

»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)

**Zwischen Fallarbeit und Evidenzbasierung. Ein
interdisziplinäres Schulungs- und Qualifizierungskonzept
für eine ressourcenorientierte »Pflegesprechstunde zur
Mobilitätsförderung«**

Regina Brunnett, Martina Hasseler, Steve Strupeit und Christiane Deneke

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

7

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. Theoretischer Hintergrund, Ziele und Intervention	7
2.1	Rahmenbedingungen des Settings Pflegesprechstunde	7
2.2	Ein multidimensionaler Zugang zu Mobilität	8
2.3	Pflegeberatung im Setting Pflegesprechstunde	9
3	Methodische und didaktische Grundlagen für die Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung	12
3.1	Kompetenz- und Qualifikationsprofil für die Pflegefachkräfte	12
3.2	Schulungs- und Qualifikationskonzept für die Pflegesprechstunde	14
3.2.1	Inhaltlicher Aufbau	14
3.2.2	Didaktik handlungsorientierten Lernens	15
3.2.3	Der didaktische Zugang am Beispiel des Moduls <i>Pflegeberatung und Fallarbeit</i>	17
4	Fazit	19
	Literatur	19

Zusammenfassung

Mobilität ist ein zentrales Bedürfnis von Menschen *und* eine relevante Voraussetzung für Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter. Sie gilt es angesichts des demografischen und gesundheitspolitischen Wandels in der Gesundheitsgesellschaft zu fördern. Die Tätigkeiten der Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung älterer Menschen gehören nach Auffassung der Gesetzgeber (z.B. PflWG, HeimG) wie auch der Pflegewissenschaften zu dem Aufgabenbereich von Pflegekräften und stellen eine Chance für sie dar.

Damit stellen sich zwei Probleme im Schnittfeld von Gesundheits- und Pflegewissenschaften: Es fehlt zurzeit an kompetenz- und ressourcenorientierten Konzepten der Gesundheitsförderung, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sind und – nach der Auffassung von ExpertInnen – an Qualifikation der Pflegenden um diese Konzepte umsetzen zu können.

Diese Lücken sollen im Forschungsprojekt »Mobil bleiben – Mobilität fördern und erhalten« Pflegesprechstunden bei älteren und hochaltrigen Menschen im klinisch-geriatrischen Setting« geschlossen werden. Es wird eine Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung entwickelt und in der klinischen Geriatrie implementiert; die Pflegefachkräfte werden im Vorfeld entsprechend geschult. Mittels einer prospektiven Längsschnittstudie in einem nicht-äquivalenten Kontrollgruppendesign werden die Effekte der Intervention auf Mobilität untersucht.

Im Vortrag werden Ergebnisse und Erfahrungen mit dem bereits abgeschlossenen qualitativ-konzeptionellen Teil des Projekts vorgestellt. Qualitative Interviews wurden durchgeführt um Bedarf und Bedürfnisse von PatientInnen zu explorieren. Zusätzlich wird ein Teil der Interviews als Medium zur Qualifikation der Pflegekräfte für die Pflegesprechstunde eingesetzt.

Es wird das interdisziplinäre Schulungs- und Qualifizierungskonzept für die Pflegekräfte der Pflegesprechstunde dargelegt, in dem pflege-, gesundheits- und sozialpädagogische Elemente miteinander verknüpft werden.

Zum einen soll geschult werden, Pflegefachwissen und evidenzbasierte Leitlinien in Schulung und Beratung weitgehend eigenständig umsetzen zu können. Zum anderen werden Individuum-zentrierte Zugänge zu PatientInnen gefördert. Diese werden aus der Sozialpädagogik entlehnt und sollen zu einer zugleich empathischen wie zielgerichteten Beratung befähigen.

Beide Kompetenzbereiche werden modularisiert und durch qualifiziertes Lehrpersonal geschult; die Qualität der Pflegesprechstunde wird zusätzlich durch Supervision gesichert. Als flankierendes Instrument zur Qualifizierung von Einzelfallorientierung wurde ein Konzept zur Einbindung der Pflegefachkräfte in ein Seminar im Studiengang Pflegemanagement an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg entwickelt. Dadurch sollten längerfristige und gemeinschaftliche Lernprozesse ermöglicht werden.

Der multidimensionale Zugang ist erstens Studien zur Pflegeberatung geschuldet, nach denen ein einzelfallorientierter Zugang für Pflegekräfte eine strukturelle Hürde darstellt, da er mit der Logik eines am objektiv-medizinischen Wissen orientierten pflegerischen Zugangs kollidiert (3). Zweitens sollen längerfristige, reflexive Lernprozesse der Pflegefachkräfte in Gang gesetzt *und* diesen Raum gegeben werden. Die Schulung wird im März 2009 abgeschlossen sein, so dass die theoretische Konzeption anhand praktischer Erfahrungen reflektiert werden wird.

Abstract

Mobility preservation is not only a central interest of people in general but also a relevant prerequisite and resource for independence and quality of life in old age. On the background of demographic change and changes in health politics in Germany, mobility of the aged has to be enhanced. This can be a proper scope of duties for nurses in the future. Nurse-driven counseling, prevention and health promotion of the elderly is supported by the legal basis (e.g. PfwG, HeimG). Nevertheless, there is a lack of program and concepts with orientation on resources and competences of the elderly.

The project »Staying Mobile: Enhancing and maintaining mobility.« Nurse-led clinics with aged and old-aged multimorbid patients in a clinical-geriatric setting« is trying to fill these gaps. Based on the Dutch nurse-led clinics a mobility consultation will be developed and put into practice in a clinical-geriatric unit. The nurses will be trained in the project.

To prove the effects on mobility of older people, a prospective longitudinal study over a three year period in a non-equivalent control group pre-test post-test design is scheduled.

An interdisciplinary qualification and preparatory concept for the nurses was developed, based on elements of social work, health sciences and nursing sciences. On one hand nurses will be trained to educate and counsel on the base of professional knowledge and evidence-based knowledge. On the other hand individual-centred concepts for counselling were adapted from social work. This multidimensional approach refers to counselling theories, considering a case work approach being appropriate to face individual needs.

Schlagworte

- Pflegesprechstunde
- Sturzprophylaxe/Mobilitätsförderung
- Fallarbeit
- Schulungskonzept
- Pflegeberatung
- nurse led clinic
- falls prevention/enhancing mobility
- case work
- preparatory concept
- nurse counseling

Über die Autoren

Dr. Regina Brunnett, Dipl.-Soziologin, Krankenschwester ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt »Mobilitätsförderung durch Pflegesprechstunden«, HAW Hamburg

Prof. Martina Hasseler ist Professorin für Pflegewissenschaften am Department Pflege & Management der HAW Hamburg, z.Zt. beurlaubt für eine Professur für Aged Care, University of Ballarat, Australien

Steve Strupeit, Bachelor of Arts (BA) Pflegewissenschaft, Diplom-Pflegewirt (FH) ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt »Pflegesprechstunden zur Mobilitätsförderung bei multimorbiden älteren Menschen an der Hamburger Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Christiane Deneke ist Vertretungsprofessorin für Gesundheitswissenschaften am Department Gesundheitswissenschaften der HAW Hamburg.

1 Einleitung

Mobilität zu erhalten, ist ein zentrales Bedürfnis des Menschen und eine relevante Ressource für den Erhalt von Selbstständigkeit, Autonomie und Lebensqualität im Alter (Mollenkopf/Flaschenträger 2002), ihr Verlust ein hoher Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und damit auch für die Einweisung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der Strukturentwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der Veränderungen der Familienstrukturen ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von Mobilitätsförderung für ältere Menschen noch zunehmen wird.

