

Schriften der KathO NRW
Band 14

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Renate Zwicker-Pelzer
Elke Geyer
Andrea Rose

Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung

Anregungen zur Weiterentwicklung
neuer beruflicher Kompetenzen



Verlag Barbara Budrich



Renate Zwicker-Pelzer • Elke Geyer • Andrea Rose
Systemische Beratung in Pflege und Pflegebildung

Schriften der Katholischen Hochschule
Nordrhein-Westfalen

Band 14

KatHO NRW 

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

Elke Geyer
Andrea Rose
Renate Zwicker-Pelzer

**Systemische Beratung in
Pflege und Pflegebildung**
Anregungen zur Weiterentwicklung
neuer beruflicher Kompetenzen

Unter Mitarbeit von Ursula Laag

Verlag Barbara Budrich
Opladen & Farmington Hills, MI 2011

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

© 2011 Dieses Werk ist bei der Verlag Barbara Budrich GmbH erschienen und steht unter der Creative Commons Lizenz Attribution 4.0 International (CC BY 4.0): <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
Diese Lizenz erlaubt die Verbreitung, Speicherung, Vervielfältigung und Bearbeitung unter Angabe der Urheber*innen, Rechte, Änderungen und verwendeten Lizenz. www.budrich.de



Die Verwendung von Materialien Dritter in diesem Buch bedeutet nicht, dass diese ebenfalls der genannten Creative-Commons-Lizenz unterliegen. Steht das verwendete Material nicht unter der genannten Creative-Commons-Lizenz und ist die betreffende Handlung gesetzlich nicht gestattet, ist die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers für die Weiterverwendung einzuholen. In dem vorliegenden Werk verwendete Marken, Unternehmensnamen, allgemein beschreibende Bezeichnungen etc. dürfen nicht frei genutzt werden. Die Rechte des jeweiligen Rechteinhabers müssen beachtet werden, und die Nutzung unterliegt den Regeln des Markenrechts, auch ohne gesonderten Hinweis.

Dieses Buch steht im Open-Access-Bereich der Verlagsseite zum kostenlosen Download bereit (<https://doi.org/10.3224/93809486>).
Eine kostenpflichtige Druckversion (Print on Demand) kann über den Verlag bezogen werden. Die Seitenzahlen in der Druck- und Onlineversion sind identisch.

ISBN 978-3-938094-86-0 (Paperback)
eISBN 978-3-86649-681-1 (PDF)
DOI 10.3224/93809486

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

Umschlaggestaltung: disegno visuelle kommunikation, Wuppertal – www.disenjo.de



Professionelle Berater fallen nicht vom Himmel

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	13
1. Systemische Beratung - Das neue Konzept für Pflegerberatung und Pflegebildung	17
1.1. Beratung als personen- und familienbezogene Dienstleistung	17
1.2. Beratung in Pflege, Pflegebildung und Betreuung	23
2. Normative Rahmungen - gesetzliche Grundlagen von Beratung in Pflege und Pflegeausbildung	25
2.1. Erste gesetzliche Verankerung von Beratung in der Profession Pflege ab 1985	25
2.1.1. Pflege-Personalbedarfsregelung (PPR)	29
2.1.2. Implementierung der Pflegeversicherung 1995	30
2.2. Aktuelle normative Rahmung der Grundausbildungen	36
2.2.1. Normative Rahmung der Altenpflege	36
2.2.2. Normative Rahmung der Krankenpflege	39
2.3. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) und Beratung in der Pflege	43
2.3.1. Die Pflegerberatung im Kontext des Pflege- Weiterentwicklungsgesetzes	44
2.3.2. Pflegestützpunkte	47
3. Systemische Bezüge von Pflege und Beratung	51
3.1. Zum Verständnis von Beratung in der Pflege	51
3.1.1. Qualitative Studie in der psychiatrischen Krankenpflege	52
3.1.2. Qualitative Studie in der somatischen Krankenpflege	53
3.1.3. Studienübergreifende Ergebnisse	56
3.2. Konzepte aus der Pflege für Beratung?	57
3.2.1. Patientenedukation	58
3.2.2. Probleme in der Pflege durch konzeptlose Beratung	59
3.2.3. Konzeptvorschläge zur Beratung in der Pflege	61
3.3. Schnittstellen des Systemischen zwischen Pflege und Beratung	62
3.3.1. Pflegetheorien und ihr Bezug zum systemischen Denken	63
3.3.2. Salutogenese als Ressource zur Gesundheitsförderung	65

3.4. Zur Ganzheitlichkeit in der Pflege.....	68
4. Beratungskompetenzen und beratungswissenschaftliche Bezüge.....	71
4.1. Beratungswissenschaft und ihre Profilentwicklung.....	71
4.1.1. Beratung als Wissenschaft?.....	74
4.2. Beratungskompetenzen.....	77
4.3. Beratungskompetenzen sind Handlungskompetenzen.....	80
4.3.1. Sach- und Fachkompetenz.....	81
4.3.2. Interventionskompetenz/ Methodenkompetenz.....	82
4.3.3. Beziehungskompetenz.....	82
4.3.4. Reflexive Kompetenz/Personkompetenz.....	83
4.3.5. Diagnostisch-analytische Kompetenz.....	83
4.4. Die systemische Kompetenz als Referenz von Beratung...85	
4.5. Kontextualisierung als beraterische Kompetenz.....	87
4.6. Beratung als Handlungskompetenz.....	88
4.7. Ein kleiner Exkurs: Über das Sorgen – Versorgen – Umsorgt sein und deren Relevanz	
für Beratung in der Pflege.....	90
4.7.1. Sorge – Sich-Sorgen – Umsorgt-Sein: das sorgende und das fürsorgende Handeln.....	91
4.7.2. Das emotionale Erleben – Sorge um die kranke, pflegebedürftige Person.....	93
5. Systemische Beratung in der Pflegeausbildung: im Fokus Lernberatung, Praxisanleitung und Praxisbegleitung.....	97
5.1. Systemische Beratung und Pflege(-aus)bildung – eine Begegnung mit Folgen.....	97
5.1.1. Sich selbst lernend ins Gespräch bringen – zukunftsverantwortliche Bildung.....	99
5.1.2. Rahmungen für Lernen und Lehren in den Pflegeausbildungen.....	100
5.1.3. Der Lernfall ‚Pflegen können‘.....	103
5.2. Impulse für beraterisches Handeln in den Pflege- ausbildungen.....	107
5.2.1. Vom alltäglichen Beraten zur Lernberatung.....	108
5.2.2. Lernberatung im Kontext der Pflegeausbildungen.....	110

5.2.3. Zur Verortung von systemischer Beratung im und beim Lernen in den Pflegeausbildungen	111
5.3. Von der Lernberatung zur systemischen Beratung in den Pflegeausbildungen	119
5.3.1. Triadische Lernberatung.....	123
5.3.2. Beratung im Lernalltag von MAX	125
5.4. Systemisch Beraten – aber wie?.....	129
5.4.1. Ablauf einer systemischen Beratung im Lernprozess	130
5.5. Was können Lehrkräfte bzw. Praxisanleiter in der Pflegeausbildung lassen, um systemische Beratung zu ermöglichen	141
5.6. Visionen für ein integrierendes Verständnis von systemischer Beratung	142
6. Systemische Beratung im neuen pflegerischen Handlungsfeld nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	147
6.1. Statistische Gründe zur Weiterentwicklung der Pflege-Versicherung.....	148
6.2. Zukunftsorientierte Pflege	149
6.2.1. Inhalte der Weiterbildung zum Pflegeberater.....	152
6.2.2. Abhängige und unabhängige Dimensionen der Pflegeberatung.....	154
6.3. Zugehende Beratung pflegender Angehöriger Herausforderung für die Pflege.....	156
6.3.1. Das Modellprojekt ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede‘	156
6.3.2. Zugehende Beratung – umfassende Hilfen aus einer Hand	159
6.3.3. Professionelle Berater fallen nicht vom Himmel.....	163
6.3.4. Beratung als Entlastungsprogramm.....	171
6.4. Ein neues pflegerisches Handlungsfeld – Beratung in Pflegestützpunkten.....	173
6.4.1. Empfehlungen des Pilotprojektes ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘	175
6.4.2. Fazit.....	183

6.5. Blick in die Zukunft - Zukunftsorientierte Weiterentwicklung der PflegeberaterInnen	184
6.5.1 Systemische Qualifikationen der PflegeberaterInnen sind ausbaufähig	184
6.5.2. Systemische Beratung als Basis weiterer Spezialberatungen	186
7. Anregungen zur Weiterentwicklung beraterischer Kompetenz in Pflege und Pflegebildung	191
Anhang	195
Anhang 1: Weiterbildungsstandards der DGSF	195
Anhang 2: Entwurf eines Curriculums ‚Systemische Beratung in der Pflege‘ (orientiert an den derzeitigen Standards der DGSF)	199
Anhang 3: Beratungselemente nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI (in ungekürzter Form)	208
8. Literaturverzeichnis	218
Autorinnen	234

Abbildungsverzeichnis

Abb.1:	Normative Rahmung im Überblick	27
Abb.2:	Lernbereich 1:Aufgaben und Konzepte der Pflege (Empfehlende Richtlinie der Altenpflegeausbildung NRW).....	38
Abb.3:	Lernbereich I der Ausbildungsrichtlinien NRW	41
Abb.4:	Beratungswissenschaft	74
Abb.5:	Systemisches Kontextmodell der Beratung	75
Abb.6:	Beratungskontext (Zwicker-Pelzer, 2010:42).....	76
Abb.7:	Aufteilung des Kompetenzkatalogs in drei Untergruppen	78
Abb.8:	Zur Kompetenzsystematik.....	79
Abb.9:	Verknüpfung eines Prozess-Modells mit den ,Generischen Prinzipien'	88
Abb.10:	Beratungskompetenzen in ihrer Vielfalt (frei nach Bruno Hildenbrand, Rosemarie Welter-Enderlin1997).....	89
Abb.11:	Dyadische Lernberatung	106
Abb.12:	Bezüge der systemischen Beratung bzw. Bildungsberatungsstellen	113
Abb.13:	systemische Beratung und Lernberatung im Prozess	122
Abb.14:	,Triadische Lernberatung' in der Pflegeausbildung (modifiziert nach Rappe-Giesecke 2008:50).....	124
Abb.15:	Charakteristika von Beratung (Zwicker-Pelzer 2010:27).....	125
Abb.16:	Beraterressourcen und Beratungsformen (modifiziert nach Lipitt/Lipitt, 1999:82).....	135
Abb.17:	Kompetenzdiagnostik-Raster	137
Abb.18:	Alten-, Jugendquotient	148
Abb.19:	Leistungen des Pflegestützpunktes.....	177

Vorwort

Beratung in den Handlungsfeldern der beruflichen Pflege und Pflegebildung wird derzeit von vielen Orten und Anlässen ausdrücklicher gefordert, doch leider inhaltlich selten ausreichend reflektiert und begründet dargestellt. Die wissenschaftliche Verortung von psychosozialer Beratung in gesundheitsorientierten Formaten erscheint ebenso noch relativ wenig beachtet.

Ende der 90-er Jahre und Anfang 2000 wuchs die Zahl der Veröffentlichungen zur gesundheitsorientierten Beratung im deutschen Sprachraum und den pflegerelevanten Veröffentlichungen leicht an.

Zwei Stilrichtungen lassen sich dabei entdecken: einerseits die Praxis- und Berufsfeldorientierung als ‚Beratung in...‘ und andererseits die Beschreibung von relevanten Feldern der Gesundheitsförderung und der Prävention sowie deren Ergänzungsbedürftigkeit um die Beratungskompetenz als ‚... und Beratung‘.

Auf beide Richtungen beziehen sich die Autorinnen in diesem Fachbuch, ja sie wollen noch ein Stück voran: aus der Vielfalt der psychosozial-beraterischen Schulen und Handlungskonzepten heben sie die systemische Bezogenheit besonders hervor. Systemische Beratung, ja mehr noch, die systemische Orientierung generell erscheint sowohl in der Beratung, wie auch im Pflegehandeln und in der Pflegeausbildung als brauchbare Synergie für die Erweiterung der fachlichen Kompetenzen in der Pflege selbst und in der Pflege- (aus)bildung.

Dieses Fachbuch zielt deutlich auf die Weiterentwicklung der Curricula zum Teilbereich Beratung in der Pflegebildung. Es geht darum, die Schnittstellen der systemischen Beratung in pädagogischen Handlungsfeldern der Pflegeausbildung deutlicher in Augenschein zu nehmen. Es zeichnet sich eine neue Herausforderung in der Pflegebildung ab: Wie können einerseits Wissen und Haltung als systemische Kernkompetenz einhergehen mit einem Konzept des systemischen Beratungshandelns andererseits.

Beratung wurde in den Feldern der Pflege oft dargestellt als ‚Kontaktmachen‘ und ‚gute Gesprächsführung‘. Was aber zeigen beratungs-wissenschaftliche Neuentwicklungen generell an und welche Bedeutungen haben diese akademisch - reflektierten Basics für die Praxis der Pflegebildung? Kompetenzorientierte Beratung braucht eine neue Sicherheit in der Unterscheidung von Pflege und Beratung, sie braucht eine gut reflektierte Sicht auf die Schnittstellen. Die Expertinnen in Pflegebildung und in der Pflegeausbildung benötigen zudem Grundlagenwissen für fachliches Verstehen, für Expertise und das Training neuer Kompetenzen.

