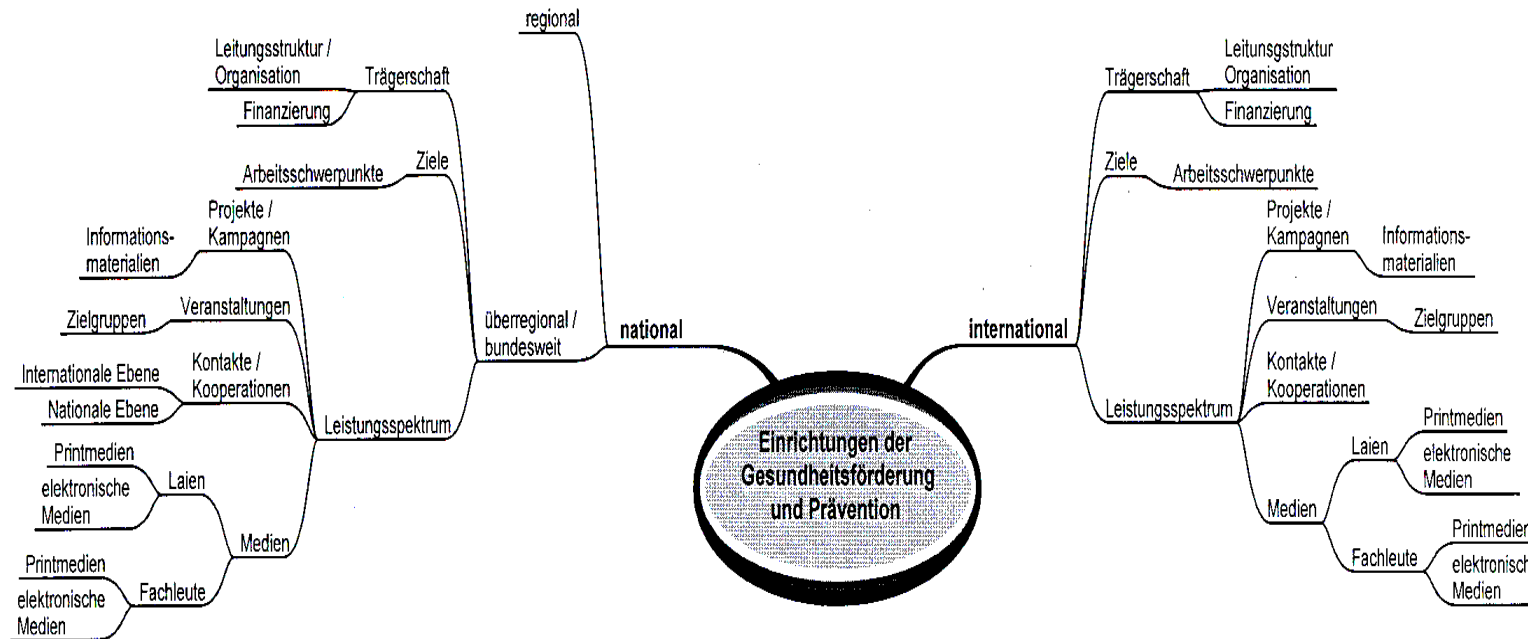


Abb.: Mindmap: Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention (Arbeitsauftrag vgl. 7.6.4.2)

## 7.6.2 Lernziele

Die Auszubildenden:

- lernen die Vielfalt der national und international agierenden Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention kennen,
- entwickeln eine Vorstellung vom Arbeitsspektrum und der Arbeitsweise der Einrichtungen,
- erarbeiten / erfassen dabei Gleichheiten und Unterschiede in der Zielrichtung und im Arbeitsspektrum der einzelnen Einrichtungen,
- erweitern ihre soziale und methodische Kompetenz durch eigenverantwortliche Arbeitsformen.

## 7.6.3 Methodenvorschläge

Eine Möglichkeit der Herangehensweise an das Thema wäre, im Rahmen einer **themendifferenzierten Gruppenarbeit** alle (ausgewählten) Einrichtungen unter den gleichen Gesichtspunkten / der gleichen Fragestellung zu betrachten. Auf diese Weise sollte es gelingen, sowohl einen ersten Überblick zu erhalten als auch Gleichheiten und Unterschiede herauszuarbeiten.

Die zu beantwortenden Fragestellungen könnten im Rahmen eines **Brainstormings** mit den Auszubildenden gemeinsam erarbeitet werden. Dabei sollten alle Vorschläge dokumentiert und ggf. auch strukturiert werden (z.B. Mindmap).

Die Auswertung der Gruppenarbeit könnte in „**Expertengruppen**“ stattfinden, d.h. aus jeder ursprünglichen Arbeitsgruppe findet sich eine Person mit denen zusammen, die sich über die anderen Einrichtungen informiert haben; die Lernenden stellen sich gegenseitig ihre Arbeitsergebnisse vor.

## 7.6.4 Medien

### 7.6.4.1 Tafelbild / Flipchart

Leitfrage für das Brainstorming:

Welche Informationen benötigen Sie über die bundesweit und international tätigen Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention, damit Sie sich ein Bild über deren Arbeit machen können?

### 7.6.4.2 Mindmap

Strukturierung der Fragestellungen für themendifferenzierte Gruppenarbeit:  
s. 7.6.1 ( → ggf. auch zur Ergebnissicherung geeignet)

### 7.6.4.3 Arbeitsblatt

Arbeitsauftrag für Gruppenarbeit (z.B. 5 x 5 SchülerInnen):

Name der Schule	Name d. DozentIn
Kurs	Arbeitsblatt Datum
Nationale und internationale Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention	
<b><u>Arbeitsauftrag Gruppenarbeit:</u></b>	
Bitte informieren Sie sich, unter Berücksichtigung der besprochenen Fragestellungen, über die Einrichtung, die Sie zur Bearbeitung ausgewählt haben.	
Notieren Sie bitte Ihr Arbeitsergebnis schriftlich.	
Jedes Gruppenmitglied sollte anschließend in der Lage sein, als „ExpertIn“ anderen KursteilnehmerInnen das Ergebnis seiner Recherchen zu vermitteln. Berücksichtigen Sie dabei, dass die Präsentation anschaulich und nachvollziehbar sein sollte.	
Arbeitszeit: 90 min	
Auswertung am: .....	

*Anmerkung:*

- *Arbeitsauftrag ggf. durch vorgegebene Literatur oder Literaturvorschläge ergänzen!*
- *Zugangsmöglichkeit jeder Arbeitsgruppe zu elektronischen Medien sicherstellen!*

## 7.6.5 Didaktische Begründungen

### 7.6.5.1 Ziel

Der **Überblick** über die Einrichtung dient zunächst einmal der Vermittlung neuen Wissens. Darüber hinaus können die SchülerInnen einen Eindruck von der Vielfalt der Angebote sowie Anregungen für die eigene Arbeit erhalten.

