

Der Wissenschaftsrat, ein wissenschaftspolitisches Beratungsgremium für die Politik, hat im Jahr 2012 **Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen** formuliert. In diesen Empfehlungen wird eine hochschulische Qualifikation für 10 bis 20% der Gesundheitsfachberufe Ergotherapie, Hebammenwesen, Logopädie, Physiotherapie und Pflege gefordert.

Fachkräfte bzw. Spezialisten Gesundheits-, Krankenpflege und Geburtshilfe
Dezember 2018

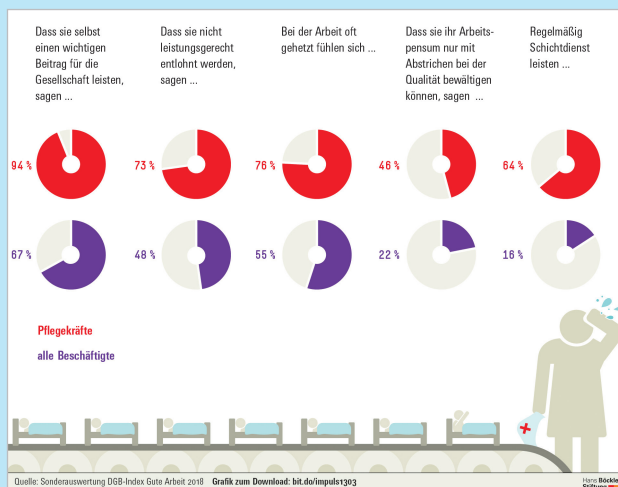


Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

Spezialisten Physiotherapie
Dezember 2018



Vor dem Hintergrund einer in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu beobachtenden Komplexitätszunahme, einer sich verändernden Arbeitsteilung und der zunehmenden Bedeutung interprofessioneller Zusammenarbeit hält es der Wissenschaftsrat für geboten, die mit besonders komplexen und verantwortungsvollen Aufgaben betrauten Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zukünftig bevorzugt an Hochschulen auszubilden.
Wissenschaftsrat, S. 81

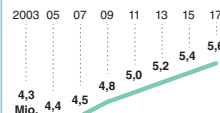


Arbeitsbedingungen in der Pflege. So beurteilen Beschäftigte die Lage
(Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018)

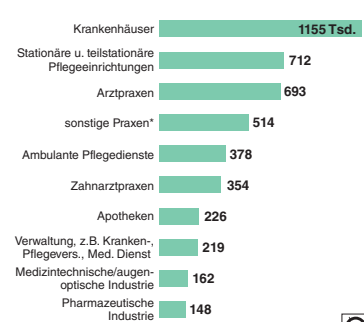
1. Beschäftigen Sie sich mit den hier abgebildeten Fakten zur Arbeitssituation im Gesundheitswesen.
 - Welche Informationen entnehmen Sie den Abbildungen?
 - Wie attraktiv ist das Arbeitsgebiet Gesundheitswesen für Sie? Lohnt eine berufliche oder hochschulische Ausbildung im Gesundheitswesen?

Arbeiten für die Gesundheit

Beschäftigte im Gesundheitswesen in Deutschland in Millionen



Gesundheitseinrichtungen 2017 mit dem meisten Personal
Beschäftigte in Tausend



Quelle: Stat. Bundesamt

Stand jeweils am 31.12.

*z. B. von Physio-, Psychotherapeuten, Heilpraktikern

© Globus 13223

Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen insgesamt und nach Einrichtungsart

2. Wie beurteilen Sie die Arbeitsbedingungen in der Pflege im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen der Beschäftigten insgesamt?
3. Immer mehr Berufsausbildungen im Gesundheitswesen werden akademisiert, d. h. an die Hochschulen verlagert. Was spricht aus Ihrer Sicht für eine „klassische“ Berufsausbildung und was für ein Studium?

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN

7.1 Beschäftigte im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist ein dynamischer Markt: Im Gesundheitswesen arbeiten aktuell ca. **5,6 Mio. Menschen** und in den letzten 20 Jahren gab es einen bemerkenswerten **Beschäftigungszuwachs**. Gegenüber dem Jahr 2000 hat die Anzahl der Beschäftigten um 1,5 Mio. Menschen zugenommen (Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017).

Wie die Abbildung „Arbeiten für die Gesundheit“ in der Einstiegsseite des Kapitels zeigt, arbeiten die meisten Beschäftigten (1,1 Mio.) im Gesundheitswesen in den knapp 2000 Krankenhäusern. Die zweitgrößte Gruppe stellen die Beschäftigten in der stationären und teilstationären Pflege dar (712 000). In Arzt- und Zahnarztpraxen arbeiten zusammengefasst ca. 1 Mio. Menschen.

Auf die Produktion und den Handel von Humanarzneimittel und Medizintechnik (z. B. Pharmazeutische Industrie, Medizintechnik, Großhandel, medizinische und zahnmedizinische Laboratorien) (→ 5.3) entfallen 310 000 Beschäftigte.

Die **berufliche Bandbreite** ist bei den Gesundheitsberufen sehr groß: Viele Menschen wis-

sen, was das Aufgabenspektrum eines Arztes, eines Altenpflegers oder einer Physiotherapeutin umfasst.

Katja arbeitet als Podologin. Kai ist Orthoptist. Peter ist Heilerziehungspfleger. Recherchieren Sie auf <https://berufenet.arbeitsagentur.de>:

- Was gehört zu den typischen Aufgaben dieser Berufe?
- Wie lange dauert die Ausbildung?
- Wo kann man mit diesem Beruf nach der Ausbildung arbeiten?

Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen bilden Berufe der Gesundheits- und Krankenpflege, des Rettungsdienstes und der Geburtshilfe. Rund 1,1 Mio. Menschen üben einen dieser Berufe aus. 457 000 Menschen sind als Ärzte und Zahnärzte beschäftigt (→ Abb. 1).

Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind überwiegend weiblich. Der **Frauenanteil** beträgt durchschnittlich ca. 75%. Lediglich im Rettungsdienst und in der Medizintechnik arbeiten mehr Männer als Frauen. Den höchsten Frauenanteil erreichen die medizinischen bzw. zahnmedizinischen Fachangestellten mit 98 bzw. 99 % Frauenanteil. Bei den Ärzten liegt der Frauenanteil bei 47,2% (Bundesärztekammer 2018a) (→ 7.3).

Pflegeberufe:

Ab 2020 werden die Ausbildungsberufe der Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und Altenpflege in eine neue Ausbildung zur Pflegefachperson überführt (Pflegeberufegesetz). Die ersten beiden Ausbildungsjahre finden gemeinsam statt (sog. generalistische Ausbildung). Dann können sich die Auszubildenden entscheiden, ob sie die Generalistik weiterführen oder Altenpfleger oder Kinderkrankenpfleger werden möchten.

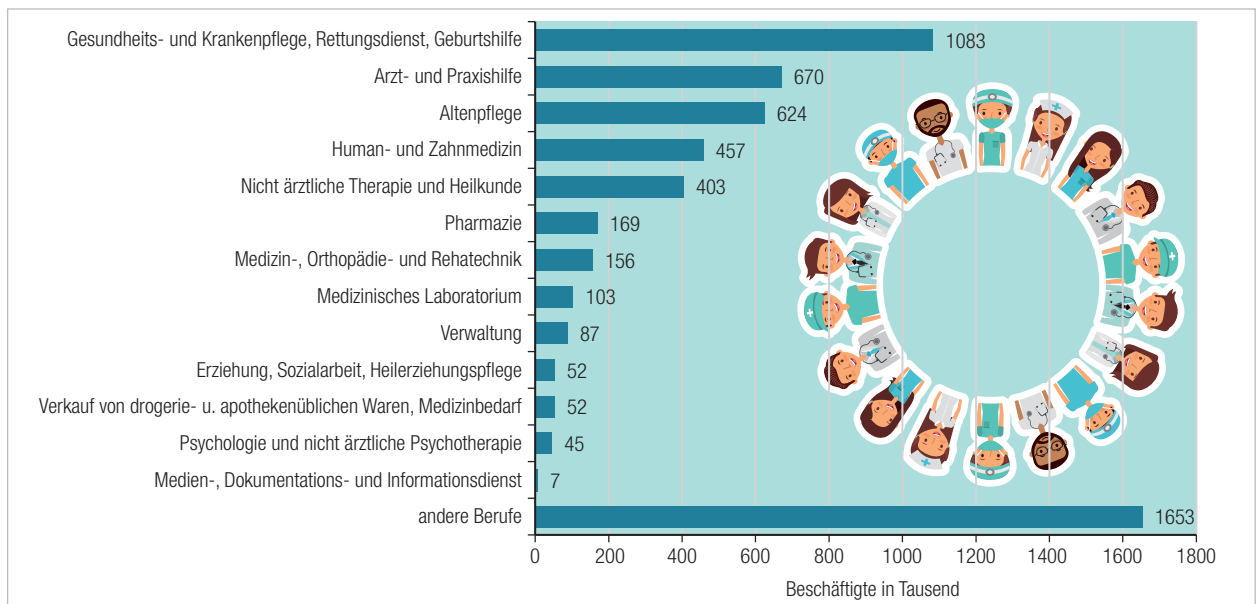


Abb. 1 Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Berufen 2017 (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2017)

