



Martin Schieron / Christa Bükler / Angelika Zegelin (Hrsg.)

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege

Martin Schieron, Christa Bükler, Angelika Zegelin (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

Jürgen Osterbrink, Salzburg; Doris Schaeffer, Bielefeld; Christine Sowinski, Köln;
Franz Wagner, Berlin; Angelika Zegelin, Dortmund

Martin Schieron
Christa Büker
Angelika Zegelin
(Hrsg.)

Patientenedukation und Familienedu- kation in der Pflege

Praxishandbuch zur Information, Schulung und Beratung

Unter Mitarbeit von

Sonja Beckmann
Kerstin Dengler
Stephanie Federhen
Jürgen Georg
Jörg große Schlarmann
Alexandra Knisch-Wesemann
Andreas Kocks
Patrizia Künzler-Heule
Margareta Leitner
Christina Lusebrink
Rebecca Mensah
Matthias Mertin

Gabriele Meyer
Sarah Plum
Kerstin Protz
Sonja Schiff
Franz Sitzmann
Nadine Sunder
Mareike Ouatedem Tolsdorf
Andrea Umschlag
Gabriele Ungethüm
Susanne Vollmer
Beate Wessel



Martin Schieron (Hrsg.). Krankenpfleger, Diplom-Pflegewissenschaftler (FH).
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Hochschule für Gesundheit Bochum.
E-Mail martin.schieron@hs-gesundheit.de

Christa Büker, Prof. Dr. (Hrsg.). Professorin für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Bielefeld.
E-Mail christa.bueker@fh-bielefeld.de

Angelika Zegelin, Hon.-Prof. Dr. (Hrsg.). Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe,
Mag. Erziehungswissenschaft, Pflegewissenschaftlerin, Dortmund.
E-Mail kontakt@angelika-zegelin.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z. Hd. Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg
Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images, sanjeri
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96041-8)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76041-4)
ISBN 978-3-456-86041-1
<http://doi.org/10.1024/86041-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	11
1 Nursing is teaching – Grundlagen und Entwicklungen	15
<i>Angelika Zegelin</i>	
1.1 Erste Orientierungen	15
1.2 Notwendigkeit der pflegerischen Patientenedukation	17
1.3 Rolle der Pflegeberufe	19
1.4 Professionalisierung der pflegerischen Patientenedukation	27
1.5 Entwicklung an der Universität Witten/Herdecke (UWH)	30
1.5.1 Erste Patienten-Informations-Zentren	30
1.5.2 Mikroschulungen und komplexe Anleitungen	33
1.5.3 Breast-Care-Nurse und Herzinsuffizienz-Expert:innen	34
1.5.4 Besuche in Österreich und in der Schweiz	37
1.5.5 Praxisbeispiel: Patientenedukation in der praktischen Ausbildung	37
<i>Margareta Leitner</i>	
1.6 Fortschritte: Patientenedukation und Pflege ab 1995	39
1.7 Implementierung von pflegerischer Patientenedukation	42
1.7.1 Brustkrebs-Projekt	43
1.7.2 Epilepsie-Projekt	44
1.7.3 Theoretische Orientierung: Caring, Hoffnung und Evidenz	46
1.8 Besondere Zielgruppen in der Patientenedukation	49
1.9 Wissenschaftliche Bearbeitung pflegerischer Patientenedukation	51
1.10 Künftiges und Wünsche	56
2 Theoretische Ansätze	61
<i>Martin Schieron</i>	
2.1 Empowerment	61
2.2 Familienorientierung	62
2.3 Gesundheitskompetenz	63
2.4 Pflegeatheorien	65
2.5 Ressourcenorientierung	67

2.6	Salutogenese	68
2.7	Selbstmanagement und Selbstwirksamkeit	70
2.8	Soziale Unterstützung	72
2.9	Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien	73
2.10	Trajekt-Modell	74
2.11	Transtheoretisches Modell	75
2.12	Es gibt noch mehr	76
3	Grundlagen der Informationsvermittlung	79
	<i>Christa Bükler</i>	
3.1	Informationsbegriff	79
3.2	Bedeutung der Informationsvermittlung	79
3.3	Informationsvermittlung im Pflegealltag	82
3.4	Verständlichkeit von Informationen	84
3.4.1	Einfache Sprache und Leichte Sprache	85
3.4.2	Hamburger Verständlichkeitskonzept	88
3.4.3	Lesbarkeitsformeln	88
3.4.4	Gesundheitsinformationen in verschiedenen Sprachen	89
3.5	Evidenzbasierung von Gesundheitsinformationen	90
3.6	Umgang mit Falschinformationen	92
3.7	Materialien für die Informationsübermittlung	94
3.7.1	Schriftliche Infomaterialien	96
3.7.2	Erstellung eigener Informationsbroschüren	96
3.7.3	Bilder als Eyecatcher	98
3.7.4	Postereinsatz	99
3.7.5	Einsatz von Filmen	100
3.7.6	Sonstiges Anschauungsmaterial	102
3.8	PIZ als pflegerisches Handlungsfeld	102
3.8.1	Eine Idee aus Amerika	103
3.8.2	Implementierung in Deutschland	103
3.8.3	Ziele und inhaltliche Konzeption	104
3.8.4	Informationsvermittlung als Schwerpunkt	105
3.8.5	Sonstige Schwerpunkte und Aktivitäten	106
3.8.6	Anforderungsprofil für PIZ-Mitarbeitende	108
3.8.7	Standortwahl und Ausstattung	108
3.8.8	Qualitätssicherung und Evaluation	109
3.8.9	Einsatz von Auszubildenden und Studierenden	110
3.8.10	Erfolgsfaktoren eines PIZ	111
3.8.11	Forschungsbedarf	113
3.8.12	Patienten-Informations-Zentren in Deutschland	113

