

Präventive Potentiale kurativer Institutionen – Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege

Doris Schaeffer und Martin Moers

Seit geraumer Zeit wird in der Literatur zur Pflege postuliert, daß der Pflege wichtige Aufgaben bei der Prävention und Gesundheitsförderung zukommen.¹ Unbestritten scheint mittlerweile auch, daß die sich andeutende Wende hin zum vorwiegend nicht-medizinischen gesundheitsförderlichen und nicht mehr nur krankheitsbezogenen Ansatz die Pflege als größten Gesundheitsberuf nicht außer Acht lassen kann und dieser bislang unausgeschöpfte präventive Potentiale innewohnen. Indes zeigt ein Blick in den pflegerischen Alltag, daß die Pflege hierzulande weit davon entfernt ist, ihr auf theoretischer Ebene attestierte Möglichkeiten und Aufgaben auch wahrzunehmen. Sie ist vielfach auf handwerkliche, im englischen Sprachgebrauch treffend als »hands-on nursing« bezeichnete, instrumentelle Tätigkeiten reduziert und nach wie vor der Tradition als Heilhilfsberuf im Schatten des Arztes verpflichtet. Allein das steht einer präventiven Orientierung bislang entgegen.

Teils ist die Begeisterung auf theoretischer Ebene sicherlich der Themenkarriere geschuldet, die Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung durchlaufen und die jüngst durch die Etablierung von Public Health große Schubkraft erfahren hat. Sie steht in der Pflege jedoch in Gefahr, zu einem modischen Aperçu zu degenerieren, wenn die Diskrepanz zur Pflegepraxis nicht beachtet wird. Diese ist einerseits auf den Mangel an konzeptueller Klarheit zurückzuführen, aber auch Resultat dessen, daß die Pflege in den letzten Jahrzehnten zusehends die für die Wahrnehmung präventiver Aufgaben notwendigen Dispositionsspielräume verloren hat. Überlegungen zum Verhältnis von Prävention und Pflege müssen daher auch das Bedingungsgefüge und die Situation des Pflegeberufs thematisieren. Damit ist das Programm des vorliegenden Artikels bereits angedeutet: Vor dem Hintergrund von Entwicklungen im Ausland werden Überlegungen darüber angestellt, was Prävention als Aufgabe der Pflege bedeuten und wie sie konzeptualisiert werden kann. Bewußt wenden wir uns dabei der Problematik chronischer Krankheit zu, da der Wandel des Krankheitspanoramas in der Pflege zu einem der drängendsten Probleme geworden ist.² Abschließend werden Überlegungen zur Situation der bundesdeutschen Pflege angestellt.

1 Das bezeugt sowohl ein Blick in pflegeanalytische Arbeiten (z. B. Krohwinkel 1993), in neuere Curricula zur Krankenpflegeausbildung (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 1991) wie auch in das Krankenpflegegesetz (Kurtenbach et al. 1987, S. 7).

2 Exemplarisch werden wir auf Erfahrungen aus der Aids-Krankenversorgung zurückgreifen, die wir im Rahmen von zwei am WZB durchgeführten Studien untersucht haben (Schaeffer/Moers 1992, 1994).

Prävention als Aufgabe der Pflege – Stand der Diskussion

In der bundesdeutschen Pflege beginnen sich derzeit weitgreifende Umstrukturierungen zu vollziehen, die in vielen anderen Ländern bereits vor geraumer Zeit stattgefunden haben. Das gilt für die Akademisierung, die derzeit mit großer zeitlicher Verzögerung einsetzt, wie für die Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses der Pflege angesichts des gewandelten Gesundheits- und Krankheitspektrums in den westlichen Industrienationen. Fragen der Gesundheitserhaltung und -sicherung bei bereits vorhandenen Gesundheitseinbußen bzw. »bedingter Gesundheit« spielen eine zunehmend wichtige Rolle:

»Die Ziele der Gesundheitshilfen sind nicht länger überwiegend, vorzeitiges Sterben zu verhindern, sondern Ausmaß und Folgen bedingter Gesundheit zu begrenzen. Bei dieser Aufgabe fällt der Pflege eine ganz entscheidende und von ihr wohl noch keineswegs in ihrer vollen Bedeutung erfaßte Rolle zu.« (v. Ferber 1993, S. 20)

Diese sich hierzulande langsam durchsetzende Erkenntnis gehört in vielen anderen Ländern seit langem zum Standard. So richtet sich das Interesse der internationalen pflegewissenschaftlichen Diskussion bereits seit den siebziger Jahren verstärkt auf Fragen der Gesundheitserhaltung und -förderung. Seither werden »Person, Umgebung, Gesundheit und Pflege« als das Schlüsselkonzept der Pflege definiert (vgl. Fawcett 1989, S. 6) und Gesundheitssicherung als vordringliche Aufgabe der Pflege angesehen. Zwar hat Pflege – so wird postuliert – als wichtige Säule der Krankenversorgung immer auch Krankheitsbearbeitung zur Aufgabe, sollte sich aber auch dabei auf die Wiederherstellung und Bewahrung der Gesundheit, die Stabilisierung der verbliebenen Gesundheitspotentiale und die Verhinderung des Eintritts zusätzlicher Gesundheitsstörungen konzentrieren. Überlegungen zur Bedeutung der Prävention fehlen daher in keiner der internationalen Pflege-theorien (exemplarisch Meleis 1991). Aber nicht nur in der wissenschaftlichen Diskussion, auch in der Pflegepraxis vieler Länder findet sich die Wertschätzung der Prävention wieder. In Großbritannien gibt es beispielsweise den Health Visitor, der seine Aufgabe in der Gesundheitsfürsorge und -förderung sieht (Swanson/Albrecht 1993; Garms-Homolová/Schaeffer/Tietze 1982), und in den USA wiederum stellt Public Health Nursing eine eigene Fachrichtung mit breiter Tradition dar.

Für die Wahl dieses Bereichs der Krankenversorgung sprechen zugleich inhaltliche Gründe, deren wichtigster uns der folgende zu sein scheint: Binnen Kürze wurde hier ein ungeheuer großes Innovationspotential erzeugt. Dabei wurde eine Vielzahl von Maßnahmen erprobt, deren Relevanz weit über die Aids-Krankenversorgung hinausreicht und die daher auf die Versorgung anders chronisch Kranker übertragbar sind.

Exkurs: Public Health Nursing

Im anglo-amerikanischen Raum reicht die Entstehungsgeschichte von Public Health Nursing in das Ende des letzten Jahrhunderts zurück. Public Health Nursing entstand zunächst urwüchsig als Gemeindepflege in Problemgebieten, ist eng mit der Durchsetzung von Erkenntnissen der Sozialhygiene verbunden und hat sich aus der Tradition der Armenfürsorge entwickelt. So gründete die Krankenschwester Lilian Wald 1893 das »Henry Street Settlement House« in New York, das der gesundheitlichen und sozialen Betreuung von obdach- und arbeitslosen Einwanderern diente.

Schon 1910 wurden in den USA erste universitäre Ausbildungsgänge für Public Health Nursing geschaffen (Dock 1977), und bereits 1922 richtete die American Public Health Association eine Sektion »Public Health Nursing« ein. Auch die American Nurses' Association gründete, wenngleich etliche Jahrzehnte später, 1966 eine Abteilung »Community Health Nursing«, die ähnliche Ziel- und Aufgabenstellungen verfolgt. Daher finden sich in den USA heute sowohl Public Health- als auch Pflege-Studiengänge für das gleiche Aufgabengebiet.³

Public Health Nursing wird übereinstimmend als Synthese beider Disziplinen – Public Health und Pflegewissenschaft – verstanden. Obschon durchaus unterschiedliche Perspektiven und Zugriffsweisen beider zu verzeichnen sind (siehe dazu Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994), besteht hinsichtlich des Aufgabenverständnisses von Public Health Nursing im Bereich der Prävention Übereinstimmung. Sie werden auf allen drei Stufen der Prävention gesehen: der Primärprävention einschließlich Gesundheitsförderung, der Sekundärprävention mit Betonung der Begrenzung von Behinderungen als Folge von Krankheit und vor allem der Tertiärprävention mit Schwerpunkt auf Rehabilitation und Versorgungsorganisation und -gestaltung. Unter Anwendung des populationsgruppenorientierten bzw. zielgruppenspezifischen Risiko/Ressourcen-Ansatzes wird unter anderem mit Frühgeborenen, Flüchtlingen und Immigranten, sozialen Minoritäten, alten Menschen und anderen Gruppen mit hohen Gesundheitsrisiken präventiv orientiert gearbeitet. Viele Interventionen beziehen sich darüber hinaus auf die unterschiedlichsten Gruppen chronisch Erkrankter, so unter anderem auf Aids-Kranke, mit dem Ziel, Verschlechterungen so weit als möglich zu verhindern, zusätzliche Gesundheitsrisiken abzuwenden und die Versorgung auf ihre Situation abzustellen.⁴

In Deutschland hat es durchaus ähnliche Entwicklungstendenzen gegeben. Historisch betrachtet hat die Pflege auch hierzulande lange Zeit eine Reihe von gesundheitsfürsorgenden Funktionen wahrgenommen. Ihr kam zeitweise eine vergleichbare Schlüsselfunktion bei der Krankheitsverhütung, der Armenfürsorge und So-

3 Der Einfachheit halber sprechen wir nur von »Public Health Nursing« und schließen damit »Community Health Nursing« ein, da die Aufgabengebiete weitgehend identisch sind. Ein gewisser inhaltlicher Unterschied im Aufgabenverständnis und der Zugriffsweise spiegelt sich in den jeweiligen Definitionen (vgl. Archer 1985, S. 170). Während sich das Interesse und die Interventionen von Public Health Nursing von vornherein auf soziale Aggregate richten, geht Community Nursing vom Individuum aus, das allerdings als Teil seiner sozialen Umwelt begriffen wird. Gemeinsam ist beiden also eine nicht einzig individualbezogene Zugriffsweise, und das unterscheidet sie neben der Gesundheitsorientierung von der traditionellen bzw. anderen Richtungen der Pflege.