Die **Gegenüberstellung** mehrerer Einrichtungen soll eine kritische Auseinandersetzung mit deren Angeboten initiieren; die Fähigkeit zum **eigenverantwortlichen Lernen** ist Voraussetzung für lebenslanges Lernen, welches den Auszubildenden ermöglicht, unterschiedliche, sich wandelnde berufliche Anforderungen zu bewältigen (siehe auch Teil A / Intentionen und didaktische Kommentierung der Ausbildungsrichtlinie NRW).

### 7.6.5.2 Arbeitsformen

Die **Gruppenarbeit** ist eine Arbeitsform, die sowohl soziales als auch eigenständiges Lernen ermöglicht. Sie gibt Raum für Diskussionen und für die Klärung von Verständnisfragen untereinander.

Durch die **themendifferenzierte Bearbeitung** kann in der zur Verfügung stehenden Zeit ein Eindruck von der Breite des Spektrums vermittelt werden. Darüber hinaus ist ggf. eine Gruppenfindung /-zusammensetzung nach Interessenlage der einzelnen Auszubildenden möglich, wodurch eine Motivationssteigerung zu erwarten ist.

Durch das **Brainstorming** zur Ermittlung der Fragestellungen für die Gruppenarbeit wird eine Orientierung an den Bedürfnissen der Auszubildenden gewährleistet. Gleichzeitig übernimmt die Lerngruppe die Mitverantwortung für das zu erwartende Arbeitsergebnis.

Durch die Auswertung der Arbeitsergebnisse in sog. „**Expertengruppen**“ erhält jede(r) SchülerIn die Chance, sein neu erworbenes Wissen zu präsentieren und bei Bedarf mit den anderen „**ExpertInnen**“ zu diskutieren. Niemand fühlt sich übergangen oder kann sich dem Lernarrangement entziehen.

### 7.6.5.3 Medien

Die Verwendung eines **Flipcharts** oder eines **Tafelbildes** erscheint zur Dokumentation der Leitfrage (Brainstorming) als sinnvoll, da diese zu komplex ist, um ausschließlich mündlich gestellt zu werden. Durch die Visualisierung bleibt den SchülerInnen, während sie Überlegungen dazu anstellen, die Frage präsent.

Eine **Mindmap** ordnet die Fragestellungen der SchülerInnen, sodass eine festgelegte Gliederung als Voraussetzung für die gewünschte Gegenüberstellung der Einrichtungen entsteht.

Das **Arbeitsblatt** mit dem Arbeitsauftrag für die Gruppenarbeit strukturiert und präzisiert diesen (einschließlich Zeitvorgabe) für die eigenständige Arbeitsphase. Darüber hinaus gibt es eine Orientierung hinsichtlich des zu erwartenden Ergebnisses.

### 7.6.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

Alle zur Bearbeitung vorgeschlagenen Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Prävention (7.7.1) verfügen über einen Auftritt im Internet. Dieser ist als Ausgangspunkt für weitere Recherchen grundsätzlich geeignet, wenngleich die einzelnen Seiten auch in ihrer Aktualität und Ausführlichkeit differieren.

<a href="http://bzga.de">http://bzga.de</a>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<a href="http://bvgesundheit.de">http://bvgesundheit.de</a>	Bundesvereinigung für Gesundheit
<a href="http://dge.de">http://dge.de</a>	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
<a href="http://www.fke-do.de">http://www.fke-do.de</a>	Forschungsinstitut für Kinderernährung
<a href="http://www.rki.de">http://www.rki.de</a>	Robert-Koch-Institut
<a href="http://www.dgk.de">http://www.dgk.de</a>	Deutsches Grünes Kreuz
<a href="http://www.profamilia.de">http://www.profamilia.de</a>	po familia
<a href="http://www.awo.org">http://www.awo.org</a>	Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband
<a href="http://who.dk">http://who.dk</a>	WHO, Regionalbüro Europa
<a href="http://tdh.de">http://tdh.de</a>	terre de hommes
<a href="http://medico.de">http://medico.de</a>	Medico international

Über das Internet sind in der Regel auch Veröffentlichungen / Medien (Broschüren, Bücher, Poster, Flyer, etc.) zu bestellen oder herunterzuladen:

Bundeszentrale für politische Aufklärung (Hrsg.). (2003). Methoden-Kiste. <http://www.bpb.de>. Abruf: Juni 2004

## **7.7 Regionale Institutionen der Gesundheitsförderung und Rehabilitation (Sportvereine, Volkshochschule, Selbsthilfegruppen, Krankenkassen)**

### **7.7.1 Inhaltliche Überlegungen**

#### **▪ Sportvereine**

Sportvereine verfolgen schwerpunktmäßig - unabhängig von den jeweiligen Sportangeboten – das Ziel der Gesundheitsförderung. In den letzten Jahren sind darüber hinaus, sowohl auf private, als auch auf öffentliche Initiativen hin zusätzlich Sportgruppen entstanden, die zielgruppenspezifisch Präventionsaufgaben wahrnehmen (z.B. Herzsportgruppen, Bewegungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche, etc.). Innerhalb dieser spezifischen Gruppen können unterschiedliche Präventionsaspekte (im Sinne der primären, sekundären und tertiären Prävention) in den Vordergrund gestellt werden.

Im Folgenden werden ausschließlich Angebote des Breitensports und ihre Bedeutung für die Thematik „Gesundheitsförderung und Prävention“ betrachtet. Der sowohl auf Amateur-, als auch auf Profineiveau betriebene Leistungssport wird ausgeklammert, da hier von den Akteuren primär eine andere Zielsetzung verfolgt wird.

Adressaten der Sportvereine sind vorerst alle Individuen der Gesamtbevölkerung, unabhängig von Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, sozialem Status etc..

Dementsprechend gibt es viele Sportangebote, bei denen es für die Gruppen charakteristisch ist, dass sich ihre soziale Struktur heterogen zusammensetzt. Vorteile dieses sog. „Jedermann-Sports“ sind, dass weniger der Leistungsaspekt als vielmehr soziale Integration, der Aufbau von sozialen Netzwerken und die Förderung sozialer Handlungskompetenzen im Vordergrund stehen. Damit werden im salutogenetischen Verständnis wesentliche Elemente der Gesundheitsförderung angesprochen und unterstützt.

Ein gut funktionierendes, stabiles soziales Netzwerk ist in der Lage, das Individuum in Krisensituationen wie z.B. Krankheit aufzufangen und kann seine subjektive und objektive Handlungsfähigkeit erhalten bzw. unterstützen.

Zugleich liegt die „Eintritts-Schwelle“ bei dem „Jedermann-Sport“ für den einzelnen Menschen niedriger. Der verpflichtende Charakter von beispielsweise Punktspielen, Wettkämpfen oder angenommenen und tatsächlichen Leistungserwartungen, wie er bei „Leistungs-Sport-Gruppen“ antizipiert wird, hemmt die Unverbindlichkeit des Zugangs zu diesen auf eine bestimmte Sportart ausgerichteten Gruppen. Einfach mal nur

hineinschnuppern, ohne gleich Verpflichtungen eingehen zu müssen, ist in „Jedermann-Sport-Gruppen“ leichter realisierbar. Ein Rückzug ist jederzeit ohne sozialen Schaden möglich.

