

Christa Hüper, Barbara Hellige

Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke

Rahmenbedingungen – Grundlagen –
Konzepte – Methoden



Mabuse-Verlag

Christa Hüper ist Professorin an der Hochschule Hannover mit dem Lehrgebiet Gesundheit und Krankheit, Beratung und Patientenschulung.

Barbara Hellige ist Professorin an der Hochschule Hannover mit dem Lehrgebiet Professionalisierung in der Pflege, Beratung zur Unterstützung chronisch Kranker.

Christa Hüper, Barbara Hellige

Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke

Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

3. Auflage 2015

© 2009 Mabuse-Verlag GmbH

Kasseler Str. 1 a

60486 Frankfurt am Main

Tel.: 069 – 70 79 96-13

Fax: 069 – 70 41 52

verlag@mabuse-verlag.de

www.mabuse-verlag.de

www.facebook.com/mabuseverlag

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main

Umschlagfoto: ©istockphoto.com/Squaredpixels

eISBN: 978-3-86321- 517-0

ISBN: 978-3-938304-71-6

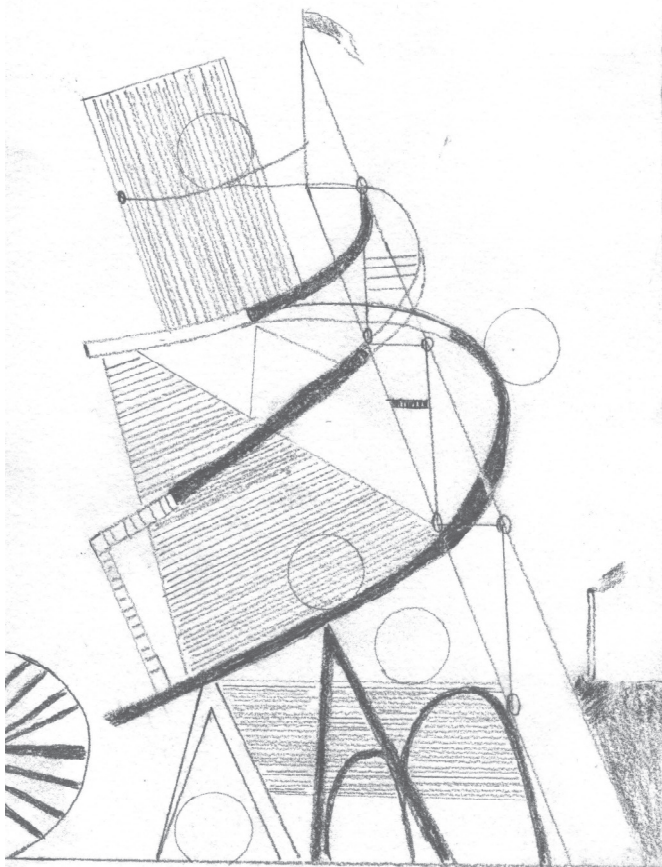
Alle Rechte vorbehalten

Inhalt

Einleitung	8
1. Rahmenbedingungen der Pflegeberatung	13
1.1 Beratungsbedarf in der pflegerischen Versorgung	16
1.2 Pflegeberatung im Kontext gesundheitspolitischer Grundsätze	21
1.2.1 Grundsatz: Ambulant vor stationär	21
1.2.2 Grundsatz: Prävention und Rehabilitation vor Pflege.....	24
1.2.3 Grundsatz: Patientenorientierung und Stärkung der Patientenrechte	26
1.3 Pflegeberatung im Kontext gesetzlicher Bestimmungen.....	29
1.3.1 SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung.....	30
1.3.2 SGB XI: Soziale Pflegeversicherung.....	32
1.3.3 Pflegeausbildungen der Alten- und Krankenpflege.....	39
1.4 Pflegeberatung im Kontext pflegerischer Qualitätssicherung	41
1.4.1 Pflegeberatung im Pflegeprozess	42
1.4.2 Pflegeberatung im Pflegestandard	43
1.4.3 Pflegeberatung im Entlassungsmanagement	46
1.5 Pflegeberatung im Rahmenkonzept der Ersatzkassen	47
2. Grundlagen und Konzepte professioneller Pflegeberatung	49
2.1 Pflegeberatung zur Unterstützung chronisch Kranker	52
2.1.1 Merkmale chronischer Krankheiten und Bewältigungserfordernisse	53
2.1.2 Das Konzept der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	60
2.1.3 Bedeutung der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve für Pflegehandeln und Pflegeberatung	74
2.2 Pflegeberatung und Gesundheitsförderung.....	75
2.2.1 Salutogenetisches Modell von Antonovsky.....	76
2.2.2 Bedeutung der Salutogenese für Pflegehandeln und Pflegeberatung.....	80
2.2.3 Pflegeberatung zur Stärkung des Kohärenzgefühls.....	84
2.3 Pflegeberatung auf Basis des integrativen Beratungskonzepts.....	95
2.3.1 Integratives Beratungsmodell nach Sander.....	96
2.3.2 Bedeutung des integrativen Beratungsmodells für Pflegehandeln und Pflegeberatung	98

3. Beratung im Pflegeprozess	102
4. Assessment: Beratungsprobleme erkennen und einschätzen ...	112
