

Patientenedukation in der Pflege zwischen professioneller Dominanz und Partizipation

Unter dem Begriff der »Patientenedukation« in der Pflege werden Angebote subsumiert, die sich im Wesentlichen auf die Information, Schulung und Beratung von Patienten, Pflegebedürftigen und deren Bezugspersonen richten. Programmatisch wird die Notwendigkeit einer individuellen, subjektbezogenen Beratung unter Achtung der Mit- und Selbstbestimmung Betroffener und deren Angehöriger betont. Im vorliegenden Beitrag wird ausgehend von langfristigen epidemiologischen und demographischen Entwicklungslinien anhand zweier Beispiele pflegebezogener Patientenedukation eine praxisbezogene Standortbestimmung vorgenommen. Insbesondere geht es dabei um die Beantwortung der Frage, ob sich aus der Umsetzung neuer Konzepte pflegebezogener Patientenedukation Chancen für Partizipation und Demokratisierung der Pflegekraft-Patient-Beziehung ergeben. Dies geschieht erstens mit Blick auf die Konstruktionen, die theoretischen Grundlagen und inhaltlichen Zielsetzungen der unterschiedlichen Konzepte, zweitens unter Berücksichtigung notwendiger Kompetenzen und Qualifikationen der Pflegekräfte und drittens unter Verweis auf eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheits- und Pflegewesens und die damit verbundene Anwendung ökonomischer Modelle auf soziale Beziehungen.

1. Patientenedukation als neues Aufgabengebiet der Pflege

Die Förderung der Fähigkeit zur Selbstpflege und zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen dient aus der Perspektive des Gesundheitssystems der Gewährleistung einer effektiven und effizienten Versorgung. Mit der Veränderung der Rolle des Patienten vom passiven Hilfeempfänger zum mündigen Kunden und aktiven Ko-Produzenten seiner Gesundheit (vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 47; Koch-Straube 2003: 83; Steimel 2003: 141) verändern sich auch die Anforderungen an die professionelle Praxis. Zunehmend wird gefordert, Beratung und Anleitung als Querschnittsaufgabe aller Gesundheitsberufe zu verankern und als konstitutiven Bestandteil der Dienstleistungserbringung zu betrachten. Seit einigen Jahren wird in diesem Zusammenhang auch innerhalb der Pflegeberufe über Patientenedukation als neues Aufgabengebiet diskutiert. Dies geschieht vor allem mit Blick auf Erfahrungen aus den

USA, denn dort gilt die Patientenedukation bereits seit Jahrzehnten als unabdingbarer Kernbestandteil des Tätigkeitsprofils professioneller Pflegekräfte. Der Begriff »Patientenedukation« wird hierzulande daher auch eher pragmatisch als theoretisch begründet und vor allem wegen seiner internationalen Gebräuchlichkeit in der Pflegewissenschaft (Patient education) übernommen (hierzu Abt-Zegelin 2003: 103).

Die Aufgaben der Pflege richten sich im Rahmen der Patientenedukation in den USA insbesondere auf

- die Einschätzung der individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Klienten zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit,
- die Vorbereitung und Darbietung von Informationen auf einem angemessenen Niveau sowie
- die Organisation von und Mitwirkung bei Gesundheitserziehungsprogrammen, unter Anwendung akzeptierter und angemessener kultureller, ethischer und professioneller Standards (Salvage 1993: 16 f., zit. n. Müller-Mundt et al. 2000: 444).

Neuere pflegerische Konzepte der Patientenedukation aus den USA gehen mittlerweile über die traditionelle Form der Unterweisung und Wissensvermittlung (»Nursing is teaching«) zur Herstellung von Therapietreue (Compliance) hinaus. Der durch die Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen (DRG) forcierte Rückgang der Krankenhausaufweildauern und der mit der medizintechnischen Entwicklung korrespondierende Ausbau der häuslichen Versorgung schwerstkranker Menschen machten eine Schwerpunktverlagerung edukativer Angebote vom stationären in den häuslichen Sektor der Pflege notwendig. Hier richten sich die Angebote zunehmend auch an die pflegenden Angehörigen, denn ohne deren intensive Information, Anleitung und Begleitung erschiene insbesondere eine vorwiegend technisch gestützte häusliche Versorgung Schwerkranker unmöglich. Darüber hinaus steht im Sinne des Empowerments der Betroffenen die Erweiterung der Selbstpflegekompetenzen im Zentrum des Bemühens (Klug-Redmann 1996: 287 ff.). Das Ziel der Patientenedukation richtet sich zunehmend auf den Erhalt oder die Verbesserung des Gesundheitsstatus, verbunden mit der Befähigung zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen und deren Folgeproblemen (Müller-Mundt et al. 2000: 43; Bopp/Lubkin 2002: 521).

Verglichen mit den Entwicklungen in den USA steht die Pflege in Deutschland erst am Anfang ihres Bemühens, Patientenedukation als konstitutiven Bestandteil der professionellen Pflegearbeit zu institutionalisieren. Patientenedukation stellt in Deutschland bislang vorwiegend ein medizinisch-psychologisches Handlungsfeld dar. Dies gilt für

Forschung, Entwicklung konzeptioneller Grundlagen und Durchführung von Patientenedukationsprogrammen gleichermaßen (Müller-Mundt et al. 2000: 47). Die Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung, die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sowie der akute und zukünftige Fachkräftemangel in der professionellen Pflege verweisen jedoch auf die zunehmende Bedeutung, die der pflegebezogenen Patientenedukation auch hierzulande zukommen wird. Im einzelnen zeichnet sich folgendes Szenario ab:

- Der Pflege wird aufgrund ihrer Nähe zu den Patienten und deren Bezugspersonen national wie international bei der Versorgung chronisch kranker und alter Menschen die Rolle einer Schlüsselprofession zugesprochen (Rennen-Allhoff/Schaeffer 2003: 10). Soll die Pflege diesen Erwartungen gerecht werden, müssen Prävention, Rehabilitation, Gesundheitsförderung, Case-Management, Anleitung von Patienten, Pflegebedürftigen und Bezugspersonen sowie Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung der vielfältigen Probleme im Alltag, die das Leben bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit mit sich bringt, neben kurativen Aufgaben einen sehr viel höheren Stellenwert einnehmen als bislang. Dies impliziert auch eine Absage an eine vorrangig defizitorientierte und krankheitsbezogene Sichtweise der Patienten. Ressourcenorientierung, d.h. Gesundheitssicherung und -förderung bei eingeschränkter Gesundheit, wird zu einer immer wichtigeren Aufgabe für die Pflegeberufe. Dies hat auch der Gesetzgeber erkannt: Mit dem Pflegeversicherungsgesetz (PflVG; SGB XI 1995) wurde der Pflege erstmals eine eigenständige Beratungskompetenz in pflegfachlichen Fragen zugestanden und ein Auftrag der Leistungsträger zur Pflegeberatung formuliert. Die in § 37 PflVG vorgesehene Pflegeberatung bei der häuslichen Pflege durch Laien als Voraussetzung für den Bezug von Sachleistungen sowie die in § 45 PflVG angesprochenen Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtlich Pflegenden enthalten zumindest die Chance, langfristig angelegte pflegerische Unterstützungs- und Schulungskonzepte zu etablieren.
- Die durch den Gesetzgeber vorangetriebene Ökonomisierung des Gesundheitswesens setzt die Krankenhäuser unter einen erheblichen Veränderungsdruck (Löser-Priester 2003). Akutkrankenhäuser stehen heute in einem direkten Wettbewerb untereinander sowie mit ambulanten Versorgungsangeboten niedergelassener Ärzte, und sie sind zugleich zur eigenen Wirksamkeitssteigerung zunehmend auf die Kooperation mit anderen Versorgern und die Entwicklung spezifischer Leistungsangebote (z.B. zur Patientenedukation) angewiesen, die

ihnen eine sicherere Position auf dem Markt der Gesundheitsdienstleistungen ermöglichen. Zugleich ist das Akutkrankenhaus die von der Zunahme anwendungsbezogenen Wissens und von wachsender Technisierung am stärksten betroffene Versorgungseinrichtung. Hinzu kommt, dass ihm aufgrund der sinkenden Krankenhausverweildauern (Klauber/Robra/Schellschmidt 2004: 190) sowie der Ausdifferenzierung der Versorgungslandschaft zukünftig eine besondere Koordinationsfunktion für die gesamte Versorgungskette chronisch Kranker zufällt bzw. zufallen könnte. Dies zwingt zu einer Reform der inneren institutionellen Strukturen und äußeren Kooperationsbeziehungen. Neben einer zunehmenden Spezialisierung des ärztlich-medizinischen Leistungsangebotes kommt es daher zunehmend zu einer Diversifizierung durch die Übernahme neuer Aufgaben in der Prävention, der Rehabilitation sowie im Case-Management (Badura 1994: 287). Hiervon bleibt auch die Pflege nicht unberührt: Es ist damit zu rechnen, dass Maßnahmen der medizinisch-pflegerischen Frührehabilitation bereits von den Krankenhäusern erbracht werden müssen. Die Vorbereitung auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt erfordert systematische, zielorientierte und evaluierte Anleitungen, denn die Patienten werden nicht als »Gesunde« entlassen. Oft müssen sie ihre Lebensweise völlig umstellen oder zumindest an die veränderte Situation anpassen, und dazu benötigen sie Hilfestellung und Beratung. Vom Pflegepersonal in Krankenhäusern wird also zunehmend Informationsarbeit, Kommunikationsarbeit, Gefühlsarbeit, Arbeit für das Wohlbefinden der Patienten und auch »Trajectory work«, also Arbeit an der Gestaltung des gesamten Verlaufs des Lebens mit chronischen Gesundheitseinbußen, gefordert (vgl. Moers 1994: 163; ausführlicher Corbin/Strauss 2004).

- Die frühzeitige Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus führt zudem zu einer Verlagerung von akutmedizinischem Behandlungsaufwand und Pflege aus dem Krankenhaus in die angrenzenden Versorgungsbereiche. Die Pflegekräfte müssen sich im dem Krankenhaus nachgelagerten Sektor daher einerseits auf die zunehmende Bereitstellung medizinisch induzierter Pflegeleistungen und damit verbundener Beratung, Information und Schulung einrichten. Andererseits müssen sie sich, wegen der in vielen Fällen der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegenden chronisch-degenerativen Erkrankungen, mehr als bislang auf die Entwicklung und Bereitstellung abgestufter, integrierter Hilfen zur Bewältigung des Alltags sowie pflegerischer Konzepte zu Rehabilitation und Gesundheitsförderung beziehen. Es sind Modelle zu entwickeln, die die Situation des Patienten zum Ausgangspunkt nehmen

- und versuchen, ein Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität auch bei schwersten chronischen Erkrankungen sicherzustellen (Moers 1994: 164 ff.).
- Die Sicherung des ambulanten Pflegebedarfs könnte allerdings ohne Mitwirkung pflegender Angehöriger weder heute noch zukünftig sichergestellt werden. Ende 2002 erhielten 1,9 Millionen Hilfe- und Pflegebedürftige Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung. Ein knappes Drittel (30 %) der Leistungsempfänger wird gegenwärtig vollstationär (in Heimen) versorgt, gut zwei Drittel leben in Privathaushalten und erhalten entweder Pflegegeldleistungen allein (50 %) oder in Kombination mit professionell von ambulanten Diensten erbrachten Leistungen (10 %) bzw. ausschließlich Pflegesachleistungen durch ambulante Einrichtungen (8 %) (Priester 2004: 94). Darüber hinaus wird ein Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen (im engeren Sinne, ohne vorrangig hauswirtschaftlich Hilfebedürftige) von derzeit rund 2 Millionen auf 2,4 Millionen im Jahr 2010 und 2,8 Millionen im Jahr 2020 prognostiziert, der sich bis zur Jahrhundertmitte noch weiter erhöhen wird. Diese Pflegebedürftigen werden im Durchschnitt (wesentlich) älter und damit mutmaßlich auch in stärkerem Maße von Pflegeleistungen abhängig sein als die Pflegebedürftigen heute (Priester 2004: 96). Die Notwendigkeit der Beratung pflegender Angehöriger ergibt sich also nicht nur aus der Fülle von körperlichen, seelischen, sozialen und finanziellen Belastungen, die durch eine Pflegesituation entstehen können (hierzu beispielsweise Klein/Schieron/Thormann 2002: 167), sondern auch aus der Notwendigkeit zur Befähigung der Angehörigen zur Übernahme komplexer Pflege Tätigkeiten sowie der sozialen und psychischen Betreuung der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der ambulanten Pflege ist es darüber hinaus dringend erforderlich, eine bessere Kooperation zwischen professionell Pflegenden, »Laien« und angelernten (weniger qualifizierten) Kräften zu realisieren. Garms-Homolová fordert daher eine Ausbildung der Pflegekräfte, die explizit auch zur Kooperation befähigt. Coaching, Anleitung, Unterweisung, Beratung und Führung von pflegerischen »Laien« (Angehörigen) und weniger qualifizierten Pflegekräften sollten darin viel mehr als bislang vorkommen und trainiert werden (Garms-Homolová 2005: 21).

