

# Pflegeberatung im Krankenhaus

## - Möglichkeiten und Grenzen -

Hausarbeit am Fachbereich Gesundheitswesen  
der Evangelischen Fachhochschule Hannover  
im Studienbereich Pflegepädagogik  
im Lernbereich 4  
vorgelegt im WiSe 2002 von

Peter Scheu  
5. Studiensemester

Abgabetermin: 14.03.2002

Erstprüferin: Elke Gravert, Dipl.-Pädagogin  
Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Christa Hüper

---

<i>1 Einleitung .....</i>	<i>3</i>
<i>2 Das „Kranke(n)Haus“ – die Institution Krankenhaus verstehen .....</i>	<i>5</i>
2.1 Organisation „Krankenhaus“	
2.2 Ziele eines Beratungsnetzwerk im Krankenhaus	
<i>3 Vom Gespräch zur Beratung – Beratungskompetenz der Pflegekräfte .....</i>	<i>8</i>
3.1 Beratung ist nicht gleich Beratung	
<i>4 Beratung durch Pflegekräfte im Krankenhaus .....</i>	<i>11</i>
4.1 Patientenorientierung zur Qualitätssicherung in der Pflegeberatung	
<i>5 Säulen der Beratung durch Pflegekräfte im Krankenhaus .....</i>	<i>18</i>
5.1 Beratungsschwerpunkte im Modell der patientenorientierten informatrischen Beratung	
<i>6 Einschätzung und Ausblick .....</i>	<i>21</i>
<i>7 Literaturverzeichnis .....</i>	<i>23</i>

---

Abbildungsverzeichnis:

Abb.1: Ein heuristisches Modell multidimensionaler Patientenorientierung zur Grundlegung einer Didaktik der Krankenpflege .....	12
Abb. 2: Modifiziertes heuristisches Modell der multidimensionalen Patientenorientierung nach Wittneben 1997 .....	17
Abb. 3: Säulen der Beratung durch Pflegekräfte im Krankenhaus.....	18

---

## 1 EINLEITUNG

„Mein Körper gehört mir und meiner Frau“, sagte Hr. H. im Rahmen eines Beratungsgesprächs. Die Sozialarbeiterin der „Beratungsstelle des Gesundheitsamtes für chronisch Kranke“ wurde von Hr. H. zu einem Hausbesuch eingeladen. In diesem Gespräch berichtete er, dass im Anschluss an seinen Krankenhausaufenthalt eine Pflegekraft der Sozialstation in seine Wohnung kam, „um ihn zu waschen“. Mit den einleitenden Worten drückte er sein Entsetzen darüber aus, denn für die Körperpflege wollte er keine Hilfe. Niemand hatte ihn vorher gefragt.

In Anbetracht dieser Situation stellt sich die Frage, in wie weit und durch wen Hr. H. vor der Entlassung aus dem Krankenhaus Beratung bekommen hat. Dass kompetente Beratung im Krankenhaus gefordert ist, zeigt die Situation ganz deutlich. Einerseits benötigen Patienten angepasste Hilfe und Sicherheit nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus mit individuellen Leistungen, die entsprechend geplant und koordiniert werden müssen. Andererseits ist kompetente Beratung von Patienten und/oder deren Angehörige oft schon bei der Aufnahme und während dem gesamten stationären Aufenthalt notwendig. Beratung nicht nur unter dem Aspekt der Hilfe bei einer bestimmten Krankheit mit den entsprechenden Defiziten, sondern im Rahmen eines umfassenden „Beratungskonzeptes Gesundheitsförderung“ sowie zum Ausschöpfen von Ressourcen des Patienten und falls vorhanden, Ressourcen aus seinem sozialen Umfeld. Insbesondere durch die steigende Zahl von chronisch Kranken, Hochbetagten und multimorbiden Patienten, muss ein entsprechendes patientenorientiertes Beratungskonzept in eine Krankenhausstruktur integriert sein, um so auch den „Drehtüreffekt“ bezüglich erneuter Krankenhausaufnahmen zu reduzieren.

In der Institution Krankenhaus gibt es eine Vielzahl von Berufsgruppen mit mehr oder weniger definierter Beratungstätigkeit. Wenig definiert ist auch die Beratung der Patienten durch Pflegekräfte. Allerdings scheint es in vielen Kliniken neben organisatorischen Problemen, auch Probleme in der Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen zu geben. Beratung ohne Konzept ist wenig hilfreich für Ratsuchende und zeigt Qualitätsdefizite der Einrichtung auf. Wie das Beispiel von Hr. H. aufzeigt, war Hilfeleistung beantragt die jedoch nicht erforderlich war und er nicht wollte. Es scheint, dass Hr. H. selbst kaum in einen Beratungsprozess einbezogen worden war. Das Gesundheitssystem, zur Zeit geprägt von den knappen finanziellen Ressourcen und weniger Personal, muss so organisiert sein, dass der Patient individuelle Hilfe bekommt die er benötigt. Es kann nicht sein, dass wie bei Hr. H. vorgesehen, teure Pflegeleistungen erbracht werden sollten, ohne dass der Patient diese gewünscht hat. Um angepasste Hilfe herauszufinden und zu organisieren braucht es Menschen mit Beratungskompetenz und einem umfassenden Wissen bezüglich Hilfsmöglichkeiten und deren Finanzierung sowie dem rechtlichen Rahmen.

Diese Arbeit soll die Möglichkeiten und Grenzen der Patientenberatung durch Pflegekräfte im Krankenhaus, beleuchten. Es scheint, dass Pflegekräfte sich ihrer

Beratungstätigkeit nur wenig bewusst sind, so dass eine Patientenberatung eher als „Nebentätigkeit“ und oft zufällig abläuft.

Soll ein Beratungskonzept funktionieren, muss die „Persönlichkeit“ der dafür vorgesehenen Organisation bekannt sein. Dazu wird auf das Krankenhaus als Organisation die es zu verstehen gilt, eingegangen. Eine Beratungstätigkeit durch Pflegekräfte muss in die Strukturen dieser Organisation integriert und von allen Mitgliedern dieser Organisation akzeptiert, sowie finanziell und rechtlich abgesichert sein. Die Patientenberatung durch Pflegekräfte könnte zusammen in einem therapeutischen Team im „Beratungsnetzwerk Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ eingebunden sein und müsste durch klare Zielformulierungen in den institutionellen Rahmen passen. Nur dadurch kann eine umfassende Beratung zum Wohle der Patienten gelingen.

Bereiche die eine Patientenberatung durch Pflegekräfte erfordern müssen definiert sowie in ein Pflege- und Beratungskonzept eingebettet werden. Um der Patientenorientierung in der Beratung gerecht zu werden, gilt es diesen Begriff wissenschaftlich zu definieren. Dazu wird das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung von Wittneben zu Grunde gelegt und differenzierter betrachtet. Denn nur auf einer wissenschaftlich fundierten Grundlage kann ein professionelles Beratungskonzept wachsen und im Gesundheitssystem als langfristige Einrichtung überleben.

Im Rahmen der Qualitätssicherung sollten zudem die Anforderungen an die Berater festgelegt und zu anderen Beratungsstellen im Krankenhaus (z.B. Krankenhaussozialdienst) klar abgegrenzt sein sowie die Schnittstellen deutlich aufgezeigt werden. Die Erarbeitung dieser Strukturen sind Voraussetzung, dass eine Beratungstätigkeit durch Pflegekräfte in einem Beratungsnetzwerk funktioniert. Neben der Patientenzufriedenheit hätte diese gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Einrichtung im Krankenhaus auch gute Chancen im Gesundheitssystem Akzeptanz zu finden, da es auch Kosten reduzieren und die Verantwortlichkeit des einzelnen Menschen für seine Gesundheit in den Mittelpunkt stellen würde.

Im nächsten Kapitel soll zunächst auf die „Organisation Krankenhaus“ eingegangen sowie übergeordnete Ziele eines Beratungsnetzwerkes im Krankenhaus formuliert werden.

