

Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg

Fachbereich Sozialpädagogik

Studiengang Pflege

Konzept zur Umsetzung von Pflegeberatung im Entlassungsmanagement

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 20. 09. 2006

Vorgelegt von: Silke Baastrup

Erste Prüferin: Prof. P. Weber

Zweit Prüfende: Prof. Dr. Busch

Inhalt	Seite
Tabellenverzeichnis / Abkürzungsverzeichnis	1
1. Einleitung	2
1.1 Problemstellung	2
1.2 Aufbau der Arbeit	5
2. Abgrenzung zentraler Begriffe	6
2.1 Definitionen zu den Verfahrensweisen bei der Entlassung	6
2.1.1 Entlassungsmanagement	7
2.1.2 Pflegeüberleitung	8
2.1.3 Überleitungspflege und Überleitungsmanagement	9
2.2 Definitionen zur Pflegeberatung	9
2.2.1 Beratung	9
2.2.2 Edukation, Schulung und Anleitung	13
3. Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen und einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen	15
3.1 Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen	15
3.1.1 Gesellschaftliche Veränderungen	16
3.1.2 Schnittstellenproblematik	17
3.1.3 Sozialpolitische Anforderungen	18
3.2 Einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen	20
3.2.1 Darstellung der Einrichtung „Bethesda Allgemeines Krankenhaus	20

Bergedorf“(BAKB)

3.2.2	Konzeptvorstellungen der Pflegedienstleitung des BAKB bezüglich der Umsetzung von Pflegeberatung	21
3.2.3	Strukturen des BAKB, die die Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Pflegeberatung vorgeben	22
3.2.4	Entwicklungsstand zur Umsetzung des Expertenstandards Entlassungsmanagement im BAKB	23
3.2.4.1	Entwicklung der Ablaufbeschreibung zur „ambulanten Nachsorge“ im BAKB	23
3.2.4.2	Ablaufbeschreibung der „ambulanten Nachsorge“ im BAKB	24
4.	Darstellung der Inhalte des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege	29
4.1.	Parameter zur Erfassung von Risikopatienten	30
4.2	Die Erhebung des Unterstützungsbedarfs durch Assessmentinstrumente	31
4.3	Zielformulierungen und Maßnahmenplanung	32
4.4	Organisationsmodelle zur Umsetzung des Expertenstandards	33
4.5	Durchführung der Maßnahmen	34
4.6	Evaluation des Entlassungsprozesses	35
4.7	Strukturelle Voraussetzungen	36
5.	Das Pflegeberatungskonzept im Rahmen des Entlassungsmanagements des BAKB	37
5.1	Einführung in das Konzept	37
5.2	Grundlagen des Konzeptes	40
5.2.1	Bedarf an Pflegeberatung und der Initialisierung im Krankenhaus für chronisch Kranke	40
5.2.2	Bedarf an Pflegeberatung und der Initialisierung im Krankenhaus für pflegende Angehörige	42

5.3	Theoretischer Bezugsrahmen für das Beratungskonzept	45
5.3.1	Der Beratungsansatz nach Sue Culley und dessen Bezug zum Pflegeberatungskonzept	45
5.3.2	Das Trajekt- Modell von Corbin und Strauss und dessen Bezug zum Pflegeberatungskonzept	54
5.3.3	Das Beratungs- und Rollenverständnis im Pflegeberatungskonzept	56
5.3.4	Das Menschenbild im Pflegeberatungskonzept	58
5.4	Ziele des Konzeptes	58
5.5	Auswahlkriterien der Klienten	60
5.6	Strukturmerkmale der Planstelle Pflegeberatung	61
5.6.1	Organisatorische Eingliederung und Funktionsbeschreibung	61
5.6.2	Aufgaben und Inhalte der Pflegeberatung	62
5.6.3	Kompetenzen des Pflegeberaters	73
5.7	Tabellarische Darstellung der Pflegeberatung	74
5.7.1	Abgrenzung der Beratungsanteile innerhalb des Entlassungsteams des BAKB	75
5.7.2	Eingliederung der Pflegeberatung in den Entlassungsprozess des BAKB, im Hinblick auf die Vorgaben des Expertenstandards	76
6.	Zusammenfassung	87
7.	Schlussbetrachtung	88
8.	Literatur	92

9.	Anhang	97
	Beratungsmatrix von Hr. Prof. Dr. Stratmeyer	97
	Verfahrensanweisung „Regelung ambulanter Nachsorge“ des BAKB	98
	Pflegeanamnesebogen des BAKB	102
	Anforderungsschein des Sozialdienstes des BAKB	103
	Pflegeüberleitungsbogen des BAKB	104
	Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP)	105ff.
10.	Erklärung	106

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1	Tabellarische Form des Beratungsprozesses nach Sue Culley	S. 49
Tab. 2	Beratungsinhalte der Pflegeberatung	S. 64
Tab. 3	Beratungsanteile innerhalb des Entlassungsteams	S. 75
Tab. 4	Eingliederung der Pflegeberatung in den Entlassungsprozess des BAKB	S. 79

Abkürzungsverzeichnis:

BAKB	Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf
DRG	Diagnosis Related Groups
Pat.	Patient
SGB	Sozial Gesetz Buch

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Die epidemiologische und soziodemographische Entwicklung in der BRD hat dazu geführt, dass die Versorgungskontinuität der Patienten beim Wechsel des Versorgungssektors zu einem primären Ziel im Gesundheitssystem geworden ist. Durch die Zunahme von chronischen Krankheiten und ihren Auswirkungen auf die Selbstpflegefähigkeit der Betroffenen hat sich der Bedarf an Unterstützungsleistungen verändert.

Chronisch Kranke und Hochbetagte verlangen nach einem Behandlungs- und Entlassungsprozess, der durch Beratung von der Aufnahme im Krankenhaus bis in die ambulanten Strukturen begleitet wird.¹ Modelle des Schnittstellenmanagements versuchen, die scharfe Trennung von stationären und ambulanten Versorgungssystemen zu verringern und Kontinuität innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu gewährleisten.² Viele Einrichtungen verfügen bereits über Konzepte einer Patientenentlassung. Entlassungsplanung ist auch kein neues Thema in der Pflege.³ Es fehlt aber nach wie vor an einem institutionsinternen einheitlichen Verständnis.⁴ Der nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege ist ein erster Schritt zur Etablierung einer systematischen und multidisziplinär angelegten Überleitung. Er formuliert u.a. das allgemein anerkannte Niveau der Pflege und legt eine fachliche Norm fest. Es handelt sich bei dem Expertenstandard um ein auf Wissen basierendes und durch Forschung gestütztes Instrument.⁵

Zurzeit sind Pflegekräfte und ihre Potentiale bezüglich des Entlassungsprozesses immer noch nicht optimal genutzt und beteiligt.⁶ Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass Tätigkeiten in der Pflege, die mit Entlassungsplanung verbunden sind, weiterhin einen geringeren Stellenwert aufweisen als die „originär“ pflegerischen Tätigkeiten, wie zum Beispiel Körperpflege, Mobilisation und ärztliche Assistenz.⁷ Dabei weist die Pflege Potentiale auf, die beim Entlassungsprozess als zentral gelten können. Da Pflegekräfte häufig einen intensiven Kontakt zu Patienten und Angehörigen haben⁸ und bei der Patientenbetreuung

¹ Vgl. Koch- Straube (2001) S. 163

² Vgl. Schönlau (2005) S. 95

³ Vgl. Joosten (1997) S. 140;

⁴ Vgl. Dangel (2004) S. 173

⁵ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 65

⁶ Vgl. Dangel (2004) S. 49

⁷ Vgl. Dangel (2004) S. 49

⁸ Vgl. ebd. (2004) S. 50

medizinische, pflegerische, psychische, soziale und kulturelle Aspekte⁹ einbeziehen, verfügen sie über umfangreiche Kenntnisse der familiären und sozialen Situation der Patienten.¹⁰ Außerdem sind vorrangig Pflegekräfte durch ihre ständige Präsenz auf den Stationen und den häufigen Kontakten zu den Patienten für eine koordinierende Funktion innerhalb des Entlassungsprozesses besonders geeignet.¹¹ Die Pflege benötigt jedoch für die neuen Aufgabenfelder des Entlassungsmanagements z.Zt. noch Unterstützung und Qualifizierungsmaßnahmen,¹² um ihre Potenziale weiter ausbauen und einsetzen zu können.¹³ Patienten und pflegende Angehörige sind auf eine rechtzeitige Klärung und Vorbereitung der poststationären Versorgung angewiesen, da sie sich in der Folge von chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit auf neue Lebenssituationen einstellen müssen.¹⁴ Werden Patienten und Angehörige mit einer neuen Situation oder einer kritischen Krankheitsphase konfrontiert, erfahren sie diesen Umstand aufgrund ihrer eigenen Unsicherheit und Orientierungslosigkeit als sehr belastend. Sie sind häufig nicht in der Lage, ihre zukünftigen Bedürfnisse richtig einzuschätzen¹⁵ oder Fragen der Versorgung zu stellen. Sie benötigen daher eine auf sie zugehende unterstützende Beratung, die dazu beiträgt, Handlungsalternativen zu entwickeln und Strategien der Alltagsbewältigung zu entfalten.¹⁶ Die nachstationäre Versorgung beginnt demzufolge früher als die Entlassung selbst und beinhaltet mehr als weiterversorgende Dienstleistungen zu vermitteln.¹⁷ Die Pflegeberatung wird im Rahmen des Expertenstandards als ein Instrument zur Sicherung der angestrebten Versorgungskontinuität hervorgehoben,¹⁸ daher ist die Entwicklung und Integration von Pflegeberatungskonzepten in den Entlassungsprozess eine notwendige Herausforderung.

Die Frage ist, wie Pflegeberatung im Entlassungsprozess, trotz des zzt. noch bestehenden qualifikatorischen Nachholbedarfs von pädagogischen und vermittelnden Kompetenzen der Pflegekräfte, die für die Beratung, Schulung und Anleitung von Patienten notwendig sind,¹⁹ möglichst schnell umgesetzt werden kann.

⁹Vgl. Stöcker (2002) S. 329

¹⁰Vgl. Dangel (2004) S. 50

¹¹Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 55

¹²Vgl. Dangel (2004) S. 32

¹³Vgl. ebd. S. 173

¹⁴Vgl. Grundböck (2005) S. 125

¹⁵Vgl. ebd. (2005) S. 125

¹⁶Vgl. Uhlmann (2005) S. 105; ähnlich vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 10

¹⁷Vgl. Dangel (2004) S. 2; ebenso vgl. Wingefeld in Schaeffer (2002) S. 338

¹⁸ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 36

¹⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 43

Eine weiteres Problem ist die alltägliche Stationsituation der Pflegekräfte, die mit nicht aufschiebbaren Versorgungsanforderungen und knappen Personalressourcen zu kämpfen haben, was eine Umsetzung professioneller Pflegeberatung erschwert.

Trotz der Umsetzungsschwierigkeiten ist der Bedarf an Pflegeberatung aufgrund der demographischen und epidemiologischen Entwicklung der Bevölkerung gegeben.

Die gesetzlich festgeschriebenen und im Expertenstandard als fachliche Handlungsleitlinie aufgeführten beratenden Aspekte der Pflege sind Anforderungen, die nach einer Umsetzung verlangen. Dabei müssen die Problemlagen der Pflegekräfte auf den Stationen berücksichtigt und Pflegeberatung als Kompetenzzuwachs der eigenen Profession beibehalten werden.

Ziel dieser Diplomarbeit ist die Erarbeitung und die theoretische Fundierung eines Pflegeberatungskonzeptes für eine zentrale Pflegeberatungsstelle im Rahmen des Entlassungsmanagements. Das Konzept soll eine weitere Annäherung des bestehenden Entlassungsprozesses des Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf (BAKB) an die Vorgaben des Expertenstandard Entlassungsmanagement des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP²⁰) gewährleisten und die Bedingungen, sowie Vorstellungen der Pflegedienstleitung des BAKB berücksichtigen.

Das Konzept der Pflegeberatung stellt ein Element des Entlassungsmanagementprozesses sowie ein Segment im Spektrum pflegerischer Beratungsarbeit dar.

1.2 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung werden in Kapitel 2 zentrale Begriffe abgegrenzt.

In der Literatur besteht eine Begriffsvielfalt und Uneinigkeit bezüglich der Definitionen, welche für den Entlassungsprozess und die Pflegeberatung verwendet werden. Um eine einheitliche Grundlage bieten zu können, werden die Begriffe erläutert.

In Kapitel 3 werden die allgemeinen Entwicklungen des Gesundheitswesens dargestellt, um die Notwendigkeit der Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement mit integrierter Pflegeberatung zu verdeutlichen.

²⁰ Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde Anfang 1990 gegründet. Es ist Mitglied des europäischen Netzwerks EuroQuan, das Konzepte, Methoden und Instrumente der Qualitätsentwicklung auf europäischer Ebene erarbeitet. Der Sitz befindet sich in der Hochschule für angewandte Wissenschaften Osnabrück. Die Steuerung wird von einem Lenkungsausschuss übernommen, der sich aus Vertretern der Bereiche Pflegewissenschaft, -praxis, -lehre, -forschung und des Managements zusammensetzt. Vgl. Expertenstandard in der Pflege (2002) S. 65 ff.

Im weiteren Verlauf des dritten Kapitels werden die einrichtungsbezogenen Rahmenbedingungen des Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf (BAKB) erläutert. Die Vorgaben zur Umsetzung des Pflegeberatungskonzeptes umfassen die Vorstellungen der Pflegedienstleitung und die entsprechenden Strukturen des BAKB. Teile des Expertenstandards werden bereits im BAKB umgesetzt bzw. sind noch in Planung. In Form einer Ablaufbeschreibung wird der Entwicklungsstand zur Umsetzung dargestellt. Die Ablaufbeschreibung bildet die Grundlage für die spätere Integration des Pflegeberatungskonzeptes in den bestehenden Entlassungsprozess des BAKB.

Die Inhalte des Expertenstandards Entlassungsmanagement werden in Kapitel 4 aufgezeigt und dienen als Handlungsleitlinie für die Konzeptentwicklung der Pflegeberatung.

Im Rahmen des Konzeptes der Pflegeberatung wird in Kapitel 5 der Beratungsbedarf von chronisch Kranken und pflegenden Angehörigen im Krankenhaus beschrieben. Dieser zunehmende Beratungsbedarf dient der Ausgestaltung möglicher Beratungsinhalte und der Legitimation von Pflegeberatung.

Der theoretische Bezugsrahmen des Konzeptes wird durch ein integratives Beratungsverständnis nach dem Beratungsansatz von Sue Culley und einer inhaltlichen Ausrichtung nach dem Trajekt- Modell von Corbin und Strauss gebildet.

Im weiteren Verlauf des Kapitels 5 werden die Ziele des Konzeptes erläutert. Die Ziele beruhen auf den allgemeinen Entwicklungen im Gesundheitswesen, dem Bedarf an Beratung von chronisch Kranken und deren pflegenden Angehörigen, sowie den Vorstellungen der Pflegedienstleitung und den Inhalten des Expertenstandards.

Im Rahmen des Konzeptes sieht die genannte Einrichtung zunächst eine Planstelle für dieses Aufgabenfeld vor. Aus personellen Gründen kann ein Pflegeberatungsangebot nicht für alle Patienten gewährleistet werden. Es muss daher eine Auswahl erfolgen, die entsprechenden Auswahlkriterien werden ebenfalls in Kapitel 5 erläutert.

Des Weiteren werden die Strukturmerkmale der Planstelle und die organisatorische Eingliederung aufgezeigt. Die Aufgaben der Pflegeberatung umfassen beratende, schulende, anleitende und überprüfende Aufgaben. Die Beratungsanteile innerhalb des Entlassungsteams werden in einer tabellarischen Darstellung voneinander abgegrenzt, um die Zuständigkeitsbereiche der Berufsgruppen zu verdeutlichen und um eine kooperative Zusammenarbeit innerhalb des multidisziplinären Entlassungsteams zu fördern. Es folgt ein tabellarischer Ablauf der Pflegeberatung und die Eingliederung in den bestehenden Entlassungsprozess des BAKB im Hinblick auf den Expertenstandard.

Die Zusammenfassung der Arbeit und die Schlussbetrachtung mit der Reflexion des Konzeptes schließen die Arbeit ab.

2. Abgrenzung zentraler Begriffe

2.1 Definitionen zu den Verfahrensweisen bei der Entlassung

Die entwickelten Ansätze zur Optimierung der Entlassungsvorbereitung und Überleitung kennzeichnen zum Teil sehr unterschiedliche Aufgaben, organisatorische Merkmale und Verfahrensweisen.²¹ Entlassungsmanagement, Überleitungspflege, Pflegeüberleitung und andere Begriffe werden in der Diskussion um die Schnittstellenproblematik (vgl. Kap. 3.1.2) mit durchaus abweichenden Bedeutungen verwendet. Eine eindeutige Begrifflichkeit fehlt.²² So werden unterschiedliche Begriffe für den gleichen Ansatz oder gleiche Begriffe für verschiedene Formen benutzt.²³ Dennoch wird im Folgenden der Versuch unternommen, ein Begriffsverständnis zu finden, um eine fachsprachliche Verständigung zu ermöglichen.

2.1.1 Entlassungsmanagement

Der Begriff Entlassungsmanagement, wie er im Folgenden gebraucht wird, bezeichnet das aus dem entsprechenden Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP) zu Grunde gelegte vierstufige Verfahren der Entlassung. Dazu gehören das Assessment (eine pflegerische Anamnese zur Identifizierung von Risikopatienten und Pflegebedarf) sowie die Planung, Durchführung und Evaluation der durchgeführten Entlassungstätigkeit. Dieser Prozess beginnt bei der Aufnahme und führt bis in den außerklinischen Bereich.²⁴ Es wird damit ein verbindlicher Rahmen für Entlassungsmodalitäten hergestellt.²⁵ Mit abgestimmten Handlungsschemata aller beteiligten Berufsgruppen soll Versorgungskontinuität gewährleistet werden, wobei die Gesamtsituation des Patienten im Hauptblickfeld steht.

²¹ Vgl. Schaeffer (2002) S. 347

²² Vgl. Schaeffer (2002) S. 348

²³ Vgl. Dangel (2004) S. 5

²⁴ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 11ff.; ebenso vgl. Dangel (2004) S. 7

²⁵ Vgl. ebd. (2002) S. 9; ebenso vgl. ebd. (2004) S.7

Die Zielgruppe des Standards sind Patienten, die voraussichtlich einen poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf benötigen.²⁶ In der Mehrzahl handelt es sich dabei um ältere, sowie multimorbide Menschen mit meist chronischen Erkrankungen²⁷ (vgl. Kap.4.1).

²⁶ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10

²⁷ Vgl. ebd. (2002) S. 8

2.1.2 Pflegeüberleitung

In den vom Sozialdienst durchgeführten Entlassungsvorbereitungen wurden häufig pflegerische Problemlagen zu wenig bedacht.²⁸ Daher wurden Pflegeüberleitungskonzepte als Lösungsansätze für pflegerische Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Institutionen entwickelt.²⁹ Das von Marly Joosten entwickelte Konzept „von der Lücke zur Brücke“ war eines der ersten Pflegeüberleitungsmodelle dieser Art.³⁰

Der von Joosten geprägte Begriff der Pflegeüberleitung wird folgendermaßen umschrieben: „Alle Gedanken, Gefühle und Handlungen, die notwendig sind, um eine kontinuierliche Qualität in der Pflege zu gewährleisten, und zwar beim Übergang vom Krankenhaus zur ambulanten Pflege oder Pflegeheimversorgung und umgekehrt.“³¹

Das Besondere nach Meinung von Joosten, ist dass durch die vernetzende Tätigkeit ganz andere Aufgaben für die Pflege entstehen, wie z.B. die Vermittlungsfunktion und der Informationsaustausch mit den weiterversorgenden Institutionen. Somit findet Kontinuität innerhalb der pflegerischen Betreuung³² statt.

Im Rahmen der Pflegeüberleitung erhält die Pflege-Anamnese einen noch größeren Stellenwert. Ohne sie könnten keine Pflegeziele entwickelt werden, die einen realistischen Bezug zur vergangenen und zukünftigen Lebenssituation haben und dementsprechend könnte keine geeignete weitere Versorgung geplant werden.³³

Joosten versteht die Stellen für Pflegeüberleitung als Ergänzung des Sozialdienstes³⁴ und nicht als dessen Ersatz. Die Pflegekräfte bringen zusätzlich pflegerische Kenntnisse und Erfahrungen mit ein, um bei der Problemstellung den individuellen Bedarf einzuschätzen.³⁵

Es besteht häufig auch eine Arbeitsteilung, in der die Pflegeüberleitung schwerpunktmäßig bei Übergängen in die ambulante Pflege tätig wird, während der Sozialdienst die Entlassungsvorbereitung beim Übergang in die Rehabilitation oder in stationäre Pflegeeinrichtungen übernimmt.³⁶

2.1.3 Überleitungspflege und Überleitungsmanagement

²⁸ Vgl. Schaeffer (2002) S. 349; ebenso vgl. Koch- Straube S.154

²⁹ Vgl. Joosten (1997) S. 26; ebenso vgl. Schönlau (2005) S. 96

³⁰ Bereits 1990 setzte sich Joosten mit den Begriffen der Pflegeüberleitung und Überleitungspflege auseinander.

³¹ Joosten (1997) S. 27

³² Vgl. Joosten (1997) S.100

³³ Vgl. ebd. (1997) S. 26; ebenso vgl. Schönlau (2005) S. 99

³⁴ Vgl. Joosten (1997) S. 102; ebenso vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 349

³⁵ Vgl. ebd. (2002) S. 355

³⁶ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 349

Pflegeüberleitung ist nicht gleich Überleitungspflege, auch wenn diese Begriffe oft synonym verwendet werden.³⁷

Überleitungspflege kennzeichnet „die unmittelbare Betreuung des Patienten durch Pflegekräfte, die ihn beim Übergang von der einen Betreuungsform in die andere zumindestens zeitweise begleitet.“³⁸

Unter Überleitungsmanagement wird die standardisierte Organisation des Wechsels eines Patienten zwischen einzelnen Institutionen und Sektoren verstanden, einen Kreislauf von innerer und außerklinischer Betreuung.³⁹

2.2 Definitionen zur Pflegeberatung

Eine Abgrenzung zwischen den Begriffen Beratung in der Pflege, Pflegeberatung, Schulung und Anleitung ist in der Praxis nur tendenziell zu erkennen. Die Begriffe werden zum Teil synonym verwandt oder unter dem Oberbegriff „edukative Aufgaben“ zusammengefasst.⁴⁰

In der konkreten Patientensituation verschränken sich diese Maßnahmen, sie lassen sich aber vom Ansatz her unterscheiden.⁴¹

2.2.1 Beratung

Beratung in der Pflege ist nach London und Koch - Straube ein unmittelbares Element pflegerischen Handelns, das sich nicht umgehen lässt.⁴² Pflege gibt seit jeher Informationen weiter, erteilt Ratschläge, spendet Trost, und spricht Mut zu. Nach der Einschätzung von Koch- Straube reichen diese Tätigkeiten als professionelle Pflegeberatung jedoch nicht aus,⁴³ sondern sie stellen Elemente einer Pflegeberatung dar, die dem Patienten Sachwissen und Orientierung im Bezug auf seine Erkrankung und den Behandlungsverlauf geben.⁴⁴ Aus praktischen Anleitungs- und Unterstützungsleistungen entwickelt sich nicht selten der Bedarf an umfassenderer Pflegeberatung, wobei auch die Bewältigung der veränderten

³⁷ Koch - Straube (2001) S. 155

³⁸ Domscheid/ Wingenfeld (1996) S. 4

³⁹ Vgl. Lusiardi (2004) S. 39

⁴⁰ Vgl. Beier (2005) S. 637

⁴¹ Vgl. London (2003) S. 21

⁴² Vgl. ebd. (2003) S. 27

⁴³ Vgl. Koch - Straube (2003) S. 7

⁴⁴ Vgl. ebd. (2003) S. 5

Lebenssituation das Ziel sein kann.⁴⁵ Betrachten wir den Menschen wie Koch - Straube („Leiborientiert“⁴⁶), dann stellt sich eine Beratung, die ausschließlich aus Informationsvermittlung und Erziehung besteht, als unzureichend dar, da sie individuelle Sorgen und Ängste und die Sichtweise der Patienten außer Acht lässt.⁴⁷ Pflegeberatung sollte daher eine professionelle Unterstützungsleistung darstellen, mit einem zielgerichteten interaktiven Kontakt,⁴⁸ die sich von einer Alltagsberatung, in der Konfliktlösungen eher zufällig ablaufen abgrenzt.⁴⁹

Die facettenreichen Situationen, aus denen Beratungen entstehen, machen eine Vernetzung unterschiedlicher Beratungsstrategien für Pflegeberatung notwendig. Es existiert kein einheitliches Konzept der Pflegeberatung und auch kein allgemeiner Beratungsstandard in der Pflege. Es sind aber bereits unterschiedliche Beratungsansätze aus Psychologie, Sozialarbeit und Sozialpädagogik vorhanden⁵⁰. Ebenfalls gibt es Versuche Beratungskonzepte wie bei der „Integrativen Beratung“⁵¹ zu kombinieren (Vgl. Kap. 5.).

Stratmeyer hat eine Beratungsmatrix⁵² entwickelt, um den unterschiedlichen Beratungssituationen gerecht zu werden. Diese Beratungsmatrix bietet eine Orientierung über das Handlungsfeld der Pflegeberatung. Dabei übernimmt diese Matrix eine „Integrationsfunktion, indem nicht die Überlegenheit eines bestimmten Ansatzes herausgestellt wird und die anderen verworfen werden, sondern es wird die Bedeutung einzelner Ansätze im Kontext verschiedener Zielorientierungen und Situationskontexte beleuchtet.“⁵³ Stratmeyer unterscheidet die Beratungsansätze in den humanistisch-altruistischen, den lerntheoretischen / vermittlungsorientierten, den verhaltenstherapeutischen, den handlungsorientierten und den systemtheoretischen Pflegeberatungsansatz. Elemente

⁴⁵ Vgl. ebd. (2003) S. 6

⁴⁶ Leiborientiert stellt das Kranksein mit all seinen Folgen für Geist, Körper Seele in den Mittelpunkt und nicht nur die Krankheit, mit ihren körperlichen Veränderungen. Es werden nicht nur Körper und dessen Krankheiten therapiert, sondern Menschen die krank sind, und dessen Beziehungen zur Vergangenheit und Zukunft und zu anderen Menschen. Der Leib wird als Träger unterschiedlichen Dimensionen menschlichen Lebens und Erlebens gesehen. Vgl. Koch- Straube (2001) S.73; S. 85; S. 111

⁴⁷ Vgl. ebd. (2001) S. 74; ebenso vgl. Bartel (2005) S.2; ebenso vgl. London (2003) S.28

⁴⁸ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 76

⁴⁹ Vgl. ebd. (2001) S. 67

⁵⁰ Vgl. ebd. (2001) S.99

⁵¹ Bei einer „Integrativen Beratung“ handelt sich um einen Methodenmix, der den Vorteil hat, flexibel auf unterschiedliche Problemlagen reagieren zu können. Laut Koch- Straube ist er den humanistisch orientierten Verfahren zuzurechnen. Der Methodenmix kennzeichnet den wechselseitigen Austausch und die gemeinsamen Analysen über komplexe Lebenssituationen. Die Einheit von Körper, Geist und Seele, sowie die Leiborientierte Beratung und Elemente des Konzepts der „Sorge“ von Benner und Wurbel, sind diesem Konzept enthalten. Vgl. Koch - Straube (2001) S. 108 / Das Konzept der „Sorge“ Vgl. Benner (1997) S. 21

⁵² Beratungsmatrix von Hr. Prof. Dr. Stratmeyer; siehe Anhang S. 97

⁵³ Stratmeyer (2001) S. 13

bekannter Therapieschulen wie die der Verhaltenstherapie,⁵⁴ der Gesprächspsychotherapie,⁵⁵ sowie der systemischen Familientherapie⁵⁶ und psychosoziale Aspekte⁵⁷ sind darin enthalten. Pflegeberatung kann sich zwischen direkter Expertenberatung (lerntheoretischen Pflegeberatungsansatz), und non- direkter Prozess- / Klientenzentrierter- Beratung (handlungsorientierten Pflegeberatungsansatz) bewegen. Direktive und non- direkte Beratungsansätze können in der Praxisanwendung auch ineinander übergehen oder in unterschiedlichen Phasen des Beratungsprozesses Schwerpunkte bilden.⁵⁸ Als Beispiel ist der Beratungsansatz von Sue Culley (vgl. Kap. 5.3.1) zu nennen, der hauptsächlich dem non- direktiven Beratungsansatz entspricht, jedoch auch Elemente der direktiven Beratung verwendet.⁵⁹

Als reine Ansätze direkter bzw. non- direkter Beratung sind diese jedoch von ihrer Haltung und Vorgehensweise grundlegend zu unterscheiden.