7.2 Anforderungen an Beschäftigte im Gesundheitswesen

An die Beschäftigten im Gesundheitswesen werden vielfältige Anforderungen gestellt. Neben der Herausforderung, fachlich auf dem aktuellen Stand zu sein, stellen insbesondere soziale und kommunikative Kompetenzen Besonderheiten eines Arbeitsplatzes im Gesundheitswesen dar. Der permanente **Kontakt zu Menschen** ist eines der Kennzeichen einer Beschäftigung im Gesundheitswesen.

Anna hat gerade ihr Abitur gemacht. Bereits während der Schulzeit hat sie in den Ferien ein Praktikum im Krankenhaus ihres Heimatortes gemacht, da sie herausfinden wollte, ob ein pflegerischer Beruf für sie das Richtige ist. Das Interesse für den Umgang mit hilfsbedürftigen Menschen bringt sie mit. Aber wie praxisbezogen der Beruf einer Pflegefachperson ist, war ihr vor ihrem Praktikum nicht so bewusst. Zu den Arbeitsaufgaben zählen nämlich auch Tätigkeiten wie das Waschen und Betten der Patienten, der Verbandswechsel, die Medikamentenvergabe, das Bedienen und Überwachen von medizinischen Geräten sowie die Assistenz bei ärztlichen Untersuchungen und operativen Eingriffen. Annas genaue Beobachtungsgabe war genauso gefragt wie ein gutes mündliches und schriftliches Ausdrucksvermögen, um sich mit den Mitarbeitern und Patienten klar und unmissverständlich zu verständigen. Und schließlich verlangte die tägliche Konfrontation mit Krankheit und Leid auch eine große psychische Stabilität und Belastbarkeit. Bei den Pflegekräften und Ärzten auf der Station sah sie, dass ein sehr sorgfältiges und verantwortungsvolles Arbeiten gefragt ist.

Der **medizinisch-technische Fortschritt** ist mit hohen Anforderungen an die Beschäftigten verbunden (→ Abb. 2). Sie müssen bereit sein, sich ständig auf Neuerungen einzustellen, und diese im Arbeitsalltag beherrschen.



Abb. 2 Arbeit einer Pflegefachperson auf einer Intensivstation

In den letzten Jahren kam es zu einer **Arbeitsintensivierung und -verdichtung**, auch durch **Personalmangel** bedingt, die zu Hetze und Zeitdruck im Arbeitsalltag führt. Ein weiteres Kennzeichen ist, dass die Arbeit häufig **unterbrochen** wird, weil andere dringende Arbeitsaufgaben erledigt werden müssen, ein Notfall eintritt, eine Kollegin Unterstützung benötigt usw. Dies kann zu chronischer Erschöpfung, höheren Krankheitsraten und auch zu Burn-out (→ II-5.9.3, → II-5.13.4) führen, was insbesondere bei Pflegekräften und Krankenhausärzten vermehrt auftritt.

Die Kraft, ihre Arbeit trotz der widrigen Umstände zum Wohle der Patienten gut und gewissenhaft zu verrichten, ziehen viele Beschäftigte im Gesundheitswesen aus einer **hohen intrinsischen Motivation**, d.h. aus der inneren Überzeugung, etwas Sinnvolles und Wichtiges zu leisten.

7.2.1 Beziehungsgestaltung und Kommunikation

Beziehungsgestaltung

Eine wichtige Grundlage der Arbeit im Gesundheitswesen, bei der ein direkter Patienten- bzw. Klientenkontakt stattfindet, ist die **Gestaltung einer vertrauensvollen und empathischen Beziehung** zwischen dem Patienten und dem Behandler. Hierbei spielen **Nähe und Distanz** zwischen dem Patienten/Klienten und dem Behandler eine zentrale Rolle. In der Kommunikation mit anderen finden Menschen in der Regel einen Abstand von etwa einer Armlänge als angenehm (→ Abb. 3). In der gesundheitlichen Versorgung wird dieser Abstand regelmäßig überschritten, d.h., es entsteht eine Nähe, die auch die Intimzone (bis 50 cm Abstand) überschreiten kann.

Burn-out:

engl. für ausbrennen; Zustand totaler emotionaler, körperlicher und geistiger Erschöpfung

intrinsische Motivation:

aus einem selbst kommende Motivation, bestimmte Dinge zu tun (z. B. sich beim Sport anzustrengen)

Klient:

in der Psychotherapie und Beratung übliche Bezeichnung für die rat- bzw. Hilfe suchende Person; der Einfachheit halber wird folgend nur der Begriff „Patient“ verwendet.

Empathie:

Fähigkeit, sich in die Gefühle eines anderen Menschen hineinzuversetzen und diese nachzuempfinden

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN



Abb. 3 Zonen im Nähe- und Distanzverhältnis zwischen Menschen

Eine Herausforderung für die Beschäftigten im Gesundheitswesen besteht darin, einerseits eine professionelle empathische Haltung gegenüber dem Patienten zu entwickeln und zu bewahren. Andererseits müssen sie sich aber auch von dem Leid des Patienten angemessen distanzieren können, damit sie das bei der Arbeit Erlebte nicht mit in ihr privates Leben nehmen und womöglich nicht mehr von beruflichen Themen abschalten können. Eine weitere Herausforderung stellt für die Beschäftigten im Gesundheitswesen die Nähe zu den Privatangelegenheiten der Patienten dar: Bei Hausbesuchen erhalten sie einen Einblick in deren häusliche Lebensbedingungen. Wenn Patienten im Krankenhaus besucht werden, erfahren sie unter Umständen viel über deren Beziehungen.

In der **Patienten-Behandler-Beziehung** kommen dem Behandler (z. B. Fachkraft wie Arzt, Pflegekraft, Psychotherapeut, Ergotherapeut) und dem Patienten **unterschiedliche Rollen** zu: Die Patienten sind aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen häufig auf Hilfe, Unterstützung und Information über ihren Gesundheitszustand angewiesen. Dies kann bei Patienten zu Ohnmachtsgefühlen führen. Andererseits wird der Patient in dem immer stärker wirtschaftlich geprägten Gesundheitswesen auch als Kunde, Nutzer oder Klient angesehen (→ 8.3.1).

II-12.11.4 Mitteilung der Diagnose Brustkrebs

aktives Zuhören:
gefühlbetonte Reaktion
eines Gesprächspartners auf
das Gesagte des anderen

1. Stellen Sie sich zu zweit im Raum gegenüber und gehen Sie langsam aufeinander zu.
 - a) Welchen Abstand zum anderen empfinden Sie als angenehm? Ab welchem Abstand wird es Ihnen zu dicht/unangenehm/intim?
 - b) Welchen Unterschied macht es für Sie, wer Ihnen nahekommst und wie die Person ihr Näherkommen mit Worten ankündigt?
2. Denken Sie an Ihre Begegnungen mit Beschäftigten im Gesundheitswesen in den letzten 12 Monaten zurück:
 - a) Wie haben Sie die Beziehungsgestaltung durch die Beschäftigten des Gesundheitswesens empfunden?
 - b) Fühlten Sie sich als Patient, Kunde oder Nutzer?