Wissen um Beratung und Wissen um gute Pflegehandlungen reichen nicht aus als Fundament für Beratung in der Pflege. Es sind zirkuläre Prozesse von

Verstehen, Wissen, Handeln, Diagnostizieren, Konstruieren, Intervenieren, Reflektieren und Evaluieren in permanenter Selbstreflexion und der Überprüfung der eigenen Selbstwirksamkeit dafür notwendig. Ergänzend und weiterführend sind die unterschiedlichen Kontexte pflegeberuflichen Handelns zu betrachten und zu berücksichtigen. Disziplin und systemübergreifendes Denken kann und wird neuartige Lösungen aufzeigen.

Die Autorinnen möchten dazu einladen, weitere Schritte vom althergebrachten Verständnis der Pflegeberatung zu einem neuen Profil von Beratung in pflegerelevanten Handlungsfeldern zu gehen. Sie sind überzeugt davon, dass der neue Weg von Beratung weitreichender angelegt und nachhaltiger sein muss.

Denn heute schon

- suchen Menschen vermehrt Teilleistungen für ihre Lebensbewältigung, auch in beruflichen Kontexten
- ist Leben lernen mit Handicaps angesichts der Bevölkerungsentwicklung eine neue Perspektive, die es zu entdecken und zu trainieren gilt
- sollen beraterische Stützen im ‚sozialen Kontext‘ gesehen und verstanden werden.

Beratung als Kompetenz ist weitaus mehr als ‚gute Gespräche führen können‘, ‚gut Kontakt machen zu können‘.

An dieser Stelle ist das vorliegende Fachbuch gleichsam auch die Fortführung der Veröffentlichung von Renate Zwicker-Pelzer (Beratung in sozialer Arbeit, 2010) mit der deutlich verstärkten Sicht auf die Feldkompetenz der Pflege. Elke Geyer und Andrea Rose fundieren und verstärken den Part der Pflege und Pflegeausbildung. In guter Vernetzung mit dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung, dip Köln, schließen wir einen spannenden Projektbeitrag der Beratung im aufsuchenden zugehenden Kontext von Pflege mit ein. Ursula Laag als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim DIP herzlichen Dank für diese fachliche Unterstützung.

An dieser Stelle sei auch die Diplomarbeit sowie die Masterthesis von Andrea Els erwähnt. Ihre Themen: ‚Angehörige im Pflegeprozess: von der Störung zur Ressource‘ und ‚Sorge und Fürsorge der pflegenden Angehörigen -Wirkung in Pflege und Beratung‘ haben wir in ihren Kerngedanken übernehmen können.

Alle unsere kollegialen Diskurse waren geprägt von einem hohen Maß an Veränderungen im Feld der Pflege, die wir nicht nur bezogen auf die Beratungskompetenz hin zu diagnostizieren wagten.

Beraterisch -wie pflegerisch -zeigen sich Veränderungen an, die das Restsystem der Familien rundum den einzelnen Menschen deutlicher fokussieren

und Krisen, Handicaps verleiten die betroffenen Berufsgruppen oft zu einer sehr defizitären Sicht der Hilfestellung.

Beratung aber fordert den Blick auf die Elemente des Gelingens von Leben trotz Einschränkungen heftigst heraus. Der stark ressourcenorientierte Ansatz systemischer Beratung verhilft nachhaltig zu mehr Halt in Krisen, er aktiviert die oft brachliegenden und verborgenen Fähigkeiten von Menschen: eine Ermutigung und Herausforderung!

Sie, liebe Leserinnen und Leser, möchten wir anregen, Beratung in (pflege-) fachlichen Standards verstehen und schätzen zu lernen. Die Standards von Beratung sollten auch in der professionellen Pflege unverwechselbar mit anderen professionellen sozialen Handlungen sein. Da das Format Beratung uns noch nicht ausreichend entwickelt zu sein scheint, wollen wir einen einflussreichen und impulsgebenden Beitrag dazu leisten, wohl wissend, dass es weitere Perspektiven und Möglichkeiten gibt bzw. geben wird.

Wir laden Sie als LeserIn selber zum kollegialen Diskurs ein. Nur so wird es möglich, die unterschiedlichen und andersartigen Bedeutungen und Erkenntnisse miteinander zu teilen und Veränderungen für möglich zu halten, ja einzuleiten.

Wir wählen abwechselnd – nicht immer eindeutig- die männliche oder weibliche Sprachform. Wie auch immer Sie angesprochen werden, wir meinen beide Geschlechter und finden in unserer Sprache viele Grenzen.

1. Systemische Beratung - Das neue Konzept für Pflegeberatung und Pflegebildung

Auf die jeweilige Person zentriert, auf deren soziales Umfeld bezogen und im Feld der professionellen Pflege verortet, so tut sich ein komplexes Feld auf, in dem entsprechende Beratungsdienstleistungen ausdifferenzieren sind. Das Format „Beratung“ ist neu zu gestalten, ja es legt eine umfassendere Verortung nahe, die den gesellschaftlichen Entwicklungen ebenso Rechnung trägt, wie den rechtlichen Rahmenbedingungen.

Systemisch ist die Beratung als konsequent kontextbezogen, die Ressourcen verfolgend, sich zirkulär verstehend und prozeßdiagnostisch angelegt. Systemische Beratung geht mutig mit notwendigen Interventionen um und balanciert hochsensibel mit den notwendigen Veränderungsprozessen, um der Not eine Wendung zu geben.

In aller erster Linie gilt es, in Raum und Zeit den einzelnen Menschen und dessen sozialem Kontext einen Dienst als Begleithilfe zu leisten.

1.1. Beratung als personen- und familienbezogene Dienstleistung

Lange Zeit fußte Beratung auf einem vorwiegend wissenstransformierenden Zugang. Beratung erschien als Kompetenz ‚gute Gespräche mit Patientinnen führen zu können‘ und als Informationstransfer für pflege- und versorgungsrelevante Inhalte.

In der Entwicklung der Beratungswissenschaft, der Akademisierungsbewegung von Counseling ist der psycho-soziale Blick ergänzungsrelevant für und um die pflegerelevanten Berufskontexte.

Frank Nestmann (1995) hat sich bereits 1995 eingehend mit der Nähe und der Abgrenzung zur Therapie befasst.

Die Abgrenzungskriterien zur Therapie drücken sich nach Nestmann aus in:

- dem Entwicklungsbezug
- dem Präventionsbezug
- dem Bildungsbezug
- dem Karrierebezug

Counseling als personenbezogene Dienstleistung will die psychologische und körperliche Gesundheit über die Lebensspanne hinweg fördern. Die ACA (American Counseling Assoziation) hatte ihren Anfang in den 20-er Jahren im Erziehungs- und Bildungsbereich. Es ging darum, jungen Menschen bei der Berufswahl zu helfen (Nestmann 1994:164).

In den 90-er Jahren entwickelt Community Counseling ein eigenständiges Profil. Langsam bewegen sich die verschiedenen Disziplinen auf ein eigenständiges Profil der Theoriebildung und Praxisformatierung hin.

Als Sektoren der Praxisentwicklung geht es um:

1. Beratung alter Menschen/ Beratung im Alter
2. Beratung von/ für Frauen/ Männern – Geschlecht
3. Multikulturelle/ interkulturelle Beratung
4. Aids-Beratung
5. Öko-Beratung
6. Beratung und Gesundheit/ Wellness

Diese Felder ergänzen die etablierten bildungs-berufsbezogenen und psychosozial-gesundheitlichen Bereiche (Nestmann 1994:165). Die Abgrenzung von Beratung und Therapie, von Beratung und Bildung und die Suche nach einer eigenen Identität prägt derzeit das Feld der Beratung.

So halten 80% der befragten Beratungspraktikerinnen bei einer Untersuchung die BeraterIn für optimal hilfreich, der/die:

- Klienten hilft, Gedanken und Gefühle zu klären,
- Selbstreflektion und Selbstprüfung anregt,
- Hoffnung und Zuversicht stärkt,
- auf aktuelle Sorgen und Ereignisse fokussiert,
- Generelle Unterstützung anbietet und Ermutigung gibt,
- verbal die geeigneten Veränderungen beim Klienten bekräftigt.

In einer späteren Untersuchung (Mahoney 1991) schätzen praktisch tätige Beratungspsychologinnen die Betroffenheit möglicher Wirkfaktoren von gelungener Veränderung und von Beratungserfolg ein. Als besonders bedeutsam gelten soziale Unterstützung der Klientinnen, die Persönlichkeit der Beraterinnen, die beraterische Beziehung, der Selbstwert der Klientinnen, die Erfahrung der Beraterinnen und die Motivation der Klientinnen.

Am wenigsten bedeutsam hingegen scheinen ihnen die theoretische Orientierung (die bisher in fast allen Untersuchungen von Beratungs- und Therapietechniken an erster Stelle steht), die Intelligenz der Klientinnen, die Länge des Beratungsprozesses und die Selbstreflektion und Selbstbewusstheit der Klientinnen.

Auch die Berufsanalyse von VACE & LOESCH (1994), an der 722 Beraterinnen teilnahmen, unterstützt den Eindruck einer zunehmend eklektisch – integrativen Handlungsorientierung in der Beratungspraxis.

In fünf Clustern wurden 136 Einzeldimensionen des Beratungshandelns identifiziert:

1. Als grundlegende Beratungsaktivität: z. B. Beratungsziele abzustecken, Klientenfortschritt evaluieren, Probleme neu definieren, Unterstützungsverhältnisse klären, aktives Zuhören, Verhalten trainieren etc.
2. Als Beratung zur Karriereentwicklung wurden u. a. genannt: Erhebung von Interessen, Einsetzen von Selbstbeurteilungsskalen, berufliche Fähigkeiten erheben, Karriereberatung, Fähigkeitentests, Begleitung von Praktika etc.
3. Gruppenberatung umfasst u. a.: Rückmeldung für die Teilnehmer, Vereinbarung von Konfliktlösestrategien, Evaluation von Zielen, Einsatz von Führungstechniken, Etablierung von Gruppenregeln etc.
4. Im Rahmen der 4. Kategorie Familienberatung fanden sich: Krisenberatung, Suchtberatung, Jugendberatung, Konfliktlösestrategien, Familien im Wandel beraten, Scheidungsberatung, Beratung in sexuellen Problemen etc.
5. Als andere professionelle Tätigkeit der Beratungspsychologen bezeichnen die Autoren: Verbindungen zu anderen Diensten herstellen, Beratungsprogramme entwickeln und evaluieren, Fallkonferenzen abhalten, Supervision, die Entwicklung ethischer Standards etc.

Als Voraussetzung einer professionellen Beratungstätigkeit werden sowohl Wissen und Fähigkeiten von professionellen Beratern einerseits wie andererseits spezifische Haltungen und Persönlichkeitsmerkmale definiert.

Beratung basiert auf Wissensbeständen zu menschlicher Entwicklung und zu Wachstum (psychologisch, soziologisch, physiologisch etc.). Soziale und kulturelle Grundlage sind durchgängig von Bedeutung (Interkulturelles, Geschlecht, Rollenwandel von Männern und Frauen, Stadt-Land-Unterschiede etc.)

So befasst sich optimale Beratung mit:

1. den dringenden Angelegenheiten.
2. sie liefert den Klientinnen eine sichere Grundlage durch Bereitstellung einer Umgebung und einer Atmosphäre, die angenehm, ruhig und durchgängig fördernd ist.
3. sie beinhaltet drei zentrale Dimensionen:
 - die Beratungsbeziehung selbst (zwischen Klientinnen und Beraterinnen)
 - die Beratungsphilosophie bzw. -theorie (die die Veränderungshypothese beinhaltet) und
 - Vorgehensweisen oder Rituale, die für die Klientinnen persönlich und emotional bedeutungsvoll sind.
4. sie ist auf das einzigartige Individuum orientiert und respektiert die Unterschiedlichkeit von Klientinnen in Bezug auf Geschlecht, Ethnizität,

sexuelle Orientierung, Behinderung, aber durch die biologischen, kulturellen, sozialen, zwischen-menschlichen, geistigen und religiösen Zusammenhänge, in denen die Klientinnen leben.

5. sie wird von Beraterinnen durchgeführt, die die persönliche Lebens- und Deutungswelt der Klientinnen respektieren und verstehen.
6. sie wird gestaltet durch Beraterinnen, die imstande sind, als Modelle für psychische Gesundheit, Wohlbefinden und Widerstandsfähigkeit zu dienen, gleichzeitig aber eigene Menschlichkeit (auch in Schwächen) zu akzeptieren.
7. sie wird gefördert durch die Sorge der Beraterinnen für sich selbst und die Offenheit und Fähigkeit, Hilfe von anderen zu suchen und zu akzeptieren.
8. sie ermutigt die Selbstexploration und den Ausdruck der gesamten Spannbreite von Emotionen der Klientinnen in einem Kontext, der sowohl selbstbezogen als auch sozial verantwortlich ist.
9. sie arbeitet mit, statt gegen die Widerstände der Klientinnen.
10. sie hat das Ziel, den Klientinnen Verfügungsmacht und Kontrolle über sich und Ihre Umwelt zu verschaffen, indem Achtung für individuelle Rechte, Privatheit und Selbstbestimmung gezeigt wird.
11. sie beinhaltet eine intime, nicht sexuelle Beziehung zwischen Beraterinnen und den Klientinnen, in dem die Bedürfnisse der Klientinnen vor denen der Beraterinnen rangieren.
12. sie fördert Zuneigung, Nachsicht und Liebe sowohl bei Klientinnen als auch bei Beraterinnen für sich selbst und andere.
13. sie anerkennt und respektiert das letztendliche Recht und die Verantwortung jedes Individuums, seine und ihre eigene Wahl zu treffen, soweit dies menschenwürdig ist.
14. sie unterstreicht die Erwünschtheit von primärer Prävention gegenüber korrektiver Intervention (vgl. Mahoney & McCray Patterson 1992).