Bei dem non- direktiven Beratungsansatz entspricht das Menschenbild dem des Humanismus, welches den Menschen als autonomen, aber nicht autarken, konstruktiven und nach Lebenssinn strebenden Menschen sieht, der aufgrund seiner biographischen Erfahrung nur selbst am besten wissen kann, was gut für ihn ist. Der Patient ist also Experte für sich selber. Als elementare Grundhaltung der non- direktiven Vorgehensweise fordert Rogers Empathie (einführendes Verstehen), Akzeptanz (Wertschätzung, Achtung, emotionale Wärme) und Kongruenz (Echtheit) für das Verhalten des Beraters. Das Ziel der non- direktiven Beratung ist, den Patienten dazu zu bringen sich selbst zu helfen, zu eigenständigen Lösungen zu kommen und diese in seine Lebenswelt zu integrieren. Das Kennzeichen dieser Vorgehensweise ist, dass nicht nur das Problem im Mittelpunkt steht, sondern auch der Patient mit seinen Sorgen, Nöten und Umgangsweisen. Der Patient nimmt hier den aktiveren

⁵⁴ Verhaltenstherapeutische Verfahren, entstehen aus den Gesetzen der Lerntheorie, dem Behaviorismus (Reiz- Reaktions- Verhalten) und gehen davon aus, das abweichendes, gesundheitsschädliches Verhalten, wie normales Verhalten gelernt wurde und somit wieder auf die gleiche Weise beseitigt werden kann. Vgl. Zimbardo (1995) S. 665; ebenso vgl. Koch- Straube (2001) S. 103

⁵⁵ Die Gesprächspsychotherapie basiert auf psychologisch – humanistischen Konzepten. Der humanistische Ansatz begleitet innere Prozesse des Menschen aus der Annahme heraus, dass der Mensch u.a. nach Selbstverwirklichung strebt. Rogers (1902-1987) war der Begründer der Gesprächspsychotherapie. Er wies nach, dass die Wirkung von Beratung weniger auf der Anwendung von Techniken beruht, sondern vielmehr auf der Art der Beziehung zwischen Klient und Berater. Auf dieser Erkenntnis basiert die therapeutische Grundhaltung Empathie, Akzeptanz, Echtheit. Vgl. Koch - Straube (2001) S. 101; ebenso vgl. Zimbardo (1995) S. 677, ebenso vgl. Königstein (Diplomarbeit/ 2002) S. 66

⁵⁶ Bei den systemischen Konzepten wird die Krankheit nicht als isolierte Störung betrachtet, sondern das Beziehungsgefüge und die Interdependenz zur Familie. Vgl. Koch - Straube (2001) S. 105; ebenso vgl. Zimbardo (1995) S. 680

⁵⁷ Stichworte zu psychosozialen Aspekten sind: Lebenswelt- und Alltagsweltorientierung, Ressourcen- und Kompetenzorientierung. Vgl. Koch - Straube (2001) S. 107

⁵⁸ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 65

⁵⁹ Vgl. Culley (2002) S. 20

Teil des Beratungsgesprächs ein.⁶⁰ Non- direktives Vorgehen entspricht einem zielgerichteten, ergebnisoffenen, dialogischen und in Phasen untergliederten Prozess, indem individuelle, bedürfnisgerechte Problemlösungen erarbeitet werden.⁶¹

Beim direktiven Beratungsansatz stehen das Problem, seine Ursachen und seine Behandlung im Mittelpunkt, wobei der Berater die Führung übernimmt. Der Berater nimmt im Beratungsprozess eine Expertenstellung und den aktiveren Teil der Beratung ein. Die Rolle des Patienten ist die eines Ratsuchenden, der Unterstützung benötigt. Das Ziel der direktiven Beratung ist die Bereitstellung individuell angepasster Informationen, wobei der Patient zu jedem Zeitpunkt die Verantwortung für sich selbst und somit auch für die Umsetzung der vorgeschlagenen Lösungen trägt.⁶²

⁶⁰ Vgl. Rogers (2001) S. 119

⁶¹ Vgl. Gittler – Hebestreit (2006) S. 38

⁶² Vgl. Rogers (2001) S. 108ff

2.2.2 Edukation, Schulung und Anleitung

Der aus dem englischen Sprachraum stammende Begriff der Edukation entspricht in der deutschen Übersetzung dem Begriff der Erziehung, Ausbildung oder Bildung.

Häufig wird aber unter dem Begriff der Edukation der weit gefasste Begriff der Beratung (vgl. Kap 2.2.1) und Anleitung verstanden und nicht nur der vermittlungsorientierte / lerntheoretische Beratungsansatz.⁶³

Evers definiert Patientenedukation als Veränderung von Verhaltensabsichten, wobei der Fokus der Patientenedukation auf der Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten liegt.⁶⁴ Die Einbettung in psychosoziale Zusammenhänge steht nicht im Zentrum seiner Betrachtung.⁶⁵ Klug - Redman sieht die Erfassung des Lernbedürfnisses und die Lernbereitschaft des Patienten als zentral an, um geeignete, auf den Patienten abgestimmte Aktivitäten einzuleiten. Um erfolgreiche Schulungsprogramme für Erwachsene durchführen zu können, müssen die Informationen für die Patienten bedarfs- und bedürfnisgerecht aufbereitet und möglichst „verwendungsbezogen“ dargestellt werden.⁶⁶ Erwachsene sind immer dann bereit, die durch Schulung vermittelten Informationen aufzunehmen und zu nutzen, wenn auf persönliche Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung zurückgegriffen werden kann und die Durchführbarkeit im Leben und Arbeitsalltag ersichtlich wird.⁶⁷ Klug - Redman unterscheidet im Rahmen von Schulung in kognitive, affektive und psychomotorische Kompetenzen, die es zu erwerben gilt,

wobei sich die kognitiven Kompetenzen auf die Vermittlung von Wissen und Kenntnissen beschränken.

Affektive Lernkompetenzen beinhalten die Arbeit an Einstellungen und Werthaltungen, um sie in krankheitsgerechtere Lebensweisen zu lenken.

Psychomotorische Dimensionen beziehen sich auf motorische Fähig- und Fertigkeiten, die mittels Anleitung zu alltagspraktischen Handlungskompetenzen verhelfen.

Diese Dimensionen sind grundlegende Bestandteile von Handlungskompetenzen und erfordern unterschiedliche Lehr- und Lernmethoden.⁶⁸

Es wird deutlich, dass Anleitung die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten ist und einen Teil von Schulung darstellen kann.

⁶³ Vgl. Beier (2005); S. 637

⁶⁴ Vgl. Klug - Redmann (1996) S. 11

⁶⁵ Vgl. Evers in Koch - Straube (2001) S. 84; ebenso vgl. Koch - Straube (2001) S. 67

⁶⁶ Lernen unter konstruktivistischer Perspektive. Vgl. Schneider et al (2003) S. 198ff.

⁶⁷ Vgl. Beier (2005), S. 639; ebenso vgl. Klug - Redman (1996) S. 12

⁶⁸ Vgl. Klug - Redman (1996) S. 12f.; ebenso vgl. Lubkin (2002) S. 545

Patientenschulung und Edukation sind dabei ziel- und ergebnisorientiert⁶⁹ und erfordern ein geplantes, prozesshaftes⁷⁰ Vorgehen, welches die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten und die Unterstützung zu einem krankheitsgerechten Verhalten beinhaltet.

Nach der Einschätzung von Dangel wird der Begriff der Edukation im Rahmen der Entlassungsplanung gewählt, da Bezeichnungen wie z.B. Schulung und Beratung nach ihrer Meinung nicht exakt zutreffen und nicht weit genug reichen. Unter Schulung wird nach Dangel meist die Unterweisung eines Patienten in bestimmten Pflegehandlungen oder Verhaltensweisen verstanden. Sie ist also eher auf Informationen und Aneignung von „technischen“ Kompetenzen ausgerichtet.⁷¹ Dangel schließt bei der Schulung den affektiven Bereich aus. Nach Dangel ist das Ziel der Edukation, Patienten und Angehörige umfassend zu befähigen und die notwendigen Kompetenzen zu vermitteln, um die eigenen „Angelegenheiten“ bewältigen zu können. Der Patient und seine Angehörigen sollen mit Selbstpflege- und Selbstmanagementkompetenzen ausgestattet werden, sie sollen Fähigkeiten wiedererlangen, um möglichst selbständig zu leben.⁷² Die Ziele der Edukation, nach Dangel, entsprechen denen von Klug-Redman und Petermann⁷³, hier allerdings als Schulung beschriebene Kompetenzen. Diese beinhalten u.a. Autonomie, Emanzipation und Selbstbestimmung, Selbstversorgung, Bewältigung von Krankheit und die Anpassung an Lebenssituationen.⁷⁴ Ebenso beschreibt Hurrelmann als Variante der Gesundheitserziehung⁷⁵ die Veränderung von der Fremd- zur Selbstverantwortung, bei der die Beziehung zwischen Patient und Berater auf ein wechselseitiges Aushandeln aufeinander ausgerichtet ist. Der Patient ist aktiv an der Erarbeitung der Konsequenzen für das eigene Gesundheitsverhalten beteiligt. Es wird eine Verbindung von Therapietreue und kompetenter Eigensteuerung erlangt.⁷⁶ Es ist eine Wandlung vom autoritativen Konzept der „Verhaltenskorrektur“, in der es um das reine Befolgen von Anweisungen geht, hin zum partizipativen Konzept der „Kompetenzförderung“, die die Stärkung der eigenen Krankheitsbewältigung zum Ziel hat.⁷⁷ Im Gegensatz zum autoritativen Konzept konzentriert sich das partizipative Konzept nicht auf

⁶⁹ Vgl. ebd. (1996) S.112

⁷⁰ Phasen des Schulungsprozesses: Die Schulungssituation einschätzt, eine Problemaussage über das Lernbedürfnis treffen, Ziele setzen, die Lernsituation durchführen und eine Auswertung der Zielerreichung vornehmen. Vgl. Klug – Redman (1996) S. 14

⁷¹ Vgl. Dangel (2004) S. 131

⁷² Vgl. Dangel. (2004) S. 132

⁷³ Vgl. Petermann (1997) S. 3f.

⁷⁴ Vgl. Klug - Redman (1996) S. 50, S. 292

⁷⁵ Gesundheitserziehung: bezeichnet alle Strategien der Stärkung der Persönlichkeit durch Wissens- und Kompetenzvermittlung, um die Selbstorganisation des Gesundheitsverhaltens und die Gestaltung gesundheitsrelevanter Umweltbedingungen zu ermöglichen. Vgl. Hurrelmann in Rebnitz (2001) S. 38

⁷⁶ Vgl. Hurrelmann in Rebnitz (2001) S. 36; ebenso vgl. Müller- Mundt (2000) S.44

⁷⁷ Vgl. ebd. (2001) S. 35ff

die bereits eingetretenen Kompensations- und Bewältigungsstrategien (Risikoverhalten), sondern eher auf die Ursachen und Ausgangspunkte hierfür, nämlich die Art und Weise wie sich ein Mensch mit seiner Lebenssituation auseinandersetzt.⁷⁸

In der Beschreibung von direkter und non-direkter Beratung, Edukation, Schulung, Anleitung und Gesundheitserziehung der verschiedenen Autoren wird deutlich, dass es auf die inhaltliche Ausgestaltung und die Vorgehensweisen ankommt und dass der Übergang von der Edukation und Schulung zur direkten und non-direktiven Beratung fließend und miteinander verwoben sein kann.

3. Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen und einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen

3.1 Allgemeine Entwicklungen im Gesundheitswesen

Im Folgenden werden die gesellschaftlichen und gesetzlichen Veränderungen und dessen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen dargestellt. Des Weiteren soll an dieser Stelle die Notwendigkeit der Pflegeberatung im Rahmen des Entlassungsmanagements verdeutlicht werden.

⁷⁸ Vgl. ebd. (2001) S. 40

3.1.1 Gesellschaftliche Veränderungen

Eine der größten und wichtigsten Herausforderungen an das Gesundheitswesen stellt die angemessene Versorgung der chronisch Kranken und Hochaltrigen⁷⁹ dar.

Der demographische und epidemiologische Wandel⁸⁰ der Bevölkerung in Deutschland zeigt gravierende Veränderungen auf. Der Anteil der chronisch Kranken in der Bevölkerung lag im Jahr 2001 bei 40%⁸¹. Im Jahre 2050 wird nach Hochrechnungen der Enquetè-Kommission des deutschen Bundestages zum demographischen Wandel die Hälfte der Bevölkerung über 50 Jahre und älter sein.⁸² Diese Veränderungen werden von einer weiteren gesellschaftlichen Tendenz begleitet, der sogenannten Singularisierung. Diese lässt vermuten, dass die Belastbarkeit informeller Strukturen weiter abnimmt, da ein Verlust traditioneller Formen des familiären Zusammenlebens stattfindet.⁸³ Diese Veränderungen bleiben nicht ohne Auswirkungen auf die Pflege. Der Wandel des Krankheitsspektrums mit steigender Anzahl chronisch Kranker und hochbetagter Menschen, die zunehmend komplexere Probleme durch Therapieanforderungen und Pflegebedürftigkeit und deren Auswirkungen auf ihr Leben zu tragen haben, verlangen nach einem Behandlungs- und Entlassungsprozess, der durch Beratung von der Aufnahme im Krankenhaus bis in die ambulanten Strukturen begleitet wird.⁸⁴ Ebenso müssen die Familien und insbesondere die pflegenden Angehörigen vor Überlastungen geschützt werden, denn die Familie gilt weiterhin als Organisationszentrale aller Krankheits- und Pflegemaßnahmen,⁸⁵ wobei sie vielfältigen Anforderungen und Belastungen gegenübersteht.⁸⁶ (vgl. Kap. 5.2.2) Die Familie unterstützt den Pflegebedürftigen u.a. emotional und trägt zu dessen sozialer Integration bei.⁸⁷ Die Krankenhäuser werden sich auf die veränderten Bedürfnisse und Besonderheiten der chronisch Kranken und einer älter werdenden Gesellschaft einstellen müssen.

3.1.2 Schnittstellenproblematik

⁷⁹ Es wird eine Altersgrenze zwischen 80-85 Jahren, als Beginn der Hochaltrigkeit angegeben, wobei diese Definition aufgrund der dynamisch sich verändernden Lebenserwartung in Zukunft höher angesetzt werden muss. Vgl. Sachverständigenkommission zum Vierten Altenbericht (2002) S.53

⁸⁰ Vgl. Enquetè-Kommissions-Schlussbericht (2002) S.12

⁸¹ Vgl. Sachverständigengutachten (2000/2001) Band III (ausführliche Zusammenfassung) S. 61

⁸² Vgl. Enquetè-Kommissions-Schlussbericht (2002) S.15

⁸³ Vgl. ebd. (2002) S.38

⁸⁴ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 163

⁸⁵ Nach wie vor ist die Familie für einen Grossteil der Pflegbedürftigen für die Pflege zuständig. Dreiviertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt und etwa 51 % aller Pflegebedürftigen erhalten ausschließlich Pflegegeld. Vgl. Sachverständigenkommission zum Vierten Altenbericht (2002) S.193

⁸⁶ Vgl. Hedtke - Becker (1999) S. 29ff.; ebenso vgl. Buijssen (1996) S.22

⁸⁷ Vgl. Moers, Schieman, Schnepf (1999) S.83; ebenso vgl. Buijssen (1996) S.37

Unter der Schnittstellenproblematik werden Informationsverluste oder fehlende Informationen bei der Zusammenarbeit zweier Berufsgruppen, Einrichtungen oder Sektoren verstanden.⁸⁸ Eine der wichtigsten Schnittstellen besteht zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Zwischen diesen Versorgungssystemen bestehen klare Strukturgrenzen, die sich u.a. in unterschiedlichen sektoralen Budgets und Erstattungssystemen zeigen.⁸⁹ Daher erfordert gerade dieser Übergang eine strukturierte Abstimmung der Leistungserbringer und eine gezielte Beratung der Patienten und Angehörigen.⁹⁰ Mit Hilfe der Beratung sowie der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten in Bezug auf die Erkrankung, die Umgangsweisen und Angebote des Gesundheitswesens⁹¹ lassen sich die Übergänge in andere Versorgungsbereiche verbessern und Belastungen für die Patienten und pflegende Angehörige abmildern.⁹² Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat u.a. gefordert, dass die Bedürfnisse chronisch Kranker mehr Berücksichtigung finden sollen. Er fordert u.a. den angemesseneren Einbezug von sozialen, lebensweltlichen und biographischen Bezügen und den aktiveren Einbezug der Patienten und Angehörigen in den Behandlungsprozess.⁹³ Das gegenwärtige System ist trotz der veränderten Anforderungen von chronisch Kranken und Hochbetagten immer noch auf die akute, kurative und episodenhafte Behandlung der Patienten ausgerichtet.⁹⁴ Die präventiven Potentiale, die bei diesem Klientel auftreten, werden im Behandlungs- und Entlassungsprozess noch wenig genutzt, obwohl Komplikationen und Folgeerkrankungen bei bestehenden chronischen Erkrankungen verringert werden könnten.⁹⁵ Generell ist eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen systemübergreifend erforderlich.⁹⁶

3.1.3 Sozialpolitische Anforderungen

Viele Gesundheitsreformen haben sich in erster Linie auf reine Kostendämpfungsmaßnahmen im Rahmen der Beitragssatzstabilität reduziert.⁹⁷ Dieser Aspekt hat Auswirkungen auf die

⁸⁸ Vgl. Dangel (2004) S. 1

⁸⁹ Vgl. Enquetè-Kommissions-Schlussbericht (2002) S.188; ebenso vgl. Wingefeld in Schaeffer (2002) S. 336

⁹⁰ Vgl. Sachverständigengutachten (2000/2001) Band III (ausführliche Zusammenfassung) S. 88; ebenso vgl. Dangel (2004) S. 13

⁹¹ Vgl. Buijssen (1996) S. 37; S.70

⁹² Vgl. Sachverständigenkommission zum Vierten Altenbericht (2002) S. 28

⁹³ Vgl. Sachverständigengutachten (2000/2001) Band III (ausführliche Zusammenfassung) S. 62

⁹⁴ Vgl. Enquetè-Kommissions-Schlussbericht (2002) S.199

⁹⁵ Vgl. Enquetè-Kommissions-Schlussbericht (2002) S.200

⁹⁶ Vgl. ebd. (2002) S.216

⁹⁷ Vgl. Sachverständigengutachten (2000/20001) Band I S. 61

Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Laut Statistik des Fachgebietes der Inneren Medizin lag die durchschnittliche Verweildauer 1993 bei 10,4 Tagen, 2002 betrug sie 6,5 Tage.⁹⁸ Nach Einführung eines durchgängigen leistungsorientierten und pauschalierten Entgeldsystems auf der Basis von Diagnosis Related Groups (DRG`s) zeigt sich, dass die traditionelle Entlassungsvorbereitung dem wachsenden Problemdruck nicht standzuhalten vermag.⁹⁹ Es kommt nicht selten vor, dass chronisch Kranke bereits schon während ihrer Erholungs- und Wiederherstellungsphase aus der stationären Versorgung entlassen werden.¹⁰⁰ Diese Bedingungen stellen hohe Anforderungen an die pflegerische Nachsorge. Patienten und ihre pflegenden Angehörigen benötigen im klinischen so wie im außerklinischen Bereich Unterstützung durch Beratung, Schulung und Anleitung. Diese komplexen Beratungsmaßnahmen können bei Patienten zu einer vermehrten Selbstpflegefähigkeit, Wahrnehmungsförderung und einem verbesserten Symptommanagement beitragen, welches das Einschätzen ihres Gesundheitszustandes und das Einleiten notwendiger Maßnahmen beinhaltet. Somit können unnötige Rückfälle wie „Drehtüreffekte“¹⁰¹ und Dekompensationen der Erkrankungen vermieden werden.¹⁰²

Im Recht der Krankenversicherung in § 112 Absatz 2 Nr. 5 des SGBV steht, dass in den Verträgen und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaften der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege zu regeln ist. Die Ausgestaltung ist nicht festgelegt und kann auf Ebene der Bundesländer Unterschiede enthalten.

Die Gesundheits- und Krankenpflege ist nach der Erneuerung des Krankenpflegegesetzes im Januar 2004 dazu angehalten, Patienten und Angehörige zu beraten. Nach § 3 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes von 2004 gilt, dass die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege die zukünftig beruflich Pflegenden dazu befähigen soll, pflegebedürftige Menschen und ihre Bezugspersonen in ihrer Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit zu unterstützen, zu beraten und anzuleiten.¹⁰³ Bisher galt nur, dass Pflegekräfte bei der Verhütung, Erkennung, und Heilung von Krankheiten mitwirken und ein

⁹⁸ Vgl. Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (2002) S. 19

⁹⁹ Vgl. Schaeffer (2002) S.336

¹⁰⁰ Vgl. Lubkin (2002) S. 681

¹⁰¹ Drehtüreffekte: Erneute Aufnahme eines Patienten mit der selben Diagnose, nachdem er das Krankenhaus erst kurz vorher verlassen hatte. Das Krankenhaus bekommt somit für die weitere Behandlung kein Geld, da die umgangssprachlich bezeichnete „Garantiezeit“ noch nicht abgelaufen ist. Vgl. Dangel (2004) S.1

¹⁰² Vgl. Badura (1993) S. 270

¹⁰³ Vgl. § 3 Krankenpflegegesetz (2004)

gesundheitsförderliches Verhalten anregen sollten.¹⁰⁴ Ebenso ergeben sich Anforderungen aus dem Krankenversicherungsgesetz (SGB V)¹⁰⁵ und dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI).

¹⁰⁶ Diese Anforderungen bekräftigen die Notwendigkeit der Einführung von professioneller Pflegeberatung durch Pflegekräfte und geben Patienten einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung.

Pflegeberatung sollte in den Entlassungsprozess integriert werden.¹⁰⁷ Nicht nur aufgrund der im Expertenstandard festgelegten fachlichen Norm,¹⁰⁸ sondern aus der Erkenntnis heraus, dass Pflegeberatung einen wesentlichen Beitrag zu einem erfolgreichen Entlassungsprozess beiträgt.

¹⁰⁴ Vgl. § 4 Krankenpflegegesetz (1985); ebenso vgl. Meyer- Rentz (2005) S. 28

¹⁰⁵ SGB V § 1, §43, § 65b,

¹⁰⁶ SGBXI § 7, § 45

¹⁰⁷ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 15

¹⁰⁸ Vgl. Dangel (2004) S. 93

3.2 Einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen

3.2.1 Darstellung der Einrichtung „Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf“ (BAKB)

Das Bethesda Allgemeines Krankenhaus Bergedorf (BAKB) entstand im Jahr 2000 aus der Fusion zweier Bergedorfer Krankenhäuser und ist eine Einrichtung der Grund- und Regelversorgung. Das BAKB hat zwei Gesellschafter, nämlich die Evangelische Stiftung Bethesda und den Landesbetrieb Krankenhäuser Hamburg Immobilien, die je 50 % der Anteile halten.¹⁰⁹ Das Krankenhaus hat 12 Stationen mit insgesamt 342 Betten, sechs Fachabteilungen und insgesamt 600 Mitarbeitern.¹¹⁰ Die Stationen umfassen ca. 28 bis 36 Betten.

Das BAKB wird durch eine Geschäftsführerin geleitet, die wiederum durch eine Führungsrunde beraten und unterstützt wird. Die Führungsrunde setzt sich aus den Pflegedienstleiterinnen, dem Chefarzt der Inneren Medizin, dem Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, dem Leiter des Finanz und Rechnungswesens, dem Leiter der Klinischen Versorgung, dem Leiter des Personalservicecenter, dem Leiter des Medizincontrollings, dem Leiter der IT- Abteilung sowie einem externen Unternehmensberater zusammen. Der Pflegedienstleitung sind ca. 250 Mitarbeiter aus der Pflege sowie dem Sozialdienst unterstellt.¹¹¹ Der Sozialdienst setzt sich aus vier Mitarbeiterinnen zusammen, die sich eineinhalb Vollzeitstellen teilen. Es bestehen Kooperationen mit mehreren Krankenhäusern der Umgebung sowie mit niedergelassenen Ärzten, die zum Teil auf dem Krankenhausgelände praktizieren und die Betreuung der Patienten während eines Krankenhausaufenthaltes konsiliarisch übernehmen. Im Bezug auf das Entlassungsmanagement ist insbesondere die enge Kooperation mit dem Pflegedienst der Diakonie- und Sozialstation Bergedorf ev. zu nennen.

¹⁰⁹ Die „Besitzanstalt“; LBK- Immobilien, bleibt Anstalt öffentlichen Rechts und die Stadt ist Eigentümerin der verbliebenen Anteile.

¹¹⁰ Alle Mitarbeiter in Voll und Teilzeit

¹¹¹ Stelle für Öffentlichkeitsarbeit des BAKB; Stand 31.12.2004;

3.2.2 Konzeptvorstellungen der Pflegedienstleitung des BAKB bezüglich der Umsetzung von Pflegeberatung

Die Pflegedienstleitung hat folgende Konzeptwünsche und Vorstellungen:

1. Zusätzliche Sicherung der Versorgungsqualität durch eine weitere Annäherung an den Expertenstandard Entlassungsmanagement;
2. Entwicklung eines in den bisherigen Entlassungsprozess integrierbaren Pflegeberatungskonzepts, das den Vorstellungen und Strukturen des BAKB entspricht;
3. Gewährleistung einer möglichst schnellen Konzeptumsetzung;
4. Möglichst geringer ökonomischer Aufwand für die Umsetzung von Beratung und Schulung;
5. Einrichtung einer Planstelle, die die Beratung im Rahmen des Expertenstandards Entlassungsmanagement übernimmt;
6. Erhöhung der Patientenzufriedenheit, mit dem Ziel, dass Patienten das BAKB erneut als behandelnde Klinik wählen;
7. Positive Publicity in der Öffentlichkeit durch Patienten und pflegende Angehörige;
8. Verringerung von Drehtüreffekten und Wiedereinweisungsraten sowie eine langfristige Imageoptimierung und eine stärkere Positionierung des Krankenhauses im Wettbewerb zu anderen Krankenhäusern.¹¹²

¹¹² Gespräch mit der stellvertretenden Pflegedienstleitung der Somatik (J. Niemeyer), im Januar 2006

3.2.3 Strukturen des BAKB, die die Rahmenbedingungen zur Umsetzung von Pflegeberatung vorgeben

Aus den Vorstellungen der Pflegedienstleitung und den vorhandenen Strukturen des BAKB ergibt sich der Bedarf für den Einsatz von einem Pflegeexperten¹¹³, wobei der Pflegeexperte in besonderer Verantwortung für die Pflegeberatung und nicht als koordinierende Vermittlungsinstanz für den gesamten Entlassungsprozess vorgesehen ist. (vgl. Kap. 4.4)

Die Entscheidung der Pflegedienstleitung zur Übernahme der Pflegeberatung von Pflegeexperten beruht u.a. auf dem qualifikatorischen und konzeptionellen Nachholbedarf der Pflegekräfte auf den Stationen, die zurzeit für die Übernahme von Pflegeberatung noch nicht ausreichend qualifiziert sind.¹¹⁴ Somit ist ein zentral tätiger Pflegeberater (Pflegeexperte) für das BAKB kostengünstiger, da nur eine Person fachlich qualifiziert werden müsste, bzw. durch eine Weiterbildung oder akademische Qualifikation bereits qualifiziert ist. Ein weiterer Aspekt Pflegeberatung im BAKB durch Pflegeexperten zentral zu gestalten, stellt die Zeitintensität, die Pflegeberatung mit sich bringt dar. Bei einer dezentralen Organisation, der Durchführung der Pflegeberatung durch die Pflegekräfte auf den Stationen, müsste die verwendete Zeit für die Pflegeberatung kompensiert werden. Die Beratungsaufgaben könnten durch nicht aufschiebbare Versorgungsanforderungen auf den Stationen in den Hintergrund treten, vor allem dann, wenn eine Aufgabenerweiterung trotz knapper Personalressourcen erfolgen würde. Da professionelle Pflegeberatung ein dialogischer, in Phasen untergliederter Prozess ist,¹¹⁵ der ungestörte Zeit und eine intensive Beratungsbeziehung mit dem Patienten voraussetzt, wären zusätzliche Planstellen erforderlich.¹¹⁶ Für das BAKB hat ein zentral organisierter Pflegeberater den Vorteil, dass er als zentraler Ansprechpartner fungiert, bei dem Wissen und Kompetenzen zusammenlaufen und der die Aufgaben der Pflegeberatung im Hauptblickfeld behält.