---

## 2 DAS „KRANKE(N)HAUS“ – DIE INSTITUTION KRANKENHAUS VERSTEHEN

Um der Beratungsaufgabe innerhalb der Institution Krankenhaus erfolgreich gerecht zu werden müssen Berater diese komplexen, widersprüchlichen und konfliktbeladenen Organisationen kennen.

*„Unternehmen bestehen aus Menschengruppen, die zu einem bestimmten Zweck gebildet wurden. In der Pflegeberatung kann die Organisation der Beratene, der Kunde oder das Problemumfeld sein. Egal welche Rolle die Organisation in einer Beratung spielt: Der Erfolg einer Beratung wird wahrscheinlicher, wenn der Pflegeberater die „Persönlichkeit“ der Organisation kennt.“ (Norwood 2002, S. 99)*

Dies zeigt einerseits die Bedeutung der Pflegeberatung in der Organisation Krankenhaus auf, andererseits aber auch eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Beratung, nämlich die „Persönlichkeit“ der Organisation kennen zu lernen.

### 2.1 Organisation „Krankenhaus“

Krankenhäuser als offene Systeme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in gegenseitiger Abhängigkeit mit ihren Subsystemen aber auch mit ihrer Umgebung stehen. *„Demnach versteht man unter einem System die Interdependenz oder Interaktion von Elementen oder Teilen und eine identifizierbare Einheit bzw. Gestalt.“ (French/Bell 1994, S. 100)* Veränderungen im System Krankenhaus haben weit reichenden Einfluss auf die „Gestalt“ des Systems und alle Subsysteme. Bei allen Konzepten die umgesetzt werden sollen, muss dieser Aspekt schon in der Planungsphase berücksichtigt werden.

Das Krankenhaus, als offenes soziales System, unterliegt einem ständigen Anpassungsdruck an gesellschaftliche, demografische und medizinisch-technische Entwicklungen. Gleichzeitig ist das Krankenhaus in einer Zeit von knapper werdenden Ressourcen, wie Personal, Geld und Zeit sowie einer dramatischen Steigerung der Komplexität, mit einer Vielzahl von Problemen und Erwartungen konfrontiert (vgl. Müller 1997, S.15).

Krankenhäuser scheinen in der momentanen wirtschaftlichen Situation und der unklaren finanziellen Entwicklung überwiegend mit sich selbst beschäftigt zu sein und dem Ziel die Ausgaben zu senken. Dies geht meist mit Stellenabbau einher. In wie weit innovative Konzepte, beispielsweise der Einführung eines Beratungsnetzwerks, realisiert werden können hängt neben finanziellen und personellen Ressourcen auch entscheidend von der Organisationsstruktur und den Leitlinien einer Klinik ab.

Dennoch muss sich die Rolle der Kliniken wandeln. Nicht mehr Ärzte und Pflegekräfte bestimmen über mehr oder weniger informierte Patienten und bieten „nur“ Linderung von Beschwerden oder Heilung, Verpflegung und Unterkunft. Patienten sollen als mündige, aufgeklärte Menschen im Krankenhaus als Gesund-

heitszentrum befähigt werden die Rolle „als Experte für den eigenen Körper“ und damit mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Neben der Zunahme der Eigenverantwortung der Patienten, wächst auch die finanzielle Eigenbeteiligung an den Gesundheitskosten und damit auch der Anspruch der Patienten auf Transparenz im Gesundheitssystem. Dem gegenüber steht jedoch die Intransparenz in vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Diese Intransparenz wird auch bezüglich den Leistungen der Krankenhäuser immer wieder bemängelt. So gibt es nur wenige Möglichkeiten nachzuprüfen, welche Maßnahmen überflüssig sind, welche fehlerhaft erbracht wurden oder gar unwirksam sind. In vielen Fällen herrscht sowohl im medizinischen als auch pflegerischen Bereich gedankenlose Verschwendung (vgl. Müller 1997, S.5). Aus den Diskussionen über die aktuelle Situation und die Entwicklungsperspektiven der Krankenhäuser leiten sich drei Themenbereiche ab.

1. Die Kosten der medizinischen und pflegerischen Leistungen sind politisch nicht mehr so einfach zu legitimieren und durchzusetzen. Die Leistungen müssen bedarfsgerecht und angemessen sein. *„Insbesondere bei der Berücksichtigung des veränderten Krankheitsspektrums (Zunahme der chronisch-degenerativen Erkrankungen) oder der demografischen Entwicklung (mehr ältere, multimorbide oder schwerkranke Patienten) stellt sich die Frage nach der Angemessenheit der im modernen Akutkrankenhaus vorgehaltenen Leistungen.“* (Müller 1997, S. 16)
2. Überprüfung der organisationsinternen Strukturen und Abläufe sowie die Qualität der Behandlung und Pflege, die gekennzeichnet sind durch:
  - die starre hierarchische und berufsständische Organisation (z.B. eine auf die Visite ausgerichtete morgendliche Versorgung der Patienten);
  - eine teilweise problematische intra- und interprofessionelle Kommunikation und Kooperation;
  - eine Zunahme der Technisierung in Diagnose und Therapie mit der „Tendenz zu diagnostischem Overkill“;
  - mangelnde Patientenorientierung und Humanität.
3. Das Krankenhaus als Arbeitsplatz. Dabei wird als Schwerpunkt insbesondere die körperliche und seelische Belastung der Mitarbeiter diskutiert. Neben der wenig familienfreundlichen Arbeitszeiten werden auch die komplexen Anforderungen an alle Mitarbeiter im Krankenhaus betrachtet, wobei Auszubildende insbesondere in den Pflegeberufen in besonderem Maße betroffen sind. Diese bekommen in der täglichen Routine nur wenig qualifizierte Anleitung und sind sehr oft überfordert. Weitere Mängel liegen in der Qualifikation und Führungskompetenz der Beschäftigten.

Sieht man sich diese komplexen Themenbereiche an stellt sich die Frage ob und wie ein solch kompliziertes und konfliktbeladenes System überhaupt funktionieren kann und kommt zum Entschluss dass „das Krankenhaus krankt“ (vgl. Müller 1997, S.15f.).

Zur eigenen „Diagnosesicherung und Behandlung“ verfügen Krankenhäuser bisher nur selten *„über die für eine systematische Selbstbeobachtung und die Initiierung eines komplexen Veränderungsprozesses erforderlichen reflexiven Strukturen und Instrumente.“* (Müller 1997, S.15)

---

Als Grundlage einer erfolgversprechender Weiterentwicklung der Organisation Krankenhaus werden die Lernschritte „Analyse – Interaktion – Evaluation“ im Rahmen einer Organisationsentwicklung vorgeschlagen. Dies bedeutet, dass im Rahmen einer Analyse eine Informationsgrundlage erhoben wird (z.B. in Form eines betrieblichen Gesundheitsberichts) um akute Problemlagen, den Entwicklungsbedarf, die vorhandenen Ressourcen sowie gesundheitsförderliche Potentiale zu erheben. Erst danach kann eine zielgerichtete und problemadäquate Intervention erfolgen (z.B. Einrichtung eines Beratungsnetzwerkes). Im Rahmen der Evaluation schließt dieser Prozess ab, zeigt auf ob Ziele erreicht wurden und bildet Grundlage für weitere Interventionen (vgl. Müller 1997, S.15f.)

