

Regina Becker

Beratung als pflegerische Aufgabe

Arbeitsmaterialien für Unterricht und Praxis

Kohlhammer

Regina Becker

Beratung als pflegerische Aufgabe

Arbeitsmaterialien für Unterricht und Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-021170-4

E-Book-Format:

pdf: ISBN 978-3-17-024040-7

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich.

Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Danksagung

An der Erstellung eines Buches sind immer sehr viele Menschen beteiligt. Die größte Unterstützung zur Erstellung der Grafiken und deren Bearbeitung habe ich von Claudia Gembe erhalten. Sie leitet adacus, die Computerschule für Frauen in Wiesbaden. Claudia Gembe hat mich über viele Jahre mit einer unerschütterlichen Geduld, mit einer hohen Fachkompetenz und einer sehr motivierenden Freundlichkeit begleitet, dass ich kaum weiß, wie ich mich jemals bei ihr bedanken kann. Sie hat mit einer hohen Kreativität dazu beigetragen, dass die Dateivorlage vom Verlag akzeptiert werden konnte. Ganz herzlichen Dank dafür. Ihre Tochter, Sarah Gembe, hat zum Schluss das Setzen der Dateien und Grafiken vorgenommen. Nachdem wir die Termine dafür immer wieder verschieben mussten, danke ich ihr für ihre Geduld.

Als ich mit der Erstellung der Arbeitsblätter begonnen habe, dachte ich nicht an deren Veröffentlichung in Form eines Fachbuches. Deshalb danke ich der ehemaligen Schulleitung sowie der nachfolgenden Schulleitung Frau Regina Ludy der Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflegeschule der Dr. Horst-Schmidt Kliniken Wiesbaden, dass sie mich mit dem Unterricht zur Beratung in den Lehrbetrieb aufgenommen haben. Sie haben mich mit viel Fachkenntnis unterstützt und mir immer motivierend zur Seite gestanden. Ganz besonders möchte ich mich bei dem stellvertretenden Schulleiter der Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflegeschule Herrn Achim Rekow sowie allen Kursleiterinnen und der Praxisanleiterin bedanken. Die gemeinsamen Gespräche waren so unterstützend und hilfreich, dass mir dadurch immer neue Perspektiven für die Thematik eröffnet wurden. Seit langem arbeite ich mit Frau Birgit Schlier, der ehemaligen Kursleiterin für die Gesundheits-Kinderkrankenpflege an der Umarbeitung des Curriculums und der Standardisierung des Unterrichts. Ich danke ihr ganz besonders für ihre Anregungen, ihren Weitblick bei der Umsetzung des Themas im Unterricht aber auch für die Teilhabe an ihren umfangreichen Erfahrungen mit diesem Thema.

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich auch bei allen Mitarbeiterinnen der Caritas AKADEMIE St. Vincenz, Altenpflegeschule Wiesbaden. Die Möglichkeit dort das Thema Kommunikation, Beratung, interkulturelle Beratung, Supervision und Ehrenamt zu unterrichten hat mich für die Schwierigkeiten der Unterrichtsgestaltung aber auch für die Umsetzung in die Pflegepraxis sensibilisiert. Ganz herzlichen Dank für die angenehme, wertschätzende und kooperative Atmosphäre in der Schule.

Ein großer Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe. Besonders möchte ich mich bei Herrn Klaus Kraft, dem Bildungsreferent vom DBfK Südwest in Stuttgart sowie den ehemaligen Bildungsreferentinnen Frau Kerstin Jährling-Roth und Frau Birgit Planitz bedanken. Sie haben mir die Möglichkeit gegeben, die Thematik als Fortbildungen für Pflegekräfte aufzuarbeiten und umzusetzen. Ganz herzlichen Dank dafür.

Meinen Schülerinnen und Schülern gilt ein ganz besonderer Dank. Sie haben mich durch vielfältige Diskussionsbeiträge auf Problemfelder hingewiesen, die ich so nicht bedacht hatte. Sie haben mir immer wieder die Stärken meines Unterrichtsansatzes aufgezeigt und mit mir zusammen überlegt, Schwachstellen zu verbessern. Ich danke Ihnen ganz besonders.

Für die vielen Anregungen, Korrekturvorschläge und die hohe fachliche Begleitung möchte ich mich zum Schluss ganz herzlich bei Nicole Köhler vom Lektorat Pflege beim Kohlhammer Verlag bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	5
Einleitung	17
1 Voraussetzungen für die Beratung als pflegerische Aufgabe	19
1.1 Fachdiskussion	19
1.2 Unterrichtskonzepte	20
1.3 Vorgaben für die Ausbildung	20
1.4 Expertenstandards.....	21
1.5 Inhalte des Unterrichts.....	22
1.6 Lehrende	22
1.7 Schülerinnen	23
1.8 Situation in der Praxis	23
1.9 Patientinnen.....	24
1.10 Ausblick	24
2 Curriculum für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege	26
2.1 Ausbildungsbestandteile	26
2.2 Methoden des Unterrichts	27
2.3 Curriculum zur Anleitung und Beratung in der Pflege als Übersicht.....	28
2.4 Curriculum zur Anleitung und Beratung in der Pflege mit Inhalten	29
2.5 Integration von Anleitung und Beratung zu den Modulen	30
3 Wahrnehmen, Beobachten und Kommunizieren	31
3.1 Wahrnehmen	31
3.1.1 Entwicklung der Wahrnehmung	32
3.1.2 Wahrnehmungsmöglichkeiten	33
3.1.3 Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung	34

3.2 Beobachten	34
3.2.1 Beobachtungsprozess	34
3.2.2 Beobachtungsarten	34
3.2.3 Beobachtung in der Pflege	35
3.3 Kommunizieren	36
3.3.1 Informationsweitergabe in der Pflege	36
3.3.2 Arten und Einflussfaktoren der Kommunikation	37
3.3.3 Kommunikation nach Schulz von Thun	38
3.3.4 Fünf Axiome nach Paul Watzlawick	39
3.3.5 Körpersprache	40
3.3.6 Körpersprache einsetzen/Tipps zur Körpersprache	40
3.3.7 Körpersprache in der Pflege	41
4 Grundlagen der Beratung	42
4.1 Was ist Beratung?	42
4.2 Definitionen von Beratung	42
4.3 Eckpfeiler der Beratung	43
4.4 Rahmenbedingungen und Strukturprobleme für Beratung	44
4.5 Aspekte der Beratungskompetenz	45
4.6 Beratungskompetenz	46
4.7 Die zentralen Beratungsinterventionen in der Pflege	47
4.8 Beratungsverlauf	48
4.9 Beratung im Pflegeprozess	49
5 Gesprächsführung	50
5.1 Gespräche und Gesprächsarten	50
5.2 Phasen eines Gesprächs	51
5.3 Das professionelle Gespräch	51
5.4 Methoden der Gesprächsführung	52