3.2.4 Entwicklungsstand zur Umsetzung des Expertenstandards

Entlassungsmanagement im BAKB

3.2.4.1 Entwicklung der Ablaufbeschreibung zur „ambulanten Nachsorge“ im BAKB

¹¹³ Der Expertenstandard schlägt zur dessen Umsetzung, neben dem Einsatz von Pflegekräften auf den Stationen, auch den Einsatz von Pflegeexperten vor, welche in der Regel, spezialisierte Pflegefachkräfte mit einer akademischen Qualifikation sind. Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 28

¹¹⁴ Vgl. ebd. (2002) S. 9, S. 43; ebenso vgl. Müller- Mundt (2000) S. 49

¹¹⁵ Vgl. Koch – Straube (2001) S. 118; ebenso vgl. Norwood (2002) S. 55ff.; ebenso vgl. London (2003) S. 29

¹¹⁶ Vgl. Dangel (2004) S. 43

Die Ablaufbeschreibung basiert auf der vom Sozialdienst entwickelten Verfahrensanweisung¹¹⁷ zur „Regelung der ambulanten Nachsorge“, die wiederum auf dem Expertenstandard Entlassungsmanagement beruht.

Des Weiteren basiert die Ablaufbeschreibung auf einer beim Sozialdienst absolvierten Hospitationszeit und auf Befragungen der am Entlassungsprozess beteiligten Akteure. Die Autorin hat parallel zur Erstellung dieser Arbeit an den Sitzungen zur Entwicklung der Verfahrensanweisung teilgenommen. Die Verfahrensanweisung wurde in einer Besprechungsrunde vom Sozialdienst erarbeitet und beschränkt sich zurzeit noch auf Entlassungen von Patienten in den ambulanten Bereich. Teilnehmer waren die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung, zwei Sozialarbeiterinnen, zwei Stationsleitungen der Pflege, einer Vertreterin des Pflegekooperationspartners der Diakonie- und Sozialstation Bergedorf, zwei externen Mitarbeiterinnen, die am Entlassungsprozess beteiligt sind und einer externen Projektberaterin. Die bestehenden Abläufe des Entlassungsprozesses wurden bei der Konzeptentwicklung und Integration von Pflegeberatung berücksichtigt.

(vgl. Kap. 5.7.2)

¹¹⁷ Verfahrensanweisung „Regelung ambulanter Nachsorge“ des BAKB; siehe Anhang S. 98

3.2.4.2 Ablaufbeschreibung der „ambulanten Nachsorge“ im BAKB

Aufnahmesituation:

Bei der Aufnahme eines Patienten in die medizinische Notaufnahme erfolgt zuerst die ärztliche Anamnese. Stellt sich eine akute gesundheitliche Beeinträchtigung heraus, erfolgt die Aufnahme in das Krankenhaus. Innerhalb der ersten 48 Stunden findet die Pflegeanamnese unter der Verantwortung der entsprechenden Bereichspflegekraft statt.

Einschaltung des Sozialdienstes:

Stellt die Pflegekraft während ihrer Anamnese fest, dass ein Regelungsbedarf durch den Sozialdienst besteht, erfolgt eine Information an den Sozialdienst durch einen Anforderungsbogen. Der Pflegeanamnesebogen¹¹⁸ enthält einen Vermerk darüber, dass der Sozialdienst angefordert wurde. Stellt sich ein Regelungsbedarf z.B. erst nach der ersten Visite oder noch später heraus, wird der Sozialdienst ebenfalls durch die Pflegekraft oder den Arzt per Fax angefordert. Der Anforderungsschein¹¹⁹ enthält Name und Geburtsdatum des Patienten, die voraussichtliche Behandlungsdauer sowie die Diagnose. Des Weiteren ist hierin enthalten, ob und in welcher Form sozialrechtlicher Beratungsbedarf besteht und in welche Richtung der Regelungsbedarf der stationären Nachsorge gehen soll (ambulante Pflege, stationäre Pflege, Hospiz oder Anschluss- Heil- Behandlung). Weiterhin ist vor einer Anforderung des Sozialdienstes zu klären, ob bei einem Patienten bereits eine Pflegestufe vorliegt und in wie weit es sich nach Einschätzung der Pflegekraft um eine komplexe Pflegesituation handelt. Die Kriterien, die eine komplexe Pflegesituation beschreiben, sind in der Verfahrensanweisung des Sozialdienstes als Anhang des Flussdiagramms hinterlegt.¹²⁰ Die räumliche Trennung separieren die Sozialdienstmitarbeiter vom Handlungsgeschehen auf den Stationen, weshalb diese ohne Benachrichtigung nicht tätig werden können.¹²¹ Die

¹¹⁸ Pflegeanamnesebogen des BAKB; siehe Anhang S. 101

¹¹⁹ Anforderungsschein des Sozialdienstes des BAKB; siehe Anhang S. 102

¹²⁰ Komplexe Pflegesituationen zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- ? Bettlägerigkeit,
- ? umfassende Grundpflege ist notwendig, grundsätzlich nicht in der Lage, die ATL's (Aktivitäten des täglichen Lebens) für sich selbst zu übernehmen,
- ? spezielle Pflege (Stoma, Verband) ist notwendig,
- ? es werden Pflegehilfsmittel benötigt,
- ? soziales Netz (es gibt keine Angehörigen oder diese sind nicht in der Nähe, alleinstehend, keine Bezugspersonen),
- ? es liegt eine verwahrloste Wohnung vor (sofern bekannt),
- ? Endstadium einer Tumorerkrankung liegt vor (schwankender Hilfebedarf, starke psychische Belastung der Angehörigen),
- ? Gedächtnisstörungen (Demenz, Korsakowsyndrom etc.) liegen vor.

¹²¹ Vgl. Badura (1993) S. 275

rechtzeitige Anforderung des Sozialdienstes durch die Pflege oder durch die Ärzte ist damit notwendig.

Ablauf beim Sozialdienst:

Durch den Sozialdienst erfolgt die Bearbeitung der angeforderten Maßnahmen. Sind z.B. Hilfsmittel erforderlich, wird das entsprechende Antragsformular dem Arzt zur Beantragung auf die Station gefaxt. Nach Beantwortung leitet der Sozialdienst den Antrag an die Pflegekasse oder ggf. direkt ans Sanitätshaus weiter. Bei häufig beantragten Hilfsmitteln gehen die Sozialdienstmitarbeiter davon aus, dass diese innerhalb der nächsten ein bis drei Tage geliefert werden, sie erhalten darüber keine Rückmeldung. Bei persönlichem Beratungsbedarf nimmt der Sozialdienst Kontakt zu dem Patienten und der Bereichspflegekraft auf. Der Sozialdienst eruiert die Situation des Patienten aus seiner Sicht und bespricht später gemeinsam mit der Bereichspflegekraft und dem zuständigen Arzt die einzuleitenden Maßnahmen und Schritte.

Der Sozialdienst bearbeitet die Anforderungen am selben Tag oder am nächsten Werktag. Nach einer erledigten Anforderung erfolgt eine schriftliche Rückmeldung per Fax an die Stationen. Diese Rückmeldung befindet sich in der entsprechenden Patientenakte.

Die Auswahl des Pflegedienstes findet unter der Berücksichtigung der Wahlfreiheit des Patienten und der Angehörigen statt. Allerdings weist der Sozialdienstmitarbeiter auf den Kooperationspartner hin. Hat sich ein Patient für einen Pflegedienst entschieden, wird der entsprechende Pflegedienst vom Sozialdienst informiert und die erforderlichen Patientendaten übermittelt. Handelt es sich dabei nach den Kriterien der Verfahrensweisung um eine komplexe Pflegesituation,¹²² findet auf Wunsch des Patienten der Erstkontakt zum Pflegedienst im Krankenhaus statt. Der Sozialdienst informiert den Pflegedienst und dieser vereinbart mit der zuständigen Bereichspflegekraft auf der entsprechenden Station einen Termin, um gemeinsam den relevanten pflegerischen Bedarf und die Bedürfnisse mit dem Patienten zu besprechen.

Bekanntgabe des Entlassungszeitpunktes:

Nachdem die weitere Versorgung geklärt ist und das Entlassungsdatum unter der Verantwortung der Ärzte mit dem Patienten und den Angehörigen abgesprochen wurde, werden die Angehörigen und der Pflegedienst vom Pflegepersonal informiert und der genaue Entlassungszeitpunkt mit den Beteiligten abgestimmt. Dies sollte spätestens einen Tag vor der Entlassung geschehen.

Organisation der direkten Entlassung:

¹²² Wobei nicht alle Kriterien, die eine komplexe Pflegesituation darstellen, relevant für den Pflegedienst sind.

Die entsprechende Bereichspflegekraft beschreibt erneut die Pflegesituation anhand der Kriterien des Verlegungsberichtes (Pflegeüberleitungsbogen)¹²³, der einen Tag vor der geplanten Entlassung bis spätestens 15.00 Uhr an die weiterversorgenden Einrichtungen gefaxt werden soll. Die entsprechenden Medikamente und Verbandmaterialien werden bis zum nächsten Werktag dem Patienten samt dem Entlassungsbrief übergeben. Des Weiteren wird der Transport für den Patienten organisiert.

Rückmeldung vom Kooperationspartner:

Mit dem Kooperationspartner, der „Diakonie- und Sozialstation Bergedorf ev.“, besteht die Vereinbarung, dass drei Tage nach der Übernahme eines neuen Patienten eine schriftliche Rückmeldung per Fax an den Sozialdienst erfolgen soll, um den Entlassungsprozess weiter zu optimieren.

Hinzuziehen externer Mitarbeiter:

Zum multidisziplinären Entlassungsteam gehören zwei weitere externe Mitarbeiterinnen der Firmen „Fresenius“ und „Hansemed“, die mit dem Krankenhaus eine Kooperation eingegangen sind.

„Fresenius“ Mitarbeiter:

Die Außendienstmitarbeiterin der Firma „Fresenius“ ist Fachkrankenschwester für Anästhesie- und Intensivmedizin und hat Fortbildungen zu den Themen Ernährung, Tracheostoma- und PEG - Versorgung absolviert. Sie kümmert sich um Patienten mit einer Neuanlage einer perkutan-endoskopischen Gastrostomie (PEG)¹²⁴, einem Tracheostoma¹²⁵ oder einer notwendigen häuslichen parenteralen Ernährung.¹²⁶

Die Versorgung beinhaltet nicht die Übernahme der pflegerischen Tätigkeiten, sondern die Bestellung und Belieferung des Patienten mit den entsprechenden Geräten und Verbrauchsmaterialien. Des Weiteren wird der Patient in die Bedienung der Geräte und behandlungspflegerischen Maßnahmen eingewiesen. Nach der persönlichen oder telefonischen Benachrichtigung der Außendienstmitarbeiterin durch die zuständige Bereichspflegekraft nimmt die Außendienstmitarbeiterin persönlichen Kontakt zum Patienten

¹²³ Pflegeüberleitungsbogen des BAKB; siehe Anhang S. 103

¹²⁴ PEG: Äußere Magen fistel in der eine Verbindung zwischen dem Magen und der Körperoberfläche geschaffen wird.

¹²⁵ Tracheostoma: Von außen operativ angelegte Öffnung der Luftröhre, in der Regel zum Einlegen einer Kanüle zum Offenhalten des Tracheostomas

¹²⁶ Parenterale Ernährung: Ist die Ernährung eines Patienten per Infusion, meist über einen zentralvenösen Zugang.

und ggf. seinen Angehörigen auf und übernimmt auf dessen Wunsch die Versorgung zu Hause.¹²⁷

Datenaustausch:

Die von der Außendienstmitarbeiterin benötigten Daten werden bei der zuständigen Bereichspflegkraft und / oder dem behandelnden Arzt in Einverständnis mit dem Patienten erfragt. Es besteht kein schriftlicher Austausch zwischen den Bereichspflegekräften der Stationen und der Außendienstmitarbeiterin. Die Pflegedienste, Heime und Hausärzte werden zumeist von der Außendienstmitarbeiterin über die entsprechende Versorgung informiert, da sie zum Teil vor der Entlassung des Patienten Regelungen trifft.

„Hansemed“ Mitarbeiter:

Die Außendienstmitarbeiterin der Firma „Hansemed“ ist Stomatherapeutin mit Weiterbildungen zur Wund- und Kontinenzberaterin. Sie betreut Patienten mit neu angelegtem Stoma¹²⁸, sowie Patienten mit schwierigen Wundverhältnissen. Der Kontakt zur Außendienstmitarbeiterin der Firma Hansemed findet postoperativ statt, in der Regel nach der Verlegung des Patienten von der Intensivstation auf die periphere Station. Im weiteren Verlauf nimmt die Außendienstmitarbeiterin persönlichen Kontakt zur zuständigen Bereichspflegkraft auf. Sie erkundigt sich über den Patienten, seinen Aufklärungszustand und seine psychische Verfassung. Anschließend erfolgt die Kontaktaufnahme zum Patienten und ggf. auch zu seinen Angehörigen. Im Gespräch mit dem Patienten wählt sie die passende Stomaversorgung¹²⁹ aus, bespricht das weitere Vorgehen und bietet dem Patienten und seinen Angehörigen die Anleitung zur Selbstversorgung an. Die Außendienstmitarbeiterin teilt der zuständigen Bereichspflegkraft anschließend mündlich mit, welche Versorgung mit dem Patienten besprochen wurde. Die Pflegekraft wird ggf. bei der Erstversorgung hinzugezogen. Des Weiteren erkundigt sich die Stomatherapeutin nach dem voraussichtlichen Entlassungstermin und stimmt mit dem Patienten einen ersten Betreuungstermin ab, der in der Regel 2 bis 4 Tage nach der Entlassung stattfindet. Durch die Stomatherapeutin findet weiterhin eine Begleitung des Patienten statt, in dem sie Verlaufbegutachtungen und ggf. weitere Anleitungen des Patienten und/ oder seiner Angehörigen vornimmt. Die Frequenz wird je nach Bedarf des Patienten mit ihm abgestimmt.

Bei Bedarf führt sie ebenfalls kostenlose Schulungen für Pflegedienstmitarbeiter durch.

¹²⁷ Zu Hause: beinhaltet ebenfalls die Versorgung in Pflegeheimen, soweit mit den Heimen ein Versorgungsvertrag besteht.

¹²⁸ Stoma: Operativ geschaffene Öffnung eines Hohlorgans zur Ableitung von Harn (Urostoma) oder Darminhalts (Enterostoma), wenn eine physiologische Entleerung nicht möglich ist.

¹²⁹ Die Beratung erfolgt produktneutral. Die Stomatherapeutin finanziert sich über die Gewinnspanne, die durch Herstellerrabatte entstehen.

Dokumentation über die Zusammenarbeit mit den externen Mitarbeitern:

Von pflegerischer Seite findet eine schriftliche Dokumentation im Verlegungsbericht (Pflegeüberleitungsbogen) statt. Dort wird die Zusammenarbeit mit der entsprechenden Außendienstmitarbeiterin einschließlich der Telefonnummer festgehalten und weitere detaillierte Informationen vermerkt, z.B. Tag der PEG- Anlage, Sondenkostform und Flussrate der Ernährungspumpe. Von ärztlicher Seite wird die notwendige medizinische Versorgung im Arztbrief dokumentiert.

Bekanntgabe der Verfahrensweisung:

Im September soll die Verfahrensweisung „Regelung zur ambulanten Nachsorge“ den Stationsleitungen auf der Leitungssitzung bekannt gegeben werden. Drei Monate lang soll nach der Verfahrensweisung gearbeitet werden, um sie im Dezember 2006 erstmals zu evaluieren.

4. Darstellung der Inhalte des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement dient der Autorin als Handlungsleitlinie zur Entwicklung des Pflegeberatungskonzeptes für das BAKB, in dem die Anforderungen die im Expertenstandard an Beratungen, Schulungen, Anleitungen gestellt werden, im Pflegeberatungskonzept integriert werden.

Der Standard selbst setzt sich zusammen aus der Standardaussage, der zugehörigen Begründung und den dazugehörigen Kriterien.¹³⁰ Das Instrument richtet den Blick über das Krankenhaus hinaus, auf den zu erwartenden poststationären Versorgungsbedarf.

Die Standardaussage und gleichzeitig das Ziel des Expertenstandards lautet: „Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.“¹³¹

Die Begründung für die Standardaussage lautet: „Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötigen Belastungen von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.“¹³² (vgl. Kap. 2.1.1)

Die Zielgruppe des Entlassungsmanagements sind Risikopatienten, die einen poststationären Unterstützungsbedarf haben.

Der Standard setzt voraus, dass jede Einrichtung diesen auf die vorgegebenen Strukturen anpasst. Daher sollten von der jeweiligen Einrichtung organisationsbezogene Ausgestaltungs- und Verfahrensanweisungen getroffen werden. Dies betrifft vor allem die Zuständigkeitsbereiche der jeweiligen Berufsgruppen und die Auswahl geeigneter Assessment- Instrumente, sowie die Formen der Dokumentation und Informationsübermittlung zwischen den beteiligten Einrichtungen und Berufsgruppen.¹³³ Die Qualitätskriterien des Expertenstandards sind kommentiert und beruhen auf Ergebnissen von umfangreichen Literaturanalysen. Sie stellen messbare Elemente dar und dienen der Überprüfung der Standardaussage.¹³⁴

¹³⁰ Zur wissenschaftlichen Vervollständigung ist der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege Bestandteil des Anhangs S. 104ff.

¹³¹ Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10

¹³² ebd. (2002) S. 10

¹³³ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 8f.

¹³⁴ Vgl. Dangel (2004) S. 94

4.1 Parameter zur Erfassung von Risikopatienten

Mit Hilfe von Assessmentverfahren sollen Risikopatienten entdeckt werden, die einen poststationären Unterstützungsbedarf benötigen.¹³⁵

Kurze Zeitspannen der Wiederaufnahme, längere Liegezeiten und hohe Versorgungskosten sind allgemeine Parameter, um Risikopatienten zu erkennen.¹³⁶ Spezifische Risikoparameter können aufgrund von Alter, sozialem Status, speziellen Diagnosen, Funktionseinschränkungen im Alltag oder aufgrund der bestehenden Lebenssituation, z.B. Verfügbarkeit informeller Hilfpotentiale, ermittelt werden.¹³⁷

Das Ziel pflegerischer Überleitung ist das Erreichen oder die Stabilisierung der Selbstversorgungsfähigkeit und eines stabilen Versorgungsmanagements.¹³⁸

Aus dem begründeten Unterstützungsbedarf, der aus einem regelhaften Assessment hervorgehen sollte, ergeben sich die Inhalte der Überleitung.¹³⁹

Bei speziellen Krankheitsdiagnosen und Behandlungsverfahren stehen häufig direktive und non- direktive Beratungen und Schulung im Hinblick auf die Selbstversorgung, Bewältigung und die Neustrukturierung des Lebens im Vordergrund.¹⁴⁰

Bei körperlichen Defiziten können pflegerische Anleitungen im Zusammenhang mit der Verrichtung des täglichen Lebens, der Wundbehandlung und Schmerztherapie Inhalte der Überleitung bilden. Ebenso können Aufklärungen über Krankheitsfolgen und Folgekrankheiten, Präventionen und Schulungen im Umgang mit Medikamenten und Ernährungsvorschriften etc. im Vordergrund einer Entlassungsvorbereitung stehen.¹⁴¹

Pflege- und krankheitsbedingte Veränderungen der Lebenssituation lassen häufig Unterstützungen in Lern-, Adaptations- oder Bewältigungsprozessen notwendig werden.¹⁴²

„Grundsätzlich kann also von einem (Basis-) Unterstützungsbedarf bei jedem Risikofall ausgegangen werden.“¹⁴³

4.2 Die Erhebung des Unterstützungsbedarfes durch Assessmentinstrumente

¹³⁵ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 22

¹³⁶ Vgl. ebd. (2002) S. 22

¹³⁷ Vgl. ebd. (2002) S. 23

¹³⁸ Vgl. ebd. (2002) S. 24

¹³⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 23

¹⁴⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 24

¹⁴¹ Vgl. ebd. (2002) S. 25

¹⁴² Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 26

¹⁴³ Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 24

Aus dem Expertenstandard geht hervor, dass ein systematisches, auf Fragen des Patientenübergangs zugeschnittenes Assessment, als unverzichtbare Basis eines wirkungsvollen Entlassungsmanagements nötig ist.¹⁴⁴

Bei dieser Aussage ist darauf hinzuweisen, dass in Deutschland im Umgang mit pflegerischen Assessmentinstrumenten noch wenig Erfahrung vorliegt und Fortbildungsbedarf bei den Pflegekräften bestehen.¹⁴⁵

Ein initiales Assessment soll direkt im Anschluss an die Aufnahme, innerhalb von 24 bis 48 Stunden erfolgen und kann auch im Rahmen des Aufnahmegesprächs durchgeführt werden. Dieses Assessment zielt auf die Identifikation der Patienten ab, die ein erhöhtes Risiko „schlechter Entlassungsergebnisse“ aufweisen, d.h. einen poststationären Unterstützungsbedarf haben und die Unterstützung eines geregelten Entlassungsmanagements bedürfen.

Das initiale Assessment sollte mit klar definierten Kriterien arbeiten, um alle Bereiche anzusprechen, in denen es zu einem Versorgungsbedarf kommen kann.¹⁴⁶ Bei Patienten mit einem erwartungsgemäßen Unterstützungsbedarf kann das initiale Assessment zugunsten des differenzierten entfallen.¹⁴⁷

Das differenzierte Assessment dient zur konkreten Einschätzung der individuellen Situation und des Unterstützungsbedarfs des Patienten und seiner Angehörigen. Hier können Einrichtungen auf bekannte Erhebungsinstrumente zurückgreifen, wie z.B. den Barthel-Index¹⁴⁸ oder FIM- zur Funktionalen Selbstständigkeitmessung.

Es wird für die Erhebung des differenzierten Assessment kein Zeitpunkt der Durchführung vorgegeben. Jedoch wird empfohlen, es ebenfalls frühzeitig durchzuführen, um auch umfangreichere Entlassungsvorbereitungen treffen zu können. Die Expertengruppe schlägt für das differenzierte Assessment eine zentrale Orientierung an der Krankheitsverlaufkurve von Corbin –Strauss vor.¹⁴⁹ (vgl. Kap 5.3.2) Die pflegerischen Kernelemente der Beratung und Edukation sowie der Koordination und Kommunikation stehen im Mittelpunkt.¹⁵⁰

¹⁴⁴ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 34

¹⁴⁵ Vgl. ebd. (2002) S. 12

¹⁴⁶ Vgl. ebd. (2002) S. 34; ebenso vgl. Dangel (2004) S. 108

¹⁴⁷ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 12

¹⁴⁸ Barthel- Index: Ist ein international verbreitetes Messinstrument zur Erfassung grundlegender Alltagsfunktionen.