3.8.13	Praxisbeispiel: Pflegebezogene Edukation im PIZ <i>Stefanie Federhen</i>	117
3.8.14	Praxisbeispiel: Informationsinseln <i>Margareta Leitner</i>	120
4	Grundlagen zu Schulungen <i>Christa Bükler</i>	127
4.1	Lernen zur Krankheitsbewältigung	127
4.2	Einzelschulungen	128
4.2.1	Schulungsprozessmodelle	128
4.2.2	Lernförderliche Faktoren	129
4.2.3	Mikroschulungen	130
4.2.4	Schulungen im Kontext der Expertenstandards	145
4.2.5	Häusliche Einzelschulungen nach § 45 SGB XI	145
4.3	Gruppenschulungen	146
4.3.1	Kurse für pflegende Angehörige	146
4.3.2	Patientenschulungsprogramme	149
4.3.3	Gestaltung von Gruppenschulungen	154
4.3.4	Online-Schulungen	159
4.4	Praxisbeispiel: Entspannung und Stressbewältigung im Pflegealltag <i>Andrea Umschlag</i>	161
5	Grundlagen der Beratung <i>Martin Schieron</i>	167
5.1	Besonderheiten der Beratung in der Pflege	167
5.2	Alltagsberatung und Klinische Beratung	169
5.3	Formalisierungsgrade von Beratung	171
5.4	Spontane und geplante Beratung	172
5.5	Soziale Konstellationen von Beratung	173
5.6	Unmittelbare und mittelbare Beratung	174
5.7	Experten-, Fach-, Prozess- und Komplementärberatung	176
5.8	Der Beratungsprozess	177
5.9	Grundhaltungen in der Beratung	179
5.10	Beratungsbeziehung	181
5.11	Beratungskonzepte	182
5.11.1	Tiefenpsychologische Beratungsansätze	183
5.11.2	Humanistische Beratungsansätze	184
5.11.3	Verhaltensorientierte Beratungsansätze	188
5.11.4	Systemische Beratungsansätze	189
5.11.5	Lösungsorientierte Beratung	191

5.11.6	Integrative Beratungsansätze	192
5.12	Pflegespezifische Beratungskonzepte	195
5.12.1	Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke	195
5.12.2	Das Konzept der leiborientierten Beratung	196
5.12.3	Systemisches Beratungsmodell HUGADO	197
5.12.4	Das Wittener Konzept und die Wittener Werkzeuge	198
5.13	Praxisbeispiel: Patientenedukation in der Stomatherapie	202
	<i>Beate Wessel und Gabriele Ungethüm</i>	
6	Grundlagen der Moderation	207
	<i>Martin Schieron</i>	
6.1	Entwicklungen der Moderation als Strategie	207
6.2	Rolle und Aufgaben in der Moderation	210
6.3	Der Moderationsprozess	210
6.4	Praxisbeispiel: Familienmoderation bei Pflegebedürftigkeit	212
	<i>Mareike Tolsdorf Quatedem</i>	
7	Handlungsfelder pflegebezogener Edukation	215
	<i>Martin Schieron</i>	
7.1	Advanced Practice Nursing (APN)	215
	<i>Martin Schieron</i>	
7.1.1	Praxisbeispiel: Patientenedukation bei oral antikoagulativer Therapie . . .	217
	<i>Alexandra Knisch-Wesemann</i>	
7.1.2	Praxisbeispiel: Institutionsübergreifende Pflegesprechstunde Lebertransplantation	219
	<i>Patricia Künzler-Heule und Sonja Beckmann</i>	
7.2	Altenhilfe und Altenpflege	221
	<i>Martin Schieron</i>	
7.2.1	Praxisbeispiel: Beratung Demenzbetroffener und deren Angehöriger . . .	222
	<i>Rebecca Mensah</i>	
7.2.2	Praxisbeispiel: Patientenedukation in der Altenpflege	224
	<i>Sonja Schiff</i>	
7.3	Ambulante Krankenpflege	226
	<i>Martin Schieron</i>	
7.3.1	Praxisbeispiel: Hygiene bei der ambulanten Peritonealdialyse	228
	<i>Franz Sitzmann</i>	
7.3.2	Praxisbeispiel: Edukation in der Wundversorgung	231
	<i>Kerstin Protz</i>	

7.4	Angehörige in der pflegebezogenen Edukation	233
	<i>Martin Schieron</i>	
7.4.1	Praxisbeispiel: Angehörigenedukation in der neurologischen Frührehabilitation	235
	<i>Kerstin Dengler</i>	
7.5	Community Health Nurses (CHN)	237
	<i>Martin Schieron</i>	
7.6	Modellprogramm Familiäre Pflege	238
	<i>Martin Schieron</i>	
7.7	Familiengesundheitspflege und präventiver Hausbesuch	241
	<i>Angelika Zegelin</i>	
7.8	Beratung und Schulung in der Hebammenarbeit	242
	<i>Christina Lusebrink</i>	
7.9	Pflegebezogene Edukation im Krankenhaus	245
	<i>Martin Schieron</i>	
7.9.1	Praxisbeispiel: Edukation bei Herzinsuffizienz	246
	<i>Gabriele Meyer</i>	
7.9.2	Praxisbeispiel: Angstreduktion bei Kindern und den Eltern	248
	<i>Sarah Plum</i>	
7.10	Pflegeberatungs- und andere Beratungsstellen	250
	<i>Martin Schieron</i>	
7.10.1	Praxisbeispiel: Selbstständig in der Gesundheits- und Familienedukation	252
	<i>Nadine Sunder</i>	
7.11	Pflegegeleitete Entscheidungsberatungen als Self-Care-Support	254
	<i>Matthias Merthin</i>	
7.12	Schulgesundheitspflege	256
	<i>Andreas Kocks</i>	
7.13	Pflegebezogene Edukation im Rahmen des SGB XI	260
	<i>Martin Schieron</i>	
7.13.1	Praxisbeispiel: Aufsuchende Pflegeberatung nach § 7a SGB XI	263
	<i>Susanne Vollmer</i>	
8	Nach Symptomen googlen	271
	<i>Jörg große Schlarmann, Mitarbeit Christa Bükler</i>	
8.1	Wer sucht?	271
8.2	Was steht drin?	272