Aus den Vorgaben von GELSO und FRETZ (1992) bezüglich der verschiedenen Rollen und Aufgaben fokussieren sie drei **Rollen**:

1. Die **präventive Rolle** in der Beratung versucht, Problemursachen und Probleme zu antizipieren, sie umgebar zu machen oder ihnen vorzubeugen. FRETZ (1995) geht davon aus, zentraler Aspekt von Counseling Psychology sei es, Individuen dabei behilflich zu sein, Veränderungen in ihrer persönlichen und sozialen Umwelt vorzunehmen und so die Auftretenswahrscheinlichkeit von Problemen zu minimieren und dadurch die Notwendigkeit kurativ/heilender Maßnahmen der Wiederherstellung zu vermeiden.
2. Die **entwickelnde/wachstumsfördernde Rolle** in der Beratung versucht, Individuen dabei zu unterstützen, die größt-möglichen Vorteile aus den Erfahrungen ihrer eigenen Kräfte, Potentiale zu erkennen und

weiterzuentwickeln. Beratung fördert und regt an und zielt auf Ressourcenplanung, -erweiterung und -erhaltung.

3. Die **kurative/heilende Rolle** – die in größter Nähe zur klinisch - psychotherapeutischen Funktion liegt, richtet sich auf die Unterstützung von Individuen und Gruppen Probleme zu bewältigen, Störungen welcher Art auch immer zu beseitigen, Schädigungen und Verletzungen zu kurieren und Defizite zu kompensieren.

Als vereinheitlichende Merkmale und Themen als Charakteristika für die Entwicklung von Beratung sehen sie fünf verschiedene **Aufgaben**:

1. Beratung fokussiert die Stärken, Potentiale und Ressourcen von Personen und sozialen Umwelten und orientiert sich auf positive Anteile psychischer Gesundheit der Klientinnen, unabhängig von Ausmaß und von der Intensität der anliegenden Problemstellungen und Störungen. Bereits Donald E. SUPER, einer der Klassiker der Beratungstheorie, betont 1955 den Vorrang der Gesundheitsperspektive vor der Pathologie. Auch schwerstgestörte Personen verfügen über Restressourcen und Kräfte sowie Coping-Potentiale, an denen es anzuknüpfen gilt. Beratungspsychologie ist geprägt durch eine optimistische Philosophie und Haltung, die unterstellt, dass Menschen sich ändern können. Menschen können Einfluss nehmen auf sich und ihre Umwelt, Ressourcen nutzen und ein gelingenderes Leben führen, auch wenn sie in ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten gestört, behindert, eingeschränkt und benachteiligt sind, sei es durch Krankheit, Entwicklungsrückstand, Unterdrückung, gelernte Hilflosigkeit, Alter Armut etc.. Diese Auffassung operationalisiert sich in den edukativen und wachstumsorientierten Beratungsstrategien, in denen Beraterinnen ihre Klientinnen bei dieser Anstrengung unterstützen (Gelso & Fretz, 1993)
2. Beratung betont die Interaktion von Person und Umwelt. Sie blickt nicht nur auf die Person (und die Persönlichkeit) nicht nur auf die soziale Umwelt. Obwohl in ihrer Entwicklung häufig wegen ihrer zu starken Personenorientierung kritisiert, waren in der Counseling Psychology Persönlichkeits- und Veränderungstheorien, die sich nur auf intrapsychische Aspekte konzentrieren, nie besonders attraktiv und verbreitet. Im Mittelpunkt stehen interaktionistische Sichtweisen, die die wechselseitigen Einflüsse und die Transaktionen von Personen und Umwelt konzeptionell und in praktischer Beratungsarbeit berücksichtigen. Besonders deutlich werden die durchgängigen Interaktionsperspektiven der Beratungspsychologie in den aktuellen Konzepten von Praxisberatung/Consultation, Institutionsberatung, Gemeindeberatung und beratender Umweltintervention.

3. Beratung befasst sich schwerpunktmäßig mit relativ ‚intakten‘, d.h. nicht mit schwergestörten Personen. Die Normalität des Klientels wird in den meisten Counseling-Definitionen betont, obwohl zahlreiche Autoren und Autorinnen inzwischen auch auf zunehmend schwerer und multidimensional gestörte Klientele der Beratungspraxis verweisen. Beratungspsychologinnen arbeiten dennoch meist mit Personen, deren Probleme zwar vielfältig sind, aber in ‚relativ normalen‘ Dimensionen bleiben und deren Persönlichkeit nicht zutiefst beeinträchtigt und gestört ist. Allgemeine Lebensprobleme, die als normative wie nicht normative kritische Lebensereignisse im Leben vieler Menschen eintreten, alltägliche psychosoziale Schwierigkeiten und Anforderungen, ‚normal-neurotische‘ und nicht psychotische Störungen stehen im Vordergrund.
4. Beratung beschränkt sich auf zeitlich überschaubare Interventionen. Beim Beraten stehen relativ kurzfristige Interventionen im Mittelpunkt, deren durchschnittliche Dauer mit ca. 12 bis 15 Sitzungen veranschlagt wird. (vgl. Vace & Loesch, 1994). Brammer und Shostrom (1982) entwickeln ein Modell der Differenzierung von Beratung und Psychotherapie, die sich an den Extrempolen eines gemeinsamen Kontinuums dort unterscheiden, wo der eine Pol charakterisiert wird durch: kurzzeitige unterstützende und edukative Aktivitäten, Fokussierung auf situationale/kontextuelle Probleme, Problemlösungen und /-bewältigungen im bewussten Bereich und bei ‚normalen‘ Individuen, der andere Extrempol hingegen durch länger währenden Versuche, eine zerstörte Persönlichkeit wieder herzustellen, tiefgehende Analyse und Fokus auf Unbewusstes und unbewusste Prozesse psychisch kranker Individuen. Im breiten Mittelbereich des Kontinuums zwischen den beiden Polen finden sich Beratung und Psychotherapie als Mischung dieser Elemente. Trotz der zu eng geführten Definition analytischer Psychotherapie zeigt das gewählte Bild des Kontinuums doch die Spezifika des Beratungsverständnisses.
5. Schließlich umreißen GELSO & FRETZ (1992) als fünftes einigendes Merkmal und als Aufgabe der Counseling Psychology die Verankerung von Beratung in den Lebenskontexten und die traditionelle Betonung von Erziehung, Bildung und Arbeit/Beruf im Leben von Menschen. Die Schwerpunkte in der Bildungs- und Karriereentwicklung liegen häufig in akademischen Settings, Beraten wird Berufswahl, Berufsentwicklung, Karriereplanung, berufliche Probleme und ihre inner- und außerberuflichen Folgen. Des Weiteren wird die arbeitsweltliche Beratung vorwiegend von der Supervision abgedeckt.

1.2. Beratung in Pflege, Pflegebildung und Betreuung

Für den Kontext der Pflege bleibt noch viel Schnittstellenarbeit offen, die Profilbildung hat erst begonnen.

An späterer Stelle wird auf das Welter-Enderlin-Modell der Fallverstehenden Beratung näher eingegangen.

Theorien als das Wissen um Kenntnis und Erfahrung der eigenen Selbstwirksamkeit, Methodenwissen/ Handwerkskoffer und Feldverstehen/Praxiskompetenz, diese vier Parts bilden das integrale Ganze von Beratungskompetenz.

Wir vertiefen in diesem Fachbuch die feldspezifischen Besonderheiten, weil nur so ein neues Verständnis geweckt und die kollegiale Weiterentwicklung der Dienstleistungsmarke Beratung in Gesundheit, Krankheit und Alter z.B. möglich sein wird. Zwei Linien finden wir in der Theoriebildung: die der Pflegeberatung und die psychosoziale Beratung erweitert um Gesundheit und Krankheit.

Sowohl ‚**Beratung in Pflege, Betreuung und Pflegebildung als auch pflege-relevante Kontexte und Beratung**‘: beides sind Konstruktionen von Sichtweisen, die u.E. auf eine notwendig gewordene integrative Bearbeitung hin drängen.

Was die Handlungsfeld-Bezüge für Beratung angeht, werden hier drei Felder fokussiert:

1. Die Handlungspraxis der Pflegefachkraft in der praktischen Pflege
2. Die Ausbildungen in der Pflege (Krankenpflege, Altenpflege, Kinderkrankenpflege, Hebammen)
3. Die Weiterbildung/,das Studium aller Pflegeberufe

Jedes Feld hat eigene Besonderheiten, Gesetze und institutionelle Rahmungen. Aus diesem Grunde sind im Folgenden umfangreichere Darlegungen der gesetzlichen Bedingungen von Beratung unabdingbar.

2. Normative Rahmungen - gesetzliche Grundlagen von Beratung in Pflege und Pflegeausbildung

In den angrenzenden Professionen wie z.B. in der Sozialen Arbeit wird die BeraterIn oder die Beratung bereits als eine eigene Handlungskompetenz verstanden. Der Internationalisierung geschuldet, ist Beratung derzeit auf dem Weg der Akademisierung und auf dem Weg, sich als eigene Wissenschaft zu verstehen. Beratung ist auch verstärkt dabei, sich als eine spezifische Kompetenz innerhalb der verschiedenen Professionen zu etablieren.

Wie sieht es diesbezüglich in der Pflege aus?

In der heutigen Profession Pflege haben die Interaktionen mit den Patienten oder Klienten doch einen sehr unterschiedlichen Charakter, dies kann ein behandlungspflegerischer Kontakt vor oder nach einer Untersuchung, Operation oder nach Erhalt einer unerwarteten Diagnose oder eines anderen Schicksalsschlages sein, weshalb der Patient ins Krankenhaus kam und nun sein Leben der Erkrankung/ Behinderung anpassen muss, oder der Kontakt entsteht direkt durch die tägliche Grundpflege am Pflegebett im Krankenhaus, im Alten- und Pflegeheim oder in der Wohnung des Patienten durch die Ambulante Pflege. Die Aufzählungen ließe sich noch weiterführen so breit gefächert sind die Aufgabenbereiche der Pflege. Dabei ist nicht zu vergessen, dass bei jedem Umgang mit Patienten auch deren Angehörigen einzubeziehen sind, auf die eine oder andere Weise, auf jeden Fall aber in individueller Weise.

Um die Beratung in der Pflege genauer zu betrachten, die notwendigen Weiterentwicklungen in der Beratungsarbeit, der Pflegebildung und den gesetzlichen Regelungen zu erkennen, ist es notwendig sowohl den gegenwärtigen Zustand der Beratung in der Pflege zu beleuchten als auch den normativen Hintergrund der Beratung in der Pflege mit einzubeziehen.

2.1. Erste gesetzliche Verankerung von Beratung in der Profession Pflege ab 1985

Ein Rückgriff auf die Geschichte der professionellen Pflege würde hier zu weit führen. Gleichsam ist die Historie relevant, wenn es darum geht, scheinbar neue Kompetenzen auszumachen. Bereits sehr früh wird in der Literatur der Geschichte des Kümmerns um Kranke, Verwundete und Alte Menschen deutlich, mit wie viel Wissen und Gewissen versorgt wurde. Lange vor unserer Zeitrechnung bis ins späte Mittelalter übernahmen weise Frauen, Ordensschwwestern, Ordensbrüder, Beginen und auch Angehörige anderer

weltlicher Orden als Heilkundige und Hebammen die Versorgung der Kranken. Zwar lässt sich meist nur erahnen, welche Bedeutung die Kommunikation oder auch Beratung im Laufe der Geschichte hatte, aber es ist anzunehmen, dass die Kranken, Siechen und Alten in einem ganzheitlichen Verständnis versorgt wurden.

So ist gewiss auch jedem aus der Pflege unsere erste Pflegetheoretikerin Florence Nightingale als ‚die Dame mit der Lampe‘ bekannt. Diesen Titel erhielt sie, weil sie des Abends zur ruhiger Stunde durch das Lazarett lief und gezielt sich zu dem einen oder dem anderen Patienten setzte und mit Ruhe und Zeit den Sorgen und Nöten der Soldaten zuhörte, damit diese danach in Ruhe schlafen und sich weiter auf das Gesund werden konzentrieren konnten oder wenn es sein musste auch in Frieden sterben konnten.

Dieses Beispiel aus der Geschichte der Pflege soll verdeutlichen, dass Beratung schon von je her ein Aufgabenbereich der Pflege ist und war.

Auch von den heutigen Pflegekräften wird diese Auffassung geteilt, wie es in einer Studie von KNELANGE (2000) herausgearbeitet wurde.

Schauen wir nun auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen, darin ist der zeitliche Bezug bedeutsam, d.h. wann wurde die Beratung als Tätigkeit in der Pflege auch in einem Gesetz festgehalten?

Hierzu ein kurzer Überblick über die in diesem Kapitel verwendeten Gesetzestexte¹:

1 Die in Abb.1 benannten beratungsrelevanten Paragraphen des SGB XI finden in ungekürzter Form im Anhang ihre Auflistung.

Normative Rahmung im Überblick:

Krankenpflegegesetz 1985 (§ 4 Ausbildungsziel)

- SGB XI, 1995
 - o § 37 Pflegegeld für selbst geschaffte Pflegehilfen
 - o § 45 Pflegekurse für Angehörige und Ehrenamtliche Pflegepersonen
 - o § 7 Aufklärung, Beratung
- Landespflegegesetz von NRW § 4, 1996
- Altenpflegegesetz 2003 (§ 3 Ausbildungsziel)
- Empfehlende Ausbildungsrichtlinien der Altenpflege 2003 (NRW)
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2003 (§ 3 Ausbildungsziel)
- Ausbildungsrichtlinien der Kranken- und Kinderkrankenpflege 2003 (NRW)
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, SGB XI 2008
 - o § 7 Abs. 3
 - o § 7a Pflegeberatung
 - o § 92c Pflegestützpunkte

Abb.1: Normative Rahmung im Überblick

Mit dem ersten Blick in das Krankenpflegegesetz von 1985 ist festzustellen, dass hier die Aufgabe der Beratung als Ausbildungsziel offensichtlich noch nicht enthalten war und der erste kommunikative Anteil das Anregen und Anleiten von gesundheitsförderndem Verhalten ist.