Zusammengenommen lässt sich festhalten: Vor dem Hintergrund des skizzierten Problemszenarios können professionelle Pflegekräfte für die Wahrnehmung von Aufgaben, die sich im Kontext der Betreuung von Menschen mit eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten stellen, als prädestiniert gelten. Die im Verlaufe des Pflegeprozesses entstehende

Beziehung zwischen Pflegekraft, Patient und Bezugspersonen wird als eine wichtige Ressource für die Patientenedukation betrachtet. »Pfleger sind bei den Betroffenen präsent, sie kennen die Personen, die Umstände, können gute Momente des Dialogs erkennen und sie sprechen die Sprache der Patienten. (...) Der wichtigste Grund für die Übernahme von edukativen Funktionen der Pflege liegt jedoch in den Themen selbst: Es geht ja um Fragen der alltäglichen Versorgung, meistens in einer Verschränkung von körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten! In der Regel sind es die Professionellen, die in der Akutphase stellvertretend für den Betroffenen handeln müssen, dabei können Pfleger als Rollenmodell für erfolgreiches Agieren dienen. Es geht darum, dass beruflich Pfleger lernen, diese Situationen besser zu strukturieren und pädagogisch zu nutzen.« (Abt-Zegelin 2003: 106)

In der Folge sind unter dem Begriff »Patientenedukation« eine Reihe von Angeboten entstanden, die sich im wesentlichen auf die Information, Schulung und Beratung von Patienten, Pflegebedürftigen und deren Bezugspersonen (Angehörige) durch Pfleger beziehen. Als bereits etablierte Handlungsfelder der Pflegeberatung und Anleitung können die Stoma- und Inkontinenzberatung, die von den Hebammen getragene Schwangerenberatung und Geburtsvorbereitung sowie die in der klinischen Praxis von den Kinderkrankenschwestern angebotene Wochenrinnen- und Stillberatung angesehen werden (Müller-Mundt et al. 2000: 46). Darüber hinaus zeichnen sich die folgenden Handlungsfelder pflegebezogener Patientenedukation ab:

- Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation im Rahmen spezifischer chronischer Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus, Asthma und Krebserkrankungen,
- Prävention von Pflegebedürftigkeit,
- Case- und Care-Management im Rahmen der Krankenhausentlassung und Pflegeüberleitung,
- Familien- und gemeindeorientierte Pflege sowie
- Angehörigenarbeit im stationären, teilstationären und ambulanten Pflegesektor.

Im Zuge des auch durch den Innovationsdruck der Praxis ausgelösten Akademisierungsprozesses der Pflege und den damit verbundenen Professionalisierungsbemühungen ist es kaum verwunderlich, dass erste Impulse für die Entwicklung und Umsetzung neuerer pflegebezogener Patientenedukationskonzepte von der Pflegewissenschaft ausgingen. Vor dem Hintergrund der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen wird – zumindest programmatisch – die Notwendigkeit einer individuellen, subjektbezogenen Patientenedukation unter Achtung der Mit- und

Selbstbestimmung Betroffener und ihrer Angehörigen durch Pflegende betont. Die ohne Zweifel engagierte Entwicklungsarbeit der Pflege in diesem neuen Aufgabengebiet lässt allerdings eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Patientenedukation und damit verbundenen Zielsetzungen vermissen. Ausgehend von der Bedeutung, die dem Selbstmanagement und der Selbstpflegefähigkeit des Menschen bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen unter Wahrung größtmöglicher Lebensqualität beizumessen ist, erscheint Patientenedukation, mit Blick auf ihre pädagogischen Implikationen verstanden als Erziehung und/oder Belehrung, aus folgenden Gründen unangemessen:

- »Es wird damit unterstellt, dass es sich bei der Zielgruppe bereits um Patienten handelt, was aber nur für einen Teil der Individuen der Fall ist. In vielen Fällen geht es demgegenüber um Aspekte der Gesundheitsberatung oder Gesundheitsförderung von Menschen, die (noch) nicht oder nicht mehr akut krank sind. (...) Außerdem ist zu beachten, dass der Patientenstatus wechseln kann und nur bei wenigen Menschen relativ überdauernd ist.« (Schmidt/Dlugosch 1997: 23)
- Pflege findet auch dann noch statt, wenn medizinisch gesehen keine Heilung mehr möglich ist. In diesem Fall sind weder Belehrung oder Erziehung, sondern vielmehr Begleitung und Unterstützung im Hinblick auf die Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils notwendig, um ein dauerhaftes Leben mit chronischer Erkrankung im Alltag für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen zu ermöglichen. Pflege sollte sich damit nicht ausschließlich am Krankheitsbild, sondern an der Förderung von Ressourcen, Wohlbefinden und Unabhängigkeit orientieren. Am Ende einer auf Autonomie, Selbstbestimmung, Empowerment, Gesundheitsförderung und Wohlbefinden zielenden Pflegeintervention sollte die reflektierte Entscheidung der Klienten sowie seiner wichtigsten Bezugspersonen und nicht die undiskutierte Entscheidung, Belehrung oder Empfehlung der professionellen Pflegeexpertinnen/-experten stehen. Demnach ist Schulung, Information und Beratung durch Pflegende nicht ein auf Edukation, sondern ein auf Partizipation hin angelegtes Betreuungs- und Unterstützungsangebot.
- Der Begriff der Patientenedukation deutet zudem auf eine asymmetrische Beziehung hin, die den Patienten unfrei und möglicherweise unmündig erscheinen lässt. Programme zur Patientenedukation müssen sich dann auch die Frage gefallen lassen, ob professionelle Dominanz zugunsten von Partizipation und Empowerment der Betroffenen tatsächlich zurücktritt.

Im Folgenden soll daher anhand zweier Beispiele pflegebezogener Patientenedukation, über die vergleichsweise viel publiziert wurde, mit Blick auf die Konstruktionen und inhaltlichen Zielsetzungen der unterschiedlichen Konzepte eine praxisbezogene Standortbestimmung vorgenommen werden.