8.3	Einfluss auf die Patienten-Arzt-Beziehung	276
8.4	Social Media	277
8.5	Qualitätssicherung	278
9	Patientenedukation und Pflegeprozess	291
	<i>Jürgen Georg</i>	
9.1	Gesundheitsförderung, -beratung und Gesundheitsversorgung	291
9.2	Wissen als Ressource	292
9.3	Pflege- und Beratungsprozess	293
9.4	Beratungshindernisse	294
9.5	Beratungsbedarf einschätzen	294
9.6	Beratungsbedarf erkennen und benennen	296
9.7	Patientenedukation begründende Pflegediagnosen	296
9.7.1	Gesundheitskompetenz	296
9.7.2	Wissen	297
9.7.3	Gesundheitsmanagement	297
9.7.4	Gesundheitsförderungspflegediagnosen	298
9.7.5	Risikopflegediagnosen	300
9.8	Beratungs- und Lernziele vereinbaren	300
9.9	Beratungsbedarf befriedigen	304
9.10	Zusammenfassung	307
	Anhang	309
	Abgrenzung kommunikativer Unterstützungsleistungen	309
	<i>Martin Schieron</i>	
	Weiterführende Literatur	317
	Zusammenfassung im Text verwendeter Links	321
	Herausgeber- und Autorenverzeichnis	325
	Sachwortverzeichnis	329

Vorwort

Als eine der ersten Publikationen im deutschsprachigen Raum zu edukativen Aktivitäten in der Pflege erschien 2010 die Übersetzung von Fran London's Buch „Informieren, Schulen, Beraten“ aus dem Amerikanischen. Trotz der Unterschiede zum US-amerikanischen Gesundheitssystem und zum Rollen- und Aufgabenverständnis der professionellen Pflege hier und dort, ist dieses Buch für viele Pflegenden zu einem ‚Klassiker‘ der Patientenedukation geworden.

Inzwischen gibt es auch hierzulande eine Reihe von Veröffentlichungen zu diesem wichtigen pflegerischen Handlungsfeld. Jedoch ist kein Handbuch mehr erschienen, welches das Thema umfassend, praxisnah und wissenschaftsgestützt behandelt. Diese Lücke zu schließen, ist die Absicht der vorliegenden Publikation. Insofern freuen wir uns als Herausgebende, ein deutschsprachiges Handbuch auf aktuellem Stand vorlegen zu können. Dabei ist es uns wichtig festzustellen, dass ‚Edukation‘ im Sinne der Patienten- und Familienedukation nicht als ‚Erziehung‘, sondern umfassend als ‚Bildung‘ zu verstehen ist – weit über Wissensvermittlung hinaus.

So schwierig für viele Menschen der Umgang mit der Corona-Pandemie war und immer noch ist, für die Patienten- und Familienedukation scheint sie geradezu ein Motor zu sein. Selten wurde in den Medien über medizinische Themen so ausführlich berichtet. Begriffe wie Aerosol, Inzidenzwert, Vektorimpfstoff oder FFP2-Maske scheinen in den allgemeinen Sprachgebrauch übergegangen zu sein. Bildung geschieht häufig dann, wenn der Be-

darf an ihr akut ist. Diese Chance sollte auch die Pflege nutzen.

Obwohl im Berufsgesetz als Aufgabe der Pflege verankert, kommt in der Arbeitswelt vieler Pflegenden edukativen Aktivitäten hierzulande immer noch nicht der Stellenwert zu, der ihnen gebührt. Dabei kann ihre Bedeutung insbesondere für chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen sowie deren Familien gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Informieren, Beraten, Schulen und auch Moderieren sind zentrale Interventionen zur Bewältigung des Lebens mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Pflegefachpersonen sind aufgrund ihrer Nähe zu den Betroffenen im Alltag prädestiniert, diese Unterstützung zu leisten.

Das Handlungsfeld der Patienten- und Familienedukation zeichnet sich durch eine beeindruckende Vielfalt aus, was dieses Buch zeigen will. Nicht alle Bereiche pflegebezogener Edukation konnten dargestellt werden. Dass hier dennoch Beispiele aus vielen verschiedenen Bereichen vorgestellt werden können, ist insbesondere den vielen Mitautor:innen zu verdanken. Sie zeigen auf, was Patienten- und Familienedukation in den jeweiligen Arbeitsgebieten bedeuten kann und wie sie umgesetzt werden kann. Froh sind wir darüber, auch Beispiele aus Österreich und der Schweiz vorstellen zu können. Allen Mitautor:innen sprechen wir unseren tiefen Dank für ihre Unterstützung und für ihr Vertrauen uns gegenüber aus.

Uns Herausgebenden ist es ein Anliegen, Leser:innen auf dieses Handlungsfeld neugierig zu machen und ihnen Rüstzeug für die Durchführung edukativer Aktivitäten zu geben.

Das Buch richtet sich sowohl an Pflegefachpersonen, die bereits in der Patienten- und Familienedukation aktiv sind, aber auch an alle Praktiker:innen, die sich mit diesem Thema erstmals befassen wollen. Natürlich sollen sich auch Studierende und alle anderen am Thema Interessierte durch dieses Buch angesprochen fühlen.

Was finden Leser:innen in diesem Buch?

In **Kapitel 1** gibt Angelika Zegelin einen Rückblick auf ihre vielfältigen Aktivitäten zur Patienten- und Familienedukation im deutschsprachigen Raum.

In **Kapitel 2** werden die wichtigsten theoretischen Grundlagen angesprochen. Die weiteren Kapitel beschäftigen sich mit theoretischen Hintergründen zu den einzelnen Interventionen **Information (Kap. 3)**, **Schulung (Kap. 4)**, **Beratung (Kap. 5)** und **Moderation (Kap. 6)**. Bereits in diesen Abschnitten sind Beispiele aus der Praxis zu finden sowie praxisnahe Handlungshilfen, Tipps, Checklisten etc.

Kapitel 7 greift viele – aber selbstverständlich nicht alle denkbaren – Handlungsfelder der Patienten- und Familienedukation auf. Einige werden nur kurz eher theoretisch beschrieben, den meisten sind zusätzlich Praxisbeispiele der Mitautor:innen angefügt.