## 2.2 Ziele eines Beratungsnetzwerk im Krankenhaus

Ziel einer Beratungseinrichtung im Gesundheitssystem ist die „Steigerung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen“ sowie die Förderung einer patientenorientierten Arbeits- und Sichtweise von Institutionen. Dies gilt auch für das Krankenhaus als Teil dieses Gesundheitssystems. Mit diesem Ziel und den damit verbundenen Aufgaben, insbesondere in einer Beratungstätigkeit, müssen sich auch Pflegekräfte auseinandersetzen. Pflegekräfte müssen ihr defizitäres Bild vom Patienten ändern, denn dadurch rücken auch Defizite bei den gesundheitlichen Kompetenzen der Patienten in den Mittelpunkt. Dieses Berufsverständnis ist nicht mehr zeitgemäß und kann im Gesundheitssystem nicht mehr akzeptiert werden. Bei der ressourcenorientierten Sichtweise werden Kompetenz und Partizipation als Schlüsselqualifikationen von Menschen gewertet. Deshalb müssen Patienten als eigenverantwortliche Experten für ihren Körper und ihre Gesundheit zunehmend auch Bündnispartner von Qualitätsexperten sein und aktiv in die Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens eingebunden werden (vgl. Hölling, S.3.).

Zur Steigerung der Gesundheitskompetenz des Einzelnen wurden im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ vier Zielbereiche erarbeitet. Diese lassen sich auch auf die gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden Aufgaben eines Krankenhauses übertragen.

1. Erhöhen der Transparenz durch Verfügbarkeit, Vermittlung und Aneignung von Gesundheitsinformationen.
2. Steigerung und Entwicklung gesundheitlicher Kompetenzen des Menschen durch individuelle und gruppenvermittelte Förderung und Unterstützung.
3. Stärken der Patientenrechte, um Menschen zu befähigen das Gesundheitssystem auf allen Ebenen mit zu gestalten / mitgestalten zu müssen.
4. Verbesserung des Beschwerde- und (Behandlungs-)Fehlermanagements, orientiert an den Bedürfnissen der Patienten (vgl. Hölling, S.4)

Mit einer entsprechenden Gesundheitskompetenz wird sich die Rolle des Patienten vom „fremdbestimmten Behandlungsempfänger zum eigenverantwortlichen Nutzer von Versorgungsleistungen wandeln.“ (vgl. Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.37)

Neben geeigneten Strukturen und Zielen zur Einrichtung eines Beratungsnetzwerks braucht es Mitarbeiter mit entsprechender Fach- und Beratungskompetenz.



---

## 3 VOM GESPRÄCH ZUR BERATUNG – BERATUNGSKOMPETENZ DER PFLEGEKRÄFTE

Bereits im § 4 des Krankenpflegegesetzes von 1985 wurde unter dem Ziel „Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ der Beratungsaspekt von Pflegekräften als Ausbildungsschwerpunkt integriert. Entsprechende Inhalte zum Erwerb einer Beratungskompetenz sind jedoch im Rahmenlehrplan nicht explizit aufgeführt. Beratung und Gesundheitserziehung fließen oft nur zufällig in die Krankenpflegeausbildung mit ein. Nicht nur in der Krankenpflegeausbildung, auch im Pflegealltag in den Kliniken findet der Beratungsaspekt oft nur wenig Beachtung. Beratung ist wenig professionell, oftmals zu spät und nur wenig patientenorientiert. Allerdings gibt es in vielen Kliniken Pflegekräfte, die mit entsprechender Beratungskompetenz, in unterschiedlichen Bereichen Schulungen und angepasste Hilfeleistungen bieten (z.B. Stoma- und Inkontinenzberatung, Schulungsprogramme für Patienten mit Diabetes, Pflegeüberleitung). Sicherlich gibt es in der Pflegeberatung Entwicklungspotentiale, denen sich die Pflege auch im Rahmen ihres Berufsverständnisses nicht verschließen sollte. Dazu muss der Erwerb von Beratungskompetenz in der Aus- und Weiterbildung eine stärkere Beachtung finden.

### 3.1 Beratung ist nicht gleich Beratung

Um Beratungskompetenz zu erwerben, müssen Grundlagen der Beratung und Gesprächsführung erlernt werden, denn nur dann können Klienten professionelle Hilfe bekommen. Beratung soll den Klienten dazu befähigen, seine eigenen Entscheidungen zu treffen. Diese Beratungsdefinitionen drücken sich in Begriffen wie „Hilfe zur Selbsthilfe“, „gemeinsames Beratschlagen“ oder „gemeinsames Überlegen“ aus (vgl. Sander 1999, S. 20).

Sander betont, dass Beratung über Hinweise und Ratschläge hinausgeht. Vielmehr sollen gemeinsam mit dem Klienten Problemlösungsprozesse erarbeitet werden, wobei dem Beziehungsaspekt von Berater und Klient eine große Bedeutung bekommt. *„Der Berater wird nicht mehr als Experte und Fachmann gesehen, der aus der größeren Erfahrung heraus und dem größeren Fachwissen berät, sondern mehr als einfühlsamer Partner, der teilnehmend und zuverlässig dem Beratungsprozess bewohnt.“* (Sander 1999, S. 20) Als Ausdruck dieses Beziehungsaspektes innerhalb einer Beratung gelten die drei Grundhaltungen des Beraters:

- Akzeptanz;
- Empathie;
- Echtheit.

Die Wirkung einer Beratertätigkeit wird sehr stark mitbestimmt durch das Ausmaß in dem ein Berater diese Haltung lebt (vgl. Mutzek, 1999, S.82 f.).

Sander unterteilt die Beratung zur Problemerkklärung und –lösung in vier unterschiedliche Formen. Er geht dabei von der Art des Problems und der angestrebten

Lösung aus. Diese Formen könnten auch in einer patientenorientierten Pflegeberatung hilfreich zu sein, da es auch hier vielfältige Problemstellungen gibt, zu deren Lösung kompetente Beratung erforderlich ist (vgl. Sander 1999, S. 26 f.).

Sander unterscheidet die informatorische Beratung, die Beratung mit Eingriffsmöglichkeit, Beratung ohne Eingriffsmöglichkeit, wobei insbesondere Störungen aufgrund „äußerer Faktoren“ gemeint sind. Dagegen zielt die Beratung im Sinne psychotherapeutischer Hilfestellung insbesondere auf Störungen in der Person selbst. Bei der Einteilung dieser Typologie von Beratungsgesprächen kritisiert er inzwischen, dass die Problembereiche künstlich in „innere und äußere Probleme“ eingeteilt werden. Gleichzeitig betont Sander, dass bezüglich der Eingriffsmöglichkeiten *„innere Veränderungen wechselseitig mit Konsequenzen im äußeren Verhalten einhergehen.“* (Sander 1999, S.27)

Entsprechend modifiziert könnten diese Formen von Beratungsgesprächen in der Pflegeberatung eingesetzt werden.

### **3.1.1 Informatorische Beratung**

Verständliche Informationen sind eine wichtige Voraussetzung um einen Menschen dazu zu befähigen schwierige Sachverhalte zu verstehen und eine Entscheidung zu fällen. Oft werden Patienten in Kliniken zu wenig informiert oder in einer Krankenhausfachsprache die viele Menschen nicht verstehen.

*„Das Problem besteht vor allem in mangelhafter Information, in mangelnden Wissen und in mangelnden Orientierungshilfen angesichts einer Entscheidungssituation oder einer kritischen Lebenssituation. Die Entscheidungskompetenz, Handlungsfähigkeit und die Persönlichkeit selbst sind nicht grundlegend beeinträchtigt oder gestört.“* (Sander 1999, S.26)

Gerade im Krankenhaus sind Patienten oft in dieser Situation, insbesondere wenn es sich um eine ungeplante, akute Aufnahme ins Krankenhaus handelt. Vielfach wird der Patient sowohl von Ärzten als auch von Pflegekräften als Anordnungsempfänger behandelt der zu „funktionieren“ hat. Patienten werden wenig über Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus informiert und ungenügend über die Notwendigkeit einer oft kostenintensiven Maßnahme aufgeklärt. Gerade in dieser Situation könnten Pflegekräfte kompetente Berater des Patienten sein, aufgrund der Nähe zu ihnen von Beginn der stationären Aufnahme. Bei der Mehrzahl der Patienten in Kliniken ist die Persönlichkeit, die Entscheidungskompetenz und die Handlungsfähigkeit nicht oder kaum eingeschränkt und kann durch informatorische Beratung gezielt gestützt und gefördert werden.