2. *Exemplarische Modelle pflegebezogener Patientenedukation*

a) *Das Wittener Konzept pflegebezogener Familien- und Patientenedukation*

Vorreiter für die Konzeptionalisierung pflegebezogener Patientenedukation war das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Hier wurde gemeinsam mit Kooperationspartnerinnen aus der Praxis das sog. Wittener Konzept der pflegebezogenen Familien- und Patientenedukation entwickelt, das wesentlich Angebote zur Information, Schulung und Beratung von Patienten und ihrer Bezugspersonen umfasst (Abt-Zegelin 2003: 103f.). Im Frühjahr 1999 wurde auf Initiative des Instituts das erste bundesdeutsche Patienteninformationszentrum (PIZ) unter pflegerischer Leitung am Klinikum Lüdenscheid eröffnet, sechs Monate später folgte das zweite Zentrum in Bad Waldliesborn bei Lippstadt, zunächst in einer Seniorenwohnanlage und seit kurzem in einem Rehabilitationszentrum. Patienteninformationszentren sind Biblio-/Mediatheken, in denen Ratsuchende sich selbst zu Pflege- und Gesundheitsfragen informieren können. Bei Bedarf werden Recherchehilfen durch Pflegekräfte gegeben. Das Vorbild hierfür war das »Patient-Learning-Center« des Beth-Israel-Hospitals in Boston, das offenbar inzwischen zu einem »Mekka« innovationswilliger und gesundheitsorientierter Kliniken geworden ist (Abt-Zegelin 2004: 9). Das Patienteninformationszentrum wurde als pflegerisches Modellprojekt zur Gesundheitsförderung konzipiert (Pinkert/Renneke 2000: 50). Die theoretische Fundierung wurde von einer studentischen Arbeitsgruppe vorbereitet. Dabei wurde eine Abkehr von verhaltensorientierten Pflichtveranstaltungen beschlossen und Ansätze der Befähigung und Autonomisierung sowie das Konzept der Salutogenese (Antonovsky 1997) zur Arbeitsgrundlage gemacht. Hierbei spielt das von Antonovsky definierte Kohärenzgefühl eine Schlüsselrolle. Er beschreibt das Kohärenzgefühl als eine Grundorientierung des Menschen, ein Gefühl des Vertrauens dahingehend, dass Lebensanforderungen verstehbar, helfende Ressourcen verfügbar und Engagement sinnvoll und lohnenswert sind. Nach Auffassung des Deutschen Netzwerkes Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. muss sich Patienten- und Familienedukation an der

Förderung des Kohärenzgefühls orientieren (Abt-Zegelin et al. 2002: 3). Grundlegend ist hierbei die konsequente Einbeziehung des Patienten und seiner Bezugspersonen in den Pflegeprozess und die Edukationsaktivitäten. Die Zielrichtung des Pflegeprozesses wird übergreifend wie folgt formuliert: »Pflegerische Interventionen, auch die Patientenedukation, sind kohärenzstiftende Interaktionen mit den Betroffenen, sowohl im Hinblick auf die Orientierung an einer neuen Situation, als auch in der Anleitung zum selbständigen Handeln und in der Bewältigung der Situation auf emotionaler Ebene.« (Ebenda) Darauf aufbauend wurden die folgenden Grundannahmen formuliert:

- »Jede langfristige Krankheit bedeutet auch eine Lernaufgabe für die Betroffenen;
- eine gelingende Bewältigung ist mit der Person verknüpft, der Kranke ist Co-Produzent des Ergebnisses;
- die Patienten wünschen mehr Beteiligung und Information;
- die eigene Lebenssituation zu kontrollieren ist ein elementares Bedürfnis des Menschen, den Betroffenen wird Würde und Autonomie erhalten.« (Ebenda: 8)

Insgesamt soll das Angebot Menschen dabei unterstützen, mit den Auswirkungen einer Erkrankung, mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit im Alltag umzugehen (Pinkert/Renneke 2000: 51). Dies erfordert neben der Information Beratung und die Vermittlung praktischer Fähigkeiten (Schulung). Inzwischen wurde daher eine Reihe sog. Mikroschulungen entwickelt. Das sind kleine standardisierte Lehr-/Lerneinheiten von maximal einstündiger Dauer, die sich an ein oder zwei Adressaten richten und spezifische Fertigkeiten und/oder Verhaltensweisen vermitteln sollen. Hierzu gehören beispielsweise das Verabreichen von subcutanen Injektionen, das Anlegen eines Kompressionsverbandes oder der Umgang mit Dosieraerosolen. Ein weiteres Angebot bezieht sich auf sog. strukturierte Anleitungen, die sowohl Elemente der Information und Schulung als auch der Beratung beinhalten. »Sie kommen zum Einsatz, wenn der Patient und die Angehörigen vielerlei Neues lernen müssen. Zur Zeit ist ein Konzept zur Selbstpflege bei langzeittracheotomierten Menschen in Erprobung. (...) Ein weiteres Programm ist für Epilepsie-Patienten entwickelt. Es besteht aus vier ›Gesprächskarten‹, die im Pflege- und Behandlungsverlauf eingesetzt werden. Im Rahmen der Disease-Management-Programme für Brustkrebs-Patientinnen wird momentan ein strukturiertes Vorgehen der pflegerischen Unterstützung aufgebaut.« (Abt-Zegelin 2004: 9) Die Schulungen werden sowohl im Patienteninformationszentrum als auch »vor Ort« auf den Stationen von den Mitarbeiterinnen des PIZ durchgeführt.

Der Schwerpunkt der Aktivitäten in den nächsten Jahren ist eine Verlagerung aller edukativen Anstrengungen in den direkten Patienten-/Angehörigenkontakt im Pflegeprozess. »Künftig vorstellbar sind Klinikstationen, bei denen eine Aufnahme vor allem zum Zwecke der Verselbständigung und des Trainings von Patienten und Angehörigen erfolgt.« (Ebenda: 113) Die pflegebezogene Information, Schulung und Beratung ist auf einen individuellen Adressaten ausgerichtet. »Wenn irgendmöglich sollte eine bestimmte Pflegende den Patienten kontinuierlich durch den Lernprozess begleiten, evtl. auch durch den Abschluss eines ›Vertrages«, in dem Auftrag, Erwartungen und Ziele geklärt werden.« (Ebenda: 110)