Dem Umgang mit Informationen aus dem Internet ist **Kapitel 8** gewidmet. **Kapitel 9** schließt das Buch mit Betrachtungen zu Patientenedukation im Pflegeprozess ab.

In allen Kapiteln finden die Leser:innen Aufgaben, die sie dabei unterstützen sollen, sich mit verschiedenen Themen tiefer und zum Teil auch praxisnäher auseinandersetzen zu können als dies beim bloßen Lesen eines Buches möglich ist. So gibt es einerseits Rechercheaufgaben, um die Leser:innen anzuregen, inhaltlich vertieft in bestimmte Themen einzusteigen. Es finden sich auch Reflexionsaufgaben, die auf das eigene berufliche Erleben zielen. Wir ermutigen alle Leser:innen, diese Aufgaben (oder zumindest einige davon) zu bearbeiten.

Nun noch ein paar formelle Hinweise. Wir haben versucht, dieses Buch in gendergerechter Sprache zu verfassen. Bei einigen Begriffen (Patientenedukation, Patienten-Informations-Zentrum, Patientenschulungen nach § 45 SGB V) haben wir uns dazu entschlossen, die überall noch nicht gegendert genutzten Versionen dieser Begriffe zu verwenden, da sie beispielsweise in Gesetzen oder Bezeichnungen so vorkommen.

Was uns während der Arbeit am Buch noch klar geworden ist! – Persönliche Gedanken

Martin Schieron

„Aufgrund meiner beruflichen Schwerpunkte in den letzten Jahrzehnten habe ich meinen Blick verstärkt auf den ambulanten Bereich gelegt. Während meiner Zeit als Krankenpfleger in somatischen Krankenhäusern war mein Blick sehr auf die von mir betreuten Patient:innen gerichtet. Die Bedeutung der Angehörigen für die Patient:innen war mir zwar bewusst, ich betrachtete sie jedoch eher instrumentalisiert: Was können sie für die Patientin, den Patienten tun bzw. bewirken? Zwischenzeitlich ist mir die Bedeutung von Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit für das gesamte Familiensystem oder familienähnliche Gemeinschaften immer deutlicher geworden. Ebenso hat sich meine Aufmerksamkeit vom kurativen zum präventiven Handeln verlagert. Dies ist mir während des Schreibens noch mal deutlich geworden. Und hierbei geht es nicht nur um Prävention für pflegende Familien. Ich bin inzwischen überzeugt, dass Pflegefachpersonen durch gezielt ausgeübte edukative Tätigkeiten ihre Arbeitszufriedenheit deutlich vergrößern können. Dies habe ich selbst in verschiedenen Projekten beobachten können.“

Christa Büker

„Die Arbeit an diesem Buch hat mir wieder einmal vor Augen geführt, wie interessant und vielfältig das Handlungsfeld der Patienten- und Familienedukation ist. Die tägliche Praxis bietet unzählige Anknüpfungspunkte für edukative Aktivitäten! Eine zentrale Zielgruppe bilden die

pflegenden Angehörigen. Bereits während meiner früheren beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Pflege spielten Information, Schulung und Beratung von Angehörigen eine bedeutende Rolle. Auch in meinen späteren Forschungsarbeiten über die Situation von Familien mit einem schwerkranken oder behinderten Kind wurde deutlich, dass im Kompetenzerwerb eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Bewältigung des Alltags liegt. Mehr als alle anderen Berufsgruppen kann der professionellen Pflege eine Schlüsselrolle in der Unterstützung von pflegenden Angehörigen zukommen. Indem Pflegende sich dieser Aufgabe stellen, kann das Bild von Pflege in der Öffentlichkeit eine Modernisierung erfahren. Die Attraktivität des Berufs für junge Menschen wird gesteigert und Pflegende können selbstbewusst sagen: I am proud to be a nurse!“

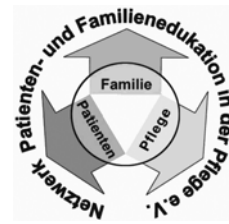
Angelika Zegelin

„Im ersten Kapitel habe ich dargelegt, wie ich zum Thema Patientenedukation gekommen bin – vor fast dreißig Jahren. Nach wie vor bin ich überzeugt, dass die ‚sprechende Pflege‘ den bedürftigen Menschen hilft und den Beruf aufwertet. Nun möchte ich hier zwei Eindrücke aus der jüngsten Zeit wiedergeben. Zum einen habe ich mich etwas mit Wundexpert:innen beschäftigen müssen: Dies hat mir wieder gezeigt, wie breit die Begleitung der Patient:innen sein kann. Dies ist viel mehr als der regelmäßige Verbandwechsel. Natürlich geht es auch hier darum, dass die Patientin/der Patient zur Selbstpflege angehalten wird. Aber es kann auch um Sozialhilfe, Einsamkeit, Krankheitsgewinn gehen oder um die Wohnsituation (wenn nicht gar Obdachlosigkeit besteht). Patientenedukation kann auch ein umfassendes Versorgungsgeschehen umfassen. Ich erinnere mich an die Projektleitung ‚Carenap‘, hier bei Demenz – durch ein gutes Assessment, Ziele und Vernetzung sollte präventiv die familiäre Situation gestärkt werden. Es ging auch um die Aktivierung von Verwandten oder Nachbarn. Ich wünsche mir sehr, dass die professionelle Pflege aus einem engen Korsett herausfindet und mehr solche Aufga-

ben übernehmen kann – der Pflegeprozess bietet einen geeigneten Rahmen.

Zum anderen ist mir die Kleinteiligkeit der Handlungen wieder deutlich geworden: Allein die Schulung einer richtigen Händehygiene bedarf eines strukturierten Vorgehens. Gerade jetzt in Pandemiezeiten gibt es solche ‚Sternstunden der Patientenedukation.‘“

Wir als Herausgebende möchten uns an dieser Stelle nochmals bei allen Beteiligten sehr herzlich bedanken. Insbesondere gilt unser Dank Jörg große Schlarman für das Kapitel zum Internet und Jürgen Georg für sein Kapitel und seine Unterstützung als Vertreter des Verlags. Auch allen anderen Personen – insbesondere Martina Kasper –, die uns von Verlagsseite unterstützt haben, gilt unser Dank. Für die finanzielle Unterstützung dieses Projekts danken die Herausgebenden und der Verlag dem Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V. sowie dem Verein Pflege e. V.