¹⁴⁹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 9, S. 13

¹⁵⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 36

Der Expertenstandard spricht keine Empfehlung für ein bestimmtes Assessment- Instrument aus.¹⁵¹ Es werden jedoch Merkmale festgehalten, die ein pflegerisches Assessment enthalten sollte:

- Klar definierte Kriterien, die instrumentengestützt die Erfassung des Versorgungsbedarfs erheben.
- Kriterien, die auf die jeweilige Patientengruppe zugeschnitten sind.
- Kriterien, die den Unterstützungsbedarf der Patienten und Angehörigen umfassend berücksichtigen.
- Kriterien, die neben den Pflegeproblemen und Ressourcen der Patienten auch den individuellen, situationsbezogenen Bedarf im Bereich Beratung, Anleitung und Schulung von Patienten und Angehörigen erfassen.¹⁵²

Durch eine systematische Einschätzung kann eine gefährdete Versorgungssituation erkannt und präzisiert werden.¹⁵³

4.3 Zielformulierung und Maßnahmenplanung

Aufgrund des differenzierten Assessments erstellt die Pflegekraft einen Plan, der den Bedarf und Wünschen der Patienten und Angehörigen im Bezug auf eine kontinuierliche Versorgung berücksichtigt. Nach dem Modell des Pflegeprozesses sollen die Maßnahmen gemeinsam mit dem Patienten und seiner Angehörigen unter Angabe eines gewissen Zeitrahmens erfasst werden. Der Plan dient, über die Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten hinaus, der Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Prozess und der Organisation der nachstationären Versorgung.¹⁵⁴

4.4 Organisationsmodelle zur Umsetzung des Expertenstandards

Im Folgenden werden zwei wesentliche Organisationsformen des Entlassungsmanagements unterschieden:

Die erste Organisationsform sieht den Einsatz von Pflegeexperten mit besonderer Verantwortung für das pflegerische Entlassungsmanagement vor. Hierbei wird die Koordinationsverantwortung für den Prozess der Überleitung ganz oder teilweise von

¹⁵¹ Vgl. ebd. (2002) S. 37

¹⁵² Vgl. ebd. (2002) S. 38

¹⁵³ Vgl. ebd. (2002) S. 13

¹⁵⁴ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 39

spezialisierten Pflegefachkräften übernommen. Spezialisierung bedeutet, dass sie in der Regel über eine besondere fachliche Qualifikation verfügen und das Entlassungsmanagement die einzige oder zumindest den wesentlichen Bestandteil ihrer beruflichen Aufgaben darstellt.¹⁵⁵
156

Bei der zweiten Organisationsform übernehmen Pflegekräfte der Stationen das Entlassungsmanagement. Aufgrund von internationalen Studien wird im Standard davon ausgegangen, dass die Pflegekräfte aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen eine entscheidende Rolle übernehmen sollen, da auch häufig pflegerische Anforderungen beim Entlassungsprozess im Mittelpunkt stehen. Es wird jedoch auch darauf verwiesen, dass Entlassungsmanagement ein multidisziplinärer Prozess ist und dass nicht alle Schritte von der Pflege selbst übernommen werden müssen.¹⁵⁷ Wird die Koordinationsfunktion im Entlassungsprozess durch Pflegekräfte der Stationen übernommen, setzt dies eine personenbezogene stationäre Organisationsform z.B. Bereichs- oder Bezugspflege voraus.¹⁵⁸ Die Pflegekräfte können Teil eines multidisziplinären Teams sein, das alle wesentlichen Schritte des Entlassungsmanagements gemeinsam plant und in enger Abstimmung arbeitsteilig durchführt oder explizit die Koordinationsverantwortung für den Gesamtprozess übernimmt.¹⁵⁹

Aufgabenbereiche im Entlassungsmanagement:

Formal lassen sich zwei Aufgabenbereiche im Entlassungsprozess trennen. Zum einen die direkt patientenbezogenen, die im Kern die Patienten- Angehörigenberatung, Anleitung und Schulung beinhalten und zum anderen die indirekt patientenbezogenen Aufgabenbereiche, die Koordination und Kommunikation mit den beteiligten Akteuren zum Inhalt haben.¹⁶⁰

4.5 Durchführung der Maßnahmen

Indirekt patientenbezogene Aufgaben:

¹⁵⁵ Vgl. ebd. (2002) S. 28

¹⁵⁶ Im anglo- amerikanischen Raum gibt es ebenfalls unterschiedliche Modelle der zentralen Entlassungsplanung durch Pflegeexperten z.B. „Liaison Nursing“: Bindeglied zwischen Krankenhaus und anderen Versorgungsbereichen, ähnlich dem Deutschen Modell der „Pflegeüberleitung“; „Clinical Nurse Spezialist“: spezialisiert auf bestimmte Patientengruppen, nimmt die Aufgaben des Assessment und die Versorgungsplanung sowie die Beratung und Supervision von Pflegekräfte wahr; „Nursing Case Mangement“: Ist auch eine Variante des von Pflegeexperten getragenen Entlassungsmanagements. Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 29; Beim Case Management treten ebenfalls erhebliche Abgrenzungsprobleme auf, da Case Management unterschiedlich definiert wird. Vgl. Ewers (2000) S. 149

¹⁵⁷ Vgl. ebd. (2002) S. 9, S. 27

¹⁵⁸ Vgl. ebd. (2002) S. 16

¹⁵⁹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 32

¹⁶⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 33

Zu den indirekt patientenbezogenen Aufgaben werden administrative Tätigkeiten sowie die mündliche und telefonische Abstimmung mit anderen am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren gezählt. Aber auch die Informationsvermittlung an poststationäre Versorgungseinrichtungen in Form von Pflegeverlegungsberichten ist damit gemeint.¹⁶¹

Direkt patientenbezogene Aufgaben:

Zu den direkt patientenbezogenen Tätigkeiten zählt der Expertenstandard die Unterstützung der Patienten und Angehörigen bei Entscheidungen z.B. beim Übergang in die ambulante oder vollstationäre Pflege sowie die Befähigung der Patienten und Angehörigen zu einem adäquaten Selbstmanagement. Dies beinhaltet u.a. Schulungen zur Vermittlung von Wissen, um z.B. Veränderungen von körperlichen Symptomen zu erkennen, sowie Anleitungen zu technischen Fertigkeiten um z.B. die Anwendung von Hilfsmitteln und Pflegetechniken zu ermöglichen.¹⁶² Es gehört aber auch die Beratung zur Verhaltensänderung dazu und damit die Integration der Versorgungsanforderungen in die eigene Lebensführung und dessen psychosoziale Bewältigung.¹⁶³ Die Beratungsmaßnahmen betreffen immer Patienten und Angehörige, da Angehörige häufig unmittelbar die Versorgung von Patienten übernehmen oder daran mitwirken. Sie müssen daher auf Entscheidungen vorbereitet werden, die sie evtl. zu treffen haben.¹⁶⁴ „Vorrangiges Ziel ist die Vorbereitung der Patienten und Angehörigen auf die Bewältigung der meist besonders kritischen Phase im unmittelbaren Anschluss an die Krankenhausentlassung, besonders in Fällen, in denen keine Unterstützung durch ambulante Pflegedienste vorgesehen ist oder von den Betroffenen gewünscht wird.“¹⁶⁵

Die Edukation im Sinne von Schulung, Anleitung und Beratung sollte planvoll, individuell angepasst und auf Basis eines Assessments durchgeführt werden. Wenn es z.B. um den Kenntnisstand der Erkrankung und dessen Verlauf geht, sind an der Information des Patienten je nach Zuständigkeit auch andere Berufsgruppen beteiligt. Eine Planung der Edukation wird damit begründet, dass der zeitliche Rahmen des Krankenhausaufenthaltes sehr begrenzt ist und die besonderen Belastungen durch den Krankenhausaufenthalt die Lernbedingungen erschweren.¹⁶⁶

Vorraussetzungen der Pflegekräfte:

Der Expertenstandard setzt bei den Pflegekräften in zwei Bereichen Fähigkeiten für die Durchführung der Entlassungsplanung voraus.

¹⁶¹ Vgl. ebd. (2002) S. 41

¹⁶² Vgl. ebd. (2002) S. 41

¹⁶³ Vgl. ebd. (2002) S. 15

¹⁶⁴ Vgl. Dangel (2004) S. 132

¹⁶⁵ Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 40

¹⁶⁶ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 42

Das sind zum einen pädagogische und vermittelnde Kompetenzen, die für die Edukation im Sinne von Schulung, Anleitung und Beratung, von Patienten und Angehörigen erforderlich sind und zum anderen die Fähigkeit, alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen zu koordinieren.¹⁶⁷

Der Expertenstandard weist darauf hin, dass Pflegekräfte in Deutschland zur Wahrnehmung dieser Aufgaben noch ungenügend vorbereitet sind. Es besteht Nachholbedarf bei der Qualifizierung und auch bei der Konzeptentwicklung.¹⁶⁸

4.6 Evaluation des Entlassungsprozesses

Der Expertenstandard sieht zwei Zeitpunkte vor, an denen die bisherigen Tätigkeiten der Entlassungsplanung evaluiert werden sollen. In einem ersten Schritt überprüft die Pflegekraft oder der Pflegeexperte gemeinsam mit dem Patienten und seinen Angehörigen, 24 Stunden vor der Entlassung die Entlassungsplanung. Dies kann unter Zuhilfenahme von Checklisten geschehen.¹⁶⁹ Die Überprüfung gewährleistet bei Bedarf eine Änderung der Entlassungsplanung. Nach der ersten Evaluation sollte der Entlassungsprozess mit einer systematischen Verschriftlichung abschließen.¹⁷⁰

Eine Entlassung ist bedarfsgerecht vorbereitet, wenn sie die Patienten- und Angehörigenperspektive und die Perspektive der professionellen Pflegekräfte berücksichtigt. Diese beiden möglicherweise unterschiedlichen Perspektiven müssen in Aushandlungsprozessen abgeglichen werden.¹⁷¹

Im zweiten Schritt, 24 bis 48 Stunden nach der Entlassung des Patienten, nimmt der Pflegeexperte oder die Bezugspflegekraft Kontakt zum Patienten bzw. zu seinen Angehörigen oder der weiterversorgenden Einrichtung auf. Hier prüft sie, in wie weit die Ziele der Entlassungsplanung erreicht wurden. Sie beantwortet mögliche Fragen und leitet ggf. weitere Maßnahmen ein. Weitere Kontakte können zwischen den ersten acht Wochen je nach Bedarfslage erfolgen. Des Weiteren ist der Pflegeexperte oder die Bezugspflegekraft für Patienten, Angehörige, nachsorgende Einrichtungen und Hausärzte telefonisch erreichbar.¹⁷² Das Ziel ist die Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung über den

¹⁶⁷ Vgl. Dangel (2004) S. 131

¹⁶⁸ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 43

¹⁶⁹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 17

¹⁷⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 44

¹⁷¹ Vgl. ebd. (2002) S. 17

¹⁷² Vgl. ebd. (2002) S. 45

Krankenhausaufenthalt hinaus,¹⁷³ Probleme, Defizite und Lücken sollen frühzeitig erkannt und behoben werden.¹⁷⁴ Die Evaluationsergebnisse sind eine wichtige Voraussetzung für Qualitätsverbesserungen im Rahmen des Entlassungsmanagements.¹⁷⁵

4.7 Strukturelle Voraussetzungen

Die Voraussetzungen, die zur Sicherstellung eines pflegerischen Entlassungsmanagements getroffen werden müssen:

- Sind die Festlegung von Verfahrensregeln, die für alle Beteiligten die Aufgaben des Entlassungsprozesses beschreiben und verbindlich sind.
- Die Auswahl der zu benutzenden Dokumentationsinstrumente, des initialen und differenzierten Assessments mit den jeweiligen Kriterien zur Risikoeinschätzung.
- Die regelmäßige Einbindung der externer Kooperationspartner in den Entlassungsprozess.
- Die Entwicklung von Konzepten zur Beratung, Edukation (Schulung und Anleitung).¹⁷⁶

5. Das Pflegeberatungskonzept im Rahmen des Entlassungsmanagements des BAKB

5.1 Einführung in das Konzept

Dieses Konzept bezieht sich auf die Beratung, Schulung und Anleitung von Patienten und pflegenden Angehörigen. Wobei eine Eingrenzung der Zielgruppe auf Patienten vorgenommen wird, die wiederholt zur internistischen Aufnahme kommen, zumeist an chronischen Erkrankungen leiden und in häuslicher Versorgung leben.(vgl. Kap. 5.5) Pflegeberatung ist Beziehungsarbeit mit Menschen im Bezug zu ihrem Umfeld, so dass anstehende und entstandene Veränderungen bewältigt werden können.¹⁷⁷

Wie im Expertenstandard beschrieben soll das Beratungskonzept bei der Bewältigung der zu erwartenden Situationsveränderung unterstützen und eine ambulante pflegerische Betreuung durch den Patienten selber und pflegender Angehöriger sicherstellen.¹⁷⁸

¹⁷³ Vgl. ebd. (2002) S. 18

¹⁷⁴ Vgl. ebd. (2002) S. 46

¹⁷⁵ Vgl. ebd. (2002) S. 18

¹⁷⁶ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 48

¹⁷⁷ Vgl. Norwood (2002) S. 19

¹⁷⁸ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10, S. 14, S. 24

Im Expertenstandard beinhaltet die Befähigung der Patienten und Angehörigen zu einem adäquaten Selbstmanagement die Vermittlung von Wissen und technischen Fertigkeiten sowie die Unterstützung zur Verhaltensänderung und die psychosoziale Bewältigung von Veränderungsanforderungen.¹⁷⁹

Die verschiedenen Beratungs- und Schulungsansätze (vgl. Kap. 2.2) existieren in der Praxis selten isoliert voneinander. Erst eine Ausnutzung und Kombination der vorhandenen Spielräume, ermöglicht ein professionelles Beratungs- und Schulungsangebot und gewährleistet Versorgungskontinuität.¹⁸⁰

Der Expertenstandard schlägt zur systematischen Einschätzung des Überleitungsbedarfs beim differenzierten Assessment eine Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve (Trajekt - Modell) von Corbin und Strauss vor.¹⁸¹ (vgl. Kap.4.2) Die Krankheitsverlaufskurve beinhaltet krankheits- und pflegebezogene, alltagsbezogene sowie psychosoziale und biographische Dimensionen, aus denen sich Unterstützungsschwerpunkte ableiten lassen. Diese Dimensionen können nicht nur als Orientierung für das differenzierte Assessment, sondern auch zur inhaltlichen Strukturierung und Ausgestaltung der Pflegeberatung¹⁸² in diesem Konzept dienen, da sich das Trajekt - Modell am Lebensweltbezug von chronisch Kranken orientiert.¹⁸³

Im Rahmen einer Studie¹⁸⁴ wurden mit Hilfe einer Expertenbefragung¹⁸⁵ (Pflegekräfte die in der Funktion der Beratung stehen) Pflegeberatungskomplexe herausgearbeitet und in die Dimensionen des Trajekt – Modells eingeordnet.¹⁸⁶

Mit einer wie im Expertenstandard empfohlenen systematischen Bedarfsermittlung lässt sich eine konkrete Zielbestimmung vorrangiger Beratungsschwerpunkte ableiten. Dies trägt zu einer inhaltlichen Orientierung und systematischen Auswertung von Beratung bei.¹⁸⁷ Eine inhaltliche Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve verhilft zu einer Abgrenzung inhaltlicher Beratungsschwerpunkte und lässt den Beratungsauftrag klarer formulieren.¹⁸⁸ Die

¹⁷⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 15

¹⁸⁰ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 33

¹⁸¹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 13

¹⁸² Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 11

¹⁸³ Vgl. Woog (1998) S. 1

¹⁸⁴ Studie zur inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegeberatung im Entlassungsmanagement

¹⁸⁵ Methodologisch betrachtet ist der Expertenstatus ein vom Forscher hinsichtlich des Erkenntnisinteresse verliehener Status. Eine Person wird zum Experten, weil sie durch ihre Position in einer Institution oder durch ihr Sonderwissen zum Experten wird. Dieses Sonderwissen beinhaltet, dass eine Person über Wissen verfügt, dass sie zwar nicht alleine besitzt, dass aber nicht für jedermann in dem interessierten Handlungsfeld zugänglich ist. Vgl. Liebhold und Trinczek (2002) S. 38

¹⁸⁶ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 49ff.

¹⁸⁷ Vgl. ebd. (2006) S. 20

¹⁸⁸ Vgl. ebd. (2006) S. 20

inhaltliche Ausrichtung sollte die Beratung nicht davon entbinden, die individuellen Probleme von chronisch Kranken herauszuarbeiten. Bei der Differenzierung von Problemen chronisch Kranker bedarf es praktischer Verhaltensweisen und Kommunikationstechniken und eines strukturierten Vorgehens bei der Beratung. Um gerade auch „Anfängern“ in der Beratungspraxis die Gewährleistung dieser Ziele zu ermöglichen, orientiert sich das entwickelte Pflegeberatungskonzept an dem methodenorientierten Phasenmodell von Sue Culley. Dieses Phasenmodell enthält einen Beratungsansatz (vgl. Kap. 2.2.1), der überwiegend zu den non- direktiven Ansätzen zu zurechnen ist, jedoch auch direkte Anteile enthält.¹⁸⁹ Dieses integrative¹⁹⁰ Beratungsverständnis ermöglicht es, verschiedene Schwerpunkte innerhalb der Beratung zu setzen, die der Erreichung unterschiedlicher Ziele dienen, wie sie im Expertenstandard zur Erreichung der Selbstversorgungsfähigkeit¹⁹¹ der Patienten und pflegenden Angehörigen beschrieben sind. Der Beratungsansatz von Sue Culley entspricht nach der angelegten Beratungsmatrix von Stratmeyer dem handlungsorientierten Beratungsansatz und bildet Schnittstellen mit dem lerntheoretischen Beratungsansatz.¹⁹² Die reinen lerntheoretischen Ansätze von Klug - Redman, Petermann und London orientieren sich eher an unterrichtsgebundene Formen des Lehrens und Lernens und berücksichtigen zu wenig die speziellen Situationen im Pflege- und Betreuungsprozess der Klienten und ihrer Angehörigen.¹⁹³

Es handelt sich beim integrativen Beratungsansatz nicht um eine Trennung von Therapietheorien, sondern um die pragmatische Kombination und Integration von Methoden und Verfahren unterschiedlicher Beratungsansätze. Wobei die Methoden und Verfahren nicht wahllos ausgewählt werden, sondern von problem-, klienten- und zielspezifischen Merkmalen geleitet werden.¹⁹⁴ Dieses integrative Beratungsverständnis bietet die Grundlage für den Beratungsansatz von Sue Culley.¹⁹⁵

Im Rahmen des Beratungsansatzes von Sue Culley können die ermittelten Problemkontexte kognitive und/ oder psychomotorische Informations- oder Wissensdefizite ergeben. Mit direktiven Beratungsanteilen können punktuell Informationen, Anleitungen und Schulungen im Rahmen einer Expertenstellung des Pflegeberaters dargeboten werden, die Sachwissen, Orientierung und Handlungskompetenz vermitteln. Im weiteren Beratungsprozess ermöglicht dieser Ansatz mit non - direktiven Beratungsanteilen einen selbstbestimmten Umgang mit

¹⁸⁹ Vgl. Culley (1996) S. 20

¹⁹⁰ Vgl. Culley (1996) S. 10

¹⁹¹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 24

¹⁹² Vgl. Stratmeyer (2001) S. 10

¹⁹³ Vgl. Beier (2005); S. 637

¹⁹⁴ Vgl. Sickendiek (2002) S. 135f., ähnlich vgl. Koch – Staube (2001) S. 109

¹⁹⁵ Vgl. Culley (1996) S. 10

diesem Wissen. Somit könnte der Patient selber einen Weg zur Lösung seiner Pflege- und Gesundheitsprobleme finden und damit eine Entwicklung hin zum Selbstmanagement seiner Gesundheitseinschränkungen vollziehen.¹⁹⁶ Die Expertenstellung¹⁹⁷ des Patienten selbst über sein Leben würde somit gefördert bzw. erhalten bleiben.¹⁹⁸

5.2 Grundlagen des Konzeptes

Um den Bedarf an Pflegeberatung im Krankenhaus zu verdeutlichen und ihn vor der Geschäftsführung zu legitimieren, wird in diesem Abschnitt die Situation und die Bedarfslage von chronisch Kranken und ihren pflegenden Angehörigen aufgezeigt.

5.2.1 Bedarf der Pflegeberatung und der Initialisierung im Krankenhaus für chronisch Kranke

„Unter einer chronischen Erkrankung versteht man das irreversible Vorhandensein bzw. die Akkumulation oder dauerhafte Latenz von Krankheitszuständen oder Schädigungen, wobei im Hinblick auf unterstützende Pflege, Förderung der Selbstversorgungskompetenz, Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit und Prävention weiterer Behinderung das gesamte Umfeld des Patienten gefordert ist.“¹⁹⁹

Chronisch Kranke werden nicht nur mit Gesundheitsproblemen konfrontiert, sondern auch mit Fragen der Lebensführung, die als Folge der Krankheit entstehen.²⁰⁰

Bei den Gesundheitsproblemen sind chronisch Erkrankte mit komplizierten Therapieanforderungen konfrontiert, die durch die Langwierigkeit der Erkrankung eine Beteiligung des Patienten und seiner pflegenden Angehörigen voraussetzt.²⁰¹ Das Krankheitsgeschehen bei chronisch Kranken ist ebenfalls durch einen beständigen Wechsel von beschwerdefreien Phasen und akuten Krankheitsepisoden gekennzeichnet,²⁰² die immer

¹⁹⁶ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 72

¹⁹⁷ Unter der Expertenstellung des Patienten wird eine erworbene Expertenrolle im Verlauf der lebenslangen Sozialisation verstanden. Indem Entscheidungen gefällt, Argumente formuliert und Zukünftiges geplant wird. All das geschieht entlang von biographischen Verläufen, Erfahrungen und Notwendigkeiten im Alltag. Der Patient trifft dann aus der potentiellen Vielfalt möglicher Handlungen Entscheidungen die ihm Orientierung und Richtung geben. Vgl. Sickendiek (2002) S. 161

¹⁹⁸ Vgl. Culley (1996) S. 50

¹⁹⁹ Lubkin (2002) S. 26

²⁰⁰ Vgl. Moers, Schiemann, Schnepf (1999) S.7

²⁰¹ Vgl. Lubkin (2002) S. 356

²⁰² Vgl. Müller - Mundt (2000) S. 42, ebenso vgl. White, Lubkin (2002) S. 98; ähnlich vgl. Schaeffer in Badura (1993) S. 270

wieder neue Verarbeitungs-, Anpassungs- und Lernprozesse voraussetzen.²⁰³ Die Fähigkeit, selbstständig, spontan und flexibel zu handeln und den passenden Lösungsweg auszuwählen, wie im Rahmen der „Kompetenzförderung“²⁰⁴ (vgl. Kap. 2.2.2) beschrieben, können zu Problemlösungen in der alltäglichen Auseinandersetzung mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.²⁰⁵ Die erste Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus stellt insbesondere für chronisch Kranke und Schwerstpflegebedürftige eine kritische Versorgungsepisode dar.²⁰⁶ Es handelt sich eben nicht nur um einen Ortswechsel und einen Wechsel der Unterstützung leistenden Personen. Die Rückkehr ist verbunden mit der Bedürfnisbefriedigung und Aufrechterhaltung alltäglicher Anforderungen sowie der Organisation und Koordination geeigneter Unterstützung.²⁰⁷ Häufig sind nach einem Krankenhausaufenthalt neue Anforderungen im Zusammenhang mit der Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit zu bewältigen (z.B. Medikamenteneinnahme, Erlernen von Selbstpflegetechniken, Anpassung des Wohnraumes an neue Mobilitätseinschränkungen etc.)²⁰⁸ Diese neuen pflegerischen, alltäglichen und therapeutischen Anforderungen können zu Überforderungen von chronisch Kranken und ihren pflegenden Angehörigen führen,²⁰⁹ wenn diese nicht ausreichend auf Veränderungen vorbereitet werden.²¹⁰ Rehospitalisierungen, psychische Krisen infolge der Überlastungen und kritische Entwicklungen im sozialen Netzwerk des chronisch Kranken sind die Folge.²¹¹ Häufig sind Betroffene und pflegende Angehörige mangels Wissen und Erfahrung auch nicht in der Lage, den langfristigen Verlauf chronischer Krankheiten und dessen Auswirkungen angemessen einzuschätzen. Sie neigen eher dazu, die Komplexität der Anforderungen häuslicher Versorgungssituationen herunter zu spielen. Die Folge sind Krankenhausaufenthalte, die vermeidbar wären, gäbe es ein entsprechendes Beratungsangebot im Entlassungsmanagement.²¹² Daher stellt eine als einseitig verstandene Managementfunktion der Entlassungsvorbereitung eine Gefahr dar, indem wichtige Problemlagen des Patienten unterschätzt werden und Anzeichen psychischer Überforderung, Belastungsfaktoren im Lebensalltag des Patienten und

²⁰³ Vgl. Müller - Mundt (2000) S. 43

²⁰⁴ Vgl. Jäger in Reibnitz (2001) S. 35

²⁰⁵ Vgl. ebd. (2001) S. 175

²⁰⁶ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 337

²⁰⁷ Vgl. ebd. (2002) S. 340

²⁰⁸ Vgl. ebd. (2002) S. 340; ähnlich vgl. Dash (2000) S. 5

²⁰⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 337

²¹⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 343; ähnlich vgl. Lubkin (2002) S. 112

²¹¹ Vgl. ebd. (2002) S. 337

²¹² Vgl. Schaeffer (2002) S. 221

unzureichende Voraussetzung zur Krankheitsbewältigung zu wenig wahrgenommen werden.²¹³

5.2.2 Bedarf der Pflegeberatung und der Initialisierung im Krankenhaus für pflegende Angehörige

Die Definition von pflegenden Angehörigen wird in dieser Arbeit nach dem Verständnis des Expertenstandards benutzt. Danach sind Angehörige „primäre Bezugspersonen des Patienten bzw. Pflegebedürftigen. Der Begriff wird auch dann verwendet, wenn kein direktes Verwandtschaftsverhältnis vorhanden ist.“²¹⁴ Einer der wichtigsten Standbeine für die häusliche Versorgung chronisch- und schwerstkranker Patienten ist die Fähigkeit und Bereitschaft von Angehörigen, die Versorgungsverantwortung und damit nicht unerhebliche Belastungen zu übernehmen.²¹⁵ Aus Untersuchungen²¹⁶ geht hervor, dass die soziale Unterstützung keinesfalls als stabiles und gesichertes System betrachtet werden kann. Es handelt sich eher um ein labiles, vielfältigen Störquellen unterworfenen Gefüge,²¹⁷ welches Unterstützung bei Veränderungen benötigt. Die zumeist auf Dauer angelegte häusliche Versorgung chronisch Kranker hat zum Teil negative Konsequenzen körperlicher, emotionaler und finanzieller Art für die pflegenden Angehörigen,²¹⁸ die nicht selten zu Überforderung und Erschöpfungszuständen führen.²¹⁹

²¹³ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 359

²¹⁴ Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 61

²¹⁵ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 341; 189; ähnlich vgl. Lubkin (2002) S.424

²¹⁶ Vgl. Schröer- Mollenschott, in Moers, Schiemann, Schnepf (1999) S.303

²¹⁷ Vgl. ebd. (1999) S.303

²¹⁸ Vgl. Lubkin (2002) S. 399

²¹⁹ Vgl. Koch- Straube (2001) S. 167

Die Belastungsquellen seien beispielhaft genannt:

- Vernachlässigung sozialer Außenkontakte,
- fehlende gesellschaftliche und innerfamiliäre Anerkennung,
- hohe Erwartungen der pflegenden Angehörigen an sich selber und die Erwartungen der gesellschaftlich zugeschriebenen Helferrolle,
- alleinige Zuständigkeit für die Versorgung des Pflegebedürftigen²²⁰,
- Veränderungen der eigenen Lebensplanung,
- Ängste, Aggressionen und daraus resultierende Schuldgefühle und Konflikte innerhalb der Pflegebeziehung²²¹,
- sowie körperliche Belastungen durch vermehrte Pflege- und Haushaltsführung und fehlender Ruhepausen.²²²

Der Erfolg einer Pflegebeziehung beruht auf einem Gleichgewicht, welches zwischen Belastungen und Entlastungen gefunden werden muss.