4 Durch die Rationierungsmaßnahmen der letzten Jahre wird die Wahrnehmung präventiver Aufgaben allerdings erschwert. Die Arbeit der Public Health Nurses besteht seither vornehmlich in der Bereit-

zialhygiene zu (Steppe 1994). Gleichwohl sind ihre präventiven Potentiale heute verschüttet, und das hat mehrere Ursachen. Zum einem ist es darauf zurückzuführen, daß die Pflege (wie auch das, was hier als Public Health existierte; Stollberg 1994; Labisch 1991) in dieser Funktion während der Zeit des Nationalsozialismus politisch mißbraucht wurde und diesen Teil ihrer Geschichte bislang nicht aufgearbeitet hat (Steppe 1993). Zum anderen reduzierten politische Steuerungsversuche die Pflege trotz entgegengesetzter Absichtsbekundungen immer mehr auf Krankheitsbearbeitung, also *Krankenpflege* (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Dem wird zwar in jüngster Zeit entgegenzuwirken versucht, doch sind die Folgen dessen bis heute in der Praxis allzu deutlich spürbar. Außerdem – und das ist entscheidend – hat sich das Gefüge der Arbeitsteilung in der BRD anders als im Ausland entwickelt. Von Ferber faßt die bundesdeutsche Entwicklung wie folgt zusammen:

»Eine nurse practitioner oder die Krankenschwester im privaten (vermutlich primären) health care team, die Gesundheitsschwester, die ins Haus gehende präventive und fürsorgende Aufgaben wahrnimmt, hat sich in Deutschland nicht entwickeln können bzw. werden einige dieser Aufgaben infolge der Trennung von medizinischer Versorgung und sozialen Diensten von anderen Berufen, Sozialpädagogen und Sozialarbeitern wahrgenommen.« (v. Ferber 1993, S. 16)

Indes erweist sich diese Arbeitsteilung heute als hinderlich, denn das an die Pflege herangetragene Problemspektrum erfordert zusehends, daß sie präventive Potentiale entfaltet (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994; Moers 1994). Angesichts des gewandelten Krankheitspanoramas ist die Gesundheitssicherung bei bedingter Gesundheit zu einem drängenden Problem geworden, zu dessen Lösung speziell die Pflege beitragen könnte. Sie ist bereits heute in hohem Maße an der Versorgung chronisch Kranker beteiligt und könnte deren Lebensqualität erheblich verbessern und Folgeerscheinungen chronischen Krankseins begrenzen, wenn

- den mit chronischer Krankheit verbundenen Erfordernissen und den durch sie hervorgerufenen Veränderungen im Leben der Patienten sowie
- dem Charakter und der Verlaufsdynamik chronischer Krankheit mehr Aufmerksamkeit gewidmet und darüber hinaus
- nicht nur der Krankheit, sondern auch der verbliebenen Gesundheit Beachtung geschenkt und vorhandene Gesundheitspotentiale gefördert würden.

Was damit im einzelnen gemeint ist, soll nun ausgeführt werden, wobei wir uns auf die ambulante Pflege konzentrieren.

stellung *direkter* akut-krankenpflegerischer Versorgungsleistungen für sozial schwache und benachteiligte Gruppen, und das um so mehr, je knapper die Ressourcen werden und je deutlicher die Defizite des US-amerikanischen Versorgungssystems zu Tage treten (dazu Kühn 1993). Prävention und Gesundheitsförderung sind dadurch zusehends ins Hintertreffen geraten.

Überlegungen zur Konzeptualisierung präventiver Aufgaben

Ein Engpaß: Der Zugang zur ambulanten Pflege

Chronische Krankheiten erfassen Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und insbesondere Alter). Irreversible Beeinträchtigungen kennzeichnen sie ebenso wie ein mit der Zeit wachsender Hilfebedarf bei der Krankheitsbewältigung und der Verrichtung alltäglicher Lebensbelange. Zunächst wird dieser meist im informellen Hilfenetz abgedeckt, irgendwann aber wird Fremdhilfe erforderlich, so auch ambulante Pflege. Doch nicht alle, die pflegerische Unterstützung brauchen, gelangen auch in den Genuß ambulanter Pflegedienste. Das hat eine ganze Reihe von Ursachen, ist unter anderem auf Informationsdefizite zurückzuführen, wie jüngst eine Untersuchung über die Versorgung alter Patienten erneut bestätigte (AG Gesundheitsanalysen et al. 1991). Sie sind oft nicht in der Lage, sich Zugang zu Ressourcen und Diensten zu verschaffen, weil sie über das »wie« und »wo« zu wenig Bescheid wissen und bereits bei der Ebnung des Weges hin zu den Gesundheitsdiensten der Unterstützung bedürfen (Springer/Brubaker 1981) – ein Tatbestand, der auch auf andere Patientengruppen zutrifft. Folglich behelfen sie sich, »wursteln« immer weiter, bis sich ihre Situation so zuspitzt, daß sie ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, und oft beginnt damit eine irreversible Abwärtsentwicklung. Ähnliche Wissens- und Informationsdefizite prägen allerdings auch die Kooperation zwischen der Pflege und den maßgeblichen Zuweisungsinstanzen: den Krankenhaus- und den niedergelassenen Ärzten (Garms-Homolová/Schaeffer 1992; Damkowsky et al. 1988).

Damit ambulante Pflege nicht auf Feuerwehrfunktion im Fall von Akutepisoden chronischer Krankheit reduziert wird, sondern bereits im Vorfeld von krisenhaften Zuspitzungen und Verschlechterungen oder gar von Krankheitsentstehung tätig werden kann, muß die Erreichbarkeit der Dienste verbessert werden, z. B. durch Informationsarbeit. In der Aids-Krankenversorgung wurde diese von einigen der ambulanten Aids-Pflegeteams vorbildlich durchgeführt: sowohl zur Seite der Versorgung – vor allem der »gate keeper« – wie zu der potentieller Nutzer. Sie suchten regelmäßig die entsprechenden Zuweisungs- und Übermittlungsinstanzen auf, erstellten Selbstpräsentationsmaterial zur Information potentieller Nutzer und sorgten durch eine ganze Reihe ähnlich gelagerter Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit der Pflege. Dabei wurde deutlich, daß Informationsarbeit keine einmalige Aufgabe sein kann, sondern fortwährend den sich verändernden Zugangsproblemen angepaßt werden muß. Deutlich wurde ebenfalls, daß diese Aufgabe mit dem herkömmlichen Verständnis von Pflegehandeln zunächst unverein-

bar scheint und daher ein Umdenken erfordert. Darüber hinaus – und das ist noch gravierender – zeigen die in diesem Kontext gesammelten Erfahrungen, daß es an der Zeit ist, über niedrigschwellige Pflegeangebote nachzudenken und Maßnahmen anzuvisieren, die diese Dienste zur allgemeinen Anlaufstelle machen und Kontakt-hürden minimieren, so z. B. durch eine Erweiterung des Angebots um Gesundheitsberatung.

Andere Zugangsbarrieren sind Resultat des unzureichend ausgebauten Versorgungsnetzes. Vor allem die Problemlagen schwerkranker Patientengruppen (z. B. von Aids-Patienten, onkologischen Patienten, Patienten in Terminalphasen und generell chronisch Kranken) kollidieren mit der Arbeitsweise und den Möglichkeiten ambulanter Pflegedienste (Schaeffer 1992). Ähnliche Zugangsprobleme samt ihrer Folgeerscheinungen existieren für Patienten, die sich in sozialer Hinsicht von der Normalklientel unterscheiden. Dies zeigt, daß eine Flexibilisierung sowie eine strikere Ausrichtung auf die gegebenen Patientenproblematiken vonnöten sind, um den Zugang zu erleichtern, ja für viele überhaupt erst zu ermöglichen.