Wir wünschen nun allen Leser:innen nicht nur neue Erkenntnisse, sondern auch viel Vergnügen beim Lesen.

Martin Schieron, Christa Bükler und Angelika Zegelin

März 2021

1 Nursing is teaching – Grundlagen und Entwicklungen

Angelika Zegelin

Dieses erste Kapitel ist sehr persönlich gefärbt und deswegen auch in Ich-Form geschrieben. Dies liegt daran, dass ich in viele Entwicklungen der „sprechenden Pflege“, mit dem Beginn meines Studiums der Erziehungswissenschaften an der Fernuniversität Hagen 1980, selbst involviert war. Das Kapitel beinhaltet zwei Themenschwerpunkte. Zunächst geht es um erste Grundlagen sowie die Aufgaben und Besonderheiten der Patientenedukation in der Pflege. Dabei werden auch Probleme, Bildungsangebote und die Professionalisierung in diesem Feld angesprochen sowie die Situation in der Vorlaufzeit bis Mitte der 1990er Jahre.

Der zweite Schwerpunkt zeigt den Aufschwung der pflegerischen Patientenedukation vor dem Hintergrund meines Arbeitsplatzes an der Universität Witten/Herdecke seit Mitte der 1990er Jahre. Dort konnte ich die Themen in die Lehre einbinden und zahlreiche Projekte, Gruppen und Abschlussarbeiten anstoßen. Eine Herausforderung stellte die wissenschaftliche Bearbeitung dieser neuen Aufgaben dar. Schließlich möchte ich dafür Beispiele geben und Wünsche an künftige Aufgaben vorstellen.

Pflege ist ein Kommunikationsberuf. Die stellvertretende Übernahme täglicher Aktivitäten und die Überwachung in Krankheitsphasen erfordern einen steten Austausch, Patient:innen müssen informiert, Angehörige ermutigt und Heimbewohner:innen unterstützt werden – kranke Menschen brauchen einen besonderen Zuspruch.

1.1 Erste Orientierungen

Die Interaktionsarbeit in der Pflege ist äußerst vielfältig. Sie reicht von nonverbalen Formen wie Lächeln, Nicken oder Berührung, über den Einsatz textlicher Informationen bis hin zu Gruppen-Informationsveranstaltungen. Im Mittelpunkt stehen jedoch Gespräche mit Klient:innen – Pflegearbeit ist in der Regel am Einzelfall, am Individuum ausgerichtet (Abt-Zegelin, 2009a). Bis heute fehlen Forschung und Theoriebildung zur Pflege-Kommunikation, sowohl über Formen oder Bildungskonzepte, besonders aber über die Auswirkungen hinsichtlich der Genesung oder Verbesserung von Lebenssituationen. Viele der jetzt folgenden Überlegungen sind erst nach der Etablierung des Schwerpunktes „Pflegerische Patientenedukation“ an der Universität Witten/Herdecke ab 1995 entstanden.

Patientenedukation – dieser internationale Oberbegriff wurde vor etlichen Jahren von uns gewählt und meint alle psycho-pädagogischen Interventionen in der Pflege, insbesondere aber Beratung, Schulung, Information und Moderation (**Kap. 3.6**). Mitunter wird die Beratung („Counseling“) extra benannt. Daneben gibt es definierte Gespräche im Pflegeprozess, etwa zur Aufnahme oder zur Entlassung, es gibt Alltagsgespräche, Befindlichkeitsorientierungen oder schweigendes Dabeisein, oft kommen Mischformen vor. In der direkten Pflegesituation kann aus einer Information oder Schulung ein Beratungsgespräch werden. Insgesamt sollten sich alle Interaktionen an Hoffnungsunterstützung und Ermutigung der Kli-

ent:innen orientieren. Heilsam wirkt v.a. die Beziehung zwischen Klient:innen und Pflegepersonen (Abt-Zegelin, 2009a).

Eine Einordnung der vielen Interaktionsformen steht noch aus. Es fehlt eine Theoriebildung zur „sprechenden Pflege“ – ganz abgesehen von empirischen Arbeiten. Der hierzulande „sperrige“ Begriff wurde gewählt, weil international „patient education“ als Teil von „health education“ längst bekannt und von anderen Berufsgruppen besetzt ist – es gibt dazu eigene Institute, Zeitschriften usw. Dabei sind nicht nur Patient:innen adressiert, sondern alle Nutzer:innen in Gesundheitsfragen, durchaus im Grenzbereich zur Prävention – also auch Angehörige oder Gebärende.

Auch geht es nicht um „Erziehung“, wie im Deutschen leider fälschlich vermutet wird, es geht eher um einen umfassenden Bildungsbegriff. In der Psychiatrie firmiert die Information der Patient:innen schon lange unter dem Begriff „Psychoedukation“, allerdings werden Schulungen selten von Pflegenden, sondern eher von Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen durchgeführt, meistens als Gruppenschulung. Konzepte wie „Recovery“ oder das Gezeitenmodell in der Psychiatrie führen zu einer guten Begleitung der Patient:innen. Hier könnte sich die überwiegend körperorientierte Gesundheitsversorgung etwas abschauen.

In früheren Jahren wurde Pflege eher als Zuarbeit für die Ärzt:innen verstanden, den Patient:innen sollte „stumm gedient“ werden. Erst mit der „Entdeckung der Pflegebedürftigkeit“ und ersten Konzepten der Hilfe bei täglichen Aktivitäten wurde die Pflege zu einem eigenen Gegenstand mit selbstständigem Gesprächsmonopol. Inzwischen dominieren chronische Krankheiten das Spektrum in den westlichen Ländern und es gibt auch deswegen einen immensen Bedarf an Unterstützung.