In den letzten Jahren haben im wohnortnahen Bereich präventive Hausbesuche für ältere, mobile PatientInnen Verbreitung gefunden (vgl. Schmidt et al. 2009; Meier-Baumgartner et al. 2005). Bereits in ihrer Mobilität eingeschränkte alte Menschen mit einem hohen Bedarf an Unterstützung haben jedoch gegenwärtig geringere Chancen, Maßnahmen zur Förderung von Mobilität in Kliniken oder in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege zu erhalten.

Zudem liegt der Fokus überwiegend auf Sturzprophylaxe. Kliniken verfügen in der Regel nicht über Konzepte und Ressourcen für eine umfassende Mobilitätsförderung, die die Bedürfnisse alter Menschen berücksichtigt. Diese benötigen häufig eine längere Rekonvaleszenzzeit als jüngere Menschen. Akute Erkrankungen im Alter lösen häufig einen Prozess aus, in dem Mobilität und Selbstständigkeit sukzessive abnehmen und Pflegebedürftigkeit entsteht (vgl. Abt-Zegelin 2005). Die Forschungslage bezüglich der Effektivität von Sturzprophylaxe ist nicht eindeutig (Coussement et al. 2008; Gillespie et al. 2008)¹: zudem können weder die wirksamen Anteile in multidimensionalen Ansätzen isoliert werden (vgl. Oliver et al. 2006), noch sind langfristige Effekte nachgewiesen. Problemfelder sind die Überleitung in den eigenen Wohnraum, die Versorgung und Anwendung von Hilfsmitteln im häuslichen Wohnraum und in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Hilfsmittel werden vielfach nicht in Anspruch genommen oder sind nach Entlassung nicht immer vorhanden. Es bleibt noch zu klären, inwiefern diese Probleme den Rehabilitationserfolg langfristig beeinflussen (Becker et al. 2006). Darüber hinaus fehlt es an kompetenz- und ressourcenorientierten Konzepten, um Mobilität bei älteren Menschen zu erhalten und zu fördern.

Diese Lücken sollen im Forschungsprojekt »*Mobil bleiben – Mobilität erhalten und fördern*«. Pflegesprechstunden bei älteren und hochaltrigen Menschen im klinisch-geriatrischen Setting« geschlossen werden.² Es wird eine Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung entwickelt und in einer geriatrischen Klinik implementiert; ihre Effekte auf Mobilität werden mittels einer prospektiven Längsschnittstudie in einem nicht-äquivalenten Kongrollgruppendesign untersucht.

¹Dem aktuellen Forschungsstand zufolge ist die Einschätzung durch eine versierte Pflegefachkraft methodisch der Anwendung einer Sturzskala gleichrangig (vgl. Köpke/Meyer 2008).

²Das Projekt ist eines von 7 Teilprojekten innerhalb des Hamburger Forschungsverbundes LUCAS (Longitudinal Urbane Cohorte Study). Sprecher ist Prof. Dr. von Renteln-Kruse, Chefarzt des Albertinen-Hauses.

Zwei Pflegefachkräfte mit langjähriger Erfahrung in der Gerontologie rekrutieren die TeilnehmerInnen, erheben Daten in der geriatrischen Klinik und führen die Intervention durch. Sie werden im Vorfeld der Intervention für die Pflegeberatung im Rahmen der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung geschult. Das Konzept der Beratung wird auch in der Pflege zunehmend populär, spezifische Spannungsfelder dieses neuen pflegerischen Handlungsfeldes bleiben jedoch in der Regel unberücksichtigt. Sie bedürfen eines bewussten und flexiblen Umgangs. Deshalb ist in der Schulung für die Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung den methodischen Kompetenzen der Pflegefachkräfte, z.B. der Gesprächsführung *und* dem Einsatz evidenzbasierter Materialien, besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Da die Plausibilität und Evidenz von Schulungskonzepten sich aus ihrer theoretischen, didaktischen und konzeptionellen Kohärenz speist, werden wir zunächst das Konzept einer ressourcenorientierten Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung darlegen. Beginnend mit den Rahmenbedingungen und dem Setting der pflegerischen Beratung, werden sodann das multidimensionale Verständnis von Mobilität und schließlich das daraus abgeleitete Konzept von Pflegeberatung dargelegt.

Auf dieser Grundlage werden methodische und didaktische Grundlagen für die Durchführung der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung entwickelt. Zunächst wird auf das erforderliche Kompetenzprofil der durchführenden Pflegekräfte im Projekt eingegangen, um sodann das Schulungskonzept zu explizieren.

2 Ressourcenorientierte Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung. Theoretischer Hintergrund, Ziele und Intervention

Beratung findet in der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung unter besonderen Rahmenbedingungen statt. Nachfolgend werden diese skizziert um von dort aus Zielsetzung und Handlungsorientierung der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung genauer zu bestimmen.

2.1 Rahmenbedingungen des Settings Pflegesprechstunde

In Pflegesprechstunden in den Niederlanden oder in angelsächsischen Ländern übernehmen Pflegenden in enger Abstimmung mit ÄrztInnen klinische Aufgaben in der Gesundheitsversorgung (vgl. Schrödter 2006). Sie führen als *nurse practitioners*³ in den Niederlanden eigene Sprechstunden in Polikliniken, Kliniken oder in Hausarztpraxen durch, vorrangig in der Gesundheitsversorgung chronisch Kranker Jugendlicher und Erwachsener, z.B. mit Asthma (Temminck et al. 1999a) oder rheumatischen Erkrankungen (Temminck et al. 1999b). Pflegenden in Pflegesprechstunden führen einfache medizinische Kontrolluntersuchungen und Diagnostik durch und unterstützen die Symptomkontrolle

³Das Berufsbild der *Nurse Practitioner* gibt es in der Bundesrepublik Deutschland bislang noch nicht. Auf der Grundlage des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, das 2008 in Kraft getreten ist, sind derzeit Studiengänge in *Advanced Nursing Practice in Planung* (Schwerdt 2008). Auch die Profile von *Clinical Nurse Consultants* oder *specialists* kommen prinzipiell für diese Aufgaben in Frage.

und die Behandlung, indem sie psychosoziale Probleme und die Entwicklung der Symptomatik erheben und Überweisungen an andere Berufsgruppen (z.B. PsychologInnen, DiätistInnen) initiieren. Sie unterstützen PatientInnen in der Bewältigung ihrer Erkrankungen, indem sie Gesundheitsberatung durchführen und über die Erkrankung sowie Faktoren informieren, die den Verlauf der Krankheit positiv bzw. negativ beeinflussen können. Die Pflegesprechstunden in den Niederlanden werden je nach Setting (Gesundheitszentrum, Klinik, Praxis der HausärztInnen) mit einer Frequenz zwischen 1 und 3 Mal/Woche mit einer Dauer von 30-60 Minuten durchgeführt.

Das Forschungsprojekt *Mobilitätsförderung durch Pflegesprechstunden* schließt an das Konzept der niederländischen Pflegesprechstunden an. Eine Pflegesprechstunde wird in der klinischen Geriatrie erprobt. Ihr Fokus liegt auf einer umfassenden Mobilitätsförderung im Sinne von Gesundheitsförderung.

Die »Mobilitätssprechstunde« beginnt während des Krankenhausaufenthaltes, bezieht die Überleitung in den eigenen Wohnraum bzw. in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege ein und umfasst zusätzlich zwei Telefonberatungen sowie zwei Hausbesuche. Während des klinischen Aufenthaltes wird die Beratung in einem Projektbüro in der Klinik durchgeführt.