5.5	Demonstrationstechniken.....	53
5.6	Informationsgespräch	54
5.7	Übergabegespräch.....	55
5.8	Konfliktgespräch	55
5.9	Telefongespräch	56
6	Anleitung in der Pflege	57
6.1	Anleitung als Beratungsintervention.....	57
6.1.1	Anleitungsprozess	57
6.1.2	Phasen der Anleitung	58
6.1.3	Schritte bei der Durchführung der Anleitung.....	59
6.1.4	Was bei der Anleitung zu beachten ist.....	60
6.1.5	Ziele der Anleitung	61
6.2	Methoden zur Anleitung	62
6.2.1	Demonstrationsmedien	62
6.2.2	Beobachtungsbogen zur Anleitung	63
6.3	Organisation der Anleitung	64
6.3.1	Vorgespräch	65
6.3.2	Vorbereitung.....	66
6.3.3	Durchführung	67
6.3.4	Evaluation	68
6.3.5	Dokumentationsprotokoll	69
6.3.6	Reflexionsbogen.....	70
6.4	Problemsituationen in der Anleitung	71
6.4.1	Anleitungen bei Gedächtnisproblemen	72
6.4.2	Anleitungen bei Sehbeeinträchtigungen	73
6.4.3	Anleitungen bei Höreinschränkungen	74
6.4.4	Anleitungen bei psychischen Schwierigkeiten.....	75

6.4.5	Anleitungen im hohen Alter	76
6.4.6	Übergeordnete Problembereiche.....	77
7	Anleitungskonzepte	78
7.1	Das Anleitungskonzept nach German Quernheim.....	79
7.1.1	Der Anleitungsprozess	79
7.1.2	Schritte des Anleitungsprozesses.....	80
7.1.3	Das „Fünf Stufen Modell“ der Kompetenzentwicklung	81
7.1.4	Gedächtniskarte „Bezugskontakt“	82
7.1.5	Unterschiede zwischen Anleitung und Beratung	83
7.2	Das Anleitungskonzept nach Eva Elisabeth Herold.....	84
7.2.1	Definition, Ziele, Gründe, Grundsätze	84
7.2.2	Die „Sechs Stufen Methode“ des Anleitens	84
7.2.3	Prinzipien der Methode	85
7.2.4	Voraussetzungen zur Anleitung.....	85
7.3	Das Anleitungskonzept nach Heike Jung-Heintz	86
7.3.1	Beraten – Schulen – Anleiten	86
7.3.2	Phasen der Anleitung	87
7.3.3	Fünf Stufen des Fertigkeitserwerbs	87
7.4	Das Anleitungskonzept nach Ingrid Völkel	88
7.4.1	Der Anleitungsprozess.....	88
7.4.2	Schritte des Anleitungsprozesses	88
7.4.3	„Vier Stufen Methode“ der Arbeitsunterweisung	89
7.4.4	Gezielte Anleitung	90
7.4.5	Qualität der Praxisanleitung in der Pflege	91
7.5	Das Anleitungskonzept nach Birgit Thomas und Bruno Wirnitzer et al.....	92
7.5.1	Projektbeschreibung	92
7.5.2	Analogie von Pflege- und Schulungsprozess	93
7.5.3	Schulung und Anleitung im Stationsablauf	94

7.5.4	Umsetzung der Schulung und Anleitung	95
7.5.5	Ziele der Schulungen und Anleitungen.....	95
7.5.6	Probleme und Perspektiven für die Pflege.....	96
7.6	Das Anleitungskonzept nach Ruth Mamerow.....	97
7.6.1	Der Anleitungsprozess	97
7.6.2	Planungsfragen von einer Anleitung.....	98
7.6.3	Der Anleitungsstandard: Vorbereitungsprotokoll	99
7.6.4	Der Anleitungsstandard: Durchführungsprotokoll.....	100
7.6.5	Der Anleitungsstandard: Auswertungsprotokoll.....	101
8	Beratungskonzepte	102
8.1	Die Klientenzentrierte Beratung	103
8.1.1	Phasen und Schritte der Klientenzentrierten Beratung	104
8.1.2	Schritte der Klientenzentrierten Beratung	105
8.1.3	Gruppenarbeit zur Klientenzentrierten Beratung	106
8.2	Die Lösungsorientierte Beratung	107
8.2.1	Phasenmodell der Lösungsorientierten Beratung	108
8.2.2	Lösungsorientierte Fragen	109
8.2.3	Gruppenarbeit zur Lösungsorientierten Beratung	110
8.2.4	Phasen der Klientenzentrierten und Lösungsorientierten Beratung.....	111
8.2.5	Beispiele zur Klientenzentrierten und Lösungsorientierten Beratung.....	112
8.2.6	Konzeptvergleich.....	113
8.3	Die Leiborientierte Beratung nach Ursula Koch-Straube	114
8.3.1	Beratung in der Pflege nach Koch-Straube	115
8.3.2	Der Beratungsprozess nach Koch-Straube	116
8.4	Die personenzentrierte Beratung nach Sander und Ziebertz.....	117
8.4.1	Beratungstypen der personenzentrierten Beratung.....	118
8.4.2	Beispiele für die Beratungstypen	119
8.5	Systemische Beratung	120

8.5.1 Schritte der Systemischen Beratung	121
8.6 Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken nach Wilz, Adler und Gunzelmann.....	122
8.6.1 Bausteine der Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken	123
8.6.2 Themen der Gruppenarbeit	124
8.6.3 Gruppenarbeit	125
8.7 Case Management	126
8.7.1 Konzepte des Case Managements	127
8.7.2 Phasen des Case Managements.....	128
8.7.3 Aufgaben der Pflege im Case Management.....	129
8.8 Beobachtungsbogen zur Beratung	130
9 Idiolektik	131
9.1 Einleitung.....	131
9.2 Geschichtliche Hintergründe der Idiolektik.....	132
9.3 Die Grundhaltung der Idiolektik	132
9.4 Die Methode der Idiolektik.....	133
9.5 Interventionstechniken der Idiolektik	134
9.6 Idiolektik in der Pflege	135
9.7 Ein Gesprächsbeispiel zur Idiolektik	136
9.8 Beratung mit der Idiolektik.....	138
10 Fallbeispiele zur Beratung	139
10.1 Fallbeispiel zur Klientenzentrierten Beratung	139
10.2 Fallbeispiel zur Lösungsorientierten Beratung	140
10.3 Fallbeispiel zur Leiborientierten Beratung.....	141
10.4 Fallbeispiel zur Personzentrierten Beratung.....	142
10.5 Fallbeispiel zur Systemischen Beratung	143
10.6 Fallbeispiel zur Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken	144
10.7 Fallbeispiel zum Case Management	146