Professionelle Kommunikation

Eine professionelle Kommunikation mit dem Patienten trägt zur Zufriedenheit des Patienten und zum Therapieerfolg bei. Als besonders fruchtbar hat sich die **klienten- bzw. personenzentrierte Gesprächsführung** nach Carl Rogers, einem amerikanischen Psychotherapeuten (1902–1987), erwiesen. Darunter versteht man, dass die Kommunikation zwischen dem Behandler und dem Patienten von folgenden Merkmalen gekennzeichnet ist:

- Echtheit
- Empathie
- Wertschätzung

Mit **Echtheit** ist gemeint, dass der Behandler dem Patienten authentisch, ohne Fassade und im guten Kontakt mit seinen eigenen Gefühlen begegnet. Das, was der Behandler zum Patienten sagt, soll echt sein.

Empathie dem Patienten gegenüber entsteht durch das aktive Zuhören des Behandlers und durch die einführende Teilnahme am Erleben des Patienten.

Wertschätzung bedeutet, dass der Behandler den Patienten mit seinen Schwierigkeiten und Eigenheiten akzeptiert und ihm aufgeschlossen und an seinem inneren Erleben interessiert begegnet.

Früher war die Patienten-Behandler-Beziehung durch eine klare **Hierarchie** geprägt, in der der Behandler (in der Regel der Arzt) dem Patienten sagte, welche Therapie bei seiner Erkrankung angewendet werden sollte. Der Patient richtete sich in der Regel danach. Heute wird der Patient viel stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen. Es werden dem Patienten mehrere Behandlungsalternativen vorgestellt und seine Meinung wird bei der Therapiewahl berücksichtigt. Diese Vorgehensweise wird **Shared decision-making** bzw. **gemeinsame Entscheidungsfindung** genannt (Bertelsmann Stiftung, Universität Bremen 2005). Dadurch, dass der Patient mit seinen Präferenzen in den Entscheidungsprozess einbezogen wird, wird auch seine Bereitschaft, sich an die gemeinsam mit dem Behandler getroffenen Vereinbarungen zu halten, erhöht. Damit wird die Compliance und Adhärenz des Patienten verbessert:

- **Compliance:** Bereitschaft eines Patienten zur aktiven Mitwirkung an therapeutischen Maßnahmen
- **Adhärenz:** Maß, in dem das Verhalten eines Patienten mit seinem Therapieziel übereinstimmt

Die **Patientenorientierung**, d.h. die Ausrichtung des ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Handelns an den individuellen Bedürfnissen des Patienten, spielt heute in der gesundheitlichen Versorgung eine zentrale Rolle. Im Mittelpunkt des Gesundheitssystems soll der Patient mit seinen individuellen Wünschen und Bedürfnissen stehen (Amelung u.a. 2015). Eine stärkere Patientenorientierung bedeutet auch eine stärkere **Patientenpartizipation** (→ 9.1.2), d.h., dass die Patienten stärker in die sie betreffenden Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

Im Gesundheitswesen werden heute die **Patientenrechte** und der **Wille des Patienten** (z.B. bei der Entscheidungsfindung) auch durch den Gesetzgeber immer mehr gestärkt. Die Einrichtung der Stelle des Patientenbeauftragten der Bundesregierung (→ 4.6.1) und das Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 sind Beispiele hierfür.

Zur professionellen Kommunikation gehört selbstverständlich auch, die **Regeln der Schweigepflicht und des Datenschutzes** zu befolgen (→ 10.6.3).

Wenn Sie an Ihren letzten Kontakt mit einem Behandler aus dem Gesundheitswesen (z. B. Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut) zurückdenken: Wie wurden Sie in die therapeutische Entscheidungsfindung einbezogen? Haben Sie sich an die empfohlenen therapeutischen Hinweise gehalten? Wenn nein, wieso nicht?

Aufgrund der großen Bedeutung der Kommunikation zwischen den Behandelnden und den Nutzern des Gesundheitssystems ist es unerlässlich, die **deutsche Sprache** zu beherrschen. **Fremdsprachenkenntnisse**, vor allem Englisch, sind wichtig, um sich mit Patienten aus anderen Ländern verständigen zu können. **Englisch** ist die Wissenschaftssprache, in der viele bedeutsame Publikationen (wissenschaftliche Artikel, Lehrbücher usw.) verfasst sind.



Abb. 4 Krankenhausmitarbeiterin im Gespräch mit einer muslimischen Patientin

Kulturelle und religiöse Vielfalt

Die deutsche Gesellschaft wird immer multikultureller, d.h., es leben zunehmend mehr Menschen mit verschiedenen kulturellen und religiösen Hintergründen in Deutschland (→ Abb. 4, → Abb. 5). Für die gesundheitliche Versorgung bedeutet dies, dass auf **unterschiedliche Krankheitsvorstellungen** und **Erwartungen an die Rolle des Gesundheitspersonals**, auch von Angehörigen, Rücksicht genommen werden muss. Dies erfordert eine hohe Toleranzbereitschaft und Offenheit für andere Lebensweisen sowie religiöse und kulturelle Besonderheiten. Und dies gilt natürlich nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Mitarbeiterschaft, die ebenfalls unterschiedliche kulturelle und religiöse Wurzeln und Werte hat.

Shared decision-making: gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Behandler und Patient

Compliance: Bereitschaft eines Patienten, an therapeutischen Maßnahmen aktiv mitzuwirken

Adhärenz: Maß, in dem das Verhalten eines Patienten mit seinem Therapieziel übereinstimmt

multikulturell: sich aus verschiedenen Kulturen zusammensetzend

Yasemin (18 Jahre) entstammt einer türkischen Familie und lebt in Bremen. Ihre Eltern sind Anfang der 1990er-Jahre nach Deutschland gekommen. Yasemin ist muslimischen Glaubens. Aufgrund einer akuten Blinddarmentzündung wurde sie ins Krankenhaus eingewiesen und musste sich dort einer OP unterziehen, bei der ihr der Blinddarm entfernt wurde. Ihre Eltern setzten sich sehr dafür ein, dass Yasemin nur von weiblichen Pflegekräften versorgt und von Ärztinnen untersucht wird, da sowohl sie als auch Yasemin selbst es als sehr unangenehm und als Beschämung empfinden würden, wenn ein männlicher Mitarbeiter sie nackt sehen würde. Die Eltern bringen ihr jeden Tag Essen ins Krankenhaus, da sie sicherstellen möchten, dass Yasemin nur nach den Regeln des Islam zubereitetes Essen erhält. Außerdem sehen sie es als ihre Verpflichtung an, sich um das kranke Familienmitglied intensiv zu kümmern und sie oft zu besuchen. Auch Freunde, Nachbarn und andere Familienangehörige kommen oft ins Krankenhaus und besuchen Yasemin.

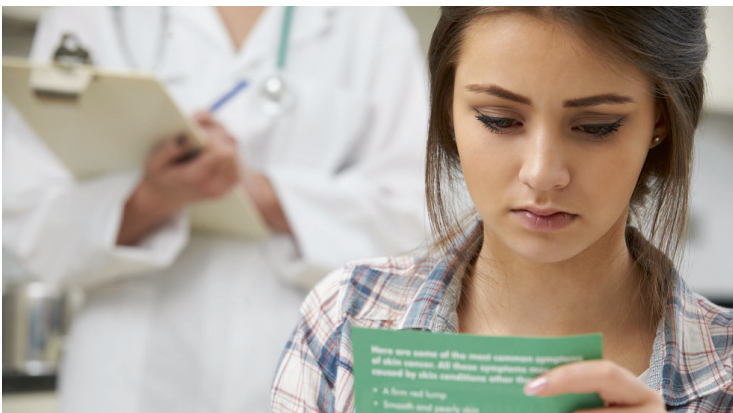


Abb. 5 Junge muslimische Patientin im Krankenhaus

Scham: Gefühl, das entstehen kann, wenn intime Grenzen überschritten werden

Der Personalmangel im Gesundheitswesen führt dazu, dass immer häufiger Pflegekräfte, aber auch andere Gesundheitsberufe wie Ärzte, eingestellt werden, die ihren Berufsabschluss nicht in Deutschland erworben haben. In Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen mit einem hohen Anteil an ausländischen Pflegekräften bilden sich nicht selten

zwei Lager, wie eine Studie zeigt (Pütz u.a. 2019): Auf der einen Seite sind die bereits lange dort beschäftigten Pflegekräfte und auf der anderen die Neuankömmlinge.