Interessanterweise wird die „sprechende Pflege“ von extern immer wieder an die Pflegenden zurückgespiegelt. Schon sehr früh – etwa in den Untersuchungen zur Gefühlsarbeit von Strauss – wurden Kategorien wie informie-

ren, trösten, ermutigen, erinnern, helfen Sinn zu finden, lächeln lassen, wiedergutmachen, ablenken, miteinander in Kontakt bringen, vermitteln, dolmetschen, moderieren u. a. festgestellt (Strauss et al., 1980). Auch durch bekannte Linguist:innen wurde etwa auf der ersten Tagung zur Sprache und Pflege 1997 im Bildungszentrum Essen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) festgestellt, dass die Pflegeberufe ihre umfängliche Interaktionsarbeit unbedingt deutlicher besetzen sollten (Brünner & Fiehler, 1997).

In Bereichen, in denen die Pharma- und Hilfsmittel-Branche aktiv ist, gibt es schon lange Konzepte zur Patientenedukation, z. B. zu Diabetes, Rheuma, Stoma. In den letzten Jahren haben Produktherstellende ausgefeilte Programme zur Begleitung von Patient:innen in Kliniken auf den Weg gebracht. So werden etwa beim Hüft- und Knie-Gelenkersatz Patient:innen präoperativ einbestellt, sie erhalten umfängliche Informationen und ihnen wird ein (Pflege-)Coach an die Seite gestellt. All dies ist gut evaluiert und bietet den Kliniken Finanzvorteile – wünschenswert wäre dieses Vorgehen für viele Krankheitssituationen, zumindest für weitere elektive Operationen.

Jenseits von Produkten gibt es aber viele Beeinträchtigungen, die der sprechenden Hilfe bedürfen. Neben Mediziner:innen sind auch viele andere Berufsgruppen beteiligt, z. B. Gesundheitswissenschaftler:innen, Pädagog:innen, Psycholog:innen oder Ernährungsexpert:innen. In der internationalen Zeitschrift „Patient Education and Counseling“ finden sich bisher eher wenige Beiträge von Pflegenden. Das Problem dabei sind auch (wie immer in deutschsprachiger Pflege) unterschiedliche Begriffslegungen: So wird oft im Deutschen von Anleitung gesprochen, anstatt die etablierte Bezeichnung Schulung zu wählen. Auch Begriffe wie Training, Instruktion, Unterweisung werden verwendet. Patientenedukation sollte auch eine Domäne in Rehabilitations-Kliniken sein, allerdings erschöpft sich dies häufig in ärztlichen Vorträgen – ein besonde-

rer Auftrag für die Pflege wird dort oft nicht gesehen.

1.2 Notwendigkeit der pflegerischen Patientenedukation

Patient:innen leben jahrzehntelang mit ihren Erkrankungen, müssen Medikamente nehmen, Prozeduren einhalten. Therapien sind heute aufwändiger. Bei ernsten Krankheiten ändert sich auch die Lebenseinstellung, hier suchen Betroffene Gesprächspartner:innen. Zunehmend müssen Menschen selbst gesundheitliche Entscheidungen treffen (shared decision making, informierte Zustimmung, **Kap. 7.11**), viele möchten auch mehr Selbstbeteiligung, suchen nach Alternativen oder sanften Methoden. Das Gesundheitswesen internationalisiert sich, Nutzer:innen finden sich kaum auf diesem unübersichtlichen Markt zurecht. Hinzukommt, dass Politik und Kostenträgende mehr Eigeninitiative der Kranken fordern – ambulant vor stationär heißt es. Gleichzeitig verkürzen sich aber die Kontaktzeiten zu den professionell Tätigen drastisch. Auch die Patient:innenrechtsbewegung und der Verbraucher:innenschutz sehen die Betroffenen als „Ko-Produzent:innen“ ihrer Situation.

Patientenedukation zielt auf vielmehr als Wissensvermittlung. Es geht um Handeln, besonders zur Selbst-Pflege. Damit ist verbunden: Hoffnung erlangen, Motivation, das eigene Schicksal in die Hand nehmen, Vertrauen ins System, Kontakt zu den professionell Tätigen, Lese- und Verstehenskompetenz, Fertigkeiten, Risiken abwägen, neue Informationen erlangen, Verantwortungsübernahme, Wahrnehmung des eigenen Körpers, Navigation im System u. a. Eine ernste Diagnose kann die gesamte Lebensplanung verändern – Begleitung „tut Not“.

Lernen vollzieht sich nicht nur in der Kognition (Wissen). Es geht immer auch um Gefühle und Einstellungen, es geht um psychomotorische Fähigkeiten (Sehkraft, „Hand“habung).

Vom Wissen zur Umsetzung und Beibehaltung ist es ein weiter Schritt. Dabei sind Drohungen oder Angsterzeugung ein schlechter Ratgeber. Ungünstig wirkt sich auch aus, wenn der Wille der Patient:innen keine Berücksichtigung findet.

Stufung von Wissen/Handeln

Manche Patient:innen sind nur an wenigen Fakten interessiert, eventuell können sie auch komplexe Dinge nicht verstehen, hier reichen kurze Verhaltenshinweise. Menschen können aber freiheitlicher handeln und Optionen entwickeln, wenn sie zugrundeliegende Prinzipien verstehen, dies ist eine nächste Stufe. So kann etwa bei einer Diät ein einmaliges Ausscheren wieder „ausgebügelt“ werden. Mit weiterer Erfahrung können Patient:innen zu Expert:innen ihrer eigenen Situation werden, sie interpretieren auch kleine Veränderungen, sie können mit Komplikationen umgehen und auch unter schwierigen Bedingungen, etwa in einem fremden Land, wichtige Aspekte berücksichtigen. Das (gute) Weitergeben eigener Erfahrungen, z. B. in Selbsthilfegruppen, ist eine weitere reife Form. Im Konzept Gesundheitskompetenz (**Kap. 2.3**) ist eine hohe Stufe erreicht, wenn Patient:innen die Versorgungslandschaft kennen und kritisch nutzen oder gar ihre Anliegen in die Öffentlichkeit und Politik transportieren können.