Ein Schritt in diese Richtung ist das vom gemeinnützigen Verein Patienteninformationszentrum Lippstadt e.V. in der Zeit vom Februar 2002 bis Juli 2003 durchgeführte und von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Projekt zur »Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung als neues Handlungsfeld für Pflegende«. Die Ziele des Projektes richteten sich auf die Unterstützung von Angehörigen bei der Versorgung eines pflegebedürftigen Familienmitglieds durch individuelle Einzelschulungen in der häuslichen Pflegesituation sowie auf die Befähigung von Pflegekräften zur Übernahme dieser Aufgaben. Im Anschluss an eine Bedarfsanalyse wurden Schulungskonzepte zum rückenschonenden Transfer bewegungseingeschränkter Menschen, zur Vorbereitung auf den MDK-Besuch zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit sowie zum Umgang mit dementiell erkrankten Menschen entwickelt, umgesetzt und evaluiert. Hinzu kamen die Entwicklung eines Meta-Schulungsstandards sowie einer Informationsbroschüre zur Dekubitusprophylaxe für pflegende Angehörige. Im Rahmen einer im Laufe des Projektes konzipierten, durchgeführten und evaluierten Seminarreihe wurden Pflegekräfte für dieses neue Handlungsfeld sensibilisiert und qualifiziert. Bis zum Ende des Projektes gelang es dem PIZ Lippstadt e.V. mit mehreren Kranken- und Pflegekassen Rahmenvereinbarungen bezüglich der Finanzierung häuslicher Pflegeschulungen nach § 45 PflVG abzuschließen. Dadurch konnte auch über den genannten Projektzeitraum hinaus eine langfristige Sicherung des Angebotes erreicht werden (Büker o.J.: 4).

b) *Das Krankenhaus München-Neuperlach: Pflegeberatung am Bett*
Andere Angebote zur Schulung, Beratung und Information von Patienten und deren Bezugspersonen verzichten auf die Verwendung des Begriffs »Patientenedukation« und thematisieren primär im Rahmen der Pflegeberatung eine Veränderung der Rolle von Patienten, Pflegenden

und Bezugspersonen, die zur aktiven und partizipativen Gestaltung der Pflegekraft-Patient-Beziehung befähigt (Thomas/Wirnitzer 2001a: 469). Im Krankenhaus München-Neuperlach wurde im Jahr 2000 ein Modellprojekt initiiert, in dessen »Rahmen interessierten Bürgern Beratung und Schulung zu Fragen der Gesundheitserziehung und Prävention angeboten werden, vor allem aber Pflegekräften konkrete und bedarfsgerechte pflegerische Beratung erhalten sollen« (ebenda). Das im Frühjahr 2001 gegründete Patienteninformationszentrum soll ein Netzwerk zwischen stationären, ambulanten und gemeindeorientierten Angeboten schaffen und bietet neben einer Pflegebibliothek Pflege- und Gesundheitsschulungen sowie integrierte Pflegeberatung für stationäre, nachstationäre und ambulante Patienten an. »Die Entwicklung des Pflegeinformationszentrums war eine fast logische Konsequenz aus bereits bestehenden krankenhausesinternen Aktionen oder Einrichtungen wie dem Konzept der »Koordinierten Entlassung« oder verschiedenen Tageskliniken, insbesondere dem Zentrum für Akutgeriatrie und Frührehabilitation. Mit der Einrichtung des PIN, das sich vorwiegend an ältere Menschen und ihre pflegenden Angehörigen richtet, wurde nunmehr eine Lücke in der Versorgungskette geschlossen. Es stellt somit einen wichtigen Baustein in der Entwicklung des Krankenhauses zum Gesundheitszentrum dar.« (Ebenda: 471)

Darüber hinaus wurde im Rahmen des Modellprojektes ein Konzept zur Pflegeberatung sowie zur Patienten- und Angehörigenschulung innerhalb des Stationsalltags (Pflegeberatung am Bett) entwickelt. Dabei sollen in allen Aspekten der Beratung und Schulung die Einmaligkeit, die Erfahrungen und Ressourcen sowie das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten und Angehörigen respektiert und beachtet werden. Das Wissen und die Erfahrungen der Betroffenen im Umgang mit Krisen und Krankheit sowie bestehende Bewältigungsstrategien werden in Anlehnung an Antonovsky (1997) als Widerstandsressourcen betrachtet, aufgegriffen und als Grundlage für eine gesundheitsfördernde Lebensweise genutzt. Im Vordergrund des Unterstützungsangebotes steht nicht die Entwicklung einer theoretischen Pflegeplanung, sondern eine bedürfnis- und handlungsorientierte Förderung der Selbstpflegefähigkeit der Betroffenen (Thomas/Wirnitzer 2001a: 471 f.). Betont wird die Analogie von Pflege- und Schulungsprozess. Im Rahmen einer Statuserhebung werden zunächst das Wissen des Patienten/der Angehörigen über die Krankheit, die Folgen der Beeinträchtigung für den Alltag, Sorgen sowie das gewünschte Maß an Unterstützung eruiert. Mittels eines Assessmentinstruments (Functional Independence Measure [FIM]) erfolgt in einem nächsten Schritt die Einschätzung der Selbständigkeit und der

Selbstpflegekompetenzen der Patienten. Aus den hieraus ermittelten Selbstpflegedefiziten und Ressourcen der Patienten sowie ihrer Bezugspersonen ergibt sich der individuelle Schulungsbedarf. Die zusätzliche Einschätzung individueller Lernbedürfnisse und -voraussetzungen sowie der Motivation erlaubt die Formulierung übergeordneter Lernziele, deren Operationalisierung die Ableitung von Lerninhalten und Schulungsaktivitäten ermöglicht. Danach erfolgt die Schulung am Bett. Das Vermitteln zusätzlicher Informationen zum Krankheitsbild, zu Hintergründen der Erkrankung und damit verbundener Probleme sowie das Angebot von Diskussionen, Rollenspielen etc. sollen Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und Integration in das bisherige Leben leisten (ebenda: 472 f.). Inwieweit kognitive und affektive Lernziele erreicht werden, hängt von der Qualität der Interaktion und vom Fachwissen der Pflegekraft ab. Wichtig sind vor allem eine sensible Information unter Berücksichtigung der Verlaufsstadien einer chronischen Erkrankung, partnerschaftliche Begleitung der Betroffenen sowie das erworbene Wissen der Betroffenen als Expertenwissen zu nutzen. Neben verrichtungsorientierten Beratungs- und Schulungsinhalten werden daher auch Themen wie Schmerzmanagement, Leben mit chronischer Erkrankung oder kognitiven Einschränkungen angesprochen und gemeinsam mit Patienten und Bezugspersonen bearbeitet. Die Evaluation des Pflege- und Schulungsprozesses erfolgt anhand einer erneuten Einschätzung der Funktionalen Selbständigkeit (Prozessbeurteilung) sowie den vier Fragen der Stuserhebung (Ergebnisbeurteilung) (Thomas/Wirmitzer 2001b: 870). Die Dokumentation des Verfahrens erfolgt im sog. Schulungsbericht.

