

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P97-203

**Gemeindenahe Pflege
aus Sicht von Public Health**

von

Rolf Rosenbrock

Berlin, Juni 1997

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Sowohl gesundheitswissenschaftliche Befunde zur Verteilung und Dynamik von Gesundheitsproblemen als auch Erkenntnisse zur Optimierung von Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenbehandlung als auch internationale Vergleiche deuten darauf hin, daß die Potentiale der Pflege - verstanden als in sich differenziertes System von Pflegenden, Pflegeinstitutionen und Pflegewissenschaft - im deutschen System gesellschaftlicher Gesundheitssicherung bei weitem nicht ausgeschöpft werden.

Nach einleitenden Betrachtungen zum Verhältnis zwischen Public Health und Pflege als in Deutschland relativ jungen gesundheitswissenschaftlichen Multidisziplinen versucht der vorliegende Beitrag, diesbezügliche Defizite und Ansätze zu ihrer Behebung anhand der vier Phasen des Public Health Action Cycle

- assessment: Problemabschätzung und Prioritätensetzung;
- policy formulation: Auswahl, Aushandlung und Formulierung von Strategien;
- assurance: Organisation, Umsetzung und Steuerung, sowie
- evaluation: Bewertung der Strategie und ihrer Ergebnisse
zu identifizieren und zu beschreiben.

Das Papier ist die überarbeitete Fassung des Grundsatzreferats, das der Verfasser auf dem 4. Internationalen Symposium Pflegewissenschaft im November 1996 in Osnabrück gehalten hat.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	Seite 1
Inhaltsverzeichnis	Seite 2
1. Zum Verhältnis von Public Health und Pflege	Seite 3
1.1 Was ist Public Health?	Seite 3
1.2 Dialog zwischen Pflege und Public Health	Seite 4
2. Aufgaben und Probleme gemeindenaher Pflege aus der Sicht von Public Health	Seite 6
2.1 Assessment: Problemabschätzung und Prioritätensetzung	Seite 8
2.2 Policy formulation: Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie	Seite 14
2.3 Assurance: Organisation, Umsetzung und Steuerung	Seite 17
2.4 Evaluation: Bewertung der Strategie und ihrer Ergebnisse	
3. Ausblick	Seite 20
Literatur	Seite 22

1. ZUM VERHÄLTNIS VON PUBLIC HEALTH UND PFLEGE

Anforderungen an die Pflege zu bestimmen befreit zunächst einmal von der im gegebenen Rahmen ohnehin nicht einlösbaren Verpflichtung, die historisch gewachsene und bestehende Rolle der Pflege im System der Gesundheitssicherung zu analysieren (vgl. dazu: Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994), sondern erlaubt es, vor dem Hintergrund der zum Ende der 90er Jahre gegebenen Situation der Gesundheitssicherung in Deutschland normative Aussagen darüber zu treffen, welche Aufgabenbereiche in diesem - reformbedürftigen - Rahmen von Pflegekräften und Institutionen der Pflege wahrgenommen werden sollten und welche Aufgaben sich daraus für die Pflegewissenschaften ergeben.

Diese Aufgabe soll im folgenden unter dem Gesichtswinkel von Public Health angegangen werden.

1.1 Was ist Public Health?

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs-, Progredienz- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Stärkung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health analysiert und beeinflusst hinter den individuellen Krankheitsfällen epidemiologisch faßbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt. Neben der Prävention gehört dazu auch die Steuerung der Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health wie alle Gesundheitswissenschaften eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die aus Public Health gewonnenen Entscheidungskriterien und Handlungspostulate querschnittsartig in allen gesundheitsrelevanten Politikfeldern Berücksichtigung finden.

Innovativ gegenüber herkömmlichen, insbesondere medizinischen Definitionen ist daran v.a. zum ersten der Bevölkerungsbezug im Gegensatz zum Individuen- bzw. Patientenbezug. Gefordert ist ein Denken in Wahrscheinlichkeiten mit dem Leitbild der Maximierung gesunder Lebensjahre und der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zum zweiten anderen wird in diesem Ansatz auch nicht dichotom zwischen „gesund“ und „krank“ unterschieden. Gesundheit wird vielmehr als geglückte, Krankheit als mißglückte Balance zwischen Belastungen und Ressourcen gesehen, die sich beständig ändern kann. Deshalb wird nach mehr oder weniger gelungenen Gleichgewichtszuständen gefragt, also auch nach „bedingter Gesundheit“ (Schaeffer/Moers 1994). Innovativ ist drittens der aus dem Bevölkerungsbezug folgende Gegenstandsbereich der Erforschung und Steuerung des Systems der Gesundheitssicherung einschließlich der Krankenversorgung.

Die Pflege (verstanden als in sich differenziertes System aus Pflegenden, Pflegeinstitutionen und Pflegewissenschaften) ist aus diesem Gesichtswinkel ein Bestandteil des gesellschaftli-

chen Systems der Gesundheitssicherung mit eigenem wissenschaftlichen und praktischen Instrumentarium zum Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt.

Aus diesen Bestimmungen ergeben sich u.a. zwei reizvolle Spannungen im Verhältnis zwischen Pflege und Public Health: (1) Ein wichtiger Unterschied zwischen Pflege und Public Health besteht darin, daß Public Health zwar auf einer reichen Wissenschaftsgeschichte beruht (vgl. z.B. Labisch 1992), aber - abgesehen vom bedeutungsarm gemachten öffentlichen Gesundheitsdienst - als Berufsfeld noch kaum erschlossen ist, während die Pflege einen traditionsreichen Beruf verkörpert, dessen Verwissenschaftlichung jedoch erst in den Anfängen steckt. (2) Pflege handelt und forscht primär aus der Subjektperspektive, erschließt und beeinflusst von dorthin das soziale; organisatorische, ökonomische und politische Umfeld ihres Handelns. Public Health betrachtet dagegen primär die lebensweltlichen Bedingungen der Gesundheit von sozialen Gruppen, also aus eher makrostruktureller Perspektive, bedarf aber zur Praxisrelevanz ebenfalls eines Verständnisses individueller Lebenswelten, ohne freilich über ein eigenes und spezifisches Praxisfeld der Interaktion mit individuellen Klienten bzw. Patienten zu verfügen.

Die beiden, dergestalt aus unterschiedlicher Richtung strahlenden Scheinwerfer der beiden Herangehensweisen und Disziplinen kreuzen sich auf diese Weise z.B.

- in den Problemen der Makrosteuerung des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit.
- in der Organisation der Zugänge und Institutionalisierungen in das bzw. im Gesundheitssystem vor oder neben oder mit der Inanspruchnahme medizinisch-ärztlicher Leistungen,
- im Bereich der Beiträge, die Pflege für die Senkung von Belastungen (Prävention) und Vermehrung von Ressourcen (Gesundheitsförderung) in sozial, administrativ oder territorial definierten Gruppen leisten kann,
- in der Organisation und professionellen Arbeitsteilung innerhalb verschiedenen Stufen der Krankenversorgung einschließlich der Sterbebegleitung.

1.2 Dialog zwischen Pflege und Public Health

Für einen multidisziplinären Dialog zu diesen (und weiteren) Feldern gemeinsamen Interesses erscheinen querschnittsartig v.a. vier Aspekte von besonderem Interesse: (1) das Verhältnis der gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen untereinander; (2) das gesundheitswissenschaftliche Paradigma; (3) fördernde und hemmende Bedingungen zielgerichteter Steuerung sowie (4) Identifikation und Kritik von Defiziten und Fehlsteuerungen.