### **3.1.2 Beratung mit Eingriffsmöglichkeit**

Persönlichkeit und Handlungsmöglichkeit des Ratsuchenden sind eingeschränkt, jedoch nicht aufgrund fehlender sachlicher Information und Orientierungshilfen. Es geht vielmehr darum, die im Vordergrund der Problematik stehenden äußeren Bedingungen (soziales Umfeld) als auch innere gefühlsmäßige Verunsicherungen zu klären um zu einer Lösung zu kommen. Eine Eingriffsmöglichkeit besteht insbesondere in die äußeren zusammenhängenden Bedingungen. Gerade bei Schulungskonzepten von chronisch Kranken könnte dieser Beratungsform eine entscheidende Rolle zukommen, da neben der „inneren Belastung“

---

durch die Erkrankung unterschiedliche „äußere Belastungen“ hinzukommen. Im sozialen Umfeld können beispielsweise komplette Familiensysteme auseinander brechen. Gezielte Unterstützung kann helfen, dieses auseinander brechen zu vermeiden um das soziale System des Patienten zu stützen und falls möglich als Ressource zu nutzen.

### 3.1.3 Beratung ohne Eingriffsmöglichkeit

Durch äußere Ereignisse und Prozesse besteht eine starke Verunsicherung der Persönlichkeit des Ratsuchenden. Diese können auf die Ereignisse und Prozesse nicht direkt einwirken. *„Die Lösung besteht in der Erarbeitung neuer Sichtweisen, neuer Einstellungen, neuer Wertvorstellungen um mit diesen Problemen fertig zu werden.“* (Sander 1999, S.27)

Kritische Lebensereignisse gibt es im Klinikalltag sowohl für Patienten aber auch für Angehörige. Pflegekräfte sind oft durch fehlende Beratungskompetenz überfordert gezielte Hilfe in einem Beratungsgespräch zu geben obwohl diese oft unmittelbar in diese Lebensereignisse involviert sind (z.B. bei der Sterbebegleitung, Verlust von Angehörigen). Pflegekräfte ziehen sich zurück. Ratsuchende bleiben sehr oft sich selbst überlassen. Berater aus anderen Berufsgruppen werden hinzugezogen sind aber nicht immer präsent wenn Hilfe gefordert ist (z.B. Seelsorge, Sozialarbeiter).

Bei der Pflegeberatung im Krankenhaus müssen „innere und äußere Faktoren“ der Klienten gleichermaßen Beachtung finden. Dies bedeutet, dass „innere Faktoren“ des Ratsuchenden im Rahmen einer Patientenorientierung mit in alle Beratungsformen und den sich daraus entwickelnden Problemlösungsprozessen einbezogen werden müssen. Daraus könnte ein umfassendes Konzept einer patientenorientierten informatorischen Beratung mit oder ohne Eingriffsmöglichkeit resultieren.

Warum gerade Pflegekräfte mit in die Patientenberatung integriert werden sollten und welche Bedeutung die Patientenorientierung in einem Beratungskonzept hat, soll im nächsten Kapitel ausgeführt werden.

## 4 BERATUNG DURCH PFLEGEKRÄFTE IM KRANKENHAUS

Die Frage warum sich auch Pflegekräfte in einem professionellen Beratungsnetzwerk im Krankenhaus beteiligen sollten, kann unter unterschiedlichen Gesichtspunkten beleuchtet werden.

- Pflegekräfte sind als Schlüsselprofession in vielen Bereichen der Patientenversorgung beteiligt. Von der Aufnahme eines Patienten bis zur Entlassung sind sie Ansprechpartner von Patient und Angehörigen und direkt in alle Unterstützungs-, Betreuungs- und Beratungsbelange integriert (vgl. Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.49).
- Als Mittler zwischen der Institution Krankenhaus und den Patienten können Pflegekräfte eine bedeutende Rolle einnehmen. Durch ausreichende und gut verständliche Informationen im Rahmen einer Pflegeberatung können Patienten dabei unterstützt werden, ihre Entscheidungs- und Handlungskompetenz auf dem Weg zum mündigen Patienten auszubauen. Schon mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 wurde der Versuch unternommen die Position der Patienten zu stärken. Dabei sollte die „Nutzerorientierung“ im Mittelpunkt stehen und das Gesundheitssystem zum „consumer driven health care system“ umgebaut werden. Patientenorientiertes Handeln und Patientenbeteiligung als Ziele dieses Umbaus könnten auch die Position und die Eigenständigkeit des Pflegeberufes stärken. Durch Fach- und Beratungskompetenz würde sich die Schlüsselposition der Pflegekräfte im Klinikalltag positiv entwickeln (vgl. Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.49).
- Patientenorientierung und Patientenbeteiligung kann über ein verändertes Berufsverständnis zur Professionalität der Pflegeberufe beitragen. Der Mensch in seiner momentanen Situation würde im Mittelpunkt stehen und nicht ein Diagnose mit den entsprechenden Symptomen auf welche die Beteiligten in der Institution Krankenhaus reagieren. Es geht um das Bemühen *„die Arbeitsabläufe der Pflege im Krankenhaus der Patientenorientierung folgend umzugestalten und für die Patienten personelle Kontinuität sowie klar ersichtliche Zuständigkeiten herauszustellen und damit Bedingungen zu schaffen, die überhaupt eine Patientenbeteiligung an institutionellen Behandlungs- und Versorgungsgeschehen ermöglichen.“* (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.49)

Dabei muss jedoch angemerkt werden, dass Patientenorientierung und die aktuelle angespannte ökonomische Lage des Gesundheitssystems in einem Spannungsverhältnis stehen. *„Speziell die Flauten zeugen davon, dass Patientenorientierung rasch in Gefahr steht, wegzugleiten oder thematisch überlagert zu werden und in den Status des „nice to do“ – dann, wenn Zeit und Geld es erlauben – zu geraten und nicht als „need to do“ zu gelten, als unumgängliche Voraussetzung der Versorgungsgestaltung.“* (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.58) Ein Beratungskonzept muss auf dem Fundament der Patientenorientierung aufgebaut werden. Wittneben hat im Rahmen der Entwicklung ihrer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung beschrieben. Auf der wissenschaftlichen Grundlage dieses Modells

könnte ein Pflegeberatungskonzept mit entsprechenden Qualitätsmerkmalen entwickelt werden. Es hat sich gezeigt, „dass *Patientenorientierung nicht zum Nulltarif zu haben ist, sondern Qualifikation benötigt (...) und eine systematische Innovations- und Implementationsbegleitung, um nicht unversehens so lange „kleingearbeitet“ zu werden bis Passungsprobleme ausgeräumt sind, aber auch der innovative Gehalt verloren gegangen ist.*“ (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.49)

#### 4.1 Patientenorientierung zur Qualitätssicherung in der Pflegeberatung

Wittneben stellt zu Beginn ihrer Überlegungen fest, dass diese *„von einem Interesse an der Vermenschlichung der Gesellschaft geleitet“* wird (Wittneben 1998, S. 2). Dieses Interesse hat sie auf die Humanisierung der Krankenpflege gerichtet, wobei der damit verbundene Prozess eng mit der beruflichen Aus- und Weiterbildung der Krankenpflege verwoben ist.

Allein über die weit verbreitete Aussage, dass „der kranke Mensch im Mittelpunkt einer ganzheitlichen Krankenpflege steht“, kann die Qualität der Krankenpflege nicht gesichert gelten. Forschungsergebnisse belegen, dass Qualitätsmängel insbesondere durch Pflegefehler aufgrund einer mangelhaften Arbeitsorganisation (z. B. in der Funktionspflege) entstehen, aber auch in einer Patientendistanz liegen. Patienten werden von Pflegenden als eine Diagnose wahrgenommen mit den damit verbundenen Defiziten. Individuelle Bedürfnisse, aber auch Ressourcen werden oft nicht erkannt (vgl. Wittneben 1998, S. 1).