Die Auswirkungen der Pflegeberatung am Bett auf Patienten und Angehörige wurden nach Ende der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes als durchweg positiv beschrieben:

- Die Pflegeberatung am Bett hilft Patienten und Bezugspersonen beim Abbau von Unsicherheiten und regt zur aktiven Mitarbeit an;
- Wissensvermittlung, gemeinsames Erarbeiten von Lösungswegen und erste Erfolge motivieren Patienten und Bezugspersonen;
- die Patienten entwickeln eine positive Einstellung gegenüber ihrer Situation;
- der Umgang mit Schmerz wird erleichtert, die Schulung vermittelt Sicherheit;
- Patienten und Bezugspersonen machen sich weniger Sorgen in bezug auf den Alltag zu Hause;
- sie fühlen sich sicher, das Gelernte in der häuslichen Umgebung umsetzen zu können, da Zeit zum Lernen und Üben vorhanden war;

- Patienten und Bezugspersonen hatten die Möglichkeit ihre Grenzen, aber auch ihre Ressourcen kennen zu lernen;
- zusätzliche Informationen über ambulante Hilfen tragen zur Sicherheit bei;
- es wurde vielfach der Wunsch nach einer Weiterbetreuung in der häuslichen Pflegesituation durch die Pflegekräfte der Station geäußert;
- Patienten und Bezugspersonen möchten das Krankenhaus auch über die Entlassung hinaus als Ansprechpartner nutzen können;
- Patienten und Angehörige äußerten meist um den zehnten Schulungstag herum, dass die Entlassung früher erfolgen könne, als geplant (ebenda: 870 f.).

Die Einführung der Pflegeberatung am Bett stieß auch bei den beteiligten Pflegekräften auf positive Resonanz. Die durchgeführten Qualifizierungsmaßnahmen vermittelten die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur professionellen Beziehungs- und Biographiearbeit. Die Bereitschaft zum lebenslangen Lernen, zur Reflexion und zur Integration wissenschaftlichen Wissens in die alltägliche Arbeit stieg ebenso wie die Arbeitszufriedenheit. Zusammengefasst wurde die Pflegeberatung am Bett als ein neues Aufgabenfeld akzeptiert und als Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe aufgefasst (ebenda 2001b: 871).

Die vorliegenden Beispiele verdeutlichen zwei (bisherige) Wege der Institutionalisierung pflegebezogener Patientenedukation. Zum einen handelt es sich um die Implementierung eines additiven, d.h. zu bereits bestehenden stationären und ambulanten pflegerischen Angeboten hinzukommenden, Serviceangebotes (Patienteninformationszentren). Zum anderen verbindet sich die Institutionalisierung der pflegebezogenen Patientenedukation im Rahmen der Entwicklung des Krankenhauses zum Gesundheitszentrum einer Region mit weitreichenden Veränderungen der inneren Strukturen und äußeren Kooperationsbeziehungen bis hin zur Veränderung der gesamten, insgesamt stärker auf Partizipation und Gesundheit orientierten Organisationskultur (Pflegeberatung am Bett).

Exemplarisch lassen sich auch die Schwerpunkte des Spektrums der bisherigen Angebote zur pflegebezogenen (Angehörigen-)Patientenedukation aus den vorangestellten Beispielen ableiten.

- Erstens: Die Leistungen der vorgestellten Patienteninformationszentren zielen auf Information, Belehrung und Erziehung zur gesundheitsförderlichen Lebensweise sowie die Vermittlung pflegepraktischer und -technischer Kenntnisse und Fähigkeiten (Schulung) ab. Hierzu gehören die multimediale Informationsvermittlung sowie die

Durchführung von Veranstaltungen zur Gesundheitsförderung und Aufklärung über Gesundheitsrisiken. Der theoretische Bezugsrahmen der Konzepte ist eher rudimentär entwickelt, die Reichweite begrenzt. Es handelt sich dabei um ein niederschwelliges Angebot mit nutzerorientiertem Design für Patienten, Angehörige, aber auch für an Gesundheitsthemen interessierte Bürger/innen der Region. Das Angebot umfasst damit Leistungen zur verhaltensorientierten Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention chronischer Erkrankungen.

- Zweitens: Die vorgestellten Angebote zielen auf die Unterstützung und Förderung der Selbstpflege von Patienten, Pflegebedürftigen und ihren Bezugspersonen ab. Hier rücken primär die Beratung – verstanden als ergebnisoffener dialogischer Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird (Abt-Zegelin 2003: 104) und Begleitung von Klienten und Angehörigen in den Mittelpunkt der pflegerischen Intervention. Pflegerische Interventionen im Rahmen der hier vorgestellten Beispiele sind in Anlehnung an das Salutogenesekonzept als kohärenzfördernde Interaktionen zu werten. Dies bezieht sich sowohl auf die Orientierung an einer neuen Situation und Hilfen bei der Bewältigung der damit verbundenen emotionalen Belastungen als auch auf die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Unabhängigkeit und Wohlbefinden der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Ein genaueres, insbesondere auch die pädagogischen, psychologischen und soziologischen Grundlagen pflegerischer Beratung offenlegendes Verständnis der Pflegeberatung lässt sich allerdings aus der vorliegenden Literatur über die Modelle nicht ableiten.

Allerdings lässt sich aber in Anlehnung an die vom Deutschen Netzwerk für Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. entwickelten Qualitätskriterien pflegebezogener Patienten- und Familienedukation verdeutlichen, dass sich die vorgestellten Angebote durch vielfältige Kompetenzen auszeichnen:

- Fachkompetenz: Diese bezieht sich nicht nur auf die Fachkompetenz der Pflegekräfte, sondern ausdrücklich auch auf die Pflegekompetenz der Angehörigen sowie die Anerkennung des Patienten als Experten seiner Erkrankung;
- Methodenkompetenz: Pflegebezogene Patienten- und Familienedukation berücksichtigt psychologische und pädagogische Prinzipien. Dazu gehört die Beachtung von Lern- und Motivations-theorien sowie die Anwendung von Grundlagen der Methodik und Didaktik;
- Soziale Kompetenz: Kommunikation mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen beinhaltet nicht nur den Austausch von Wissen und

Informationen, sondern auch ein »In-Beziehung-Sein« zum Gegenüber. Kommunikation und Interaktion sind in der pflegebezogenen Patienten- und Familienedukation untrennbar miteinander verbunden (vgl. hierzu Abt-Zegelin et al. 2002).

Beide Beispiele verdeutlichen darüber hinaus, dass die erwähnten Kompetenzen professioneller Pflegekräfte bislang nicht im erforderlichen Umfang im Rahmen der bestehenden Ausbildungssysteme der Pflegeberufe vermittelt werden. Daher verbinden sich sowohl mit dem Wittener Konzept der pflegebezogenen Patientenedukation als auch mit dem Konzept der Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach erhebliche Fortbildungs- und Qualifizierungsbemühungen der Pflegekräfte im Rahmen von hierfür eigens konzipierten Schulungsmaßnahmen.