Grundlage der Intervention Pflegesprechstunde ist eine systematische Einschätzung der Mobilität, die sich auf ein multidimensionales Assessment stützt. Dieses integriert Elemente des geriatrischen Basisassessments, wie sie in der klinischen Geriatrie durchgeführt werden, und ergänzt sie um ausgewählte Instrumente.⁴ Die Assessments dienen zugleich dazu, die Effekte der Intervention auf die Mobilität der PatientInnen zu überprüfen.

Konzeptionell steht pro PatientIn für die Intervention Pflegesprechstunde einschließlich der Assessments ein zeitliches Budget von insgesamt ca. 10 Stunden plus Vor- und Nachbereitungszeit zur Verfügung. Dieses Maß markiert auf der einen Seite eine zeitliche Limitierung, die dem Bedürfnis von Pflegenden nach »allumfassender Hilfestellung« ebenso zuwider laufen kann wie einem hypothetisch sehr hohen Bedarf nach Beratung bei allen KlientInnen. Auf der anderen Seite wird dieser zeitliche Rahmen als geeignet eingeschätzt, um hohe und niedrige Bedarfe von PatientInnen auszugleichen (vgl. Schmidt/Gebert 2009).

Die Zielsetzung der Pflegesprechstunde besteht nicht nur in Beratung als pflegerische Maßnahme, sondern auch in der Durchführung und Bewertung der Assessments. Beide Anteile zu kombinieren und auszubalancieren, stellt für die Pflegefachkräfte des Projekts eine besondere Herausforderung dar, die in der Schulung einer adäquaten Berücksichtigung bedarf.

2.2 Ein multidimensionaler Zugang zu Mobilität

In gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Studien steht gemeinhin die Bedeutung von »Mobilität als funktioneller Status« im Mittelpunkt (ex. Rush/Ouellet 1993; Zeller-Forster 1999). Damit ist die Fähigkeit einer Person zur Bewegung, ihre Beweglichkeit, erfasst. Bei den Assessments der Mobilität alter Menschen steht diese Dimension im

⁴Dazu gehören u.a.: WHOQOL-BREF, Life-Space Assessment, MNA.

Mittelpunkt; gemessen und beurteilt werden z.B. Balance, Handkraft, Gleichgewicht, Stabilität und Gang (vgl. z.B. Tinetti 1986). Diese Tests werden in der Regel eingesetzt um die Sturzgefährdung älterer und hochaltriger Menschen zu beurteilen. »Mobilität als funktioneller Status« bezeichnet jedoch genau genommen erst die physische Option zur Bewegung.

Im Unterschied dazu kommen neuere Ansätze aus der Verkehrssoziologie zu dem Schluss, dass sich das Bewegungsverhalten alter Menschen erst im Zusammenhang räumlicher und sozialer Umweltgegebenheiten erschließt (Mollenkopf/Baas 2002: S. 274). Grundlage ist eine sozial-ökologische bzw. eine öko-gerontologische Perspektive auf Mobilität: Mobilität als physikalische Raumüberwindung vollzieht sich stets im Kontext von Bedingungsfaktoren, die sie auf der einen Seite ermöglichen und auf der anderen Seite begrenzen. So ist z.B. der Bewegungsradius als Handlungsspielraum alter Menschen durch Hilfsmittel, Verkehrsmittelanbindung und die Qualität sozialer Einbindung sowie durch als subjektiv sinnhaft empfundene räumliche Ziele, Wünsche und Bedürfnisse bedingt. Auch Zeller-Forster (1999: S. 59) argumentiert aus pflegewissenschaftlicher Sicht in diesem Sinne, wenn sie konstatiert, dass die Mobilität des Menschen auch durch »sozio-kulturelle Faktoren wie Herkunft, Beruf, Rolle, Status, finanzielle Möglichkeiten und Umgebungsfaktoren wie Wohnverhältnisse, geographische und klimatische Verhältnisse« beeinflusst wird.

Zusammen genommen sind damit drei Dimensionen von Mobilität angesprochen: (1) Mobilität als Handeln, d.h. die körperliche, geistige und psychische Aktivität, (2) die funktionelle Mobilität als Option (vgl. Reiterer/Ammerer 2006; Engeln 2003) und schließlich (3) die subjektive Dimension von Mobilität, d.h. Selbstkonzepte, Strategien, Ziele, Bedürfnisse und Motive (ex. Bourret et al. 2002) Diese drei Dimensionen von Mobilität stehen in einem interdependenten Verhältnis zueinander.

Wir schlagen vor, Mobilität auch als Handeln, d.h. als Veränderung des Mobilitäts- und Gesundheitshandelns im Alter zu fassen. Wir stützen uns dabei auf das entwicklungspsychologische Konzept der Plastizität, das eine Art erfahrungsbasierter Strategien zur Verarbeitung von Einschränkungen und zum Training kognitiver Veränderungen bezeichnet (Kempermann 2007: S. 40) und verstehen es als Ausgangspunkt von Gesundheitsförderung im Alter: auch alte und hochaltrige Menschen werden im Hinblick auf ihre Gesundheit und Mobilität als entwicklungs- und kompensationsfähig betrachtet.⁵

Die Intervention Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung bezieht alle Dimensionen von Mobilität mit dem Ziel ein, Gesundheit der alten Menschen entsprechend ihres individuellen Bedarfs und ihrer individuellen Bedürfnisse zu fördern.

2.3 Pflegeberatung im Setting Pflegesprechstunde

Die Intervention Pflegesprechstunde führt daher über Maßnahmen zur Sturzprophylaxe und zur Förderung der physischen Mobilität hinaus, wie sie etwa durch körperliches Training verbessert werden können (ex. Voelcker-Rehage et al. 2006). Vielmehr zielt sie auf eine umfassende Förderung von Mobilität als Gesundheitsförderung ab.

⁵Das bedeutet nicht, dass alte und hochaltrige Menschen im Sinne eines neoliberalen *anything goes* als vollständig form- und veränderbar angesehen werden.