Ist dies wirklich so? Werfen Sie einen Blick in das Ausbildungsziel des Krankenpflegegesetzes:

§ 4 Ausbildungsziel

(1) Die Ausbildung für Krankenschwestern soll Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten vermitteln (Ausbildungsziel). Die Ausbildung soll insbesondere gerichtet sein auf

1. die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten,
2. die gewissenhafte Vorbereitung, Assistenz und Nachbereitung bei Maßnahmen der Diagnostik und Therapie,
3. die Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten,
4. die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen, sowie die Weitergabe dieser Beobachtungen an die an der Diagnostik, Therapie und Pflege Beteiligten,
5. die Einleitung lebensnotwendiger Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
6. die Erledigung von Verwaltungsaufgaben, soweit sie in unmittelbarem Zusammenhang mit den Pflegemaßnahmen stehen.

(2) Die Ausbildung für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Versorgung der Kranken, sowie die damit verbundenen hauswirtschaftlichen und sonstigen Assistenzaufgaben in Stations-, Funktions- und sonstigen Bereichen des Gesundheitswesens vermitteln (Ausbildungsziel)

(Krankenpflegegesetz 1985, §4)

Wenn wir uns im Absatz 1 des Ausbildungszieles die Unterpunkte 3 und 4 genauer anschauen, steht dort klar formuliert, dass die Pflegekraft den Patienten beobachten soll wie es diesem körperlich und auch seelisch geht, dann soll sie analysieren weshalb es ihm so geht, welche Umständen also dessen Gesundheit beeinflussen. Danach sind diese Ergebnisse allen beteiligten Berufsgruppen mitzuteilen. Darüber hinaus soll die Pflegekraft selbst in der Lage sein mit diesen Erkenntnissen auf den Patienten zu zugehen und diesen zu einem gesundheitsfördernden Verhalten anzuregen. Wie die Anregungen dann durchzuführen sind, ist dem Gesetzestext nicht genauer zu entnehmen. In diesen beiden aufgeführten Unterpunkten wird deutlich, dass Beratungskompetenzen bereits im Krankenpflegegesetz von 1985 enthalten sind, diese Aktivitäten allerdings noch nicht unter dem Begriff ‚Beratung‘ zu finden waren, sondern als Umschreibung in ‚Anregen und Anleiten‘ und ‚Beobachtung und Weitergabe‘ als Ausbildungsziel formuliert waren.

Wie bereits erwähnt, ist Beratung auch zur heutigen Zeit noch auf dem Weg eine eigene Wissenschaft zu werden und es fand sich vor 25 Jahren noch keine eindeutige Definition, weder als Wort noch in der Handlung als Konzept. Die Umsetzung der eben beschriebenen Zielformulierungen ist daher auch zu dieser Zeit nicht auszumachen gewesen, weder in der theoretischen Ausbildung noch in der Dokumentation der Pflegepraxis.

2.1.1. Pflege-Personalbedarfsregelung (PPR)

Dass Beratung als pflegerische Tätigkeit aufgefasst wird, zeigt sich auch an der 1993 in Kraft getretenen Pflege Bedarfsregelung. Dies war ein erarbeitetes Tätigkeitsprofil für die klinische Pflege, welches zur Grundlage des Bedarfs von Pflegepersonal galt, der so genannten Pflege-Personalregelung (PPR). Im September 1990 wurde von der Bundesregierung eine Experten-Gruppe aus Fachleuten (Pflegedienstleitungen, Mitarbeiter der Pflegeforschung, verbandsunabhängige Ärzte, Verwaltungsdirektoren) zusammen berufen und erhielten den Auftrag, die Grundlagen für ein neues Personalbedarfsermittlungsverfahren zu erarbeiten. Orientiert hat sich die Experten-Gruppe an dem Pflegemodell nach Juchli ‚Aktivitäten des Täglichen Lebens‘ und berücksichtigten den Zeitaufwand einer aktivierenden Pflege.

Die pflegerischen Tätigkeiten wurden anhand bestehender Studien und Praxiserfahrungen in Minutenwerte festgelegt und in die zwei Pflegearten ‚Allgemeine Pflege‘ und ‚Spezielle Pflege‘ aufgeteilt. Der für die Patienten erforderliche Pflegeaufwand wurde in drei aufeinander abgestufte Intensitätsstufen bewertet, in der: Grundleistung/ erweiterten Leistung/ besonderen Leistung. Diese wurden mit Minutenwerten versehen, welche hier als angenommene Mittelwerte zu verstehen sind (vgl. Zerbe 1995).

Das Tätigkeitsprofil der ‚Allgemeinen Pflege‘ bezog sich auf sechs verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, eine davon ist ‚Kommunikation‘. Von der Expertengruppe wurde vorgesehen dass Kommunikation nur dann zeitlich eine Bewertung finden soll, wenn diese Tätigkeit nicht zeitgleich mit anderen pflegerischen Leistungen erbracht wird, somit wurde hier ein Raum für Kommunikation (Beratung) geschaffen. Je nach Intensitätsstufe sind insgesamt etwa 5 – 10 min pro Patient und Tag in folgenden Bereichen eingeplant:

- Entlastende und Orientierung gebende Patientengespräche
- Begleiten des Patienten in der Phase des Sterbens
- Gespräche mit Angehörigen einschließlich Beratung
- Patientenbezogene Informationsgespräche einschließlich telefonischer Kontakt

Des Weiteren findet auch die Ernährungsberatung an einer anderen Stelle Raum.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Expertengruppe Kommunikation und Beratung als zentrale pflegerische Aufgabe gesehen hat und auch einen gewissen Raum zur Umsetzung bereitstellte. In der Praxis jedoch fand der Leistungskatalog meist nur gekürzt Anwendung. Kommunikation und auch Dokumentation wurden darin kaum noch beachtet (vgl. Zerbe 1995:27 f).

Dieses Instrument der Leistungserfassung wurde nach nur wenigen Jahren offiziell, d.h. bundesweit wieder ausgesetzt, jedoch verwenden manche Krankenhäuser die PPR noch als internes Steuerungsinstrument weiter, um so einen Überblick über den Personalaufwand in der Pflege zu erhalten (vgl. Elsevier 2004:95).

Kurze Zeit nach der Entwicklung der PPR wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt und es gab die ersten Veränderungsimpulse.

2.1.2. Implementierung der Pflegeversicherung 1995

Im SGB XI dem Pflegeversicherungsgesetz, befinden sich im §§37 und 45 die ersten konkreten Beratungsaufträge für Pflegende. Die Vergütung ist von der zuständigen Pflegekasse zu tragen und die Beratung der Pflegefachkräfte kommt den in eine Pflegestufe eingruppierten pflegebedürftigen Personen zugute. Festgehalten ist dies im §37 Abs.3

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die

Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegefachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(SGB XI, §37, Abs.3)

Mit dem ersten Satz des Absatzes 3 setzte das Pflegeversicherungsgesetz den Grundstein, dass hiermit der Pflegefachkraft in pflegerelevanten Fragen eine eigenständige Beratungskompetenz zugestanden wurde und ein Beratungsauftrag zur Pflegeberatung formuliert wurde.

Die Notwendigkeit zur Beratung bestand darin, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern, dies stieß auch bei den Leistungsträgern auf eine breite Zustimmung:

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(SGB XI, §37, Abs.5,6)

Eine weitere Bekräftigung fanden die Pflegenden zur Beratung und Anleitung von Angehörigen im §45 SGB XI

„§45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen“

Pflegende Angehörige und ehrenamtlich Pflegenden erhalten somit unentgeltliche Schulungskurse, um das soziale Engagement zu fördern, die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern, sowie die pflegebedingten körperlichen und seelischen Belastungen zu vermindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln, organisiert werden sie von den Krankenkassen und durchgeführt werden diese von Pflegefachkräften.

Durch diese Gesetzgebungen wurden bereits einige Meilensteine in der Pflege gesetzt und die Diskussionen, wie Beratung in die Pflege integriert werden

kann, begannen. Allerdings war zu diesem Zeitpunkt die Beratung noch nicht in der Pflege verankert, da die Gesetzgebung schneller war, als die Pflege in ihrer Weiterentwicklung sein konnte. Denn 1995 wurde mit dem SGB XI auch der §7 implementiert, in welchem die Pflegekassen unter Zugzwang gerieten ihren Versicherten eigenverantwortlich eine neutrale Präventionsberatung zukommen zu lassen, um sie so in einer gesunden und der Pflegebedürftigkeit vorbeugenden Lebensführung zu unterstützen.

§7 Aufklärung und Beratung

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(...)

(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.

(SGB XI §7 Abs. 1, 2, 4)

Diese Gesetzgebung wurde alsbald auf Länderebene in den Pflegegesetzen umgesetzt, jedoch wurde oftmals nur wenig an die Pflegenden selbst gedacht. Warum war dies so?

Zu diesem Zeitpunkt stand die Akademisierung der Pflege erst ganz am Anfang. Die ersten Absolventen und Absolventinnen von pflegerelevanten Studiengängen in Deutschland wie Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik verließen die Hochschulen. Daher lag es zu dieser Zeit nahe, den Pflegenden im Punkt Beratung nur wenig Beachtung zu schenken. Die gesetzlich verankerte Beratung wurde daher vielerorts von der schon länger akademisierten Profession der Sozialarbeiter erbracht

Auch auf Länderebene zeigen sich diese Tendenzen, hier am Beispiel von Nordrhein-Westfalen:

Im §4 des Landespflegegesetzes (NRW, 1996) wurde vorgesehen, dass die Beratung von Pflegebedürftigen, von Pflegebedürftigkeit Bedrohten und deren Angehörigen im Zusammenwirken von Kommunen den Pflegekassen und den anderen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten erfolgen soll. Somit wurde ein recht großer Pool von beteiligten Berufsgruppen miteinbezogen und die Mehrzahl der Modellversuche und der neuen Konzepte wurden dem sozialen Dienstleistungssektor zugeschrieben.

Dazu ein kurzer Auszug aus der Literatur zum Thema ‚Beratung nach dem Landespflegegesetz‘, zu finden im Teil A, 3.11. Qualifizierung der Beratung:

„Die Frage der Qualifizierung des Beratungspersonals lässt sich theoretisch leicht beantworten, aber im kommunalpolitischen Alltag nur selten lösen. So wichtig eine hinreichende Ausgangsqualifikation auch ist - idealerweise sollte sozialarbeiterische Kompetenz mit pflegerischer Erfahrung verknüpft sein -, so lässt sich auf Dauer allein durch berufsbegleitende Qualifizierung gewährleisten, dass das Personal dem Anspruch der detaillierten Einzelfallberatung gerecht wird.“ (vgl. Asam 1997:43)

Dass zu dieser Zeit das Pflegefachverständnis noch als ‚Erfahrung‘ angesehen wird, lässt natürlich heute jede Pflegefachkraft irritiert aufhorchen. In diesem Auszug wird jedoch deutlich, dass bereits das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen das Bewusstsein hatte, dass pflegerische Fachkompetenz in die detaillierte Einzelfallberatung mit einfließen muss, aber soziale Kompetenzen werden den Pflegefachkräften auf Länderebene nicht zugesprochen. Warum war das so?

In der Pflege schien zu diesem Zeitpunkt die einzige formelle **soziale** Kompetenz das ‚Anregen und Anleiten zu gesundheitsförderndem Verhalten‘ zu sein.

Bereits Ende des Jahres 2001 waren in allen 54 Kreisen und kreisfreien Städten von Nordrhein-Westfalen Pflegeberatungsstellen etabliert. Die Kommunen haben 80% in eigener Trägerschaft, die restlichen obliegen geteilten Trägerschaften, in zwei Kommunen wurde Verbraucherzentralen diese Aufgabe übertragen. Da das Gesetz nur einen ‚Neutralitätsanspruch‘ beschreibt, aber nicht die Trägerschaften definiert, sind nicht unbedingt neue Beratungskapazitäten entstanden, aber die Weiterentwicklung bereits bestehender Beratungsstrukturen war die Folge.

Die Beratungen in diesen Einrichtungen sind vorrangig auf sozialrechtliche Aspekte konzentriert und treffen damit nur partiell die Bedürfnisse der Ratsuchenden (vgl. Asam et al. 1997:241ff; Hurrelmann 2006:863f; Müller-Mundt 2005:46f).

Um die Bedürfnisse der Ratsuchenden zu verdeutlichen greifen wir hier kurz der Zeit voraus und verweisen dazu auf eine unabhängige Nutzerbefragung von Modellprojekten der Patientenberatungsstellen in der Zeit vom Juli 2003 bis Februar 2004. Diese Evaluation der Modellprojekte ist gesetzlich im SGB

V §65 ‚Auswertung der Modellvorhaben‘ festgelegt und somit ist von den Krankenkassen oder ihren Verbänden eine Evaluation der Modellvorhaben nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu veranlassen, welche von unabhängigen Sachverständigen zu erstellen sind. Die Ergebnisse sind zu veröffentlichen.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden von dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld erarbeitet und 2005 veröffentlicht. Dabei wurden alle Nutzer von 17 Beratungsstellen mit einbezogen und es bestand ein Rücklauf von 38%, somit lagen 1292 Fragebögen zur Auswertung vor. Das Ziel dieser Nutzerbefragung bestand darin verschiedene Informationen aus der Sicht der Ratsuchenden zu erfassen, daher wurde eine anonymisierte, standardisierte, schriftliche Befragung durchgeführt.