1.2.1: Speziell in Deutschland leiden Konzeptentwicklung und Aufbau sowohl von Public Health auch von Pflege als Wissenschaften unter anderem an dem Umstand, daß sich ihre Entstehung zu einem erheblichen Teil als Reaktionsbildung auf die unzureichenden Antwort-

ten des Medizinsystems auf die gegebenen gesundheitlichen Problemlagen vollzieht. Damit geraten beide Disziplinen in den Bereich von Machtprozessen in standespolitisch und ökonomisch hart umkämpften Feldern und Märkten. Daraus resultierende gegenseitige Abwehrhaltungen auf Seiten der Medizin und der neuen Gesundheitswissenschaften sind den Erfordernissen der Kooperation oft abträglich. Sie können perspektivisch nur überwunden werden, wenn auf allen Seiten die Einsicht einkehrt, daß Pflege und Public Health nicht kleinere Versorgungslücken im Rahmen der Allkompetenz der Medizin füllen, sondern eigenständige und gleichberechtigte Problemzugänge repräsentieren, deren synergetische Potenzen nur im offenen, am optimalen gesundheitlichen Ergebnis orientierten Dialog zur Entfaltung gebracht werden können - ohne imperialen Gestus einerseits und Wagenburg-Mentalität andererseits.

1.2.2: Wie die Pflege ist auch Public Health eine Gesundheitswissenschaft: Die wissenschaftliche und soziale Innovation, die beiden Disziplinen zu eigen ist, besteht darin, als Ziel der Gesundheitssicherung nicht mehr nur die vorwiegend medizinisch und individuell definierte Bewältigung eingetretener Gesundheitsrisiken, also von Krankheit, zu sehen, sondern sowohl in der Prävention als auch in der Krankenversorgung die doppelte Perspektive der Minderung von Belastungen und der Förderung von Ressourcen für Gesunde und Kranke einzunehmen (Rieforth/Fichten 1994). Dabei soll zugleich berücksichtigt werden, daß Belastungen ebenso wie Ressourcen nicht nur individuell, sondern auch und meistens viel mehr durch die soziale Umgebung und damit gesellschaftlich determiniert sind. Sie können deshalb nicht nur individuell sondern müssen auch gesellschaftlich und politisch angegangen werden. Diese Perspektive hat wichtige Konsequenzen sowohl für die Bestimmung des Gegenstandsbereichs und der Aufgaben der Gesundheitssicherung insgesamt, als auch für die Subsysteme, darunter der Pflege. Es geht also um Aussagen zur *job description*.

1.2.3: Die Betrachtung des Systems der Gesundheitssicherung unter dem Aspekt der Steuerung führt zu zwei Klassen von Aussagen: zum einen über die optimale Arbeitsteilung und die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Subsysteme, also Aussagen über das *job assignment*. Und zum anderen zu Aussagen über die Wirkungen von Institutionalisierungen und Anreizsystemen. Das ist insbesondere für Gestaltungsfragen wichtig, weil das Verhalten (also das So-Handeln und Nicht-Handeln) von Berufsgruppen und Institutionen, (und im Großen und Ganzen auch von Individuen) nicht primär einer Philosophie, einer Gründungsidee oder dem erlernten professionellen Selbstverständnis folgt, sondern auf Dauer viel mehr den materiellen und immateriellen, formellen und informellen Anreizen und Sanktionen aus der Umwelt: *Organisations are not defined by concepts but by incentives*.

1.2.4: Schließlich ist Public Health eine kritische Sozialwissenschaft, oder will es zumindest sein. Die kritische Anwendung des soeben genannten Grundsatzes erlaubt es, die vielfältigen Defizite, Überfunktionen und Fehlsteuerungen des bestehenden Systems der Gesundheitssicherung zu identifizieren und damit auch Vorschläge für zielgerichtete Veränderung sowohl

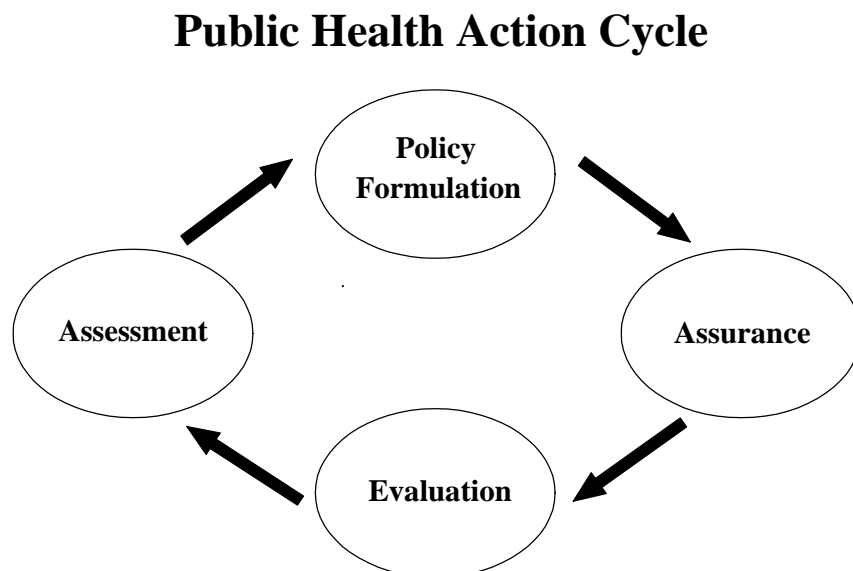
im Bereich der Subsysteme (darunter dem der Pflege) als auch im Hinblick auf die Makrosteuerung zu entwickeln.

Das also kann die Pflegewissenschaft von ihrer Nachbardisziplin Public Health erwarten. Nicht zuständig dagegen ist Public Health dafür, das Spezifische der Pflege zu bestimmen oder gar zu leisten - das inhaltliche und methodische Proprium der Pflege. Im Gegensatz zum traditionellen medizinischen Blick maß sich Public Health nicht an, den Inhalt und die Organisation der anderen gesundheitswissenschaftlichen Disziplinen und Tätigkeitsfelder nach seinem Bilde oder seinen Bedürfnissen zu formen. Gesundheitswissenschaften sind nach diesem Konzept gleichberechtigte Nachbarn, und nicht Chefs und Assistentinnen.

2. AUFGABEN UND PROBLEME GEMEINDENAHER PFLEGE AUS DER SICHT VON PUBLIC HEALTH

Im folgenden sollen unter Berücksichtigung dieser Aspekte einige zentrale Anforderungen an eine gemeindenahe Pflege sowie Probleme ihrer Umsetzung anhand des *Public Health Action Cycle*, wie er von der US-Academy of Sciences (1988) vorgeschlagen wurde, skizzenhaft beleuchtet werden (Rosenbrock 1995).

Abbildung 1:



Source: Institute of Medicine, *The Future of Public Health*, Washington, D.C., 1988

Der *Public Health Action Cycle* ist im Kern ein einfacher Regelkreis, der rationales Handeln abbilden bzw. anregen soll. Das Grundmuster ist auch aus der Pflege als *Modell des Pflegeprozesses* bekannt: An seinem Anfang steht die Ermittlung des Pflegebedarfs (*assessment*). In diese Pflegediagnose gehen neben den Beeinträchtigungen der PatientIn auch ihre zu bewahrenden und zu fördernden Ressourcen ein, und zwar sowohl in ihren psychophysischen als auch in ihren sozialen und materiellen Dimensionen. Auf dieser Basis entsteht die Pflegeplanung (*planning*), die auf das integrierte Zusammenwirken aller am Pflegeprozeß beteiligten Menschen und Institutionen orientiert (*implementing*). Um die vielfältigen, im Erkrankungs- und Pflegeprozeß auftauchenden Änderungen zu berücksichtigen, ist die begleitende Dokumentation der Durchführung der Pflege unerlässlich. Zudem dient die Dokumentation als Grundlage der Pflegeauswertung (*evaluation*), durch die künftige Pflege verbessert werden soll (Yura/Walsh 1988; Moers 1995). Anselm Strauss und Juliet Corbin haben den Zusammenhang zwischen Erkrankungsverlauf und den darauf bezogenen Interaktionen zwischen Patienten und Umwelt als Verlaufskurve beschrieben (deren Richtung als das Ergebnis dauernd ablaufender Regelkreisbewegungen des skizzierten Typus verstanden werden kann). Dabei meint "Verlaufskurve nicht nur den physiologischen Verlauf einer Krankheit, sondern die gesamte Organisation der Arbeit, die in diesem Verlauf anfällt, und den Eingriff in das Leben der Menschen, die mit dieser Arbeit und dieser Organisation befaßt sind" (Corbin/Strauss 1993).