4.1 Fragen und Narration	116
4.2 Zuhören und der Umgang mit dem Assessmentschema	126
als Gedankenstütze.....	126
4.3 Assessmentbeispiele für die formalisierte und halbformalisierte Pflegeberatung.....	129
4.3.1 Formalisiertes Beratungsgespräch: Erstgespräch für ein Pflegeberatungsassessment am Beispiel des Übergangs von der Rehabilitationsklinik nach Hause	129
4.3.2 Halbformalisiertes Beratungsgespräch im Pflegeprozess	134
5. Beratungsbeziehung in der kooperativen Pflegeberatung	137
5.1 Professionalität durch Kooperation, Nähe und Distanz in der pflegerischen Beratungsbeziehung	137
5.1.1 Zum Begriff der Kooperation.....	141
5.1.2 Zum Begriff der Nähe	144
5.1.3 Zum Begriff der Distanz	146
5.2 Fallverstehen	148
5.3 Empowerment: Stärkung der Patienten als Beratungshaltung.....	154
5.3.1 Das Konzept des Empowerments	155
5.3.2 Förderung von Patientenempowerment durch Pflegenden	156
5.3.3 Empowern in der pflegerischen Beratungsbeziehung.....	162
6. Forschungs- und Entwicklungsbedarfe	166
Literaturverzeichnis	169
Abbildungsverzeichnis	183

Achterbahn der Gefühle



HH

„Der Mensch erkennt, dass es nichts nützt,
Wenn er den Geist an sich besitzt,
Weil Geist uns ja erst Freude macht,
Sobald er zu Ideen erwacht.“
(Eugen Roth)

Einleitung

Die Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen wird zunehmend wichtiger und bedeutungsvoller. Mit den Umstrukturierungen im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Pfaff u.a. 2003; Badura/Iseringhausen 2005), mit den gesundheitspolitischen Zielsetzungen zur Stärkung der Patientenrechte (vgl. von Reibnitz u.a. 2001; Brinkmann-Göbel 2001; Hurrelmann/Leppin 2001), mit einer immer nachhaltigeren Forderung zur verbesserten Berücksichtigung der Nutzerperspektive (vgl. Schaeffer 2004; Bauer u.a. 2005), mit der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in der medizinischen Versorgung (vgl. Haisch u.a. 2006) wird auch der Beratungsbedarf immer deutlicher evident. Eine Untersuchung zu den zentralen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten in Europa kommt für den Beratungsbedarf in acht untersuchten Ländern (Deutschland, Großbritannien, Italien, Polen, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz) zu dem Ergebnis, dass „die Bürger klar und deutlich (verlangen), dass sie über das Thema Gesundheit, Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten und Hilfeoptionen besser informiert werden“, damit sie „aufgeklärt ihre Entscheidungen über Behandlungsoptionen treffen oder entscheiden können, welche Leistungserbringer im Gesundheitswesen sie konsultieren sollen“ (Coulter/Magee 2005, S. 50). Ähnliches zeigen die Evaluationsergebnisse der in Deutschland durchgeführten Modellprojekte zur unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65 SGB V (vgl. Schaeffer u.a. 2005; Lummer 2006; S. 11 ff.).