Damit bieten Angebote des „Jedermann-Sports“ ein hervorragendes Mittel, um das Individuum auf den Weg gesundheitsförderlichen Verhaltens zu bringen. Mit der dort hinzu gewonnenen sozialen Handlungskompetenz kann ein Fundament für weitere vom Individuum ausgehende Aktivitäten gelegt werden. Dieses entspricht dem Ziel der Gesundheitsförderung, die Eigenverantwortung und eine aktive Rolle des Subjekts zu seinem eigenen Wohl zu fördern; damit findet bewusst eine Abwendung von dem Klischee des passiven Konsumenten – insbesondere im Bereich des Gesundheitswesens – statt.

In unserer Gesellschaft lässt sich eine zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen verzeichnen. Vor allem Stoffwechsel – und Herz-Kreislaufstörungen sowie eine Vielzahl von Schädigungen des Bewegungsapparates stellen eine hohe Belastung für die Bevölkerung dar. Aufgrund dieser beschriebenen Problematik spielt, neben dem sozialen Aspekt der Sportvereine, auch der Nutzen einer aktiven Körperbewegung und –schulung eine wichtige Rolle.

Die im Breitensport anzutreffenden sportartspezifischen Gruppen (z.B. Fußball, Handball, Leichtathletik, etc.) sind in ihrer Zusammensetzung homogener. Neben dem reinen „Spas-Faktor“ und sozialer Nähe, tritt eine unterschiedlich stark ausgeprägte Leistungsorientierung hinzu, die im Einzelfall dazu führen kann, dass Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention verdrängt oder sogar bewusst negiert werden. So ist nicht auszuschließen, dass in Einzelfällen Konkurrenzverhalten etc. den gesundheitsförderlichen Aspekt der funktionalen Integration in ein soziales Netzwerk überlagern und zunichte machen. Dieser Verweis auf mögliche negative Konsequenzen innerhalb einer Leistungsgruppe darf jedoch in seiner quantitativen Bedeutung nicht überbewertet werden. Innerhalb einer handlungskompetenten Gruppe und / oder bei entsprechender Begleitung durch einen versierten Übungsleiter, sollten derartige Tendenzen der Deviation frühzeitig aufgefangen und aufgelöst werden können.

Sowohl die größere Verbindlichkeit, als auch die stärkere Geschlossenheit (Inclusion / Exclusion) der sportartspezifischen Gruppen innerhalb des Breitensports, erfordern vom Individuum eine bewusster Auseinandersetzung mit seinem Status und Rollenverhalten. In aktiver Form lernt es, ständig neu zu verhandeln, sich zu behaupten und sich einzuordnen. Auf diese Weise wird Sozialkompetenz erworben, die nicht nur auf der Mikroebene genutzt werden kann, sondern dem Einzelnen in seiner alltäglichen Bewährung als vergesellschaftetes Individuum – auf allen Ebenen sozialen Handelns - zu Gute kommt. Somit leisten die Sportvereine mit ihren Angeboten eine Arbeit, die sowohl dem Individuum, als auch der Gesellschaft gleichermaßen zum Vorteil gereichen. Das Individuum erfährt

hautnah, dass es an Prozessen sozialen Wandels aktiv beteiligt ist und eine Chance hat, seine Umwelt so mitzugestalten, dass physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden und damit Gesundheit im Sinne der WHO-Definition von 1956, erlebbar werden.

Die funktional-integrale und gesundheitsfördernde Bedeutung von Sportvereinen erfährt auch in der Öffentlichkeit hohe Wertschätzung. So erhält die Arbeit der Sportvereine eine Förderung durch den Staat, das jeweilige Land, den Kreis und die Kommunen sowie eine Unterstützung auf finanzieller Ebene.

Die Sportvereine machen insbesondere über Sport- und Freizeitveranstaltungen, Tage der offenen Tür, Medienberichte in den regionalen Zeitungen, Home-Pages im Internet, öffentliche Anschläge, Jugend- und Kinderarbeit in den Schulen, etc. auf sich aufmerksam und werben auf diese Art um neue Mitglieder.

Eine Sonderrolle im Bereich der Sportvereine nehmen die Betriebssportgruppen ein. Auch hier wird ein Bewegungsausgleich zu vielfach monotonen Bewegungsabläufen während des Arbeitstages angeboten. Zudem wird das Gemeinschaftsgefühl im Sinne der „corporate identity“ gefördert.

Diese Punkte haben einen positiven Einfluss auf das subjektive und objektive Wohlbefinden des Beschäftigten. Insbesondere im Zuge der zunehmenden Rationalisierung und Bürokratisierung erfährt der Arbeitnehmer eine - insbesondere die Gesundheit belastende - Entfremdung am Arbeitsplatz, der auf diesem Wege effektiv entgegengewirkt wird. Folge ist eine Steigerung der Arbeitsproduktivität sowie ein Sinken der krankheitsbedingten Fehltagel. Aus diesem Grund fördern viele, vor allem größere und damit implizit die Anonymität des einzelnen Beschäftigten begünstigende Unternehmen, bereits sehr intensiv den Ausbau von Betriebssportgruppen.

Gesundheitsförderung stellt also auch für die Betriebe eine wichtige ökonomische Kalkulationsgröße dar.

#### ▪ **Volkshochschulen**

Die Volkshochschulen bieten im öffentlichen Auftrag Inhalte der allgemeinen und politischen Bildung an.

Ein großes Fenster im Rahmen der allgemeinbildenden Angebote sind Kurse aus den Bereichen Sport und Ernährung. Man sieht daran, dass auch der Staat großes subsidiäres Interesse an der sozialen Wohlfahrtspflege hat. Gegen einen geringen finanziellen Beitrag stehen die Angebote jedermann offen. Sozial Benachteiligte haben die Möglichkeit, einen Antrag auf Kostenbefreiung zu stellen, um somit ebenfalls uneingeschränkt an den Offerten teilzunehmen.

Während viele Freizeitangebote in den letzten Jahren aus dem Programmangebot der Volkshochschulen gestrichen worden sind (insbesondere aus dem künstlerisch-musischen und kreativen Bereich), erleben die Volkshochschulen gleichermaßen einen Nachfrageboom, sowohl zu berufsbezogenen Qualifikationen, als auch zu Programmen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Einzelne Angebote dazu werden zusätzlich finanziell von den Krankenkassen gefördert bzw. mitunterstützt.