3. *Partizipation oder professionelle Dominanz?*

Die vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Pflegeberufe anzusetzende Bewertung des sich derzeit entwickelnden Aufgabengebiets der pflegebezogenen Patientenedukation muss ambivalent ausfallen. Einerseits verweisen langfristig wirkende gesellschaftliche Entwicklungslinien auf die zunehmende Notwendigkeit der Entwicklung partizipativer Modelle der Information, Schulung und Beratung chronisch Kranker, Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen durch professionelle Pflegekräfte. Andererseits deuten die Defizite einer immer noch stark an Kuration und der Institution Krankenhaus ausgerichteten Pflegeausbildung sowie zunehmende Dequalifizierungsprozesse in den Pflegeberufen auf eine mögliche Überschätzung der Berufsgruppe der Pflegenden hin. Müller-Mundt et al. stellen sogar in Frage, ob die für eine professionelle Beratung und Anleitung der Patienten und ihrer Bezugspersonen erforderliche breite und fundierte Vermittlung »edukativer« Kompetenzen unter den gegebenen strukturellen Ausbildungsbedingungen überhaupt leistbar ist. Verwiesen wird auf internationale Erfahrungen, die darauf hindeuten, dass zumindest eine grundständige Ausbildung auf Master- bzw. Bachelor-Niveau vorausgesetzt werden muss, zumindest bedarf es aber entsprechender Anstrengungen auf der Ebene der Fort- und Weiterbildung (Müller-Mundt et al. 2000: 49).

Insgesamt zeichnet sich also ein Problem in doppelter Hinsicht ab: Bislang wurden pflegerische Konzepte zur Patientenedukation zwar entwickelt, aber nicht hinreichend im Rahmen von Pflegeforschung evaluiert. Und: Die absehbar notwendigen Qualifikationen der Pflegekräfte werden im Rahmen der Pflegeausbildungen bislang nicht in ausreichendem Maße vermittelt. Die als Reaktion auf die qualifikato-

rischen Defizite vereinzelt entwickelten Schulungskonzepte im Rahmen pflegerischer Fort- und Weiterbildung sind einer wissenschaftlichen Analyse bislang entzogen. Die pflegewissenschaftlichen, medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen, psychologischen und pädagogischen Grundlagen der pflegebezogenen Patientenedukation müssten genauer analysiert und die (Langzeit-)Auswirkungen der Programme auf Patienten, Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen verfolgt werden.

Insbesondere steht auch die pflegewissenschaftliche Bewertung von Konzepten zur Schulung, Beratung und Information von Patienten und deren Bezugspersonen vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens aus, in deren Folge sich Krankenhäuser, Altenheime und ambulante Pflegedienste immer mehr zu gewinnorientiert arbeitenden Wirtschaftsunternehmen entwickeln. Die Einführung neuer pflegerischer Unterstützungsangebote ist daher auch im Rahmen betrieblicher Managementstrategien zu bewerten. Das äußert sich zunächst in der Sprache: »Aus abhängigen Patienten werden kritische und mündige Kunden, das Krankenhaus wird zum Gesundheitszentrum und die Pflegenden zu Erbringern von personenbezogenen Service- und Dienstleistungen. Der spezifische Rationalitätstyp, der sich mit dieser Veränderung der Sprache und des Denkens verbindet, ist der des Managements und der Qualitätssicherung. Diese spezifische Denkweise durchdringt alle Lebensbereiche und gilt als konsequente Anwendung von ökonomischen Modellen auf soziale Beziehungen.« (Friesacher 2004: 370) Wenn also die »Aufwertung« des Patienten zum Kunden mit einer Ökonomisierung der Pflegenden-Patient-Beziehung einhergeht, ist die Mündigkeit des Patienten als Konsument zumindest ambivalent. Die Mündigkeitsmetapher ist emanzipatorisch und euphemistisch zugleich: »Sie verwandelt den Sparzwang in ein vermeintliches Gesundheitsangebot und Leistungskürzungen in Wahlfreiheit und Selbstbestimmung. Der Preis für die mündige Beteiligung an der eigenen Behandlung ist, dass die Patienten nun selbst die Verantwortung für den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit, aber auch für das Scheitern entsprechender Aktivitäten übernehmen müssen.« (Schmidt-Semisch 2000, zit. n. Friesacher 2004: 370) Das Recht des Einzelnen auf Information wird so leicht zur Pflicht zur Informiertheit, die Prävention zur Vorsorgepflicht. Im Zuge neoliberaler Gesundheitspolitik wird auf diese Weise dem Einzelnen vermehrte Verantwortung für den Erhalt seiner Gesundheit übertragen. Diese einseitige Übertragung von Verantwortung ist aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht insbesondere deswegen problematisch, weil das Krankheitsgeschehen im Hinblick auf chronisch-degenerative Erkrankungen als ein multifaktorieller Prozess

betrachtet werden muss, in dem bestimmte individuelle Verhaltens- und Bewältigungsmuster gekoppelt mit Einflüssen aus der Lebens-, Arbeits- und Umwelt die dominierende Rolle spielen. Diese können individuell kaum beeinflusst werden, sie zeigen gleichzeitig auch die Grenzen pflegerischer Eingriffsmöglichkeiten im Hinblick auf die Beeinflussung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens auf.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob und auf welche Weise sich partizipative Modelle der Pflegekraft-Patienten-Interaktion insbesondere in stark hierarchisch organisierten Institutionen wie dem Krankenhaus oder dem Pflegeheim überhaupt entwickeln können. Chronisch Kranke sollen zunehmend zu »Experten in eigener Sache« werden, und Betroffene fordern zunehmend Aufklärung von Ärzten und professionellen Helfern, sie folgen nicht mehr blind den therapeutischen Anordnungen, sie möchten auch wissen warum, sie begreifen sich als aktive Partner im therapeutischen Prozess, sind kritische Konsumenten (Abt-Zegelin 2000: 56). Allerdings ist es gerade überwiegend nicht so, dass Patientenorientierung, Partizipation oder die Souveränität des Konsumenten den Alltag im Gesundheitswesen entscheidend kennzeichnen würden. Vielmehr belegen einschlägige Untersuchungen, dass mater-/paternalistische, vom Erziehungsgedanken geprägte Pflegekonzepte die Praxis dominieren (Koch-Straube 2003: 82; Hösl-Brunner/Herbig 1998). Die sich aus dem Konzept der auf eine Demokratisierung der Pflegekraft-Patient-Beziehung abzielenden, theoriegeleiteten patientenorientierten Pflege ergebenden Veränderungen im pflegerischen Selbstverständnis sowie Veränderungen der Gestaltung personenbezogener Arbeitsabläufe werden insbesondere in deutschen Krankenhäusern nur in ungenügender Weise erfüllt (Löser-Priester 2003: 84 ff.). Für die Einführung patientenorientierter Angebote zur Information, Beratung und Anleitung von Patienten, Pflegebedürftigen und Bezugspersonen erscheinen daher zunächst ein verändertes Problembewusstsein von Ärzten, Pflegenden und anderen professionellen Helfern sowie ein eindeutiges Verständnis von Zusammenarbeit erforderlich. Denn: »Zusammenarbeit ist ein Gemeinschaftsmodell, das auf geteilter Macht und Autorität beruht. Zusammenarbeit ist ihrem Wesen nach nicht hierarchisch und geht aus von Macht, die auf Wissen und Sachkenntnis beruht, im Gegensatz zu Macht, die sich auf eine Rolle oder eine mit der Rolle verbundene Funktion stützt.« (William Kraus, zit. n. Gordon/Sterling 1997: 41) »Partizipation statt professioneller Dominanz« sollte sich vor diesem Hintergrund als ein interdisziplinäres Gemeinschaftsprojekt entwickeln. Hierfür spricht, dass vor dem Hintergrund der Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen auch innerhalb der Medizin auf die Notwendigkeit