10.8 Fallbeispiel zur Idiolektik.....	147
11 Fallbeispiele zu den Expertenstandards.....	148
11.1 Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	148
11.2 Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	149
11.3 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege	150
11.4 Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege.....	151
11.5 Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege	152
11.6 Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	153
11.7 Expertenstandard zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	154
12 Fallbeispiele zu Schwierigkeiten in der Beratung	155
12.1 Übertragung	155
12.1.1 Fallbeispiel zur Übertragung	155
12.2 Gegenübertragung	156
12.2.1 Fallbeispiel zur Gegenübertragung	156
12.3 Fallbeispiel zu Widerständen.....	157
12.4 Hoffnungslosigkeit	158
12.5 Armut	158
12.6 Einsamkeit	159
12.7 Alkoholismus	160
12.8 Verwahrlosung	160
12.9 Problemüberhäufung	161
12.10 Traumatische Erfahrungen	162
12.11 Angst vor der Zukunft	162
13 Beziehungs- und Konfliktmanagement.....	164
13.1 Einleitung	164
13.2 Die Beraterin-Klientin-Beziehung	165

13.3	Merkmale einer dialogischen Beziehung.....	166
13.4	Das Vier Prinzipien Modell von Beauchamp und Cildness.....	167
13.5	Zwölf Wege, sich bei anderen garantiert unbeliebt zu machen.....	168
13.6	Sympathiebrücken bauen	169
13.7	Konflikte und Konfliktarten.....	170
13.8	Konflikte von Pflegekräften in Beratungsbeziehungen.....	171
13.9	Konflikte von Patientinnen.....	173
13.10	Konfliktstile.....	174
13.11	Konflikte lösen.....	175
13.12	Themenzentrierte Interaktion.....	176
13.13	Konflikte mit Themenzentrierter Interaktion lösen	177
13.14	Feedbackregeln.....	178
13.15	Zehn Regeln für erfolgreiche Konfliktlösungen.....	179
13.16	Gruppenarbeit zu Konflikten in der Pflege.....	180
13.17	Gruppenarbeit zu Konflikten in Beratungsbeziehungen	180
14	Beratung von pflegenden Angehörigen.....	181
14.1	Dimensionen von Pflegebedürftigkeit	181
14.2	Das öffentliche Umfeld von pflegenden Angehörigen	183
14.3	Anforderungen an häusliche Pflege durch Angehörige	184
14.4	Reaktionen von Angehörigen auf häusliche Pflege.....	185
14.5	Pflegende Frauen.....	187
14.6	Entlastungsbereiche für pflegende Angehörige	188
14.7	Beratung von pflegenden Angehörigen.....	189
15	Pflegeschlüsselkräfte als Beraterinnen.....	191
15.1	Die Wahrnehmung von eigenen Grenzen in der Beratung	192
15.2	Kooperation mit anderen beratenden Profis	193
15.3	Selbstsorge von Pflegekräften.....	194

15.4 Gestaltung von Eigenzeiten	195
15.5 Das Konzept der Salutogenese	196
15.6 Salutogenese in Pflegeeinrichtungen	197
15.7 Netzwerke in der Pflege	198
16 Beratung von professionellen Helferinnen.....	199
16.1 Supervision.....	200
16.1.1 Geschichtliche Hintergründe	200
16.1.2 Nutzen von Supervision.....	201
16.1.3 Phasen der Supervision.....	202
16.1.4 Methoden der Supervision.....	203
16.1.5 Typen von Supervision	204
16.2 Kollegiale Beratung	205
16.2.1 Voraussetzungen und Nutzen für Kollegiale Beratung	206
16.2.2 Ablaufübersicht zur Kollegialen Beratung	207
16.2.3 Methoden, Ziele und Leitfragen der Kollegialen Beratung.....	208
16.2.4 Gruppenarbeit zur Kollegialen Beratung	209
16.3 Mitarbeitergespräche	210
16.3.1 Inhalte und Prinzipien eines Mitarbeitergesprächs	210
16.3.2 Bestandteile eines Mitarbeitergesprächs	211
16.3.3 Grundstruktur eines Mitarbeitergesprächs.....	212
16.3.4 Gruppenarbeit zu Mitarbeitergesprächen	213
16.4 Coaching in der Pflege Begriffsbestimmung	214
16.4.1 Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Coaching und Supervision	215
16.4.2 Phasen eines Coachings	216
16.4.3 Gruppenarbeit zum Coaching.....	217
16.5 Balint-Gruppen.....	218
16.5.1 Ziele der Balint-Gruppen	219
16.5.2 Voraussetzungen und Regeln der Balint-Gruppen.....	220

16.5.3 Gruppenarbeit zu Balint-Gruppen.....	221
16.6 Mediation	222
16.6.1 Vorteile der Mediation.....	223
16.6.2 Regeln zur Mediation	224
16.6.3 Phasen der Mediation	225
16.6.4 Gruppenarbeit zur Mediation	225
16.7 Überblick zu den Konzepten	226
17 Arbeitsaufträge, Klausurfragen, Referatsthemen.....	227
17.1 Beratung in der Pflege: Themen für Referate.....	231
17.2 Bewertungsbogen zum Referat Kommunikation in der Altenpflege.....	232
18 Begutachtungsbogen zur Beratung	233
19 Tipps für Aufsätze zum Unterricht	239
Ausblick.....	240
Anhang 1 zur Anleitung	242
Anhang 2 Fallbeispiele zur Beratung	248
Literatur	257
Zur Autorin	264

Einleitung

Von April 2008 bis März 2016 arbeitete ich als Dozentin für die Gesundheits- und Krankenpflegeschule der Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden, etwas später habe ich an der Caritas Altenpflegeschule Wiesbaden begonnen Unterricht zum Thema Beratung in der Pflege zu konzipieren und zu gestalten. Parallel dazu konnte ich mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Fortbildungen zu dem Thema vorbereiten. Bei der Unterrichtsvorbereitung merkte ich schnell, dass es zwar eine unglaubliche Fülle von Literatur zum Thema Beratung gibt, dass aber kurze übersichtliche Arbeitsblätter für die Ausbildung in der Pflege eine Mangelware im Lehrbuchbereich sind. Ich wollte den Schülerinnen* in überschaubaren Portionen die wichtigsten Aussagen über das Thema vorlegen und so habe ich selbst angefangen Arbeitsblätter zum Thema Beratung in der Pflege zu erstellen. Die Rückmeldungen zu den Materialien wurden immer besser und aus der Sammlung entstand dann die Idee für dieses Buch.

Das vorliegende Buch ist die Zusammenfassung und Dokumentation meiner Arbeit der letzten acht Jahre. Es ist insgesamt ein privat entwickeltes und von den Schulen akzeptiertes Modellprojekt, um den Unterricht zur Beratung in der Pflege zu systematisieren und zu gestalten. Es bietet konzeptionelle sowie inhaltliche Vorschläge und leistet dabei zusätzlich den Transfer, theoretische Beratungsansätze in die Pflegepraxis umzusetzen.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem des Themas ist, dass Beratung als Aufgabe der Pflege erst seit sehr kurzer Zeit verbindlich formuliert wurde. In der Pflegepraxis selbst wird Beratung aber schon seit Anbeginn der Pflege durchgeführt. Das bedeutet, dass wir auf eine lange historische Beratungstradition in der Pflegepraxis zurückgreifen können. Das Problem ist nun, dass es keine theoretischen Beratungskonzepte

gibt, die speziell aus der Pflegepraxis entwickelt wurden. Problematisch ist auch, dass deshalb Beratungskonzepte aus der Psychologie und Sozialpädagogik in den Pflegebereich implementiert werden. Es geht dabei nicht nur um die Differenz zwischen der Theorie und Praxis, sondern auch um die Differenzen in der Theorie und der Praxis selbst. Sicherlich sollten psychologische sowie sozialpädagogische Grundkenntnisse Bestandteil jeder Pflegeausbildung sein, aber die Pflege ist ein davon zu unterscheidender Theorie- und Praxisbereich.