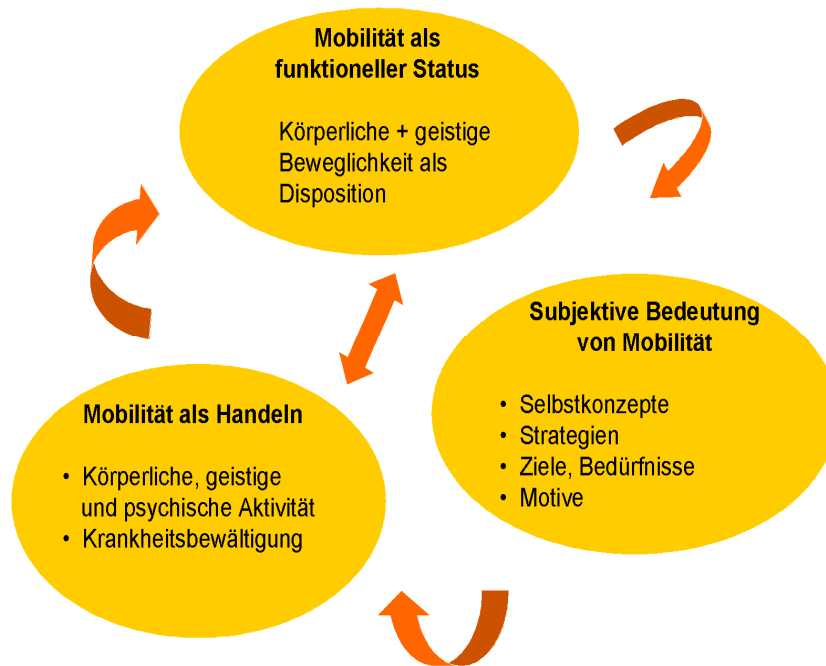


Abbildung 1: Drei Dimensionen von Mobilität

Aus dem Programm Gemidas QM, das die Grundlage der Maßnahmen der Sturzprophylaxe in der geriatrischen Klinik bildet (vgl. Borchelt et al. 2005: S. 3), werden einige Aspekte aufgegriffen, wie z.B. Anpassung der Umgebungsfaktoren und Hilfsmittelversorgung oder (mögliche) Verbesserung von Hör- und Sehfähigkeit. Diese Maßnahmen werden einerseits ausgeweitet, etwa auf Ernährung und Wohnraumanpassung, und andererseits an einem Konzept der Pflegeberatung justiert. Mit Beratung ist in Abgrenzung zu einem unspezifischen Verständnis im Sinne alltäglicher Kommunikation eine professionelle Kommunikationsform gemeint, die sich auf theoretische Bezüge, Konzepte und konkrete Handlungsfelder stützt (vgl. Engel/Sickendieck 2005: S. 164).

Pflegeberatung mit dem Ziel einer ›gesundheitsförderlichen Mobilitätsberatung‹

Im Kontext der Pflegesprechstunde hat Beratung eine doppelte Funktion: Sie bezeichnet eine Kommunikationsform, die sich von Information und Schulung unterscheidet. Ferner wird die gesamte Intervention Pflegesprechstunde durch die Interventionslogik von Beratung angeleitet, die mit Schaeffer/Dewe (2006: S. 138) wie folgt definiert wird: Beratung zielt primär darauf ab die Handlungskompetenzen von KlientInnen in Bezug auf Mobilität und Gesundheit zu erweitern. Statt also, wie im klassischen Modell der Patienteninformation, auf die Vermittlung von Wissen und damit vorrangig auf kognitive Prozesse abzielen, stehen in der Pflegeberatung in der Pflegesprechstunde Kommunikation und Ressourcenförderung der PatientInnen im Vordergrund (Stratmeyer 2005: S. 50ff.).⁶ Auf der Grundlage der Diagnose individueller und sozialer Ressourcen und Pro-

⁶Einen prägnanten Überblick über verschiedene Ansätze der Pflegeberatung bieten Stratmeyer 2005 und Hummel-Gaatz/Doll 2007.

blembereiche, wie sie das geriatrische Assessment abbilden⁷, sollen PatientInnen mittels eines ressourcen- und lösungsorientierten Beratungsansatzes (Nestmann 2004; Bamberger 2004) darin unterstützt werden Kompetenzen zu entwickeln, die erforderlich sind, um mit Einschränkungen umzugehen und um die Probleme und Herausforderungen zu bewältigen, die im Alltag und ggf. aus veränderten Rollen als »pflegebedürftig« oder »eingeschränkt mobil« entstehen. Es wird dabei prinzipiell davon ausgegangen, dass

„... die Person in sich selbst ausgedehnte Ressourcen dafür hat, sich selbst zu verstehen und ihre Lebens- und Verhaltensweisen .. konstruktiv zu ändern ...“
(Rogers 1995: S. 187).

Das impliziert, dass PatientInnen an den Maßnahmen im Rahmen der Intervention Pflegesprechstunde freiwillig teilnehmen und, dass die Beratung durch einen nicht-direktiven und empathischen Beratungsstil geleitet ist, der sich an der subjektiven Relevanz der KlientInnen orientiert (Rogers 1985: S. 107ff) und auf die Förderung ihrer Selbstbestimmung ausgerichtet ist (Hüper/Hellige 2007).

Pflegeberatung auf der Grundlage eines flexiblen und bewussten Einsatzes von Methoden und Konzepten

Emmrich et al. (2006: S. 57ff.) kommen auf der Grundlage eines Praxisprojekts zu dem Schluss, dass Beratende im pflegerischen Alltag in der Regel direktiv beraten und Ratschläge geben, besonders in Bezug auf Situationen, in denen sie selbst Pflegefachprobleme identifizieren (s.a. Engel/Sickendieck 2005; Knelange/Schieron 2000). Damit einhergehend adaptieren sie eine klare Rollentrennung und das Machtgefälle zwischen PatientIn und ÄrztIn/Pflegekräfte und gehen das Risiko ein, dass die Inhalte der Fachberatung nicht an alltagsrelevante Wissensbestände anschließen und deshalb von KlientInnen nicht aufgegriffen werden (vgl. auch Schaeffer/Dewe 2006: S. 133). Doch die Präferenz der Pflegenden für direktive Beratungsformen ist auch auf die Strukturen der Settings von Pflegeberatung zurückzuführen. So gehört Zeitknappheit zu den Strukturbedingungen der ambulanten und zunehmend auch der stationären Pflege. Emmrich et al. (2006: S. 67) konstatieren, dass Pflegefachkräfte sich vor diesem Hintergrund vielfach auf schnelle Lösungen beschränken. Huber (2005: S. 109) kommt in seiner Literaturanalyse von Beratung in der Pflege darüber hinaus zu dem Schluss, dass der Einfluss für PatientInnen im Rahmen von Assessments, Abläufen und Evaluation der Beratung häufig zu gering ist. Darüber hinaus dienen Assessments in der Regel als Grundlage für die Vermittlung von Informationen bzw. Empfehlungen, die aus der Befundung abgeleitet werden. Eine solche Interventionsform, die sich implizit auf kognitiv-behavioristische Annahmen stützt (Stratmeyer 2005), steht auch im Zentrum der präventiven Hausbesuche (z.B. Renteln-Kruse et al. 2003; Schmidt 2009: S. 87). Die Vermittlung von Informationen, etwa über gesunde Ernährung im Alter oder die Anwendung von Trochantergeschutzhosen im Rahmen der

⁷Die Assessments werden im Hinblick auf Problembereiche, z.B. Sehen oder Urinkontinenz, *und* im Hinblick auf Ressourcen in den ökonomischen Verhältnissen, Aktivitäten, der Stimmungslage und der Selbstwirksamkeitserwartung ausgewertet (vgl. hierzu Forstmeier et al. 2005; Nestmann 2004).

Sturzprophylaxe, ist nicht von der impliziten Erwartung zu trennen, dass die beratenen KlientInnen sie auch aufgreifen sollten, um ihr Risiko für Stürze zu vermindern.

Assessments und ihre verobjektivierten medizinisch-pflegerischen Befunde stehen in einem Spannungsverhältnis zu der Ressourcen- und Klientenorientierung im Rahmen der Pflegesprechstunde. Behrens und Zimmermann (2006: S. 165) weisen darauf hin, dass die auf Standards setzenden Techniken der neueren Pflegepraxis dann die Selbstbestimmung von PatientInnen gefährden, wenn sie nicht auf die interne Evidenz der je individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden. Der explizite Fokus der Intervention auf Kommunikation und Interaktion erfordert es, dass der internen Evidenz, also den Zielen, Bedürfnissen und Vorstellungen der PatientInnen Vorrang eingeräumt wird (Behrens/Zimmermann 2006). Eine wesentliche Kompetenz für die Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung besteht daher darin, dass die Pflegefachkräfte die Methoden und Konzepte der Pflegeberatung, der Anleitung und der Schulung bewusst, methodisch geleitet und flexibel einsetzen können.

