

Erkenntnisse aus mobil für die Pflegerwissenschaft

Präventive Hausbesuche bei Senioren Bosch BKK / dip

13.03.2008



**Prof. Dr. Hermann Brandenburg
Freiburg, Vallendar
Lehrstuhl für Gerontologische Pflege
Pflegerwissenschaftliche Fakultät PTHV**



I. Chancen für die Pflegerwissenschaft

A. Inhaltliche Aspekte



Vorbemerkung

- Grundsätzlich gilt: Alter(n) und Pflegebedürftigkeit sind kein dominantes Thema der deutschen Pflegewissenschaft



Aber erste Ansätze

- Expertise zum Begriff der Pflegebedürftigkeit und zur Instrumentenentwicklung (Wingenfeld et al. 2007)
- Multimorbidität im Alter (Robert Bosch Stiftung)
- Studie zum Umgang bei Menschen mit Demenz (Bartholomeyczik & Halek 2006)
- Studien zum präventiver Hausbesuch (dip 2005, 2008)
- Ausland: Gerontological Nursing (USA)



1. Erkenntnisse zur Pflegebedürftigkeit im Alter

- Mobil hat aufgrund eines kontrollierten Interventionsdesigns:
 - Risikofaktoren detailliert identifiziert (Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Multimedikation, Schmerzbehandlung etc.)
 - Defizite und Gefährdungen aufgewiesen (43% zeigen zu wenig körperliche Aktivität, 68% haben ein Sturzrisiko etc.)
 - Beratungsbedarfe systematisch dokumentiert und die Faktoren für die Umsetzung der Beratungsinhalte analysiert (Handlungsdringlichkeit, Ansprechbarkeit des Themas, Erreichbarkeit der Angebote, Beraterkompetenz etc.)
 - Fokus lag auf der Deskription



2. Seriosität der Befunde

- Mobil hat
- Keine signifikanten Unterschiede der Interventions- und Kontrollgruppe im Hinblick auf die Ergebnisindikatoren **ermittelt** (Einstufung in die Pflegeversicherung, Anzahl der Krankenhaustage etc.)



3. Multidimensionalität von Pflegebedürftigkeit

- Weiterführende Analysen:
 - Entstehung und Verlauf von Pflegebedürftigkeit (Längsschnittstudien)
 - Subgruppen, Extremgruppenvergleiche, Profilbildung
 - Erwünschte und unerwünschte Wirkungen von Pflegeprävention



I. Chancen für die Pflegerwissenschaft

B. Methodische Aspekte



1. Assessment

- Mobil hat
 - Ein wissenschaftlich und praktisch geeignetes multidimensionales Assessment entwickelt und eingesetzt
 - Diese Arbeit gilt es zu würdigen, auch in ihrer methodischen und computergestützten Umsetzung (sehr hohe Akzeptanz bei den Nutzern)



2. Seriosität der Befunde

- Aber: Die Bewertung des Assessments ist erfahrungsbezogen. Und: „Eine Aussage darüber, inwieweit mittels STEP-m die wesentlichen Selbständigkeit und Gesundheit beeinflussenden Faktoren eingeschätzt werden konnten, ist nicht möglich“ (Dip 2007, 146)
- Daher: Daher dranbleiben und Kooperationen eingehen, etwa bei Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Pflegebedürftigkeit (Wingenfeld, Büscher, Gansweid 2007)



3. Themenspezifische Beratungsstrategie

- 49% der Befragten stimmen der Aussage zu, durch die Beratungen angeregt worden zu sein, Probleme mit ihrem Hausarzt zu besprechen
- Chance zur besseren Informiertheit der Senioren, Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme, Früherkennung von Krankheiten etc.
- Handbuch: Beraterisches Grundlagenwerk zum Präventiven Hausbesuch
- Pflegewissenschaft: Einsatz, Wirkung, Evaluation des Beratungsansatzes (im Hinblick auch auf vulnerable Gruppen)



I. Chancen für die Pflegerwissenschaft

C. Berufspolitische Aspekte



Hintergrund

- Neue Rollen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in Deutschland
- Entstehung neuer Aufgaben, Rollen und Kompetenzprofile
(Klie & Brandenburg 2006, Kulmey 2006, SVR-Gutachten 2007)



Konfliktfelder

- Offen ist die Form der Delegation und die Neuausrichtung der Tätigkeitsprofile und Verantwortungsbereiche
- Diskutiert wird einerseits die völlig eigenständige Ausführung (auch ehemals ärztlicher Tätigkeiten), andererseits die Ausweitung des Delegationsprinzips



So?