Ein Hauptanliegen der Studie bestand darin, welche Beratungsanlässe die Nutzer der Pflegeberatungsstellen hatten, dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Wir beschränken uns hier auf die vier am häufigsten genannten Beratungsanlässe.

Die Befragten suchten eine Beratungsstelle zur Unterstützung auf, wegen (vgl. Seidel, 2005:22ff):

- 55,7% gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Problematiken, zu den am meisten genannten Themen zählten Medikamente, Krebs und Krebschmerzen.
- 22% Adressen und Empfehlungen zu medizinisch-pflegerischen Einrichtungen.
- 20% einer Beschwerde oder eines vermuteten Behandlungsfehlers.
- 12,6% Informationen zu sozialrechtlichen Situationen, z. B. Widersprüchen an den Kostenträger wegen Höhe der Eigenbeteiligung.

An dieser Studie wird deutlich, dass an einer Pflegeberatungsstelle aus vorliegender Nutzerbefragung über die Hälfte der Beratungsaufträge, nämlich 55,7% ausschließlich einen gesundheitlichen Charakter besitzen und ausschließlich sozialrechtliche Themengebiete erst bei 12,6% der Aufträge zu finden sind. Dies beschreibt recht signifikant wie partiell nur die Bedürfnisse der Ratsuchenden erfüllt werden können, wenn eine Beratungsstelle hauptsächlich auf die sozialrechtlichen Kompetenzen aufbaut.

Die Diskussionen über Beratung in der Pflege entwickelten sich weiter und verschiedene Pflegewissenschaftler veröffentlichten ihre Stellungnahmen dazu. In der Literatur fällt auf, dass häufig noch die Begrifflichkeiten wie Information, Schulung, Beratung und Anleitung synonym verwandt werden (vgl. Müller-Mundt 2000; Renneke 2000; Schneider, In: Poser 2005:387 f), bzw. noch keine einheitlichen Interpretation für den neuen Beratungsauftrag gefunden wurde.

Der Einblick in andere Länder zeigt, dass viele bereits weiter in der Patienteneducation oder in der Entwicklung von Patienteninformationsmaterialien sind. Darüber hinaus zeigt sich auch, dass Patienteninformation weit über den Sinn des Informierens hinausgeht und eher zu verstehen ist im Sinne von Unterstützung zur Selbsthilfe. Sie beinhaltet somit das Informieren, Schulen und Beraten.

Spätestens hier wird deutlich wie vielschichtig die Situationen in der Pflege sind, an welchen die Pflegekräfte den Patienten informieren, schulen, beraten oder anleiten können.

Abt-Zegelin schreibt dazu sehr treffend: „Pfleger sollten den Auftrag in ihrem Bereich annehmen.“ (Abt-Zegelin 2000:59)

Wie kann dies geschehen?

Auch in anderen Ländern haben die unterschiedlichsten kommunikativen Tätigkeiten der Pflegekräfte bereits für Kreativität gesorgt. So z. B. ist in den USA ein zusammenfassender Begriff für informieren, schulen und beraten gefunden worden, die ‚patient-/ family-education‘. Aus Gründen der internationalen Sprachregelung wurde der Begriff ‚Patienten-/ Familien-Eduktion‘ von verschiedenen Autoren (vgl. Abt-Zegelin 2000; Müller-Mundt 2000) ins Deutsche übernommen.

Aber warum eine neue Begrifflichkeit für drei sehr unterschiedliche Tätigkeiten erfinden?

Einen anderen Einstieg in die Beratungsdiskussion setzte z.B. Bartholomeyczik (2001:414). Sie stellte fest:

„Pflegerkompetenz setzt sich aus vier spezifischen Schwerpunktkompetenzen zusammen:

- Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung,
- Prozesssteuerung,
- Beratungs- und Anleitungsfähigkeiten sowie
- Case und Trajekt-Management.“

Diese Definition geht bereits weit über ‚das Gespräche führen können‘ hinaus. Dennoch greift sie aus unserer Sicht noch nicht die psychosozialen Randbereiche genügend mit ab.

2.2. Aktuelle normative Rahmung der Grundausbildungen

Seit einigen Jahrzehnten ist ein immer schneller werdender Wandel in der Gesellschaft zu beobachten, zum einen haben wir eine demographische Veränderung zu verzeichnen, welche auch durch die sich immer weiterentwickelnde Wissenschaft, Medizin und Forschung unterstützt wird – und zum anderen resultiert daraus, dass eine immer größer werdende Anzahl chronisch Kranker und multimorbider alter Menschen in der Gesellschaft zu versorgen sind. Durch diesen Kontext der gesamtgesellschaftlichen Veränderung entstanden neue Berufsprofile und müssen auch weiterhin neue Berufsprofile entstehen, nach der gesetzlichen Rahmung gilt es die entsprechenden Inhalte bzw. Unterrichtskonzepte dafür zu finden und weiter auszubauen.

2.2.1. Normative Rahmung der Altenpflege

An dieser Stelle nun ein Blick in die Altenpflege, welche seit dem Jahr 2000 ein einheitliches bundesweites Gesetz besitzt und seit 2003 nach mehrmaligem Überarbeiten das aktuelle Altenpflegegesetz darstellt.

Vor dieser Zeit lag die gesetzliche Rahmung dieses Berufes in den Händen der einzelnen Länder, die Zuständigkeit verlagerte sich nun auf Bundesebene, da diese Profession an Wichtigkeit in der Gesellschaft zunahm. Die Ausbildungsziele wurden wie folgt für die 3jährige Grundausbildung festgelegt:

§ 3

(1) Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

1. die sach- und fachkundige, den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen, insbesondere den medizinisch-pflegerischen Erkenntnissen entsprechende, umfassende und geplante Pflege,
2. die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen einschließlich der Ausführung ärztlicher Verordnungen,
3. die Erhaltung und Wiederherstellung individueller Fähigkeiten im Rahmen geriatrischer und gerontopsychiatrischer Rehabilitationskonzepte,
4. die Mitwirkung an qualitätssichernden Maßnahmen in der Pflege, der Betreuung und der Behandlung,
5. die Gesundheitsvorsorge einschließlich der Ernährungsberatung,
6. die umfassende Begleitung Sterbender,
7. die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegekräften, die nicht Pflegefachkräfte sind,

8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten,
9. die Hilfe zur Erhaltung und Aktivierung der eigenständigen Lebensführung einschließlich der Förderung sozialer Kontakte und
10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.

Darüber hinaus soll die Ausbildung dazu befähigen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten und diejenigen Verwaltungsarbeiten zu erledigen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den Aufgaben in der Altenpflege stehen.

(2) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Lehrpläne der Altenpflegesschulen und die Ausbildungspläne der Träger der praktischen Ausbildung.

(AltPflG §3)

In der Profession Altenpflege wird somit das Ausbildungsziel angestrebt in dem Beratung die Position eines übergeordneten Punktes zugesprochen wird und gleichzeitig auch in vier von zehn Unterpunkten mit einfließt.

Dazu vertiefen wir hier schwerpunktmäßig das Thema Beratung aus dem Altenpflegegesetz.

Die Altenpflegefachkräfte besitzen die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Beratung alter Menschen. Dies umfasst insbesondere die Bereiche:

- Ernährungsberatung
- Beratung anderer Berufsgruppen in Pflegehilfstätigkeiten
- Psycho-soziale Beratung alter Menschen
- Angehörigenberatung

Damit in diesen unterschiedlichen Bereichen kompetent beraten werden kann benötigt es einiges Hintergrundwissen welches die Grundausbildung vermitteln will. Schauen wir uns dazu die ‚Empfehlenden Richtlinien‘ der Altenpflegeausbildung des Landes Nordrhein-Westfalens genauer an, kann man dort die Befähigung, d.h. das Erarbeiten der eben genannten Kompetenzen nachvollziehen.

Die empfehlenden Ausbildungsrichtlinien von Nordrhein-Westfalen machen bereits im Teil A dem Begründungsrahmen deutlich, dass ein pädagogischer Einfluss nur indirekt erfolgen kann. Denn durch die verschiedenen Lehr- und Lernprozesse wird ein Angebot gegeben welches den Lernenden ermöglichen soll die eigene Persönlichkeit zu entfalten und weiterzuentwickeln, um da-

durch die Verantwortung zur Anwendung des Wissens und den Umgang mit den eigenen Kompetenzen zu übernehmen (vgl. AltPflG 2003:15 f). Das Bildungsverständnis der Ausbildung liegt also primär auf der Persönlichkeitsentwicklung und Erlangung beruflicher Handlungskompetenzen, was im Teil B der Empfehlenden Ausbildungsrichtlinien, den vier verschiedenen Lernbereichen auch deutlich wird.

Bereits im Lernbereich 1 ‚Aufgaben und Konzepte der Pflege‘, welcher alleine 1200 Unterrichtsstunden umfasst und somit den größten Teil der theoretischen Ausbildung abdeckt, wird das übergeordnete Ausbildungsziel ‚Beratung‘ als eins von drei Zielen der enthaltenen Lernfelder (1.1 – 1.5) formuliert. Diese Perspektive gilt zum einen bis zu den Teil-Lernfeldern dieses Lernbereiches, und zum anderen ebenfalls für die Umsetzung der Empfehlenden Richtlinien in den einzelnen Unterrichtseinheiten.

Lfd. Nr.	Bezeichnung des Lernfeldes	Zeitwert
1.1	Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen	80 Stunden
1.2	Pflege alter Menschen planen, durchführen, dokumentieren und evaluieren	120 Stunden
1.3	Alte Menschen personen- und situationsbezogen pflegen	720 Stunden
1.4	Anleiten, beraten und Gespräche führen	80 Stunden
1.5	Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie mitwirken	200 Stunden
		1200 Stunden

Abb.2: Lernbereich 1:Aufgaben und Konzepte der Pflege (Empfehlende Richtlinie der Altenpflegeausbildung NRW)

Wie in der Abbildung zu sehen, wird im Punkt 1.4 der Richtlinien ganz konkret auf Anleiten, Beraten und Gespräche führen eingegangen, auch wird darauf verwiesen, dass in den Lernfeldern 1.3 und 1.5 sowie in den Lernfeldern des Lernbereiches 2, Anleitungs- und Beratungskompetenzen, die im Zusammenhang mit spezifischen Pflegesituationen wichtig sind noch mal aufgegriffen werden, so dass sich hier eine Möglichkeit zur Differenzierung und Vertiefung bietet.

In den Zielen bzw. Inhalten des Lernfeldes 1.4 sind dann kurze und knapp gehaltene Verallgemeinerungen zu finden, wie, dass die Schülerinnen und Schüler grundlegende Kommunikationsmodelle und Gesprächsformen kennen sollen, es wird aber kein konkretes Modell oder eine konkrete Form genannt.

Für die Altenpflege lässt sich feststellen, dass ein bemessenes Zeitkontingent von 80 Unterrichtsstunden für die Beratung eingeplant ist, welches sich von

den Inhalten her unbedingt als ausbaufähig darstellt, denn es weist die Struktur eines halboffenen Curriculum auf.

2.2.2. Normative Rahmung der Krankenpflege

Etwa zeitgleich mit dem Altenpflegegesetz wurde das neue bzw. aktuelle Krankenpflegegesetz entworfen und trat am 1.1.2004 in Kraft. In diesem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG) erhielt die Beratung als Begriff Einzug und wurde auch gleich zu einem Ausbildungsziel (§3 Abs.2) der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen.

§ 3 Ausbildungsziel

(1) Die Ausbildung für Personen nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 soll entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln. Die Pflege im Sinne von Satz 1 ist dabei unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen auszurichten. Dabei sind die unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen sowie Lebensphasen und die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Menschen zu berücksichtigen (Ausbildungsziel).

(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:
 - a) Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege,
 - b) Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,
 - c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit,
 - d) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes,
2. die folgenden Aufgaben im Rahmen der Mitwirkung auszuführen:
 - a) eigenständige Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen,
 - b) Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation,
 - c) Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,
3. interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und dabei multidisziplinäre und berufsübergreifende Lösungen von Gesundheitsproblemen zu entwickeln.

(3) Soweit in Modellvorhaben nach § 4 Abs. 7 erweiterte Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erprobt werden, hat sich die Ausbildung auch auf die Befähigung

gung zur Ausübung der Tätigkeiten zu erstrecken, für die das Modellvorhaben qualifizieren soll. Das Nähere regeln die Ausbildungspläne der Ausbildungsstätten.

(KrPflG 2003, §3)

Im Bezug auf Beratung wird in der Krankenpflegeausbildung das Ziel angestrebt, dass die Schülerinnen und Schüler dazu befähigt werden, die Beratung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugsperson in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit eigenverantwortlich ausführen zu können.

Die benannten Ausbildungsziele sind korrespondierend mit den Prüfungsbestimmungen zu denken, denn dort wird das Erreichen der Ausbildungsziele überprüft und die beraterischen Kompetenzen werden dort vielfach sowohl beim Prüfling als auch bei den Fachprüfern eingefordert.

Mit dem neuen Gesetz wurden ebenfalls neue Ausbildungsrichtlinien implementiert, bzw. neue Curricula erarbeitet. Auch hier schauen wir uns genauer an wie die Ausbildungsrichtlinie zum Thema Beratung formuliert wurde, dies wieder am Beispiel des Landes Nordrhein-Westfalen (vgl. Hundeborn 2003).