3 Methodische und didaktische Grundlagen für die Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung

Um die Pflegesprechstunde professionell durchführen zu können, benötigen die Pflegefachkräfte die Bereitschaft und Fähigkeiten, sich im Setting der Pflegesprechstunde reflektiert sachgerecht, verantwortlich und flexibel zu verhalten. Ausgehend von dem im Krankenpflegegesetz (§3 KrPflG) dokumentierten Verständnis beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege sind für die Durchführung der Pflegesprechstunde verschiedene fachliche, methodische, soziale und personale Kompetenzen Voraussetzung (vgl. Hummel-Gaatz/Doll 2007; Ummüßig 2001). Sie werden im Folgenden spezifiziert.

3.1 Kompetenz- und Qualifikationsprofil für die Pflegefachkräfte

Fachkompetenz, persönliche Kompetenz, Methoden- und Sozialkompetenzen bauen aufeinander auf: Mit dem Fokus auf einer ressourcenfördernden Beratung, die am Einzelfall ansetzt, rücken Methoden- und Sozialkompetenzen gegenüber der reinen Fachkompetenz in den Vordergrund.

Folgende *Fachkompetenzen* sind für die Durchführung der Pflegesprechstunde erforderlich: Hintergrundwissen zu Sturzprophylaxe und Mobilitätsförderung, Kenntnisse über die strukturelle Besonderheiten der ambulanten Pflege und der Pflegesprechstunde als Settings sowie über die Durchführung und Beurteilung der Assessments.

Unabdingbar sind *persönliche Kompetenzen* – sachlich korrekter wäre es, von Sozialkompetenz zu sprechen, die sich auf professionell bedeutsame Anteile der eigenen Person richten. Wichtig sind die Fähigkeit, das eigene Verhalten *und* die eigenen Gefühle und Kompetenzen zu reflektieren, um die Beratungstätigkeit im Rahmen von Fallsupervision und Teambesprechungen selbst-reflexiv diskursivieren zu können (Emmrich et al. 2006; Schmidt 2009). Ebenso bedeutsam ist, die Möglichkeiten *und* die Grenzen der Interventionen im Setting Pflegesprechstunde zu erkennen und sie professionell zu gestalten. Hierzu benötigen die Pflegefachkräfte Frustrations- und Ambiguitätstoleranz

(Hummel-Gaatz/Doll 2007), um die verschiedenen Erwartungen von PatientInnen und Angehörigen mit ihren eigenen Erwartungen auszubalancieren.

Methodenkompetenz und *Sozialkompetenz* hängen eng miteinander zusammen, denn auch die Sozialkompetenz soll methodisch gezielt und professionell gestaltet werden. *Zu den methodischen Kompetenzen* gehören:

- die Fähigkeit, Assessments korrekt durchführen sowie ihre Ergebnisse einschätzen zu können die Fähigkeit ein Fallverständnis zu entwickeln und dabei soziale Bedingungen einbeziehen zu können,
- die Fähigkeit, Methoden der Gesprächsführung methodisch gezielt und bewusst einsetzen zu können,
- über Methoden der Mikro-Schulung und der Anleitung zu verfügen und dabei evidenzbasierte Leitlinien und andere wissenschaftliche Quellen (u.a. Expertenstandards) nutzen zu können,
- die Fähigkeit, korrekt *und* für wissenschaftliche Zwecke aussagekräftig dokumentieren zu können.

Tabelle 1: Kompetenzen in der *Pflegesprechstunde*

Assessments	Intervention		Dokumentation
durchführen und bewerten können	beraten können	Fallverständnis Methoden der Gesprächsführung	Sachlich korrekt durchführen können
	informieren, schulen, anleiten können	Umgang mit evidenzbasierten Leitlinien bzw. Expertenstandards	Alles für die wissenschaftliche Auswertung Erforderliche dokumentieren können

Aus der Durchführung und Bewertung der Assessments werden klinisch-verobjektivierte Befunde abgeleitet, die im Kontext der Pflegeberatung nur fakultativ zu Handlungsempfehlungen führen. Nämlich dann, wenn Informationsangebote, und Schulung und/oder Anleitung zu bestimmten Themen den Bedürfnissen und Zielen der PatientInnen entspricht. Die Pflegefachkräfte sollen daher ein Fallverständnis entwickeln, das sie dazu befähigt, die Bedürfnisse der PatientInnen kommunikativ zu explorieren und diese gezielt und methodisch zum Ausgangspunkt von Beratung zu nehmen.

Ferner spielen *Sozialkompetenzen* eine zentrale Rolle. Darunter werden (professionelle) Kompetenzen verstanden, die sich auf soziale Gefüge und Kontexte richten: erstens der offene und professionelle Umgang mit allen Menschen. Zweitens gehört zu den zentralen Aufgaben der Pflegefachkräfte, mit verschiedenen Berufsgruppen zu kooperieren und Informationsnetze aktiv zu gestalten. Schließlich sollen die Pflegefachkräfte ihre besondere Rolle in einem multiprofessionellen Team der geriatrischen Einrichtung reflektieren (lernen).

Das Profil ist interdisziplinär und verleiht pädagogischen Kompetenzen ein besonderes Gewicht. So sind z.B. Fallverständnis, Gesprächsführung oder Selbstreflexion des eigenen professionellen Handelns dem Repertoire pädagogischer Handlungskompetenzen entlehnt – sie bilden in der Sozialen Arbeit einen zentralen Bestandteil des professionellen Selbstverständnisses. In der pflegerischen Aus- und Weiterbildung, besonders aber in der pflegerischen Praxis, nehmen sie bislang einen randständigen Platz ein, weil sie gemäß einer tradierten Pflegekultur nicht als fachliche Kompetenz angesehen werden. Sie gelten vielmehr im pflegerischen Alltag noch immer als Teil der Persönlichkeit und des Handlungsstils und sind deshalb fachlichen Qualitätskriterien entzogen. Auch andere Elemente des Kompetenzprofils für die Pflegesprechstunde, wie z.B. evidenzbasierte Leitlinien/Expertenstandards, werden zwar in Schulungen zur Pflegeberatung *inhaltlich* thematisiert (z.B. Hummel-Gaatz/Noll 2007). Die Ausbildung der Fähigkeit zur selbstständigen Wissensaneignung, -bewertung und Anwendung ist bislang jedoch den akademischen Pflegestudiengängen vorbehalten.

Das Kompetenzprofil soll durch das interdisziplinäre Schulungs- und Qualifikationsprogramm für die Pflegenden der Pflegesprechstunden ausgebildet werden. Dieses ist wie folgt aufgebaut und modularisiert.

3.2 Schulungs- und Qualifikationskonzept für die Pflegesprechstunde

Das Ziel der Schulungen besteht darin, dass die Pflegefachkräfte des Projekts:

- dazu befähigt werden die Pflegesprechstunde inhaltlich und methodisch sachgerecht durchführen zu können,
- in längerfristigen Lernprozessen ihre Kompetenzen reflexiv weiterentwickeln können.

3.2.1 Inhaltlicher Aufbau

Die Schulung setzt sich aus verschiedenen Bausteinen zusammen: Pflegeberatung und Fallarbeit, Sturzprophylaxe und Mobilitätsförderung sowie Umgang mit evidenzbasierten Leitlinien werden in drei Modulen mit insgesamt 60 Stunden durch die beiden wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Projekts, die über je unterschiedliche Qualifikationsprofile verfügen, unterrichtet.