Wie im Bereich der Pflege würde es auch für die von Public Health bearbeiteten Problemzusammenhänge eine soziale Innovation ersten Ranges bedeuten, wenn die Stufenfolge dieses Regelkreises handlungsleitend beachtet würde. Dies gilt sowohl auf der Mikro-Ebene einer einzelnen Pflege, Maßnahme oder Kampagne, als auch auf der Meso-Ebene der Orientierung und Steuerung von Institutionen oder Verbänden und erst recht auf der Makro-Ebene gesamtgesellschaftlicher Regulierung von Gesundheitschancen.

Der *Public Health Action Cycle* geht von der theoretisch trivialen, praktisch aber selten erfüllten Voraussetzung aus, daß ein Gesundheitsproblem zunächst in seinen medizinischen, epidemiologischen und sozialen Aspekten abgeschätzt werden soll (*assessment*), bevor Prioritäten, Instrumente und Strategien zu seiner Linderung, Minderung oder Lösung erörtert und entschieden werden (*policy formulation*). Das Modell enthält weiterhin die richtige und wichtige Annahme, daß es nicht ausreicht, Instrumente und Strategien festzulegen, sondern daß auch entsprechende Qualifikationen, Institutionalisierungen sowie materielle und immaterielle Anreizsysteme geschaffen werden müssen, um die Umsetzung und Entwicklungsfähigkeit der gewählten Strategien sicherzustellen (*assurance*). Das Modell fordert bzw. geht davon aus, daß die Wirkungen der umgesetzten Strategien und Maßnahmen in irgendeiner Weise gemessen und bewertet werden sollen (*evaluation*). Idealerweise folgt aus der Evaluation einer Strategie ein *Re-Assessment* des Gesundheitsproblems und ggf. eine entsprechende Anpassung der Strategien und Maßnahmen. Damit beginnt - im Modell! - der Kreislauf aufs Neue, und es ergibt sich eine spiralförmige Bewegung, in deren Verlauf die Praxis von Public

Health immer besser an das Problem angepaßt und damit immer wirksamer werden soll. Freilich funktioniert die Realität in der Regel weder so harmonisch noch so progressiv. Die Gründe dafür sind vielfältig und bilden das Forschungsfeld der Policy-Analyse (Héritier 1993). Von besonderem Gewicht ist der Umstand, daß das Konzept - ebenso wie zum Beispiel die WHO-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 - von einer Welt voller Sachverstand und Ergebnisorientierung, aber ohne Macht und Eigeninteressen ausgeht (Rosenbrock 1996a). Kühn (1993a) hat dagegen z.B. in einer WZB-Untersuchung zur Präventionspolitik in den USA herausgearbeitet, daß es die Konstellationen von Interesse und Macht auf der Umsetzungsebene bzw. im Interventionsfeld (also die Ebene der *assurance*) sind, die häufig bereits die Auswahl der zu bearbeitenden Gesundheitsprobleme und der begünstigten Zielgruppen (*assessment*) sowie die Auswahl von Instrumenten und Strategien zu ihrer Bearbeitung (*policy formulation*) bestimmen. Ähnliche Befunde erbrachten WZB-Untersuchungen zur Gesundheitsförderung in Deutschland (Lenhardt/Rosenbrock/Elkeles 1996). Der *Public Health Action Cycle* „bewegt sich“ dann in der Realität gewissermaßen "rückwärts" mit der Folge, daß viele notwendige und mögliche Interventionen unterbleiben oder fehlgesteuert werden (Rosenbrock 1992). Freilich mindern die zum Teil systematischen Differenzen zwischen der Realität gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Handelns und dem Modell nicht den heuristischen Wert des letzteren (Sabatier 1993)

Die gesundheitswissenschaftlich geforderten Aktivitäten gemeindenaher Pflege zu jeder Stufe des *Public Health Action Cycle* sollen in den folgenden Abschnitten als Antworten auf die jeweilige Leitfrage dargestellt werden.

2.1 Assessment: Problemabschätzung und Prioritätensetzung

Leitfrage: Was ist der Problembestand (Gefährdungen und Erkrankungen), der mit den Instrumenten der Gesundheitssicherung angegangen werden kann und soll? (Gegenstandsreich, Interventionsfelder)

Die Antworten auf diese Frage variieren bekanntlich sehr stark in Abhängigkeit von kulturellen Faktoren und historischen Gegebenheiten, und sie wandeln sich beständig (Rosenbrock 1993).

Für Deutschland wie für fast alle reichen industrialisierten Länder sind für das gesamte System der Gesundheitssicherung und damit auch für die Pflege v.a. vier Trends entscheidend:

1. Mehr als drei Viertel der vorzeitigen Sterbefälle in industrialisierten Ländern entfallen derzeit auf vier Todesursachen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankhei-

ten kontinuierlich ihren Anteil. Nach wie vor erreicht nur die Minderheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten halbwegs gesund das Rentenalter, die Mehrzahl wird - überwiegend wegen der genannten chronischen Erkrankungen - vorzeitig berentet bzw. verstirbt vor Erreichen des Rentenalters. Circa 10 % der Gesamtbevölkerung sind chronisch krank, leben also mit bedingter Gesundheit.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für Gesundheitspolitik und ihre Steuerung maßgeblicher Perspektive gemeinsam, daß ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann - trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Wichtige Anteile der Verursachung dieser Krankheiten liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, die primär nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können. Schätzungen der US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention beziffern den Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit vor dem 75. Lebensjahr auf etwa drei Viertel, den möglichen Beitrag der Medizin zur Verhinderung oder Verzögerung auf etwa ein Zehntel.

Abbildung 2: Geschätzter Beitrag von vier Faktoren zu den zehn führenden Todesursache (Alter <75 Jahre, in Prozent)

Factors				
Causes of Death	Life-Style	Environment	Biology	Health Care Services
Heart disease	54	9	25	12
Cancer	37	24	29	10
Motor vehicle accidents	69	18	1	12
Other accidents	51	31	4	14
Stroke	50	22	21	7
Homicide	63	35	2	0
Suicide	60	35	2	0
Cirrhosis	70	9	18	3
Influenza/Pneumonia	23	20	39	18
Diabetes	34	0	60	6
All 10 causes together	51,5	20,1	19.8	10.0

Quelle: US Center for Disease Control: „Ten Leading Causes of Death in the United States“. Atlanta: CDC, Juli 1980; persönliche Mitteilung, CDC, Juni 1984 - Abb.: nach Badura 1994

Die große Produktivitätsreserve zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wird deshalb darin gesehen, gesundheitspolitische Schwerpunkte auf Prävention und verbesserte Versorgung für chronisch Kranke zu setzen, beides unter Betonung der Gesundheitsförderung (Rosenbrock/Kühn/Köhler 1994).

2. Die Anzahl chronisch Kranker und damit gesundheitlich und oft auch sozial unterstützungsbedürftiger Menschen ist also hoch, nimmt derzeit noch weiter zu und reicht auch in immer jüngere Altersgruppen hinein (Schneekloth/Potthoff 1993). Zugleich nimmt am oberen Ende der Bevölkerungspyramide im Zuge demographischer Veränderungen und als Ausdruck der gestiegenen Lebenserwartung der Anteil betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung deutlich zu. Der Anteil der über 60jährigen in Deutschland wird nach von der Bundesregierung veröffentlichten Vorausberechnungen von derzeit ca. 20 Prozent auf über 25 Prozent im Jahre 2010 und auf ca. 35 Prozent im Jahre 2035 steigen. Überproportional steigt dabei der Anteil der Hochbetagten. Untersuchungen unter anderem aus den USA zeigen, daß die Qualität der gewonnenen Lebensjahre bei wirksamer Flankierung durch Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention keineswegs zwangsläufig durch chronische Krankheiten und Multimorbidität eingeschränkt sein muß. Die gleichen Untersuchungen verweisen allerdings auch auf die nach Sozialschichten sehr ungleich verteilten Chancen, diesen Gewinn an Lebensjahren und Lebensqualität zu realisieren (Kühn 1993b).