In diesen Richtlinien werden bereits im ersten Punkt vom Teil A, die Veränderung der Pflege deutlich hervorgehoben.

„I.1. Berücksichtigung neuer Anforderungen an die Ausbildung in den Pflegeberufen“

Es wird klar dargestellt, dass sich die Profession Pflege von traditionellen Orientierungen lösen muss und sich nicht nur auf medizinische Kuration in Krankenhäusern beschränken kann. Die Pflege braucht einen größeren perspektivischen Blickwinkel für ihre Profession, die Wissensbasis dazu ist die Pflege- und Gesundheitswissenschaft. Aus diesem Wissen zeigt sich auch, dass die Pflegenden sehr viel mehr in ihren kommunikativen und empathischen Kompetenzen gestärkt und ausgebildet werden müssen. Gleichwohl einen entsprechend hohen Stellenwert soll auch die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung einnehmen, damit die Pflegenden auch in immer mehr Arbeitsfeldern kompetent arbeiten können. Nicht nur die Gesetzeslage hat sich geändert sondern auch die soziodemographische Zusammensetzung der Bevölkerung hat sich gewandelt, es ist eine Steigerung in der Art der Versorgung und Betreuung von multi-morbiden oder chronisch Erkrankten angezeigt. Auch die veränderten Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens und eine daraus resultierende wachsende Vielfalt an Versorgungssystemen sind zu berücksichtigen. Das Berufsprofil der Krankenpflege hat sich dem wandelnden Kontext der Gesellschaft anzupassen.

Deshalb ist die Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpfleger auf die zentralen Forderungen der Zukunft auszurichten, also auf eine Qualitätssich-

erung der Pflege sowie eine Strukturreform der Pflegeausbildung, um eine einheitlich und generalistisch ausgerichtete Qualifizierung zu gewährleisten.

Aus diesen Gründen wird im Teil A der Ausbildungsrichtlinien deutlich gemacht, dass in allen Lernbereichen bis hin zu den Zielsetzungen der einzelnen Lerneinheiten, also der kleinsten Einheit der Richtlinie, auch berufsübergreifende Qualifizierungen zum tragen kommen und diese als übergreifende Zielsetzungen der Ausbildungsrichtlinien zu verstehen und umzusetzen sind:

- Fachliche Kompetenz
- Sozial-kommunikative Kompetenz
- Methodische Kompetenz
- Personale Kompetenz

Diese übergreifenden Ziele bzw. Kompetenzen sind zum einen die Basis aber auch der Bezugspunkt für jede Einzelzielsetzung der Ausbildungsrichtlinie und ferner sind sie allen Lernprozessen der Ausbildung (also sowohl denen in der theoretischen als auch denen in der praktischen Ausbildung) übergeordnet (vgl. Hundenborn 2003:14 f).

Im Teil B der Ausbildungsrichtlinien von NRW sind vier Lernbereiche (LB) der Ausbildung detailliert aufgelistet und somit in verschiedene Teilbereiche (TB) und diese wiederum in mehrere Lerneinheiten (LE) gegliedert. Jede dieser Lerneinheiten beschreibt eigenständige Ziele und Inhalte, sowie eine Stundenempfehlung.

Lernbereich I: Pflegerische Kernaufgaben	Zeit-empfehlung
Teilbereich: Aktivierend und/ oder kompensierend pflegen	302 Stunden
Teilbereich: Bei der medizinischen Diagnostik und Therapie assistieren und in Notfällen handeln	266 Stunden
Teilbereich: Gespräche führen, beraten und anleiten	110 Stunden
Teilbereich: Organisieren, planen und dokumentieren	94 Stunden
Teilbereich: Menschen in besonderen Lebenssituationen oder mit spezifischen Belastungen betreuen	248 Stunden
	1020 Stunden

Abb.3: Lernbereich I der Ausbildungsrichtlinien NRW

Wie die Abbildung zeigt, umfasst der Lernbereich I in etwa die Hälfte der theoretischen Ausbildungszeit, da hier davon ausgegangen wird, dass diese in der Tabelle benannten Tätigkeiten in der Gegenwart und in der Zukunft den Kern des Pflegeberuflichen Handelns ausmachen.

Wissend der Befähigung der übergeordneten Kompetenzen aus Teil A der Richtlinien, nun der Blick in den Teilbereich ‚Gespräche führen, beraten und anleiten‘, welcher in fünf Lerneinheiten unterteilt ist:

- LE I.19 Gespräche führen
- LE I.20 Beraten und anleiten
- LE I.21 Gespräche mit Pflegebedürftigen und Angehörigen führen
- LE I.22 Gespräche mit KollegInnen und Vorgesetzten führen
- LE I.23 Zu pflegeinhaltenlichen Fragen beraten und anleiten

In diesen Lerneinheiten wird, wie es die Überschriften auch versprechen, auf die unterschiedlichen Kompetenzen eingegangen, auch wird immer wieder darauf hingewiesen, verschiedene Ansätze, Theorien oder Modelle der Beratung und Kommunikation in den Unterricht mit einzubeziehen. In zwei der Lerneinheiten werden auch Konzept-Vorschläge der Beratung bzw. Kommunikation mit aufgeführt, aus welchen Gründen diese Konzepte und keine anderen gewählt wurden wird allerdings nicht deutlich auch wird auf die Inhalte dieser Konzepte nicht weiter eingegangen.

In der Lerneinheit I. 23 werden sechs weitere Lerneinheiten aufgeführt:

- Haut- und Körperpflege;
- Mund- und Zahnpflege;
- Sich bewegen;
- Essen und Trinken;
- Ausscheiden;
- Atmen

In welchem die Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen und Gesundheits- und KinderkrankenpflegeschülerInnen dazu befähigt werden Pflegebedürftige und/ oder ihre Angehörigen zu diesen ausgewählten Pflege-themen zu beraten und/ oder anzuleiten.

Weitere Sequenzen zur Beratung und/ oder Anleitung werden in der gleichen Lerneinheit empfohlen:

- Bei der Wundbehandlung assistieren
- Schmerzbelastete Menschen pflegen
- Sterbende Menschen pflegen

Deutlich wird hier aus den Ausbildungsrichtlinien von NRW, dass der Auftrag der Beratung in der Pflege sehr wohl angenommen wurde, allerdings auch in der Umsetzung noch das konkrete Konzept fehlt und auch hier Konzeptvorschläge eher eine Beispielfunktion erfüllen.

Bereits hier wird empfohlen, dass beraterische Kompetenzen über die Grundpflege Tätigkeiten in der Pflege hinausgehen sollten.

Diese Empfehlung ist eine wichtige Überleitung zu den Diskussionen der Pflegeversicherungsreform von 2008.

2.3. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) und Beratung in der Pflege

Seit Implementierung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 gab es keine prägnanten Veränderungen des Elften Sozialgesetzbuches. Erst mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, welches zum 1. Juli 2008 in Kraft trat, ist eine strukturelle Weiterentwicklung zu verzeichnen. Wie bereits 1995 sind auch 2008 wieder neue Elemente im Sozialgesetzbuch bezüglich der Beratung in der Pflege auszumachen – ‚§7a Pflegeberatung‘ und ‚§92c Pflegestützpunkte‘.

Diese Elemente der Gesetzgebung beziehen sich zwar auf das tägliche Handeln in dem Handlungsfeld der ambulanten Pflege, sie können gleichermaßen im Rahmen der Grundausbildung bereits in die Stärkung der Fach- und der Sozial-kommunikativen Kompetenz hineinreichen und nehmen somit auch einen Stellenwert in der Persönlichkeitsentwicklung der Pflegefachkräfte ein.

Im §7 ist der Absatz 3 neu verfasst worden, der für die Pflegeberatung als Pflichtleistung der Pflegekassen einen neuen Stand bringt:

§7 Abs.3

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

SGB XI, §7 Abs.3

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz versucht die rechtlich zustehende pflegerische Unterstützung und Betreuung für den Pflegebedürftigen unkomplizierter zu gestalten. Sie steigert zudem den Wettbewerb der Pflegekassen. Der Gesetzgeber **verpflichtet** die Pflegekassen dazu, dem Pflegebedürftigen und dem Versicherten mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf die folgenden Informationen zukommen zu lassen:

- Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen,
- wo die nächstgelegenen Pflegestützpunkte und Pflegeberatungsmöglichkeiten sind,
- Beratung und Unterstützung durch Pflegestützpunkte und der Pflegeberatung sind unentgeltlich

Die Pflegekassen sollen hinweisen auf:

- Angebot der unentgeltlichen Beratung um die individuelle Pflegeleistung zu ermitteln
- Veröffentlichungen der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
- Unterrichten und beraten über niedrigschwellige Betreuungsangebote

Durch diese Fülle an Informationen und individuellen Beratungsmöglichkeiten, welche die Pflegekassen ermöglichen, wird daher der Versicherte als mündiger Bürger anerkannt und in die Verantwortung miteinbezogen, somit zum Experten seiner eigenen Pflegebedürftigkeit gemacht. D.h. der Versicherte kann sich in die Lage versetzen für die eigene individuelle Pflegebedürftigkeit, die angemessenen Maßnahmen und Leistungen erst einmal durch unterstützende Beratung in Erfahrung zu bringen um diese dann auch nach seinen Vorstellungen zu erhalten. Somit können viele chronisch Erkrankte, aber auch multimorbide Menschen länger und/ oder auf Dauer in ihrer häuslichen Umgebung bleiben um dort zu leben. Eine Institutionelle Einrichtung müssen sie dann nicht oder erst im weiteren Verlauf der Erkrankung in Anspruch nehmen.

2.3.1. Die Pflegeberatung im Kontext des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

Mit dem § 7a des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist es dem Gesetzgeber ein Anliegen dem Tätigkeitsprofil und den Aufgaben eines Pflegeberaters eine angemessene Rahmung zu geben. Mit dem ersten Satz (§ 7a Abs.1 Satz 1) erhält die Pflegeberatung ihre Definition und bereits der Folgende macht deutlich welche fünf Hauptaufgaben die Pflegeberatung insbesondere verfolgen soll:

§7a Abs.1, 2 und 3

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflege-

beraterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

SGB XI, §7a Abs.1,2,3

In der Pflegeberatung ist also mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung der Hilfebedarf festzustellen und zu analysieren, mit diesem Wissen ist ein individueller Versorgungsplan zu erstellen welcher die erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen/ pflegerischen/ sozialen Hilfen beinhaltet. Die Erstellung sowie auch die Umsetzung des Versorgungsplans sind im Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Ebenfalls gehört zur Aufgabe der Pflegeberatung die so ermittelten und erforderlichen Maßnahmen beim entsprechenden Leistungsträger zu beantragen, sowie die Durchführung des erstellten Versorgungsplans zu überwachen, einer veränderten Bedarfslage anzupassen und den Hilfeprozess (bei besonders komplexen Fallgestaltungen) auszuwerten und zu dokumentieren.

Im Abs.2 wird klar formuliert dass auf Wunsch des Pflegebedürftigen auch Angehörige und Lebenspartner, also das engere soziale Umfeld, in die Beratung miteinbezogen werden können. Auch kann die Beratung wahlweise in der häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung ihr Setting finden, also im Sinne einer zugehenden Beratung.

Hier gibt der Gesetzgeber den Pflegeberatern und den Klienten Raum zur Gestaltung der Beratung. An dieser Stelle sei auf die Studie des Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln hingewiesen, die später noch erläutert wird. Sie zielt auf die zugehende Beratung für pflegende Angehörige ab und wurde durch den GKV-Spitzenverband gefördert.

Im Abs.3 wird den Pflegekassen vorgeschrieben entsprechend qualifiziertes Personal als Pflegeberater und Pflegeberaterinnen einzusetzen, um die per-

sönliche Beratungen der Versicherten durchzuführen. Als qualifiziertes Personal werden

- Pflegefachkräfte
- Sozialversicherungsfachangestellte
- Sozialarbeiter

anerkannt.

Diesen drei Berufsgruppen werden durch den Gesetzgeber allerdings eine Einschränkung zuteil, indem diese die Tätigkeit des Pflegeberaters nur mit der ‚jeweils‘ erforderlichen Zusatzqualifikation ausüben dürfen. Dies bedeutet, dass die erforderlichen Zusatzqualifikationen den Berufsbildern individuell, bzw. den Fachkräften der einzelnen Berufsbilder individuell angepasst werden müssen.

Gleich folgend wird festgelegt dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV) zur erforderlichen Anzahl und auch Qualifikation von Pflegeberatern eine Empfehlung erstellen soll.

Hier ist anzumerken, dass der Gesetzgeber der GKV die Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zwar in Auftrag gibt, aber die Empfehlungen eben auch nur diesen Charakter haben.

Die Qualifikationsanforderungen, die zum 30. Juni 2011 erfüllt sein ‚müssen‘, finden wir in § 7a Abs.3 Satz 2 SGB XI:

„Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.“ (§ 7a Abs.3 Satz 2-5 SGB XI)

Dies macht deutlich, dass vom Gesetzgeber keine Richtlinien über Anzahl und Qualifikationen des Pflegeberaters vorgesehen sind, sondern es bei Empfehlungen der GKV bleiben soll.

Welche Empfehlungen der GKV zu diesem pflegerischen Tätigkeitsbereich in die Wege geleitet hat wird an anderer Stelle näher beschrieben.

2.3.2. Pflegestützpunkte

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde ebenfalls der §92c implementiert, welcher nicht nur Tätigkeiten der Pflege in einem bereits bestehendem Gefüge definiert, sondern ein neues Handlungsfeld der Pflege erschließt. Dieses neue Handlungsfeld der Pflegestützpunkte, ist Bundesgesetz, ihre Einführung obliegt jedoch den Landesbehörden. Werden die Stützpunkte vom Land bestimmt, liegt es an den Pflegekassen und den Kran-

kenkassen Pflegestützpunkte für die Versicherten einzurichten und eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung zu gewährleisten.