Die in der Pflegesprechstunde durchgeführten Assessments gehören zum größten Teil zum geriatrischen Basisassessment der klinischen Einrichtung und sind den Pflegefachkräften daher bekannt. Die Assessments, die zusätzlich im Rahmen der Studie erhoben werden, wurden durch die MitarbeiterInnen der Klinik und die wissenschaftlichen MitarbeiterInnen des Projekts geschult.

Um längerfristige Lern- und Reflexionsprozesse, insbesondere im Hinblick auf die Ausbildung eines Fallverständnisses, zu ermöglichen, haben die beiden Pflegefachkräfte des Projekts an einem praxisorientierten Seminar *Qualitative Methodik als Instrument zur Fallrekonstruktion* an der HAW Hamburg teilgenommen. Die Beschäftigung mit den Prinzipien der qualitativen Sozialforschung und den Interviews in einer Gruppe

schaftte ein Bewusstsein für die methodisch geleitete Lektüre von Interviews und die Besonderheiten von Einzelfällen.

Mit dem Beginn der Intervention werden regelmäßige Teambesprechungen durchgeführt (vgl. Schmidt 2009; Renteln-Kruse 2003), die zusätzlich zur Reflexion und Vertiefung der *Fallarbeit* und des *Umgangs mit evidenzbasierten Leitlinien* genutzt werden. Flankierend erhalten die Pflegefachkräfte des Projekts professionelle Supervision, in denen die Reflexion der eigenen Rolle im Hinblick auf das Beratungskonzept im Mittelpunkt steht.

Der Aufbau der Schulung ist in Abbildung 2 dargestellt.

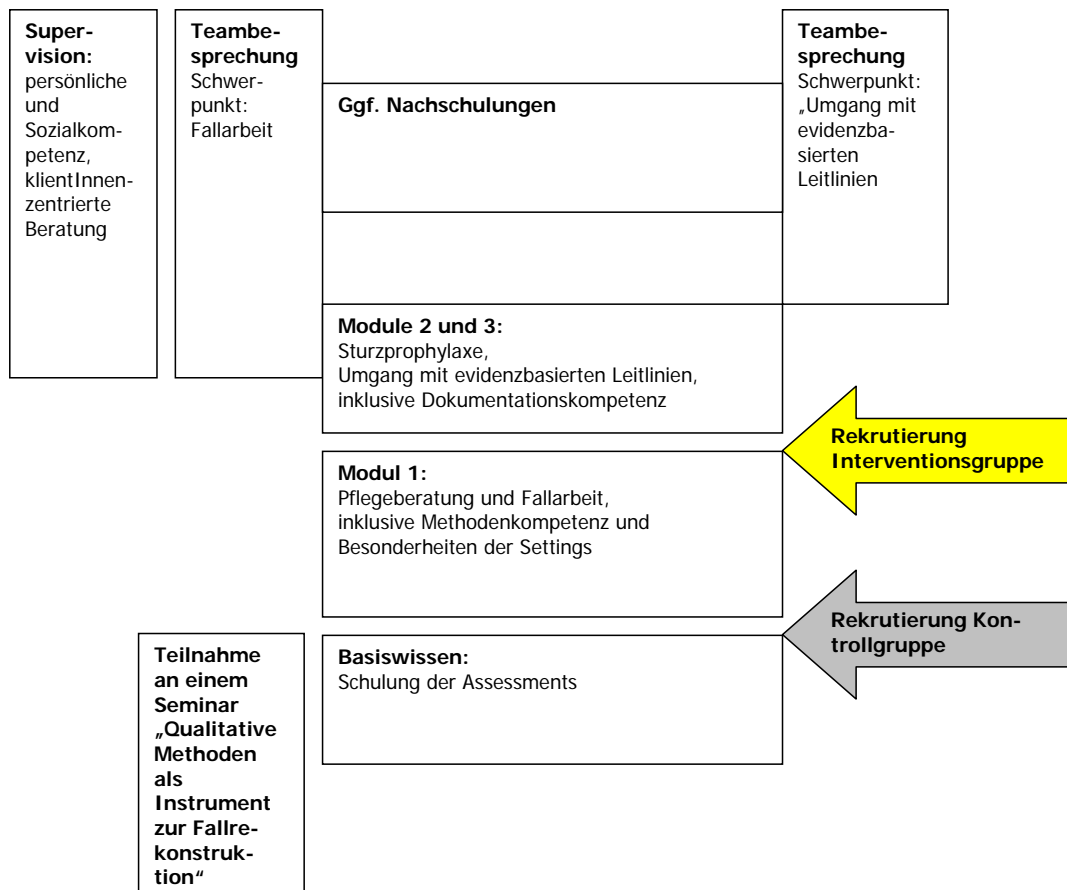


Abbildung 2: Inhaltlicher Aufbau der Schulung

3.2.2 Didaktik handlungsorientierten Lernens

Die Schulung ist durch die Grundprinzipien handlungsorientierten Lehren und Lernens geleitet (Schewior-Popp 1998: S. 13) und umfasst dem folgend eine ganzheitliche Form des Unterrichtens, welche (auch) erfahrungs- und reflexionsbezogene Lernformen einsetzt, an den subjektiven Interessen der Pflegefachkräfte ansetzt und deren Kompetenzen in Planung, Durchführung und Auswertung der Schulung einbezieht. Bei aller Unterschiedlichkeit der theoretischen Hintergründe sieht Schneider (2005) eine wichtige gemeinsame

Annahme darin, dass Menschen aktiv auf ihre Umwelt einwirken, sie gestalten und sich Erfahrungs- und Handlungsspielräume schaffen, mit denen sie zukünftig professionell handeln können. Um dieses Ziel umsetzen zu können, rückt die tradierte Leitung der Lehre zugunsten von Lernformen in den Hintergrund, in denen sich die Lernenden Erkenntnisse aktiv und eigenständig aneignen. Dieser Zugang zeichnet sich durch eine komplexe, vernetzte Form des Lernens mit einem hohen Anteil an Selbststeuerung und Selbstorganisation der Lernenden aus.

Die Schulung wird sich auf die erste Phase des handlungsorientierten Unterrichts stützen, die Schneider (2005: S. 126ff.) als die Einführung von Basiselementen des handlungsorientierten Unterrichts definiert. Dies ist für Lerngruppen mit wenigen Erfahrungen in eigenständiger Arbeit besonders geeignet. Die Lernenden werden in die Planung der Schulung einbezogen, fall-, problem- und erfahrungs- und reflexionsbezogene Methoden und emotionale Anteile zum Einsatz, die es ermöglichen, dass Wissen und Können kontextspezifisch durch Anwendung, Artikulation und Reflexion in enger Anbindung an reale Problemstellungen herausgebildet und verfestigt wird (Holoch 2002: S. 66). Zur Schulung der Pflegenden für die Pflegesprechstunden gehören z.B. auch Auseinandersetzungen mit eigenen Wertehalten, Normen und Vorstellungen, etwa im Hinblick auf Altersbilder oder auf das eigene Verständnis von Erfolg und Leistung als Pflegefachkraft in der Pflegesprechstunde (Emmrich et al. 2006; Stiller 2005). Das zielt darauf ab, dass die Pflegekräfte und die Lehrenden die Grenzen der Pflegeberatung in der Pflegesprechstunde reflektieren und die Pflegekräfte für sich die Berufsrolle als *Pflegende der Pflegesprechstunde* in ihren Gemeinsamkeiten und Unterschieden zum pflegerischen Arbeiten definieren können.