Mit zeitlich befristeten Angeboten wird der Neigung der Bevölkerung entsprochen, unverbindlich neue Themen zu erkunden und erste Neugier zu befriedigen. Eine inhaltliche Fortsetzung ist nur im begrenzten Rahmen möglich. Zumeist kann ein Volkshochschulkurs im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention eher als Impuls verstanden werden. Eine Fortsetzung initiiert Verhaltensänderungen ist dann sowohl auf privater Ebene als auch – je nach regionalem Angebot - im sozialen Rahmen eines Sportvereins, etc. möglich.

Das Spektrum des Angebots richtet sich nach der Verfügbarkeit von Räumlichkeiten, der Nachfrage sowie dem Vorhandensein geeigneter Lehrkräfte bzw. ÜbungsleiterInnen. Aus diesem Grund können die jeweiligen Angebote der Volkshochschulen sehr stark variieren. Diese werden je Halbjahr in Informationsheften bzw. -broschüren zusammengefasst und an zentralen, öffentlich gut besuchten Institutionen zur kostenlosen Mitnahme ausgelegt.

Des Weiteren werden die Informationen der Bevölkerung über die regionalen Medien und vermehrt auch über das Internet zugänglich gemacht.

Studien belegen, dass insbesondere Personen aus der Mittel- und Oberschicht auf die Angebote der Volkshochschule zurückgreifen. Letztendlich profitieren damit die Personen, die aufgrund ihres Bildungsgrades, ihres Sozial-Status und ihrer beruflich eher weniger einengenden Handlungsfelder ein relativ geringeres Krankheitsrisiko haben als andere (vgl. u.a. Joas, 2003). Das bedeutet, dass von den Volkshochschulen die Personengruppen mit einem besonders hohen Gesundheitsrisiko kaum bzw. nur unzureichend erreicht werden, obwohl das Angebot auch diese einschließt.

#### ▪ **Krankenkassen**

Angesichts der fortgesetzten Kostenexplosion im Gesundheitswesen, der demographischen Entwicklung und der im letzten Jahrhundert festzustellenden Verschiebung des Krankheitsspektrums - weg von den Infektionskrankheiten, hin zu chronischen Erkrankungen - ändert sich die Ziel- und Aufgabensetzung der Krankenkassen in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention. Nur die Reduzierung bzw.

Vermeidung der Entstehung chronischer Krankheiten kann eine effektive Entlastung des kurz vor dem Kollaps stehenden solidarischen Gesundheitssystems bewirken.

Die vollzogene Bewusstseinsveränderung und der eingeleitete Wandel der Schwerpunktsetzung zukünftiger Aufgaben spiegeln sich auch in den bereits vielfach vollzogenen Namensänderungen der Krankenkassen in „Gesundheits- und Krankenkasse“ wider.

Es kommt zudem zu einer Neuverteilung der knappen Ressourcen zugunsten der Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention.

Das verfolgte salutogenetische Prinzip zeigt sich u.a. darin, dass die Krankenkassenmitglieder bewusst in die Pflicht genommen werden, mehr Eigenaktivität und Selbstverantwortung zu zeigen. Exemplarisch sichtbar wird dies an den parallel zur Gesundheitsreform vom 01.01.2004 eingeführten Bonusprogrammen der einzelnen Krankenkassen. Gewinner sind Individuum, Institution und Gesellschaft zugleich.

Die Krankenkassen bieten diverse Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention an. Gefächert sind diese nach Themenbereichen. Nichtraucherкурse, Ernährungsberatung und Abnehmкурse, allgemeine Bewegung, Rückenschulung, Entspannungstechniken, etc. sind typisch. Betrachtet man die derzeit häufigsten chronischen Erkrankungen, wird genau diesen frühzeitig entgegenzuwirken versucht: Chronischen Atemwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Schädigungen des Bewegungsapparates wie z.B. Arthrose, Bandscheibenschäden, durch Stress ausgelöste Erkrankungen (s. z.B. Informationsblätter der Barmer Ersatzkasse bzw. die sehr ausführlichen und gut gestalteten Internetpräsentationen der Krankenkassen).

Je nach Größe des Einzugsgebietes und personeller Ausgangslage werden Programme entweder von den Krankenkassen in Eigenregie angeboten, oder aber andere Institutionen vor Ort, wie die Volkshochschule, ambulante Kur- und Rehabilitationseinrichtungen oder Physiotherapiepraxen gewonnen, die geeignete Angebote vorweisen.

Bisher basiert seitens der Krankenkassen die Teilnahme an Veranstaltungen der Gesundheitsförderung und Prävention ausschließlich auf der Freiwilligkeit der Mitglieder. Positive informelle und formelle Sanktionen werden als Anreiz gesetzt. Negativ-Sanktionen für Personen, die nicht an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention teilnehmen, werden in der Öffentlichkeit zwar bereits wiederholt diskutiert (z.B. Risikobeitrag für Raucher, Adipöse, etc.), befinden sich aber scheinbar noch nicht in einer zeitlich nahen gesundheitspolitischen Planungs- und Umsetzungsphase.

Die Krankenkassen versuchen, ihre Mitglieder in vielfältiger Weise zu erreichen und zur Partizipation an Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu ermuntern. Neben professionell gestalteten Medienbeiträgen im Fernsehen und im Internet, auf Großplakaten, Zeitschriften und Broschüren, aktiver Präsentation auf Messen und lokalen

Veranstaltungen, bieten die Krankenkassen auch vermehrt Informationsangebote an Schulen und anderen sozialen Einrichtungen an oder nehmen sowohl telefonisch, als auch schriftlich direkt Kontakt zu ihren Kunden auf.

▪ **Selbsthilfegruppen**

Insbesondere seit den 70er Jahren hat sich die Idee der Selbsthilfegruppe in den westeuropäischen Industriestaaten ausbreiten und lebensweltnah umsetzen können. Primäre soziale Hilfesysteme wie Familie und Nachbarschaft befinden sich seit den letzten Jahrzehnten in einem zunehmenden Auflösungsprozess. Parallel zu dem damit verbundenen Individualisierungsprozess, lässt sich das Ende wirtschaftlichen Aufschwunges und eine damit verbundene Verknappung finanzieller Ressourcen beobachten. Dieses hat insbesondere auf dem Sektor des Gesundheitswesens gravierende Konsequenzen auf das Bereithalten von Angeboten sekundärer institutionalisierter Hilfeleistungen. Professionelle Hilfe und Unterstützung lassen sich zunehmend weniger finanzieren. Mit einem sich wandelnden Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Tenor „weg von der Fremdhilfe, Hilfe zur Selbsthilfe“ (salutogenetisches Modell) erhalten Selbsthilfegruppen zusätzliche Bedeutung. Sie entsprechen zugleich dem subjektiven Bedarf des Menschen, nicht als Objekt sondern als handelndes, verantwortungsvolles Subjekt wahrgenommen zu werden.