Dies macht deutlich, dass die medizinisch-naturwissenschaftlich-technische Betrachtungsweise der Patienten um eine humanwissenschaftlich bestimmte Dimension erweitert werden muss. Wittneben entwickelt hierzu Aspekte einer multidimensionalen Patientenorientierung (vgl. Wittneben 1998, S. 1 f.). Der Patient soll nicht zum defizitären Objekt reduziert, sondern mit Hilfe der Pflegenden als selbstbestimmter, mitbestimmungsfähiger und für seine Gesundheit eigenverantwortlicher Mensch angesehen werden. Ohne professionelle Begleitung und kompetente Beratung ist dies jedoch nicht möglich.

Ursprünglich spricht Wittneben von fünf Dimensionen der Patientenorientierung, die sie in einem heuristischen Stufenmodell darstellt.

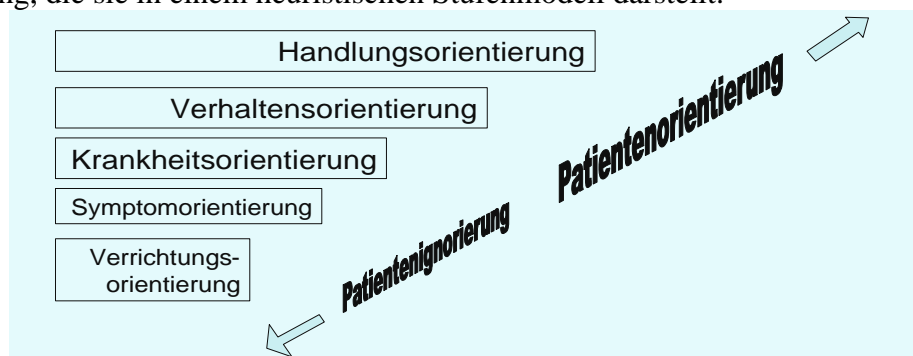


Abb.1: Ein heuristisches Modell multidimensionaler Patientenorientierung zur Grundlegung einer Didaktik der Krankenpflege (Quelle: Wittneben 1998, S. 111).

---

### 4.1.1 Dimensionen der Patientenorientierung

Die einzelnen Dimensionen dieses Stufenmodells sollen nun bezüglich deren Kernaussagen vorgestellt werden:

#### **Die Dimension der Verrichtungsorientierung**

Die unterste Stufe des Modells bildet die Verrichtungsorientierung. Dabei sind arztbezogene, krankheitsorientierte Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege gemeint, die insbesondere von "Mess- und Zählwerten" bestimmt sind. Meist werden diese Überwachungsparameter vom Arzt angeordnet. Die Pflegenden haben die Anordnungen dann auszuführen. Da diese Messrunden oft in einem funktionspflegerischen Rahmen ablaufen, kann von Patientenorientierung noch keine Rede sein. Wittneben sieht in der verrichtungsorientierten Dimension vielmehr die Gefahr der Patientenignorierung (vgl. Wittneben 1998, S. 24 ff.).

#### **Die Dimension der Symptomorientierung**

Wittneben meint hier den Bereich der Krankenbeobachtung und schließt die Dimension der Verrichtungsorientierung mit ein. Sie hat festgestellt, dass bis Mitte des 19. Jahrhunderts von den Ärzten eine Wahrnehmung aller wesentlichen Krankheitserscheinungen erwünscht war, ein eigenständiges Erkennen der Diagnose und Behandlung jedoch unterbleiben sollte. In einer Untersuchung von 1987 wird bestätigt, dass Ärzte oft keine gleichberechtigten Pflegenden in einem therapeutischen Team haben wollen. Ärzte wünschen eine "spezialisierte, aber erkenntnisfreie Überwachung". Dies bezeichnet Wittneben als symptomorientierte Dimension der Krankenpflege (vgl. Wittneben 1998, S. 25 ff.).

#### **Die Dimension der Krankheitsorientierung**

Pflegende haben die Fähigkeit einzelne Symptome zu erkennen und lernen diese einem Krankheitsbild zuzuordnen. Im Rahmen dieses krankheitsorientierten medizinischen Handlungsmodells zeigt sich bis heute, dass Pflegende ihre Maßnahmen an den Defiziten der Patienten, bezogen auf eine bestimmte Diagnose, ausrichten. Die Maßnahmen werden im Rahmen einer verrichtungs- und/oder symptomorientierten Krankenpflege geplant und durchgeführt.

Zur Qualitätssicherung müssen Pflegende jedoch auch nicht messbare Wahrnehmungen im Krankheitsverlauf zur Basis ihrer Denkprozesse machen. Der Patient würde als "lebendiges Gegenüber" begriffen werden, weil er nicht nur vermessen und objektiviert, sondern als Mensch wahrgenommen wird. Eine patientenbezogene Krankheitsorientierung ist durch eine pflegerische Erkenntnis- und Urteilsfähigkeit gekennzeichnet (vgl. Wittneben 1998, S. 33). Diese Denkprozesse müssen zu komplexen fachrichtigen Aussagen führen, die sich aus diesen Erkenntnissen zusammengefügt haben. Pflegende sind dann in der Lage, gleichberechtigt in einem therapeutischen Team diese Erkenntnisse mitzuteilen (vgl. Wittneben 1998, S. 26 f.).

### **Die Dimension der Verhaltensorientierung**

In einer verhaltensorientierten Dimension ist der Patient in der Sichtweise der Pflegenden vom „Objekt“ zum „lebendigen Gegenüber“ noch nicht vollzogen, wobei eine höhere Patientenorientierung durch den Gedanken der „Schonung“ des Kranken erreicht wird. Allerdings empfinden Patienten, dass sie in der Krankenhausatmosphäre oft schonungslos behandelt und gepflegt werden (vgl. Wittneben 1998, S. 34 ff.).

Wittneben stellt fest, dass Krankenpflege nicht nur eine "Face-to-face-Tätigkeit" wie Pädagogik oder Psychologie ist, sondern vielmehr auch eine "Body-to-body-Tätigkeit". Deshalb müssen theoretische Konzepte, von denen ein umfassendes patientenorientiertes Denken und Handeln erwartet wird, neben kognitiv-affektiven Dimensionen (z. B. Empathie, Einfühlungsvermögen) auch körperliche Dimensionen enthalten.

Zur wissenschaftlichen Begründung bezieht sich Wittneben auf die „neurophysiologische Krankenpflegetheorie“ von Gertraude du Mont (1987). Du Mont beschreibt Reize, die sie der Physiologie des Nervensystems zuordnet. Stark vereinfacht dargestellt unterscheidet du Mont, „adrenergische Reize“ (z. B. eine Injektion), die unangenehm für den menschlichen Organismus sind, und „cholinergische“ Reize (z. B. Berührungen), die Menschen als wohltuend empfinden. Nach Erkenntnissen du Monts sollen Pflegende durch Stimulation des „cholinergischen“ Systems das Wohlbefinden der Patienten beeinflussen (vgl. Wittneben 1998, S. 44 ff.).

Durch die Dimension der Verhaltensorientierung in Verbindung mit der krankheitsorientierten Perspektive kann pflegerisches Denken und Handeln konzeptionell und institutionell von ärztlicher und/oder psychologischer Verhaltenstherapie als eigenständige Tätigkeit abgegrenzt werden.

Dies bedeutet jedoch noch nicht die umfassende Patientenorientierung, wie Wittneben diese begreift, da immer noch von einem Menschen ausgegangen wird, der nach Reiz-Reaktions-Mechanismen funktioniert. Die Pflege reagiert auf diese Reaktionen und Bedürfnisse, wobei emanzipatorische Wünsche, Fähigkeiten, aber auch Pflichten des Patienten nicht beachtet werden.