Das Modell Gemeindeschwester "AGnES,, (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health- gestützte, systemische Intervention)

„In Deutschland grassiert der Ärzte-Notstand: In vielen ländlichen Gebieten sollen künftig Schwestern die Behandlung übernehmen. Mit Laptop und Videokamera ausgestattet, sind sie die Mediziner der Zukunft“

(Die „Welt“ vom 18.03.2007).



Oder so:

Familiengesundheitspflege

Ziele und Aufgaben (vgl. Weidner 2005, Schüsseler 2007)

- Erhaltung und Förderung von Gesundheit und selbständiger Lebensführung im Alter
- Verzögerung des Eintretens von Pflegebedürftigkeit
- Beraten und unterstützen bei der Alltagsbewältigung
- Beraten und begleiten z.B. bei Pflegebedürftigkeit, Schwangerschaft, Gewalt, Armut, Migration
- Frühzeitiges Erkennen potenzieller und aktueller Gesundheitsprobleme
- Ausschöpfung präventiver und gesundheitsförderlicher Potenziale: Präventive Hausbesuche
- Beratung/Begleitung im Umgang mit Krankheit, chronischer Behinderung



Und im Ausland?

- Advanced Nursing Practice (ANP)
 - Nurse Practitioner, Higher Level Practitioner, Critical Care Nurse, Public Health Nurse etc.
 - Lt. American Nurses Association liegt der Fokus auf:
 - ❖ Spezialisierung (bestimmte Patientengruppen, bestimmte Krankheitsbilder)
 - ❖ Erweiterung (der bisherigen Kompetenzen und des Handlungsbedarfs)
 - ❖ Fortschritt (der zur nachhaltigen Verbesserung der Pflege im interdisziplinären Kontext führt)

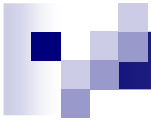


Für die Pflegewissenschaft ...

- Wissenschaft ist keine Berufspolitik, aber:
 - Studien zur interprofessionellen Zusammenarbeit (Vernetzung, Kooperation)
 - Studien zur Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten
 - Studien zum professionellen Selbstverständnis



II. Risiken für die Pflegerwissenschaft



Michel Foucault







Warum hat die Medizin Macht?

- Erstens: *Sie hat ein neues Denken erzeugt*
- Im 19. Jahrhundert hat sie den Körper geöffnet und ihn erforscht
- Die Geburt der Klinik war verbunden mit der Entwicklung der modernen Medizin, der Verdrängung der Pflege und der Etablierung einer neuen Hierarchie als Forschungsinstitution



Warum hat die Medizin Macht?

- Zweitens: Sie hat ein Regime der Disziplin durchgesetzt
- Das Krankenhaus als Disziplinaranstalt
- Aufgabe besteht in der Abrichtung der Körper
- Moderne Macht formt die Individuen
- Die Medizin bzw. das Krankenhaus wirkt bei der Produktion des disziplinierten Menschen mit



Warum hat die Medizin Macht?