Überlastungen kommen häufig allmählich zustande. Meist beginnt eine Überlastung damit, dass Angehörige immer mehr Pflichten zusätzlich zu ihren früheren Aufgaben und Verantwortlichkeiten übernehmen.²²³ Selbst wenn ambulante Pflegedienste mit einem hohen Zeitkontingent an der Pflege der Kranken beteiligt sind, fallen die meisten Aufgaben und Belastungen den pflegenden Angehörigen zu, da sie über weite Strecken am Tag und in der Nacht die anwesenden Bezugspersonen sind.²²⁴ Angehörige benötigen daher ebenso wie der Betroffene selbst (vgl. Kap. 5.2.1) vielfältige Informationen über den alltäglichen, pflegerischen und therapeutischen Bedarf²²⁵ und dessen Veränderungen nach einem Krankenhausaufenthalt. Nur auf diese Weise können sie ihre Aufgaben und mögliche Schwierigkeiten erkennen und adäquate Maßnahmen ergreifen, um eigene Überlastungen zu vermeiden.²²⁶ Es ist davon auszugehen, dass pflegerische Kompetenzen, wie die Fertigkeiten und Fähigkeiten der Angehörigen im Hinblick auf die zu bewältigende Pflegeaufgabe von wesentlicher Bedeutung für die Pflegequalität, aber auch für die subjektive Befindlichkeit und Zufriedenheit der Pflegenden selbst sind.²²⁷ Fehlen Wissen und Kenntnisse, treten Mängel in der Pflege und Versorgung auf, und Spannungen und Überforderungen sind die Folge.²²⁸ Das

²²⁰ Vgl. Sachverständigenkommission zum vierten Altenbericht (2002) S. 198

²²¹ Vgl. Hedtke - Becker (1999) S. 29

²²² Vgl. Koch - Straube (2001) S. 167

²²³ Vgl. Dash (2000) S. 95

²²⁴ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 341

²²⁵ Vgl. Schöer - Mollenschott, in Moers, Schiemann, Schnepf (1999) S.307; ähnlich vgl. Lubkin (2002) S. 424

²²⁶ Vgl. ebd. (1999) S.307

²²⁷ Vgl. Institut für empirische Soziologie (1995) S. 123

²²⁸ Vgl. Schmidt (2005) S. 83

Wissen um und die Sicherheit im Umgang mit Hilfsmitteln, medizinischen Gaben, Verbandwechsel etc. entlastet und entspannt die Versorgungssituation.²²⁹ Des Weiteren benötigen pflegende Angehörige neben der Informationsvermittlung, Anleitung und Schulung eine auf die persönliche Situation abgestimmte Beratung²³⁰ mit Zuwendung und emotionaler Unterstützung, denn sie sind wie die Betroffenen selbst im Begriff, ihr Leben umzuordnen und neu zu organisieren.²³¹ Sind Angehörige nicht ausreichend auf ihre Aufgaben vorbereitet, entsteht eine unzureichende häusliche Versorgung. Es besteht die Gefahr für eine frühe Rehospitalisierung.²³² Die Beratung von Angehörigen und eine realistische Einschätzung ihrer Möglichkeiten und Grenzen sowie die Unterstützung beim Erwerb erforderlicher pflegerischer Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Selbstpflegemaßnahmen²³³ gehören daher zu den vordringlichsten Aufgaben der Entlassungsvorbereitung.²³⁴ Betrachtet man diese Probleme und Bedürfnislagen, dann ergibt sich gerade für das Krankenhaus Handlungsbedarf, nämlich die notwendigen, niederschweligen Beratungsangebote vor der Entlassung zu gewährleisten.²³⁵ Der Pflegeberater sollte im Rahmen von „Bringstrukturen“ auf die Patienten und pflegenden Angehörigen zugehen, da Angehörige und Patienten häufig ihren Bedarf selber nicht einschätzen können²³⁶ oder aus Angst lästig zu sein²³⁷, nicht den Mut haben, sich beraten zu lassen.²³⁸ Angehörige erwarten aber auch freiwillige Unterstützung²³⁹ und „beurteilen eine gute Versorgung danach, wie hilfreich Ärzte, Therapeuten und Pflegepersonal auf sie eingegangen sind. Eine gute Versorgung, beinhaltet nach Meinung der Angehörigen nicht nur einen freundlichen Umgang miteinander, sondern auch die freiwillige Weitergabe von Informationen und Auskünften sowie ein Kümmern um Angehörige und deren Belange.“²⁴⁰

5.3 Theoretischer Bezugsrahmen für das Beratungskonzept

²²⁹ Vgl. ebd. (2005) S. 84; ähnlich vgl. Buijssen (1996) S. 69

²³⁰ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 160, ähnlich vgl. Buijssen (1996) S. 66

²³¹ Vgl. Horn in Schnepf (2002) S. 39, ebenso vgl. Koch - Straube (2001) S. 160; ähnlich vgl. Badura (1993) S. 279

²³² Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 341

²³³ Vgl. Schmidt (2005) S. 85; ähnlich vgl. Buijssen (1996) S. 78, 86

²³⁴ Vgl. Wingenfeld in Schaeffer (2002) S. 341

²³⁵ Vgl. Institut für empirische Soziologie (1995) S. 57; ähnlich vgl. Sachverständigenkommission zum Vierten Altenbericht (2002) S. 205

²³⁶ Vgl. Horn in Schnepf (2002) S. 29

²³⁷ Vgl. Buijssen (1996) S. 67

²³⁸ Vgl. Schmidt (2005) S. 83

²³⁹ Vgl. Horn in Schnepf (2002) S. 31

²⁴⁰ Horn in Schnepf (2002) S. 29

Der theoretische Bezugsrahmen dieses Beratungskonzeptes setzt sich aus dem Beratungsansatz von Sue Culley und der Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss zusammen. Beide Ansätze versuchen, die Perspektive der Patienten und ihrer Angehörigen aktiv einzubeziehen und arbeiten auf eine Stärkung der Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten und seiner Familie hin. Daher eignen sich diese Ansätze, um die Patienten und ihre Angehörigen gerade im Anschluss an die Krankenhausentlassung im Umgang mit der neuen Situation zu unterstützen. Der Beratungsansatz von Sue Culley gibt dem Pflegeberatungsprozess eine planvolle Struktur und vermittelt dem Berater praktisch anwendbare Kompetenzen, um den Patienten und seinen Angehörigen zu einer wachsenden Selbstverantwortung und Selbstkompetenz zu verhelfen. Die Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss sensibilisiert für die vielfältigen Anforderungen und Belastungen der chronisch Kranken und seiner Familien. Des Weiteren ermöglicht diese Orientierung eine inhaltliche Ausrichtung und verhilft zu einer übergreifenden inhaltlichen Beratungsstruktur.

5.3.1 Der Beratungsansatz nach Sue Culley und dessen Bezug zum Pflegeberatungskonzept

Das Pflegeberatungskonzept orientiert sich am methodenorientierten Dreiphasenprozess von Sue Culley.

Sue Culley beschreibt in ihrem Prozess drei aufeinander folgende und ineinander verwobene Phasen. Jede dieser Phasen hat ihr eigenes Ziel und ihre Strategien, die den Sinn und Zweck der einzelnen Phasen verdeutlichen, und ihre zugeordneten Fertigkeiten, die die basalen Kompetenzen der Berater darstellen.²⁴¹

Diese Phasen dienen dem Pflegeberatungskonzept zur Orientierung und Strukturierung des Problemlösungsprozesses innerhalb der Beratung von chronisch Kranken und ihren pflegenden Angehörigen.²⁴²

Direktive und non- direktive Anteile, die in diesem Konzept enthalten sind, können in den unterschiedlichen Phasen des Pflegeberatungskonzeptes ineinander übergehen und je nach Situations- und Problemkontext, Zielbestimmung sowie Klientenmerkmalen Schwerpunkte bilden. Die Inhalte der Beratung werden von den chronisch Kranken und deren pflegenden Angehörigen bestimmt, die diese mit in die Interaktion einbringen.²⁴³

²⁴¹ Vgl. Culley (1996) S. 14

²⁴² Vgl. Culley (1996) S. 14

²⁴³ Vgl. ebd. (1996) S. 13

Bei der Problemeingrenzung können sich unterschiedliche Situations- und Zielbestimmungen herausbilden, die unterschiedliche Beratungsmethoden und Strategien notwendig werden lassen, um zu den entsprechenden Lösungen zu kommen. (vgl. tabellarische Darstellung des Beratungsprozesses) Lösungsangebote können auf der Gabe von Informationen und in der Anleitung für Pflegehandlungen liegen aber auch in der Klärung und Deutung der Problemsituation sowie in Angeboten zur Entwicklung von Handlungsoptionen die zur Bewältigung der Problemsituation beitragen.²⁴⁴

In der Anfangsphase des Pflegeberatungsprozesses ist es von Bedeutung, den Patienten zu verstehen und somit eine tragfähige Beziehung aufzubauen,²⁴⁵ die es dem Patienten ermöglicht, nicht nur inhaltliche Probleme anzusprechen, sondern auch seine Bedenken, Gefühle und Erfahrungen mit bestimmten Problemen zu schildern. Der Pflegeberater erhält somit Einblicke in die Alltags- und Lebenswelt der chronisch Kranken und ihrer Familien. Chronisch Kranke haben durch die Langwierigkeit ihrer Erkrankung häufig schon Selbsthilfeansätze und Strategien entwickelt. Daher ist es notwendig den Patienten als einen Menschen wahrzunehmen, der im Bezug zu seiner Erkrankung bereits Erfahrungen gesammelt hat.²⁴⁶ Diese Strategien sollten berücksichtigt werden, soweit diese vertretbar sind, auch wenn sie sich nicht unbedingt mit den fachlichen Vorstellungen des Pflegeberaters decken. Die Kompetenzen und Selbsthilfeansätze der Patienten können im Rahmen einer Ressourcenorientierung²⁴⁷ vom Berater genutzt werden, indem an diese angeknüpft und weitere Ziele verfolgt werden.²⁴⁸

Die vertrauensvolle Beziehung kann auch dazu dienen, dem Patienten und den pflegenden Angehörigen bei beispielsweise erneuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Beistand, Verständnis und emotionale Zuwendung zu geben.

Die Identifizierung und Eingrenzung des Ausgangsproblems, verhilft dem Patienten und dem Pflegeberater in der Anfangsphase zu einem gemeinsamen Verständnis des Problems. Die Themen, die für den Patienten im Vordergrund stehen, können so identifiziert werden.²⁴⁹

In der weiteren Struktur des Beratungsansatzes erfolgt eine Entscheidung über die Art der Bearbeitung des Problems, mögliche Anzahl der Beratungstreffen im Hinblick auf die

²⁴⁴ Vgl. Schneider (2003) S. 68

²⁴⁵ Vgl. Culley (1996) S. 15

²⁴⁶ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 113

²⁴⁷ Ressourcenorientierung: Ist die Berücksichtigung persönlicher Voraussetzungen zur Fokussierung der Lösung. Ressourcen lassen sich als Fähigkeiten, Erfahrungen, Überzeugungen, Kenntnisse und Unterstützungsmöglichkeiten etc. beschreiben. Vgl. Schneider (2003) S. 68

²⁴⁸ Vgl. Sickendiek (2002) S. 215ff.

²⁴⁹ Vgl. Culley (1996) S. 33

vorrausichtliche Verweildauer des Patienten im Krankenhaus und mögliche Zeitpunkte und Länge der Sitzungen. Diese Elemente werden in einem Vertrag festgehalten, um eine gegenseitige Verbindlichkeit herzustellen, und Verantwortlichkeiten festzulegen.²⁵⁰ Dabei wird betont das die Erfahrungen, die der Patient mit in die Beratungsbeziehung einbringt, wichtig für die Gewinnung von möglichen Lösungsperspektiven sind. Dem Patienten wird verdeutlicht, dass er Verantwortung für sich selber trägt und dass es bei der Erarbeitung der Lösungsperspektive auf die Kooperation mit ihm ankommt.²⁵¹ Bei der Klärung von Bedürfnissen und Vorstellungen des Patienten und pflegender Angehöriger wird z.B. versucht, fachlich Notwendiges auf den lebensweltlichen und alltäglichen Kontext der Patienten abzustimmen, individuelle Wege der Problembewältigung werden gesucht und ausprobiert, die Teilhabe des Patienten an diesem Prozess wird durch non - direkte Methoden gefördert.

Der Kern der Mittelphase ist der Versuch, dem Patienten zu helfen, seine Anliegen und Probleme neu zu ordnen und neu zu bewerten. Sie dient dazu, neue Sichtweisen auf Probleme und auf die Lebenslage zu bekommen. Diese neuen Sichtweisen stellen Möglichkeiten für nächste Schritte dar, sich neue Ziele zu setzen und neue Handlungen auszuprobieren.²⁵² Durch non - direkte Anteile der Beratung wird dem Patienten eine Unterstützung zur Verhaltensänderung gegeben. Es werden Selbstpflege- und Selbstmanagementkompetenzen gestärkt, indem Patienten Potentiale und Ressourcen für neue Handlungen aufgezeigt werden.²⁵³

Die Endphase ist gekennzeichnet durch die Entwicklung von Handlungsplänen, die die Veränderung und den Lernerfolg des Patienten bezüglich seiner Lebenswelt ermöglichen sollen. Handlungspläne haben die Aufgabe Handlungen in die Tages- und Wochenstruktur der Patienten einzubetten und mögliche unterstützende Hilfen ausfindig zumachen.²⁵⁴

Des weiteren wird eine planvolle Beendigung der Beratungsbeziehung angestrebt, die einen Rückblick auf erreichte Veränderungen beinhaltet.²⁵⁵

Realistische Ziele sind erreicht, wenn Patienten neue Informationen dazu gewonnen haben, neue Sicht- und Interpretationsweisen für Schwierigkeiten kennen gelernt haben und einzelne Bewältigungsressourcen besser einsetzen können, oder Ideen für den Umgang mit

²⁵⁰ Vgl. ebd. (1996) S. 57

²⁵¹ Vgl. ebd. (1996) S. 16; ähnlich vgl. Sickendiek (2002) S. 224

²⁵² Vgl. Culley (1996) S. 104

²⁵³ Vgl. ebd. (1996) S. 150

²⁵⁴ Vgl. ebd. (1996) S. 150ff.

²⁵⁵ Vgl. ebd. (1996) S. 153f.

Belastungen gewonnen wurden, oder fachlich Notwendiges besser in den Lebensalltag integriert werden konnte.²⁵⁶

Jede dieser Beratungsphasen ist wichtig, es können jedoch je nach Situations- und Problemkontext unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden.

Um die Struktur dieses Beratungsansatzes mit seiner Vielfältigkeit und Flexibilität darzustellen, wurden die Phasen mit ihren praktisch anwendbaren Verhaltensweisen und Kommunikationstechniken im Rahmen einer tabellarischen Reduktion in diese Arbeit aufgenommen.

²⁵⁶ Vgl. ebd. (1996) S. 187; ähnlich vgl. Sickendiek (2002) S. 224

Tabellarische Form des Beratungsprozesses nach Sue Culley²⁵⁷ (Tabelle Nr. 1)

	Anfangsphase	Mittelphase	Endphase
Ziele	<p>Die Ziele der Anfangsphase umfassen:</p> <p>? Aufbau einer tragfähigen persönlichen Arbeitsbeziehung:</p> <p>? Klärung und Eingrenzung von Problemen: Patienten haben oft unterschiedliche Probleme und sind unsicher, welche für sie im Vordergrund stehen.²⁵⁸</p> <p>? Formulierung einer ersten Arbeitshypothese: Festlegung der Patientenwünsche sowie die Prüfung auf Realisierbarkeit.²⁵⁹</p> <p>? Formulieren eines Arbeitsvertrages: Erörterung der Verantwortlichkeiten und der Notwendigkeit der Kooperation.²⁶⁰</p>	<p>Die Ziele der Mittelphase umfassen:</p> <p>? Neubewertung von Problemen: Um unterschiedliche Sichtweisen einzunehmen.</p> <p>? Aufrechterhaltung der Arbeitsbeziehung: Erhalt der tragfähigen persönlichen Beziehung, damit Patienten auch neue Sichtweisen für sich zulassen können.²⁶¹</p> <p>? Arbeitsvertrag zuarbeiten: Arbeitshypothesen des Vertrags nicht aus den Augen verlieren.²⁶²</p>	<p>Die Ziele der Endphase beinhalten:</p> <p>? Über angemessene Veränderung entscheiden: Veränderungen werden identifiziert und mit dem gewünschten Erfolg verglichen. Veränderungen bestehen immer aus Risiken und Verlusten ebenso wie aus Verbesserungen und Gewinnen. Dies sollte dem Patient bewusst sein.²⁶³</p> <p>? Lernerfolge übertragen: Alles, was der Patient über sich und sein Verhalten gelernt hat, ist nun auf seine Lebenswelt zu übertragen. Hilfen beim Transfer von Lernergebnissen können auch darin bestehen, Hindernisse bei Veränderungen zu identifizieren und zu planen wie diese überwunden werden können. Patienten werden mit Kenntnissen versorgt, die sie auch zur Lösung anderer Probleme nutzen können.²⁶⁴</p> <p>? Beratungsbeziehung beenden:</p>

²⁵⁷ Die tabellarische Form des Beratungsprozesses nach Sue Culley, stellt eine ergänzende Darstellung von Stratzmeyers Handout im Seminarunterricht Pflegeberatung 2 (2003) dar.

²⁵⁸ Vgl. Culley (1996) S. 15

²⁵⁹ Vgl. ebd. (1996) S. 32

²⁶⁰ Vgl. ebd. (1996) S. 16

²⁶¹ Vgl. ebd. (1996) S. 107

²⁶² Vgl. ebd. (1996) S. 108

Strategien	<p>Drei Hauptstrategien bilden die Basis zur Erreichung der Ziele der Anfangsphase.²⁶⁵</p> <p>? Vermittlung von Grundwerten: Diese beinhalten die von Rogers beschriebene Grundhaltungen in einer Beratungsbeziehung. Sie umfasst die Empathie (einführendes Verstehen), Akzeptanz (unbedingte Wertschätzung der Person) und Kongruenz (Echtheit im Verhalten des Beraters)²⁶⁶</p> <p>? Explorieren: Darstellung von Details seitens des Klienten. Ziel ist ein gemeinsames Verständnis des Anliegens zu erlangen.</p> <p>? Setzen von Prioritäten: Ist dem Patienten behilflich, den eigentlichen Kern der Beratung zu finden.²⁶⁷</p>	<p>Die Strategien die in der Mittelphase verfolgt werden, bestehen aus:</p> <p>? Mitteilung von Grundwerten: Weitere Förderung der Vertrauensbeziehung, damit sich die Patienten weiterhin akzeptiert und verstanden fühlen.²⁶⁸</p> <p>? Herausfordern: Der Berater stellt Vermutungen auf, um den gegenwärtigen Bezugsrahmen kritisch in Frage zu stellen und Spielräume aufzuzeigen.²⁶⁹ Spezifische Wege des Herausforderns liegen in der Konfrontation mit dem bestehenden Anliegen. Es verhilft dem Patienten, die Hindernisse zu durchschauen, die einer Veränderung im Wege stehen. Diese Strategie benutzt reflektierende und sondierende Fertigkeiten. Sie lassen Verzerrungen und Widersprüche des Klienten erkennen.²⁷⁰</p>	<p>Strategien zur Umsetzung der Ziele der Endphase:</p> <p>? Ziele setzen: Ziele dienen zur Festlegung dessen was Patienten erreichen wollen.²⁷⁴</p> <p>? Widerstände erforschen: Selbst auferlegte Zwänge und Risiken aufdecken und explorieren.²⁷⁵</p> <p>? Handlungsvorbereitung: Handlungspläne geben den Handlungsablauf vor, wie Ziele erreicht werden können. Ziele sollten vom Patienten selbst entwickelt, realistisch und operationalisierbar sein sowie dem Wertesystemen des Patienten entsprechen.²⁷⁶</p> <p>? Evaluieren: Abgleich von Zielen und entwickelten Problemlösungen.</p> <p>? Die Beratungsbeziehung beenden: Rückblick auf Veränderung.²⁷⁷</p>
------------	--	--	---

²⁶³ Vgl. Culley (1996) S. 150

²⁶⁴ Vgl. ebd. (1996) S. 153

²⁶⁵ Vgl. ebd. (1996) S. 38

²⁶⁶ Vgl. Rogers (2001) S.119

²⁶⁷ Vgl. Culley (1996) S. 16

²⁶⁸ Vgl. ebd. (1996) S. 104

²⁶⁹ Vgl. ebd. (1996) S. 20

²⁷⁰ Vgl. ebd. (1996) S. 108

		<ul style="list-style-type: none"> - Feedback geben: Der Berater teilt seine Wahrnehmung mit, beschreibt das beobachtete und erlebte Verhalten des Patienten.²⁷¹ - Informationen geben: In manchen Fällen fehlen dem Patienten Informationen, die ihm helfen, seine Anliegen neu zu bewerten.²⁷² - Richtung geben: Unterstützung des Patienten, bei einem Sachverhalt zu bleiben oder tiefer in die Bearbeitung eines Sachverhaltes einzusteigen.²⁷³ 	
--	--	---	--

²⁷¹ Vgl. Culley (1996) S. 132

²⁷² Vgl. ebd. (1996) S. 135

²⁷³ Vgl. ebd. (1996) S. 137

²⁷⁴ Vgl. ebd. (1996) S. 156

²⁷⁵ Vgl. ebd. (1996) S. 179

²⁷⁶ Vgl. ebd. (1996) S. 162

²⁷⁷ Vgl. ebd. (1996) S. 187

Grund- legende Fertig- keiten	<p>Die grundlegenden Fertigkeiten, die ein Berater benutzen kann, dienen der Anfangs- und allen folgenden Phasen. Die Fertigkeiten tragen dazu bei, die übergreifenden Strategien zu operationalisieren und im Beratungsprozess umzusetzen.²⁷⁸</p> <p>? Zuhören können: Aktives Zuhören beinhaltet</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Im ersten Schritt, genaues Zuhören. 2. Im zweiten Schritt, Kernaussagen in eigenen Worten zusammenfassen, um das richtige Verständnis zu überprüfen, 3. Im dritten Schritt; versucht der Berater, die emotionalen Aspekte des Patienten zu verbalisieren, dem anderen aus dem „Herzen zu sprechen“²⁷⁹ <p>? Reflektierende Fertigkeiten: Bedeutende Aussagen spiegeln, den Patienten vor Themensprüngen bewahren und Inhalte strukturiert zurückgeben. Dieses trägt zur Vertrauensbildung bei und die Schwerpunktsetzung in der Beratung wird unterstützt.²⁸⁰ Zu den reflektierenden Fertigkeiten gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Das Wiederholen: Das Wiederholen von einem Schlüsselsatz oder einem zentralem Wort ermutigt zu weiteren Ausführungen.²⁸¹ - Das Paraphrasieren: Zentrale Aussagen werden in eigene Worte gefasst. Somit erzeugt dies ein empathisches Verstehen von Inhalten und Gefühlen des Patienten. Es dient ebenfalls zur Informationssammlung und zur Darstellung eines Rückblickes auf die gemeinsame Arbeit.²⁸² - Das Zusammenfassen: Gesagtes wird zusammengefasst und ermöglicht einem organisierten Überblick.²⁸³ <p>? Sondierende Fertigkeiten: Sind notwendig, um der Beratung eine Richtung zu geben.²⁸⁴ Zu den Sondierenden Fertigkeiten zählen:</p>		
--	---	--	--

²⁷⁸ Vgl. Culley (1996) S. 17

²⁷⁹ Vgl. Schulz von Thun (2000) S. 70

²⁸⁰ Vgl. ebd. (1996) S. 73

²⁸¹ Vgl. ebd. (1996) S. 74

²⁸² Vgl. ebd. (1996) S. 75

²⁸³ Vgl. ebd. (1996) S. 79

²⁸⁴ Vgl. ebd. (1996) S. 86

	<ul style="list-style-type: none"> - Fragen stellen: Fragen sollten möglichst offen gestellt werden, damit sie ermutigen, spezieller und konkreter zu werden. Somit können sie den Beratungsprozess vorantreiben. Zu häufig gestellte Fragen können die Exploration verhindern.²⁸⁵ - Feststellungen treffen: Der Berater lenkt den Beratungsprozess bei Feststellungen häufig weniger als durch gestellte Fragen. Das Treffen von Feststellungen dient dem Erhalt von Informationen. Es soll den Patienten aus der Reserve locken. Es kann auch zum Wechsel des Beratungsschwerpunktes dienen.²⁸⁶ <p>? Konkretisierende Fertigkeiten: Konkretisierende Fertigkeiten verschaffen Klarheit und können das Verständnis des Beratungsprozesses voranbringen. Es sollten in den Beschreibungen der Patienten keine Generalisierungen stehen gelassen werden, denn vage Aussagen sind keine gute Basis für ein erweitertes Selbstverständnis oder für neue Handlungspläne.²⁸⁷</p>		
--	---	--	--

²⁸⁵ Vgl. Culley (1996) S. 86

²⁸⁶ Vgl. ebd. (1996) S. 97

²⁸⁷ Vgl. ebd. (1996) S. 100

5.3.2 Das Trajekt - Modell von Corbin und Strauss und dessen Bezug zum Pflegeberatungskonzept

Die von Corbin und Strauss erarbeiteten Erkenntnisse über chronisch Erkrankte und ihrer Familien sollen in Bezug zum Pflegeberatungskonzept dargestellt werden.

Der von Corbin und Strauss entwickelte, soziologisch orientierte Bezugsrahmen der „Pflege- und Krankheitsverlaufskurve“ (engl. trajectories), basiert auf zahlreichen wissenschaftlichen Konzeptionen, Dissertationen und Forschungsprojekten, die sich mit der Interaktion und Bewältigung chronischer Erkrankungen befassen haben.²⁸⁸

Die Orientierung des Pflegeberatungskonzeptes am Trajekt – Modell ermöglicht ein zielgruppenorientiertes Vorgehen und eine inhaltliche Strukturierung der möglichen Beratungsinhalte.

Corbin und Strauss berücksichtigen beim Trajekt – Modell nicht nur den physiologischen Verlauf einer Erkrankung, sondern die Arbeit und Organisation, die das gesamte Leben betreffen.²⁸⁹ Sie sensibilisieren den Pflegeberater für die vielfältigen Anforderungen der chronisch Kranken und ihrer pflegenden Angehörigen, im Hinblick auf biographische, alltägliche, pflege- und krankheitsbezogene sowie psychosoziale Aspekte.²⁹⁰

Die alltagsbezogene Bewältigungsarbeit der Patienten und pflegenden Angehörigen bezieht sich auf alle Abläufe des täglichen Lebens, die durch die gesundheitliche Beeinträchtigung betroffen sind. Hierzu zählen Körperpflege, Haushaltstätigkeiten, die Sicherung von sozialen Beziehungen und die Unterstützung im Umgang mit Bedürfnissen in der Lebensführung.²⁹¹ Bei der krankheitsbezogenen Bewältigungsarbeit sind Handlungen eingeschlossen, die sich auf gesundheitliche und funktionelle Einschränkungen beziehen, welche präventive, selbstdiagnostische, therapeutische, stabilisierende und rehabilitative Aufgaben umfassen. Mit diesen Handlungen versuchen Klienten und pflegende Angehörige, den Symptomen der Erkrankung

²⁸⁸ Vgl. Woog (1998) S. 1

²⁸⁹ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 94; ebenso vgl. Gerwin, Lorenz - Krause (2005) S. 13; ebenso vgl. Woog (1998) S. 107

²⁹⁰ Vgl. Gerwin, Lorenz - Krause (2005) S. 16; ebenso vgl. Woog (1998) S. 17

²⁹¹ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 45; ähnlich vgl. Woog (1998) S. 105

vorzubeugen, heilend oder lindernd zu wirken.²⁹² Unter die biographiebezogene Bewältigungsarbeit fallen alle inneren und äußerlich sichtbaren Anstrengungen, die der Integration der Krankheit und die mit ihr verbundenen Veränderungen des Körpers und der gesamten Lebenssituation in die Biographie betreffen. Es gilt für die Betroffenen, die Gesundheitseinschränkungen zu akzeptieren und die Identität den Umständen der Erkrankung anzupassen. Das bedeutet unter Umständen auch den persönlichen Lebensentwurf oder den der Familie zu überarbeiten und den Lebensstil zu modifizieren.²⁹³ Durch die alltags-, krankheits- und biographiebezogenen Erkenntnisse, entstehen für die Pflegeberatung Anhaltspunkte zur Aufklärung, Anleitung und Beratung von chronisch Kranken und ihrer Familien, die zur Bewältigung der Situation beitragen können.

Im Laufe ihrer Studien haben Corbin und Strauss festgestellt, dass die Verläufe chronischer Erkrankungen in Abhängigkeit der jeweiligen Erfahrung, Wahrnehmungen und Einstellungen der Betroffenen zwar sehr individuell und unterschiedlich sind, jedoch in bestimmten Aspekten Gemeinsamkeiten aufweisen.²⁹⁴ Sie beschreiben den Verlauf von chronischen Krankheiten als einen Prozess, der Veränderungen und Schwankungen unterworfen ist, welche beeinflusst und gesteuert werden können.²⁹⁵ Das Wissen um die Gemeinsamkeiten hat das Ziel, den Krankheitsverlauf zu gestalten und einer Progredienz des Krankheitsverlaufs entgegenzuwirken und Lebensqualität aufrechtzuerhalten.²⁹⁶ Beratung kann bereits im Vorfeld sich manifestierender Probleme ansetzen.