Komplexe Probleme verlangen komplexe Lösungen

Krankheit ist für die Patienten kein isolierbarer Vorgang, sondern prägt ihr Leben in allen Dimensionen, und das ruft das mannigfache Probleme hervor. In der Regel aktualisieren diese eine ganze Reihe bereits latent schwelender Konflikte, so daß ein nun unentwirrbar erscheinendes Problemknäuel entsteht. Punktuelle Hilfen, wie das Versorgungssystem sie gewährt, werden ihrer Situation meist nicht gerecht. Wird aber die Komplexität nicht berücksichtigt, können Einzelmaßnahmen nicht greifen. Außerdem wird dadurch zuweilen unbeabsichtigt die gegebene Problemsituation verschärft. Deshalb bedarf es von vornherein eines mehrdimensionalen Zugriffs, zumal die Probleme oft derart kumulieren, daß eine ambulante Pflege kaum durchführbar ist – eine Situation, die vorwiegend bei sozial schwachen Patienten mit hohen Gesundheitsrisiken gegeben ist.

Vielfach entspricht die Wohnsituation nicht den Erfordernissen der Krankheitsbewältigung. Nicht vorhandene oder für Kranke unbenutzbare Bäder, fehlende Fahrstühle oder einfach nur schlechte Beheizbarkeit der Wohnung verlangen Anstrengungen der Pflege zur Aufrechterhaltung der Lebensführung in der vertrauten Umgebung. Ähnliches gilt bei sozialen und finanziellen Notlagen, wie sie besonders bei Aids-Patienten anzutreffen sind (Heide 1993), doch auch bei anderen Patientengruppen keine Ausnahmeerscheinung darstellen (Garms-Homolová/Schaeffer 1992). Häufig sind Fragen der Krankenversicherung, Berentung, Wohn- und

Pflegegeld nicht geregelt, leben die Patienten an der Armutsgrenze. Bei bestimmten Patientengruppen hat sich die Problemsituation so verschärft, daß die für ambulante Pflege erforderlichen Voraussetzungen eigentlich nicht gegeben sind, sie aber dennoch durchgeführt werden muß, so z. B. bei Patienten, die in heruntergekommenen, obdachlosenheim-ähnlichen Pensionen in Mehrbettzimmern wohnen und keine Wasch- oder Kochgelegenheit haben oder bei Obdachlosigkeit aus alter und neuer Armut. Oft ist auch unklar, ob potentielle Helfer (Angehörige, Lebenspartner, aber auch Freunde) zur Verfügung stehen, und wenn ja, ob sie geeignet sind, behilflich zu sein, wenn der Pflegebedarf des Patienten steigt. Der alkoholranke Ehemann einer pflegebedürftigen Patientin dürfte sich eher als zusätzlicher Klient erweisen, denn als Helfer eignen. Auch die Fixerfreunde eines substituierten drogenabhängigen Aids-Patienten werden kaum zu einer gelingenden Krankheitsbewältigung beitragen können. Eine Stabilisierung der Situation und eine Ausschaltung zusätzlicher Gesundheitsgefährdungen kann hier nur erreicht werden, wenn nicht nur die indizierten Pflegeleistungen durchgeführt, sondern die verwickelte Problemsituation des Patienten entflochten wird, notwendige Ressourcen und Hilfen mobilisiert und verbunden damit geeignete Pflegebedingungen geschaffen werden.

Um das zu ermöglichen, bedarf es einer *systematischen Pflegeplanung*: einer umfassenden Anamnese, Zielfestlegung, Planung, Implementation und Evaluation (beispielsweise nach dem Pflegeprozeßmodell, Yura/Walsh 1988), in der die Komplexität der gesundheitlichen, sozialen und psychischen Situation des Patienten berücksichtigt wird und Pflegeziele und -maßnahmen zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen festgelegt werden. Zwar setzt sich die Erkenntnis, daß ambulante Pflege einer systematischen Pflegeplanung bedarf, zusehends durch, jedoch tendiert die Diskussion zu technokratisch-instrumenteller Verengung. Speziell die Erfahrungen im Aids-Bereich haben gezeigt, daß eine Pflegeplanung ohne Patienten- und Problemorientierung nur partiell nutzbringend ist und gerade die Möglichkeiten der Gesundheitssicherung durch eine Systematisierung pflegerischer Arbeit bislang noch zu wenig bedacht werden.

Werden Problemlösungen anvisiert, so gilt es das *sozio-kulturelle Milieu* zu beachten, in das der Kranke eingebunden ist. So erweist sich die Zugehörigkeit zu manchen »Szenen« als hinderlich für die Krankheitsbewältigung – etwa bei Drogenkonsumenten die Drogenszene. Bei anderen Gruppen ist sie Quelle von sozialer Unterstützung, beispielsweise die »gay community« bei homosexuellen Aids-Patienten. Ähnliches gilt für die (Wieder-)Einbindung in ethnische oder religiöse Traditionen, worauf das Beispiel eines türkischen Patienten aufmerksam macht, der trotz bedrohlicher Krankheitssituation in seine islamische Heimat möchte – was ihm nur durch die Reisebegleitung einer Pflegekraft ermöglicht werden kann – und sich erst dort restabliert. Speziell dieses Beispiel zeigt zudem, daß gesund-

heitssichernde Pflege ungewöhnliche Wege zu beschreiten hat, orientiert sie sich am Wohl des Patienten und nicht an den Maßgaben und Möglichkeiten des Versorgungssystems.

Anpassung an das Leben mit chronischer Krankheit

»Wenn eine schwere chronische Krankheit in das Leben eines Menschen einbricht, löst sich seine gegenwärtige Existenz von seiner vergangenen Existenz ab.« (Corbin/Strauss 1993, S. 41)

Mag sich eine chronische Erkrankung eher schleichend einstellen oder plötzlich manifestieren – in jedem Fall zieht sie grundlegende Veränderungen im Leben eines Menschen nach sich. Das vergangene Selbstbild ist nicht mehr vereinbar mit der eingetretenen Situation und kann nicht mehr das der Zukunft sein, und die zu Bruch gegangene *Identität* muß wieder zusammengefügt und erweitert werden. Dieser Prozeß der Rekonstituierung der Identität durchzieht oft den gesamten Krankheitsverlauf und wird zyklisch virulent.

Der mit der Manifestation chronischer Krankheiten verbundene Verlust von Funktionen und Fähigkeiten bringt zugleich spezifische Grenzen des *Körpers* und »den Körper überhaupt als Grundlage des Lebens« (Fischer 1986, S. 547) zum Bewußtsein. Für gewöhnlich wird der Körper so erlebt, als ob ihm unbegrenzte Handlungskapazität innewohnt. Die Realisierung der Grenzen des Körpers verdeutlicht, daß das ein Trugschluß ist, und weist auf seine Endlichkeit. Auch der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit erzwingt Veränderungen der Selbstkonzeption, ebenfalls die Erkenntnis, daß viele Aktivitäten nicht mehr oder nicht mehr so möglich sind und das zukünftige Leben eines mit Beeinträchtigungen und zunehmender Versehrtheit ist.

Hier klingt bereits an, daß der Einbruch schwerer chronischer Krankheit in das Leben eines Menschen außerdem weitreichende *biographische* Konsequenzen nach sich zieht. Vorstellungen vom Selbst und der Lebensgestaltung in der Zukunft zerbrechen ebenso wie damit verbundene Pläne, Hoffnungen und Träume. Aids-Patienten z. B. trifft dieses zu einem Zeitpunkt, an dem die Lebensplanung noch relativ offene Gestalt hat oder sie sich in dem Stadium des Lebenslaufs befinden, das mit Höhe der Schaffenskraft verbunden wird. Mit dem Krankheitsausbruch fällt für sie »von einem Tag zum anderen das Prinzip Hoffnung zusammen«, zerbricht der offene Zeithorizont und ist die Sinnhaftigkeit ihres Tuns in Frage gestellt. Die Finalität des Lebens, die Kürze der verbleibenden Lebenszeit tritt unumstößlich ins Bewußtsein, und nach einer Zeit des Schocks stellt sich die Frage der Gestaltung des verbleibenden Lebens und wie dieses in Beziehung zum gelebten Leben stehen

soll. Deshalb müssen Anpassungsleistungen immer auch die Biographie einbeziehen, erfordern Integrationen der Krankheit, Re- und Neustrukturierungen der Biographie einschließlich der dazu notwendigen Interpretationsarbeit, Revisionen von Lebensplänen, Planungen der Gestaltung der Zukunft mit chronischem Kranksein etc.

Für die ambulante Pflege erwachsen aus all dem gravierende Konsequenzen. Zwar liegt der Krankheitsausbruch meist schon längere Zeit zurück und ist ein Teil der dem kranken Individuum abgeforderten Anpassungsarbeit schon geleistet. Oft konnte sie jedoch nur bruchstückhaft erfolgen, brodeln unter der Oberfläche all die mit weitreichenden existentiellen Veränderungen verbundenen Fragen weiter, und das beeinträchtigt die Krankheitsbewältigung ebenso wie die dazu notwendige Mobilisierung von Gesundheitsressourcen. Das Auftauchen von Fremdhilfe in der Privatsphäre erfordert zudem erneute Anpassungsarbeit. Nun ist der Kranke damit konfrontiert, daß er Hilfe bei ihm selbstverständlichen Alltagsverrichtungen oder in seiner körperlichen Intimsphäre benötigt, und muß das in Übereinstimmung mit seiner Identität und auch seiner körperlichen Selbstkonzeption bringen. Aids-Patienten meiden allein aus diesem Grund oftmals die Inanspruchnahme von Pflege, können sich nicht vorstellen, körperliche Hilfe von fremden, noch dazu lebensweltfremden Personen zu beanspruchen, und lasten sie dem damit oft alsbald überforderten Partner auf oder bevorzugen schwule Pflegedienste. Das weist weniger auf »Primadonnetum« hin – wie oft unterstellt wird – als vielmehr darauf, welche sensible Identitätsbereiche bei der Inanspruchnahme von Pflege tangiert werden.