Die Lehrenden bereiten den Unterricht mit besonderem didaktischem Schwerpunkt auf die Entwicklung von Handlungserfahrungen und dem Selbstbezug der Teilnehmenden vor. Als LernbegleiterInnen erarbeiten sie Problemstellungen und Bewertungskriterien, organisieren und gestalten die Arbeitsform, stellen Informationsmaterial und Recherchemöglichkeiten zur Verfügung und moderieren die Ergebnispräsentation.

Fallorientierte Didaktik soll im Hinblick auf die problembezogene Erarbeitung von Techniken der Gesprächsführung und ihrer Reflexion auf der einen Seite und im Kontext der Fachschulungen über Sturzprophylaxe und den Umgang mit evidenzbasierten Leitlinien auf der anderen Seite eingesetzt werden. Sie wird in problemorientierten und reflexiven Lernmethoden eingesetzt (Fischer 2004). Damit werden die fortgeschrittenen fachlichen und methodischen Kompetenzen der Pflegefachkräfte des Projekts in Bezug auf Schulung und Anleitung, Sturzprophylaxe und Mobilität zum Ausgangspunkt genommen. Sie werden als Expertise aufgegriffen und bedarfsorientiert weiterentwickelt. Soziale, persönliche und methodische Kompetenzen, wie z.B. Techniken der Gesprächsführung, werden fallorientiert und in gegenseitiger Reflexion weiterentwickelt. Dieser methodische Ansatz in der Schulung soll die Pflegefachkräfte grundlegend dazu befähigen, die Methoden situationsgerecht und flexibel einsetzen zu können. Dieser Zugang wird dadurch begünstigt, dass die Pflegefachkräfte in einer Gruppe von 2 bis maximal 5 Personen⁸ mit einem Dozenten/einer Dozentin arbeiten.

⁸In Absprache mit dem Projektteam nehmen externe Pflegekräfte an der Schulung teil.

3.2.3 Der didaktische Zugang am Beispiel des Moduls *Pflegeberatung und Fallarbeit*

Aus Praxiserfahrungen (z.B. Emmrich et al. 2006) ist bekannt, dass die professionelle Beratungskompetenz von Pflegefachkräften sich in einem Prozess des längerfristigen Lernens herausbildet und verfestigt, in den Teambesprechungen integriert sind, in denen Einzelfälle besprochen werden sollen. Das Ziel besteht darin, in einem zirkulären Prozess unter Einbeziehung von emotionalen Anteilen, reflexiven Übungseinheiten und kollegialer Beratung die professionelle Beratungskompetenz der Pflegefachkräfte zu verbessern.

Modulplanung *Pflegeberatung und Fallarbeit*

1. Gesamtziel

- Die Pflegefachkräfte lernen theoretisch und praktisch Patientenberatung durchzuführen. Sie gewinnen Kompetenzen für fallorientiertes Arbeiten, erwerben Wissen und Fähigkeiten, wie Beratung, Anleitung und Schulung durch Pflegende konzeptionell zu unterscheiden sind und in welchen Settings diese jeweils mit welchen Zielsetzungen angewandt werden können.

2. Erwartete Lernergebnisse

- Fachlich-methodische Kompetenzen: Die Study Nurses
 - sind in der Lage, sicher zwischen Anleitung, Beratung und Schulung zu unterscheiden,
 - kennen verschiedene Konzepte der Patientenberatung,
 - kennen die Möglichkeiten und Grenzen von Patientenberatung in dem Setting der Pflegesprechstunde,
 - verfügen über kommunikationstheoretisches Basiswissen und können es mit dem Konzept der Patientenberatung verbinden.
 - können gezielt verschiedene Methoden der Gesprächsführung einsetzen

3. Soziale und kommunikative Kompetenzen: Die Study Nurses

- verfügen über Kommunikationstechniken, um Patientenberatung praktisch umzusetzen,
- können didaktisch zwischen Patientenberatung und Patientenschulung wechseln,
- kennen die Möglichkeiten und Grenzen von Patientenberatung im Rahmen der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung,
- können Beratungssituationen planen und auch spontan abwandeln.

4. Geplante Inhalte

a) Kommunikationstheoretische Grundlagen:

- Sach- und Kommunikationsinhalte, vier Seiten einer Nachricht, Kommunikationshindernisse und deren Lösungsmöglichkeiten (Schulz von

Thun), Beziehungsebenen und Problemmuster in der Kommunikation, Transaktionsanalyse (Berne), Kommunikation in Gruppen, Haltung, Themenzentrierte Interaktion (Cohn).

b) Schulung, Anleitung, Beratung:

- Besonderheit von Beratung in Abgrenzung zur Anleitung und Information
- Rolle der BeraterIn
- Verschiedene Formen von Beratung (psychologische, soziale, pflegerische, psychosoziale).
- Klientenzentrierte Beratung nach Rogers
- Erfolg in der Beratung

c) Formen und Settings von Patientenberatung

- Beratung im klinischen Setting
- Beratung in der ambulanten Pflege
- Pflegesprechstunde als Setting

5. Methoden⁹

- Folgende Methoden sollen in den thematischen Einheiten eingesetzt werden. Diese werden in Absprache mit den Pflegefachkräften des Projekts auf verschiedene Tage verteilt.

a) Zur Einführung

- Gemeinsame Erarbeitung von Zielsetzungen und Kompetenzprofilen
- Gemeinsame Planung der Schwerpunkte des Seminars und der erforderlichen Wissensinputs

b) Rahmenbedingungen der Pflegesprechstunde

- Gemeinsame Reflexion der Rahmenbedingungen in der Pflegesprechstunde für Beratung im Hinblick auf Konsequenzen für die Beratung

c) Das Beratungskonzept der Pflegesprechstunde

- Anleitung, Schulung und Beratung
- Input: verschiedene Formen der Beratung/klientenzentrierte Beratung nach Rogers
- Das Beratungskonzept der Pflegesprechstunde
- Praxisreflexion
- Rolle der BeraterIn in der Pflegesprechstunde
- Fallarbeit

⁹Vgl. auch Emmrich et al. 2006, Fischer 2004.

- d) Kommunikationspsychologische Grundlagen
 - Eigenarbeit mit Lernbegleitung
 - Präsentation
 - Strukturierung und Auswertung
- e) Methodisch geleitete Umsetzung und Reflexion
 - Praxisübung und gegenseitige Reflexion
 - Fallarbeit zum Erfolgsverständnis

4 Fazit

Die verschiedenen didaktischen und theoretischen Bestandteile des Konzepts der Pflegeberatung im Rahmen der Pflegesprechstunde zur Mobilitätsförderung werden in Kürze praktisch erprobt. Theoretische Validität und Effektivität der Intervention werden Ergebnis der Studie sein, ebenso wie sich die didaktische Planung in der Praxis zu beweisen haben und in enger Auseinandersetzung mit ihr modifiziert und weiterentwickelt werden wird.

Literatur

- Abt-Zegelin, Angelika (2005): »Festgenagelt sein«. Der Prozess des Bettlägerigwerdens, Bern u.a.: Hans Huber.
- Baker, Patricia, S.; Bodner, Eric V.; Allman, Richard (2003): Measuring Life-Space Mobility in Community Dwelling Older Adults, in: JAGS 51:1610-1614.
- Bamberger, Günter G. (2004): Beratung unter lösungsorientierter Perspektive, in: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursula (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt, S. 737-748.
- Becker, G. et al. (2006): Rehabilitationsverlauf und Nachhaltigkeit. Erste Ergebnisse einer Studie zur Rehabilitation älterer Schlaganfallpatienten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39:364-370.
- Behrens, Johann; Zimmermann, Markus (2006): Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsmethoden, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39:165-172.
- Borchelt, M; Elkeles, B., Loos, S. (2005): Beste Praxis Sturz. Version 5.0. Mit Literaturangaben, Kommentaren und Ergebnissen des Vergleichs zum DNQP-Expertenstandard, http://www.gemidas-qm.geriatrie-web.de/docs/Beste-Praxis-Sturz_V20051208i.pdf, zuletzt 01.07.2008.
- Bourret, E.M et al. (2002): The meaning of mobility for resident and staff in long term care facilities, in: JAN, 37, 4:338-345.