Abbildung 3: Chronische Einschränkungen/Behinderungen im Altersverlauf nach sozioökonomischen Status (SES = Einkommen und Bildung)

Quelle: Americans' Changing Lives Survey (N = 3.617) House, J.S.; Kessler, R.C.; Herzog, A.R. et al. (1990): Age, Socioeconomic Status, and Health, The Milbank Quarterly, Vol.68, No.3, S.396 .- Abb. nach Kühn 1993b

3. Sowohl das Risiko, zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, sind also auch in reichen Ländern nach wie vor sozial ungleich verteilt. Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, z.B. ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, begrenzt bzw. eröffnet nach wie vor in häufig entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben mit wenig gesundheitlichen Einschränkungen. Das an diesen drei Indikatoren gemessen unterste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trägt in jedem Lebensalter im Durchschnitt ein ungefähr doppelt so hohes Erkrankungs- und Sterberisiko wie das oberste Fünftel (Mielck 1994). Neuere Untersuchungen belegen, daß die Ungleichheit vor Krankheit und Tod in industrialisierten Ländern weiter zunimmt (Townsend 1990; Navarro 1990). Der in der Bundesrepublik Deutschland versicherungsrechtlich erreichte Zivilisationsstand eines weithin gewährleisteten formal gleichen Zugangs zu Leistungen der Krankenversorgung hat es nicht bewirkt und kann es nach übereinstimmender Auffassung der beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen auch nicht bewirken, daß die Schere der sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod sich schließt.

Die politischen und wirtschaftlichen Umbrüche der letzten Jahre haben zu einer erheblichen Zunahme von Wanderungs- und Fluchtbewegungen sowie von Problemgruppen der Sozialpolitik (alte und neue Armut) geführt. Die Arbeitslosigkeit hat mit derzeit über vier Millionen offiziell registrierten Beschäftigungssuchenden (und das heißt ca. sieben Millionen fehlenden Arbeitsplätze) ihren Höhepunkt noch nicht erreicht. Arbeitslosigkeit, Armut und Migration sind nach international übereinstimmender Auffassung epidemiologisch bedeutsame Gesundheitsrisiken, mit ihrer zum Teil dramatischen Zunahme ist zu rechnen.

4. Traditionelle Unterstützungs- und Hilfssysteme, allen voran die Familie, werden von der Logik unseres Wirtschafts- und damit Gesellschaftssystems nicht nur nicht unterstützt, sondern vielfältig unterminiert. In Großstädten beträgt z.B. der Anteil der Single-Haushalte vielfach schon 40 Prozent. Zwar bilden sich auch neue Netze, Gemeinschaften, Normen und Verbindlichkeiten heraus, aber sie sind nur unter speziellen Bedingungen in der Lage, die Unterstützung und Versorgung diesbezüglich bedürftiger Menschen auf hinreichend hohem Niveau und vor allem hinreichend langfristig zu gewährleisten. Die Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland war ein erster Versuch, auf dieses vom säkularen Trend der Individualisierung aufgeworfene Problem auch mit sozialrechtlichen Instrumenten zu reagieren (Ewers 1996). Dieser Regulierungsansatz setzt nicht nur Definitionen und Rahmenbedingungen für die künftige Entwicklung der Pflege, sondern wirft darüber hinaus auch eine Reihe grundsätzlicher und allgemeiner sozialpolitischer Probleme auf (Landenberger 1994; Hinrichs 1995; Rothgang 1996, Rosenbrock 1996b). Im Hinblick auf gemeindenahe Pflege ist von besonderer Bedeutung, daß der damit verfolgte, überwiegend finanzwirtschaftlich begründete und formulierte Ansatz die Gesundheitsberufe und -wissenschaften nicht davon entbinden darf, den Erhalt, die Förderung und - wo möglich - den Aufbau von sozialen Netzen und Gemeinschaften als eigenständige Aufgabe anzunehmen. Zahlreiche Beispiele aus dem Selbsthilfebereich zei-

gen, daß dafür sehr wohl Potential zu finden ist. Das gilt für Gemeinden als territoriale Einheiten (*geopolitical communities*) ebenso wie für soziale Milieus oder soziale Gruppierungen, die sich um gemeinsame Werteprofile oder Lebensstile bilden (*phenomenological communities*). In dieser Perspektive sind Pflege in der Gemeinde und Pflege durch die Gemeinde keine Alternativen. Vielmehr besteht eine wesentliche Aufgabe der ersteren darin, die letztere zu ermöglichen, anzuleiten und zu stabilisieren.

Zusammenfassend und mit Blick auf die Aufgaben der Pflege läßt sich auf der Makro-Ebene das *assessment* wie folgt zusammenfassen:

- Epidemiologische, demographische und soziologische Befunde belegen einen vorläufig kaum begrenzten und weiterhin wachsenden Bedarf nach Interventionen zur Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen und zur Mehrung gesundheitsrelevanter Ressourcen, sowohl zur Prävention als auch zur Bewältigung der überwiegend chronisch-degenerativen Erkrankungen.
- Von besonderer Dringlichkeit ist dieser Bedarf bei den weniger privilegierten Schichten und Gruppen der Bevölkerung, um das humanistische Ziel der Gesundheitspolitik, das heißt die Annäherung an die Gleichheit der Gesundheits- und Lebenschancen, nicht in immer weitere Ferne rücken zu lassen.
- Sowohl für präventive als auch für gesundheitsförderliche und pflegerische Interventionen gilt der gesundheitswissenschaftlich gut begründete Grundsatz, daß die Orientierung auf Fürsorge und Betreuung wo immer möglich von Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung sowohl der Betroffenen als auch ihres sozialen Umfeldes abgelöst werden muß. Es geht um Befähigung (*enabling*) und Bewältigungsmöglichkeiten (*empowerment*). Die Förderung von Autonomie gewinnt Vorrang vor professioneller Kompensation von Autonomiedefiziten.
- Gesundheitswissenschaftlich ist ebenso belegt, daß Interventionen zur Stärkung von Ressourcen - z.B. Selbstbewußtsein, Zusammenhalt, reflektiertes Belastungs- und Ressourcenmanagement, sozial verantwortliche Autonomie bzw. dem Streben danach - nicht erst nach dem Auftreten von Symptomen oder chronischer Erkrankung einsetzen, sondern als Bestandteil der familialen, schulischen und beruflichen Sozialisation gefördert werden können und sollten. Das bedeutet auch den Abschied von der Vorstellung, daß professionelle gesundheitsbezogene Arbeit nur in Phasen akuter Hilfsbedürftigkeit vonnöten ist. Sie muß - verglichen mit dem derzeitigen Zustand - früher einsetzen und kontinuierlich begleiten, ohne zu bevormunden.

Diese vier Leitlinien stellen aus heutiger Sicht für die Gesundheitssicherung einschließlich der Pflege eine sehr anspruchsvolle, aber auch sehr gut begründete Reformperspektive dar. Freilich darf darüber nicht übersehen werden, daß manche Fragen auch konzeptionell noch einer Antwort harren. Beispielhaft seien zwei dieser Fragen skizziert:

1. Nach welchen Kriterien soll der tendenziell unbegrenzt große Interventionsbedarf eingegrenzt werden? Die verfügbaren globalen Ziffern, z.B. zum Pflegebedarf, geben nur wieder, was nach juristischen und versicherungstechnischen Kriterien in die Fragestellungen hineingelegt worden ist. Danach wissen wir z.B., daß in Deutschland derzeit rund 1,1 Mio. Menschen zu Hause regelmäßigen Pflegebedarf haben (Schneekloth/Potthoff 1993) und rund 400.000 Menschen stationär gepflegt werden. Wir wissen, daß der Medizinische Dienst der Krankenkassen im Jahre 1995 von den knapp 2 Mio. Anträgen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung 28 % als nicht erheblich pflegebedürftig beschieden hat. Aber über den Bedarf an Pflege wissen wir damit noch nicht viel.