Jede Veränderung in der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve erfordert eine Anpassung des sozialen Arrangements, des täglichen Lebens und der Biographie.²⁹⁷

Ziel des Schemas der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve ist die Gestaltung des Krankheitsverlaufes im Ganzen, der kontrollierte Umgang mit vorhandenen Symptomen sowie der kontrollierte Umgang mit körperlichen Einschränkungen.²⁹⁸ Schulungen im Bezug der Körper- und Symptomwahrnehmungen sowie Informationen und

²⁹² Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 45; ähnlich vgl. Woog (1998) S. 103

²⁹³ Vgl. ebd. (2006) S. 45; ähnlich vgl. ebd. (1998) S. 105

²⁹⁴ Vgl. Grötken (2006) S. 272

²⁹⁵ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 93; ebenso vgl. Woog (1998) S. 3

²⁹⁶ Vgl. Woog (1998) S. 98

²⁹⁷ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 111

²⁹⁸ Vgl. Woog (1998) S. 14

Anleitungen im Bezug zu möglichen Hilfsmitteln und Pflorgetechniken, können die Kontrolle der Symptome und die Kontrolle über körperliche Einschränkungen erhöhen. Der Patient wird beim Trajekt - Modell und bei der Pflegeberatung stets in alle Planungen einbezogen und trifft, soweit er kann, alle Entscheidungen. Auf diese Weise haben Betroffene und ihre Familien nicht das Gefühl, der Erkrankung ohnmächtig gegenüberzustehen. Die gemeinsame Arbeit an der Verlaufskurve bedeutet unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der chronisch Kranken ein Aushandeln von Optionen, die es dem Patienten und seinen Angehörigen leichter machen Krankheit und Bedürfnisse in Einklang zu bringen.²⁹⁹ Es gilt, die Identität an die verbliebenen Fähigkeiten anzupassen und neue Möglichkeiten des Umgangs zu lernen.³⁰⁰ Der chronisch Kranke wird im Trajekt – Modell und in der Pflegeberatung als aktiver Partner gesehen, der bereits Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung erworben hat.³⁰¹ Die Beratung auf Grundlage des Trajekt - Modells ist darauf ausgerichtet den Patienten und seine pflegenden Angehörigen zur Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu befähigen und ihn bei der Aufrechterhaltung seiner Gewohnheiten zu unterstützen.³⁰² Die Teilhabe des Patienten und des sozialen Umfeldes an der Ausgestaltung der alltäglichen Anforderungen, ist für den Genesungsprozess und die Unterstützung einer lang andauernden stabilen Phase des Krankheitsverlaufs besonders wichtig.³⁰³

5.3.3 Das Beratungs- und Rollenverständnis im Pflegeberatungskonzept

Die Rolle des Pflegeberaters in diesem Beratungskonzept, basiert auf einer symmetrischen, arbeitsteiligen Beziehung zum Patienten.³⁰⁴ Das heißt nicht, dass der Pflegeberater und der Patient zu Gleichen werden. Der Pflegeberater bleibt pflegfachlicher Experte, der Einblicke in objektivierbare Kriterien hat und von außen eine Empfehlung ausspricht.

²⁹⁹ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 101

³⁰⁰ Vgl. Grötken (2006) S. 273

³⁰¹ Vgl. ebd. (2006) S. 270; ebenso vgl. Woog (1998) S. X, S. 21, S. 111

³⁰² Vgl. Gerwin, Lorenz- Krause (2005) S. 46

³⁰³ Vgl. ebd. (2005) S. 149

³⁰⁴ Vgl. London (2003) S. 224

Der Patient bleibt ebenfalls Experte³⁰⁵ für sich selber, wobei er aufgrund seiner Sozialisation, Biographie und Erfahrungen für sich entscheidet was gut und richtig ist. In dieser Zusammenarbeit ist jeder für den anderen wichtig, beide kennen wichtige Fakten, die dem anderen nicht zugänglich sind.

Für die Krankheitsbewältigung ist es wichtig, dass objektive Regeln eingehalten werden, die jedoch auf die subjektiven Bedingungen abgestimmt sind.³⁰⁶ Der Patient sollte in seinem Kranksein als eigenständig handelnde Person wahrgenommen werden, die schon Erfahrungen im Umgang mit ihrer Erkrankung gesammelt, eine biographische Prägung und individuelle Zukunftsperspektiven hat.³⁰⁷ Die Beratung beinhaltet nicht die Unterordnung an medizinisch - pflegerische Vorgaben, sondern einen auszuhandelnden Diskurs über Lösungsmöglichkeiten und Ziele innerhalb der Spannbreite des fachlich Notwendigen und der individuellen Bedürfnisse.³⁰⁸ Bei der Beratung bleibt die Entscheidung für oder gegen ein Verhalten in der Verantwortung des Patienten,³⁰⁹ denn die Bewältigung des Krankseins muss von jedem Menschen persönlich und individuell geleistet werden.³¹⁰ Eine einfühlsame und verständnisvolle Gesprächshaltung in der Beratung kann den Prozess der Bewältigung unterstützen und verhilft zu einem besseren Verständnis und einer Anpassung an die durch Krankheit veränderte Lebenssituation.³¹¹ Mündigkeit und Selbstverantwortung entstehen nicht zufällig, daher benötigen der Patient und seine pflegenden Angehörigen Beratungskonzepte, die ihn zu einer wachsenden Selbstverantwortung und Selbstkompetenz hinführen,³¹² wie bei Sue Culley und dem Trajekt - Modell vorgesehen.

Die Pflegeberater sind daher nicht als „Lehrer“ (in traditionellem Sinne) zu verstehen, sondern als Begleiter, die Lösungsmöglichkeiten bei pflegebezogenen Problemen unterstützen. Sie verfügen über Fachwissen, aber nicht immer über konkrete Lösungen. Sie besitzen Erarbeitungskompetenz und helfen bei der Konstruktion möglicher Lösungsansätze.³¹³

³⁰⁵ Mit dem Schlagwort des Experten, soll die individuelle Perspektive und Problemsicht des Patienten verdeutlicht werden. Vgl. Sickendiek S. 96

³⁰⁶ Vgl. Reibnitz (2001) S. 36

³⁰⁷ Vgl. Moers, Schiemann, Schnepf (1999) S. 11; ähnlich vgl. Lubkin (2002) S.703

³⁰⁸ Vgl. Koch- Straube (2001) S. 199

³⁰⁹ Vgl. London (2003) S. 224; ebenso vgl. Koch- Straube (2001) S. 199

³¹⁰ Vgl. Schönlau (2005) S. 109; ebenso vgl. Reibnitz (2001) S. 36

³¹¹ Vgl. ebd. (2005) S. 109

³¹² Vgl. Koch - Straube (2001) S. 199

³¹³ Vgl. Norwood (2002) S. 16

5.3.4 Das Menschenbild im Pflegeberatungskonzept

Das Beratungskonzept geht von einem humanistischen Menschenbild (vgl. Kap. 2.2.1) aus, wobei den Menschen generell Würde und das Recht auf Selbstbestimmung zu steht.³¹⁴

Ein Beratungskonzept auf dieser Basis bezieht die Erfahrungen, Vorstellungen und Ziele des Betroffenen ein und ermöglicht Raum für die subjektiven Befindlichkeiten der Patienten und pflegenden Angehörigen.³¹⁵ Im Zentrum steht der Mensch mit seiner einzigartigen Biographie und den darin enthaltenen individuellen Erfahrungen.³¹⁶

Der Patient wird als aktiver Gestalter seines Lebens gesehen, der das Bedürfnis nach Entwicklung und Selbstverwirklichung hat.³¹⁷ Der Ausgangspunkt der pflegerischen Interventionen und Beratungen sind die gesundheitlichen Einschränkungen der chronisch Kranken und pflegenden Angehörigen, die nach dem Verständnis des Trajekt-Modells Konflikte und Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen haben können.³¹⁸

5.4 Ziele des Konzeptes

Die gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen (vgl. Kap. 3.1) bilden eine übergreifende Orientierungsfunktion bei der Entwicklung der Ziele. Die Ziele selbst basieren u.a. auf den Vorstellungen der Pflegedienstleitung, (vgl. Kap. 3.3) den Inhalten des Expertenstandards (vgl. Kap. 4.) sowie auf der Bedarfsermittlung von chronisch Kranken und ihren pflegenden Angehörigen, (vgl. Kap. 5.2.) wobei der theoretische Bezugsrahmen die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve bildet.

Wissen, Verständnis und die Fähigkeit zur Einsicht sind wesentliche Ressourcen zur Bewältigung belastender Lebenssituationen, wie sie bei chronisch Kranken und ihren Angehörigen entstehen. Wissen vermittelt ein Gefühl der Kontrolle über Dinge, Geschehnisse und Entscheidungen. Es lindert Angst, Unsicherheit und lässt Ereignisse besser verstehen. Wissen ermöglicht an Entscheidungen teilzuhaben und beinhaltet

³¹⁴ Vgl. Koch - Straube (2001) S. 8

³¹⁵ Vgl. ebd. (2001) S. 130

³¹⁶ Vgl. ebd. (2001) S. 131

³¹⁷ Vgl. Schneider (2003) S. 65

³¹⁸ Vgl. White, Lubkin (2002) S. 94

Kenntnisse über Alternativen und Konsequenzen einzelner Handlungen. Wissen im Sinne von Körperbewusstsein beinhaltet, physische und psychische Zeichen und Symptome zu erkennen und Schritte zur Kontrolle einzuleiten und Krisen abzuwenden.³¹⁹ Es geht bei der Beratung und Schulung aber nicht nur um die Wissensvermittlung, sondern darum dieses Wissen in die eigene Lebensführung zu integrieren und veränderte Situationen psychosozial zu bewältigen.³²⁰ Die Beratung sollte daher situationsbezogen die aktuellen Bedürfnisse des Betroffenen aufnehmen, sie sollte lebensweltnah und die individuelle Entwicklungsperspektive berücksichtigen. Somit könnte die Selbstpflege gefördert und die Handlungs- und Entscheidungsspielräume der Patienten und pflegenden Angehörigen erhalten und erweitert werden.³²¹

Die Ziele des Konzeptes sind:

- Informationen, Anleitungen, Schulungen und Beratung im Rahmen des Entlassungsmanagements bereit zu stellen;
- Erhaltung der weitestgehenden Selbständigkeit der Patienten und die Hinführung zur Selbsthilfe und Selbstbestimmung;
- Unterstützung der Patienten und pflegenden Angehörigen, krankheitsbedingte Anforderungen in Alltagshandlungen zu integrieren;
- Schulungen und Anleitungen zur Förderung der Kompetenzen von Patienten und pflegenden Angehörigen;
- Beratung der Patienten und pflegenden Angehörigen in Bezug auf die Gestaltung der nachstationären Versorgungssituation;
- Reduktion der Belastungen und Ängste, von Patienten und Angehörigen;
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit;
- Vermeidungen von kurzfristigen Wiederaufnahmen;
- Verkürzungen der routinemäßigen Aufenthalte der chronisch Kranken und multimorbiden Patienten;

³¹⁹ Vgl. Georg (2004) S. 649

³²⁰ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 54

³²¹ Vgl. Bräutigam (2003) S. 2

5.5 Auswahlkriterien der Klienten

Die Einrichtung sieht im Rahmen des Beratungskonzeptes nur eine Planstelle vor, daher wurde schon im Vorfeld eine Beschränkung der Zielgruppe vorgenommen. Diese Beschränkungen beruhen zum einen auf den Konzeptwünschen der Pflegedienstleitung, (vgl. Kap. 3.3) die eine Verringerung von „Drehtüreffekten“ und Wiedereinweisungsraten vorsieht und zum anderen auf der Erfassung eines Klientel, welches einen erhöhten Bedarf an Beratungen aufweist, wie dies bei chronisch Kranken und ihren pflegenden Angehörigen der Fall ist. (vgl. Kap. 5.2)

Dieses Klientel weist durch den ständigen Wechsel des Krankheitsverlaufes, der immer wieder neue Verarbeitungs-, Anpassungs- und Lernprozesse³²² voraussetzt, einen erhöhten Bedarf auf, welcher bei einer unzureichenden Vorbereitung auf die poststationäre Phase zu Wiedereinweisungen führen kann.³²³

Eine weitere Beschränkung der Zielgruppe, die sich ebenfalls auf einen erhöhten Bedarf begründet, ist die Ausrichtung der Beratung auf Klienten, die mit oder ohne Unterstützung durch einen Pflegedienst in der häuslichen Versorgung leben. (vgl. Kap. 5.2) Im Rahmen der häuslichen Versorgung stehen die Erkrankten und pflegenden Angehörigen mit den komplizierten Therapieanforderungen und der Organisation des alltäglichen Lebens weitgehend alleine dar.³²⁴ Hierbei bedarf es einer Vorbereitung, damit es nicht zu Überforderungen, Dekompensation und vorzeitigen Wiedereinweisungen kommt.

Die letzte Eingrenzung des Klientel, welche zur internistischen Aufnahme kommen, beruht auf dem vermehrten Aufkommen der chronisch Kranken auf diesen Stationen und ermöglicht dem Pflegeberater eine klarere Zuständigkeit für einzelne Stationen.

³²² Vgl. Müller - Mundt (2000) S. 43

³²³ Vgl. Wingefeld in Schaeffer (2002) S. 337

³²⁴ Vgl. Lubkin (2002) S. 356; ähnlich vgl. Wingefeld in Schaeffer (2002) S. 341

5.6 Strukturmerkmale der Planstelle Pflegeberatung

5.6.1 Organisatorische Eingliederung und Funktionsbeschreibung

Das Konzept verwirklicht primär den zentralen Ansatz der Pflegeberatung (vgl. Kap. 3.2.3). Die Pflegeberatung sollte in Form einer Stabsstelle³²⁵ erfolgen, die der Pflegedienstleitung zugeordnet ist und zwischen dem Pflegebereich auf den Stationen, den Patienten und seinen pflegenden Angehörigen sowie dem Sozialdienst agiert. Die Arbeitszeit entspricht einer Kernarbeitszeit, auf der Grundlage einer 5 - Tage - Woche. Der Pflegeberater übernimmt beratende und vermittelnde Aufgaben, (vgl. Kap. 5.5.2) die als zusätzliche Schnittstelle zu werten ist. Das Ziel ist, in Ergänzung zum Sozialdienst, eine qualitativ verbesserte Nachsorge der Patienten zu gewährleisten. Die Entlassungsvorbereitung des Sozialdienstes besteht zzt. aus der Vermittlung des Pflegedienstes und ggf. der Organisation der erforderlichen Hilfsmittel. (vgl. Kap. 3.5.2) Zukünftig sollen im Rahmen des Beratungskonzeptes für das eingegrenzte Klientel der individuelle Pflegebedarf und dessen Bewältigung mit im Zentrum der Entlassungsvorbereitung stehen. Patienten mit einem ungeklärten poststationären Pflegebedarf werden zeitnah zur Aufnahme über ein konsiliarisches Verfahren (vgl. Kap. 3.2.4.2) dem Sozialdienst und in Zukunft auch der Pflegeberatung mitgeteilt. Dies könnte über ein zusätzliches Verweisfeld auf dem Anforderungsschein für den Sozialdienst geschehen, bis ein eigenes Verfahren entwickelt wird, das den Unterstützungs- und Beratungsbedarf in den jeweiligen Assessmentverfahren erhebt. Daher ist ein zusätzliches Verfahren erforderlich, das zugleich die notwendige Zusammenarbeit und den intensiven Kontakt zu den Pflegekräften auf den Stationen fördert. Der Pflegeberater nimmt auf den internistischen Stationen an den pflegerischen Übergaben und Visiten zu verschiedenen Zeiten teil und gelangt somit an Informationen, die es ihm ermöglichen beratungs- und unterstützungsbedürftige Patienten zu erkennen. Der intensive Kontakt und Austausch zwischen Pflegekräften

³²⁵ Zu den unterstützenden Stellen zählen die Stabsstellen. Die Stablinienorganisation kombiniert das Einliniensystem mit den Vorteilen der funktionalen Spezialisierung. Stabstellen besitzen keine Weisungsbefugnis gegenüber der Linienstellen. Aufgaben der Stabstellen sind u.a. Unterstützung der Linie bei der Zielerreichung, Spezialaufgaben, Kompetenz und Ideen, Beraten, Planen und Analysieren. Vgl. Staehle (1999) S. 483; 706; ebenso vgl. Vahs (2001) S. 73

und Pflegeberater führt im Idealfall dazu, dass das Bewusstsein für pflegerischen Beratungsbedarf sowie ein verändertes Rollenverständnis der Patienten und Angehörigen geschärft wird.³²⁶

Eine spätere Einführung der Assessmentinstrumente könnte somit leichter fallen. Weiterhin ist es sinnvoll, neu aufgenommene Patienten auf den internistischen Stationen mit Hilfe der EDV bereits im Vorwege nach Alter, komplexen Diagnosen sowie vorherigen Krankhausaufenthalten zu analysieren, um Risikostrukturen aufzudecken. Dienlich ist hierbei, die Zuhilfenahme der pflegerischen- und medizinischen Anamnese. Patienten, die Risikostrukturen aufweisen, bedürfen einer Unterstützung und eines Beratungsangebotes seitens des Pflegeberaters. Der Pflegeberater sollte in Form von „Bringstrukturen“ direkt auf Patienten und Angehörige zugehen³²⁷ und somit Informationen, Beratungs- und Unterstützungsleistungen vor Ort auf den Stationen erbringen. Jedoch sollte auch die Möglichkeit vorhanden sein, in separaten Räumlichkeiten ungestörte Beratungsgespräche und Dokumentationen durchzuführen. Im Expertenstandard wird darauf verwiesen, dass an der Information des Patienten je nach Zuständigkeit auch andere Berufsgruppen beteiligt sind.³²⁸ (vgl. Kap. 5.7.1) Der Sozialdienst übernimmt weiterhin die organisationsbezogene, der Pflegeberater pflegeinhaltliche Beratungen, die mit dem Patienten, seinen pflegenden Angehörigen sowie den Pflegekräften auf den Stationen abgestimmt sind. Des Weiteren sollte der Sozialdienst und der Pflegeberater in einem intensiven Austausch zueinander stehen, um mögliche Perspektiven der weiteren Versorgung der Patienten zu erörtern und abzugleichen.

5.6.2 Aufgaben und Inhalte der Pflegeberatung

Der Pflegeberater übernimmt in diesem Konzept beratende, vermittelnde und überprüfende Aufgaben. Wie im Expertenstandard beschrieben, soll die Beratung planvoll in Form eines durchdachten, individuell angepassten,³²⁹ auf Patientengruppen zugeschnittenen³³⁰ Programms durchgeführt werden. Der Expertenstandard versteht

³²⁶ Vgl. Uhlmann (2005) S. 105

³²⁷ Vgl. Institut für empirische Soziologie (1995) S. 57

³²⁸ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S.42

³²⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 42

³³⁰ Vgl. ebd. (2002) S. 38

unter einem angepassten Programm in erster Linie Einzelsitzungen und keine Gruppenunterweisungen.³³¹ In diesem Konzept wird das planvolle und individuell angepasste Vorgehen in Form des Beratungsansatzes nach Sue Culley umgesetzt. (vgl. Kap. 5.3.1)

Der Expertenstandard (vgl. Kap. 4.5) gibt vor, dass Beratung zu einem adäquaten Selbstmanagement der Patienten und Angehörigen beitragen soll. Dies beinhaltet u.a. die Vermittlung von Wissen (z.B. Symptommanagement), technische Fertigkeiten, (z.B. Handhabung von Hilfsmittel und Pflorgetechniken),³³² sowie die Befähigung zur Verhaltensänderung und damit die Integration der Versorgungsanforderungen in die eigene Lebensführung und dessen psychosoziale Bewältigung.³³³ Das Beratungskonzept mit der Umsetzung des integrativen Beratungsverständnisses von Sue Culley (vgl. Kap. 5.3.1) erfüllt die vorgegebenen Aufgaben. Die Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve ermöglicht ein zielgruppenorientiertes Vorgehen und eine inhaltliche Strukturierung der möglichen Beratungsinhalte.³³⁴ (vgl. Kap. 5.3.2).

Im Folgenden werden die möglichen Beratungsinhalte in einer tabellarischen Form dargestellt. Die Inhaltlichen Aspekte der Pflegeberatung orientieren sich an der Struktur des Trajekt – Modells und dem ermittelten Bedarf an Pflegeberatung von chronisch Kranken und pflegenden Angehörigen. Die Beratungskomplexe, die den alltags-, krankheits- und pflegebezogenen sowie psychosozialen und biographiebezogenen Beratungsschwerpunkten zugeordnet sind, beruhen auf den ermittelten Unterstützungsschwerpunkten einer Expertenbefragung zur Pflegeberatung im Entlassungsmanagement.³³⁵

Die mögliche inhaltliche Ausgestaltung der Pflegeberatung wurde nach Anleitungs-, Schulungs-, direktiven und non- direktiven Beratungsanteilen differenziert, um zu verdeutlichen welche Beratungsanteile zur inhaltlichen Ausgestaltung notwendig werden.

³³¹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 42

³³² Vgl. ebd. (2002) S. 40

³³³ Vgl. ebd. (2002) S. 15

³³⁴ Vgl. ebd. (2002) S. 13

³³⁵ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S.60ff.

Beratungsinhalte der Pflegeberatung (Tabelle Nr. 2)

Beratungs- komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-diektiven Beratungsanteilen
Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte		
Alltags- gestaltung	Neu eingetretene oder länger bestehende chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, stellt bei jeder Veränderung eine komplexe Herausforderung an tagesstrukturierende Abläufe dar. (vgl. Kap. 5.2)	<p>Klärung der Tagesstruktur und Entwicklung von Handlungsstrategien zur Koordination von Pflege:</p> <p>Mit non- direktiven Beratungsmethoden wird versucht mit dem Patienten gemeinsam einen Entwurf einer alternativen Tagesstruktur zu entwickeln, welche die pflegerischen Anforderungen berücksichtigt und die Pflichten und Bedürfnisse der Betroffenen verbindet. Häufig sind chronische Erkrankungen auch mit einem Umschichten von professionellen und institutionellen Hilfepotentialen verbunden. Ziel ist die Organisation und Koordination geeigneter Unterstützung.³³⁶</p>
Pflegeumfeld- gestaltung (Wohnraum)	Pflege im privaten Umfeld bedarf einer Anpassung der häuslichen Wohnverhältnisse. (vgl. Kap. 5.2)	<p>Sachberatung zur Durchführung von Pflege im häuslichen Bereich:</p> <p>Mit direktiven Beratungsmethoden werden Anregungen zur Anpassung des Wohnraumes gegeben, z.B. Hinweise auf Stolperquellen, barrierefreie Gestaltung der sanitären Anlagen etc.. Ziel ist eine ressourcenorientierte Pflege zu gewährleisten.³³⁷</p>

³³⁶ Vgl. Gittler – Hebestreit (2006) S. 70

³³⁷ Vgl. ebd. (2006) S. 70

Beratungs-komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-diektiven Beratungsanteilen
Informelle Unterstützungssysteme	Überlastungen kommen häufig allmählich zustande, immer mehr Pflichten und Tätigkeiten kommen zu den früheren Aufgaben hinzu.(vgl. Kap. 5.2.2)	<p>Erörtern der Pflegesituation zur Entwicklung von Handlungsstrategien zur Entlastung:</p> <p>Durch non- direktive Methoden wird versucht mit dem Patienten und den pflegenden Angehörigen, Belastungen herauszuarbeiten und informelle Strukturen und Beziehungen (Familie, Freunde) einzuschätzen. Ressourcen können erschlossen und evtl. mit den unterstützenden Zeiten durch Pflegedienste, zu einer sinnvollen Tagesstruktur abgestimmt werden. Ziel ist Aufgaben aufzuteilen und Freiräume zu schaffen um Erholungsphasen zu sichern.³³⁸</p>
Ergänzende Dienste	Vielfältige Angebote über Unterstützende Dienste erschweren die Übersicht der Patienten	<p>Informationen über Ergänzende Dienste:</p> <p>Durch direktiv auf den Patienten und seine Angehörigen abgestimmte Informationen über Mahlzeiten- und Hausnotrufdienste, Einkaufservice etc., können Dienste gefunden werden, die den Lebensalltag der Patienten unterstützen. Ziel ist die Darbietung von Dienstleistungsangeboten, die auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt sind, um eine Entlastung zu erreichen.³³⁹</p>

³³⁸ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S.70

³³⁹ Vgl. ebd. (2006) S. 71

Beratungs- komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non- direktiven Beratungsanteilen
Krankheits- und Pflegebezogene Beratungsschwerpunkte		
Pflege- fertigkeiten	Komplizierte Pflegeanforderungen wie z.B. Hilfe bei der Körperpflege, Lagerungen, Unterstützung bei der Benutzung der Toilette und Präventionen etc. müssen häufig alleine durchgeführt werden. (vgl. Kap. 5.2)	<p>Erwerb von Handlungskompetenzen zur Durchführung von Pflege:</p> <p>Im Rahmen des Beratungsprozesses sind Anleitungen und Schulungen erforderlich, die den Patienten und seine pflegenden Angehörigen zur Umsetzung von pflegerischen Anforderungen befähigen. Anleitungen zu rückschonenden Arbeitsweisen und Lagerungstechniken sowie Schulungen zu pflegerischen Risiken, Prophylaxen und möglichen Förderungspotentialen der Patienten, können Anteile darstellen. Diese Anleitungen und Schulungen können vor Ort per „bedside teaching“ erfolgen.</p> <p>Ziel ist die Befähigung der Patienten und Angehörigen zur Bewältigung der relevanten Pflegeprobleme.³⁴⁰</p>

³⁴⁰ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 72

Beratungs-komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-diektiven Beratungsanteilen
Spezielle Versorgungsanforderungen	<p>Komplizierte Therapieanforderungen (z.B. Medikamenteneinnahme Ernährungsrichtlinien, Bedienung technischer Geräte, Wundversorgung) werden von den Patienten und pflegenden Angehörigen generell oder in abwesenden Zeiten professioneller Helfer, übernommen. (vgl. Kap. 5.2)</p>	<p>Erwerb von Handlungskompetenzen zur Durchführung von speziellen Versorgungsanforderungen:</p> <p>Im Rahmen des Beratungsprozesses sind Anleitungen und Schulungen erforderlich die dem Patienten und seinen pflegenden Angehörigen ermöglichen, Wissen und Handlungskompetenzen im Umgang mit Therapieanforderungen zu erlangen. Diese Schulungen sollten unter Berücksichtigung der rechtlichen und individuellen Voraussetzungen der Patienten und Angehörigen erfolgen, um diese nicht zu überfordern. Übernehmen Patienten und Angehörige bereits einige spezielle Versorgungsanforderungen sind ggf. Auffrischungen zu den gegebenen Aspekten erforderlich. Inhalte können aber auch im Austausch über Problemstellungen, Sichtweisen und Unsicherheiten beim Umgang mit Versorgungsanforderungen liegen. Ziel ist die Sicherstellung der Pflegequalität und die Reduktion von Überforderungen, durch mangelndes Wissen und Fertigkeiten.³⁴¹</p>

³⁴¹ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S.73

Beratungs-komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-diektiven Beratungsanteilen
Hilfsmittelberatung und Hilfsmittelgebrauch	Patienten und pflegende Angehörige haben einen gesetzlichen Anspruch auf Hilfsmittel. Diese können die körperlichen Belastungen der pflegenden Angehörigen verringern und die Selbständigkeit der Patienten erhöhen und Abhängigkeit reduzieren. Die pflegenden Angehörigen werden auf diese Weise auch vor schleichenden körperlichen Überlastungen bewahrt. (vgl. Kap. 5.2)	<p>Informationen zu Hilfsmitteln, die die Pflegesituation unterstützen:</p> <p>Durch direkte Beratungsmethoden sollte eine produktneutrale Darstellung des Hilfsmittelangebotes und dessen Nutzung erfolgen. Es werden unterschieden:</p> <p>Hilfsmittel die zur Erleichterung der Pflege dienen (z.B. Lifter, Pflegebetten),</p> <p>Hilfsmittel, die die Körperpflege unterstützen (z.B. Badewannensitze, Toilettenstühle, Haltegriffe etc.),</p> <p>Alltagshilfen und Hilfsmittel zur Mobilität (Essensbesteck, An-/ Ausziehhilfen, Rutschbretter, mobile Rampen)</p> <p>Hilfsmittel zum Verbrauch (z.B. Inkontinenzmaterial, Handschuhe).</p> <p>Eine angemessene und auf die Bedürfnisse des Betroffenen ausgerichtete direkte Beratung kann die häusliche Pflege unterstützen und unnötige Belastungen vermeiden. Die Anleitung im Gebrauch von Hilfsmitteln kann nur bedingt erfolgen, da diese häufig erst nach der Beantragung in der häuslichen Versorgung zur Verfügung stehen.</p> <p><small>342</small></p>