Für die Beratung in der Pflege, als einer Beratung auf der Mikroebene (vgl. Robert Koch Institut 2006, S.15), müssen Pflegefachkräfte für die zu erbringende Beratungsdienstleistung besser qualifiziert werden. Diesen noch ausste-

henden Qualifikationen wird vereinzelt bereits durch den Studienschwerpunkt „Beratung“ in den neuen Bachelorstudiengängen begegnet. So wird an der Hochschule Hannover seit dem Sommersemester 2004 ein Bachelorstudiengang mit dem Schwerpunkt „Beratung und Versorgungskoordination“ angeboten. Er ist insofern ein bildungspolitisches Novum, als mit ihm in fünf Jahren sowohl der berufsqualifizierende Abschluss als staatlich examinierte „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ oder „Altenpfleger/in“ als auch der internationale akademische Grad eines „Bachelor of Arts“ (Nursing) erworben werden kann. Vorrangig ist dieses Buch für die Studierenden und Lehrenden der Gesundheits- und Pflegestudiengänge geschrieben. Sicher wird aber auch die eine oder andere Ärztin, Sozialarbeiterin oder Physiotherapeutin von den Inhalten für ihren Berufsalltag profitieren können.

Wir, beide Professorinnen an einer Fachhochschule, sahen uns in der Vorbereitung für die Lehre im Studienschwerpunkt Beratung mit einer sehr übersichtlichen Fachliteratur konfrontiert. Diese Ausführungen platzieren die Pflegeberatung entweder verengt in den Pflegeprozess als zusätzliches Phasenmodell oder aber verorten sie grenzenlos in die Nähe der Gesprächspsychotherapie mit den Prinzipien nach Rogers. Beides halten wir nicht für den richtigen Zugang.

Der erst in Ansätzen entwickelten theoretischen Fundierung steht eine weitgehend unsystematisch agierende Praxis gegenüber. Die bisher ausgeübte Beratungspraxis in der Pflege geschieht oft zufällig und bleibt der patientenorientierten Pflegefachkraft mit mehr oder weniger Zeitkontingent überlassen. Bis auf wenige Bereiche, wie der Diabetesberatung, der Stoma- oder Inkontinenzberatung, der Beratung nach § 37 SGB XI und zunehmend der Überleitungs- oder Entlassungsberatung, hat die Beratung im Pflegehandeln weder Ort noch Zeit. Beides, sowie eine solide Finanzierung, sind aber unabdingbare Voraussetzungen zur Befriedung der Bedarfe. Diese noch weitgehend fehlenden Rahmenbedingungen im praktischen Beratungshandeln bedürfen einer Handlungsorientierung durch theoretische Entwürfe. Als Beitrag zur Entwicklung des pflegerischen Beratungswissens und einer kooperativen Beratungshaltung ist dieses Buch von uns geschrieben und wir dan-

ken den ehemaligen Studierenden für die vielen Anregungen, kritischen Einwände und konstruktiven Bemerkungen.