Die Weichheit empirischer Angaben sind nicht zuletzt ein Produkt von Unklarheiten in der Konzeption, denn auch fortgeschrittene Definitionen von Pflege bestätigen im Kern lediglich die Unbegrenztheit des Bedarfs: „*The unique function of the nurse is to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independence as rapidly as possible.*“ (Henderson 1961, 1991. S. 21; Hervorhebung RR). Oder: „*Nursing is the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems.*“ (American Nurses Association 1980, S. 9; Hervorhebung RR). Der Anspruch der Pflege, unter bestimmten (welchen?) Bedingungen auch schon bei gesunden Menschen zu intervenieren, ist gesundheitswissenschaftlich gut begründbar. Offen bleibt dabei freilich die Frage nach den Aufgreifkriterien. Die gegenwärtige - auf die Komm-Struktur des medizinischen Versorgungssystems orientierte - Praxis wählt ganz überwiegend die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als sich selbst erfüllendes Aufgreifkriterium, aus dem dann - meist in Abhängigkeit von ärztlicher Verordnung - auch pflegerischer Einsatz folgen kann. Dieses Kriterium ist freilich orientiert am Paradigma der Akutkrankheiten, es produziert bekanntlich sowohl Über- wie Unterversorgung, es vernachlässigt die Notwendigkeit der Kontinuität, es hat einen Mittelschichtbias, und es ist nach wie vor in hohem Maße arzt- und krankheitszentriert. Die Definition von Aufgreifkriterien, Bedarfen, Anfängen und Enden gesundheitsbezogener und darunter pflegerischer Intervention ist nach alledem eine offene Frage, ein ungelöstes Problem auch der Pflegewissenschaft, von dessen Lösung die Definition von Einsatzfeldern, Zielgruppen und Maßnahmenteilen in der gemeindenahen Pflege abhängt.

2. Wenn die genannten, gesundheitswissenschaftlich zwar weitgehend unstrittigen, aber noch sehr unkonkreten Leitlinien zur Abschätzung des Bedarfs an Gesundheitssicherung auf der Makro-Ebene in konkrete Leitlinien zu Ermittlung des Pflegebedarfs auf der Ebene von Ge-

meinden, Gemeinschaften oder sozialen Gruppen umgesetzt werden sollen, so wird neben dem konzeptionellen auch ein institutioneller Engpaß sichtbar: es gibt in Deutschland kein Sensorium, keine Antenne und keine Zuständigkeit für die Abschätzung des Bedarfs an Leistungen der Gesundheitsförderung, der Gesundheitssicherung und der sozialen und gesundheitlichen Unterstützung - und damit auch kein Sensorium für die Feststellung von Pflegebedarf und für die Orientierung der Pflege. Selbst fortgeschrittene Ansätze kommunaler Gesundheitsberichterstattung sind weit davon entfernt, Gruppen, Lebenslagen, Stadtteile und Risikokonfigurationen mit einer für Handlungsanleitung hinreichenden Konkretion zu benennen (Rosenbrock 1993, 1996a). Es fehlt in Deutschland bislang an Methoden und mehr noch an Beispielen für eine gruppen- und lebenslagenspezifische Gesundheitsberichterstattung auf der Ebene sozialer Gruppen oder territorialer Gemeinden, die den Einsatz der knappen menschlichen und finanziellen Ressourcen zielführend anleiten könnte. In den USA gehört *community assessment* zum festen Bestandteil von *community health nursing* (Smith/Maurer 1995). Es besteht in einer ausführlichen Bestandsaufnahme der Zielgruppen im Hinblick auf Demographie, Binnen- und Infrastruktur, materielle sowie immaterielle Ressourcen und Belastungen, und schließlich die Verteilung gesundheitlicher Einschränkungen und Probleme.

Eine gemeindenahere Pflege, die über die Zufälligkeiten der Inanspruchnahme von Komm-Strukturen hinaus ihren systematischen Beitrag zur Gesundheitssicherung durch Primär-, Sekundär und Tertiärprävention verbessern will und soll, fände auch in Deutschland in der Erstellung solch kleinräumiger und vorausschauender Bedarfsanalysen ein wichtiges und lohnendes Arbeitsfeld. Ziel wäre die Erarbeitung und Routinisierung handlungsleitender Such- und Aufgreifkriterien auf sozialepidemiologischer Basis (Pflegeepidemiologie). Das Ergebnis würde sich sowohl von der „quantitativen Abgrenzung der Personengruppen, die in der ‘selbständigen Lebensführung’ beeinträchtigt sind“ (Schneekloth/Potthoff 1993) als auch von den Datenfriedhöfen der meisten heute produzierten Gesundheitsberichte sehr grundsätzlich unterscheiden. Es läge dagegen vielleicht ziemlich nahe an dem, was die als Sozialtypus in den letzten Jahrzehnten im Aussterben begriffene Gemeindegemeinschaft als Alltagswissen über die von ihr betreute Bevölkerung im Kopf hatte bzw. hat.

2.2. Policy formulation: Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie

Gesetzt einmal, es gäbe Antworten auf die Fragen des *assessment* - und tatsächlich werden sie ja in fragmentierter und unzulänglicher Weise jeden Tag vom medizinischen Versorgungssystem, von Akteuren der Primärprävention, von Sozialstationen und SozialarbeiterInnen recht und schlecht beantwortet - so wäre damit durchaus noch keineswegs klar, wer was wann mit wem für die Lösung der identifizierten Probleme zu tun hat. Dies betrifft die zweite Stufe des *Public Health Action Cycle*, die Stufe der *policy formulation*.

Leitfrage: Mit welchen Instrumentarien und Strategien sollen die festgestellten gesundheitlichen Probleme (Risiken und Erkrankungen) in sozial oder territorial definierten Versorgungsbereichen bearbeitet werden?

Die Frage der *policy formulation* zielt damit auf die Definition von Prioritäten, Interventionsformen und damit von professionellen und institutionellen Zuständigkeiten.

Der gesundheitswissenschaftlichen Logik folgend spielt dabei die Unterscheidung von gesund und krank eine nachgeordnete Rolle. Denn bestimmte Interventionsformen wie z.B. die meisten Bemühungen um die Stärkung von gesundheitsrelevanten Ressourcen sowie spezifische und unspezifische Primärprävention sind nicht an das Auftreten von Krankheitssymptomen gebunden. Gerade die Versorgung von chronisch Kranken ist unter derselben Logik ein kontinuierlich begleitender Prozeß, der sinnvoll nicht als Anhängsel des jeweils akuten medizinischen Interventionsbedarfs definiert oder festgestellt werden kann.

Die Frage nach der *policy formulation* zielt auch nicht primär auf Individuen. Denn gerade die wirksamsten Formen der Primärprävention und der Ressourcenstärkung setzen entweder an bestimmten *settings* (Lobnig/Pelikan 1996) an, wie Wohnquartier, Schule, Betrieb und Erholungseinrichtung oder wählen soziale Milieus, Altersstufen sowie andere kollektive Lebenslagen und Lebensstile als Ausgangspunkt. Auch im Hinblick auf die Krankenversorgung, v.a. von chronisch Kranken, muß die Frage über das Individuum hinausweisen. Denn auch in diesem Bereich ist durch zahlreiche Projekte deutlich geworden, daß die Aktivierung, Anleitung und Betreuung des sozialen Umfeldes, sie es die Familie, die Nachbarschaft oder die soziale Gruppe, eine entscheidende Rolle spielt.

Das medizin- und arztzentrierte System der Gesundheitssicherung läßt hier mehr Lücken als es ausfüllt. Eine epidemiologisch angeleitete Medizin kann und soll zwar sagen, mit welcher Wahrscheinlichkeit welche Belastungs-/Ressourcen-Disbalancen zu welchen Erkrankungen führen und welche Therapiemöglichkeiten bestehen; aber die Medizin ist als Disziplin und Profession nicht in der Lage, die daraus folgenden Handlungsfelder, Interventionsformen und Zuständigkeiten zu bestimmen.