### **Die Dimension der Handlungsorientierung**

Zielperspektive eines handlungsbezogenen Pflegeverständnisses liegt nicht nur in der Schonung des Patienten, *"sondern auch in deren Herausforderung zu Selbstverantwortung einen Weg zur Erhaltung, Steigerung oder Wiederherstellung von persönlichem Wohlbefinden"* (Wittneben 1998, S. 62). Handlungsorientierte Pflege stellt demnach einen emanzipatorischen Prozess dar.

Um die Dimension der Handlungsorientierung zu verdeutlichen, bezieht Wittneben die „Selbstpflege- und Handlungstheorie“ von Orem (1985) in ihr Modell ein. Selbstpflege beschreibt und erklärt Selbsthilfe, d. h. Handlungen durchzuführen, die auf das Selbst oder die Umwelt gerichtet sind, mit dem Ziel die Integrität der Person sowie das Wohlbefinden zu gewährleisten. Das Konzept des Selbstpflege-Handlungsbedarfs setzt sich aus drei Formen von Selbstpflegeerfordernissen zusammen:

1. Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse.
2. Entwicklungsbedingte Selbstpflegeerfordernisse.
3. Selbstpflegeerfordernisse bei Abweichung von Gesundheit.

Pflegende entwickeln sich zu Experten, die ihre Unterstützung den jeweiligen Selbstpflegeerfordernissen der Patienten anpassen. Eine handlungsbezogene Patientenorientierung führt über die pflegerisch-technische Verrichtungsorientierung sowie eine krankheitsbezogene und verhaltensbezogene Patientenorientierung hinaus.

*"Eine handlungsorientierte Krankenpflege ist vor allem auf die Selbstpflegehandlungen von Patienten bezogen. (...)Im einzelnen bezieht sich die Handlungsorientierung in der Patientenorientierung zum einen auf die Einschätzung des Selbstpflege-Handlungsbedarfs, (...) auf die Beurteilung des Grades des Selbstpflege-Handlungsvermögens sowie auf die Feststellung des Selbstpflegedefizits, das aus einem Ungleichgewicht zwischen dem Selbstpflege-Handlungsvermögen und dem Selbstpflege-Handlungsbedarf resultiert. Zum anderen bezieht sich eine handlungsorientierte Krankenpflege auf den Entwurf und die Implementation eines Krankenpflege-Handlungssystems, das gänzlich kompensatorisch, partiell kompensatorisch oder unterstützend-edukativ strukturiert sein kann. Die durch eine zweckrationale Handlungsorientierung in der Pflege über die Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Qualität der Pflege hinaus zur Konstituierung einer pflegerischen Wissenschaft bei." (Wittneben 1998, S. 109)*

Zweckrationales pflegerisches Handeln zeichnet sich als ein am Patienten orientiertes, zielgerichtetes Handeln aus, welches eine pflegerische Situation so umgestaltet, dass diese sowohl vom Patienten als auch vom Pflegenden als wohlthuend erlebt wird (vgl. Wittneben 1998, S. 109). Ergänzend stellt Wittneben fest, dass es auch in den Dimensionen einer ausgeprägten Patientenorientierung zur Patientenignorierung kommen kann (vgl. Wittneben 1998, S. 114).

#### **4.1.2 Modifizierung des Modells der multidimensionalen Patientenorientierung**

##### **Dimension der Kommunikations- und Interaktionsorientierung.**

Wittneben hat bereits 1993 das Modell um diese Dimension erweitert. Dies geschah jedoch nicht in einer weiteren Stufe, sondern als Dimension, die sich durch alle bisherigen zieht und diese beeinflusst. Zur Begründung dieser Dimension greift Wittneben auf Habermas zurück, da bei Orem zwar ein zweckrationales Handeln thematisiert, aber nicht problematisiert wird. Habermas hat den Anspruch an eine ideale Sprechsituation, dass sprach- und handlungsfähige Menschen Geltungsansprüche erheben, bereit und fähig sind, sich in einer gleichberechtigten und gleichwertigen Kommunikation durch gute Argumente zu verständigen. Für die Pflegepraxis würde dies bedeuten, dass Pflegende und Patienten vor jeder Maßnahme in einen Diskurs treten müssten, was sicherlich auch nicht immer "schonend" für den Patienten wäre. Wittneben möchte diese wissenschaftlichen Zusammenhänge überprüfen, da sie auf eine demokratisch-kommunikative Dimension nicht verzichten möchte (vgl. Wittneben 1998, S. 100 ff.).



### **Die Dimension der interkulturellen Pflegeorientierung**

1995 hat Wittneben die Dimension der interkulturellen Pflegeorientierung mit in ihr Modell aufgenommen. Diese wurde wie die Kommunikations- und Interaktionsorientierung auch nicht als weitere Stufe angelegt, sondern übergreifend über die bisherigen gelegt. Ergänzende Überlegungen dazu hat die Autorin noch nicht ausgeführt.

### **Die Dimension der Ablauforientierung**

Eine weitere Ergänzung mit einem hohen Grad an Patientenignorierung fügt Wittneben mit der Ablauforientierung als niedrigster Stufe in ihr Modell ein. Unter dem Begriff Ablauforientierung werden alle pflegerischen Aktionen zusammengefasst, die sich am Betriebsablauf des Krankenhauses orientieren (z. B. Weckzeiten, Essenszeiten, Visiten).

Hier bestimmen strukturelle Zwänge pflegerische Handlungen und schaffen Bedingungen, unter denen Patientenbedürfnisse und Rechte der Patienten ignoriert werden (vgl. Wittneben 1998, S. 112 f.).

### **Die Dimension der Erlebnis-, Existenz- und Begegnungsorientierung**

Wittneben stellt bei der Analyse und Auslegung pflegedidaktischer Texte von Abermeth, Bäuml/Bäuml-Rosnagl und Bexfield eine nahezu vollkommene Abwesenheit eines ausgeformten Begriffs einer handlungs- (und verhandlungs-) bezogenen Patientenorientierung fest. Aufgrund der medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Denk- und Handlungsmuster in der Krankenpflege zeigt sich deutlich die Verrichtungsorientierung wie auch die symptom- und krankheitsbezogene Patientenorientierung. Die untersuchten Texte vermitteln das Bild eines „schutz- und schonungsbedürftigen“ Patienten (vgl. Wittneben 1998, S. 183).

Pflegewissenschaftliche Denkansätze lassen sich wegen des engen medizinischen Pflegebegriffes und der gedanklichen Unstrukturiertheit dieser pflegerischen Denkansätze nicht finden. Wittneben weist jedoch ein breites "Spektrum alltagstheoretischer Auffassungen nach". Im Einzelnen sind dies:

- Erlebnisorientierung (Abermeth 1983);
- Begegnungsorientierung (Bäuml/Bäuml-Rosnagl 1981);
- Gottesexistenzorientierung (Bäuml/Bäuml-Rosnagl 1981);
- Existenzorientierung (Bexfield et al. 1984);
- Bedürfnisorientierung (Bexfield et al. 1984);
- Kooperationsorientierung (Bexfield et al. 1984);

Trotz der noch niedrigen Explikationsstufe werden diese Wertorientierungen als Erlebnis-, Existenz- und Begegnungsorientierung in das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung rückgebunden werden. Dadurch konnte das Modell partiell gestützt werden (vgl. Wittneben 1998, S. 116 ff.).