Pflegeschülerinnen müssen einen sehr umfangreichen Blick auf Probleme, Ressourcen und Behandlungsmöglichkeiten von Patientinnen entwickeln und dann auch in einer unmittelbaren Beziehung täglich stattfindende enge Körperkontakte zu Patientinnen erlernen. Die theoretische und praktische Komplexität der Pflegepraxis erfordert einen weit über psychologische sowie sozialpädagogische Konzepte hinausreichenden Blick und auch einen viel komplexeren Unterricht.

In diesem Sinn sind die vorliegenden Ausführungen als eine Tastbewegung an den sehr komplexen Themenbereich zu bewerten. Grundsätzliche Fragestellungen werden überhaupt erst deutlich, wenn die potenziellen Inhalte vorliegen. Erst dann werden die Differenzen, Spannungsverhältnisse, Umsetzungsschwierigkeiten sowie die Komplexität des Themas deutlich.

Eine umfassende wissenschaftliche Diskussion darüber, was denn Beratung als pflegerische Aufgabe sein soll, wie sie durchgeführt werden soll, wie die Vermittlung in der Ausbildung stattfinden soll und wie dieser Arbeitsbereich konkret von anderen Professionen abzugrenzen ist, steht noch aus. Vielleicht kann das vorliegende Buch einen Impuls für diese Debatte liefern.

In der Psychologie und Sozialpädagogik wird die Unterscheidung zwischen Erziehung, Bera-

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text verallgemeinernd die weibliche Form verwendet. Diese Formulierung umfasst gleichermaßen weibliche und männliche Personen; alle sind damit selbstverständlich gleichberechtigt angesprochen.

tung und Therapie vorgenommen. Während Erziehung ein langwieriger Prozess ist, den jeder Mensch durchläuft, ist Beratung als eine kurze, punktuelle Intervention bei speziellen Problemen zu verstehen. Im Gegensatz zur Beratung ist Therapie ein längerer Prozess, der die Veränderung grundsätzlicher Verhaltensweisen anstrebt. Für jede einzelne dieser Interventionsformen gibt es speziell ausgebildete Fachkräfte: Erzieherinnen, Lehrerinnen, Sozialpädagoginnen sowie psychologische Psychotherapeutinnen und Psychiaterinnen etc.

Die Fachdiskussion zur Beratung in der Pflege unterscheidet im Gegensatz dazu die Interventionsformen der Information, Anleitung, Beratung und Unterstützung. Pflegekräfte sollen alle diese Formen in der Ausbildung erlernen, patientenorientiert einsetzen und situationsgemäß reflektieren können. Das ist ein sehr hoher Anspruch sowohl für die theoretische Ausbildung, die Begleitung in der Praxis aber auch für die Bewertung der Beratungsleistungen von Schülerinnen.

Psychologische und sozialpädagogische Beratungskonzepte können uns dafür einen Weg zeigen. Sie können uns eine Strukturierungs- und Orientierungshilfe bieten. Aber wir sollten

uns auch über deren Grenzen und Schwierigkeiten für die Pflege sensibilisieren. Die Beratung von Patientinnen wird aufgrund gesellschaftlicher Veränderungen immer wichtiger. Sie bietet der Pflege die Möglichkeit, ihr gesamtes Kompetenzspektrum einzusetzen. Bedeutsam ist, dass die Pflege ihren eigenen Weg im Beratungsdschungel finden muss. Perspektivisch ist es sinnvoll, selbstbewusst und kompetenzorientiert eine eigene Definition von Beratung zu entwickeln und sich nicht von den Erwartungshaltungen und Bewertungen anderer Professionen verunsichern zu lassen. Erst wenn die eigene Standortbestimmung in Bezug auf Beratung selbstbewusst vorgenommen wird, ist es auch möglich eine optimale Zusammenarbeit mit den anderen Professionen in die Praxis umzusetzen. Hierzu gibt es noch einen erheblichen Entwicklungsbedarf.

Das vorliegende Buch ist in diesem Sinne als ein Schritt auf einem bestimmt langen und diskussionsreichen Weg zu bewerten. Da in der Pflege vorwiegend Frauen arbeiten, wurde der Text weitestgehend in der weiblichen Sprachform verfasst. Männer sind in dieser Schreibweise eingeschlossen.

1 Voraussetzungen für die Beratung als pflegerische Aufgabe

Der Themenbereich „Beratung als pflegerische Aufgabe“, wie er sich heute gestaltet, ist ein relativ neuer Arbeitsbereich. Es ist ein Theorie- und Praxisbereich, der sich noch in der Entwicklung befindet. Für die Beratung in der Pflege sind in den letzten Jahren einige konzeptionelle Vorschläge erarbeitet worden. Wir befinden uns aber in einer Situation, in der es noch keine verbindlichen Vorgaben gibt.

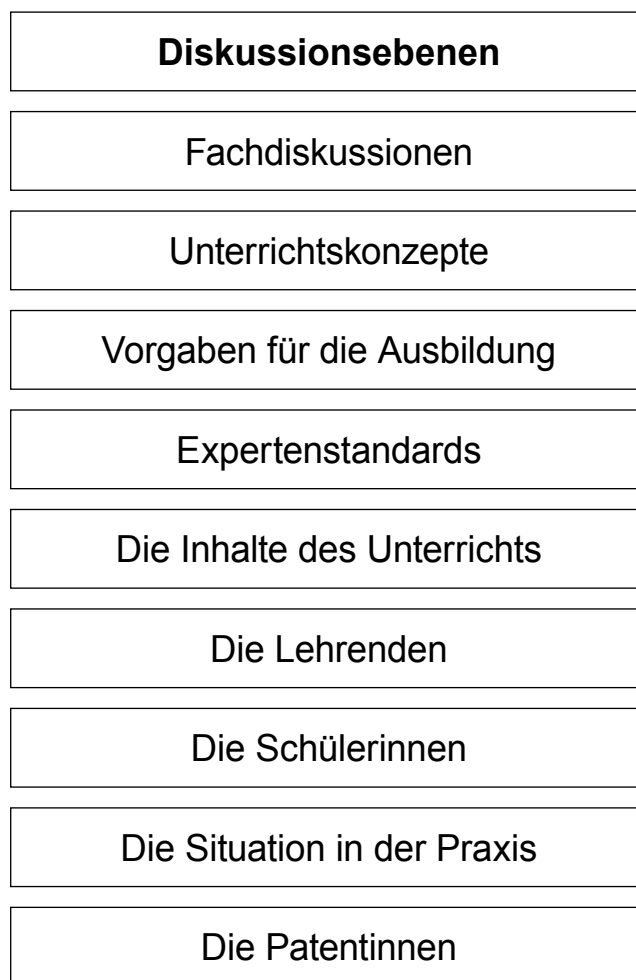
Die aktuelle Situation über die Beratung in der Pflege könnte man mit dem Bild des vorsichtigen Tastens beschreiben. Theoretikerinnen, Lehrende und andere Professionelle tasten sich langsam an die Frage heran, was Beratung in der Pflege sein kann, wie sie zu psychologischen Modellen steht, wie das Verhältnis von Theorie und Praxis zu handhaben ist und wie überhaupt der Unterricht gestaltet werden kann. Es ist auch unklar, welche Ziele in der Ausbildung angestrebt werden sollen. Erprobte und verbindliche Lösungsangebote sowie eindeutige Handlungsanweisungen liegen bislang nicht vor.