Abgesehen davon, dass Patient:innen kaum Informationen von Pflegenden erwarten, ergeben sich Fragen meistens erst dann, wenn Probleme auftauchen. Das kann von einfachen Fragen wie „Wie kann ich aus dem Bett aufstehen?“ reichen bis hin zu „Wie ist die Stomaver-sorgung in Asien?“. In der Regel nimmt das Wissen im Laufe der Zeit zu, leider oft durch schlechte Erfahrungen. Für die Patientenedukation zeigen sich die Stufen in unterschiedlichem Einsatz und Zeitumfang – wenn durch eine dauerhafte Behinderung eine neue Lebenslage resultiert, sind viele Vorkehrungen nötig. Ein Beispiel hierzu aus dem Bereich Paraplegie zeigt **Abbildung 1-1**.

Patientenedukation – Modellbildungsplan Tetraplegie/Pflege

	Monat 1	Monat 2	Monat 3	Monat 4	Monat 5	Monat 6	Monat 7	Monat 8	Monat 9
Phasenmodell ICF	Akutphase		Postakute Grundlagenphase			Aktivitäts-/Aufbau-/Lernphase – Konsolidierungsphase/ Gewohnheitsbildung			Austrittsphase
			Mobilität: Bewegen im Bett, Transfer, vermeiden von Gefahren und Komplikationen						
			Körperpflege: Körperpflege und Bekleidung			Haut: Hautkontrolle, Entlastung der Haut, Handling bei Komplikationen			
			Blasenmanagement: Blasenentleerung			Darmmanagement: Darmentleerung, Handling bei Obstipation			
Aktivität			Vegetative Störungen/bei Lähmungen oberhalb von Th 6: autonome Hyperreflexie, Temperaturregulation, orthostatische Hypertonie						
					Atemmanagement: Sekretmobilisation				Ernährung
			Sexualität						
			„Learning by doing“: Einzel- und Gruppenschulung						
Partizipation			Peer-Counseling						
			Organisation des häuslichen Lebens						

Abbildung 1-1: Modellbildungsplan Paraplegie, aufgebaut anhand des Phasenmodells der ICF, Konzept Patientenedukation (Quelle: Schweizer Paraplegie-Zentrum Nottwil, Haas, 2021, S. 447)

Eigentlich benötigen mehr Gruppen von Patient:innen eine bessere pädagogisch-psychologische Unterstützung durch die Pflegenden. Expert:innen vermuten, dass über die Hälfte der Klinikpatient:innen tiefergehende Unterstützung benötigt, um mit ihrer Krankheit fertigzuwerden. Das Spektrum der pflegerischen Patientenedukation reicht von Sicherheit in einfachen Tätigkeiten, über das Managen von Situationen (Inkontinenz, Dekubitus, Sturz) bis hin zur Bewältigung komplexer Problemlagen wie bei Parkinson, Schlaganfall, Demenz, Herzinsuffizienz, Diabetes.

Aufgabe

Überlegen Sie: Bei welchen Nutzer:innen-Gruppen in Ihrem Arbeitsbereich könnten Patientenedukations-Aktivitäten helfen?

Rechtliche Aspekte

In der Regel wird bei Aktivitäten der pflegerischen Patientenedukation an das Weiterleben mit chronischer Krankheit gedacht. Aber auch rechtliche Pflichten in der Akutphase begründen die Notwendigkeit der Information der Pa-

tient:innen. Jüngst fragten Patient:innen an, ob es im Krankenhaus ein Recht auf Information vor pflegerischen Interventionen gibt. Der Medizinrechtler Großkopf bejaht dies eindeutig und meint, dass diese vorherige Information sogar dokumentiert werden sollte, um das Einverständnis der Patient:innen einzuholen (Zegelin, 2020b). Möglicherweise helfen auch schriftliche Kurzinfos. Zwar wird immer wieder betont „Patient:innen informieren“. Dies geschieht in den Ausbildungen jedoch oft formelhaft und ohne Konzepte. Oft unterbleibt aber aus Zeitmangel in den Krankenhäusern die Information vor dem Einlauf, vor der Mobilisation oder vor dem Verbandwechsel oder sie geschieht erst handlungsbegleitend. Manche Pflegenden denken auch, dass diese standardisierten Abläufe nicht mitgeteilt werden müssen – allerdings sind Pflegemaßnahmen zum Teil auch gefahrgeneigt. Wenn es zu Komplikationen mit rechtlichen Folgen kommen sollte, wird das Verfahren zu Ungunsten der Pflege aufgerollt. Insgesamt weisen auch zahlreiche Aussagen zu Patient:innenrechten auf die Informationspflicht aller Gesundheitsarbeitenden hin. Offenbar hat auch die Corona-Krise dazu geführt, dass Patient:innen und Bürger:innen sich mehr für gesundheitsbezogene Informationen interessieren.

1.3 Rolle der Pflegeberufe

Berufspflegende stellen die größte Gruppe der Gesundheitsarbeitenden in fast allen Settings. Durch den Pflegeprozess haben sie ohnehin Informationen über die Patient:innen/Bewohner:innen und deren Familien. Sie sind stets präsent als erste Ansprechpartner:innen und genießen Vertrauen – Vertrauen ist eine große und tragende Kraft.

Pflege ist immer auch mit Prävention verbunden, der früher übliche Gegensatz („bei Pflege geht nichts mehr“) ist überholt. Pflegenden arbeiten rehabilitativ und sie verhüten Schlimmeres.

In allen Pflegetheorien wird die sprechende Pflege besonders betont. Kompetenzmodelle zeigen die Interaktionsarbeit auf, in Berufsbildern nimmt sie eine deutliche Stellung ein. Als besonders wirksam erweist sich aus der Sicht der Patient:innen „ein echtes Interesse“ an ihrem Wohlergehen, das Bemühen der Pflegenden, auf das Individuum einzugehen.

In den letzten Jahren ist das Informieren, Schulen und Beraten der Klient:innen auch durch die Expertenstandards gefördert worden. Auch in klinischen Pfaden sind stets Tätigkeiten aus diesem Feld aufgeführt.