Wir haben die Inhalte zur Pflegeberatung in fünf Kapitel unterteilt. Dabei sind wir weitgehend klassisch vorgegangen. Nach den Rahmenbedingungen werden die konzeptionellen Grundlagen entwickelt, ihre wesentlichen Elemente auf den Pflegeprozess angewandt, der Umgang mit dem Assessment-schema erläutert und die Gestaltung der Beratungsbeziehung mit ihren wichtigsten Begriffen entwickelt. Wir gehen dabei von folgender Beratungsdefinition aus:

- Die Pflegeberatung unterstützt die zu Pflegenden und ihre Bezugspersonen in der Bewältigung der Pflegebedürftigkeit, die durch akute oder chronische Krankheit, durch Behinderung oder Altersgebrechlichkeit verursacht ist.
- Die Inhalte der Pflegeberatung leiten sich aus dem Beratungsbedarf ab, der auf der Basis der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve sowie den Implikationen der Gesundheitsförderung erhoben wird.
- Aufgrund des Beratungsbedarfs entwickeln die Pflegeberaterinnen gemeinsam mit den Betroffenen verschiedene Lösungsmöglichkeiten, bei denen zwischen Information/Orientierung, Deutung und Klärung und Handlung/Bewältigung unterschieden werden kann.
- Die Pflegeberaterin gestaltet den Beratungsprozess als kooperative Beratung, die die Selbstbestimmung und Verantwortung aller am Prozess Beteiligten fördert.

Zu den Kapiteln im Einzelnen: Das erste Kapitel beschäftigt sich mit den Beratungsbedarfen, den gesundheitspolitischen Zielsetzungen und der bisher bereits gesetzlich festgelegten Beratungspflicht. Es zeigt die Beratungsaufgaben im Kontext der Pflegestandards und schließt ab mit einem Rahmenkonzept von Pflegeberatung, welches eher für Sozialfachangestellte von Krankenkassen als für Pflegekräfte relevant ist.

Im zweiten Kapitel werden die Grundlagen und Konzepte einer professionellen Pflegeberatung für chronisch kranke Menschen und ihre Angehörigen entwickelt. Ausgehend vom Konzept der Pflege- und Krankheitsverlaufs-

kurve verbinden wir dieses Bewältigungsmodell mit dem salutogenetischen Ansatz und zeigen die Bedeutung der Pflegeberatung für ein zu stärkendes Kohärenzgefühl. Das Ineinandergreifen beider Konzeptionen findet eine „Ordnung“ mit der integrativen Beratung nach Sander durch eine Bündelung verschiedener Erfahrungsdimensionen in der Bewältigung der chronischen Erkrankung.

Im dritten Kapitel wird die Pflegeberatung im Pflegeprozess beschrieben. Diese sehr praxistaugliche Veranschaulichung soll all jene Skeptikerinnen ermutigen, die Pflegehandeln nur noch unter restriktiven Bedingungen zu sehen in der Lage sind.

Das zum Abschluss des zweiten Kapitels dargestellte Ordnungsschema bildet die Grundlage für das pflegerische Beratungsassessment im vierten Kapitel. Hier ist es uns besonders wichtig, das Zuhören als essenzielle Beratungskompetenz herauszustellen, ehe wir den Umgang mit dem Assessmentschema an zwei praktischen Beispielen veranschaulichen.

Das fünfte und letzte Kapitel beschäftigt sich mit der Haltung und Einstellung in der Beratungsbeziehung. Wir haben dazu verschiedene Begriffe reflektiert und ihre Bedeutung für eine kooperative Pflegeberatung dargelegt. Wir hoffen, dass sie wie auch der gesamte Beratungsansatz einen Beitrag zu einem notwendigen Diskurs für die Konzeptionierung einer Pflegeberatung bilden, deren vorrangiges Ziel in der verbesserten Unterstützung von Chronikerinnen und ihren Angehörigen liegt.

Abschließend noch ein Hinweis zum Lesen des Buches. Natürlich ist es der Leserin unbenommen jede Zeile des Buches zu lesen. Wenn sie allerdings der Ansicht ist, die teilweise doch recht „trockenen“ Gesetzestexte überspringen zu wollen, so kann ihr an dieser Stelle versichert werden, dass dieses Vorgehen ein zu entwickelndes Verständnis der kooperativen Pflegeberatung nicht schmälert. Dieses Kapitel kann sehr gut nur als „Nachschlagkapitel“ genutzt werden oder auch das Erstaunen der unverhofft vielen gesetzlichen Vorgaben zur „Beratungspflicht“ untermauern.