Dabei behilflich zu sein, eine mit der Krankheitssituation in Übereinstimmung stehende Identität auszubilden, ist eine in ihrer Bedeutung unterschätzte Aufgabe in der Pflege.⁵ Dabei muß es – wie die Erfahrungen aus dem Bereich der Aids-Pflege bestätigt haben – vorrangig darum gehen, den Kranken zu stützen, Ressourcen zu mobilisieren, die ihm ermöglichen, die Krankheitssituation zu integrieren und mehr noch: sie nicht einzig zu erleiden, sondern zu gestalten und unter Kontrolle zu bringen.⁶ Unbedingt ist dabei die körperliche Dimension einzubeziehen. Wie mit dem Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit des Körpers, körperlicher Be-

5 Sie wird zwar intuitiv wahrgenommen, oft aber geschieht das mangelhaft. Tröstungen wie »Ach, das wird schon wieder, da gibt es Schlimmeres« oder »Nun machen Sie sich mal nicht so viele Gedanken« sind im Pflegealltag häufig zu hören, helfen aber bestenfalls temporär und unterminieren faktisch die Anpassung an die Krankheit und die Ausbildung eines der Krankheitssituation angemessenen Selbstbilds.

6 Dabei kann sich die Pflege nicht einzig auf den Patienten konzentrieren. Oft halten Angehörige an einem Bild vom Patienten fest, das seiner Situation nicht mehr gerecht wird, und rufen damit ungewollt Destabilisierungen hervor, weil sie den Patienten über- oder unterfordern. Dabei freilich ist zu bedenken, daß die Erkrankung oder gar das drohende Sterben des Patienten auch *ihr* Leben verändert und ihnen ebenfalls Identitätsleistungen abgefordert sind.

einträchtigung und bei Aids-Patienten: Wie mit fragwürdig gewordener Sexualität umgehen, sind zentrale Fragen.⁷

Auch bei der Biographiearbeit hat die Pflege eine wichtige Funktion. Sie wird jedoch selten adäquat von ihr ausgefüllt, womit wichtige gesundheitssichernde Potentiale verloren gehen. Gelingt es nicht, die Biographie mit den gegebenen körperlichen und sozialen Einschränkungen wieder zusammenzufügen und dem Leben trotz und mit Krankheit Kontinuität und Sinnhaftigkeit zu verleihen, fehlen wichtige Voraussetzungen für die Krankheitsbewältigung und die Sicherung der verbliebenen Gesundheit. Das bedeutet für die Pflege, behilflich zu sein, zerstörte Lebenspläne und Hoffnungen zu verarbeiten und eine Weiterführung des Lebens mit chronischem Kranksein zu ermöglichen: die Zukunft zu strukturieren, Pläne zu fassen, zu überlegen, wie diese umgesetzt werden können, welche Hilfen dazu notwendig sind etc. Dabei dürfen – speziell bei letalen Erkrankungen – Fragen der Begrenztheit des Lebens und von Tod und Sterben nicht ausgeklammert sein. Das heißt nicht zwingend, daß sie explizit angesprochen werden müssen – oft reicht es, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sie vom Patienten angesprochen werden *können*.

Hilfe bei der Alltagsbewältigung

Nicht minder gravierende Veränderungen ziehen chronische Krankheiten im Alltagsleben nach sich. Ihre Reichweite ist je nach Art und Schwere der Krankheit unterschiedlich. Eventuell muß der Beruf gewechselt oder gar aufgegeben werden und nehmen krankheitsbezogene Aktivitäten plötzlich breiten Raum ein. Fast immer heißt es auch Abschiednehmen von Gewohnheiten und lieb gewonnenen Alltagsroutinen, muß der Tagesablauf neu organisiert und das Alltagsmanagement revidiert werden. Soll die Krankheit unter Kontrolle gehalten werden, sind solche und andere Alltagsveränderungen unerlässlich. Doch gerade sie stoßen bei den Kranken meist auf Widerstand. Renormalisierung ist aus *ihrer* Perspektive nicht eben selten gleichbedeutend mit Rückkehr zum vertrauten Alltag und seinen stützenden Routinen, wobei krankheits- und gesundheitsbezogenen Anforderungen gerade so viel Raum eingeräumt wird, wie zwingend nötig ist und nicht in Widerspruch zum Alltagsleben gerät. Unzureichende Alltagsanpassungen aber stellen

⁷ Gerade die Erfahrungen mit Aids-Patienten verdeutlichen, wie wichtig Maßnahmen zur Inkorporation der Krankheit und Restitution der körperlichen Integrität sind. Aus diesem Grund gibt es in der US-amerikanischen Aids-Krankenversorgung in fast allen Einrichtungen körpertherapeutische Angebote. Auch Body-building, Sportgruppen, Massage, Kochkurse sowie Ernährungsberatungen fehlen selten. Sie alle ermöglichen den Patienten, etwas für ihre *körperliche* Gesundheit zu tun und stabilisieren das Wohlbefinden (Moers/Schaeffer 1993).

eine *der* Quellen von Gefährdungen des labilen gesundheitlichen Gleichgewichts bei chronischem Kranksein dar, absorbieren darüber hinaus Energie und führen über kurz oder lang zu Krisen und Verschlechterungen.

Im Gegensatz zu anderen an der Versorgung chronisch Kranker beteiligten Helferberufen bleibt der ambulanten Pflege nicht verborgen, wenn Krankheitsbewältigung und Alltagsleben konfliktieren. Sie ist die einzige Instanz der professionellen Versorgung, die im Alltag der Patienten tätig ist, dort, wo das hauptsächliche Management der Krankheit stattfindet. Sie sieht, welche Probleme und Hürden der Krankheitsanpassung im Alltag entgegenstehen, und ist daher die geeignete Instanz, die dem Patienten bei den Umstellungen des Alltagslebens behilflich sein könnte (exemplarisch Roy/Andrews 1991).

Allerdings stellt diese Aufgabe erhebliche Anforderungen an die Pflege. Das beginnt damit, daß sie den Patienten neu über die Krankheit aufklären muß, um die Konsequenzen unzureichender Alltagsveränderungen zu verdeutlichen, und setzt sich mit Information darüber fort, wie die Alltagsbewältigung mit Krankheit erfolgen und der Tagesablauf modifiziert werden kann und welche Möglichkeiten der Gesundheitsstärkung es gibt. Grundsätzlich gehört zur Krankheitsanpassung sehr viel Wissensvermittlung. Der Patient und seine Angehörigen benötigen Informationen über den zu erwartenden Krankheitsverlauf, mögliche Komplikationen und vor allem über das Versorgungssystem. Dessen Geflecht und Möglichkeiten sind für viele von ihnen unüberschaubar, und allein das hindert sie daran, Versorgungsentscheidungen kompetent treffen zu können. Außerdem müssen sie lernen, was sie zur Stabilisierung und zur Gesundheitserhaltung tun können. Krankheitsanpassung als Aufgabe der Pflege schließt zudem ein, angestammte Gewohnheiten zu verändern und weitreichende Umstellungsprozesse einzuleiten und zu begleiten – eine Aufgabe, die in der Regel einem Balanceakt gleichkommt, weil krankheitsbedingte Anforderungen in Einklang mit dem Alltagsleben des Patienten und seinen Vorstellungen von Lebensqualität zu bringen sind. Desweiteren sind Eingriffe in das Alltagsmanagement notwendig: Zuständigkeiten sind neu zu verteilen, Helfer zu aktivieren etc. All diese Interventionen sind mit hohem zeitlichen Aufwand und zähen Auseinandersetzungen verbunden, kosten viel Geduld und pflegerisches Geschick, und deshalb werden sie im Alltag ambulanter Pflege nach einigen sporadischen Versuchen meist schulterzuckend abgebrochen. Gleichwohl sind sie unverzichtbarer Bestandteil gesundheitssichernder Pflege. Sie alle dienen dazu, größtmögliche Stabilität zu erreichen, die Krankheitssituation unter Kontrolle zu bringen und zur Re-Autonomisierung beizutragen. Patientenorientierte Vorgehensweise, sorgsames Abwägen, was der Patient wie verarbeiten und umsetzen kann, was zwingend erforderlich ist und was nicht, ist dabei unerlässlich.