Um den Themenbereich zu strukturieren und die verschiedenen Diskussionslinien zu verdeutlichen, werden neun Ebenen voneinander unterschieden (siehe Abbildung). Um die Ansatzpunkte und Problemfelder der Beratung als pflegerische Aufgabe zu verdeutlichen, werden die unterschiedlichen Ebenen und die Ausgangssituation aus der jeweiligen Perspektive kurz beschrieben.

1.1 Fachdiskussionen

Die Entwicklung der Fachdiskussion zum Thema „Beratung als pflegerische Aufgabe“ ist durch vielschichtige Beiträge begründet und begleitet worden. Die Notwendigkeit, dass Pflegekräfte nun auch offiziell Beratungsleistungen übernehmen sollen, hat theoretische, berufspolitische, gesellschaftliche und politische Hintergründe.

Innerhalb der Akademisierung der Pflege werden Konzepte diskutiert, die den Menschen nicht mehr als vorwiegend medizinisch betrachten, sondern als ein soziales Wesen in einer Körper-Seele-



Geist-Gesamtheit ansehen. Bedarfslagen von Patientinnen werden nicht mehr auf Krankheit und deren Beseitigung bezogen, sondern mit dem Ansatz der Salutogenese werden die Ressourcen und Fähigkeiten von Patientinnen in den Betrachtungsmittelpunkt gerückt. Wir befinden uns in einem Paradigmenwechsel der Theorie über Pflege.

Berufspolitische Diskussionen finden parallel zu dieser Entwicklung statt. Pflege grenzt sich deutlich von medizinischen Betrachtungsweisen ab und entwickelt eine eigene berufliche Identität, die sich zunehmend als gleichwertige Partnerinnen zu Ärzten und Ärztinnen positionieren. Die Diskussionen über die Beratung als pflegerische Aufgabe sind aber auch durch gesellschaftliche Veränderungen begleitet und begründet. Die demografische Alterung und die steigende Anzahl von alten und hochaltrigen Menschen verdeutlicht

die Notwendigkeit einer kompetenten Versorgung durch Pflegekräfte. Im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung sind die Erwartungshaltungen der Bevölkerung an Pflegekräfte gestiegen. Es gilt nicht nur die reine, praktische pflegerische Versorgung von Patientinnen zu übernehmen, sondern darüber hinaus auch begleitend und beratend zur Seite zu stehen. Die Anspruchshaltung und das Anspruchsniveau sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen.

Zusätzlich haben sozialpolitische Veränderungen die Diskussion über die Beratung als pflegerische Aufgabe beeinflusst. Nicht nur die Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes sieht die Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen vor, sondern auch die Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus begründen intensive Beratungen von Patientinnen und deren Angehörigen.

1.2 Unterrichtskonzepte

In der Literatur sind nur wenige Veröffentlichungen mit Unterrichtskonzepten zum Thema Beratung in der Pflege zu finden. Sonja Hummel-Gaatz und Axel Doll (2007) haben in dem Buch „Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten“ einen Vorschlag ausgearbeitet. Sie selbst haben ein systemisches Beratungsmodell mit dem Namen HUGADO entwickelt, mit dem sie Aspekte verschiedener psychologischer Ansätze auf die Pflege transferieren. Darin unterscheiden sie ein System der „Lebenswelt Patient“ von einem „Betreuungssystem“. Der Beratungsprozess stellt die Interaktionen zwischen der Pflegekraft, also dem „Betreuungssystem“ und dem System „Lebenswelt Patient“ dar. Dieser Prozess wird als dynamisch und interdependent verstanden und nicht als statisch, linear und eindimensional. Hummel-Gaatz und Doll (2007) beschäftigen sich aber auch mit der Umsetzung von Beratungswissen in der Ausbildung. Sie gehen auf Bedingungen, die inhaltliche Darstellung, die Didaktische Analyse sowie die Umsetzung und Evaluation des Unterrichts zur Beratung ein. Ziel des Unterrichts ist die Vermittlung

folgender Kompetenzbereiche (vgl. Hummel-Gaatz/Doll 2007, S. 50-54):

- Fachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Personalkompetenz

1.3 Vorgaben für die Ausbildung

„In der Pflege gewinnt das Thema Beratung seit Jahren an Bedeutung. Als Teil des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege findet sie beispielsweise ihren Niederschlag in den Inhalten der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und den neuen Qualitätsniveaus der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS). Beratung nimmt hier als pflegerisches Angebot einen wichtigen Stellenwert ein. Auch in der Rahmenberufsordnung, die der Deutsche Pflegerat im Jahr 2004 vorgelegt hat, wird Beratung der ‚Leistungsempfänger‘ und ihrer Bezugspersonen nicht nur als eigenständige Aufgabe professionell Pflegenden aufgeführt, es wird darüber hinaus eine Pflicht zur Beratung dieser Personengruppen postuliert“ (Koch-Straube 2008, S. 211-212).

Nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2004 gewinnt die Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen eine besondere Bedeutung in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege. Im Krankenpflegegesetz § 3 Abs. 2 steht folgende Formulierung:

„(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen, 1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen: [...] c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (www.juris.de).

In der Sozialgesetzgebung erlangt die Bedeutung der Beratung als pflegerischer Aufgabe einen zunehmenden Stellenwert. „Zu nennen sind hier die Beratung im ambulanten Bereich gemäß Rahmenempfehlung von § 132 SGB V, die Beratungseinsätze durch ambulante Pflegedienste bei Bezug von Pflegegeld nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Beratung pflegender Angehöriger nach § 45 SGB XI und die Arbeit der Pflegeberatungsstellen. Krankenhäuser sind durch die Rahmenempfehlung nach § 112 SGB V ebenfalls zur Beratung der Patienten verpflichtet. Auch wenn Pflege dort nicht explizit genannt wird, muss sie sich als größte Berufsgruppe dieser Beratungspflicht im Krankenhaus stellen“ (Koch-Straube 2008, S. 212).