der Entwicklung und Umsetzung neuer partnerschaftlicher Modelle der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Patienten hingewiesen wird (hierzu Scheibler et al. 2005; Loh/Simon/Härter 2005; Töpfer 2005a,b). Die Einführung von partizipativen Modellen der Information, Schulung und Beratung erfordert im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen nicht nur die Erarbeitung entsprechender Angebote, sondern auch die Reflexion (ggf. auch die Infragestellung und Veränderung) täglicher Routinen und traditioneller beruflicher Hierarchien in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Ob sich vor diesem Hintergrund mit der Entwicklung von Patientenedukation als neuem Aufgabengebiet der Pflegenden auch Chancen für eine Demokratisierung der Pflegekraft-Patient-Beziehung ergeben, ist noch nicht entschieden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Ingeborg Löser-Priester

Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

Fachbereich Heilpädagogik

Immanuel-Kant-Str. 18-20

44803 Bochum

E-Mail: loeser-priester@efh-bochum.de

Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2004): Patienten- und Angehörigenedukation. Netz-Nachrichten 7: 8-9
- Abt-Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt am Main: Mabuse, 103-115
- Abt-Zegelin, A.; Büker, C.; J. Goosens; Risse, G. (2002): Qualitätskriterien pflegebezogener Patienten- und Familienedukation; veröffentlicht unter: www.patientenedukation.de/pages/presse/piz-projekt
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
- Badura, B. (1994): Patientenorientierte Systemgestaltung im Gesundheitswesen. In: Badura, B.; Feuerstein, F. (Hg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim, München: Juventa, 255-310
- Bopp, A.; Lubkin, I. (2002): Patientenedukation. In: I. Lubkin: Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 521-549

- Büker, C. (o.J.): Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung als neues Handlungsfeld für Pflegende; veröffentlicht unter: www.bosch-stiftung.de
- Corbin, J.; Strauss A. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Friesacher, H. (2004): Foucaults Konzept der Gouvernementalität als Analyseinstrument für die Pflegewissenschaft. *Pflege* 17: 364-374
- Garms-Homalová, V. (2005): Qualität kommt nicht von Qualifikation. *Forum Sozialstation* 29: 18-21
- Gordon, T.; Sterling, E. (1997): *Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner*. München: Heyne
- Hösl-Brunner, G.; Herbig, C. (1998): Das Pflegeberatungsverständnis von Pflegefachkräften: Die Unterschiede zwischen ambulante und stationärem Bereich sind beachtlich. *Pflegezeitschrift* 51: 779-782
- Klauber, J.; Robra, B.-P.; Schellschmidt, H. (2005): *Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz*. Stuttgart, New York: Schattauer
- Klein, I.; Schieron, M.; Thormann, A. (2001): Beratung als Aufgabe des Pflegeversicherungsgesetzes. In: U. Koch-Straube: *Beratung in der Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 163-173
- Klug-Redmann, B. (1996): *Patientenschulung und -beratung*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Koch-Straube, U. (2003): Beratung in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hg.): *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. Frankfurt am Main: Mabuse, 81-88
- Löser-Priester, I. (2003): *Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Loh, A.; Simon, D.; Härter, M.: Trainieren fürs gute Gespräch. *Gesundheit und Gesellschaft* 8: 40-43
- Moers, M. (1994): Anforderungs- und Berufsprofil der Pflege im Wandel. In: D. Schaeffer; M. Moers; R. Rosenbrock (Hg.): *Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen*. Berlin: Ed. Sigma, 159-174
- Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege und Gesellschaft* 5: 42-52
- Pinkert, C.; Renneke, S. (2000): Modellprojekt »Patienteninformationszentrum«: Mündigkeit durch professionelle Beratung. *Pflegezeitschrift* 53: 50-51
- Priester, Klaus (2004): Vom »Jahrhundertwerk« zum »Luxusgut«? Probleme und Perspektiven der Pflegeversicherung. In: G. Elsner; T. Gerlinger; K. Stegmüller (Hg.): *Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*. Hamburg: VSA, 92-105
- Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (2000): Einleitung. In: B. Rennen-Allhoff; D. Schaeffer (Hg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 9-13
- Scheibler, F.; Schwantes, U.; Kampmann, M.; Pfaff, H. (2005): Shared decision-making. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 5: 23-31
- Schmidt, L.; Dlugosch, G. (1997): Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung. In: F. Petermann (Hg.): *Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch*. 2. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, 22-51
- Steimel, R. (2003): *Individuelle stationäre Angehörigenschulung*. Hannover: Schlütersche

- Thomas, B.; Wirnitzer, B. (2001a): Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach. *Pflegezeitschrift* 54: 469-473
- Thomas, B.; Wirnitzer, B. (2001b): Pflegeberatung im Krankenhaus München-Neuperlach: Erste Ergebnisse des Modellprojekts. *Pflegezeitschrift* 54: 869-872
- Töpfer, Ä. (2005a): Das Reden üben. *Gesundheit und Gesellschaft* 8: 45
- Töpfer, Ä. (2005b): Vorbehalte espüren. *Gesundheit und Gesellschaft* 8: 44