Stärkung des sozialen Umfeldes

Gelingende Krankheitsbewältigung und -anpassung sind nicht zuletzt Produkt der Beziehungen zwischen dem Erkrankten und seiner familiären und sozialen Umwelt. Die soziale und emotionale Unterstützung, die ein Patient von dort erhält sind von unschätzbarem Wert für die Wiederherstellung seiner sozialen und psychischen Integrität, die durch Gefühle der Hilflosigkeit und des Sinnverlustes, z. B. durch die erzwungene Aufgabe sozialer Rollen und die verminderten Möglichkeiten, Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren, gestört ist (Herriger 1989; Badura 1981). Angehörige, Freunde und Bekannte sollten daher nicht als Störfaktoren, sondern als Ressource betrachtet werden. Für die Pflege bedeutet das zweierlei: Statt den Aufbau künstlicher Netze, d. h. Hilfenetze durch Professionelle, zu betreiben, sollte sie natürliche soziale Netze stärken. Das freilich ist ohne enge Kooperation mit den Angehörigen und ohne Auseinandersetzung mit ihren Problemen nicht möglich. Oft sind sie verunsichert und wissen nicht, wie sie mit dem Patienten umgehen und auf die auf sie einströmenden Anforderungen reagieren sollen. Ihren Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühlen zu begegnen und sie in ihrer natürlichen Hilfekompetenz zu fördern, ist eine wichtige Aufgabe – nicht zuletzt, um durch Verunsicherung entstehenden Entfremdungs- und Rückzugstendenzen gegenüber dem Lebenspartner oder Familienmitglied vorzubeugen. Beispielsweise zeigt sich bei den von uns erhobenen Fallverläufen von Aids-Erkrankten, daß zwar erstaunlich viele Lebensgemeinschaften, Ehen und Freundschaften den mit der Krankheit des Partners verbundenen Belastungen Stand halten, viele aber eben auch nicht. Trennungen, Freundschaftsverluste und andere tiefgreifende Veränderungen im sozialen Beziehungsgefüge sind keine Ausnahme. Aids ist allerdings kein Sonderfall: Rückzug und Ausdünnung des sozialen Netzes sind häufige Begleitphänomene im Verlauf chronischer Erkrankung.

Auch wenn es zunächst zusätzliche Arbeit für die Pflegenden bedeutet, sich nicht einzig dem Patienten, sondern auch seinem sozialen Umfeld zu widmen, stabilisiert es die Situation des Patienten, wenn seine Angehörigen, Freunde und Bekannte nicht von den Bemühungen um die Bewältigung seiner Krankheit ausgeschlossen, sondern in die Betreuung einbezogen werden. Dabei ist zu bedenken, daß diese Aufgabe nicht immer einfach ist. Veränderungen im Alltagsleben des Kranken lassen auch das der Angehörigen nicht unangetastet. Ebenso wie dem Kranken sind auch ihnen mannigfache Umstellungen abverlangt. Neue und zusätzliche Funktionen müssen erfüllt und langandauernde Belastungen abgefedert werden. Fast immer führt das zu Spannungen, häufig auch zu Konflikten und Krisen.

Schwierig ist diese Aufgabe auch deshalb, weil das soziale Umfeld zuweilen kontraproduktiv ist. Oft sind die Erkrankten – besonders Aids-Patienten – von

Stigmatisierungs-, Diskriminierungs- und Ausgrenzungstendenzen umgeben, und diese stellen für den Erkrankten eine enorme Belastungsquelle dar. Marginalisierungstendenzen sind allerdings nicht an eine bestimmte Krankheit gebunden: In den Spätstadien chronischer Erkrankung gehören sie fast immer zu den konstanten Begleiterscheinungen und leiten den »sozialen Tod« ein – meist lange, bevor das reale Sterben einsetzt. Für den Kranken ist das spürbar, demoralisiert und belastet ihn, zumal er seine Energie in dieser Phase des Krankheitsverlaufs für die Krankheit – oft für die bloße Bewältigung körperlicher Vorgänge – benötigt und nicht in der Lage ist, einzugreifen. Hier stellvertretend für ihn tätig zu werden, frühzeitig Stigmatisierungs- und auch Marginalisierungstendenzen entgegenzuwirken ist eine unter präventiven Gesichtspunkten wichtige Aufgabe der Pflege. Wird sie wahrgenommen, können Destabilisierungen und Ressourcenverluste vermieden und darüber hinaus andere gesundheitsförderliche Effekte erzielt werden: Durch die Auseinandersetzung mit dem Kranksein des Anderen können eigene Auseinandersetzungen mit dem Thema Krankheit und Gesundheit initiiert werden. Solche indirekten präventiven Effekte sind in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzen.

Beachtung der Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten

Während Akuterkrankungen temporär begrenzt sind, episodalen Charakter haben und ein singuläres Ereignis im Leben eines Menschen bilden, zeichnen sich chronische Erkrankungen durch *Langfristigkeit* aus. Sie unterliegen also einer anderen zeitlichen Dimensionierung: begleiten die Menschen über lange Zeitspannen hinweg und strukturieren zumeist – wie wir zeigten – den gesamten weiteren Lebensverlauf. Doch allein schon die Langfristigkeit konfligiert mit den Maßgaben des hiesigen Versorgungssystems. Denn die Mehrzahl seiner Institutionen – so auch die ambulante Pflege – sind auf Akuterkrankungen ausgerichtet, die durch kurzfristige Interventionen soweit revidiert oder gemildert werden können, daß sie autonom bewältigbar sind. Für chronisch Kranke erwachsen daraus vielfältige Konsequenzen: Diskontinuitäten, Versorgungsdefizite, Hin- und Herpendeln zwischen Unter- und Überversorgung sind an erster Stelle zu nennen. Sie zu vermeiden, ist vorrangige Aufgabe präventiv orientierter Pflege. Für die Pflege selbst ist das zunächst einmal mit einem Umdenken verbunden, denn es geht darum, die eigenen Interventionen an der Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten auszurichten, sich also nicht an den üblichen kurzfristigen Einsätzen zu orientieren – zumal diese oft den Charakter von Akrobatakten zur Bewältigung von Akutkrisen im Verlauf chronischer Krankheit haben und wenig effektiv sind. Vielmehr müssen die Pflegenden

versuchen, den Gesamtverlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen, und das gelingt nur, wenn sie der Dynamik bzw. Phasierung chronischer Krankheiten Rechnung tragen. Stabile, instabile, akute und Restabilisierungsphasen wechseln sich ab, wiederholen sich und geben dem Krankheitsverlauf den Charakter einer spiralförmigen Kurve, deren Auf- und Abwärtsbewegungen langfristig gesehen nach unten weist. Dem entgegenzuarbeiten, muß – unter Verlaufgesichtspunkten – Intention der Pflege sein. Das bedeutet zunächst einmal, flexibel auf Wechsel des Hilfebedarfs zu reagieren, denn die unterschiedlichen Phasen sind jeweils mit Veränderungen des Hilfebedarfs und eigenen Anforderungen an die Krankheitsbewältigung verbunden und impliziert darüber hinaus, zu versuchen, die Dynamik des Verlaufs, die durch den Phasenwechsel bestimmt wird, unter Kontrolle zu halten. Dies läßt sich freilich nur erreichen, wenn *Verlaufskurvenarbeit* als integraler Bestandteil pflegerischer Arbeit betrachtet wird.

Mit dem Begriff Verlaufskurvenarbeit wird auf die aktive Rolle der an der Krankheitsbewältigung beteiligten Akteure angespielt, darauf, daß der Krankheitsverlauf und seine Dynamik nicht nur durch das Krankheitsgeschehen selbst bestimmt sind, sondern auch durch das Handeln bzw. die Arbeit aller an der Bewältigung beteiligten Akteure: des Patienten, der Angehörigen, der professionellen Helfer etc. Strauss et al. (1985) sprechen von »trajectory-management« und wollen damit den Aspekt der Gestalt- und Steuerbarkeit unterstreichen.

Ziel der Verlaufskurvenarbeit ist es, Verschlechterungen bzw. unumkehrbare Abwärtsentwicklungen zu verhindern oder verzögern und die Lebensqualität des Patienten aufrechtzuerhalten. Dazu ist notwendig, zunächst ein möglichst präzises Bild vom wahrscheinlichen Verlauf, den die Krankheit und der Bedarf an Unterstützung und Pflege nehmen werden, zu entwickeln und dabei die spezifische Situation des Patienten zu berücksichtigen. Alsdann müssen Verlaufskurvenplanungen erstellt werden, die jeweils revidiert werden müssen, wenn unerwartete Ereignisse den antizipierten Verlauf durchbrechen oder dieser eine andere Entwicklung als vermutet nimmt. Auch Pflegestrategien und -maßnahmen sind dann jeweils neu festzulegen. Immer müssen sie möglichst eng am antizipierten Verlauf angelehnt sein, dabei zugleich den spezifischen Anforderungen der aktuellen Phase im Krankheitsverlauf Rechnung tragen und zudem flexiblen Charakter haben, um je nach Veränderung der Situation des Patienten modifiziert werden zu können.