1.4 Expertenstandards

Historische Entwicklung

1999 wurde das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Pilotprojekt gegründet.

„Diesem Gremium aus Fachkollegen der Pflege wurde die Entwicklung, Konsentierung und Veröffentlichung von evidenzbasierten Nationalen Expertenstandards übertragen. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht außerdem ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung“ (Schmidt 2009, S. 3).

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung hat bisher sieben Expertenstandards erarbeitet und veröffentlicht (vgl. Schmidt 2009):

Veröffentlichte Expertenstandards

1. Dekubitusprophylaxe (2. Auflage 1999–2000)
2. Entlassungsmanagement (April 2004)
3. Schmerzmanagement (Mai 2005)
4. Sturzprophylaxe (Februar 2006)
5. Förderung der Harnkontinenz (April 2007)
6. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Juni 2008)
7. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung (2007–2009).

Ziele von Expertenstandards

1. Berufliche Aufgaben und Verantwortungen zu definieren.
2. Innovationen in Gang zu setzen.
3. Eine evidenzbasierte Berufspraxis, berufliche Identität und Beweglichkeit zu fördern.
4. Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen zu sein. (Schmidt 2009, S. 3)

Struktur eines Expertenstandards

- S 1 Risikoerhebung, Scening, Assessment
- S 2 Erforderliche Kompetenz
- S 3 Maßnahmenplanung
- S 4 Schulung und Beratung
- S 5 Kooperation
- S 6 Evaluation (ebd. S. 4)

Zur Struktur gehören die jeweilige Beschreibung der Prozesskriterien (P1–6) sowie die Ergebniskriterien (E1–6).

„Das DNQP verbindet mit der Beratung ein zentrales ethisches Prinzip, das verpflichtet, Patienten umfassend zu beraten und ihnen Entscheidungs- und Handlungsfreiraum zu eröffnen. Mehrere Handlungsalternativen sollten dem Bewohner [Patienten] vorgestellt werden und die Folgen und Gefahren diskutiert werden. Um eine gute Beratung durchführen zu können, sollte die beratende Fachkraft über spezielle Kompetenzen verfügen“ (Schmidt 2009, S. 8):

Beratungskompetenz

- Fundiertes Fachwissen
- Ggf. Spezialwissen
- Intuition
- Kommunikationsfähigkeit
- Problemlösekompetenz
- Erkennen der Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen (ebd.)

Beratungsziele

- Gesundheitsförderung
- Vermeidung von Krankheiten
- Dadurch Senkung von Behandlungskosten
- Beratungseinsatz nach SGB XI, § 37, 3:

- zur Sicherung der Qualität
- zur regelmäßigen Hilfestellung
- zur praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden (ebd.)

1.5 Inhalte des Unterrichts

Der Rahmenlehrplan gibt eine grobe Richtung, welche Inhalte im Unterricht behandelt werden sollen und welche Ziele angestrebt werden.

Ein zentrales Ziel darin ist die Ausbildung von Beratungskompetenz. Welche Beratungskonzepte gelehrt werden, wie die Inhalte in den anderen Fachunterricht integriert werden können und welche Anleitung in der Praxis notwendig ist, bleibt allerdings offen.

Letztendlich bleibt die inhaltliche Ausgestaltung des Unterrichts in der Hoheit jeder einzelnen Schule. In der Konsequenz müssen die Lehrenden ein eigenes Unterrichtskonzept erstellen und dies auch evaluieren. Es ist eine Situation, die eine hohe Fachkompetenz über die Beratung als pflegerische Aufgabe von allen Lehrenden erwartet ohne verbindliche Orientierungshilfen nutzen zu können. Das Positive an dieser Situation ist, dass ein großer Handlungsspielraum zur Gestaltung des Unterrichts möglich ist, der auch einen Raum für kreative Impulse ermöglicht.

Da die Beratung als pflegerische Aufgabe auf sehr unterschiedliche Pflegesituationen und sehr unterschiedliche „Pflegeinhalte“ zu beziehen ist, müssen sich die unterschiedlichen Dozentinnen optimal miteinander vernetzen. Der Unterricht zur Beratung setzt daher eine hohe Form der Kooperation zwischen den Dozentinnen voraus.

Gleichzeitig wird mit dem Inhalt über die Beratung die Frage zum Verhältnis zur Praxis aufgeworfen. Beratung gilt es sowohl theoretisch als auch praxisorientiert zu vermitteln und zu üben.

Die Schwerpunkte der inhaltlichen Gestaltung des Unterrichts werden mit diesem Buch systematisiert. Grundsätzlich ist es darüber hinaus sinnvoll, den Unterricht in vier Schwerpunkte zu unterteilen: Die Theorie der Beratung, der Fachunterricht, die Praxisanleitung und die Praxis. Die

einzelnen Schwerpunkte können dann mit Fallbesprechungen vernetzt vermittelt und gelernt werden.

1.6 Lehrende

Die Lehrenden in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sind nun gefordert, die gesetzlichen Vorgaben und die Rahmenlehrpläne umzusetzen. Sie sind mit spezifischen Zielsetzungen des Gesetzgebers konfrontiert, aber der Weg zu diesen Zielen bleibt sowohl in der Fachdiskussion als auch in den Unterrichtskonzepten doch etwas im Dunkeln. Die Tatsache, dass es relativ wenige Unterrichtsmaterialien zur Beratung in der Pflege gibt, ist ein Indiz für das Schattendasein dieses Themas.

Das Ziel Beratungskompetenz bei den Schülerinnen aufzubauen, kann aus der Sicht der Lehrenden unterschiedlich verstanden und umgesetzt werden. Während eine Sichtweise an der Ausbildung von Sozialpädagoginnen orientiert ist und Selbsterfahrung als einen zentralen Baustein zum Erlernen von Beratungskompetenz bewertet, orientieren sich andere eher am traditionellen Unterricht zur Pflege, die aus einer Kombination von Theorie und Praxisanleitung besteht.

Die Lehrenden befinden sich in einem Tastfeld, das zwischen den gesetzlichen Zielen, ihren Erfahrungen in der Lehre, den Ressourcen der Schülerinnen und den potenziellen Bedürfnissen von Patientinnen einen Weg zur Beratung als pflegerische Aufgabe finden soll.

Ein Anker sind die Beratungskonzepte, die aus dem psychologischen und sozialpädagogischen Bereich stammen. Die Lehrenden und auch die Schülerinnen erkennen relativ schnell die Möglichkeiten aber auch die Grenzen dieser Konzepte im Transfer auf die Pflegepraxis. Sie müssen dann den Schülerinnen die Diskrepanz zwischen psychologischer und pflegerischer Beratung sowie die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis kompetent verdeutlichen. Fallbesprechungen bieten dabei eine Möglichkeit, den Nutzen für die Pflegepraxis aufzuzeigen. Der direkte Bezug zwischen Theorie und Praxis kann damit hergestellt werden,

sodass die Diskrepanzen der Umsetzung so gering wie möglich bleiben.