Selbsthilfegruppen charakterisieren sich durch folgende gemeinsame Merkmale:

1. Die Mitglieder sind durch das gemeinsame Problem selbst betroffen.
2. Ziel ist die wechselseitige Hilfe in Bezug auf das gemeinsame Problem.
3. Es finden regelmäßige Treffen statt.
4. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.
5. Die Verantwortung für und die Entscheidung über die Gruppe liegen ausschließlich bei den Mitgliedern.
6. Es wird eine möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe angestrebt.
7. Keine Gewinnorientierung.

(vgl. Vogelsanger, 1995, S.24)

Damit nehmen Selbsthilfegruppen schwerpunktmäßig Aufgaben der Prävention wahr. Vorrangiges Ziel jedes Gruppenmitgliedes ist die Lösung des auf die eigene Person bezogenen Problems. Die Selbsthilfe hat damit Vorrang vor der gleichzeitig dabei geleisteten Fremdhilfe für die Gruppenmitglieder.

Entsprechend der Vielfältigkeit subjektiver Problemlagen, gibt es die unterschiedlichsten Selbsthilfegruppen. Eine Übersicht ist bei der „Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen“ [NAKOS] erhältlich. Die Gründung von Selbsthilfegruppen ist nicht an einen vorgegebenen Ort (im Sinne von Regionalität) gebunden. Sie kann bei entsprechender Eigeninitiative und entsprechendem Bedarf in Wohnortnähe entstehen. Damit ist diese Form der Selbsthilfe auch für Personen geeignet, die z.B. aufgrund körperlicher Behinderungen, fehlender bzw. eingeschränkter Mobilität oder mangels anderer Ressourcen (z.B. Zeit, familiäre Gebundenheit, etc.) nicht in der Lage sind, auf andere evtl. existierende und die Selbsthilfe unterstützende Angebote zurückzugreifen, die sich nicht in unmittelbarer Nähe befinden. Durch die im Gegensatz zu Vereinen oder Organisationen prinzipiell bestehende Möglichkeit, eine Selbsthilfegruppe relativ spontan – ohne vorherige und langwierige Berücksichtigung bürokratischer Vorgaben und Satzungen – ins Leben zu rufen bzw. dort Gruppenmitglied werden zu können, wird der in der Selbsthilfegruppe gesuchte Weg zur Selbsthilfe nicht unnötig erschwert. Es wird so eine reelle und praktikable Möglichkeit auf dem Weg aus einer allein nicht mehr zu bewältigenden Lebenskrise (z.B. Suchtabhängigkeit, Krebserkrankungen, etc.) geschaffen. Je nach Intention der Gruppe und Wünschen der Gruppenmitglieder, kann die Anonymität des Individuums, sowohl innerhalb der Gruppe als auch nach außen, gewahrt werden. Anderen Gruppen ist dagegen eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit sehr wichtig. Auch diese Möglichkeit besteht. Viele Selbsthilfegruppen arbeiten eng mit den Institutionen des Gesundheitssystems zusammen. So geben beispielsweise Krankenkassen, Krankenhäuser, Arztpraxen, oder Gesundheitsbehörden Adressen weiter, an die sich Betroffene und / oder ihre Angehörigen wenden können. Des weiteren werden Gruppentreffen in den lokalen Zeitungen inseriert. Über das Internet ( → Kontakt – und Informations-Stellen für Selbsthilfe [KISS]; NAKOS) werden ebenfalls Anschriften weitergegeben. Von dort kann eine subsidiäre Hilfe bei der Errichtung einer Selbsthilfegruppe eingeholt werden.

### **7.7.2 Lernziele**

Die Auszubildenden sollen:

- Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention auf regionaler Ebene benennen können,
- Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Leistungsangebotes dieser Institutionen kennenlernen und in Bezug auf das salutogenetische Prinzip kritisch analysieren,

- Pflegebedürftigen und Angehörigen bei der Beschaffung von vor Ort bestehenden Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention beratend und unterstützend Hilfestellung geben können,
- sich exemplarisch mit einem Leistungsangebot vertiefend auseinandersetzen,
- Möglichkeiten der Recherche einüben,
- Informationsmaterial unterschiedlicher Einrichtungen kritisch auf Nutzbarkeit für einzelne Zielgruppen hinterfragen.

### **7.7.3 Methodenvorschläge**

- Lehrer-Schüler-Gespräch für das Lernziel „Institutionen der Gesundheitsförderung und Prävention auf regionaler Ebene benennen Können“
- Eigenständige Literaturrecherche, Sichtung und Bearbeitung der im Unterricht zur Verfügung gestellten Materialien (z.B. Flyer, Info-Broschüren, Zeitungen, etc.)
- situationsbezogenes Plan- oder Rollenspiel: Informationsbedarf einer / eines Pflegebedürftigen / Angehörigen
- Erarbeitung in Groß- und Kleingruppen
- evtl. Einladen von Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe
- evtl. Besuch von Institutionen der Gesundheitsförderung oder Prävention

### **7.7.4 Medien**

- Materialien der Krankenkassen, Sportvereine, etc.
- Evtl. PC. mit Internetanschluss
- Arbeitsblatt: Arbeitsauftrag Plan- bzw. Rollenspiel
  1. Situationsbeschreibung (Pflegeanlass); Spielregeln
  2. Teilgruppenspezifisch: Nähere Angaben für die einzelnen Rollen
- Metaplankarten, etc.
- Overheadprojektor (OHP)

### **7.7.5 Didaktische Begründungen**

Zu Beginn der Lerneinheit werden im Lehrer-Schüler-Gespräch die regionalen Institutionen und ihr Bezug zum Thema „Gesundheitsförderung und Prävention“ erarbeitet. Damit erfolgt für das nachstehende Planspiel die Sicherstellung eines gemeinsamen Grundwissens.

Methodisch-didaktische Hinweise / Vorschläge zur Gestaltung bzw. zum Verlauf des Plan- bzw. Rollenspieles und dessen weitere Einbindung in den Unterricht:

1. Ziele des „Planspiels“ für die ganze Gruppe klar definieren.  
Fixierung der Ziele auf Folie (OHP);
2. Klärung, ob die gesamte Klasse bereit ist, sich auf das Planspiel einzulassen;
3. Vorgabe eines praxisnahen Fallbeispiels für einen Beratungsanlass (Situationsbeschreibung, Beteiligte, Sozialstruktur, Organisationsstruktur, etc.); anstelle eines fiktiven Fallbeispiels bietet sich das Aufgreifen eines von SchülernInnen real in der Ausbildungssituation erlebten / beobachteten Beratungsbedarfs an;
4. Rollen- bzw. Aufgabenverteilung: Pflegeperson, PatientIn, Angehöriger, Spielbeobachter (Beobachtung auf Interaktionsstruktur, fachliche Hilfestellung, Störfaktoren);
5. Räume für Teilgruppen zur Verfügung stellen / verbindliche Zeitvorgaben nennen, Spielregeln etc. festlegen;
6. Die Kleingruppen (Rollenspiel) erhalten Zusatzinformationen bzw. eine Beschreibung der jeweiligen Person, die sie verkörpern sollen.
7. Kleingruppen die Rollen erarbeiten, bzw. vom Beobachtungsteam Beobachtungskriterien konkretisieren lassen → stichpunktartiges Festhalten in den Kleingruppen;
8. Simulation der Beratungssituation;
9. Auswertung, Diskussion in der Großgruppe:  
→ Sammeln / Festhalten von für wichtig und übertragbar befundenen Kriterien für das Gelingen derartiger Situationen (auf Metaplankarten);
10. Überprüfung der spezifischen Leistungsangebote der unterschiedlichen regionalen Institutionen für den im „Planspiel“ aufgeworfenen Beratungsanlass (in vier bis fünf Kleingruppen);
11. Präsentation der Ergebnisse im Plenum.