Wenn die Pflegeberufe deutlicher die Patientenedukation wahrnehmen könnten, würde unser Gesundheitswesen einen großen Schub nach vorne machen. Dies betonen u. a. auch immer wieder Gutachten, z. B. des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007, 2012).

Im Feld Patientenedukation engagieren sich durchaus viele einzelne Fachpflegende. Selten erreichen die Aktivitäten allerdings einen „Programmstatus“ mit dauerhaften Angeboten, Dokumentation, Evaluation – und deswegen noch seltener mit wissenschaftlicher Bearbeitung. Aus diesem Grund ist es hier wichtig, zahlreiche Beispiele zu geben und zu Entwicklungen anzuregen.

Viele Widerstände

Pflege wird vielfach als nur „handliche“ Arbeit gesehen, als Aneinanderreihung von Tätigkeiten, die eigentlich jeder machen kann.

Pflegende scheuen sich, das Wort zu ergreifen. Deswegen findet Patientenedukation eher zufällig und nicht systematisch statt. Die sprechende Pflege gilt nicht als „richtige Arbeit“, engagierte Kolleg:innen haben oft ein schlechtes Gewissen und leiden unter den Zuständen (die Arbeit bleibt liegen). Vielen Pflegenden ist der Sinn von weitergehenden Interaktionen nicht klar. Sie erleben die Patient:innen während eines kurzen Zeitraums und denken nicht daran, dass viele Menschen später selbstständig werden müssen. Wenn es dann doch mal Anleitung-

gen gibt, sind diese eher klinikzentriert und adressieren Patient:innen in den Krankenhäusern. Wie bereits erwähnt, wurde immer schon „Patient:innen informieren“ formelhaft gesagt. Damit war gemeint, dass unmittelbar zu Beginn der Maßnahme z. B. angesagt wurde: „Ich gebe ihnen jetzt eine Spritze“. Vor der Klinik-Entlassung kommt es vor, dass festgestellt wird, dass mal eben etwas gezeigt werden muss (z. T. auch aufwändige Interventionen, Verbandwechsel, Katheterspülung, Sondenkostgabe).

Manche Pflegende haben Angst vor Gesprächen, sie fühlen sich überfordert, haben Sorge nicht „genug zu wissen“, rufen nach den Ärzt:innen. „Das darf ich Ihnen nicht sagen, fragen Sie die Ärzt:innen!“, heißt es fälschlicherweise immer noch (Köpke & Meyer, 2010, 2011) – obwohl es um pflegerische Belange geht.

Vermeintliche rechtliche Unsicherheiten vermischen sich in der Patientenedukation mit der ärztlichen Aufklärung, „Ich stehe da mit einem Bein im Gefängnis“, sagen Pflegende und scheuen die Verantwortung. Dabei geht es nicht um medizinische Belange, sondern um Alltagswissen. Die Pflegenden könnten stets fragen: „Was haben Ihnen denn die Ärzt:innen gesagt?“. Damit können sie eine Vermittlerrolle einnehmen.

Andere Pflegende lassen sich nicht ein, weil sie Sorge haben, „im Leid zu ertrinken“ und ihre „Arbeit nicht zu schaffen“ – sie haben nicht gelernt, empathisch zu sein und sich trotzdem abzugrenzen. Viele bleiben im Patient:innenkontakt stumm, erledigen handliche Arbeiten – sie nutzen die Zeit für Interaktionen nicht, auch weil sie Bedenken haben, „aufgehalten“ zu werden.

Kranke kommen heute nicht mit Banalitäten in die Klinik. Viele fühlen sich existenziell bedroht und haben Angst. In der Maslowschen Bedürfnispyramide (Maslow, 1981) sind sozusagen alle Ebenen betroffen und Patient:innen sind hungrig nach Gesprächspartner:innen. Viele Pflegende spüren das und schützen sich.

Ein Hemmnis in Deutschland ist auch die starke Segmentierung der Zuständigkeiten.

Das Bemühen der Krankenhäuser endet an der Kliniktür. Ein Entlassungsmanagement greift sehr kurz, im Grund geht es darum, dass alles zunächst „geräuschlos“ verläuft und die Kliniken keine Probleme bekommen. Erst in der letzten Zeit gibt es eine Sicherstellung, dass wichtige Medikamente bei der Entlassung vor dem Wochenende verfügbar sind.

Ein genereller Widerstand bei der Einführung von Patientenedukation zeigt sich in der Äußerung: „Das machen wir doch schon“. Bei genauem Hinsehen wird dann klar, dass die Interventionen von einem systematischen und qualitätsvollen Vorgehen weit entfernt sind, etwa kurze Informationen bei Visiten, beendet mit: „Haben Sie noch Fragen?“

Überhaupt können sich die Professionellen kaum vorstellen, welche Probleme später bei Patient:innen auftreten könnten, etwa bei dem banalen Rat, ein Sitzbad zu nehmen (Wie? In der Badewanne? Wohin mit den Füßen?).

Ganz ungünstig ist der Tipp: „Kommen Sie wieder, wenn etwas nicht stimmt“. Dies können Patient:innen oft nicht beurteilen, sie achten auf kleinste Zeichen (Nocebo-Effekt). In einem Fall wurde einer Patientin nach einer ambulanten Netzhaut-Operation gesagt. „Wenn Sie Blitze sehen, kommen Sie wieder rein.“ Natürlich hat die Frau dauernd Blitze gesehen und fuhr täglich mit dem Taxi in die 30 km entfernte Augen-Ambulanz. Stets war alles in Ordnung. Ein anderer Patient hatte aufgeschnappt, dass sein Gips nun trocknen sollte. Zuhause angekommen hat er den Unterarm in den Backofen gehalten, er musste mit schwersten Verbrennungen zurück in die Klinik.

Andererseits gelten Patient:innen, die aufpassen und nachfragen, oft als „nervend“ oder schwierig.

Eine gut aufgestellte Patientenedukation zeigt sich in den Ergebnissen vielfach erst nach längerer Zeit. Forschungsvorhaben in diesem Feld verstehen sich durchweg als „komplexe Interventionen“ und sind daher eher aufwändig und teuer.