In den Herkunftsländern der ausländischen Pflegekräfte findet die Ausbildung häufig an Hochschulen statt und sie sind es gewohnt, dass Pflegekräfte mehr koordinierende und Behandlungsaufgaben übernehmen, die in Deutschland den Ärzten vorbehalten sind. Für die ausländischen Pflegekräfte ist es oft auch ungewöhnlich, Patienten beim Essen oder der Körperpflege zu unterstützen. Dafür gibt es in ihren Herkunftsländern entweder spezielle Servicekräfte oder die Angehörigen übernehmen diese Aufgaben. Die in Deutschland ausgebildeten Pflegekräfte kritisieren, dass mangelnde Sprachkenntnisse ihrer neuen Kollegen und Kolleginnen dazu führen, dass sie nicht voll im stressigen Berufsalltag eingesetzt werden können.

Dieser kritischen Sicht auf die Zusammenarbeit von ausländischem und deutschem Pflegepersonal stehen viele positive Erfahrungen entgegen, die mit der Vielfalt in der Teamzusammensetzung einhergehen. Die Verständigung mit nichtdeutschen Patienten wird durch die Sprachvielfalt im Team enorm erleichtert. Unterschiede in der Mentalität und Denkweise aufgrund unterschiedlicher kultureller und religiöser Hintergründe sind hilfreich für die Erarbeitung neuer Lösungen und für die Problembewältigung im Arbeitsalltag.

Mit welchen Vorteilen, aber auch Herausforderungen muss sich ein multikulturell bzw. divers (z. B. hinsichtlich der Geschlechtszugehörigkeit, des Alters, der Weltanschauung bzw. Religiosität) zusammengesetztes Team auseinandersetzen?

7.2.2 Scham und Ekel

Eine Erkrankung kann vorübergehend oder dauerhaft dazu führen, dass man nicht mehr allein essen, sich waschen, zur Toilette gehen oder sich anziehen kann (→ Abb. 6). Diese Abhängigkeit von anderen kann zu Schamgefühlen beim betroffenen Menschen führen. Andererseits kann die notwendige Unterstützung von Patienten bei diesen Aktivitäten Scham-, aber auch Ekelgefühle bei dem Gesundheitspersonal hervorrufen.



Abb. 6 Pflegefachfrau unterstützt einen Patienten bei der Körperhygiene



Gab es schon einmal Situationen in Ihrem Leben, wo Sie krankheitsbedingt abhängig von anderen waren? Wie ging es Ihnen in der Situation? Haben Sie diese Situation als schambesetzt erlebt? Was war problematisch für Sie? Womit hatten Sie keine Probleme? Wo ist Ihre Schamgrenze?

7.2.3 Krankheit und Tod

Eine Beschäftigung im Gesundheitswesen geht mit hohen psychischen Belastungen einher. Die mögliche tägliche Konfrontation mit Krankheit, Leid und Tod erfordert eine gute **Psychohygiene**, um professionell mit diesen Belastungen umzugehen (→ II-5.9). Obwohl die meisten Menschen sich wünschen, zu Hause zu sterben, ist das Krankenhaus nach wie vor der Ort, an dem die meisten der schwer kranken und pflegebedürftigen Menschen sterben (→ 3.1.5). Der Tod ist damit ein täglicher Wegbegleiter im Krankenhaus.

Svenja (19 Jahre) befindet sich im 2. Ausbildungsjahr zur Pflegefachfrau. Zwischen den theoretischen Lerneinheiten in ihrer Ausbildungseinrichtung absolviert sie mehrwöchige Praxiseinsätze auf verschiedenen Stationen im Krankenhaus. Sie hat auch bereits in einem ambulanten Pflegedienst gearbeitet.

Zurzeit ist sie auf einer Intensivstation im Krankenhaus eingesetzt. Hier ist sie jeden Tag mit schwer kranken Menschen konfrontiert, die größtenteils beatmet werden müssen. Als besonders belastend empfindet Svenja die Hilflosigkeit der Patienten und die eingeschränkte oder fehlende Möglichkeit, mit ihnen zu kommunizieren. Auch vermisst sie oft die Anerkennung von Patienten und Angehörigen. Sobald es den Patienten gesundheitlich etwas besser geht, werden sie auf andere Stationen verlegt. Svenja weiß dann nicht, was aus ihnen geworden ist, ob sie z. B. gesund nach Hause entlassen werden konnten.

7.2.4 Physische Beanspruchung

Die Arbeit im Gesundheitswesen ist für die Beschäftigten, die unmittelbar mit Patienten arbeiten, oft von hohen physischen Beanspruchungen geprägt. Insbesondere im Krankenhaus oder in der stationären und ambulanten Pflege sind kranke Menschen häufig auf **Unterstützung beim Aufsetzen, Aufstehen und Gehen** angewiesen. Bettlägerige Patienten müssen sogar komplett körperlich versorgt werden. Drei Viertel der Pflegefachkräfte berichten bei einer Befragung (Institut DGB-Index Gute Arbeit 2018), dass sie häufig

- schwer tragen, heben, stemmen sowie
- ungünstige Körperhaltungen einnehmen (Arbeiten in der Hocke, im Knien, über Kopf, langanhaltendes Stehen oder Sitzen).

Heben, betten und die Unterstützung bei der körperlichen Mobilisation von Patienten sind mit physischen Beanspruchungen (→ Abb. 7) verbunden, die zu körperlichen Erkrankungen insbesondere des Muskel-Skelettsystems führen können (z. B. Bandscheibenvorfall, → II-3.7). **Rückengerechtes Arbeiten** ist ein wichtiges Thema in Gesundheitsberufen (→ II-3.7). Aufgrund der strikten Hygienebestimmungen im Gesundheitswesen ist häufiges **Händewaschen** und die **Desinfektion der Hände** erforderlich. Für Beschäftigte mit Hautproblemen oder sensibler Haut kann dies zu einer ernsthaften gesundheitlichen Belastung werden, die schlimmstenfalls einen Berufswechsel nach sich zieht.

Psychohygiene: auf seine psychische Gesundheit und ein gesundes Maß an Abgrenzung im und vom Beruf achtend

II-3.7.9
Bandscheibenvorfall: Prävention und Gesundheitsförderung

II-3.7.9
Rückenschonendes Arbeiten in Pflegeberufen: Kinästhetik

gehen andere Studien davon aus, dass die Verweildauer doch länger ist als bisher angenommen (Hall 2012). Fest steht, wenn es gelingen würde, die Verweildauer im Beruf von Pflegefachkräften zu steigern und eine Beschäftigung über den gesamten Erwerbsverlauf attraktiv und gesundheitsförderlich zu gestalten, wäre der Fachkräftemangel weniger dramatisch.

Ebenso wichtig ist es, Fachkräften den **Wiedereinstieg in den Beruf**, z. B. nach einer familiär bedingten Pause, zu ermöglichen, indem man familienfreundliche Arbeitszeiten und Arbeitsbedingungen anbietet.

Die Skizzierung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen macht deutlich, dass in dieser Branche bis auf weiteres **stabile Berufsaussichten** bestehen. Eine Tätigkeit im Gesundheitswesen bietet einen zukunftssicheren Job mit vielfältigen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Im Vergleich zu ärztlichen Tätigkeiten kann in Gesundheitsfachberufen bislang nur ein geringes Einkommen erzielt werden. Auch gehen mit Gesundheitsberufen hohe physische und psychische Belastungen einher. Die Ausübung einer als sinnhaft und gesellschaftlich außerordentlich wichtig erlebten Tätigkeit macht für die meisten Fachkräfte im Gesundheitswesen mögliche Nachteile aber wett.