Über das Plan- bzw. Rollenspiel und die damit aufgeworfenen Fragestellungen können die weiteren Lernziele erreicht werden. Während sich eine Gruppe mit den Fragestellungen und Bedürfnissen der PatientInnen / Angehörigen auseinandersetzen muss, versucht die Gruppe der Pflegenden erste Antworten zu geben. Die Beobachter sammeln Kriterien und Erwartungen für die erfolgreiche Beratung. Über das Planspiel erfolgt eine Sensibilisierung bzw. ein Motivationsanreiz, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Bei der Auswertung des Plan- bzw. Rollenspiels werden Kriterien / Anforderungen gesammelt, die ein erfolgreiches Beratungsgespräch erfüllen muss. Hierbei wird die bereits in den Lerneinheiten I.23 angebaute Beratungskompetenz der SchülerInnen

vertieft. Im Anschluss kann in Kleingruppen zu der im Planspiel angerissenen Problematik nach Informationsmaterial gesucht werden. Hier bietet es sich an, neue Gruppierungen zusammenzustellen und die regionalen Besonderheiten des Einzugsgebietes und der Schwerpunktsetzung der an die Schule angeschlossenen Einrichtungen zu berücksichtigen. In der abschließenden Präsentation können die Ergebnisse der Einzelgruppen kritisch unter der Berücksichtigung des zuletzt genannten Lernzieles, diskutiert werden.

Die über das Planspiel initiierte Lernform begünstigt problemorientiertes, eigenständiges Arbeiten und unterstützt soziales Lernen. Ergebnisse der Gruppen werden zusammengefügt (Förderung von arbeitsteiliger Teamarbeit mit einem gemeinsamen übergeordneten Ziel). Die SchülerInnen üben die Informationsrecherche sowie Kommunikationsformen. Zudem gelten die im Planspiel gewonnenen Bearbeitungskriterien als Leistungsmaßstäbe für die weiteren Kleingruppenarbeiten. Die SchülerInnen werden sehr stark zu selbstorganisierten Lernprozessen veranlasst. Außerdem wird der Erwerb personaler, sozialer und methodischer Kompetenzen unterstützt.

Zeitlich sind bei dem beschriebenen Aufbau des Unterrichts große Gestaltungsspielräume möglich. So kann bei entsprechenden Vorgaben das Plan- bzw. Rollenspiel als Einstieg mit einem Zeitrahmen von ca. zehn bis 15 Minuten genutzt werden. Es ist - je nach pädagogischer Intention - auch ein Ausbau auf den Zeitraum einer Doppelstunde möglich, an die dann im weiteren Unterrichtsstundenkontingent die Informationsbeschaffungsphase angeknüpft wird.

Als Ergänzung für die Unterrichtseinheit bietet sich eine Anwendungsphase an. Diese kann im Unterricht im Rahmen eines theoretischen Lernauftrages umgesetzt werden. Alternativ kann auch eine Praxisaufgabe für einen der nächsten Einsätze formuliert werden.

### **7.7.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche**

U.a. im Internet:

Homepages der unterschiedlichen Krankenkassen, Volkshochschulen, KISS-Homepages der regionalen Sportvereine, Kreis-, Stadt-, Landessportbund

Joas, H. (2001). Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt a. M., New York: Campus.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen [NAKOS] (2004). <http://www.nakos.de>. Letzte Änderung: 03.10.2004; Abruf: 03.10.2004

Vogelsanger, Vreni (1995). Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz: Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Zürich: Seismo-Verlag.

## **7.8 Projekt der WHO: „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“**

### **7.8.1 Inhaltliche Überlegungen**

Durch Literaturrecherche ist eine umfangreiche Informationssammlung möglich. Zum Thema „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ sind allein im Internet mit Hilfe der Suchmaschine „web.de“ über 2200 Treffer zu erzielen (Stand 12.05.2004). Dort stellen sich u.a. die Krankenhäuser, welche Mitglieder des Netzwerkes sind, mit ihren Projekten vor.

Unter der Internetadresse <http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/14355.html> ist eine Hausarbeit mit dem Thema „Gesundheitsförderung durch Intervention in soziale Systeme, Konzepte, Umsetzung am Beispiel „Gesundes Krankenhaus“ für 7,99€ herunterzuladen. Eine Literaturangabe aus den Fachzeitschriften der Pflege ist schnell überaltert, da laufend Informationen der Projekte des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. [DNGfK] veröffentlicht werden. Die jährlichen Nationalen Konferenzen und Mitgliedervollversammlungen des DNGfK haben sich als wertvolle Wissens- und Ideenbörsen etabliert. Im Jahre 2005 wird in Berlin die dritte deutschsprachige Konferenz stattfinden.

### **7.8.2 Lernziele**

Die Auszubildenden:

- können den Grundgedanken und die Entstehung des WHO-Projektes „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ beschreiben,
- sind in der Lage, die Grundprinzipien der Wiener Empfehlung anzugeben und hierzu praktische Beispiele zu benennen,
- haben Kenntnisse über die Strategien der Projektumsetzungen der gesundheitsfördernden Krankenhäuser,
- wissen über die Voraussetzungen / Rahmenbedingungen der WHO zur Teilnahme im Netzwerk Bescheid.

### **7.8.3 Methodenvorschläge**

Die Einführung und Hinführung zum Thema dieser Sequenz liegt vermehrt am Ende der Lerneinheit „Gesundheitsförderung und Prävention“ und wird mit den Auszubildenden besprochen; die Lernziele sollten den SchülerInnen bekannt sein. Zudem sollte die Lehrperson gemeinsam mit ihnen die Form der Erarbeitung absprechen.

Denkbar ist eine Erarbeitung in themendifferenzierten Gruppen mit den Fragestellungen:

1. Historisches – Woher kommt der Grundgedanke (Ottawa Charta, Budapest Deklaration, Wiener Empfehlung, Chiemsee Erklärung, Homburger Leitlinien)?
2. Welche Grundprinzipien stehen in der „Wiener Empfehlung“ und wo sind praktische Umsetzungsmöglichkeiten gegeben?
3. Welche Leitsätze finden sich in der Struktur der Krankenhäuser zur Gesundheitsförderung und wie sind diese zu verwirklichen?
4. Wie hat sich das DNGfK gem. e.V. entwickelt, welche Bedingungen werden an die Mitglieder gestellt, und welche Arbeitsform besitzt das Netzwerk?