So kann ein Patient, der sich weitgehend selbst versorgt, durch einen Krankheitsschub völlig handlungsunfähig werden, so daß für eine kurze Zeit von der Haushaltsführung bis zur Körperpflege alles für ihn getan werden muß, soll ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Eventuell können die intensiven Pflegemaßnahmen bereits nach kurzer Zeit nahezu abgebaut werden und durch unterstützende Maßnahmen ersetzt werden. Unter Umständen aber müssen sie in reduzierter Form für einen sehr langen

Zeitraum aufrechterhalten werden. Vielleicht ist aber auch eine Veränderung der Pflegestrategie nötig, weil der Patient während des Krankheitsschubs wichtige Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung verloren hat und diese wieder erlernen muß.

Die Verlaufskurvenperspektive erlaubt also zu erkennen, wann nach gelungener Restabilisierung die Versorgungsleistungen zurückgeschraubt werden können, oder wann sie verändert werden müssen, um eine Wiedererlangung der Selbständigkeit zu erreichen.⁸ Sie ermöglicht außerdem, den der Pflege bei chronischer Krankheit abgeforderten Balanceakt zwischen »Protektion/Hilfe – Kompetenzförderung/Aktivierung – Erhaltung« zu steuern. Das dargestellte Beispiel hat gezeigt, daß Pflege im Verlauf der Krankheit, so vor allem in instabilen und akuten Verschlechterungsphasen, umfangreiche helfende Funktionen einnehmen und mit beginnender Restabilisierung zu aktivierender Pflege oder gar anleitender Unterstützung wechseln muß. In den Spätstadien chronischer Krankheit ist darüber hinaus ein grundsätzlicher Wechsel der Pflegestrategie, von aktivierender auf erhaltende Pflege, notwendig und verbunden damit müssen auch Pflegeziele und -maßnahmen modifiziert werden. Ein solcher Wechsel wird erforderlich, wenn keine bessernden Effekte mehr zu erzielen sind, das Krankheitsgeschehen nicht mehr beherrschbar ist und die Abwärtsentwicklung einsetzt. Die Bemühungen der Pflege müssen sich nunmehr auf *Erhaltung* der vorhandenen Fähigkeiten und die Sicherung einer erträglichen Lebensqualität richten.⁹ Bei manchen Krankheitsverläufen umfaßt dieses Stadium eine lange Zeitspanne (so z. B. bei einigen der chronisch-degenerativen Erkrankungen) bei anderen ist es relativ kurz, etwa bei Aids. In jedem Fall mündet es in die endgültige Abwärtsentwicklung, die mit dem Sterben endet. Beginnt diese Entwicklung, sind Pflegestrategie und -ziele erneut revisionsbedürftig. Fragen der Humanität und der Lebensqualität werden in diesem Stadium zentral und stellen sich anders als in den zurückliegenden Stadien. Nun geht es nicht mehr vorrangig um Verzögerung und Verhütung von Verschlimmerung, sondern um die Sicherung eines erträglichen und menschenwürdigen Sterbens, womit Fragen der Begleitung in den Vordergrund rücken (vgl. Travelbee 1971).

Verlaufskurvenarbeit als Aufgabe der Pflege kann sich jedoch nicht nur auf diese selbst richten. Genauso wie die Pflege entwickeln auch andere professionelle Akteure, ebenso die Patienten und ihre Angehörigen eine Vorstellung vom Verlauf der Krankheit und der Krankheitsbewältigung und handeln auf dieser Grundlage. Weichen diese Vorstellungen voneinander ab und geraten in Kollision miteinander, entstehen Schwierigkeiten. Sie bleiben nicht ohne Einfluß auf den Krankheitsver-

8 Orem (1985) postuliert die Aufrechterhaltung der Autonomie des Patienten in ihrem Pflegemodell der Selbstfürsorge-Fähigkeiten als generelles Pflegeziel.

9 Darauf weist Levine (1989) mit den Erhaltungsprinzipien der Pflege hin.

lauf, bzw. die -verlaufskurve, die – so wurde betont – Produkt der Bemühungen aller beteiligten Akteure ist. Ein wichtiger Teil der Verlaufskurvenarbeit muß folglich darin bestehen, die Vorstellungen, Intentionen und Einflußnahmen der Akteure aufeinander abzustimmen. Diese Abstimmungsarbeit richtet sich auf den Patienten wie seine Angehörigen und schließt andere professionelle Akteure ein (siehe dazu den folgenden Abschnitt). Insbesondere an Gabelungspunkten, an denen weitreichende Versorgungsentscheidungen gefällt werden müssen, z. B. wenn ein Wechsel der Versorgungsart notwendig wird, sind solche Abstimmungen unerläßlich. Fehleinschätzungen sind hier eine besonders tückische Quelle von Gefährdungen.

Auch in diesem Zusammenhang ist noch einmal die Bedeutung der *Angehörigenarbeit* zu unterstreichen. Fast immer übernehmen Angehörige einen großen Teil der Betreuung, überblicken aber oft – wie im Bereich der Aids-Krankenversorgung zu sehen ist – nicht die Belastungen, die im Lauf der Zeit damit auf sie zukommen. Ihre Verlaufskurvenvorstellungen sind von dem drohenden Verlust, verzweifelten und zuweilen irrationalen Hoffnungen und Wünschen (z. B. in der Betreuung ein letztes Mal jene Intimität und Nähe herzustellen, die alsbald nicht mehr lebbar sein wird), getrübt (Schaeffer/Moers 1992). Häufig wollen sie die Betreuung weitgehend allein übernehmen und sind nach kurzer Zeit von der Fülle an Eindrücken und Aufgaben »erschlagen«. Im Interesse der Vermeidung von Destabilisierungen der Situation des Patienten wie auch von Gesundheitsgefährdungen der Angehörigen gehört die Vorbeugung gegen Überstrapazierungen und durch sie ausgelöste Krisen und Zusammenbrüche der Versorgung zu den vordringlichen Aufgaben präventiv orientierter Pflege. Sie umfaßt gemeinsame Verlaufskurvenplanungen mit den Angehörigen, Vorbereitung der Angehörigen auf die zukünftigen Entwicklungen, sorgsames Abwägen von Art und Ausmaß ihrer Beteiligung an der Versorgung, Anleitung und Begleitung der Angehörigen sowie Bereitstellung von Rückversicherungs- und Entlastungsmöglichkeiten.

Versorgungsmanagement

Genau betrachtet ist Versorgungsmanagement Teil der Verlaufskurvenarbeit und gerade unter präventiven Gesichtspunkten besonders zu beachten. Wechsel der Versorgungsart und -einrichtung gehören zum Alltag chronischer Erkrankung: unterschiedliche ambulante Dienste (Ärzte, Fachärzte, soziale und psycho-soziale Hilfen, Pflege etc.) müssen in Anspruch genommen werden, zwischenzeitlich sind Krankenhausaufenthalte notwendig, eventuell erfolgen Rehabilitationsmaßnahmen etc. Mit dem Einbruch chronischer Krankheit in das Leben eines Menschen

beginnt also zugleich eine lange Reise durch die Versorgungslandschaft. Ob diese dem Kranken eine seiner Situation entsprechende, hinreichend umfassende und lückenlose Versorgung beschert, ist indes fraglich. Zwar kommt es gerade bei chronischen Krankheiten – darüber besteht allenthalben Konsens – entscheidend darauf an, den Erkrankten »integrierte Versorgungspfade« (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992; Schaeffer/Moers 1992) bereitzustellen, die ihnen während aller Phasen des Krankheitsverlaufs eine ineinandergreifende und darüber hinaus kontinuierliche Versorgung garantieren. Doch stehen dem in der Bundesrepublik eine Reihe von Strukturdefiziten entgegen, allem voran die gewachsene Desintegration im hiesigen Gesundheitswesen und speziell die Zersplitterung der Dienste in der ambulanten Versorgung. Soll chronisch Kranken hierzulande dennoch eine integrierte und kontinuierliche Versorgung ermöglicht werden¹⁰ und diese an der Prämisse »ambulant vor stationär« orientiert sein, ist das ohne Versorgungsmanagement nicht möglich.