Nach nur ganz kurzer Diskussion haben wir uns in der Schreibweise für die weibliche Form entschieden und wünschen uns, dass sich männliche Leser genauso angesprochen fühlen.

Hannover, im April 2007

Barbara Hellige
Christa Hüper

1. Rahmenbedingungen der Pflegeberatung

In Deutschland waren 2004 ca. zwei Millionen Menschen pflegebedürftig. Von diesen nahezu zwei Millionen Pflegebedürftigen wird die überwiegende Anzahl in der häuslichen Umgebung gepflegt. 1,4 Millionen (70 %) Pflegebedürftige versorgen Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste und 600.000 Pflegebedürftige die Pflegekräfte in Pflegeheimen (30 %). Für die ambulante pflegerische Versorgung sind die Zuordnungen nach Pflegestufen im dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (2004, S. 48) folgendermaßen aufgeschlüsselt:

732.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe I = 57,2 %,
424.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe II = 33,2 %,
123.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III = 9,6 %.

In der stationären Pflege, also in Pflegeeinrichtungen oder stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, verteilen sich die Pflegestufen folgendermaßen:

237.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe I = 38,8 %
254.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe II = 41,4 %
121.000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III = 19,8 %

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit. Während 2001 in der Altersgruppe der 75- bis 85jährigen ca. 14 % pflegebedürftig waren, erhöhte sich die Zahl bei den über 90jährigen Menschen auf 60 % (vgl. Simon 2005, S. 245). Vielfach ist die Pflegebedürftigkeit durch chronische Erkrankungen oder Multimorbidität verursacht. Obgleich wir keine genauen Prävalenzzahlen beispielsweise zum Schlaganfall haben, der dritthäufigsten Todesursache in Deutschland, erreicht nur etwa ein Drittel der Schlaganfallpatienten volle berufliche und soziale Rehabilitation (vgl. Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe 2006, S. 12). Statistiken und Studien zum Gesundheitszustand älterer Menschen in Deutschland weisen aus, dass ca. 20 % der über 65jährigen Menschen an einer chronischen Erkrankung oder Behinderung leiden (vgl. Winter u.a. 2005, S. 72). Mit dieser gesellschaftli-

chen Entwicklung sind erhebliche pflegerische Herausforderungen verbunden.

Parallel zum Anstieg der Pflegebedürftigkeit finden einschneidende Umstrukturierungen im Sozial- und Gesundheitswesen statt. Mit der Einführung der geänderten Finanzierung durch das DRG-System zeigt sich bereits heute schon eine deutlich reduzierte Verweildauer der Kranken in Krankenhäusern. Pflegebedürftigkeit im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes ist kein Grund mehr für eine längere stationäre Betreuung. Die Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme für chronisch Kranke, Qualitätssicherung und Evidenzbasierung, Stärkung der Patientinnenrechte und Patientinnenberatung, die partnerschaftliche Entscheidungsfindung für den Behandlungsplan und -verlauf von Ärztin und Patientin (shared decision making) sind Entwicklungen im Gesundheitswesen, die mündige und am Heilungs- und Pflegeprozess motivierte Patientinnen voraussetzen. Der Gesetzgeber legt dabei die Auffassung zugrunde, dass nur eine informierte und aufgeklärte Patientin aktiv sein kann. Versorgungskontinuität bei Leistungsbudgetierung einerseits und rationale Einsparungen andererseits bedürfen einer verstärkten Beratung der Betroffenen.