An dieser Stelle wird deutlich, dass ein erheblicher Forschungsbedarf zu diesem Thema besteht. Für die Lehrenden müsste die Pflegeforschung Anregungen, Strukturierungshilfen und methodische Vorschläge für den Unterricht anbieten.

1.7 Schülerinnen

Die Schülerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege sind in der Regel junge Erwachsene, die zu Beginn der Ausbildung wenig Wissen und Erfahrung zur Beratung mitbringen. Sie sind gefordert, sich inhaltliches Wissen zur Pflege von Patientinnen anzueignen und sollen parallel dazu Beratungskompetenz erwerben. Das heißt, dass sie das in der Ausbildung erworbene Wissen, Handeln und Verstehen in der Beratung von Patientinnen weitergeben sollen. In den Beratungen müssen sie nicht nur über kompetentes Fachwissen sondern auch über hohe kommunikative Fähigkeiten und methodische Kompetenz verfügen.

Aus der Perspektive der Schülerinnen entstehen nun mehrfache Diskrepanzen: Zum einen erleben sie einen kaum überwindbaren Gegensatz zwischen Theorie und Praxis. Sie erlernen Beratungswissen, das in der Praxis nur schwer umsetzbar ist. Parallel dazu lernen sie manchmal auf den Stationen Pflegekräfte kennen, die Beratung in der Pflege nicht als ihren Aufgabenbereich definieren. Die Schülerinnen finden nur wenige Vorbilder für eine optimale Beratung.

Es scheint, als ob dies mit einer berufspolitischen Sinn- und Identitätsfrage verknüpft ist, die diametral den Vorgaben zur Ausbildung gegenübersteht. „Weshalb sollen wir nun auch noch die Patientinnen beraten, dafür haben wir doch gar keine Zeit“; „Das mit der Beratung, das machen wir so zwischendurch“; „Wenn es einem Patienten schlecht geht, dann können wir den psychologischen Dienst einschalten“. Es scheint, als ob die Beratung in der Pflege noch nicht als zentraler Bestandteil pflegerischer Tätigkeit angekommen ist und noch nicht die berufspolitische Identität bestimmt.

Irgendwie müssen dann die Schülerinnen einen Weg zwischen den Anforderungen zur Ausbildung und dem in der Praxis gängigen Umgang mit dem Thema Beratung finden. Um die Ausbildungsziele zu erreichen, müssen sie mehr oder weniger in individueller Verantwortung einen Weg finden, die Diskrepanzen zu bewältigen. Hier sind insbesondere die Lehrenden aber auch die in der Praxis Verantwortlichen gefordert, Hilfen zur Bewältigung anzubieten.

1.8 Situation in der Praxis

Der Berufsalltag im Krankenhaus ist durch eine hohe Arbeitsdichte mit vielfältigen Aufgaben verbunden. Zeitdruck und hohe Anforderungen an die Auszubildenden und examinierten Pflegekräfte lassen ausführliche Gespräche mit Patientinnen selten zu. Bei einigen examinierten Pflegekräften liegt eine Mentalität vor, nach der Gespräche mit Patientinnen als „Luxus“ bewertet werden. Beratungsgespräche werden nicht als arbeitsbezogene pflegerische Tätigkeit aufgefasst. Selten sind Pflegekräfte auf den Stationen in Gesprächsführung oder Methoden der Beratung geschult.

Es kann auch eine Mentalität vorherrschen, in der alle Beratungsleistungen an andere Berufsgruppen abgegeben wird. Patientinnen mit Diabetes Mellitus werden in die Hände der Ernährungsberaterinnen gegeben oder solche mit einem Schlaganfall werden den Krankengymnastinnen zugeordnet. Bei psychischen Schwierigkeiten wird der psychologische Dienst eingeschaltet und bei Fragen zur sozialen Situation wird die Case Managerin oder der Sozialdienst mit Beratungsdienstleistungen beauftragt.

Die Situation in der Praxis ist den „Vorgaben zur Ausbildung“ im Grunde diametral entgegengesetzt. Damit die Schülerinnen Beratungskompetenz entwickeln können und Beratung in der Pflege als zentralen pflegerischen Aufgabenbereich lernen und bewerten können, bräuchten wir im Grunde ganz andere Voraussetzungen in der Praxis.

Auf einer organisatorischen Ebene wären Beratungsnetzwerke und Beratungsvisiten sinnvoll.

Auf einer personellen Ebene wären Fortbildungen in Beratung für examinierte Pflegekräfte notwendig. Es wäre auch zu überlegen, Mentoren zur Beratung auszubilden, die Schülerinnen in der Praxis zu Beratungen anleiten und begleiten.

Zu berücksichtigen ist auch der immense Beratungsbedarf im Übergang vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld. Die Beratung sollte sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Pflegebereich ausgerichtet sein. Es scheint derzeit, dass Pflegekräfte im ambulanten Bereich viel selbstverständlicher Beratungsleistungen erbringen als im stationären Umfeld von Krankenhäusern. Hier kann die stationäre Pflege noch einiges verbessern.

1.9 Patientinnen

Wir haben es in der Praxis mit den verschiedensten Menschen zu tun. Bei der systematischen Betrachtung von Patientengruppen sollten u. a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Alter (Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, hochaltrige Menschen)
- Geschlecht
- Bildungsstand
- Kulturelle Identität
- Religiöse Zugehörigkeit
- Sexuelle Orientierung
- Krankheitsbilder
- Soziale Situation
- Bewältigungsstrategien
- Finanzielle Situation etc.

Die Beratung in der Pflege sollte diese unterschiedlichen Aspekte, die die Persönlichkeit von Patientinnen kennzeichnen, berücksichtigen und personenzentriert darauf eingehen können. Das ist sicherlich eine immense Anforderung an die Theorie und Praxis der Beratung, aber nur durch die Berücksichtigung dieser Aspekte kann Beratung überhaupt zieldienlich sein.

Die Vielschichtigkeit von Beratungssituationen und auch der Beratungskompetenzen, die ge-

fordert sind, wird deutlich, wenn wir uns verschiedene Patienten anschauen. Es ist ein immenser Unterschied, ob wir eine Wöchnerin beim Stillen anleiten und beraten oder ob wir einen dementiell erkrankten hochaltrigen Mann begleiten.

Aber bei allen Unterschieden, die in der Beratungspraxis zu berücksichtigen sind, ist es möglich eine Grundstruktur oder Grundhaltung der Beratung zu implementieren. Die Grundhaltung von Auszubildenden und examinierten Pflegekräften sollte durch eine Haltung der Achtung, des Respekts und der Toleranz gekennzeichnet sein. Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patientinnen sollte dabei durch Empathie, Wertschätzung und Echtheit von Seiten der Pflegekräfte gestaltet werden.