Sind Pflegedienste an der Versorgung eines Patienten beteiligt, obliegen faktisch ihnen weite Teile der zur Herstellung von Versorgungskontinuität und -integration gehörenden Managementfunktionen. Weil sie Einsicht in den Alltag des Kranken haben, sehen sie, wann der Patient welche Hilfen und in welchem Umfang benötigt, ziehen diese hinzu und koordinieren sie, weil sonst eine häusliche Versorgung oft nicht aufrechterhalten werden kann. Auch die Umschwünge des Hilfebedarfs können von ihnen am ehesten eingeschätzt und reguliert werden, ebenso die Folgen nicht aufeinander abgestimmter Versorgungsanstrengungen. Entfaltung präventiver Potentiale in der Pflege bedeutet daher, dem Versorgungsmanagement – der Aktivierung, Abstimmung und Koordination von Hilfen und Ressourcen – mehr Raum zu schenken als bislang üblich. Dazu sind, wie in der Aids-Krankenversorgung zu lernen war, zunächst einmal eine Reihe patientenorientierter Maßnahmen notwendig, die sich mit Stichworten wie Case Management, Versorgungsplanung mit dem Patienten und seinen Angehörigen, Hilfe bei dem Weg durch die Versorgung, Koordination der Hilfeleistungen des sozialen Umfelds des Kranken etc. belegen lassen (Schaeffer/Moers 1994). Notwendig sind darüber hinaus Schritte, die auf die professionelle Versorgung gerichtet sind, etwa Abstimmung der Versorgungsplanung und -gestaltung mit anderen beteiligten Helferberufen und Instanzen, Verknüpfung von aktivierten Diensten und Hilfen, Sicherstellung der Kompatibilität und Verträglichkeit der Hilfen und Dienste, Schaffung reibungsloser, flexi-

¹⁰ Gemeint ist eine Versorgung, die aus einem Kontinuum aufeinander abgestimmter Maßnahmen besteht, in der medizinische, pflegerische, soziale bzw. psycho-soziale und finanzielle Hilfen so ineinandergreifen, daß der Patient eine adäquate Antwort auf die Spezifik der Krankheit und seiner Problematik findet und ihm eine lückenlose Versorgung ermöglicht wird (WHO 1981).

bler und eng ineinandergreifender Formen der Kooperation z. B. mit dem behandelnden Hausarzt, dem Sozialamt sowie den Krankenhäusern, Herstellung unkomplizierter Kommunikationsstrukturen, so daß beispielsweise zur Patientenbetreuung erforderliche Rücksprachen mit dem Hausarzt nicht bei der Sprechstundenhilfe enden.

Im Interesse der Vermeidung von Versorgungsbrüchen ist dabei der *Schnittstellenarbeit* besondere Beachtung zu schenken. Damit die einzelnen Bestandteile der Versorgung ineinandergreifen und in der Summe integrierte Versorgungsverbünde bzw. -pfade ergeben, stellen sich vor allem an solchen Schnittstellen zahlreiche Koordinationsaufgaben, an denen mehrere Helferkreise aufeinandertreffen, so z. B. beim Wechsel vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung bzw. Pflege und umgekehrt, von ein- zu mehrdimensionaler Hilfe, bei der Hinzuziehung neuer Dienste und Hilfen, beim Wechsel von Krankheitsphasen etc. Kooperations- und Koordinationsdefizite, wie sie an diesen Schnittstellen hierzulande zu verzeichnen sind, haben für die Patienten meist gravierende Konsequenzen: Ihr Krankheitsverlauf erhält einschneidende Wenden und häufig werden an diesen Stellen folgenschwere »Karrieredynamiken« ausgelöst. Gleichwohl zeigen modellhafte Erfahrungen in unterschiedlichen Bereichen der Aids-Krankenversorgung, daß Schnittstellenprobleme regulierbar sind, vorausgesetzt die beteiligten Berufe fühlen sich für den gesamten Krankheitsverlauf der Patienten zuständig und nicht nur für den von ihnen zu bearbeiteten Problemabschnitt (Schaeffer 1993).

Versorgungsmanagement bei chronischer Erkrankung heißt darüber hinaus, Lücken in der Versorgung zu schließen, sei es – wie soeben erwähnt – durch Verbesserung der Verzahnung oder dadurch, daß Profile bestehender Dienste verändert und den Bedarfssituationen der Patienten angepaßt oder gar neue Dienste geschaffen werden. Als Beispiel seien in diesem Zusammenhang die Aktivitäten der Aids-Spezialpflegdienste erwähnt, auf deren Engagement zahlreiche Hospizinitiativen zurückgehen. Allerdings ist die Wahrnehmung vieler zum Versorgungsmanagement gehörenden Funktionen für die Pflege nicht einfach, tangieren sie doch Zuständigkeitsbereiche anderer Professionen und gehen von einem Beruf aus, der in der Rangskala der Gesundheitsberufe relativ weit unten angesiedelt ist. Auch hier zeigt ein Blick ins Ausland, speziell in die USA, in denen diese Aufgaben zum großen Teil von den Public Health Nurses wahrgenommen werden, daß ein Umdenken geboten ist.

Restriktionen

Die Ausführungen dürften deutlich gemacht haben, daß von der ambulanten Pflege als einer dem Charakter nach zwar kurativen Institution eine ganze Reihe präventiver Impulse ausgehen könnten und im Pflegealltag längst eine Vielzahl präventiver Aufgaben der Bearbeitung harren. Allerdings stehen einer Wahrnehmung bislang vielerlei Restriktionen entgegen. Die wichtigsten von ihnen sollen abschließend zusammengefaßt werden.

- Allem anderen voran sind Strukturprobleme zu erwähnen. Allein die Herstellung integrierter Versorgungspfade stößt auf eine Reihe von Strukturdefiziten, so unter anderem auf den das hiesige Gesundheitswesen kennzeichnenden Organisations- und Professionsseparatismus und die Tatsache, daß die Pflege im Macht- und Hierarchiegefüge der Gesundheitsberufe eine der schwächsten (und keineswegs ihrer quantitativen Bedeutung entsprechenden) Positionen einnimmt. Viele von ihr ausgehende gesundheitssichernde Aktivitäten treffen daher nicht unbedingt auf Resonanz und haben sich an Hindernissen zu reiben, die von ihr nur schwerlich beeinflußt werden können. Zu erwähnen sind jedoch auch grundsätzlichere Probleme, so die Reduktion der Pflege auf *Krankenpflege* und ebenso die Tatsache, daß die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste längst an der Grenze ihrer Kapazität angelangt und ihr Möglichkeitsspektrum beschränkt ist, weil die mit der Realisierung der Prämisse »ambulant vor stationär« verbundenen Bedarfs- und Problemverlagerungen beim Ausbau dieser Dienste zu wenig bedacht worden sind. Ähnlich wie in den USA sind die Spielräume für die Wahrnehmung zusätzlicher und so auch präventiver Aufgaben sehr beengt, denn die verfügbaren Ressourcen werden für direkte Versorgungsaufgaben und mehr noch: akute Krankenpflege benötigt. Eine Entfaltung präventiver Potentiale in der ambulanten Pflege wird also ohne Strukturveränderungen nicht möglich sein.
- Als weiteres ist die Qualifikationssituation in der Pflege anzuführen. Die Mehrzahl der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte ist im Alltag mit Aufgaben konfrontiert, auf die sie nicht vorbereitet ist. Seit geraumer Zeit wird auf die Qualifikationsmisere in den Pflegeberufen hingewiesen (Robert Bosch Stiftung 1992, Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994). In der ambulanten Pflege stellt sie sich jedoch verschärft: die Gemeindepflege findet in den bestehenden Ausbildungen kaum Berücksichtigung und Weiterbildungen zur Fachkrankenschwester für Gemeindepflege existieren erst seit wenigen Jahren und keineswegs flächendeckend. Ob mit der derzeit einsetzenden Akademisierung der Pflege diesbezüglich eine Veränderung eingeleitet wird, ist angesichts der Konturie-

rung der Studiengänge und der ihnen zugrundeliegenden Curricula bislang noch skeptisch zu beurteilen. Schwerpunktsetzungen, vergleichbar mit Public-Health-Nursing, fehlen bislang ganz, und grundsätzlich wird den präventiven Aufgaben der Pflege (ebenso der Problematik chronischer Erkrankungen) nicht genügend Bedeutung eingeräumt. Auf allen Ebenen der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist daher ein Umdenken erforderlich. Das ist um so nachhaltiger zu betonen, als die vielfältigen Erfahrungen in der Aids-Krankenversorgung jüngst erneut bestätigt haben, daß Präventionsaufgaben nicht naturwüchsig wahrnehmbar sind, sondern einer soliden Qualifikationsbasis bedürfen, wenn ihnen Gelingen beschert sein soll.

- Nicht minder wichtig ist eine Erweiterung des Selbst- und Aufgabenverständnisses der Pflege. Die Wahrnehmung präventiver Aufgaben verlangt mehr als herkömmliches Pflegehandeln, mehr als »hands-on-nursing«, impliziert Aufgaben wie »Aufklären und Wissen vermitteln«, z. B. darüber, wie Verschlimmerungen verhindert oder verzögert und Einbußen kompensiert werden können; bedeutet gewissermaßen auch »Erziehen« oder »Sozialisieren«, d. h. bei den vielfältigen Umstellungen im Rahmen der Anpassung an das Leben mit chronischem Kranksein behilflich zu sein; und schließt desweiteren »Animieren« ein, nämlich zu einer gesundheitserhaltenden Lebensweise anregen. Ebenso geht sie mit Aufgaben einher, wie sie im englischen mit dem Begriff »care« bezeichnet werden, womit betreuendes, doch vor allem Versorgungshandeln gemeint ist. Unumgänglich ist außerdem ein Perspektivwechsel: gilt es weniger krankheitsbezogen zu agieren, als vielmehr über gesundheitsorientierte Pflege nachzudenken und damit einen Paradigmenwechsel nachzuvollziehen, wie er in vielen anderen Ländern bereits durchlaufen wurde. Wird für die Medizin heute konstatiert, daß Krankheit der Positiv- und Gesundheit der Negativwert geworden sei, so trifft das zu einem beträchtlichen Teil auch auf die bundesdeutsche Pflege zu. Das hat partiell strukturelle Gründe und ist darüber hinaus Resultat der Situation des Pflegeberufs, der im letzten Jahrhundert dezidiert als ärztliche Assistenz Tätigkeit konzipiert, seit geraumer Zeit enormem Problem- und Veränderungsdruck unterliegt, dessen Entwicklung aber – gegenläufig zum Innovationsdruck – stagniert. Ohne daß die Pflege »in Bewegung« gerät, aus dem Schatten des Arztes heraustritt und eigenständige Problemdefinitionen und Gegenstandsbestimmungen vornimmt, wird sie diese Schritte nicht vollziehen können – auch das bestätigen die ausländischen Erfahrungen (Moers/Schaeffer 1993).
- Sollen Präventionsaufgaben bei bedingter Gesundheit und chronischer Erkrankung von Erfolg gekrönt sein, ist außerdem eine ganz andere Hürde zu überwinden. In vielen Bereichen der Krankenversorgung, so auch in der Pflege, wird den Besonderheiten chronischen Krankseins nicht hinreichend Rechnung getragen.