Primärprävention durch Senkung von Belastungen und Stärkung von Ressourcen in territorial oder sozial definierten Populationen muß in Deutschland als Handlungsfeld erst noch erschlossen werden, und zwar in Arbeitsteilung zwischen Medizin, Sozialarbeit, Pflege und Public Health. Positive Beiträge haben alle vier Berufsgruppen bzw. die zugehörigen wissenschaftlichen Disziplinen vorzuweisen. Die Pflegewissenschaft und auch die Pflegepraxis in anderen Ländern sind hier schon weiter: Auf der 124. Jahrestagung der *American Public Health Association* (APHA) im November 1996 wurden zum Beispiel von der Fachgruppe *Public Health Nursing* zahlreiche Vorträge und Seminare z.B. zum Thema „*Community Health Nursing and Environmental Health*“ oder „*Primary Prevention: Promoting Healthy*

Behaviors“ angeboten. Dabei ging es um Programme zur körperlichen Aktivierung in sozial schwachen Gemeinschaften und Stadtteilen, um Forschungen über hemmende und fördernde Bedingungen gesundheitsdienlicher Lebensstile, um Projekte zur Förderung und Stabilisierung sozialer Netzwerke in unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen etc. (APHA 1996, S. 418 f).

Auch wenn dies angesichts des derzeitigen Aufgabenzuschnitts der Pflege in Deutschland ein wenig abgehoben klingt: Gemeindeorientierte Pflege schließt Aufgaben der gruppenbezogenen Primärprävention im hier skizzenhaft umschriebenen Sinne ein und ist mit dem methodischen und inhaltlichen Proprium der Pflege unverzichtbarer Bestandteil gemeindeorientierter Gesundheitsarbeit. Die Arbeitsteilung zwischen Sozialarbeit, Pflege, Medizin und Public Health wird dabei wohl immer fließend und überlappend sein, aber jede dieser drei Gruppen ist in ihrer spezifischen Kompetenz gefordert. Die Bestimmung der jeweiligen Schwerpunktfelder und geeigneter Kooperationsformen wäre vermutlich am ehesten in interdisziplinär angelegten Modellprojekten, z.B. mit gesundheitlich besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen oder in problematischen Stadtteilen möglich. Allerdings sind die bisherigen Erfahrungen mit dem dafür vom Ansatz her geeigneten *healthy city*-Ansatz nicht besonders ermutigend (Geene/Denzin 1997, Rosenbrock 1996a).

Weit unter ihren Möglichkeiten liegt der Einsatz gemeindeorientierter Pflege auch in der Primärversorgung, also an der Nahtstelle zwischen der Lebenswelt und dem Medizinsystem. Gesundheitswissenschaftlich fundierte Reformvorstellungen, die die Medikalisierung ohne Qualitätsverlust für die Versorgung zurückdrängen wollen, orientieren dabei auf Modelle, in denen die kassenarztgetragene medizinische Versorgung, die professionelle psychosoziale, sozialarbeiterische und pflegerische Hilfe sowie das nicht-medizinische und nicht-professionelle Bewältigungssystem als drei gesundheitspolitisch gleichwertige und -berechtigte Systeme der Primärversorgung gefördert und gesteuert werden (Deutscher Bundestag 1990; Rosenbrock 1993).

Mit dem Auftreten von Symptomen, der Chronifizierung von Erkrankungen und - epidemiologisch gesehen - mit zunehmendem Alter nimmt das Gewicht der Pflege in der Arbeitsteilung der Gesundheitsberufe zu. Empirische Forschungsprojekte am WZB zu einer vorwiegend ambulanten, integrierten und patientenorientierten Versorgung chronisch Kranker am Beispiel von Aids-Patienten haben gezeigt, welche Aufgaben dabei auf die Pflege zukommen, wie sie in gelungenen Fällen gelöst werden und welche Innovationen zur Verallgemeinerung solcher Erfolge erforderlich sind (Schaeffer/Moers 1992).

Dabei hat es sich auch herausgestellt, daß diese Aufgaben nur dann zu erfüllen sind, wenn die Pflege nicht mehr als bloß dienende Tätigkeit in gegebenen Zusammenhängen gesehen wird, sondern unbescheiden und im Interesse der Patienten auch diese Zusammenhänge selbst zu beeinflussen sucht. Auf der Ebene der *Gemeinde* geht es um die Bestimmung des Pflegebe-

darfs, um seine öffentliche Thematisierung und die Anstrengung, die Gesamtstruktur der Versorgung im Hinblick auf diesen Bedarf zu beeinflussen. Innerhalb des *Versorgungssystems* hat Pflege die Aufgabe, durch Koordination und Integration berufsgruppen- und institutionenübergreifend Patientenpfade zu ebnen und zugänglich zu halten. Patientenorientiertes Funktionieren der *Pflegedienste* erfordert eine Fülle neuer Organisationsformen und Qualifikationen (Schaeffer/Ewers 1997). *Patientenbezogene Arbeit* schließlich beinhaltet weit über die körperliche Pflege hinaus innovative Ansätze der Stärkung der Autonomie und der Unterstützung bei notwendig werdenden Anpassungsleistungen. Pflegeleistungen ergeben sich dabei nicht schematisch sondern als Ergebnis von Aushandlungsprozessen mit den individuellen Patienten, und sie schließen die Einbeziehung der Angehörigen sowie die Aktivierung des sozialen Umfeldes mit seinen Netzwerken ein (Moers 1995).

2.3. Assurance: Organisation, Umsetzung und Steuerung

Es ist evident, daß das gegenwärtige Versorgungssystem weit davon entfernt ist, den damit benannten Anforderungen zu genügen. Welche Voraussetzungen zu ihrer Erfüllung gegeben sein müßten, ist Gegenstand der *assurance*, der dritten Stufe des *Public Health Action Cycle*.

Leitfrage: Wie kann das Instrumentarium der Gesundheitssicherung für territorial oder sozial definierte Versorgungsbereiche entwickelt und angewendet werden?

Die Frage der *assurance* zielt auf kompetenzgerechte Qualifikationen, Aufgabenstellungen, angemessen flexible und stabile Institutionalisierung sowie auf aufgabengerechte Anreize und Sanktionen. Eine angemessene *assurance* ist im übrigen streng genommen in erster Linie keine Anforderung an gemeindenahe Pflege, sondern enthält Forderungen an die norm- und anreizsetzenden Akteure, v.a. an die staatliche Gesundheitspolitik. Andererseits sind Fortschritte auf diesem Wege wohl nur dann zu erzielen, wenn die Pflege dabei ihre professionellen und ethischen Interessen selbstbewußter vertritt als bisher. Der vielfach beklagenswerte Zustand des Versorgungssystems und die quantitativ wie qualitativ unzulängliche Rolle, die die Pflege in ihm spielt, sind sicher nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß das Gewicht der Pflege in den diesbezüglichen Aushandlungsprozessen erst in den letzten Jahren zunimmt und die Debatte über geeignete professionelle Organisationsformen (z.B. Verbands- bzw. Kammerbildung) bislang nicht zu greifbaren Ergebnissen gelangt ist.

Von einer angemessenen *assurance* ist das System der Gesundheitssicherung jedenfalls weit entfernt. Das deutsche Versorgungssystem kann derzeit mit den Schlagworten arzt- und medizinzentriert, institutionell fragmentiert, desintegriert, immer noch zu hospitalisiert und in wichtigen Bereichen fehlgesteuert umschrieben werden.