Die Ergebnisse können von den Auszubildenden präsentiert und diskutiert werden. Es sollte außerdem eine schriftliche Kurzfassung der Erarbeitung erstellt werden, die es jedem Lernenden ermöglicht, die Gesamtheit der Thematik zu erfassen.

### **7.8.4 Medien**

- Stellwände, Flipchart, buntes Papier, Stifte, Kleber, etc.  
Internet-Zugang, Drucker, Kopierer, Laptop, Beamer

### **7.8.5 Didaktische Begründungen**

Die Auszubildenden werden mit dem Thema „Gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ und der Arbeit im Netzwerk konfrontiert, um eine Sensibilität in ihrem beruflichen Umfeld zum Thema zu erlangen. Dem soll eine Motivierung zur Handlungsfähigkeit angeschlossen sein, um gesundheitsfördernden Projekten offen zu stehen und ggf. daran mitzuwirken.

## 7.8.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

- Internet:

<http://www.hausarbeiten.de/faecher/vorschau/14355.html>

<http://www.anna-kh.de/ueber/who/leitsaetze.htm>

<http://www.dngfk.de>

- Fachzeitschriften aus dem Pflegebereich
- Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (Hrsg.). (1999). Wege zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.

## 7.9 Methoden professionellen Handelns

### 7.9.1 Inhaltliche Überlegungen / Welchen Beitrag kann ich als Pflegende(r) leisten?

Den Pflegenden stehen für die Wahrnehmung der Aufgaben im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verschiedene Methoden professionellen Handelns zur Verfügung:

- Information
- Anleitung
- Schulung
- Beratung.

Eine **Information** dient lediglich der Weitergabe von Fakten / Wissen, die **Anleitung** dem Erwerb einer praktischen Fertigkeit. Bei der **Schulung** handelt es sich um eine institutionalisierte und regelhafte Form von Information und Anleitung.

**Beratung** hat zum Ziel, einen Menschen in die Lage zu versetzen, seine Probleme selbst zu lösen bzw. diesbezüglich eigene Entscheidungen zu treffen, also selbstbestimmt zu agieren. Dazu ist es erforderlich, dass der Ratsuchende die Chance erhält, ggf. Sichtweisen, Einstellungen und Gefühle zu verändern sowie individuelle Coping-Strategien zu entwickeln.

„Beratung ist [...] ein gemeinsamer und gemeinsam verantworteter Prozess des Suchens und Verstehens, in den die Klienten ihr Wissen, ihre Kompetenz, ihre Sicht von Welt und ihrem Leben, ihre Erfahrungen einbringen und die Pflegenden ihr fachbezogenes Wissen und ihre Kompetenz, ihre Erfahrungen und die Fähigkeit, den Beratungsprozess zu initiieren, zu gestalten und zu einem Abschluss zu bringen. Die Souveränität

der Patienten selbst bleibt grundsätzlich und essenziell erhalten, [...]“ (Koch-Straube, 2003).

Information, Anleitung und Beratung finden sowohl im privaten (= Alltag), als auch im beruflichen Umfeld statt. Während diese Methoden im Alltag eher situativ und ungeplant ablaufen, sind sie im beruflichen (pflegerischen) Handeln zielorientiert und methodengeleitet.

Der jeweilige **institutionelle Rahmen** sowie der Bedarf und die Bedürfnisse der KlientInnen / PatientInnen haben wesentlichen Einfluss auf die Gestaltung der (Pflege-)Situation, in der Pflegende ihren Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention leisten.

Die Entwicklung im Gesundheitswesen lässt erwarten, dass Pflegepersonen zukünftig neue Arbeitsfelder (Institutionen und Aufgaben) für sich erschließen. Das bedeutet, dass sie nicht nur - wie bisher - in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten, Rehabilitationseinrichtungen, Altenpflegeheimen, etc. tätig werden, sondern zusätzlich in weiteren Institutionen in der Wirtschaft und im Dienstleistungssektor (z.B. Schulen, Gesundheitsämter, private Beratungsstellen) eingesetzt werden könnten. Hier entstehen - im Rahmen der Professionalisierungsbestrebungen der Pflege – Chancen, eigenverantwortliche und Pflegenden vorbehaltene Aufgabenbereiche zu etablieren.

### 7.9.2 Lernziele

Die Auszubildenden:

- leisten einen Transfer von allgemeinen Regeln der professionellen Information, Anleitung und Beratung zu den Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention,
- erkennen Anlässe von Gesundheitsförderung und Prävention in ihren praktischen Einsatzbereichen (gemäß KrPflAPrV),
- analysieren exemplarisch Anlässe, in denen Pflegende Methoden der Gesundheitsförderung und Prävention anwenden (können),
- werden sensibilisiert, potenzielle Arbeitsfelder der Pflege mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention zu erkennen.

### 7.9.3 Methodenvorschläge

Zunächst könnte im Rahmen eines **Unterrichtsgesprächs** der unter 7.2 vorgeschlagene Praxisauftrag ausgewertet werden. Anhand der

Arbeitsergebnisse wäre eine Identifikation unterschiedlicher Anlässe in verschiedenen Settings möglich.

Zur Wiederholung der allgemeinen Regeln von professioneller Information, Anleitung und Beratung (s. Lerneinheit I.20 von Oelke, Hundenborn & Kühn, 2003, S.20), eignet sich die Methode des „**Stummen Schreibgespräches**“. Als Ergebnis entstehen Übersichten / Zusammenfassungen über das vorhandene Wissen der Lernenden sowie eine Perspektivenverschiebung auf zukünftige Arbeitsfelder für Pflegende. Ausgehend von der o.g. Ist-Beschreibung anhand erlebter (realer) Patientensituationen, können **im Plenum** abschließend Überlegungen zur Ergänzung des vorhandenen Unterstützungsangebotes insbesondere durch Pflegende **diskutiert** werden.

#### **7.9.4 Medien**

- Pinnwand / Packpapier / Karten zur Dokumentation der Arbeitsergebnisse des Praxisauftrages (Strukturierung der Metaplan-Tafel nach Institutionen / praktischen Einsatzbereichen)
- Drei Flipchartblätter: Jeweils eine Kernaussage zu Information, Anleitung, Beratung (z.B. „*Information* in der Pflege bedeutet ...“).

#### **7.9.5 Didaktische Begründungen**

Über die Auswertung bzw. die Einbeziehung des Praxisauftrages wird ein Realbezug, der die Gegenwart widerspiegelt, ermöglicht. Erfahrungen der SchülerInnen werden ernst genommen. Die Metaplan-Tafel dient der Fixierung der Aussagen. Zugleich ist eine Vorstrukturierung der Statements möglich (z.B. Zuordnung zu Institutionen / Settings).