- Coussement, Joke et al. (2008): Interventions for preventing falls in acute and chronic-care hospitals: a systematic review and meta-analysis, in: JAGS 52:29-36.
- Emmrich, Dirk; Hotze, Elke; Moers, Martin (2006): Beratung in der ambulanten Pflege. Problemfelder und Lösungsansätze, Seelze: Kallmeyer.
- Engel, Frank; Sickendieck, Ursel (2005): Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen, in: Pflege & Gesellschaft, 4:163-171.
- Engeln, Arnd (2003): Zur Bedeutung von Aktivität und Mobilität im Alter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 16, 3:117-129.
- Fischer, Renate (2004): Problemorientiertes Lernen in Theorie und Praxis. Leitfaden für Gesundheitsfachberufe, Stuttgart: Kohlhammer.
- Forstmeier, Simon; Uhlendorff, Harald; Maercker, Andreas (2005): Diagnostik von Ressourcen im Alter, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 18,4: 227-257.
- Gillespie, L.D. et al. (2008): Interventions for preventing falls in elderly people (Review), in: The Cochrane Library, 2, 1-111.
- Haas, Pia (2001): Kompetenzen in der Pflegeberatung: Neue Aufgaben erfordern umfassende Weiterbildung, in: Pflegezeitschrift 4:285f.
- Holoch, Elisabeth (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Entwicklung, Einführung und Evaluatin von Modellen situierten Lernens in der Pflegeausbildung, Bern u.a.: Hans Huber.
- Huber, Martin (2005): Beratungskonzepte in der Pflege: Die Lücke zum Patienten schließen, in: Pflegezeitschrift, 2: 107-111.
- Hüper, Christa; Hellige, Barbara (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke. Rahmenbedingungen – Grundlagen – Konzepte – Methoden, Frankfurt/Main: Mabuse.
- Hummel-Gaatz, Sonja; Doll, Axel (2007): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Werkstattbücher zu Pflege heute, hrsg. von Angelika Warmbrunn, München: Urban & Fischer.
- Kempermann, Gerd (2007): Nicht ausgeliefert an Zeit und Welt. Die Plastizität des alternden Gehirns, in: Gruss, Peter (Hrsg.): Die Zukunft des Alterns. Die Antwort der Wissenschaft, München: Beck, S. 35-50.
- Knelange, Christel; Schieron, Martin (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und der somatischen Krankenpflege, in: PflGe, 5. Jg., 1:4-11.
- Köpke, Sascha; Meyer, Gabriele (2008): Vorhersage des Sturzrisikos. Instrumentenbasierte Einschätzung im Vergleich zur pflegerischen Einschätzung, in: Schaeffer, Doris; Behrens, Johann; Görres, Stefan (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung, Weinheim und München: Juventa.

- Meier-Baumgartner, Hans-Peter; Anders, Jennifer; Dapp, Ulrike (2005): Präventive Hausbesuche. Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – als Arbeitsfeld für Pflegekräfte, Hannover: Vincentz Network.
- Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträger, Pia (2002): Erhaltung von Mobilität im Alter. Band 197. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Nestmann, Frank (2004): Ressourcenorientierte Beratung, in: Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendiek, Ursula (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder, Tübingen: dgvt, S. 725-736.
- Oliver, David et al. (2006): Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses, in: BMJ, doi:10.1136/bmj.39049.706493.55 (published 8 December 2006).
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Bundesgesetzblatt Jg. 2008, I 20, ausgegeben zu Bonn am 30.Mai 2008.
- Reiterer, B.; Amann, A. (2006): Frauen, Verkehrsmobilität und Alter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39:22-32.
- Renteln-Kruse, von Wolfgang et al. (2003): Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60jährigen und älteren Personen in Hamburg, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36:378-391.
- Rogers, Carl. R. (1985): Die nicht-direktive Beratung. Counseling and Psychotherapie, Frankfurt/Main: Fischer.
- Rush, Kathy L.; Ouellet, Louiselle (1993): Mobility: a concept analysis, in: JAN, 18: 486-492.
- Schaeffer, Doris; Dewe, Bernd (2006): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie, in: Schaeffer, Doris; Schmidt-Kaehler, Sebastian (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung, Bern: Hans Huber, S. 127-152.
- Schewior-Popp, Susanne (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Pflege- und Rehabilitationsberufen, New York: Thieme.
- Schmidt, Cordula (2009): Zur Konzeption und Reflexion von Beratung am Beispiel des Präventiven Hausbesuchs, in: Schmidt, Cordula; Gebert, Anne; Weidner, Frank: Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, hrsg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Hannover: schlütersche, S. 80-104.
- Schmidt, Cordula; Gebert, Anne; Weidner, Frank (2009): Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, Hannover: Schlütersche, hrsg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

- Schmidt, C.; Gebert, A. (2009): Das Konzept präventiver Hausbesuche in: Schmidt, Cordula; Gebert, Anne; Weidner, Frank: Beraterhandbuch – Präventive Hausbesuche bei Senioren, hrsg. Vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Hannover: schlütersche, S. 53-79.
- Schneider, Kordula (2005): Orientierungshilfen für die Einführung von Handlungsorientierung, in: Dies.; Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Schneider, Alfred (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis; mit 34 Tabellen; Heidelberg: Springer Medizin, 2. überarb. und akt. Aufl., S. 113-144
- Schroedter, Maartje Eleonore (2006): Gesundheitsförderung in der Pflege – Die niederländischen Pflegesprechstunden für chronisch Kranke, in: Martina Hasseler; Martha Meyer (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung – Neue Aufgaben für die Pflege. Grundlagen und Beispiele, Hannover: Schlütersche, S. 111-137.
- Schwerdt, Ruth (2008): Pflegerische Studiengänge an der FH Frankfurt am Main. Vortrag im Rahmen der internationalen Fachtagung Advanced Nursing Practice. Konzepte und Perspektiven für erweiterte Handlungsfelder der Pflege in Deutschland, http://www.dbfk.de/veranstaltungen/6-Praesentation_MSc_PflegeAPN_FHFM_kompr.pdf, zuletzt 02.03.09.
- Stiller, Beate (2005): Leistung und Erfolg in der Pflege: eine explorative Studie, Frankfurt/Main: Mabuse.
- Stratmeyer, Peter (2005): Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung, in: Pflegemagazin, 6, 2: 42-57.
- Temmink, D. et al. (1999a): Dutch Nurse Clinics for Children with Asthma: Views of Professionals and Parents, in: Journal of Nursing Care Quality, 14, 1:63-71.
- Temmink, D. et al. (1999b): Quality and continuity of care in Dutch Nurse clinics for people with rheumatic diseases, in: Journal for Quality in Health Care, 12, 2:89-95.
- Tinetti, M.E. (1986): Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, in: Journal of American Geriatrics Society, 34, S. 119-126.
- Voelcker-Rehage, C.; Godde, B.; Staudinger, U.M. (2006): Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 6:558-566.
- Zeller-Forster, F. (1999): Immobilität, in: Käppeli, S. (Hrsg.): Pflegekonzepte. Bd. 2, Bern u.a.: Hans Huber.