³⁴² Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 74

Beratungs- komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-direktiven Beratungsanteilen
Symptom- wahrnehmung	Das Wissen um und das Erkennen von körperlichen, geistigen und emotionalen Symptomen sowie das Ableiten von Konsequenzen gehören zu den wichtigsten Kompetenzen von Patienten und pflegenden Angehörigen, um einen angemessenen Umgang mit der Erkrankung zu finden. (vgl. Kap. 5.2)	Erwerb von Handlungskompetenzen zur selbstdiagnostischen Krankheitseinschätzung: Der Beratungsprozess sollte durch Schulungen dazu verhelfen, Körpersignale zu beobachten und zu interpretieren (z.B. Gewichtskontrollen bei Herzinsuffizienz, Puls-Kontrollen bei Rhythmusstörungen etc.). Angehörige sollten für kritische Zustandsveränderungen sensibilisiert werden und wissen, wann professionelle Hilfe notwendig wird. ³⁴³
Psychosoziale und biographiebezogene Beratungsschwerpunkte		
Gestaltung der Pflege- beziehung	Durch vielfältige Belastungen und biographische Bedingungen des chronisch Kranken und auch der pflegenden Angehörigen, entwickeln sich Abhängigkeiten, Zwänge und Belastungen innerhalb der Pflegebeziehung. (vgl. Kap. 5.2)	Erörtern und Verstehen der Pflegebeziehung: In der Pflegeberatung sollte eine tragfähige Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut werden. Die es dem Patienten und seinen Angehörigen ermöglichen auch über Sorgen und Belastungen innerhalb der Pflegebeziehung zu sprechen. Durch das Mitteilen der Sorgen ermöglicht es dem Patienten und seinen Angehörigen eine emotionale Entlastung zu erfahren. Mit non-direktiven Methoden kann der Pflegeberater, zu einem reflektierten Umgang mit der Pflegebeziehung verhelfen. Ziel ist, einen adäquaten Umgang mit pflegebedingten Belastungen sowie ein gegenseitiges Verständnis für Ansprüche und

³⁴³ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 76

³⁴⁴ Vgl. ebd. (2006) S. 76

		Bedürfnisse zu fördern. ³⁴⁴
--	--	--

Beratungs- komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-direktiven Beratungsanteilen.
Belastungs- mindernde Verhaltens- weisen	Die Betreuung eines Patienten ist für pflegende Angehörige mit physischen und psychischen Herausforderungen verbunden. (vgl. Kap. 5.2.2)	<p>Erkennen von Belastungsquellen und Entwicklung von Handlungsstrategien zu belastungsmindernden Verhaltensweisen:</p> <p>Durch non-direktive Methoden sollen Belastungen erkannt und Strategien zur Entlastung erarbeitet werden. Ziel ist die aus der Versorgung resultierenden Belastungen so gering wie möglich zu halten, um eine Überlastung zu vermeiden.³⁴⁵</p>
Anpassung der Lebens- gestaltung	Durch Krankheit und versorgungsbedingte Anforderungen treten Veränderungen in der Lebensführung ein, die es zu bewältigen gilt. (vgl. Kap. 5.2)	<p>Entwicklung von Handlungsstrategien zur Integration von pflege- krankheitsbedingten Anforderungen in das alltägliche Leben:</p> <p>Mit Hilfe der non-direktiven Beratung kann dem Patienten und seinen pflegenden Angehörigen die Möglichkeit gegeben werden, Bedingungen, Sichtweisen und Handlungsalternativen zu entwickeln, um die krankheits- und versorgungsbedingten Anforderungen in den Lebensalltag zu</p>

³⁴⁵ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 77

³⁴⁶ Vgl. ebd. (2006) S. 78

		integrieren. ³⁴⁶
--	--	-----------------------------

Beratungs-komplexe	Herleitung aus dem Unterstützungsbedarf von Patienten und pflegenden Angehörigen	Inhalte einer Pflegeberatung: Differenziert nach Anleitungs-, Schulungs- sowie direktiven und non-diektiven Beratungsanteilen.
Wahrnehmung und Bewältigung von Krisen	Im Trajekt – Modell (vgl. Kap. 5.3.2) lösen sich unterschiedliche Phasen der Stabilität und Instabilität ab. Dies kann zu belastenden Situationen und Destabilität innerhalb des Pflegearrangements führen.	Klärung von Auswirkungen der Pflege und Entwicklung von Entlastungsmöglichkeiten: Zur Wahrnehmung von Krisen kann die direkte Beratung dazu beitragen, beginnende Spannungen und Überlastungen rechtzeitig zu erkennen, durch non- direkte Beratungen können gemeinsam mit dem Patienten und seinen pflegenden Angehörigen Entlastungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden. (z.B. Selbsthilfegruppen, Kurzzeitpflege, Urlaub etc.) ³⁴⁷

Die tabellarische Darstellung der möglichen Beratungsinhalte bieten einen Orientierungsrahmen für die Ermittlung des individuellen Informations- und Beratungsbedarfs des Patienten und seiner pflegenden Angehörigen.³⁴⁸

Der Beratungsprozess nach Sue Culley kann somit differenzierter erfolgen und unterstützt die Problemeingrenzung. Der Orientierungsrahmen liefert u.a. eine Grundlage zur Hypothesenbildung und unterstützt die Entwicklung eines vorläufigen Plans der Beratungsarbeit. Die Tabelle mit den möglichen Beratungsinhalten sollte jedoch nicht als „Abfrageinstrument“ verstanden werden.³⁴⁹ Neben der inhaltlichen Orientierung und durch die Einteilung in Themenbereiche erleichtert diese Struktur auch die Dokumentation und Nachvollziehbarkeit des Beratungsgeschehens.³⁵⁰ Entsprechend des Expertenstandards umfasst das planvolle Vorgehen der Beratung auch

³⁴⁷ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 79

³⁴⁸ Vgl. ebd. (2006) S. 20

³⁴⁹ Vgl. ebd. (2006) S. 89

³⁵⁰ Vgl. ebd. (2006) S. 91

überprüfende Aufgaben.³⁵¹ Die Evaluation des Entlassungsprozesses (vgl. Kap. 4.6) sieht im Expertenstandard zwei Zeitpunkte und Vorgehensweisen vor.³⁵² Diese könnten ebenfalls zur Überprüfung der Pflegeberatung dienen und in den Beratungsprozess von Sue Culley integriert werden. Der Beratungsprozess (vgl. Kap. 5.3.1 / tabellarische Darstellung) sieht in der Endphase die Evaluation der zuvor gesetzten und operationalisierten Ziele vor. Es gilt, die in der Anfangsphase vom Patienten festgelegten Veränderungsvorstellungen mit den Zielen nach der Neubewertung der Probleme zu vergleichen und zu analysieren, um z.B. zu erkennen in wie weit die entwickelten Handlungsstrategien das Problem gelöst haben.³⁵³ Dies könnte, wie im Expertenstandard beschrieben (vgl. Kap. 4.6),³⁵⁴ 24 Stunden vor der Entlassung geschehen. Dieses Vorgehen ermöglicht somit, Problemen noch vor der Entlassung entgegen zu wirken.³⁵⁵ Häufig benötigen Patienten und Angehörige Zeit, um die neuen Informationen zu verarbeiten. Die zur Verfügung gestellten Informationen sowie die erlernten Fertigkeiten und entwickelten Handlungsstrategien können für die Patienten und pflegenden Angehörigen im Krankenhaus am Schluss der Beratung eindeutig sein, zu Hause jedoch wider Erwarten Probleme mit sich bringen.³⁵⁶ Daher ist es sinnvoll telefonische Nachsorgeprogramme durchzuführen. Diese erhöhen nicht nur die Zufriedenheit der Patienten und pflegenden Angehörigen, sondern stellen auch ein sinnvolles Mittel zur Festigung bereits erlernter Fertig- und Fähigkeiten dar.³⁵⁷ Es bietet außerdem die Möglichkeit, Defizite und Lücken frühzeitig zu erkennen und sichert pflegerische Kontinuität.³⁵⁸ Zu den Aufgaben des Pflegeberaters gehört auch, den Beratungsstand und ggf. den weiter bestehenden Beratungs- und Unterstützungsbedarf an die nachsorgende Einrichtung zu übermitteln.³⁵⁹ Dies kann, wie in der Ablaufbeschreibung der „ambulanten Nachsorge“ (vgl. Kap. 3.2.4.2) beschrieben, bei der Kontaktaufnahme des weiterbetreuenden Pflegedienstes auf den Stationen geschehen und im Überleitungsbericht als freitextlicher Anhang vermerkt werden.

³⁵¹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 42

³⁵² Vgl. ebd. (2002) S. 45

³⁵³ Vgl. Culley (1996) S. 22

³⁵⁴ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10

³⁵⁵ Vgl. Culley (1996) S. 179

³⁵⁶ Vgl. London (2003) S. 67

³⁵⁷ Vgl. ebd. (2003) S. 67

³⁵⁸ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 46

³⁵⁹ Vgl. ebd. (2002) S. 10

5.6.3 Kompetenzen des Pflegeberaters

Der Pflegeberater sollte Fach-, Methoden-, Sozialkompetenz für die Ausübung der Pflegeberatung mitbringen.

Unter Fachkompetenz werden fachliche Kenntnisse und fachliche Fertigkeiten verstanden.³⁶⁰ Im Rahmen von Pflegeberatung beinhaltet die fachliche Kompetenz unter anderem pflegerisches Wissen und Erfahrungen³⁶¹ sowie Grundsätze der Kommunikation und Interaktion,^{362 363} aber auch Grundkenntnisse über die Möglichkeiten und Strukturen weiterversorgender Einrichtungen und Wissen über die Struktur der Kostenträger und ihrer Zuständigkeiten.³⁶⁴

Unter der Methodenkompetenz wird verstanden, dass der Mensch instrumentell und selbstorganisiert handeln und Problemstellungen durch geistiges Vorwegdenken lösen kann.³⁶⁵ Im Rahmen der Pflegeberatung werden zu Ausübung von Anleitungen und Schulungen pädagogisch- didaktische Schlüsselqualifikationen verlangt, die dem Pflegeberater ermöglichen, über primär medizinische- pflegerische Sachverhalte hinaus, die situativen Gegebenheiten und Bedarfslagen der chronisch Kranken und seiner pflegenden Angehörigen zu erfassen, um dann Wissen und Pflegekompetenzen an Patienten und pflegende Angehörige zu vermitteln.³⁶⁶ Für die Ausführung von Beratungen sollte der Pflegeberater Kenntnisse über Beratungstheorien und -ansätze beherrschen sowie zwischen Beratungsmethoden und Strategien der Ansätze auswählen können, um die Ansprüche einer integrativen, prozessorientierten Beratung zu erfüllen.

Unter der Sozialkompetenz wird ein beziehungsorientiertes Verhalten verstanden, welches ein gemeinsames Entwickeln von Zielen und Plänen ermöglicht.³⁶⁷ Im Rahmen der Pflegeberatung soll eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden, die die Situation des Patienten und seiner pflegenden Angehörigen empathisch erfasst, die Werte des Patienten und seiner Familie akzeptiert und ihr wertschätzend

³⁶⁰ Vgl. Schneider (2003) S. 90

³⁶¹ Vgl. Dangel (2004) S. 50, ebenso vgl. Institut für Empirische Soziologie (1995) S. 294

³⁶² Vgl. Schulz von Thun (2000) S. 64ff.

³⁶³ Vgl. ebd. (2003) S. 280

³⁶⁴ Vgl. Dangel (2004) S. 50

³⁶⁵ Vgl. Schneider (2003) S. 90

³⁶⁶ Vgl. Institut für Empirische Soziologie (1995) S. 294

³⁶⁷ Vgl. Schneider (2003) S. 90

gegenübertritt.³⁶⁸ Der Pflegeberater sollte den Patienten als einen Menschen wahrnehmen, der im Verlauf seiner Sozialisation zu einem Experten geworden ist, und dementsprechend seine Erfahrungen und Vorstellungen in den Beratungsprozess einbeziehen. In der Zusammenarbeit mit dem multidisziplinären Entlassungsteam, ist die Kooperationsfähigkeit mit anderen Berufsgruppen gefordert.³⁶⁹

5.7 Tabellarische Darstellung der Pflegeberatung

5.7.1 Abgrenzung der Beratungsanteile innerhalb des Entlassungsteams des BAKB

Bislang dominierten organisationsbezogene Beratungsinhalte im Entlassungsprozess des BAKB. Die Beratungsanteile des Sozialdienst umfassen, die Information über Versorgungsangebote, die Beantragung von Versicherungsleistungen und die Vermittlung des Kontaktes zu Leistungsanbietern.³⁷⁰

Diese Beratungsanteile werden durch den Pflegeberater erweitert, der Informationen, Anleitungen und Schulungen zum Erwerb notwendiger pflegerischer und therapeutischer Handlungen sowie non - direktive Beratungen zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz, psychosozialen Stabilisierung und Bewältigung von Gesundheitsproblemen bietet.³⁷¹

Die Bemühung um eine multidisziplinäre, konstruktive und kontinuierliche Patientenversorgung,³⁷² sowie die Unterstützung der Patienten bei der Bewältigungsarbeit³⁷³ sind integrale Bestandteile jeder Gesundheitsprofession, allerdings mit unterschiedlichen Schwerpunkten.³⁷⁴

³⁶⁸ Vgl. Schneider (2003) S. 67

³⁶⁹ Vgl. Dangel (2004) S. 51

³⁷⁰ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 32

³⁷¹ Vgl. ebd. (2006) S. 88

³⁷² Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 17

³⁷³ Krankheits- und pflegebezogene Bewältigungsarbeit, Aufrechterhaltung des Alltags, biographische Rekonstruktionen und psychosozialen Bewältigungsarbeiten zur Anpassung an neue Situationen, sowie der Erwerb neuer Selbstmanagementkompetenzen. Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 32

³⁷⁴ Vgl. ebd. (2004) S. 32

Beratungsanteile innerhalb des Entlassungsteams (Tabelle Nr. 3)

<p>Pflegeberatung</p>	<p>? Problemlösungs- und ressourcenorientierte Beratungen zu pflegerischen Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Alltagsbezogene Beratungsschwerpunkte ? Krankheits- und pflegebezogene Schwerpunkte ? Psychosoziale und biographische Beratungsschwerpunkte <p>(vgl. Kap. 5.6.2)</p>
<p>Sozialdienst</p>	<p>? Beratungen zu organisatorischen Schwerpunkten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Vermittlung von weiterversorgenden Einrichtungen (Stellen Kontakte zu Pflegediensten, teilstationären, stationären Einrichtungen her, Vermitteln Rehabilitationen, Anschlussheilbehandlungen und Hospiz Versorgungen etc.) ? Sicherung finanzieller Grundlagen (Beratung über Leistungsansprüche und weitere finanzielle Hilfen) ? Vermittlung weiterbetreuender und ergänzender Dienste (Mahlzeitendienste, Hausnotruf, Fahrdienste, ehrenamtliche Leistungsangebote). Es kann zu Überschneidungen mit Pflegeberatung kommen und Bedarf in diesem Punkt Abstimmungen ? Beantragung von Hilfsmitteln (Weiterleitung an die entsprechenden Stellen), damit ist nicht die Beratung zu den einzelnen Hilfsmitteln gemeint.

Pflegekräfte auf den Stationen	<p>? Alltagsberatungen, als Anteil ihrer professionellen Tätigkeit:</p> <p>? Im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit, werden punktuelle Informationen übermittelt und über Abläufe informiert</p> <p>? Aus der Situationen heraus werden Gespräche geführt, die Anteilnahme und Trost spenden</p> <p>? Bei der Durchführung von Pflegehandlungen werden Patienten zu kleineren Maßnahmen angeleitet wie, z.B. bei der Anwendung von Dosieraerosolen</p>
Ärzte	<p>? Alltagsberatungen, als Anteil ihrer professionellen Tätigkeit:</p> <p>? Aufklärung über die Erkrankung und dessen Verlauf</p> <p>? Aufklärung über den Gesundheitsstatus und die bestehenden Perspektiven</p> <p>? Verordnung von Hilfsmitteln</p>
Externe Mitarbeiter	<p>? Spezielle Sach- und Durchführungsberatungen:</p> <p>? Entero- und Urostoma Beratung und Versorgungssicherstellung sowie Wundberatung bis in die häusliche Versorgung hinein (vgl. Kap. 3.5.2)</p> <p>? Tracheostoma- und PEG- Beratung und Versorgungssicherstellung, sowie parenterale Ernährungsberatung und Sicherstellung (vgl. Kap. 3.5.2)</p>

5.7.2 Eingliederung der Pflegeberatung in den Entlassungsprozess des BAKB im Hinblick auf die Vorgaben des Expertenstandards

Das organisatorische Vorgehen in dem Entlassungsprozess des BAKB beruht auf einem dezentralen System und einer zentralen Pflegeberatung.(vgl. Kap. 4.4) Die einzelnen Aufgaben, die im Standard genannt werden, werden arbeitsteilig von den Pflegenden der Stationen, der Pflegeberatung, dem Sozialdienst, den Ärzten und den externen Berufsgruppen ausgeführt. Die Pflegefachkräfte sind Teil eines multidisziplinären Teams. Alle Beteiligten führen ihre Aufgaben in enger Abstimmung arbeitsteilig durch. Es ist keine alleinige koordinierende Instanz vorhanden. Die Informationen der

beteiligten Berufsgruppen laufen bei den entsprechenden Bereichspflegekräften auf den Stationen zusammen. Die Aktivierung der einzelnen Berufsgruppen erfolgt durch die Pflegekräfte, die aufgrund der Pflegeanamnese, der ständigen Präsenz auf den Stationen und dem häufigeren Kontakt zu den Patienten die Situationen und den Bedarf am besten einschätzen können. Die involvierten Berufsgruppen erheben aus ihrer Sicht den Bedarf, treffen untereinander Absprachen und erteilen schriftliche Rückmeldungen über eingeleitete Verfahren und weitere Notwendigkeiten. Die Pflegekräfte der Stationen archivieren diese Rückmeldungen in der Patientenakte und vermerken die getätigten Aktivierungen anderer Berufsgruppen in der Pflegekurve. Der sich noch in der Entwicklung befindliche Aktionsplan mit einer Auflistung des Entlassungsteams und der Möglichkeit der Dokumentation aller involvierten Stellen optimiert die Übersicht und Transparenz über die beteiligten Berufsgruppen. Mit Hilfe des Aktionsplans können die Rückmeldungen der anderen Berufsgruppen mit den erhobenen Zielen und Maßnahmen fixiert werden. Somit gewährleistet der Aktionsplan einen Überblick über den Stand einer bedarfsgerechten Entlassung. Im Rahmen der Pflegeberatung enthalten die Rückmeldungen u.a. eine Zusammenfassung der Beratungsinhalte, Anleitungen und Absprachen über die häusliche Organisation und den Bedarf an weiteren Beratungen. Beim Sozialdienst beinhalten diese Rückmeldungen u.a. die Vermittlung weiterversorgender Institutionen und beantragter Hilfsmittel. Bei einer Entlassung könnten die Pflegekräfte der Stationen anhand des Aktionsplanes und den erteilten Rückmeldungen 24 Stunden vorher eine Evaluation der bisherigen Entlassungsvorbereitungen vornehmen und ggf. Änderungen oder erneute Konsultationen der anderen Berufsgruppen anfordern.

Eine bedarfsgerechte Entlassungsplanung nach dem Expertenstandard beinhaltet:

- krankheits- und pflegebezogenen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf (z.B. Wundversorgung, Medikation oder Mobilisation) zu gewährleisten;
- Erfahrungswissen und Ressourcen des Patienten, insbesondere seine Selbstmanagementkompetenzen, zu fördern;
- Unterstützung bei der Bewältigung der veränderten Lebenssituation (Selbsthilfegruppen, Entlastungen pflegender Angehöriger) zu geben;
- Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten (z.B. durch Angehörige, ambulante Pflegedienste, ergänzende Dienste) zu organisieren;

- eine angemessene Auswahl und Koordination von Dienstleistungen anzubieten.³⁷⁵

Diese vorgegebenen Anforderungen werden nach der Einführung der Pflegeberatung in das Entlassungsteam des BAKB erfüllt.

Eine endgültig abschließende Nachsorge ist bis jetzt lediglich für den Pflegeberater vorgesehen. Die Intention dabei ist, unvorhergesehene Probleme im häuslichen Bereich aufzufangen und klärende Maßnahmen einzuleiten. Dem Patienten dienen diese Nachsorgeprogramme zur Vertiefung neugelernter Informationen, dem Pflegeberater bieten sie Anregungen zur weiteren Optimierung des Beratungsprozesses. Die Ergebnisse der abschließenden Nachsorge durch den Pflegeberater ergänzen den Aktionsplan. Ein abschließender Evaluationsbogen liegt zur Zeit noch nicht vor.

Eine qualitative Patientenbefragung wäre jedoch in der telefonischen Nachsorge denkbar. Quantitative Erhebungen sollten retrospektiv anhand von Wiedereinweisungsraten und Gesundheitszuständen der Patienten statistisch erfasst werden.

³⁷⁵ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 58

Tabellarische Eingliederung der Pflegeberatung in den Entlassungsprozess des BAKB (Tabelle Nr. 4)

Vorgaben des Expertenstandard Die Ablaufgestaltung orientiert sich am Pflegeprozessmodell	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst / Ärzte	Patienten /Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Informations -sammlung:</p> <p>Eine systematische Einschätzung des poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarf liegt vor.³⁷⁶</p> <p>Initiales Assessment:</p> <p>Initiales Assessment mit der Erfassung der Risikoparameter des Patienten.³⁷⁷</p>	<p>Ein initiales Assessment ist zzt. in diesem Umfang nicht vorhanden. Es wird eine Patientenanamnese erhoben. Daraus folgt die Einschätzung und Anforderung des Sozialdienstes und der Pflegeberatung.</p>		<p>Ärzte: Durchführung ärztlicher Anamnesen, dabei ggf. Anforderung des Sozialdienstes und der Pflegeberatung.</p> <p>Sozialdienst: Bei Hilfsmittel beantragungen und Regelungen mit der Krankenkasse findet nicht immer ein persönlicher Kontakt mit dem Patienten statt, sondern Anträge werden aufgrund von Anforderungen gestellt.</p>	<p>Patienten und Angehörige werden in die Pflegeanamnese einbezogen.</p>	

³⁷⁶ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 52

³⁷⁷ Das initiale Assessment dient dazu, erste Anhaltspunkte zu gewinnen, welche Schwerpunkte der Unterstützungsbedarf aufweist und welche Stellen dementsprechend in die Entlassungsvorbereitung einbezogen werden müssen. Es kann in Fachabteilungen entfallen, in denen Patienten regelmäßig ein erhöhtes Risiko schlechter Entlassungsergebnisse aufweisen. Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 76

Vorgaben des Expertenstandards	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Differenziertes Assessment:</p> <p>Erfassung des konkreten Unterstützungsbedarfs, wobei pflegerische Kernelemente der Beratung und Edukation im Mittelpunkt stehen sollten.³⁷⁸</p>	<p>Zum jetzigen Zeitpunkt liegt noch kein differenziertes Assessment vor. Auf der Grundlage der Krankheitsverlaufskurve wäre dies jedoch sehr gut mit dem entwickelten Pflegeberatungskonzept kompatibel. (vgl. Kap. 4.2)</p>	<p>Die erste Einschätzung des Beratungsbedarfs für die Zielgruppe erfolgt durch einen intensiven Kontakt zu den Pflegekräften auf den internistischen Stationen, durch die Teilnahme an Übergaben und Visiten sowie durch Zuhilfenahme der Pflegedokumentationen und EDV- Programme. (vgl. Kap. 5.5.1). Nach Einführung der Pflegeberatung kann der Pflegeberater das differenzierte Assessment übernehmen.</p>	<p>Sozialdienst:</p> <p>Bei persönlichem Beratungsbedarf nimmt der Sozialdienst aufgrund der Anforderung durch Ärzte und Pflegepersonal Kontakt zu den Patienten und Angehörigen auf und eruiert die Situation aus seiner Sicht. Wenn es z.B. um Anträge zur Betreuungseinrichtung und stationären Versorgung geht.</p>	<p>Patienten und Angehörige werden als mitgestaltende Akteure in das Assessment mit einbezogen.</p>	

³⁷⁸ Das differenzierte Assessment sollte klar definierte Kriterien enthalten die auf die Patientengruppen zugeschnitten sind und den Unterstützungsbedarf erheben. Der Expertenstandard schlägt eine Orientierung an der Krankheitsverlaufskurve vor. Die alltagsbezogene, krankheitsbezogene sowie psychosozial- biographische Aspekte der Patienten, im Bezug zu ihrer speziellen Situation, den Pflegeproblemen und Ressourcen erfasst. Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 52

Vorgaben des Expertenstandards	Pfleger der Stationen	Pflegerberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Zielsetzung und Planung</p> <p>Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungs-erfordernisse der poststationären Versorgung hervorgehen.³⁷⁹ Die Erstellung eines Aktionsplans soll die Aufgabenanteile und die poststationären Ziele der beteiligten Berufsgruppen benennen und gegenüber der Angehörigen transparent machen.³⁸⁰</p>	<p>Ein Aktionsplan ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vorhanden, er befindet sich in der Erstellungsphase. Die jeweiligen Bezugspflegerkräfte treffen bereits Absprachen mit anderen Mitgliedern des Entlassungsteams und vermerken Entlassungsvorbereitungen und Rückmeldungen in der Patientenakte.</p>	<p>Das planvolle Vorgehen innerhalb der Beratung wird durch die Orientierung am Phasenmodell von Sue Culley ermöglicht. (vgl. Kap. 5.3.1) Des Weiteren geben die Abstimmungen mit den anderen Berufsgruppen die zu planende Strukturen vor, die im Beratungsvertrag mit dem Patienten (vgl. Kap. 5.3.1) schriftlich fixiert werden.</p>	<p>Der Sozialdienst erörtert gemeinsam mit dem Patienten, den Pflegekräften, den Ärzten sowie dem Pflegerberater das weitere Vorgehen und erstellt Rückmeldungen an die Stationen.</p> <p>Ärzte: Unter Berücksichtigung der geregelten Versorgung des Patienten wird der Entlassungszeitpunkt unter Verantwortung der Ärzte festgelegt.</p>	<p>Patient und Angehörige werden in die Planung einbezogen. Die Patienten erhalten somit eine erste Orientierung über notwendige Veränderungsmaßnahmen (z.B. Beschaffung von Hilfsmitteln, der Kontaktaufnahme zu Pflegediensten).³⁸¹ Sie werden vom Sozialdienst, den Ärzten, den Pflegekräften und der Pflegerberatung bei der Koordination und Organisation der neuen Anforderungen und der Normalisierung ihres Lebens unterstützt.</p>	<p>Externe Mitarbeiter werden bei Entero,- Uro-Trachestoma, sowie PEG- und aufwendiger Wundversorgung von den Pflegekräften der Stationen hinzugezogen. (vgl. Kap. 3.5.2)</p>