Das modifizierte heuristische Modell wird nun folgendermaßen dargestellt:

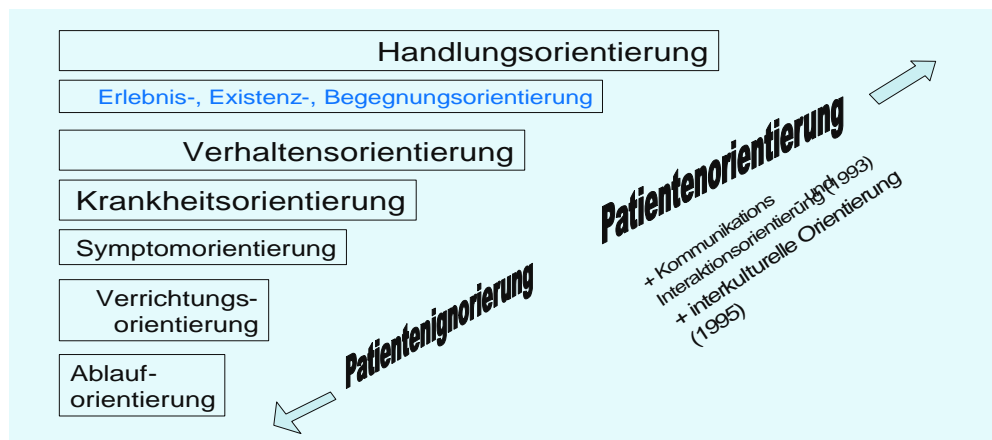


Abb. 2: Modifiziertes heuristisches Modell der multidimensionalen Patientenorientierung nach Wittneben 1997 (Quelle: Wittneben 1998, S. 115).

Mit dem Ziel der Verbesserung der Pflegequalität hat Wittneben dieses anspruchsvolle Modell entwickelt. Nur wenn es Pflegekräften gelingt über die Qualitätsmerkmale der Patientenorientierung eine Pflegeberatung zu entwickeln, kann diese in einem Beratungsnetzwerk funktionieren und durch Professionalität Akzeptanz finden. Akzeptanz nicht nur bei den Ratsuchenden sondern bei allen beteiligten Berufsgruppen im Beratungsnetzwerk und nicht zuletzt bei den zuständigen Kostenträgern.

Kompetente Beratung durch Pflegende im Klinikalltag ist in vielen Bereichen notwendig. Diese Bereiche sollen im nächsten Kapitel dargestellt werden.

## 5 SÄULEN DER BERATUNG DURCH PFLEGEKRÄFTE IM KRANKENHAUS

Wichtige Bereiche, die eine patientenorientierte Pflegeberatung im Krankenhaus erfordern, sind anhand der „Säulen der Pflegeberatung“ dargestellt (Abb.3). Der Patient soll im Krankenhaus befähigt werden, sich vom passiven Anordnungsempfänger zum selbstbestimmten, mitbestimmungsfähigen und für seine Gesundheit eigenverantwortlichen Menschen zu entwickeln. Daraus resultiert eine Stärkung des Patienten als „Experten“ für seine Gesundheit und seinen Körper.



Abb. 3: Säulen der Beratung durch Pflegekräfte im Krankenhaus  
Quelle: Eigene Zusammenstellung

Eine patientenorientierte Pflegeberatung könnte jedoch bei der Umsetzung mit den starren Aufgabenbereichen der unterschiedlichen Berufsgruppen im Krankenhaus und den tradierten Mustern der Arbeitsteilung kollidieren. „Vor allem, wenn angestammte Domänebereiche anderer Gesundheitsprofessionen berührt werden, gerät Patientenorientierung leicht in Gefahr, sich an professionellen Hürden zu reiben und zuweilen auch zu zerreiben.“ (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.54)

In einem Beratungsnetzwerk „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“, in der dieses „Säulenmodell der Pflegeberatung“ eingebunden wäre, könnten alle beteiligten Professionen - gleichberechtigt - ihren Teil zu einer patientenorientierten Beratung leisten.

Einzelne Beratungsschwerpunkte sollen exemplarisch unter dem Aspekt der patientenorientierten informatorischen Beratung bezüglich deren Inhalte und Ziele sowie den Anforderungen an die Pflegekräfte ausgeführt werden

## 5.1 Beratungsschwerpunkte im Modell der patientenorientierten informativen Beratung

In Anbetracht der Vielfalt der Bereiche die für eine Pflegeberatung im Krankenhaus in Frage kommen wird deutlich, dass auf die Pflegekräfte in Zukunft wichtige kommunikative Funktionen in der Patientenversorgung zukommen. Demgegenüber steht die Diskussion um die fehlende Sprach- und Beziehungsfähigkeit von Pflegekräften sowie *„die fehlende Professionalität, um Beratungssituationen zu erkennen und auszugestalten.“* (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.51)

Als Kernelemente der Pflege-Patient-Interaktion in einer Pflegeberatung geht es nicht mehr um die Entscheidungsübernahme durch Pflegekräfte, sondern um Aushandlung und Transparenz. Pflege heißt dann, den Patienten *„als Subjekt wahrzunehmen, die Autonomie seiner Lebenspraxis zu respektieren und ihm eine tragende (...) Rolle im Behandlungsprozess zuzuweisen.“* (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.52) Als Schlüssel zur patientenorientierten informatorischen Beratung könnte diese Komponente auch Wittnebels Modell der multidimensionalen Patientenorientierung bereichern.

Beim überwiegenden Teil der Patienten im Krankenhaus ist die Entscheidungskompetenz, die Handlungsfähigkeit und Persönlichkeit selbst nicht oder nur gering beeinträchtigt. Aufgrund einer ungünstigen Diagnose, einer oft nicht mehr überschaubaren Anzahl von Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten und einer Intransparenz in der Organisation Krankenhaus muss jede Art der Patientenberatung den Ratsuchenden dazu befähigen, die noch funktionierenden Ressourcen zu aktivieren um diese gezielt einzusetzen. Über verständliche und umfassende Informationen muss das Wissen ausgebaut und Orientierungshilfen angeboten werden.

Patientenorientierte informatorische Beratung kann in allen Bereichen der „Säulen der Pflegeberatung“ mit einfließen, spielt aber bei der Patienten- und Angehörigenberatung sowie in der Gesundheitsförderung / präventiven Beratung eine herausragende Rolle. Damit der Klient überhaupt als Akteur auftreten kann und es zu einer kontinuierlichen kommunikativen Rückkopplung kommt, gilt es bei der Beratung *„professionelles Handeln in seinen Zielen, Problemdefinitionen, Entscheidungen über Interventionen, den Interventionen selbst mit erreichten bzw. nicht erreichten Ergebnissen transparent zu machen.“* (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S.52)

Als wichtige Säule zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von chronisch Kranken gilt im Rahmen des Disease-Management (DM, amerik. „Krankheitsmanagement“) die Patientenedukation. Diese beinhaltet die koordinierte Leistungserbringung von Ärzten, Krankenhäusern, Therapeuten, Pflegediensten und weiteren Leistungserbringern. Das Beratungsnetzwerk im Krankenhaus wäre hier schon ein Teil des „consumer driven health care systems“.

Zielsetzung:

- Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen mit dafür ausgewählten Erkrankungen (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen,

Brustkrebs, Asthma bronchiale). Evidenzbasierte Leitlinien sollen als Entscheidungshilfe individuelle, gesundheitliche Versorgung ermöglichen.

- Förderung und Stärkung der Position von Patienten mit einer mittelfristigen Ausgabenstabilisierung (Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte, nicht indizierte Untersuchungen, verbesserte Patientencompliance).

An die Pflegekräfte werden im Rahmen der Patientenedukation hohe Anforderungen gestellt. Pflegekräfte müssen zunächst individuelle Kenntnisse und Fähigkeiten der Patienten für ihre Gesundheit und Gesundheitsförderung einschätzen. Die Vermittlung der Informationen sollen entsprechend patientenorientiert verarbeitet und vermittelt werden.

Im Rahmen der Prävention / Gesundheitsförderung sind Pflegekräfte an gesundheitsfördernden- und gesundheitserhaltenden Programmen beteiligt. Dabei müssen sie kulturelle, ethische und professionelle Kontexte berücksichtigen. Notwendige wissenschaftliche und konzeptionelle Grundlagen wurden seit der Einrichtung der Pflegestudiengänge zum Teil bereits erarbeitet, wie das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung aufzeigt (vgl. Hellige, Hüper 2002, S.8).