Pflegehandeln muss sich in diesem veränderten Gesundheitswesen von einer punktuellen und situativen Dienstleistung zu einer strategischen und konzeptionellen Dienstleistung entwickeln, um die Anforderungen an eine prozess- und patientinnenorientierte Gestaltung der Leistungserbringung bei überprüfbarer Pflegequalität zu erfüllen (vgl. Landenberger 2001). Personenorientierte Pflegeberatung wird neben der pflegerischen Anleitung und Schulung eine wesentliche Rolle im umstrukturierten Gesundheitswesen für die pflegerische Versorgung einnehmen müssen. Information und Aufklärung zum Behandlungs- und Pflegeprozess, gemeinsame Entscheidungen für einen an der Lebenswelt der Betroffenen und ihrer Angehörigen ausgerichteten Pflegeplan, Unterstützung und Koordination aller Prozessbeteiligten sowie die Erhebung der individuell notwendigen präventiven und rehabilitativen Maßnahmen sind Gegenstand und Zielsetzungen der Pflegeberatung. Gerade im Hinblick auf die Bewältigungsmöglichkeiten bei chronischer Er-

krankung und die Prävention von Pflegebedürftigkeit ist ein gesundheitsfördernder Umgang unverzichtbar.

Die Informations- und Orientierungsbedürfnisse Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen beziehen sich zum einen auf die Bewältigung des Alltags mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit und zum anderen auf die Intransparenz der Strukturen des Gesundheitswesens mit den unterschiedlichen Leistungsansprüchen und Leistungserbringern. Dabei trifft die Pflegebedürftigen und ihre Bezugspersonen in verschärften Umfang, was Beck und Beck-Gernsheim plastisch als die Situation des um Lebensgestaltung bemühten Menschen in unserer heutigen Gesellschaft beschreiben. Die Auflösung traditioneller Lebensbereiche mit dem Verlust traditioneller Bindungen, die Möglichkeit, aber auch der Zwang, das eigene Leben mit der dazu notwendigen Flexibilität zu entwerfen und nicht zuletzt die Individualisierungsprozesse kennzeichnen die Lebenssituation in der Postmoderne.

„In erweiterten Optionsspielräumen und Entscheidungszwängen wächst der individuell abzuarbeitende Handlungsbedarf, es werden Abstimmungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen nötig. Die Individuen müssen, um nicht zu scheitern, langfristig planen und den Umständen sich anpassen können, müssen organisieren und improvisieren, Ziele entwerfen, Hindernisse erkennen, Niederlagen einstecken und neue Anfänge versuchen. Sie brauchen Initiative, Zähigkeit, Flexibilität und Frustrationstoleranz. Chancen, Gefahren, Unsicherheiten der Biographie, die früher im Familienbund, in der dörflichen Gemeinschaft, im Rückgriff auf ständische Regeln oder soziale Klassen definiert waren, müssen nun von den einzelnen selbst wahrgenommen, interpretiert, entschieden und bearbeitet werden“ (Beck/Beck-Gernsheim 1994, S. 14 f.).

In diesem geschilderten Alltag mit seinen vielfältigen Herausforderungen für unterschiedlichste Aushandlungsprozesse hat sich seit dem Ende des zweiten Weltkriegs ein erheblicher Wertewandel vollzogen. Keupp konstatiert Bezug nehmend auf Barz u.a. (2003) einen Dreischritt dieses Wertewandels. Dabei wird erkennbar, dass der Prozess von der Maxime der Selbstkontrolle in den 50er und 60er Jahren, zur Maxime der Selbstverwirklichung in den 70er und 80er Jahren, zur Maxime des Selbstmanagements in den 90er Jahren und in die Zukunft reicht, mit wesentlichen Auswirkungen auf die Identitätskonstruktionen (vgl. Keupp 2003). Der Begriff des Selbst-

managements, die Ressourcenorientierung und das ‚Leben im Netz‘ erhalten entscheidende Bedeutung. So ist es wenig verwunderlich, dass die Zielsetzung des zu fördernden Selbstmanagements auch bereits seit einiger Zeit Eingang in die Literatur der Patientinnenversorgung im Gesundheitswesen gefunden hat.