AUFGABEN

1. *Recherchieren Sie zum sogenannten 4-Ohren-Modell von Friedemann Schulz von Thun:
a) Wie heißen die 4 Ohren?
b) Geben Sie Beispiele, wie unterschiedlich man die Aussage „Du fährst sehr schnell“ verstehen kann.
c) Welche Beispiele fallen Ihnen ein, in denen jemand eine Aussage von Ihnen nur auf einem bestimmten „Ohr“ gehört hat?*
2. *Was ist Scham? Wie kann man konstruktiv mit schambesetzten Situationen in der Versorgung hilfsbedürftiger Menschen umgehen?*
3. *Recherchieren Sie, was es für Schichtmodelle im Krankenhaus jenseits des klassischen Drei-Schicht-Systems mit Früh-, Spät- und Nachschicht gibt. Welche Vor- und Nachteile haben die jeweiligen Schichtmodelle?*
4. *Tauschen Sie sich darüber aus, wie man aus- und inländische Pflegekräfte dabei unterstützen kann, ein konstruktives Arbeitsklima in einem kulturell vielfältig zusammengesetzten Team zu entwickeln.*
5. *Diskutieren Sie, ob ein verpflichtendes Gesellschaftsjahr/Soziales Jahr eingeführt werden sollte, in dem alle jungen Menschen ein Jahr lang in sozialen Einrichtungen Dienst verrichten. Was spricht für ein solches Dienstjahr, was dagegen?*
6. *Nennen Sie weitere Konflikte und Dilemmata, die für Beschäftigte im Gesundheitswesen auftreten können.*
7. *Welche Berufe im Gesundheitswesen interessieren Sie am meisten? Informieren Sie sich in Portalen zu Ausbildung und Studium und beschreiben Sie Inhalt, Ziel und Umfang der Sie interessierenden Ausbildungen und Studiengänge.*
8. *Recherchieren Sie in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer für fünf Facharztweiterbildungen, was diese Spezialisierungen inhaltlich umfassen (Gebietsdefinition) und wie lange sie dauern.*
9. *Recherchieren Sie auf der Webseite der Bundesärztekammer, inwiefern sich Frauen und Männer bei der gewählten medizinischen Fachrichtung unterscheiden.*
10. *Informieren Sie sich, welche Ziele die Konzertierte Aktion Pflege verfolgt. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung diesbezüglich beschlossen? Für wie erfolgversprechend schätzen Sie die getroffenen Maßnahmen ein? Begründen Sie Ihre Entscheidung.*
11. *Unterbreiten Sie Vorschläge, wie die Beschäftigung im Gesundheitswesen (v. a. in der Pflege) für Berufseinsteiger, Berufsrückkehrer und ältere Beschäftigte attraktiver gestaltet werden könnte. Welche Maßnahmen schlagen Sie vor? Begründen Sie Ihre Vorschläge.*

ARBEITEN IM GESUNDHEITSWESEN

Quellen

- Amelung, V.; Eble, S.; Hildebrandt, H.; Knieps, F.; Lägell, R.; Ozegowski, S.; Schlenker, R.-U.; Sjuts, R. (Hrsg.) (2015): Patientenorientierung. Schlüssel für mehr Qualität. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Arlinghaus, A.; Lott, Y. (2018): Schichtarbeit gesund und sozialverträglich gestalten. Report Nr. 3. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Badische Zeitung – dpa, 27.01.2018: 500 Praxen sind unbesetzt. Ärztemangel im Land.
- Bertelsmann Stiftung; Universität Bremen (2005): Shared Decision Making. Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. Gütersloh, Bremen.
- Bräutigam, C.; Evans, M.; Hilbert, J. (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Bundesärztekammer (2018a): Ärztestatistik zum 31.12.2018; unter www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/ [20.08.2019].
- Bundesärztekammer (2018b): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018; unter www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf [20.08.2019].
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Fachkräfteengpassanalyse; unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/arbeitsmarktberichte> [20.08.2019].
- Bundesagentur für Arbeit (2017): Entgeltatlas 2017; unter <https://entgeltatlas.arbeitsagentur.de> [20.08.2019].
- Flieder, M. (2016): Körperlichkeit und Schamgefühle in der Pflege – stets präsent und trotzdem tabuisiert. In: Pflegen 1 + 2: 16–19.
- Fuchs, J. (2013): Demografie und Fachkräftemangel: Die künftigen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 56/3: 399–405.
- Hall, A. (2012): Kranken- und Altenpflege. Was ist dran am Mythos vom Ausstiegs- und Sackgassenberuf? In: BWP 6/2012. Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB): 16–19.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Berlin.
- Laschet, H. (2019): Neue Ärztestatistik. Die Sorge um Ärztemangel wächst. In: Deutsche Ärztezeitung online, 29.03.2019; unter www.aerzzeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/983976/trotz-steigender-arztzahlen-baek-warnt-aerztemangel.html [20.08.2019].
- Mika, T. (2013): Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen. In: Bundesgesundheitsblatt 56: 391–398.
- Physio Deutschland (2017): Fachkräftemangel – vier Perspektiven, ein Resultat! Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.; unter www.physio-deutschland.de/fachkreise/news-bundesweit/individuell/artikel/detail/News/fachkraeftemangel-vier-perspektiven-ein-resultat.html [20.08.2019].
- Pütz, R.; Kontos, M.; Larsen, C.; Rand, S.; Ruokonen-Engler, M.-K. (2019): Betriebliche Integration von Pflegefachkräften aus dem Ausland. Study Nr. 416. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R. (2012): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Scheibler, F.; Schwantes, U.; Kampmann, M.; Pfaff, H. (2005): Shared decision-making. Wissenschaftliches Institut der AOK. In: GGW 1/2005: 23–31.
- Schröer, L. (2016): Erwerbsminderungsrenten in der Krankenpflege. Erklärungsansätze und Handlungsempfehlungen. In: Forschung aktuell 01/2016. Institut Forschung und Technik (IAT).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2017): Gesundheitspersonalrechnung; unter www.gbe-bund.de [20.08.2019].
- Wissenschaftsrat (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Köln.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) (2017): Scham. Praxistipps für den Pflegealltag; unter www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_SchamTabu2017.pdf [20.08.2019].
- Zöller, M. (2014): Gesundheitsfachberufe im Überblick. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung (BiBB).

Weiterführende Literatur

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): Berufsbildungsberichte (erscheinen jährlich); unter www.bmbf.de/de/berufsbildungsberichte-2740.html [20.08.2019].
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15 der Reihe Berufsbildungsforschung. Bonn.
- Eggert, S.; Schnapp, P.; Sulmann, D. (2019): Schülerbefragung Pflege. Eigene Erfahrungen und Interesse an Pflegeberufen. Zentrum für Qualität in der Pflege; unter www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_Analyse_SchülerPflege.pdf [20.08.2019].
- Immenschuh, U.; Marks, S. (2017): Scham und Würde in der Pflege. Ein Ratgeber. Frankfurt am Main: Mabuse. Robert Koch-Institut; Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung, Zahlen zu Beschäftigten im Gesundheitswesen; unter www.gbe-bund.de [20.08.2019].
- Rogers, C. R. (1961): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett Cotta.
- Statistisches Bundesamt (Destatis): Gesundheitspersonal; unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html [20.08.2019].

Richten wir unseren Blick auf eine Familie, die in einer Kleinstadt in der Mitte Deutschlands lebt. Lena ist 49 Jahre alt und Grundschullehrerin. Ihr Lebenspartner Cem ist 45 Jahre alt und arbeitet bei der Polizei. Die beiden haben in ihre Beziehung jeweils ein Kind mitgebracht. Leyla ist 14 Jahre alt und besucht das Gymnasium. Moritz ist 18 Jahre alt und befindet sich in einer Ausbildung zum Mechatroniker. Dann gibt es noch Oma Hilde, die schlichtende gute Seele der Familie. Sie lebt im Betreuten Wohnen, die Kinder schauen nach der Schule gerne bei ihr vorbei.

1. Sie haben Lena, Cem, Leyla, Moritz und Hilde zwar erst kurz kennengelernt – aber: Was vermuten Sie, wie und wo treffen die einzelnen Personen in ihrem Alltag gezielt oder zufällig auf gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen?








Wie war Ihr gestriger Tag? Sind Sie vor dem Schulbesuch bereits gejoggt? Sind Sie mit dem Fahrrad, der Bahn oder mit dem Auto zur Schule gekommen? Haben Sie Obst gegessen? Und nach jeder Mahlzeit die Zähne geputzt? Manches haben Sie vermutlich gemacht, anderes nicht. Welche Gründe fallen Ihnen ein? Warum z. B. sind Sie mit dem Fahrrad statt mit dem Auto gefahren? Warum haben Sie sich eigentlich die Zähne geputzt?