§92c Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger
 1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
 2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereitete Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,

3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen,
4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

SGB XI, §92c Abs.1,2

Hatte jemand bisher unerwartet einen pflegebedürftigen Angehörigen zu versorgen oder hatte ein Versicherter selbst Pflege-, oder Sozialleistungsrelevante Fragen oder benötigte er beim sonstigen Hilfsangebot Unterstützung, gab es bisher keine zentralen Anlaufstellen.

Durch den §92c des Elften Sozialgesetzbuches gibt es nun in Form der Pflegestützpunkte eine Anlaufstelle für Pflegebedürftige und deren Angehörige, welche dort eine unabhängige Beratung und Auskünfte übergesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative und sonstige medizinische sowie pflegerische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote erhalten können. Hier noch einmal konkret die Aufgaben der Pflegestützpunkte aus dem Gesetztext:

„Aufgaben der Pflegestützpunkte sind:

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“ (SGB XI, §92c Abs.2, Satz 1)

Ganz besonders wird hier im §92c Abs.2 letzter Satz darauf hingewiesen, dass die entsprechenden Träger Pflegefachkräfte in die Tätigkeiten der Pflegestützpunkte einbinden ‚sollen‘. Des Weiteren ‚sollen‘ die Träger interessierten religiösen und gesellschaftlichen Trägern die Beteiligung an den Pflegestützpunkten ermöglichen und ebenfalls ‚sollen‘ die Träger der Pflegestützpunkte mit den Trägern der Arbeitsförderung und der Grundsicherung für Arbeitssuchende zusammenarbeiten.

Für die Tätigkeit in den Pflegestützpunkten werden lediglich Vorschläge formuliert, so zum Beispiel auch den, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen oder ehrenamtlich Tätige eingebunden werden können, oder die Träger die Möglichkeit haben, eine ‚Dritte Stelle‘ zu integrieren offen bleibt um die Aufgaben der Träger auch erfüllen zu können.

Pflegefachkräfte werden als einziges konkretes Berufsbild benannt, die von den Trägern in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden ‚sollen‘; so entsteht für Pflege ein neues Handlungsfeld.

In der historisch geprägten Analyse rechtlicher Rahmenbedingungen für die Pflege(-ausbildungen) zeigt sich, dass Beraten als Handeln im Pflegeprozess im Zusammenhang mit schulen/ anleiten und unterstützen in der Krankheitsbewältigung eine große Nähe zum traditionellen Beratungsverständnis im Sinne ‚gute Gespräche führen‘ aufweist. Dies wird nicht zuletzt in den prüfungsrelevanten Kompetenzen deutlich.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde das Berufsbild ‚Pflegeberatung‘ in den institutionellen Kontext der Kranken- bzw. Pflegeversicherungen gestellt.

Es handelt sich hierbei um eine interessengeleitete Beratungsdienstleistung für die Versicherten mit Hilfebedarf. Die Rollenanforderungen an diese Pflegeberater können aus den Ausbildungscurricula abgeleitet werden.

3. Systemische Bezüge von Pflege und Beratung

Seit der Implementierung des aktuellen Krankenpflegegesetzes ist eine steigende Zahl an Veröffentlichungen zum Thema ‚Beratung in der Pflege‘ zu beobachten. Verschiedene Autoren beschreiben Beratung als ein neues pflegerisches Handlungsfeld, welches dringend benötigt wird und durch ein sich kontinuierlich veränderndes Aufgabenfeld in der Pflege begründet ist (vgl. Koch-Straube 2002:87; Mertin 2005:2).

Ein Blick in ältere Literatur, bzw. in die Pflegegeschichte macht deutlich, dass Krankheit von jeher nicht als ein rein naturgebundenes Phänomen betrachtet wurde und die Ursachen von Krankheiten und deren Heilung mit der religiös-geistigen Welt, den ökologischen und sozialen Umwelten, dem Lebenswandel und der Lebenssituation der Kranken in Verbindung gebracht wurden. Somit in den Ursachen der Krankheiten immer auch ein Wirkungsprinzip zu Grunde lag. Daher ist es auch nur nahe liegend, dass Heilkundige und Pflegenden Einfluss auf die Komplexität des Krankheitsgeschehens in all ihrer Vielfalt nahmen (vgl. Drerup 1990:9ff; Koch-Straube 2008:11 ff). Dieser Einfluss bestand und besteht nicht nur in den grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten, sondern auch in den kommunikativen, d.h. den anleitenden und beraterischen Kompetenzen einer Pflegekraft.

Auch stellt sich die Frage danach, wie heute die Pflegekräfte zur Beratung stehen und wird sie als Aufgabe der Pflege gesehen?

3.1. Zum Verständnis von Beratung in der Pflege

Um das Verständnis von Pflegenden über Beratung genauer zu erkunden, verweisen wir auf die Ergebnisse zweier empirischer Studien (vgl. Knelang 2000), die beide in 2000 veröffentlicht wurden. Neuere Studien zu diesem Thema sind in der eingesehenen Literatur nicht gefunden worden.

Beide Autoren entschieden sich für den qualitativen Forschungsansatz, um die Erfahrungen der Befragten nicht durch vorgegebene Antworten einzuschränken. Die Methoden der Datengewinnung waren leitfadengestützte Experteninterviews, welche mit Tonband aufgenommen wurden um diese anschließend zu transkribieren. Die Auswertung des erlangten Datenmaterials, erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

Die Befragten waren Pflegekräfte mit dreijährigem Staatsexamen und arbeiteten in stationären Bereichen der Krankenpflege. Die Diplomarbeit von Christel KNELANG konzentrierte sich auf die psychiatrische Krankenpflege und die von Martin SCHIERON auf den somatischen Bereich. Der Aus-

gangspunkt beider Arbeiten besteht auf der These: Beratung ist ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege.

Im Folgenden werden beide Studien kurz beschrieben und jeweils die Ergebnisse dargestellt.

3.1.1. Qualitative Studie in der psychiatrischen Krankenpflege

Die wichtigste Frage dieser Studie bestand darin, „ob das Führen von Gesprächen und im besonderen die Beratung ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege sei“ (...). Ein weiteres Interesse lag darin zu erfahren, „ob sich Pflegekräfte in der Psychiatrie durch ihre Ausbildung für diese Bereiche befähigt und qualifiziert fühlen.“ (...)

Als besondere Auswahlkriterien der Befragten war verlangt, dass diese mindestens seit zwei Jahre auf einer psychiatrischen stationären Abteilung tätig sind, welches an ein Allgemeinkrankenhaus angeschlossen ist. Ein Teil der Befragten sollte über eine psychiatrische Zusatzausbildung verfügen.

In dieser Studie wurden 11 Interviews durchgeführt, alle Befragten hatten eine abgeschlossene dreijährige Krankenpflegeausbildung, 6 davon besaßen die psychiatrische Fachweiterbildung, die Berufserfahrungen nach dem Examen lagen zwischen 2 und 29 Jahren.

Christel KNELANGE beschreibt, dass in der psychiatrischen Personalverordnung und der psychiatrischen Pflegeliteratur, Gespräche zu führen bereits im Jahre 2000 Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege war und in geringem Maß auch in der dreijährigen Krankenpflegeausbildung integriert wurde. Zugleich findet Beratung in der Personalverordnung keine Erwähnung und taucht auch in der Literatur nur selten auf. In der psychiatrischen Fachweiterbildung in Nordrhein-Westfalen ist allerdings die Patientenberatung mit einem hohen Stellenwert integriert.

Die Studie ergab im Wesentlichen:

- Alle Befragten waren der Meinung dass Beratung ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege sei. Eine Pflegekraft bemerkte, dass die Zeit in der sie sich mit einem Patienten und seinen Problemen auseinandersetzt keine Pflege sei. Eine weitere gibt an, dass die Grenze zwischen pflegerischer Beratung und Psychotherapie unscharf sind.
- Fast alle Pflegekräfte verstanden unter Beratung zu informieren, aufzuklären, Tipps und konkrete Hilfestellung zu geben oder Ratschläge zu erteilen. Eine Befragte mit Zusatzausbildung verstand unter Beratung eine Begleitung, eine Unterstützung des Patienten in seinem Vorhaben Probleme zu erkennen und selbst zu lösen.

- Die meisten Befragten fühlten sich in manchen Gesprächssituationen unsicher oder überfordert z.B. im Umgang mit aggressiven und suizidalen Patienten oder, wenn im Gespräch immer wieder die gleichen Probleme angesprochen wurden. Dieses wurde von Pflegekräften mit und ohne Zusatzausbildung angegeben.

Anhand der ausgewerteten Interviews, erhielten die Pflegekräfte mit Fachweiterbildung die Qualifikation zur Gesprächsführung und Beratung aus derselben. Keine der anderen Pflegekräfte hatte ihre Qualifikation aus der Grundausbildung, diese bezogen sich hauptsächlich auf ihre Berufs- und Lebenserfahrung. Eine Pflegekraft gab an, dass das Gefühl und Verständnis Gespräche zu führen, „so ein bisschen angeboren, so eine Vererbungssache in Anführungszeichen [ist]“ (Knelange 2000:7)

Auf die Frage wie jemand zu Beratungskompetenzen gelangen kann, gaben die Befragten mit Zusatzausbildung an, dass Fortbildungen alleine nicht ausreichen würden. Sie wünschten sich verschiedene Übungsmomente. Entweder um anhand eines Beispiels Beratungstechniken zu erlernen, oder über einen längeren Zeitraum einen Profi zu begleiten oder auch in ein beratungskompetentes Team hineinzuwachsen und dort angelernt zu werden. Zwei der Befragten mit Zusatzausbildung fühlten sich ausreichend für Beratung qualifiziert.

Eine der Pflegekräfte gab zu bedenken, dass es manchmal schwierig sei, sofort Zeit und auch Räumlichkeit für ein Gespräch zu finden. Da sie weder einen entsprechend dafür vorgesehenen Raum noch einen definierten Zeitrahmen habe um Gespräche zu führen.

Im spezifischen pflegerischen Handlungsfeld der Psychiatrie konnte gezeigt werden, dass sich Beratungsverständnisse im Sinne von ‚gute Gespräche führen‘ und dem Problemlösungsansatz auffinden lassen. Fragen zur Entwicklung und Weiterentwicklung von beraterischen Kompetenzen reiben sich hier an den räumlichen und wie den zeitlichen Bedingungen.

3.1.2. Qualitative Studie in der somatischen Krankenpflege

Ausgehend von der These, dass Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist, sind in dieser Studie die zentralen Fragen: „Wird Beratung als Arbeitsauftrag gesehen?“ und „Fühlen sich die Pflegekräfte einer solchen Aufgabe gewachsen?“ Besondere Auswahlkriterien der Befragten bestanden neben den oben genannten in keiner weiteren Zusatzqualifikation und einer aktuellen Berufstätigkeit ausschließlich auf allgemeinen Pflegestationen.

Es wurden 12 Interviews durchgeführt, davon hatten alle Befragten eine abgeschlossene dreijährige Krankenpflegeausbildung und waren im Lebens-

alter von 22 bis 41 Jahren. Die Berufserfahrung lag zwischen 1½ und 17 Jahren.

An dieser Studie nahmen Pflegekräfte aus sechs verschiedenen Bereichen teil: Pneumologie, HNO, Allgemein-Chirurgie, Innere Station, Gynäkologie/Geburtshilfe und Neurologie (vgl. Knelange 2000).

Martin SCHIERON gliedert die Interviewergebnisse seiner Studie in 9 Kategorien auf, die wesentlichen Punkte wurden zusammengefasst:

1. Kategorie: Was verstehen Pflegekräfte unter Beratung?

Unter dem Begriff Beratung wird primär verstanden, das Vermitteln von Informationen, Erklären von fachspezifischen Fragen, aber auch eine in speziellen Institutionen erbrachte Dienstleistung.

Die eigenen kommunikativen Anteile ihrer Arbeit beschreiben sie mit Worten wie: Schwätzchen halten, Hilfe geben, auf den Patienten eingehen jedoch der Begriff ‚Beratung‘ scheint den Befragten diesbezüglich sehr fremd.

2. Kategorie: Wie ordnen Pflegekräfte den kommunikativen Aspekt ihrer Tätigkeit unter professioneller Sichtweise ein?

Den Pflegekräften wurden drei Beratungsformen vorgestellt: Alltagsberatung/ -gespräch, psychosoziale Beratung, klinische Beratung. Anschließend sollten sie diesen Begriffen die von ihnen geführten Gespräche zuordnen.

Ein Drittel benennt ausschließlich die Alltagsberatung.

Ein Drittel benennt ausschließlich die psychosoziale Beratung.

Ein Drittel benennt die Alltags-, die psychosoziale Beratung und zum Teil auch die klinische Beratung.

Die starke Betonung der Alltagsberatung lässt für SCHIERON zwei Schlüsse zu. Zum einen liegt nahe, dass die Befragten den Anfragen durch Patienten und Angehörigen keinen hohen Wert beimessen, da dies alltäglich passiert. Zum Weiteren und noch wichtiger darzustellen ist, dass die Befragten oft den Berufsalltag nicht vom alltäglichen Privatleben trennen, also ein berufliches Verhältnis zum Patienten nicht von einem privaten Verhältnis trennen. Ist dem so, deutet dies auf mangelnde reflexive Kompetenzen um die eigene berufliche Rolle reflektieren zu können.