³⁷⁹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 53

³⁸⁰ Vgl. ebd. (2004) S. 53

³⁸¹ Vgl. ebd. (2004) S. 53

Vorgaben des Expertenstandards	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Durchführung</p> <p>Patienten und Angehörigen werden bedarfsgerechte Schulungen und Beratungen angeboten, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.³⁸²</p>	<p>Durch die Beteiligung des multidisziplinären Teams, stellen die Pflegekräfte Beratung und Schulung sicher. Des Weiteren stimmen sie Termine zur persönlichen Pflegeübergabe mit den Pflegediensten ab. Je nach Problemstellung werden ggf. die anderen Berufsgruppen hinzugezogen. Ist dies aus organisatorischen Gründen nicht möglich, werden die schriftlichen Rückmeldungen der anderen Berufsgruppen hinzugezogen, die den Entwicklungsstand und das weitere Vorgehen enthalten.</p>	<p>Patienten und Angehörigen werden Beratungen und Schulungen angeboten. (vgl. Kap. 5.6.2) Beratungen sollten so früh wie möglich nach der Aufnahme beginnen, um auch komplexere Problembereiche bearbeiten zu können. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer (vgl. Kap. 3.1.3) können ca. 3-6 Beratungssitzungen erfolgen. Rückmeldungen über den Beratungsstand und den weiteren Beratungsbedarf werden den Stationen übermittelt.</p>	<p>Sozialdienst: Weiterversorgende Einrichtungen werden gemeinsam mit Patienten und Angehörigen ausgewählt und die Finanzierungsgrundlagen und die erforderlichen Hilfsmittel sichergestellt. Es wird der Kontakt mit dem Pflegedienst hergestellt. Bei komplexen und neuen Pflegesituationen wird eine gemeinsame Pflegeübergabe mit den Stationen und dem Pflegedienst organisiert. Rückmeldungen über besprochene Elemente erfolgt an die Stationen. Ärzte klären den Patienten über die Erkrankung, den Verlauf und mögliche Perspektiven auf.</p>	<p>Patienten und Angehörige versuchen durch Beratung und Schulungen die krankheitsbedingten Lebensveränderungen und Versorgungsanforderungen zu bewältigen und in ihr Leben zu integrieren. Sie wissen, wie und wo sie nach der Entlassung Unterstützung und Hilfestellung erhalten.</p>	<p>Externe Mitarbeiter unterstützen durch Anleitungen und Bereitstellungen der Verbrauchsmaterialien die Übergänge in andere Versorgungsbereiche. Sie erteilen zzt. noch mündliche Rückmeldungen an die Stationen.</p> <p>Pflegedienste nehmen bei komplexem und neuem Pflegebedarf Kontakt zu den Stationen und den entsprechenden Bereichspflegekräften auf.</p>

³⁸² Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 55

Vorgaben des Expertenstandards	Pfleger der Stationen	Pflegerberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Koordination</p> <p>Die Pflegekraft stimmt in Kooperation mit dem Patienten, seinen Angehörigen, den internen und externen Berufsgruppen und Einrichtungen den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf ab. Des Weiteren bietet sie der weiter betreuenden Einrichtung unter der Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen eine Pflegeübergabe an.³⁸³</p>	<p>Sämtliche Informationen werden in Form von Rückmeldungen auf den Stationen gesammelt. Nachdem die Versorgung gesichert, die Patienten auf die poststationäre Versorgung vorbereitet und der Entlassungstermin mit den Angehörigen unter Verantwortung der Ärzte abgesprochen wurde, werden die Angehörigen und der Pflegedienst vom Pflegepersonal informiert und der Entlassungszeitpunkt mit den Beteiligten abgestimmt.</p>	<p>Der in den Beratungen ermittelte Beratungsbedarf sowie der Bedarf durch andere Berufsgruppen des Entlassungsteams wird durch den Pflegeberater organisiert und an die Stationen zurückgemeldet.</p>	<p>Ärzte legen in Kooperation mit dem Patienten und Angehörigen das Entlassungsdatum fest. Sie erteilen darüber Rückmeldung an die Bereichspflegekräfte und legen den weiteren Bedarf an medizinischer Behandlung fest und erstellen einen Entlassungsbrief.</p>	<p>Gesundheitliche Veränderungen und Bedürfnisse der Patienten & Angehörigen werden von ihnen an die Pflegekräfte übermittelt und in die Entlassungsplanung einbezogen.</p>	

³⁸³ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 56

Vorgaben des Expertenstandards	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Evaluation:</p> <p>Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet. Die Perspektive aller Beteiligten wurde zusammengeführt. Eine Überprüfung und eine evtl. Modifikation der Entlassungsplanung findet 24 Stunden vor der Entlassung statt.³⁸⁴</p>	<p>Zur Zeit findet noch keine Evaluation statt. Mit Hilfe der sich in Entwicklung befindenden Aktionsplanung und den erfolgten Rückmeldungen der beteiligten Berufsgruppen, ist die Evaluation einer Entlassungsplanung mit dem Patienten und seinen Angehörigen möglich. Die Bereichspflegekraft beschreibt die Pflegesituation anhand der Kriterien des Pflegeüberleitungsbogen. Dieser wird am Vortag der Entlassung, an die weiterversorgende Einrichtung gefaxt.</p>	<p>Der Pflegeberater vollzieht 24 Stunden vor der Entlassung eine Evaluation der im Beratungsprozess gesetzten Ziele. Er prüft, ob die vermittelten Wissensinhalte und Fertigkeiten sowie die entwickelten Handlungsstrategien zu den gewünschten Problemlösungen führen. Ggf. können Ergänzungen oder Wiederholungen erfolgen. Des Weiteren wird zusätzlich zum Pflegeüberleitungsbogen der weitere Beratungsbedarf als Formular für die nachstationären Bereiche festgehalten.</p>		<p>Patienten und Angehörige haben mit der Evaluation, die Möglichkeit kurzfristige Veränderungen (z.B. Erkrankung der pflegenden Bezugsperson) in die Entlassungsplanung mit einfließen zu lassen. Durch die Evaluation mit der Pflegeberatung wird dem Patienten noch einmal Sicherheit vermittelt, da neu erworbene Kompetenzen gefestigt werden.</p>	

³⁸⁴ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 58

Vorgaben des Expertenstandards	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
Entlassung	Der Transport wird organisiert, die entsprechenden Medikamente, Verbandmaterialien und der Entlassungsbrief werden dem Patienten mitgegeben.				

Vorgaben des Expertenstandards	Pflegende der Stationen	Pflegeberater	Sozialdienst /Ärzte	Patienten / Angehörige	Externe Mitarbeiter / nachstationäre Pflegedienste
<p>Abschluss Evaluation:</p> <p>Der Patient und seine Angehörigen haben die geplante Versorgungsleistung und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.³⁸⁵ Zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität findet nach erfolgter Entlassung telefonisch oder durch Hausbesuche eine endgültige Ergebnisprüfung statt.³⁸⁶</p>	<p>Zur Zeit ist keine Evaluation des gesamten Entlassungsprozesses vorhanden.</p>	<p>Ist eine Pflegeberatung im Rahmen des Entlassungsprozesses bei einem Patienten erfolgt, führt der Pflegeberater nach 1-2 Tagen telefonische Nachsorgeprogramme durch, um unerwartete Pflegeprobleme zu beheben und um die im Krankenhaus vermittelten Kompetenzen zu festigen. Telefonische Nachsorgeprogramme vermitteln Sicherheit, schützen vor Überforderung und tragen zur Zufriedenheit der Patienten und Angehörigen bei. Des Weiteren gewährleisten sie pflegerische Kontinuität.</p>	<p>Sozialdienst:</p> <p>Erhält Rückmeldung vom Pflegedienst, ob Entlassungsprozess gut verlaufen ist.</p>	<p>Patient und Angehörige haben bei auftretenden Schwierigkeiten oder bei Wunsch nach weiteren ambulanten unterstützenden Diensten, in dem Pflegeberater einen poststationären Ansprechpartner.</p>	<p>Pflegedienst:</p> <p>Der Kooperationspartner des Krankenhauses, erteilt bei neu übernommenen Patienten eine Rückmeldung über den Überleitungsverlauf an den Sozialdienst.</p>

³⁸⁵ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 59

³⁸⁶ Vgl. ebd. (2004) S. 58

6. Zusammenfassung

Die Tendenzen der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen stellen sämtliche Einrichtungen, vor allem aber die Krankenhäuser, vor die Konsequenzen, sich stärker als gewohnt mit den Übergängen in andere Sektoren zu beschäftigen. Durch die Rahmenvorgaben des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege erweitert sich die Perspektive der Entlassungsplanung von der ausschließlichen Vermittlung weiterversorgender Dienstleistungen hin zu einem abgestimmten Handlungsschemata, welches vermehrt die Gesamtsituation des Patienten im Blick hat. Neben der Koordination des Entlassungsprozesses steht die Stärkung der Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten und seiner Familie im Umgang mit der meist neuen Situation nach dem Krankenhausaufenthalt, im Mittelpunkt des Entlassungsprozesses.³⁸⁷ Die individuelle Pflegeberatung unterstützt diesen Prozess, indem Patienten und pflegende Angehörige auf die poststationäre Phase vorbereitet werden. Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Konzeptes zur Umsetzung von Pflegeberatung im Rahmen des Entlassungsmanagements des BAKB in Anlehnung an die Empfehlungen des Expertenstandards Entlassungsmanagement.

Das entwickelte Pflegeberatungskonzept beruht auf einem integrativen Beratungsverständnis, welches direktive und non- direktive Vorgehensweisen umfasst und dem Beratungsansatz von Sue Culley folgt. Dieser Beratungsansatz geht auf individuelle Bedürfnisse und Bedarflagen der Patienten und pflegenden Angehörigen ein, ermöglicht die Beseitigung von Informationsdefiziten zur Durchführung, Auswirkung und Möglichkeiten der Pflege. Des Weiteren bietet der Ansatz Unterstützung zur Klärung von Problemen, Ängsten und Unsicherheiten und hilft bei der Integration von krankheits- und pflegebedingten Anforderungen in das Leben der Betroffenen, so dass ein Beratungsverständnis über die reine Wissensvermittlung hinaus besteht. Die Orientierung der Beratung an der Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss trägt zur inhaltlichen Strukturierung und Abgrenzung von Beratungsanteilen bei. Des Weiteren sensibilisiert diese Orientierung für die Krankheits- und Pflegeverläufe der Patienten und Angehörigen dessen biographischen, alltäglichen, pflege- und krankheitsbezogenen, sowie psycho-sozialen Anforderungen. Der Beratungsprozess wird in diesem Konzept als ein gemeinsamer Prozess zwischen Berater und Patient verstanden, indem situationsbezogene Entscheidungen und Wege ausgehandelt und

³⁸⁷ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 31

entwickelt werden.³⁸⁸ Der Patient legt Ziele selber fest und wird beim Erarbeiten der Problemlösungsprozesse vom Pflegeberater begleitet.³⁸⁹ Der Patient wird somit in seiner Selbstbestimmung und Selbststeuerung unterstützt und die Kontrolle über das eigene Leben wird gefördert.³⁹⁰ Das Ziel des Konzeptes ist die Gewährleistung einer qualifizierten Beratung, Schulung und Anleitung von Patienten und pflegenden Angehörigen bis in die häusliche Versorgung hinein, um somit eine Überlastung von Patienten und pflegenden Angehörigen und kurzfristige Wiederaufnahmen in das Krankenhaus zu vermeiden. Eine mögliche und theoretische Eingliederung der Pflegeberatung in den bestehenden Entlassungsprozess des BAKB erfolgt in einer tabellarischen Ablaufbeschreibung des multidisziplinären Entlassungsteams im Hinblick auf die Vorgaben des Expertenstandards.

7. Schlussbetrachtung

Mit der Integration von Pflegeberatung (vgl. Kap. 5.7.1) in den Entlassungsprozess werden die gesundheitspolitisch angestrebten und gesetzlich neu festgeschriebenen (vgl. Kap. 3.1) beratenden Aspekte der Pflege umgesetzt. Diese Erweiterung geht auf die komplexen Belastungssituationen (vgl. Kap. 5.2) der Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen ein.³⁹¹ Die systembedingte bisherige Trennung zwischen therapeutischem Handeln der Institution und dem Lebensweltbezug der Patienten wird durch die Pflegeberatung und ihren Inhalten (vgl. Kap. 5.6.2) zusammengeführt.³⁹² Somit bietet sich für die Pflege auch die Möglichkeit, auf die Forderungen des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einzugehen, die einen angemessenen aktiveren Einbezug von sozialen, lebensweltlichen und biographischen Bezügen von Patienten und Angehörigen in den Behandlungsprozess fordert.³⁹³ Die Pflege berücksichtigt die gesellschaftlichen Veränderungen und leistet einen Beitrag zur Reaktivierung von Selbstversorgungspotentialen bei chronisch Kranken und seinen pflegenden Angehörigen.³⁹⁴ Pflegeberatung geht neben den Patientenbedürfnissen, auch auf die Interessen der Verwaltungsstellen des Krankenhauses ein.³⁹⁵ Die Pflegeberater sollten daher die zuständigen

³⁸⁸ Koch - Straube (2001) S. 78

³⁸⁹ Vgl. Norwood (2002) S. 49, ebenso vgl. Koch - Straube (2003) S. 6; S. 72

³⁹⁰ Vgl. Koch - Straube (2001) S.72

³⁹¹ Vgl. Gittler - Hebestreit (2006) S. 86

³⁹² Vgl. Schönlau (2005) S. 103

³⁹³ Vgl. Sachverständigen Gutachten (2000/2001) Band III (ausführliche Zusammenfassung) S. 62

³⁹⁴ Vgl. Müller - Mundt (2000) S. 47

³⁹⁵ Vgl. London (2003) S. 31

Verwaltungsstellen über die Bedeutung der Pflegeberatung aufklären und ihnen die entstehenden Vorteile bewusst machen.³⁹⁶

Pflegeberatung dient zur Sicherung der Versorgungsqualität,³⁹⁷ hilft Überlastungen von Patienten und pflegenden Angehörigen zu vermeiden und stärkt deren Selbstversorgungspotentiale.³⁹⁸ Dadurch können Patienten und ihre pflegenden Angehörigen Probleme schneller erkennen und darauf reagieren. Diese Aspekte verringern Rehospitalisierungen und verkürzen routinemäßige Aufenthalte, welches dem Krankenhaus einen ökonomischen Nutzen und eine langfristige positive Publicity in der Öffentlichkeit durch vermehrte Patientenzufriedenheit sichert.

Die Integration von Pflegeberatung in den Entlassungsprozess kann somit als ein wesentlicher Beitrag eines erfolgreichen Entlassungsmanagements angesehen werden.

Die modellgestützte Herangehensweise des entwickelten Pflegeberatungskonzeptes gemäß den Vorgaben des Expertenstandards Entlassungsmanagement, erfüllt die Ergebniskriterien (E 3 und zum Teil E 6)³⁹⁹ und erleichtert zugleich den Einstieg in die Beratungspraxis. Die Standardaussage des Expertenstandards, dass jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf eine individuelle Entlassungsplanung zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung erhält,⁴⁰⁰ was in diesem Fall auch die Pflegeberatung umfasst, kann nicht erfüllt werden. Da die Einrichtung einer Planstelle eine Eingrenzung des zu beratenden Klientel erforderlich macht.

Die Einführung einer zentralen Pflegeberatung stellt meines Erachtens einen guten Anfang dar, um Beratung in der Pflege sukzessiv in das Bewusstsein der Pflegekräfte auf den Stationen einzuführen und / oder weitere Pflegeberater für diese Aufgabe zu gewinnen. Durch die Einrichtung einer zentralen Pflegeberatung und die Durchführung durch eine Pflegekraft, die sich weitergebildet hat, würde die Pflegeberatung als Kompetenzzuwachs der eigenen Profession beibehalten werden. Zugleich sollten auch Fort- und Weiterbildungen zur Kompetenzerweiterung der Pflegekräfte auf den Stationen angeboten werden, um die Anforderungen des Expertenstandards zu erfüllen⁴⁰¹ und eine weitere Professionalisierung der Pflegekräfte voranzutreiben.

³⁹⁶ Vgl. Lubkin (2002) S. 533

³⁹⁷ Vgl. Müller - Mundt (2000) S. 49

³⁹⁸ Vgl. ebd. (2000) S. 43

³⁹⁹ Vgl. Anhang Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10

⁴⁰⁰ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2002) S. 10

⁴⁰¹ Vgl. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege (2004) S. 90

Ein besonderes Anliegen der Autorin gehört der bestehenden Pflegeanamnese⁴⁰² des BAKB, welche einer Überarbeitung bedarf, um die Voraussetzungen des initialen Assessments zu erfüllen. In der Pflegeanamnese wird hauptsächlich der körperliche Aufnahmezustand mit einer starken Defizitorientierung erhoben. Die Erfassung der Lebenssituation, die zuletzt bestandene Pflegesituation und die Situation der betreuenden Angehörigen sowie die Frage nach letzten Krankenhausaufenthalten kommen zu kurz.⁴⁰³ Die in der Verfahrensanweisung „ambulante Nachsorge“ hinterlegten Kriterien, die eine komplexe Pflegesituation (vgl. Kap. 3.2.4.2) beschreiben, sollten meines Erachtens in die Pflegeanamnese integriert werden, damit der Zusammenhang von Informationssammlung und dem abgeleiteten Bedarf ersichtlich wird. Des Weiteren sollte das Pflegeanamnesegespräch einen Leitfaden bilden, der diese Bereiche erfragen lässt.

Das Fehlen der Assessmentinstrumente ist ein elementares Problem für die Umsetzung des Expertenstandards. Ohne Zuverlässige Instrumente können weder Risikopatienten sicher erkannt, noch der individuelle Pflegebedarf detailliert erhoben werden.⁴⁰⁴

Dem Assessment kommt somit eine zentrale Rolle zu, da es die Grundlage für weitere Schritte im Entlassungsprozess bildet.⁴⁰⁵

Die Diplomarbeit umfasst eine theoretische Fundierung des Pflegeberatungskonzeptes, ermöglicht eine weitere Annäherung an den Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege und stellt eine mögliche Integration der Pflegeberatung in den bestehenden Entlassungsprozess des BAKB dar. Die konkrete Implementierung, die Bekanntgabe und die in Schritten umzusetzende Einführung bleibt in dieser Arbeit unbeschrieben.

⁴⁰² Der Pflegeanamnese wurde ihrer theoretischen Basis entrissen und zur handwerklichen Checkliste; Konsequenz daraus ist die Einengung der Perspektive der Pflegenden auf den körperlichen Status; Schwachstellen bilden die Betrachtung der Individualität, des Kontextes und die Gestaltung einer tragfähigen Beziehung.

⁴⁰³ Vgl. Dangel (2004) S. 49

⁴⁰⁴ Vgl. ebd. (2004) S. 113

⁴⁰⁵ Vgl. ebd. (2004) S. 108

8. Literatur

- **Bachmair, Sabine** et al. (1999): Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. 2. Auflage, Weinheim; Basel: Beltz Verlag
- **Badura, Bernhard**, Feuerstein, Günter, Schott, Thomas (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa- Verlag
- **Bartel, Dorothee** (2005) Vortrag anlässlich des Hauptstadtkongresses 2005 Berlin, am 17.Juni 2005 Beratungskompetenz in der Pflege- Förderung/ Integration in der Aus- und Fortbildung. Veröffentlicht unter: www.beratunginderpflege.de/pdf/bericht/Vortrag-Beratungskompetenz-in-der-Pflege-pdf. vom 20.12.05
- **Behörde für Wissenschaft und Gesundheit**,(2002): Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Abteilung Gesundheit, Fachabteilung Versorgungsplanung, Gesundheitsstatistik: Krankenhausbericht für Hamburg 2002, Teil I Stand: August 2004,
2. überarbeitete Fassung, zu beziehen im Internet unter:
www.fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/wissenschaft-gesundheit/gesundheits/krankenhaeuser/bericht/start.html. 20.02.06
- **Beier, Jutta** (2005) Pflegepädagogik Prinzipien patientenorientierter Information und Beratung: Pädagogische Strategien situationsgerecht anwenden. In: Pflegezeitschrift Nr. 58, Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege, Oktober 2005, S. 636-639
- **Benner, Patricia; Wurbel, Judith**(1997): Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Aus dem amerikanischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- **Bräutigam, Christoph** (2003) Symposium „Beratung in der Pflege-Chance und Herausforderung“ 7. November 2003 in Herdecke ...zur Entwicklung eines Beratungskonzeptes für die Pflege. Veröffentlicht unter: www.beratunginderpflege.de/pdf/bericht/symposium_7.11.2003-Vortrag.pdf
- **Buijssen, Huub** (1996): Die Beratung von pflegenden Angehörigen. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- **Culley, Sue** (2002): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Weinheim; Basel: Beltz Verlag
- **Dangel, Bärbel** (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard. München: Urban Fischer Verlag
- **Dash, Kimberly** et al (Hrsg.) (2000): Entlassungsplanung Überleitungspflege. München; Jena: Urban Fischer Verlag
- **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)** (Hrsg.) (2002): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege; Fachhochschule

Osnabrück

- **Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege** (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung- Implementierung; Fachhochschule Osnabrück
- **Enquetè- Kommission des Deutschen Bundestages** „Demographischer Wandel- Herausforderung an unsere älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik“, Kommissions-Schlussbericht, vom 24.4.2002. Zu beziehen im Internet unter: www.bmgs.bund.de/dn_041/nn; Drucksache 14/8800. 19.12.2005
- **Ewers, Michael**; Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattel: Verlag Hans Huber
- **Gerwin, Birgit, Lorenz-Krause, Regina** (2005): Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen. Unter Berücksichtigung des Corbin – Strauss - Pflegemodells. LIT Verlag Münster
- **Gittler - Hebestreit, Norbert** (2006): Pflegeberatung im Entlassungsmanagement. Grundlagen – Inhalte - Entwicklungen. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH &Co. KG
- **Grötken, Kornelia**, Hokenbecker-Belke, Eva (2006): Das Trajekt- Modell. Im Mittelpunkt: der chronisch kranke Patient als aktiver Partner. In: Die Schwester Der Pfleger; April 2006, S. 270-274
- **Grundböck, Alice** et al (2005) Ausgewählte Ergebnisse einer Evaluationsstudie über ein Wiener Modellprojekt: Entlassungsmanagement durch ambulante Pflegepersonen - Sicht der Patienten und Angehörigen. In: Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Februar 2005, S. 121-127
- **Hedtke- Becker, Astrid**; (1999): Die Pflegenden pflegen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- **Institut für empirische Soziologie** (1995): Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Ergebnisse der Begleituntersuchungen eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen. Projektleitung: Dr. R. Wasilewski. Zu beziehen unter: Institut für empirische Soziologie, Marienstraße 2/IV; 90402 Nürnberg
- **Joosten, Marly** (1997): Die Pflegüberleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Bremen: Altera Verlag
- **Klug- Redmann, Babara** (1996): Patientenschulung und – beratung. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby
- **Koch- Straube, Ursula** (2001): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattel: Verlag Hans Huber

- **Koch-Straube, Ursula** (2003) Symposium „Beratung in der Pflege -Chance und Herausforderung“ 7. November 2003 in Herdecke ...zur Entwicklung eines Beratungskonzeptes für die Pflege. Veröffentlicht unter: www.beratunginderpflege.de/pdf/bericht/symposium_7.11.2003-Vortrag.pdf
- **Königstein, Katja Babara** (2002): Beratung in der Pflege von Patienten mit der Erkrankung Ulcus cruris venosum im Krankenhaus. Diplomarbeit im Studiengang Pflege, an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpolitik,
- **Krankenpflegegesetz** zu beziehen im Internet unter: www.geroweb.de/krankenpflege/krankenpflegegesetz
- **Liebhold und Trinczek** (2002): Methoden der Organisationsforschung. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg
- **London, Fran** (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Aus dem Amerikanischen von Silke Hinrichs, herausgegeben von Angelika Abt - Zegelin, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Lubkin, Illene, Morof** (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege und Gesundheitsberufe. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Lusuardi, Susanne** (Fresenius Kabi Deutschland GmbH) (2004): Überleitungsmanagement. Wege zur Umsetzung in die Praxis; München: Urban & Vogel Medien und Medizin Verlagsgesellschaft
- **Meyer- Rentz, Monika** (2005): Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger - Ein Rahmenkonzept für die Fortbildung von Pflegekräften. Diplomarbeit im Studiengang Pflege, an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpolitik,
- **Moers, Martin; Schiemann, Doris; Schnepf, Wilfried** (Hrsg.) (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Müller- Mundt, Gabriele, Schaeffer, Doris; Pleschberger, Sabine; Brinkhoff, Petra** (2000): Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, Juni 2000, Heft Nr. 2.
- **Norwood, Susan L.** (2002): Pflegeconsulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Michael, J. Huneke, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Petermann, Franz** (Hrsg.) (1997): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. 2. Auflage, Göttingen; Bern; Seattle: Hogrefe Verlag

- **Reibnitz, Christine et al.** (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen; herausgegeben von Klaus Hurrelmann, Weinheim; München: Juventa Verlag
- **Rogers, Carl** (2001): Die nicht - direktive Beratung. 10. Auflage, Frankfurt: Fischer
- **Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (2000/20001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1, Zielbildung, Prävention und Partizipation; Band 2, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Band 3 Unter- Über und Fehlversorgung. Zu beziehen im Internet unter: www.svr-gesundheit.de. Gutachten/Gutacht. 19.12.2005
- **Sachverständigenkommission des Deutschen Bundestages** (2002): „Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen.
Zu beziehen im Internet unter:
www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen,Publikationen;did=5362.html. 19.12.2005
- **Schaeffer, Doris; Ewers, Michael** (Hrsg.) (2002): Ambulant vor Stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. 1 Auflage, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Schmidt, Ingrid** (2005): Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige. Ein Projekt im Rahmen der Ausbildung zur Public Health in Nursing. In: Pflege Aktuell, Februar 2005, S. 82-85
- **Schneider, Kordula; et al** (2003): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis,.Berlin et al: Springer Verlag
- **Schnepf, Wilfried** (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle; Verlag Hans Huber
- **Schönlau, Kerstin et al** (2005) Versorgungskontinuität - die Perspektive von Pflegeüberleitungskräften. In: Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Februar 2005, S. 95-103
- **Schulz von Thun, Friedemann et al** (2003): Miteinander Reden 3:Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Kommunikation, Person, Situation. 11 Auflage, Reinbek bei Hamburg; Rowohlt Verlag
- **Schulz von Thun, Friedemann** (2000): Miteinander Reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt Verlag
- **Sickendiek, Ursel et al** (2002): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze.2. Auflage, Weinheim, München: Juventa Verlag
- **Staehe, Wolfgang** (1999): Management. 8. Auflage, München: Vahlers Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

- **Stöcker, Gertrud** (2002) Potentiale der Pflege nutzen. Positionsbestimmung zur Diskussion um die Integrierte Versorgung. In: Pflege Aktuell, Juni 2002, S. 328-331
- **Stratmeyer, Peter** (2001): Pflegeberatung zwischen Patientenschulung, sozialer Arbeit und Psychotherapie. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Vortrag vom 26.10.2001 an der Humboldt Universität Berlin.
- **Uhlmann, Bärbel** (2005) Versorgungskontinuität durch Pflegeüberleitung - die Perspektive von Patienten und Angehörigen. In: Pflege, die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Februar 2005, S. 105-111
- **Wingefeld, Klaus** (2002): Der Übergang des Krankenhauspatienten in die ambulante Pflege. S. 336-369; in Schaeffer (2002): Ambulant vor Stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. 1 Auflage, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber
- **Woog, Pierre** (Hrsg.) (1992): The Chronic Illness Trajectory Framework. Springer Publishing Company: New York. Deutsche Übersetzung: Lorenz- Krause, Regina. (1998): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin- Strauss- Pflegemodell; Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co.
- **Vahs, Dietmar** (2001): Organisation. Einführung in die Organisationstheorie und – praxis. 3 Auflage , Stuttgart: Schäffer - Pöschel
- **Zimbardo, Philip** (1995): Psychologie. 6. Auflage, Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag

9. Anhang

Pdf. S1 Beratungsmatrix vorn Hr. Prof. Dr. Stratmeyer

Pdf. S2-S5 Verfahrensanweisung "Regelung ambulanter Nachsorge" des BAKB

Pdf. S6 Pflegeanamnesebogen des BAKB

Pdf. S8 Anforderungsschein des Sozialdienstes des BAKB

Pdf. S7 Pflegeüberleitungsbogen des BAKB

**Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege ist nicht als Pdf.
vorhanden**

10. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.