2. Was tun Sie selbst, was man als „gesundheitsförderlich“ bezeichnen könnte?

Im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung ist viel los, er umfasst „Ich esse gerne Äpfel“ genauso wie „Ich gehe zur Grippeimpfung“ oder „Die Feinstaubbelastung steigt“ und „Ich möchte in der Schule gerne einen Rückzugsort haben“.

Im Buchstabensalat finden Sie einige Worte, die mit Prävention und Gesundheitsförderung zu tun haben.

3. Wählen Sie fünf Begriffe und notieren Sie Ihre Gedanken zu diesen.
4. Gibt es Begriffe, die Ihnen unbekannt sind? Notieren Sie sich diese.
5. Über diese Begriffe hinaus – was fallen Ihnen selbst noch für Worte ein? Notieren Sie fünf weitere Begriffe und begründen Sie, was diese für Sie persönlich mit Prävention und Gesundheitsförderung zu tun haben.

T	F	G	N	A	J	A	T	H	M	S	C	H	U	T	Z	I	M	P	F	U	N	G
E	F	B	K	P	W	T	H					H	T	J	S	P	Q	Z	P	G	E	
O	G	E	K	P	T	Z	M					W	L	G	M	T	C	D	K	A	S	
J	D	V	S	O	J	O	E			Q	G	K	L	R	U	L	E	B	L	W	U	
I	Z	J	H	T	Y	I	F	K	N	P	J	S	Z	V	T	K	E	S	E	Z	S	N
M	W	R	N	S	Q	M	L	Z	K	A	L	D	G	E	A	E	W	N	M	V	G	D
S	A	P	R	H	B	F	I	S	V	R	W	F	M	R	Z	L	S	M	P	E	K	H
L	C	K	L	C	D	G	H	M	B	T	P	O	A	H	Q	A	N	F	O	K	A	E
O	W	Z	T	U	H	C	S	S	T	I	E	B	R	A	K	S	E	J	W	S	B	I
V	B	E	I	A	S	I	D	Y	W	Z	S	Z	R	L	L	Z	B	R	E	J	E	T
E	R	L	U	R	K	H	I	P	J	I				T	N	I	E	U	R	E	K	H
O	D	K	R	M	X	S	A	S	L	P				E	B	P	L	T	M	L	V	W
N	Z	E	G	N	W	P	A	T	V	A				N	C	O	X	E	E	W	F	G
G	H	Y	G	I	E	N	E	S	H	T	L	D	Z	V	M	N	C	B	N	N	J	D
R	N	E	K	D	N	M	A	Z	E	I	W	Z	N	E	P	B	L	V	T	O	E	Y
O	R	T	T	F	E	H	S	U	N	O	B	S	G	K	A			Y	I	P	J	H
U	U	S	S				N	C	D	N	K	Y	W	I	W			K	H	X	V	K
K	C	B	B				R	J	O	V	Y	W	T	A	L			Z	N	M	A	R
A	J	O	O				B	X	L	R	O	N	S	M	S			L	O	E	S	Q
L	V	W	E	S	O	G	H	E	R	T	M	I	N	D	O	S	I	C	D	P	R	T
N	W	T	L	E	N	T	S	P	A	N	N	U	N	G	F	V	E	S	O	A	J	V
P	G	W	K	H	R	U	V	M	A	Q	N	P	U	T	R	K	G	R	K	W	K	J
F	C	H	A	N	C	E	N	G	L	E	I	C	H	H	E	I	T	W	U	E	H	F



PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

9.1 Konzepte und Strategien

Die Personen aus dem Fallbeispiel haben möglicherweise ganz unterschiedliche Verhaltensweisen in ihrem Lebensalltag. Lena beispielsweise nimmt sich immer wieder vor, dass sie zweimal die Woche morgens joggen möchte. Das geht ein bis zwei Wochen gut, dann sind da auf einmal Arzttermine, Besprechungen in der Schule – aus einer Woche „nicht gejoggt“ werden schnell drei oder vier Wochen. Sie sucht für sich eine Lösung, wie sie ihr Vorhaben besser und vor allem langfristig in die Praxis umsetzen kann. Sie überlegt sich, ob sie nicht besser abends laufen sollte und zusätzlich ihre Freundin fragt, ob diese zumindest einmal die Woche mitläuft.

Prävention: Maßnahmen, die das Auftreten von Krankheiten vermeiden oder Auswirkungen vermindern sollen

Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens sind z.B. das Sozialkognitive Prozessmodell (HAPA) (→1.5.3) und das Motivations-Volitions-Prozessmodell (MoVo) (→1.5.4). Erkenntnisse und Fragen, die sich aus diesen Modellen ergeben, sind für die Prävention und Gesundheitsförderung relevant:



- Welche Aspekte sind für meine Gesundheit unmittelbar und langfristig wichtig?
- Was lässt sich wirklich beeinflussen und was nicht?
- Warum verhalte ich mich so und wie kann das Gesundheitsverhalten beeinflusst werden?

Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung setzen ein hohes Maß an **Motivation** (→3.5.3) voraus. Motivation muss jedoch nicht nur aufgebaut werden – es gilt sie auch zu halten. Zudem muss sie in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden, also konkret im Alltag gelebt werden und zu günstigen Routinen führen. Aus dem **Wollen (Motivation)** wird ein **Handeln (Volition)**.

Gesundheit hängt von vielen verschiedenen **Einflussfaktoren** ab. Neben Lebensweisen wie

Ernährung und dem Gebrauch von Suchtmitteln gibt es biologische, soziale und psychologische Faktoren, kulturelle Aspekte und Umweltfaktoren (→3.4).

Vor diesem Hintergrund sind Prävention und Gesundheitsförderung als **Handlungsansätze bzw. Strategien** zu verstehen, die darauf abzielen, die Gesundheit von Personen, Gruppen sowie Gesellschaften zu erhalten, zu verbessern oder wieder zu erlangen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind eng miteinander verknüpfte Begriffe, haben Schnittmengen, weisen aber auch Unterschiede auf. Sie werden oft in einem Atemzug genannt.

9.1.1 Prävention

Der Begriff „Prävention“ entstammt einer sozialmedizinischen Tradition und ist mit einer pathogenetischen Sichtweise verbunden, die sich mit Krankheitsentstehung und der Bekämpfung von Krankheitsursachen befasst (→1.4.2).

Eindeutiger wäre daher der Begriff „Krankheitsprävention“, denn es geht um die

- **Vermeidung**,
- **Abschwächung** oder
- **zeitliche Verzögerung des Auftretens einer Krankheit oder Behinderung.**

Der Übergang von Gesundheitsförderung (→9.1.2) zur Prävention ist fließend. Gemeinsames Ziel ist der „Gewinn von Gesundheit“, jedoch mit unterschiedlichen Ansätzen (→1.4.2):

- Die Gesundheitsförderung orientiert sich an der **Salutogenese**. Gesundheitsrelevante Lebensbedingungen sollen gefördert werden.
- Die Prävention orientiert sich an der **Pathogenese**. Krankheiten sollen zurückgedrängt werden.

Es gibt verschiedene Einteilungen von Prävention (Walter u. a. 2012; Wirtz u. a. 2018).

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Die Ziele von Krankheitsprävention können nach dem **Zeitpunkt der Intervention** in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden werden (→Tab. 1)

Intervention: gezielt eingesetzte Maßnahmen, die den Gesundheitszustand beeinflussen sollen

II-8.7.9
Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention bei HIV-Infektion und Aids

Tab. 1 Klassifikation von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Leppin 2017, S. 37)

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	vor Eintreten einer Krankheit	in Frühstadien einer Krankheit	nach Manifestation/Akutbehandlung einer Erkrankung
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung, Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Primärprävention

Was kann vor Eintritt einer Erkrankung getan werden?

Primärprävention umfasst Aktivitäten vor dem erstmaligen Auftreten einer Schädigung bzw. Erkrankung.