Gemessen an gesundheitswissenschaftlich bestimmten Notwendigkeiten kann die Pflege, und speziell die ambulante gemeindenahe Pflege, in diesem System derzeit quantitativ und quali-

tativ keine ihrer Bedeutung entsprechende Rolle spielen. Quantitativ liegen die wichtigsten Defizite zum einen im Bereich der früh einsetzenden Pflege bei chronisch erkrankenden Patienten und im Vorfeld, auf dem von der Pflege auch primärpräventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten wahrzunehmen wären. Im Verlauf der chronischen Erkrankung besteht das zentrale Defizit in der Bindung der Pflege an den jeweils akut auftretenden medizinischen Versorgungsbedarf, der eine kontinuierliche Unterstützung der Patienten und ihrer sozialen Netze beim Leben mit bedingter Gesundheit in vielen Fällen unmöglich macht. Ein weiteres Hauptdefizit liegt in der angemessenen ambulanten Versorgung schwer- und schwerstkranker Patienten sowie in der Sterbebegleitung. Eine im Umkreis von Aids entstandene Innovation bilden krankheitsbezogene Spezialpflegedienste, deren positive Erfahrungen der Übertragung auf die Versorgung anderer Patientengruppen harren (Schaeffer 1996).

Die meisten der empirisch oft festgestellten qualitativen Defizite lassen sich aus der Tradition der Pflege als medizinischem Assistenzberuf erklären. Diese Abhängigkeit bildet die wohl wichtigste hemmende Bedingung für die in Deutschland überfällige, nachholende Modernisierung der Pflege. Die Abkopplung des Pflegebedarfs vom medizinischen Versorgungsbedarf (und die daraus folgenden sozialrechtlichen Regulierungen) könnte auch die gesundheitswissenschaftlich evidenten Fehlgewichtungen zwischen hauswirtschaftlicher Versorgung, Grundpflege und der Behandlungspflege (neuerdings weiter differenziert in einfache und qualifizierte) überwinden helfen.

Institutionell wird das Feld gegenwärtig von Sozialstationen und privaten Pflegediensten, also sowohl von gemeinnützigen wie kommerziellen Einrichtungen bestimmt. Die Spannbreite der Qualität ist bei allen Typen dieser Einrichtungen groß. Die Kapazität der traditionellen Sozialstationen wird in Abweichung von ihrer ursprünglichen Bestimmung, aber entsprechend dem Bedarf und der Nachfrage vorwiegend von alten Patienten aufgezehrt. Der dadurch ungedeckt bleibende Pflegebedarf kann auch von den infolge der Pflegeversicherung entstehenden privaten Pflegediensten bei weitem nicht gedeckt werden. Im kommerziellen Sektor deuten sich - v.a. im Bereich der von Pharma-Unternehmen angebotenen Infusionsleistungen sowie bei einzelnen Pflegediensten unter der Regie von Apotheken und Ärzten - zudem Tendenzen des Rosinenpickens im Form der Spezialisierung auf attraktive Patientengruppen und leicht standardisierbare Leistungen an. Dem könnte präventiv durch verbindliche Qualitätssicherung sowie durch die Definition eines umfassenden Katalogs von Leistungen und Standards, die jeder Pflegedienst anzubieten bzw. zu erfüllen hat, gegengesteuert werden.

Die gegenwärtige quantitative und qualitative Steuerung des Pflegegeschehens durch Zugangsberechtigungen, Befristungen und Vergütungsformen ist oft kontraproduktiv und zwingt professionell ambitionierte Pflegeeinrichtungen häufig zu Verrenkungen und Doppelbödigkeiten, um Pflegebedarf und Pflegefinanzierung auch nur halbwegs zur Deckung zu bringen. Im Zeitablauf siegt dabei oft genug die Finanzierungslogik über die Versorgungslogik (Majer 1992). Die Aufteilung der Finanzierung von Leistungen aus der Pflegeversicherung, der

Krankenversicherung, der Sozialhilfe und privaten Direktzahlungen mit ihren unterschiedlichen inhaltlichen Gewichtungen erhöht den bürokratischen Aufwand, reißt Lücken und führt - wenn sie nicht geschickt manipuliert wird - durch schematische und lebensfremde Aufteilungen, z.B. zwischen hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Grund- und Behandlungspflege, häufig zu Fehlversorgung und Versorgungslücken.

Das ist keine guten Ausgangslage für den Entwurf neuer Systeme. Im Hinblick auf die Rolle gemeindenaher Pflege sind wirklich neue Modelle aber auch vielleicht gar nicht vordringlich, weil sehr viel an Erfahrungen mit positiven Modellen z.B. aus Skandinavien, Großbritannien und den USA vorliegt (vgl. z.B. Ewers 1996a). Auch das mit der DDR weitgehend untergegangene Institutionen-Gefüge aus berufs- und fachübergreifenden Ambulatorien und Polikliniken wartet bis heute auf eine faire Evaluation, seine Wiederentdeckung und Weiterentwicklung (Schräder/Jacobs1996). Bei aller Unterschiedlichkeit der sozialpolitischen und institutionellen Rahmenbedingungen haben alle vorzeigbaren Praxismodelle gemeindenaher Pflege gemeinsam, daß die Pflege in ihnen eine eigenständige und neben der Medizin und der Sozialarbeit gleichberechtigte Rolle spielt. Daß sie Instrument und Triebkraft ist, um einen möglichst langen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Daß sie Auftrag und Instrumente hat, um *nursing as teaching* zu realisieren und dabei nicht nur die Patienten, sondern auch die Familie und/oder die soziale Umgebung aktiv einzubeziehen. In allen Ländern, in denen diese Entwicklung, die in Deutschland jetzt erst beginnt, fortgeschritten ist, hat sich darüber hinaus herausgestellt, daß die Qualifikation der Pflegenden und damit auch die Akademisierung der Pflege selber entscheidende Ressourcen und, wenn auch nicht hinreichende, so doch notwendige Bedingungen des Wandels darstellen.

Neuer und zum Teil zusätzlicher Qualifizierungsbedarf fällt dabei nicht nur für die vielfältigen neuen Aufgabenfelder und Zuständigkeiten sowie neue Formen der Wahrnehmung alter Aufgaben an, sondern auch im Hinblick auf den Umstand, daß alle solchen neuen Modelle sich gegen gewachsene Wahrnehmungen, Handlungsrountinen und Interessenpositionen durchzusetzen haben. Ausbildung für gemeindeorientierte Pflege schließt deshalb immer auch Ausbildung der Fertigkeiten zur Bewerkstelligung sozialen Wandels ein. Gemeindeorientierte Pflege braucht Pflegenden, die sich selbst als *change agents* (Rosenbrock/Noack/Moers 1993) verstehen und auf diese Rolle auch vorbereitet sind. Das ist nun wieder eine der zahlreichen Gemeinsamkeiten zwischen Pflege und Public Health.

2.4. Evaluation: Bewertung der Strategie und ihrer Ergebnisse

Gemeinsam ist Public Health und Pflege weiterhin, daß sie auf ihrem mühsamen Weg zur Veränderung des gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt jeden erzielten Entwicklungsschritt und auch jede Niederlage im Hinblick auf seine Wirkungen und die nächsten Schritte hin analysieren können und sollten. Dies ist Gegenstand auf der vierten und letzten Stufe des *Policy Action Cycle* - der *evaluation*.

Eine integrierte Evaluation besteht in der Antwort auf **drei Leitfragen** (Rosenbrock 1993):

Sind die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme so beschaffen, daß möglichst jeder Mensch mit Gesundheitsproblemen zum richtigen Zeitpunkt in das richtige (Teil-)System gelangt? (Zugangsrationalität)

Gewährleisten die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme der Gesundheitssicherung, daß möglichst jeder Mensch eine kontinuierliche, integrierte auf seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung seiner Gesundheitsprobleme erfährt? (Effektivität, Systemqualität, Versorgungsqualität)

Werden die als notwendig erachteten Leistungen in der Gesundheitssicherung in Prävention und Krankenversorgung mit möglichst wenig professioneller Intervention und möglichst kostengünstig erbracht? (Effizienz, Finanzierbarkeit)

Im Ergebnis praktischer und wissenschaftlicher Bemühungen um Evaluation wäre - eine Orientierung der Gesundheitspolitik an der Gesundheit der Bevölkerung vorausgesetzt - eine immer bessere Anpassung der Ausbildung, der Institutionenbildung, der Organisationsentwicklung und der Anreizsysteme an die zu lösenden Gesundheitsprobleme zu erwarten.