Pflege und Pflegeberatung nehmen sowohl bei der Prävention von Pflegebedürftigkeit, bei einer neu entstandenen Pflegebedürftigkeit, als auch bei der Unterstützung und Begleitung im Leben mit Pflegebedürftigkeit eine entscheidende Rolle ein. Pflegende unterstützen in einem gesundheitsfördernden Verständnis die Pflegebedürftigen und ihre Bezugspersonen in ihren Bewältigungsprozessen, bei Abstimmungs-, Koordinations- und Integrationsleistungen. Sie unterstützen und befähigen ressourcenorientiert und fördern auf diese Weise den selbstbestimmten Umgang mit der Erkrankung, mit Behinderung oder Gebrechen.

1.1 Beratungsbedarf in der pflegerischen Versorgung

Im Herbst 2005 präsentierte der Expertenkreis „Runder Tisch Pflege“ die Ergebnisse seiner vier Arbeitsgruppen auf einer Fachtagung. Er war durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beauftragt worden, zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen praxisnahe Handlungsempfehlungen zu entwickeln, Praxisbeispiele guter und finanziell haltbarer Pflege aufzuzeigen und eine Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu entwerfen (vgl. Runder Tisch Pflege 2005).

Die vier Arbeitsgruppen formulierten Empfehlungen und Forderungen zur Qualitätsverbesserung der Versorgungsstrukturen und der häuslichen Betreuung und Pflege zu folgenden Fragestellungen:

- Wie sind bedürfnisorientierte Versorgungsangebote in den Diensten und Einrichtungen zu gestalten und auf diese Weise die Qualität der Versorgung zu verbessern?

- Wie ist die Qualität der stationären Betreuung und Pflege zu verbessern?
- Wie ist der Verwaltungsaufwand in der Pflege und Betreuung zu verringern?
- Welche Rechte sind in einer Charta für hilfe- und pflegebedürftige Menschen zu bestimmen?

Die überwiegende Anzahl der Empfehlungen, aber auch die Forderungen der Arbeitsgruppen konstatieren für die Umsetzung der angestrebten Ziele eine zunehmende Beratungstätigkeit in der pflegerischen Versorgung. Dabei bezieht sich der Beratungsbedarf einerseits auf die Klientinnen und ihre Angehörigen selbst und andererseits auf Organisationen der ambulanten und stationären Versorgung pflegebedürftiger Menschen. So fordert der „Runde Tisch Pflege“ beispielsweise zur verbesserten häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger:

1. Ressourcenorientierung zur Unterstützung und Förderung der Selbsthilfepotenziale Pflegebedürftiger und privat Pflegenden. Präventiv sind die vorhandenen persönlichen, körperlichen und psychischen Fähigkeiten zu erhalten und rehabilitativ die durch Krankheit oder Behinderung verlorenen zu fördern.
2. Bedürfnisorientierung durch Leistungsanbindung an die Lebenswelt und den Alltag von Hilfe- und Pflegebedürftigen. Auch bei erheblichem Pflegebedarf soll in die Lebensentwürfe der Pflegebedürftigen und die der Menschen in ihrem Umfeld durch Pflegehandeln nicht dirigistisch eingegriffen werden. Vielmehr ist die Kontrolle für das Leben mit Pflegebedürftigkeit im eigenen Lebensumfeld zu stärken.
3. Selbstbestimmung durch Wohn- und Betreuungsformen, die eine selbstständige Lebensführung ermöglichen. Technische Kompensationen zur Wohnungsanpassung einerseits und der Ausbau ambulant betreuter Wohngemeinschaften andererseits bedürfen verstärkter Anstrengungen, um unerwünschtes Wohnen im Heim zu verhindern.
4. Prozessorientierung durch Koordination und Steuerung der unterschiedlichen Versorgungsleistungen. Care Management zur Vernetzung der Versorgungsschnittstellen und Case Management für einen

gemeinsam mit den Betroffenen zu entwickelten Hilfeplan werden unverzichtbare Entwicklungen in der Versorgung.