Mit Bezug auf die Erkrankung „Lungenkrebs“ ist „Tabakrauch“ ein zu vermeidender Risikofaktor. Mögliche Maßnahmen im Rahmen der Primärprävention:

- Vermeidung, Tabakrauch ausgesetzt zu sein
- Verhinderung des Raucheinstiegs



Abb. 1 Schockfoto auf Zigarettenpackung



Rauchfreie Arbeitsplätze:

Mit der Änderung der Arbeitsstättenverordnung wurden die Arbeitgeber in Deutschland 2002 zum ersten Mal verpflichtet, nicht rauchende Beschäftigte vor den Gesundheitsgefahren des Passivrauchens am Arbeitsplatz zu schützen.

Progredienz:

Fortschreiten einer Krankheit bzw. Verschlechterung eines Gesundheitszustands

Chronifizierung:

Übergang von einer vorübergehenden Erkrankung zu einer dauerhaften (chronischen) Präsenz einer Erkrankung (z. B. Schmerzen)



Schockfotos auf Zigarettenpackungen zeigen mögliche Gesundheitsschäden durch das Rauchen, z. B. verfaulte Zähne, Krebsgeschwüre oder Raucherlungen (→ Abb. 1). Seit Einführung der EU-Tabakrichtlinie im Jahr 2016 muss auch in Deutschland ein großer Teil der Verpackungsfläche für die Bilder und passende Texte reserviert sein.

Primärprävention:

Maßnahmen vor dem Eintreten einer Krankheit, um die Anzahl von Neuerkrankungen zu verhindern



Das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT) hat den Schulsurvey „Präventionsradar“ mit rund 7000 Schülerinnen und Schülern durchgeführt.

408 Klassen mit 6902 Schülerinnen und Schülern aus 44 Schulen nahmen an einem Experiment teil, in dem die Reaktion der Jugendlichen auf bildliche Warnhinweise auf Zigarettenpackungen untersucht wurde. 5499 Schüler und Schülerinnen mit einem mittleren Alter von 12,7 Jahren (Schulstufen 5 bis 10) gaben an, noch nie geraucht zu haben und wurden als Nie-Raucher klassifiziert.

Die Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass vor allem Jugendliche, die noch nie geraucht hatten, über alle Warnhinweise hinweg emotional stärker als ihre rauchenden Mitschüler reagiert haben (Hansen u. a. 2018).

Sekundärprävention

Was kann getan werden, um ein sehr frühes Krankheitsstadium zu entdecken und ein Fortschreiten zu verhindern?

Sekundärprävention:

Maßnahmen im Frühstadium einer Erkrankung, um ihr Fortschreiten oder ihren Wiedereintritt zu verhindern

Sekundärprävention zielt darauf ab, eine Krankheit frühzeitig zu erkennen. Das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums sowie ein möglicher Wiedereintritt einer Krankheit soll verhindert werden.

- Krebs screenings (z. B. Hautkrebs-Screening, → Abb. 2) und andere Früherkennungsuntersuchungen (→ 9.2.5) sind Maßnahmen der Sekundärprävention.

AUFGABEN

1. Fassen Sie zusammen und geben Sie in eigenen Worten wieder. Was umfasst die Prävention? Wo liegen Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Gesundheitsförderung?
2. Nennen Sie jeweils ein Beispiel für Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.
3. Stellen Sie verhaltens- und verhältnisorientierte Ansätze der Gesundheitsförderung gegenüber. Was unterscheidet sie?
4. Erklären Sie den Lebensweltansatz.
5. Das Projekt Kiezdetektive ist eine Kinderversammlung und somit ziemlich weit oben auf der Partizipationsleiter anzusiedeln (Stufe 6).
 - a) Gehen Sie „zurück auf Stufe 5“ (Einbeziehung) und formulieren Sie ein Beispiel, wie die Einbeziehung von Schülerinnen und Schülern im Rahmen eines Projekts der schulischen Gesundheitsförderung möglich ist.
 - b) Wie könnte das gleiche Projekt ausgerichtet sein, wenn es zu Stufe 7 (Entscheidungskompetenz) passen soll?
 - c) Und nun dürfen Sie die oberste Stufe der Leiter erklimmen, die Stufe 9. Die Selbstorganisation geht über den Ansatz der Partizipation hinaus. Wie würde ein Szenario der Selbstorganisation aussehen für ein Projekt an der Schule? Diskutieren Sie Möglichkeiten, Grenzen und Fallstricke einer Selbstorganisation durch Sie als Schülerinnen und Schüler.
6. Erklären Sie, warum gesundheitliche Chancengleichheit ein wichtiger Ansatz in der Gesundheitsförderung ist.
7. Begründen Sie, warum das Präventionsgesetz ein Meilenstein in der Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland ist.
8. Was meinen Sie – gibt es einen Unterschied zwischen Männern und Frauen in der Wahrnehmung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Angebote? Haben Sie Beispiele aus Ihrem persönlichen Umfeld?

9. Lesen Sie den nachfolgenden Text aus dem Präventionsbericht 2018:

Die Anteile von Männern und Frauen in den drei Ansätzen der GKV-Leistungen gemäß §20 Abs. 4 SGB V – Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, betriebliche Gesundheitsförderung und individuelle verhaltensbezogene Prävention – unterscheiden sich deutlich.

Angebote zur individuellen verhaltensbezogenen Prävention werden überwiegend von Frauen nachgefragt. 81% der Kursteilnehmenden waren weiblich.

Mit den Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten können Männer und Frauen in etwa zu gleichen Teilen erreicht werden. 52% der Teilnehmenden sind Mädchen und Frauen, 48% der Teilnehmenden sind Jungen und Männer. Ein Großteil der erreichten Lebenswelten sind Schulen, in denen die Geschlechterverteilung weitgehend ausgeglichen ist.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung werden hingegen mit 64% deutlich mehr Männer erreicht. Dies ist vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Krankenkassen insbesondere präventive und gesundheitsfördernde Aktivitäten im verarbeitenden Gewerbe unterstützen.

GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) 2018, S. 42

Entwickeln Sie Strategien, um das Problem der ungleichen Geschlechterverteilung in den drei Säulen entgegenzuwirken:

- individuelle verhaltensbezogene Prävention
- Gesundheitsförderung in den Lebenswelten
- betriebliche Gesundheitsförderung

10. Wählen Sie aus Tab. 5 (→ 9.2.2) ein Nationales Gesundheitsziel aus und für dieses ein Teilziel. Welche Handlungspläne (→ Abb. 11) könnte es zur Erreichung des Teilziels geben?

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

11. Krankenkassen bieten z. B. Rückenschul- und Stressbewältigungskurse an. Natürlich soll der Kursname die Zielgruppe auch ansprechen.

Finden Sie für die Themen

- Rückenschule und
- Stressbewältigung

für die Zielgruppen

- „Jugendliche“,
 - „Bauarbeiter“ und
 - „verwitwete Frauen über 60 Jahre“
- jeweils einen ansprechenden Kurstitel.

12. Erklären Sie den Zusammenhang von betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement.

13. Der G-BA informiert in einem Ratgeber Eltern zu den Kinderuntersuchungen: www.g-ba.de/downloads/17-98-4160/2017-05-11_GBA_Kinderuntersuchungsheft_Web-WZ_PW.pdf. Informieren Sie sich zu den Themen und Bestandteilen der einzelnen Untersuchungen.

14. Recherchieren und benennen Sie zehn Akteure der Prävention und der Gesundheitsförderung.

15. Lesen Sie den nachfolgenden Text:

Niemand muss ein Bonusheft führen, aber jedes Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse hat einen Anspruch darauf. Ein regelmäßig geführtes Bonusheft ist bares Geld wert. Das macht sich dann bemerkbar, wenn Zahnersatz – eine Krone, eine Brücke oder herausnehmbare Prothese – notwendig wird. [...] Aber Hand aufs Herz: Wer kann schon von sich sagen, dass er in Sachen Mundhygiene wirklich immer alles richtig macht? Manche Menschen haben aus verschiedenen Gründen Probleme mit sorgfältiger Mundhygiene, andere vernachlässigen bei Lebenskrisen für eine Zeitlang das Zähneputzen. [...] Das Bonusheft soll jeden einzelnen dazu anhalten, regelmäßig zur Kontrolle beim Zahnarzt vorbeizuschauen. Regelmäßige Kontrolle – das bedeutet, dass erste leichtere Erkrankungen des Zahnes früh erkannt und dementsprechend mit relativ geringem Aufwand behandelt werden können.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) o. J. unter www.kzbv.de

Reflektieren Sie die Aussage der KZBV zum Bonusheft. Reflektieren Sie mit Bezug auf das Bonusheft im Rahmen der Individualprophylaxe den Ansatz der Motivation durch Belohnung (auch → 3.5.3) – hier in Form eines Bonus bzw. Malus bei der Kostenbeteiligung der Krankenkassen bei Zahnersatz. Nutzen Sie dazu auch die weiteren Ausführungen auf der Webseite der KZBV.