Die Wiederholung der Methoden professionellen Handelns dient der Festigung des Schülerwissens, sowie als Ausgangspunkt für die Transferleistung.

Das Stumme Schreibgespräch gibt allen SchülerInnen die Möglichkeit, ihr Wissen aktiv einzubringen. Es verhindert jedoch zugleich auch die Offenlegung von Kenntnislücken. Zudem ist auf diesem Wege auch eine Ergebnissicherung gewährleistet.

Die abschließende Diskussionsrunde gibt Freiraum für die Entwicklung kreativer Ideen und Konzeptionen (Zukunftsbezug). Eine Ergebnissicherung wird bewusst ausgelassen, um den Gedankenfluss der Lernenden nicht zu beeinträchtigen.

### 7.9.6 Literatur zur Unterrichtsrecherche

DV Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.). (2003). Das Originäre der Pflege entdecken. Frankfurt: Mabuse.

Kellnhauser, E. (Hrsg.). (2004). Thiemes Pflege. Professionalität erleben. 10. völlig neu bearbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Thieme.

Koch-Straube, U. (2001). Beratung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Lauber, A.; Schmalstieg, P. (Hrsg.). (2004). Prävention und Rehabilitation. Verstehen und Pflegen. Band 4. Stuttgart, New York: Thieme.

London, F. (2003). Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

## 8. Literaturverzeichnis

Apitz, R. & Winter, S. F. (2004,3-4). Fond / Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung. Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik, S. 67-71.

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (2003). AWO Bundesverband – Wir über uns. Leitsätze und Leitbild der Arbeiterwohlfahrt. <http://www.awo.org> . Letzte Änderung: 24.07.2003; Abruf 03.05.2004

Brieskorn-Zinke, M. (1996). Gesundheitsförderung in der Pflege: ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesvereinigung für Gesundheit / Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (keine Angabe). Kurzberichte aus den Arbeitsgruppen. AG1 „Gesunde Kindergärten und Schulen“.AG2 „Gesunde Betriebe“. AG3 „Gesund altern“. [http://www.bvgesund.de/ar\\_deutschesforum.html](http://www.bvgesund.de/ar_deutschesforum.html). Letzte Änderung: n.d. Abruf: n.d.

Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (n.d.). Profil: wer wir sind, was wir wollen. <http://www.bvgesund.de>. Letzte Änderung: 05.01.2004; Abruf: 10.10.2004

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (keine Angabe). Bzga intern – Aufgaben und Ziele. <http://www.bzga.de>. Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 21.04.2004

Bundeszentrale für politische Aufklärung (Hrsg.). (2003). Methoden-Kiste. <http://www.bpb.de>. Letzte Änderung: n.d.; Abruf: n.d.

Das Public Health Portal (n.d.). Aktuelle Themen und Handlungsfelder. Gesundheitsförderung und Prävention. <http://www.ph-portal.de> . Letzte Änderung: 12.06.2004; Abruf: 06.07.2004

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (2000). Wir über uns. <http://www.dge.de>. Letzte Änderung: n.d.; Abruf:01.04.2004

Deutsches Ärzteblatt (n.d.). Aktuelles: Angeblich Einigung auf Eckpunkte für Gesundheits-Präventionsgesetz. <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=17842>. Letzte Änderung: 11.10.2004; Abruf: 12.10.2004

Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung (2004). Rahmenvereinbarung. <http://www.forumpraevention.de>. Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 15.08.2004

Deutsches Grünes Kreuz e.V. (2002). Unser Thema. <http://www.dgk.de>. Letzte Änderung: 12.06.2002; Abruf: 05.01.2004

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (n.d.). Ziele und Grundsätze. <http://www.dngfk.de> Letzte Änderung: 20.03.2004; Abruf: 22.04.2004

Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. (Hrsg.). (1999). Wege zum Gesundheitsfördernden Krankenhaus. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung / Conrad

DV Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.). (2003). Das Originäre der Pflege entdecken. Frankfurt: Mabuse.

Elkeles, T., Kirschner, R. & Kirschner, W. (2003, 3). Prävention und Gesundheitsförderung als Ziele nachhaltiger Gesundheitspolitik in Deutschland. Zeitschrift Prävention, 26, S. 37-45 .

Forschungsinstitut für Kinderernährung e.V., Dortmund (2002). Wir über uns. <http://www.fke-do.de> . Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 01.04.2004

Herbst (1988 / 11). Ziele der Gesundheit. Die Schwester / Der Pfleger.

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.). (1998). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.

Joas, H. (2001). Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt a.M., New York: Campus.

Kellnhauser, E. (Hrsg.). (2004). Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Stuttgart, New York: Thieme.

Knigge-Demal, B., Nauerth, A. & Lamers, A. (2002). Modularisierung der Pflegeausbildung. Modularisierungskonzept für die gesamte Ausbildung. <http://www.pflegemodule.de>. Letzte Änderung: April 2003; Abruf: 22.04.2004

Koch-Straube, U. (2001). Beratung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Lauber, A. & Schmalstieg, P. (Hrsg.). (2004). Prävention und Rehabilitation. Stuttgart, New York: Thieme.

London, F. (2003). Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

medico international e.V. (2003). Selbstdarstellung. <http://www.medico.de> . Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 21.04.2004

Menche, N. (Hrsg.). (2004). Pflege heute (3., vollständig überarbeitete Auflage). München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2003). Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung / Conrad.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) (2004). <http://www.nakos.de>. Letzte Änderung: 03.10.2004; Abruf: 03.10.2004

pro familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2004). Für selbstbestimmte Sexualität. <http://www.profamilia.de> . Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 01.04.2004

Robert Koch Institut (2003). Das Robert Koch Institut – Aufgaben und Ziele des RKI. <http://www.rki.de>. Letzte Änderung: n.d.; Abruf: 21.04.2004

Robert Koch Institut (2004). Schwerpunktberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. <http://www.rki.de/GBE/SCHWERPT/KINDER.PDF>. Letzte Änderung: nd.; Abruf: 06.07.2004

Schlack, H. G. (Hrsg.). (2001). Sozialpädiatrie (2. Aufl.). München: Urban & Fischer.

terre des hommes Deutschland e.V. (1997). terre des hommes- Wer ist das?. <http://www.tdh.de>. Letzte Änderung: 23.06.2003; Abruf: 21.04.2004

Vogelsanger, V. (1995). Selbsthilfegruppen brauchen ein Netz: Selbsthilfegruppen und ihre Kontaktstellen in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein. Zürich: Seismo-Verlag.

Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa (2004). Über die WHO. Über das Regionalbüro. <http://www.who.dk>. Letzte Änderung: 26.03.2004; Abruf: 21.04.2004

Willig, W., & Kommerell, T. (Hrsg.). (2001). Psychologie, Sozialmedizin, Rehabilitation. Balingen: Selbstverlag Willig.