- *Drittens: Sie nimmt mit der Bio-Politik Einfluss auf die Bevölkerung*
- Fortpflanzung, Geburten- und Sterblichkeitsraten, Gesundheitsniveau, Lebensdauer usw. werden reguliert
- Ärzte (und Pflegende) sind unmittelbar am Vollzug dieser Politik beteiligt



Die Ambivalenz des Fortschritts

- Die Geburtenrate wird Ausgangspunkt staatlicher Interventionen, das Sterben wird hinausgezögert und verhindert, das Gesundheitsniveau angehoben
- Dies ist ein Fortschritt, gleichzeitig aber auch ein Ausdruck subtiler Macht



Medizin und Macht

- Warum? Weil die Medizin die Aufgabe übernommen hat, das Leben zu erhalten, seine Kräfte zu steigern und zu modellieren
- Damit legitimiert die Medizin ihre Zugriffe auf den Körper und die Einschränkung der Autonomie



Bio-Politik und Pflege I

- Der „Zwang“ zur Gesundheit
- Am Anfang des Lebens: Pränataldiagnostik (als selektive Diagnostik)
- In der Mitte des Lebens: Wellness, Fitness, Attraktivität (1000 Schönheitsoperationen in 2007)
- Am Ende des Lebens: Prävention und Empowerment



Bio-Politik und Pflege II

- Thema der us-amerikanischen Ethikdebatte: enhancement – Steigerung des Normalen und Gesunden
- Empowerment, Gesundheitsförderung, Prävention – Involvement und Verantwortung auch der Pflege



Der medizinische und der pflegerische Blick

- Die Medizin registriert Häufigkeiten, Abweichungen, Unregelmäßigkeiten
- Alles wird sorgsam und auf dem medizinischen Tableau dokumentiert
- Auch in der Pflege findet sich der verobjektivierende und klassifizierende Blick



Virginia Henderson (1994, 93f.)

- „Doctors, nurses and allied health professionals collaborate in order to institute a careful documentation process which separates the body into physical components which can be measured.“
- Schroeter (2004). Der pflegerische Blick: „The Nursing Gaze – Big Sister is Watching You“



Pflege also ...

- **Leistet einen Beitrag zur Normalisierung und Disziplinierung – gerade durch Unterstützung, Beratung, Prävention**
- **Leistet einen Beitrag zur Ökonomisierung – gerade durch die Ambivalenz von Konzepten wie „Autonomie“, „Selbstpflege“, „Eigenverantwortung“**



Paradoxie

- Liegt in der doppelten Bedeutung einerseits zu führen (d.h. Konzepte von Gesundheit, Fitness etc. umzusetzen) wie auch selbst geführt zu werden (d.h. die Mechanismen des ökonomischen Denkens [Effizienz, Optimierung etc.] zu internalisieren



Pflegewissenschaft

- Kann auf dem Hintergrund der Analysen von Foucault die gesellschaftspolitische Auswirkung und der Kontext von Prävention kritisch in den Blick nehmen
- Kann die Rolle der Pflege als Sozialisationsinstanz (gleichzeitig Hilfe und Kontrolle) kritisch reflektieren und naiven Hoffnungen in der Berufspolitik widersprechen



Pflegewissenschaft

- Kann durch Diskursanalysen zeigen, wer über Prävention, Pflegebedürftigkeit und Altern sprechen darf – und wer dazu schweigen muss!



Pflegewissenschaft

- Kann einerseits die Chancen der Prävention für das Finden der „richtigen Mitte“ (Aristoteles) untersuchen
- Kann andererseits die Risiken der Prävention [Beobachtung, Kontrolle, Dominanz der Gesundheit] untersuchen



Pflegewissenschaft

- Muss einerseits den wissenschaftlichen mainstream bedienen und sich ihm stellen!
- Muss andererseits eine eigene kritische Perspektive entwickeln – ohne in Nischen und Randgebiete „abzudriften“!



III. Überleitung zur Podiumsdiskussion



Drei Fragen für die Podiumsdiskussion

- 1. Welche Anstrengungen bedarf es in der Zukunft um der Entstehung von Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken?
- 2. Welche Rolle sehen Sie für sich und Ihre Organisation in diesem Zusammenhang?
- 3. Wie muss sich eine professionelle Pflege in diesem Kontext positionieren?

PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR

Staatlich und kirchlich anerkannte wissenschaftliche Hochschule
- Die Universität im „Grünen“ -



Herzlichen Dank