Quellen

- Altgeld, T. (2018): Entstehung und Wirkung des Präventionsgesetzes. In: Hurrelmann, K. u. a. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe: 465–476.
- Altgeld, T.; Kolip, P. (2018): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. u. a. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe: 57–72.
- arznei-telegramm (2019): Masern: ist es Zeit für eine Impfpflicht in Deutschland? 50: 41–43.
- Bellwinkel, M.; Schreiner-Kürten, K.; Melzer, K. (2019): Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting – Ergebnisse des Modellprojekts

- von Bundesagentur für Arbeit und GKV-Spitzenverband. In: Gesundheitswesen 81: 43–49.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2013): Gefährdungsbeurteilung im Friseurhandwerk. Hamburg: BGW.
- Bonfadelli, H. (2014): Gesundheitskampagnen. In: Hurrelmann, K.; Baumann, E. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitskommunikation. Bern: Huber: 260–375.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS); Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.) (2018): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Berichtsjahr 2017. Berlin.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Sonderheft 03. Köln: BZgA.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2015): Gesamtprojektbericht Kooperations- und Forschungsprojekt. Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008): Lärm und Gesundheit. Materialien für die Klassen 5 bis 10. Reihe Gesundheit und Schule (G+S). Sonderheft 03. Köln: BZgA.
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) (Hrsg.): Alkoholatlas 2017. Heidelberg: DKFZ.
- Faber, U.; Faller, G. (2017): Hat BGF eine rechtliche Grundlage? – Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Faller, G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe: 57–76.
- Franzkowiak, P. (2018): Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; unter www.leitbegriffe.bzga.de [20.08.2019].
- Geene, R.; Reese, M. (2016): Handbuch Präventionsgesetz: Neuregelung der Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2017): Mammographie-Screening Programm: Eine Entscheidungshilfe. Berlin: G-BA.
- Gericke, C.; Busse, R. (2017): Präventionspolitik im europäischen Vergleich. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber: 399–410.
- GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB IX. Berlin: GKV Spitzenverband.
- GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.) (2018): Präventionsbericht 2018: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017. Essen, Köln.
- Hansen, J.; Morgenstern, M.; Hanewinkel, R. (2018): Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen: Der Präventionsradar. In: Schulmanagement 4: 17–19.
- Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Stock, S. (2018): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. u. a. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe: 23–33.
- Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.) (2017): Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit. Berlin.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (o. J.): Bonusheft; unter www.kzbv.de/bonusheft.39.de.html [20.08.2019].
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): Newsletter 1/2013; Schwerpunkt Partizipation. Berlin.
- Lehner, B. S.; Bitzer, E.-M. (2019): Digitalisierung in der Arbeitswelt und Anknüpfungspunkte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: Dockweiler, C.; Fischer, F. (Hrsg.): ePublic Health. Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld. Bern: Hogrefe: 171–184.
- Leppin, A. (2017): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Lotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber: 36–44.
- Meierjürgen, R.; Becker, S.; Warnke, A. (2016): Die Entwicklung der Präventionsgesetzgebung in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung 4: 206–211.
- Meierjürgen, R.; Warnke, A. (2018): Empowerment. In: Kohlmann, C.-W.; Salewski, C.; Wirtz, M. A. (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe: 141–154.
- Mosbach, K.; Schwartz, F. W.; Walter, U. (2018): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung nach dem nationalen Präventionsgesetz. In: Hurrelmann, K. u. a. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe: 451–464.
- Mühlhauser, I. (2018): Interview: Nutzen gegen Risiken abwägen. Was bringen die Früherkennungsprogramme? In: KVH-Journal 2.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung. Deutsche Ausgabe Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Bern: Hogrefe.
- Nationale Präventionskonferenz (NPK) (Hrsg.) (2019): Erster Präventionsbericht; unter www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht.pdf [20.08.2019].
- Nationale Präventionskonferenz (NPK) (Hrsg.) (2018): Bundesrahmenempfehlungen; unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praeventionsgesetz/BRE_Fassung_vom_29.08.2018.pdf [20.08.2019].
- Nöcker, G. (2016): Gesundheitskommunikation und Kampagnen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung; unter www.leitbegriffe.bzga.de [20.08.2019].
- Petry, J. (2019): Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild? In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2019: 192–203.
- Poethko-Müller, C.; Kuntz, B.; Lampert, T.; Neuhauser, H. (2018): Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: Journal of Health Monitoring 3/1: 8–15.
- Reemann, H.; Weyers, S.; Lazdane, G.; Friele, M.; von Rüden, U.; Wentzlaff-Eggebert, M. (2015): Internationale Zusammenarbeit zur Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte, Strategien und Interventionsansätze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sonderheft 1. Köln: BZgA: 118–131.
- Robert-Enke-Stiftung (o. J.): Satzung; unter <https://robert-enke-stiftung.de/satzung> [20.08.2019].
- Robert Koch-Institut (RKI) (2019): Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut – 2019/2020. In: Epidemiologisches Bulletin 34.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2018): KiGGS Welle 2 – Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Journal of Health Monitoring 3/2.

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

- Robert Koch-Institut (RKI); Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.) (2012): Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: Lernende Systeme, lehrreiche Systeme? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Salewski, C.; Wirtz, M. A. (2018): Gesundheitsziele. In: Kohlmann, C.-W.; Salewski, C.; Wirtz, M. A. (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe: 73–84.
- Strippel, H. (2018): Prävention von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. In: Hurrelmann, K. u. a. (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe: 227–239.
- Süß, W.; Trojan, A. (2017): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber: 405–418.
- Verband der Ersatzkassen (vdek) (Hrsg.) (2019): vdek-Basisdaten 2018/2019 des Gesundheitswesens in Deutschland. Berlin: vdek.
- Walter, U.; Robra, B.-P.; Schwartz, F. W., (2012): Prävention. In: Schwartz, F. W. u. a. (Hrsg.): Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban & Fischer: 196–222.
- Weltgesundheitsorganisation (2019a): Progress towards regional measles elimination – worldwide, 2009–2018. In: Weekly epidemiological record. 94/18: 213–224.
- Weltgesundheitsorganisation (2019b): Ten threats to global health in 2019; unter www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019 [20.08.2019].
- Weltgesundheitsorganisation (1986): Ottawa Charta. Genf: WHO; unter www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [20.08.2019].
- WHO Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. WHO: Kopenhagen.
- Wirtz, M. A.; Kohlmann, C.-W.; Salewski, C. (2018): Gesundheitsförderung und Prävention – die psychologische Perspektive. In: Kohlmann, C.-W.; Salewski, C.; Wirtz, M. A. (Hrsg.): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe: 13–27.

Weiterführende Literatur

- Bundesagentur für Arbeit, GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016): Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Zentrale der Bundesagentur für Arbeit: Nürnberg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar; unter www.leitbegriffe.bzga.de [20.08.2019].
- Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.) (2017): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber.
- Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T.; Stock, S. (Hrsg.) (2018): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe.
- Kohlmann, C.-W.; Salewski, C.; Wirtz, M. A. (Hrsg.) (2018): Psychologie in der Gesundheitsförderung. Bern: Hogrefe.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2019): Lehrbuch Gesundheitsförderung. Deutsche Ausgabe Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Bern: Hogrefe.
- Temel, N.; Bödeker, M.; Reker, N.; Schaefer, I.; Klärs, G.; Kolip, P. (2014): Qualitätssicherung von Projekten zur Gesundheitsförderung in Settings. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Band 42. Köln: BZgA.