Viele von ihnen wurden zuvor angedeutet und sollen abschließend um einen grundlegenden Aspekt ergänzt werden. Chronisch Kranke befinden sich in einer eigentümlich ambivalenten Rollensituation, die einerseits durch den Status als Kranker, einen gesellschaftlichen legitimierten Sonderstatus mit bestimmten Rechten und Pflichten (Parsons 1965), determiniert ist. Gleichzeitig sind sie nur partiell krank, bzw. richtiger gesagt, zugleich »bedingt gesund«, und die relative Gesundheit ermöglicht ihnen über weite Strecken des Krankheitsverlaufs, wengleich mit Einschränkungen, ein Leben als vollwertiges Gesellschaftsmitglied zu leben und dabei die an sie gestellten Rollenerwartungen zu erfüllen (Gerhardt 1993). Professionelle Interventionen müssen, wollen sie nicht de-autonomisierenden Charakter haben, dieser Ambivalenz gerecht werden, und das gilt auch in den Phasen und Stadien des Krankheitsverlaufs, in denen Autonomieeinbußen den Alltag bestimmen. Das bedeutet für die Pflege, daß auch sie ihrer Klientel die Eigenkompetenz und Autonomie nicht absprechen kann und dem Erhalt eigenverantworteter Lebensgestaltung mehr Aufmerksamkeit zollen muß als in der gegenwärtigen Pflegepraxis üblich. Auch das freilich ist mit einem Umdenken verbunden: Es bedeutet, von der Situation der Patienten und ihren Problemen der Bewältigung des Lebens mit chronischer Krankheit aus zu denken, und verlangt ein Maß an Reflexivität, das in der technisch-instrumentell geprägten bundesdeutschen Pflegepraxis in der Regel (noch) nicht anzutreffen ist. Gleichwohl ist es die Voraussetzung dafür, daß kurative Institutionen wie die Pflege präventive Potentiale entfalten.

Literatur

- AG Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte an der FU-Berlin und Interdisziplinäre AG für angewandte Gerontologie der GHS Kassel (1991): *Alte Menschen in der Stadt und auf dem Land*. DZA, Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 82. Berlin
- Archer, S. (1985): »Public health nursing.« In: W. Holland et al. (Hg.), *Oxford Textbook of Public Health*, Bd. 2. Oxford: Oxford University Press, S. 166-179
- Badura, B. (Hg.) (1981): *Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Corbin, J./Strauss, A. (1993): *Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie*. München: Piper
- Damkowsky, W./Görres, S./Luckey, K. (1988): *Sozialstationen. Konzept und Praxis eines Modells ambulanter Versorgung*. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) (Hg.) (1991): *Hessisches Curriculum Krankenpflege*. Im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit. Eschborn: Verlag Krankenpflege
- Dock, L. (1977): »Self-Portrait.« Nachdruck in: *Nursing Outlook*, 1, S. 53-57

- Fawcett, J. (1989): *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing*. 2. Aufl. Philadelphia: F.A. Davis
- Ferber, C. von (1993): »Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit.« In: H.-W. Müller (Hg.), *Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit*. Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V. Frankfurt am Main, S. 9-21
- Fischer, W. (1987): »Patientenarbeit. Biographischer und alltagsweltlicher Umgang mit medizinisch-therapeutischer Hochtechnologie.« In: B. Lutz (Hg.), *Technik und sozialer Wandel*. Verhandlungen des 23. Deutschen Soziologentages in Hamburg 1986. Frankfurt a.M.: Campus, S. 545-551
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D./Tietze K. W. (1982): »Brauchen wir eine integrierte, mobile Gesundheitsberatung?« In: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 44, 6, S. 405-410
- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (1992): *Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen*. Freiburg: Lambertus
- Gerhardt, U. (1993): *Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Heide, U. (1993): *Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-209, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Herriger, N. (1989): »Der mächtige Klient. Anmerkungen zum Verhältnis von Alltagskompetenz und Berufskompetenz.« In: *Soziale Arbeit*, 5, S. 165-174
- Krohwinkel, M. (1993): *Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranke. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitierender Prozeßpflege*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16. Baden-Baden: Nomos
- Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und der Gesundheitsförderung in den U.S.A.* Berlin: edition sigma
- Kurtenbach, H./Golombek, G./Siebers, H. (1987): *Krankenpflegegesetz: mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege*. Köln: Kohlhammer
- Labisch, A. (1991): »Der öffentliche Gesundheitsdienst (öGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (<new public health>).« In: H.-U. Deppe/H. Friedrich/R. Müller (Hg.), *Öffentliche Gesundheit – Public Health*. Frankfurt a.M.: Campus, S. 84-102
- Levine, M. (1989): »The Conservation Principles: Twenty Years Later.« In: J. Riehl-Sisca, *Conceptual Models for Nursing Practice*. Norwalk: Appleton & Lange, S. 325-337
- Meleis, A. (1991): *Theoretical Nursing – Development and Progress*. 2. Aufl. Philadelphia: J.B. Lippincott
- Moers, M. (1994): »Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel.« In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma, S. 159-174
- Moers, M./Schaeffer, D. (1993): *Aids-Krankenversorgung in San Francisco. Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 93-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Orem, D. (1985): *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis, Baltimore: Mosby Year Book
- Parsons, T. (1965): »Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse.« In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3: Probleme der Medizinsoziologie, S. 10-37

- Robert Bosch Stiftung (Hg.) (1992): *Pflege braucht Eliten. Denkschrift*. Gerlingen: Bleicher
- Rosenbrock, R./Noack, R.H./Moers, M. (1993): *Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften*. Herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Roy, C./Andrews, H. (1991): *The Roy Adaptation Model: The Definitive Statement*. Norwalk: Appleton & Lange
- Schaeffer, D. (1992): *Grenzen ambulanter Pflege*. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-210, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Schaeffer, D. (1993): »Integration von intra- und extramuraler Versorgung.« In: B. Badura/G. Feuerstein/T. Schott (Hg.), *System Krankenhaus*. München: Juventa, S. 270-291
- Schaeffer, D./Moers, M. (1992): *Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten*. Zwischenbericht des Projekts »Versorgung und Betreuung von Patienten mit HIV-Symptomen. Präventive Potentiale kurativer Institutionen«. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P 92-209, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Schaeffer, D./Moers, M. (1994): *Ambulante Pflege von Aids-Patienten*. Erscheint in: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1992): *Aids-Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1994): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma
- Springer, D./Brubaker, T.H.(1981): *Family Caregivers and Dependent Elderly: Minimizing Stress and Maximizing Independence*. Beverly Hills
- Steppe, H. (Hg.) (1993): *Krankenpflege im Nationalsozialismus*. 7. Aufl. Frankfurt a.M.: Mabuse
- Steppe, H. (1994): »Caritas oder öffentliche Ordnung? – Zur historischen Entwicklung der Pflege.« In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma, S. 43-51
- Stollberg, G. (1994): Aspekte einer Geschichte von Public-Health-Konzeptionen in Deutschland. In: D. Schaeffer/M. Moers/R. Rosenbrock (Hg.), *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: edition sigma, S. 30-42
- Strauss, A./Fagerhaugh, S./Suczek, B./Wiener, C. (1985): *The Social Organization of Medical Work*. Chicago: University of Chicago Press
- Swanson, J./Albrecht, M. (1993): *Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates*. Philadelphia, London: WB Saunders
- Travelbee, J. (1971): *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis
- WHO (Hg.) (1981): *Regionale Strategien zur Erreichung des Ziels »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2 000«*. EUR/RC 30/8 Rev. vom 9.3.1981. Unveröff. Ms. Kopenhagen
- Yura, H./Walsh, M.B. (1988): *The Nursing Process. Assessing, Planning, Implementing, Evaluation*. 5. Aufl. (1. Aufl. 1967). Norwalk: Appleton & Lange