1.10 Ausblick

Beim Blick auf die unterschiedlichen Diskussions Ebenen zur pflegerischen Beratung fallen mindestens vier Spannungsverhältnisse auf:

Theorie versus Praxis

Die Theorieentwicklung zur Beratung in der Pflege verwendet zum größten Teil Ansätze aus der Psychologie oder Pädagogik. Beratungsansätze, die speziell den Bereich der Pflege berühren oder aus der Praxis der Pflege selbst entstanden sind, liegen nur im Ansatz von Ursula Koch-Straube (2001)/(2008) und Hummel-Gaatz/Doll (2007) vor. Problematisch ist, dass in der Praxis viele Voraussetzungen für eine gelungene Beratung nicht gegeben sind. Allein der Zeitdruck im Krankenhaus oder die fehlenden Räumlichkeiten sind Schwierigkeiten, die eine Beratung nach den Vorgaben der Theorie erschweren. Aber auch das berufspolitische Verständnis ist ein Problemfeld. Während ältere Pflegekräfte oft Beratung nicht als eine originär pflegerische Aufgabe betrachten und auch über wenig theoretische Kenntnisse zu den Beratungsansätzen verfügen, werden nun jüngere Generationen ausgebildet, bei denen Beratung einen deutlichen Schwerpunkt hat.

Ambulant versus stationär

In der ambulanten Pflege hat Beratung eine wesentlich höhere Bedeutung als in der stationären Versorgung. Dies wird durch die Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes deutlich. Beratung kann dort auch als spezielle pflegerische Leistung abgerechnet werden.

Akutkrankenhaus versus Langzeitpflege

Obwohl gerade in einem Akutkrankenhaus die Liegezeiten immer kürzer werden und die Anzahl chronisch Erkrankter zunimmt, also der Beratungsbedarf steigt, ist es momentan nicht vorgesehen, Beratungen durch Pflegekräfte institutionell zu verankern und zu finanzieren. In der Langzeitpflege so z. B. in Reha-Einrichtungen oder in der stationären Altenpflege hingegen ist die Bedeutung der Beratung wesentlich höher. Insbesondere der Einbezug von Angehörigen wird hier als

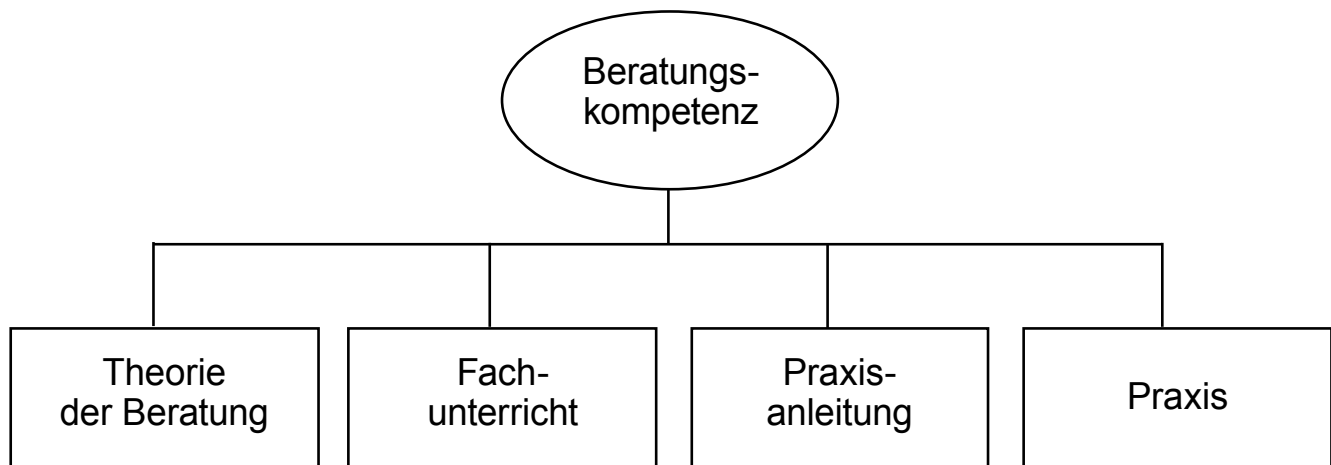
wichtig erachtet. Aufgrund der längeren Liegezeiten kann auch eine nähere Beziehung zu Patientinnen oder Heimbewohnerinnen aufgebaut werden, die dann für Beratungen in der Pflege ein engeres Vertrauensverhältnis schafft als bei kurzen Liegezeiten in einem Akutkrankenhaus. Eine Schwierigkeit ist dort, dass innerhalb kürzester Zeit und mit ganz geringem Zeitaufwand eine patientenorientierte Beratung erfolgen soll.

Bedarfsorientierung versus Budgetorientierung

Insgesamt ist zu erkennen, dass die Versorgung nach den Pflegestandards und einer patientenorientierten Pflege eher bedarfsorientiert ist. Im Gegensatz dazu ist die Ausrichtung der Träger im Gesundheitswesen budgetorientiert. Die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen stehen damit im Gegensatz zu ökonomischen Interessen.

2 Curriculum für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

2.1 Ausbildungsbestandteile



Beratungskompetenz in der Pflege

In der Pflegeausbildung ist es sinnvoll, vier Lernbereiche miteinander zu verbinden:

- die Theorie der Beratung,
- den Fachunterricht,
- die Praxisanleitung und
- die Ausbildung in der Praxis.

Im Unterricht zur Beratungstheorie sollten zuerst Grundlagen der Beratung besprochen werden. Dazu sollte ein Verweis auf die Bedeutung der Kommunikation sowie der Bezug auf die Prävention und Gesundheitsförderung für Beratungssituationen verdeutlicht werden. Außerdem sollte die gesellschaftliche, berufspolitische aber auch individuelle Bedeutung der Beratung erläutert werden. Danach können Grundlagen der Gesprächsführung besprochen werden. Das Thema Anleitung in der Pflege baut darauf auf. Anschließend wird die Anleitung von Patienten und Angehörigen anhand von Fallbeispielen und Rollenspielen vertieft. Im Anschluss werden Beratungskonzepte vorgestellt. Es ist sinnvoll, nicht mehr als drei Konzepte vorzustellen, damit die Auszubildenden nicht überfordert werden. Es folgen

dann Fallbesprechungen und Rollenspiele zur Verknüpfung der Beratungskonzepte mit der Praxis. Gleichzeitig können die Schülerinnen dadurch einen ersten Zugang zur Planung und methodischen Gestaltung von Beratungssituationen erlangen.

Im Anschluss daran wird das Thema Beziehungs- und Konfliktmanagement näher vertieft. Die Beratungsansätze zur Begleitung von Pflegekräften schließen die theoretischen Grundlagen ab. Parallel dazu werden in den einzelnen Schwerpunktmodulen die Beratungskonzepte auf spezifische Problemsituationen wie Schmerzen, Rehabilitation, Frühgeborene, ältere Menschen, chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Demenz, Angehörige sowie onkologische Erkrankungen angewendet und mit Fallbesprechungen verdeutlicht. Das Curriculum bezieht sich auf den Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 2005).