3. Ausblick

Von einer Orientierung an den gesundheitlichen und sozialen Ergebnissen kann allerdings bei dem, was in Deutschland auf Bundesebene Gesundheitspolitik genannt wird, gegenwärtig kaum die Rede sein. Keine der vielen Gesetzesvorhaben zielt ernsthaft auf die Lösung der hier skizzierten, gesundheitswissenschaftlich weithin unstrittigen Probleme. Vielmehr verschärfen die gesetzgeberischen Maßnahmen der Jahre 1996 und 1997 bestehende gesundheitspolitische Defizite und Steuerungsprobleme durch zunehmende Individualisierung gesundheitlicher Risiken, durch die Abwertung von Prävention und Gesundheitsförderung, den Ausschluß von Versorgungsleistungen in Abhängigkeit von der Kaufkraft, sowie durch materielle Hebel (Konkurrenzdruck), die auf zunehmende Bürokratisierung und Sparen auf Kosten der ärmeren und v.a. chronisch kranken Patienten hinauslaufen. Gleichzeitig werden Fundamente des sozialen Sicherungssystems wie das Bedarfs- und Sachleistungsprinzip oder die paritätische Finanzierung und Verantwortung durch Kapital und Arbeit systematisch unterspült. Es kann gut sein, daß in wenigen Jahren im Hinblick auf die Soziale Krankenversicherung nur noch in der Vergangenheit von einem gesellschaftlichen Sicherungsmodell gesprochen werden kann, das gegenwärtig noch in nahezu allen industrialisierten Länder als vorbildlich angesehen wird (Rosenbrock 1996b).

Es könnte dann eine Situation eintreten, in der es patientenorientierte Pflege nur noch für Wohlhabende gibt und die anderen zufrieden zu sein haben, wenn sie warm, satt und sauber sind. Das freilich würde auch die ethischen Fundamente der Pflege als Gesundheitsberuf und Gesundheitswissenschaft in ihrem empfindlichen Zentrum berühren. Deshalb besteht aktuell vielleicht eine der wichtigsten Anforderungen an die gemeindenahe Pflege und ihre RepräsentantInnen darin, dem derzeit stattfindenden sozial- und gesundheitspolitischen *roll-back* wissenschaftlichen und politischen Widerstand entgegenzusetzen.

Literatur:

- American Nurses' Association (1980): Nursing. A Social Policy Statement, Kansas City
- American Public Health Association (Hg.) (1996): Empowering the Disadvantaged. Social Justice in Public Health, abstracts des 124th Annual Meeting, New York
- Badura, B.: Public Health: Aufgabenstellungen, Paradigmen, Entwicklungsbedarf, in: Schaefer/Moers/Rosenbrock (Hg.) 1994, S. 55 - 71
- Corbin, J., A. Strauss (1993): Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie, München/Zürich
- Deutscher Bundestag (1990): Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, Bonn; auch erschienen in der Reihe: Deutscher Bundestag (Hg.): Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung 3/90, 2 Bände, Bonn 1990
- Ewers, M. (1996): Pflegeversicherung - Lösung oder Teil des Problems? Das SGB XI und die Pflege von Menschen mit Aids, in: H. Jäger (Hg.): Aids. Management der Erkrankung, Landsberg/Lech, S. 407 - 413
- Ewers, M. (1996a): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P96-208, Berlin
- Geene, R., Chr. Denzin (Hg.): Berlin - Gesunde Stadt, Berlin 1997
- Henderson, V.A. (1991): The Nature of Nursing. Reflections after 25 Years, New York
- Héritier, A. (Hg.) (1993): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, PVS-Sonderheft 24, Opladen
- Hinrichs, K. (1995): Die Soziale Pflegeversicherung - eine institutionelle Innovation in der deutschen Sozialpolitik, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Vol. 6, S. 227 - 259
- Kühn, H. (1993a): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den USA, Berlin
- Kühn, H. (1993b): Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention am empirischen Beispiel der USA, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P93-201, Berlin

- Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/New York
- Landenberger, M. (1994): Pflegeversicherung als Vorbote eines anderen Sozialstaates, in: Zeitschrift für Sozialreform, 40. Jg., S. 314 - 342
- Lenhardt, U., R. Rosenbrock, Th. Elkeles (1996): Bedingungs- und Akteurkonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P96-201, Berlin
- Lobnig, H., J.M. Pelikan (Hg.) (1996): Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde Betrieb, Schule und Krankenhaus
- Majer, St. (1992): Mit Aids zu Hause leben. Die Arbeit des Betreuungszentrums der Aids-Hilfe Frankfurt, in: Schaeffer/Moers/Rosenbrock (Hg.), S. 266 - 287
- Mielck, A. (Hg.) (1994): Krankheit und Soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschung in Deutschland, Opladen
- Moers, M. (1995): Die Reaktion der ambulanten Pflege auf Aids. Erfordernisse der Konzeptentwicklung. Inauguraldissertation an der Freien Universität Berlin, Berlin
- National Academy of Sciences. Institute of Medicine (1988): The Future of Public Health, Washington
- Navarro, V. (1990): Race or Class versus Race and Class: Mortality Differentials in the United States, in: The Lancet, Vol. 336, S. 1238 - 1240
- Rieforth, J., J. Fichten (Hg.) (1994): Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege, Berlin
- Rosenbrock, R. (1996a): Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem vergangenen Jahrzehnt, erscheint in: Altgeld, Th., I. Laser, U. Walter (Hg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Dokumentation des Kongresses - Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Realität - 10 Jahre Ottawa Charta, Weinheim/München
- Rosenbrock, R. (1996b): Die Gesetzliche Krankenversicherung - ein Steuerungsmodell am Scheideweg, in: Zeitschrift für Sozialreform, 42. Jg., S. 497 - 506
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., S. 140 - 144
- Rosenbrock, R., H. Kühn, B. M. Köhler (Hg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin

- Rosenbrock, R. (1993): Gesundheitspolitik, in: K. Hurrelmann, U. Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, Weinheim, S. 317 - 346
- Rosenbrock R., R.H. Noack, M. Moers (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften. Hg. v. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Rosenbrock, R. (1992): Politik der Prävention. Möglichkeiten und Hinderungsgründe, in: R. Müller, M. Schuntermann (Hg.): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt, Köln
- Rothgang, H. (1996): Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: L. Clausen (Hg.): Gesellschaften im Umbruch, Frankfurt/New York
- Sabatier, P.A. (1993): Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik, in: Héritier. A. (Hg.), S. 116 - 148
- Schaeffer, D., M. Ewers (1997): Aktuelle Managementherausforderungen in der ambulanten Pflege, in: ÖTV/DBfK (Hg.): Dokumentation zum 2. Berliner Pflegekongress, Berlin (i.E.)
- Schaeffer, D. (1996): Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege - Aids als Pilotprojekt, in: Pflege, Vol. 9, S. 1 - 10
- Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin
- Schaeffer, D., M. Moers (1994): Präventive Potentiale kurativer Institutionen - Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege, in: Rosenbrock/Kühn/Köhler, S. 385 - 407
- Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1992): Aids Krankenversorgung, Berlin
- Schaeffer D., M. Moers (1992): Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P92-208, Berlin
- Schräder, W.F., K. Jacobs (1996): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Umstrukturierung der ambulanten Versorgung im Land Brandenburg, Berlin
- Schneekloth, U., P. Potthoff (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart/Berlin/Köln

Smith, C. M., F.A. Maurer (1995): Community Assesment, in: Smith/Maurer (eds.)
Community Health Nursing. Theory and Practice, Philadelphia/London

Townsend, P. (1990): Widening Inequalities in Health, in: International Journal of Health
Services, Vol. 20, S. 363 - 372

Yura, H., M.B. Walsh (1988) The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing,
Evaluation, 5. Aufl. Norwalk