Diese Zielperspektiven zur Bewältigung des Pflegebedarfs in der häuslichen Umgebung führen dann auch zur ersten grundlegenden Empfehlung, nämlich die „Beratung und Begleitung durch ein differenziertes und vernetztes Angebotsspektrum auf lokaler und regionaler Ebene zu sichern sowie ihre Wirkung durch Öffentlichkeitsarbeit und den Einsatz moderner Kommunikations- und Informationstechnologien zu stärken“ (Runder Tisch Pflege 2005, S. 5).

In der vom „Runden Tisch Pflege“ erarbeiteten Charta der ‚Rechte für Hilfs- und Pflegebedürftige‘ wird dieser Anspruch auf Beratung explizit formuliert (vgl. Runder Tisch Pflege 2005, S. 7). Nach dem Recht auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe (Artikel 1), körperlicher und seelischer Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit (Artikel 2), Privatheit (Artikel 3), Pflege, Betreuung und Behandlung (Artikel 4) werden in Artikel 5 die Information, Beratung und Aufklärung bestimmt. Es folgen in Artikel 6 das Recht auf Austausch mit anderen Menschen, die Wertschätzung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die Freiheit von Religion, Kultur und Weltanschauung (Artikel 7) und das Recht auf würdevolles Sterben (Artikel 8).

Ebenso wird die Pflegeberatung nach den Ergebnissen der jüngst veröffentlichten Delphi-Studie (vgl. Görres/Böckler 2004) von den befragten Experten in Verbindung mit Pflegeinformationen als zukünftig wesentlicher, primärer Aufgabenbereich im Spektrum eines sich neugestaltenden Versorgungsmarktes des Gesundheitswesens gesehen. In der Befragung von Expertinnen aus Forschung und Entwicklung (Hochschule), gesundheitspolitischen Interessenvertretungen (Krankenhäuser, Krankenkassen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände und Schwesternschaften) sowie pflegenahen Einrichtungen (Reha, Hospitze) werden folgende pflegerische Dienstleistungen als besonders zukunftsrelevant benannt:

1. Pflegeberatung und Information (84 % der Befragten erwarten für Pflegeberatung und Information den größten Markt für die Pflege),

2. Management im Rahmen von Qualitätssicherung (67 %),
3. Koordination/Vernetzung/Kooperation (63 %), Entwicklung von Versorgungsketten und
4. Gesundheitsförderung/Prävention/Rehabilitation (63 %), insbesondere Prävention von Pflegebedürftigkeit auf kommunaler und betrieblicher Ebene.

Allerdings weisen die Befragten auch darauf hin, dass der mangelnde Professionalisierungsgrad sich derzeit noch hemmend auf die Entwicklung auswirkt. Hochschulen haben bisher vereinzelt diese Entwicklung aufgegriffen und bieten Studiengänge oder Studienschwerpunkte zur Pflegeberatung an (vgl. Oelke u.a. 2004).

Auf der Basis einer umfangreichen Literaturrecherche haben Hasseler/Görres (2005) Pflegebedarfe und Pflegekonstellationen für die Teilpopulationen ‚Hochaltrige, demenziell erkrankte Pflegebedürftige, Migrantinnen, ältere Menschen mit Behinderungen, Alleinlebende, Homosexuelle, Paare ohne Kinder und chronisch Erkrankte‘ untersucht und klassifiziert. Dieses Gutachten im Auftrag der Enquetekommission Nordrhein-Westfalens zur ‚Situation und Zukunft der Pflege‘ kommt zu folgenden Ergebnissen:

Ebene	Bedarfe und Bedarfskonstellationen
Differenzierung des Leistungsangebotes in niederschwelligen und komplexeren Bereichen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Förderung von niederschwelligen Angeboten z.B. Nachbarschaftshilfen, ehrenamtliche Hilfen • Schaffung und Ausbau von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige/ Pflegebedürftige durch wohnortnahe Angebote oder Unterstützung informeller Netzwerke wie z.B. Nachbarschaftshilfe