Patientenpartizipation geht von Menschen aus die bezüglich der Persönlichkeit, der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit nicht oder nur gering beeinträchtigt sind. Dabei steht der rational handelnde Mensch (Patient oder Angehörige) im Vordergrund, „*der kompetenter Akteur seiner Situation ist, in seiner Autonomie nicht beschädigt und der Willens und in der Lage ist, selbstbestimmt Entscheidungen zu treffen, über das dazu notwendige Wissen verfügt oder es sich durch Aufklärung anzueignen vermag (...).*“ (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S. 58f.)

Pflegekräfte haben es jedoch auch mit letal erkrankten Patienten zu tun. Diese sind in ihrer Autonomie beschädigt und in ihrer Souveränität eingeschränkt. Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind für die Betroffenen kein isolierbarer Vorgang, sondern betreffen alle Dimensionen ihres Lebens. Diese Patienten suchen oft Entlastung von Verantwortungs- und Entscheidungsdruck. Bei einer patientenorientierten Beratung ohne konkrete Eingriffsmöglichkeit geht es nach Sander darum neue Sichtweisen, neue Einstellungen oder neue Wertvorstellungen zu erarbeiten um sich mit der Situation auseinanderzusetzen / fertig zu werden (vgl. Sander 1999, S. 27). Grundlage einer professionellen Beratung ist dabei, den Patienten und seine Bedürfnisse in dieser Situation zu erfassen. Für das konkrete Handeln können veränderte oder zusätzliche Gesichtspunkte der Betroffenen eine Rolle spielen, wie beispielsweise „*Fragen der Identität, der Biographie und des Weiterlebens, des Existenzerhalts, der Alltagsbewältigung und des sozialen Lebens mit und trotz Krankheit (...).*“ (Reibnitz, Schnabel, Hurrelmann 2001, S. 59)

Bei einer Patientenorientierung würden dann Versorgungs- und Patientenwirklichkeit nicht in Dissonanz zueinander geraten. Versorgungsprobleme wie im einleitenden Beispiel des chronisch kranken Hr.H. könnten vermieden werden. Bei einer Pflegeberatung im Krankenhaus müssen alle Aspekte der Patientenrealitäten berücksichtigt werden, damit tatsächlich der individuelle Mensch in seiner momentanen Situation erfasst wird und dann auch im Mittelpunkt steht.

---

## 6 EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK

„Mein Körper gehört mir und meiner Frau“ – dieses Zitat aus der Einleitung begleitet mich seit meinem Beratungspraktikum im November 2001, stimmt mich nachdenklich und macht mich gleichzeitig betroffen. Hr. H. hat durch diese Aussage mein Pflegeverständnis und mein Patientenbild entscheidend und nachhaltig beeinflusst. Das Bild eines selbstbestimmten, mitbestimmungsfähigen und für seine Gesundheit eigenverantwortlichen Patienten hat durch diese Aussage von Hr. H. ein „Gesicht“ bekommen. Dieses „Gesicht“ sollte mich auch durch diese Arbeit begleiten und stellt die Organisation Krankenhaus in der ich seit über 20 Jahren arbeite immer mehr in Frage.

Auf der einen Seite ist diese Organisation gekennzeichnet durch eine rasante naturwissenschaftlich-medizinisch-technische Entwicklung, ein immer größer werdendes Angebot an Diagnostik und Therapie, immer kompliziertere Operationsverfahren und eine kürzere Verweildauer der Patienten. Auf der anderen Seite haben sich ein Bild vom defizitären, hilfsbedürftigen und unselbständigen Patienten sowie personelle und organisatorische Strukturen festgesetzt, die sich in den letzten Jahrzehnten wie es scheint kaum verändert haben. In Wittnebels Modell der multidimensionalen Patientenorientierung bilden diese Strukturen die untersten Stufen. Nicht der Patient als Mensch steht im Mittelpunkt der Institution Krankenhaus sondern eine Diagnose auf die alle Beteiligten dieser Organisation reagieren müssen. Von einer Patientenorientierung kann dabei keine Rede sein, vielmehr kommt es zur Patientenignorierung und dies in einer Zeit in der jeder Patient „ganzheitliche Pflege“ bekommen sollte. Ein Beratungsnetzwerk in dem Pflegekräfte als gleichberechtigte Mitglieder eines multiprofessionellen Beratungsteams integriert sind, scheint meines Erachtens in diesem Kontext eine Utopie zu sein.

Beratung braucht Kompetenz. Grundlagen bezüglich der professionellen Beratungskompetenz müssten fester Bestandteil in Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften sein. An erster Stelle müssen diese dazu ihr Berufsverständnis grundlegend ändern. „Das haben wir immer schon so gemacht“, eine Aussage die Pflegekräfte gerne benutzen um Pflegerituale zu begründen, würde in dieses Pflegeverständnis nicht mehr passen. Mit der Einrichtung der unterschiedlichen Pflegestudiengänge wurden längst fällige theoretische Grundlagen für ein neues Berufsverständnis gelegt. „Patientenorientierung“ und „ganzheitliche Pflege“ haben dadurch Qualitätsmerkmale bekommen, die es nun gilt im Pflegealltag umzusetzen. Die Pflegequalität wäre mess- und nachvollziehbar. Ein weiterer Schritt zur Professionalisierung der Pflegeberufe. Ohne eine solche theoretische Grundlage würde eine Pflegeberatung nicht bestehen können.

Dass es Pflegeberatung im Krankenhaus braucht, zeigt das „Säulenmodell“ in dem mögliche Bereiche der Beratung dargestellt sind. Um das Modell in ein Beratungsnetzwerk zu implementieren wäre es jedoch notwendig die einzelnen Bereiche differenzierter zu betrachten, Inhalte konkret zu definieren und Ziele festzulegen. In dieser Arbeit sollten hierzu nur Grundlagen erarbeitet werden. Auch auf

die rechtlichen Fragen und die Finanzierung der Pflegeberatung bzw. eines Beratungsnetzwerks konnte im Rahmen dieser Ausführungen nicht eingegangen werden. Bei allen Überlegungen muss jedoch stets die Transparenz der Leistungen sichtbar sein. Dazu gehört nicht zuletzt eine umfassende Dokumentation und Leistungserfassung sowie eine kontinuierliche Begleitung der Ratsuchenden bzw. Evaluation auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Letztendlich ist die Zufriedenheit der Ratsuchenden die beste Empfehlung dafür, eine Beratungseinrichtung zu nutzen. Würden sich durch ein Beratungsnetzwerk „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ auch noch die Kosten im Gesundheitswesen reduzieren lassen, könnte ein solches Beratungsnetzwerk sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den Kostenträgern Akzeptanz finden.

---

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abermeth, H.-D.: Patientenzentrierte Krankenpflege. 3. Aufl. Göttingen 1983
- Bäumel, I., Bäumel-Rossnagl, M.-A.: Didaktik des Krankenpflegeunterrichts. München, Wien, Baltimore 1981
- Bexfield, H. et al., Konzeption für das Fach "Fachdidaktik" in der Krankenpflege. Düsseldorf 1984.
- French, W.L., Bell, C.H.: Organisationsentwicklung 4. Auflage. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt 1994
- Hellige, B., Hüper, C.: Pflegerisches Beratungsmodell für chronisch kranke Menschen. In: Pflegemagazin 3.Jg. 2002 H.6
- Hölling, G.: Unterrichtsscript „Gesundheitsziele – AG8 – Zwischenbericht (Datum unbekannt), efh-Hannover WISE 2002/2003
- Müller, B., Münch, E., Badura, B.: Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim, München: Juventa Verlag 1997
- Mutzeck, W.: Kooperative Beratung. Weinheim und Basel: Beltz Taschenbuch 51, Deutscher Studienverlag 1999
- Norwood, S.: Pflege-Consulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber 2002
- Sander, K.: Personzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Verlag 1999
- Reibnitz, v. C., Schnabel, P.-E., Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient, Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim und München: Juventa Verlag 2001
- Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Europäische Hochschulschriften. Reihe XI. Pädagogik Bd./Vol. 473. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, Verlag Peter Lang 1998