3. Kategorie: Liegen Beratungsanfragen im pflegerischen Verantwortungsbereich?

Die Befragten werden mit vielen Beratungsanfragen konfrontiert, nahezu alle kooperierenden Berufsgruppen eines Krankenhauses sowie Patienten und Angehörige wenden sich mit spezifischen Anfragen an sie.

Außer für Aufklärungsgespräche über bevorstehende Untersuchungen und die häusliche Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt, fühlen sich die Pflegekräfte für alle Anfragen von Seiten der Patienten und Angehörigen verantwortlich. Diese Wahrnehmung der Beratungsaufgaben hängt allerdings

stark von dem subjektiven Empfinden der einzelnen Pflegekraft ab. Denn den Beratungsaufgaben werden ganz unterschiedliche Wertigkeiten zu gesprochen, von ‚gehört halt dazu‘ bis ‚sehr wichtig‘ und ‚entscheidend für meine Berufswahl‘.

Auch Beratungsanfragen aus der eigenen Berufsgruppe fallen in ihren Verantwortungsbereich, allerdings nur eingeschränkt. Dies ist hauptsächlich der arbeitsbezogene Informationsaustausch und Austausch über problematische Arbeitssituationen.

Hier vermutet SCHIERON, dass der hohe Grad der subjektiven Bewertung von Beratung auch Auswirkung auf die Annahme von Beratungsaufträgen hat. Besonders bei Anfragen welche weniger Fachwissen als menschliche Zuwendung bedürfen, bleibt es der einzelnen Pflegekraft überlassen, ob sie diese annimmt, diese weiterleitet oder gar nicht annimmt.

4. Kategorie: Wie wurde die vorhandene Beratungskompetenz erworben?

Alle Befragten geben an, diese Kompetenzen nicht in der Ausbildung erworben zu haben. Die meisten benennen die Lebens- und Berufserfahrung als ‚Lehrmeister‘. Einige Befragte meinen, sie hätten diese Kompetenzen in die Wiege gelegt bekommen.

Es wird deutlich dass jede Pflegekraft andere, subjektive Erfahrungen im Pflegealltag macht, diese auf neue Situationen anwendet und somit Beratung als keine einmalige und individuelle Tätigkeit erkennt.

5. Kategorie: Wodurch werden Pflegekräften bei Gesprächen mit Angehörigen/ Patienten Grenzen gesetzt?

Die Befragten geben äußere Faktoren an, wie: Zeitdruck, rechtliche Unsicherheiten („Was darf ich sagen?“), und auch personeneigene Aspekte, wie: mangelnde Kenntnisse über den eigenen Umgang mit belastenden Gesprächen. Beratungsanfragen von Patienten und/ oder Angehörigen werden häufig nicht bearbeitet da die Pflegekräfte diese Situationen als zu belastend empfinden. „Je mehr ertragen werden kann, desto mehr wird beraten.“(...) Hier kann vermutet werden, dass nicht erlernte Selbstreflexionsfähigkeiten durch Subjektivität ersetzt wird.

6. Kategorie: Wie wichtig ist die Beziehung zum Gesprächspartner beim Führen beruflicher Beratungsgespräche?

Hier bedingt viel die Sympathie oder Antipathie zum Ratsuchenden. Wenn die Beziehung zum Ratsuchenden als „stimmig“ empfunden wird, kann das erwünschte Maß an Beratung stattfinden, wenn nicht, fällt die Beratung „schon etwas anders aus“(...).

7. Kategorie: Wie fühlen sich Pflegenden unter belastenden Pflegesituationen?

Die Befragten bewegen sich in einem Problemlösungsverhalten und setzen sich damit unter Druck für den Ratsuchenden auch sichtbar etwas bewegen zu wollen. Aus diesem Grund fühlen sie sich bei intensiven Beratungsgesprächen (z. B. über Tod, Krebs, allgemeine Ängste) oft hilflos, zwiespältig oder überfordert.

Für sich selbst empfinden die Befragten Gespräche in schwierigen Situationen als entlastend, trotzdem wird dem Gespräch mit Patienten kaum eine Wirkung zugesprochen.

8. Kategorie: Wie verarbeiten Pflegekräfte diese Belastung?

Zwei der Befragten haben die Möglichkeit einer Supervision und empfinden diese als sehr entlastend. Die anderen Pflegekräfte geben individuelle Verarbeitungsmechanismen an, z.B. Gespräche im privaten Umfeld, eigene Fähigkeit der Distanzierung, aber auch Teilzeitarbeit wird genannt.

Hier wird deutlich dass für den größten Teil der Befragten durch den Arbeitgeber keine Möglichkeiten geboten werden mit Belastungen des Pflegealltags umzugehen und sie so mit diesen Belastungen alleine gelassen werden. Für einige erscheint die Auseinandersetzung durch private Strukturen ausreichend, andere leiden jedoch darunter.

9. Kategorie: Welche Hilfen wünschen sich Pflegekräfte, um mit diesen Belastungen klar zu kommen?

Bei dieser Frage äußerten sich zwei Drittel, denn genau der Anteil der Befragten, die mit den bereits zu Verfügung stehenden Mitteln nicht zufrieden sind.

Als Wünsche wurden genannt, der vermehrte kollegialen Austausch und bevorzugt die Supervision. Eine Befragte äußerte die Möglichkeit der eigenen Fort- und Weiterbildung.

In den abschließenden Betrachtungen dieser Studie wird deutlich, dass von den Pflegekräften Beratung durchgeführt wird, allerdings ist nicht klar darzustellen ob dies als persönlicher oder beruflicher Auftrag gesehen wird. Deutlich wird beschrieben dass die befragten Pflegekräfte ‚noch‘ nicht in der Lage sind Beratung professionell auszuüben, da es im Besonderen an reflexiven Kompetenzen fehlt.

3.1.3. Studienübergreifende Ergebnisse

Wesentliche gemeinsame Erkenntnisse der Studien von KNELANGE und SCHIERON sind, dass Beratung bereits von Pflegekräften durchgeführt wird.

In der psychiatrischen Pflege werden die kommunikativen Anteile der Arbeit im Allgemeinen als Arbeitsbestandteil gesehen. Allerdings wird in der somatischen Pflege der Beratungsauftrag weniger als ein offizieller als ein persönlicher Arbeitsauftrag betrachtet.

Auch wurde in beiden Studien gezeigt, dass die Pflegekräfte sich nicht durch ihre pflegerische Grundausbildung in der Beratung befähigt sehen, wohingegen die Pflegekräfte mit psychiatrischer Fachweiterbildung zumindest sich theoretisch für Beratung qualifiziert fühlten und Gesprächsbedarf erkannten (vgl. Knelange 2000).

In der somatischen Pflege wird die Beratung anhand der Studie eher als eine persönliche Zusatzleistung von Seiten der Pflegekräfte bezeichnet, welche obendrein bedingt wird durch Sympathie und Antipathie zum Ratsuchenden (ebd.).

Auch erscheint ihnen ihre Qualifikation in ‚Gespräche führen‘, welche sie primär durch Lebens- und Berufserfahrung gewonnen haben, ausreichend – dies wird allerdings auch von einem großen Teil der psychiatrischen Pflegekräfte so gesehen.

Allerdings beschreiben auch viele der Befragten Überforderungsmomente, welche im Zusammenhang von Beratungsanfragen, den äußeren Umständen, wie z.B. der Zeitdruck und der eigenen emotionalen Verfassung stehen.

KNELANGE und SCHIERON vermuten, dass noch weitere Aspekte zur Überlastung der Pflegekräfte in Beratungssituationen führen und benennen, dass neben theoretischem Wissen und praktische kommunikative Kompetenzen auch ein hohes Maß an professioneller Selbstreflexion zu Beratungsgesprächen gehört (vgl. Knelange 2000). In den Studien ist zu erkennen, dass diese Kompetenz der Selbstreflexion bei vielen Befragten nur sehr gering ausgeprägt ist.

Dieses Defizit ist auch durch die Form der Krankenpflegeausbildung des Jahres 2000 zu erkennen, denn erst mit dem aktuellen Krankenpflegegesetz vom Januar 2004 wird auf die Entwicklung von Kompetenzen (fachliche, personale, soziale, methodische) Wert gelegt und so eine Persönlichkeitsentwicklung gefördert. Auf diese Weise kann auch eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Person und dem beruflichen Handeln erfolgen.

3.2. Konzepte aus der Pflege für Beratung?

Wenn man nach einem konzepttauglichen Hintergrund bei der Pflege sucht, dann bietet sich die Literaturstudie von MERTIN u.a. (2005) an. In ihr werden im Bezug auf die Beratung drei weitere Wissenschaften

(Erziehungswissenschaft, Psychologie, Wirtschaftswissenschaft, (Organisationsentwicklung)) der Pflegewissenschaft gegenübergestellt. Es wird herausgearbeitet, dass die Pflegewissenschaft im Unterschied zu den anderen Wissenschaften über kein Beratungskonzept verfügt, weder in der Theorie noch in der Praxis. Auch eine Unterscheidung verschiedener Beratungsformen und Beratungssettings findet nicht statt. Doch sind sich die Autoren in der vorliegenden Literatur darüber einig, dass Beratung immer als ein Aufgabenbereich der Pflege gesehen wird.

Als Ziele der Beratung werden in erster Linie Verhaltensänderungen beim Patienten formuliert. Auch sollen mit der Beratung dem Patienten mögliche Handlungsalternativen aufgezeigt werden, um sich dann frei entscheiden zu können. DI PIAZZA als Pflegewissenschaftlerin versteht Beratung als einen Versuch, Veränderungen im Fühlen, Denken und Handeln durch die Aktivierung von Lernprozessen herbeizuführen. Wie bereits erwähnt, wurde in der Zeit nach der Implementierung des SGB XI und dessen darin verankerten Beratungsauftrages für die Pflege, viel darüber diskutiert, wie Beratung in der Pflege aussehen soll. Dabei kam es häufiger dazu, dass die Begriffe Information, Schulung, Anleitung und Beratung als Sammelbegriffe oder auch synonym Verwendung fanden (vgl. Mertin 2005:4; Müller-Mundt 2000; Renneke 2000; Schneider, In: Poser 2005:387ff).

So ist es auch mit dem Oberbegriff der Patientenedukation, ihre Nähe zur Beratung wurde vereinzelt in der eingesehenen Literatur beschrieben.

3.2.1. Patientenedukation

Die erste deutsche Literatur zur Patientenedukation ist auf das Jahr 2000 zurück zu führen. ABT-ZEGELIN und MÜLLER-MUNDT u.a. (2000) beschreiben in zwei unterschiedlichen Pflegefachzeitschriften, dass Pflegeedukation die Antwort auf den Beratungsauftrag des SGB XI sein könne.

Nur drei Jahre später gibt die Pflegewissenschaftlerin ABT-ZEGELIN das zuvor 1999 in Amerika verfasste Buch ‚Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation‘ (2003) heraus, in welchem die Patientenedukation ausführlich beschrieben wird.

In dem darin enthaltenen Vorwort von ABT-ZEGELIN definiert sie kurz und präzise die drei Unterbegriffe von Pflegeedukation.

„Information meint Mitteilung. Schulung wird verstanden als geplante und prozesshafte Veranstaltung und Beratung bezeichnet einen ergebnisoffenen gemeinsamen Problemlösungsprozess.“ (Abt-Zegelin, In: London 2003:21)

Im weiteren Verlauf der Literatur wird deutlich dass dies die einzige Definition dieser Begriffe bleibt (vgl. London 2003:347), und auch kein eigenes

Konzept der Beratung ersichtlich ist. Die Autorin LONDON fasst die Tätigkeiten unter dem Oberbegriff Patientenedukation richtig übersetzt in die deutsche Sprache als ‚Patientenbildung‘ zusammen. Der Schwerpunkt von LONDON liegt darin, in dem engen Zeitplan von Pflegekräften eine Möglichkeit der Patientenbildung zu integrieren. Aus diesem Grund verwendet sie in ihrer Literatur das Wort ‚Beratung‘ als Sammelbegriff für Informieren, Anleiten und Schulen. So z. B. im Kapitel ‚Die Beratung individualisieren‘ beschreibt sie ganz prägnant die Individualität:

„Was weiß der Adressat bereits? Was muss er wissen? Wie lernt er am besten? Wenn Sie sich auf den einzelnen Klienten einstellen, werden Sie Zeit sparen.“ (London 2003:40ff)

Hier macht LONDON darauf aufmerksam, dass der Klient die Lösung für sein Problem und auch gewisse Kompetenzen bereits als Ressource in sich trägt. Vorhandenes Wissen und Können werden für den zu gestaltenden Lern- und Entwicklungsprozess hilfreich sein können. Interessant im Kontext der aktuellen Bedrängnisse bundesdeutscher Pflege erscheint die Hypothese von LONDON, wenn er konstatiert, dass die Berücksichtigung dieser personalen Ressourcen Zeitersparnisse bewirken kann.

Eine kritische Meinung von der deutschen Pflegewissenschaftlerin KOCH-STRAUBE wurde vor Veröffentlichung der deutschen Übersetzung des Praxishandbuches zur pflegebezogenen Patientenedukation gefunden. In dieser beschreibt sie die Patientenedukation als ‚jüngere Entwicklung‘ der Patienten-Anleitung und -Schulung (vgl. Koch-Straube 2002:81).

In selbiger Sonderausgabe von Pflege & Gesellschaft, in welcher KOCH-STRAUBE (2002) Patientenedukation als Patienten-Anleitung und -Schulung beschrieb, erschien ein Aufsatz über kritische Gedanken zur Patientenedukation von ABT-ZEGELIN (vgl. 2002:103ff). Unter anderem beschreibt sie darin, dass der Begriff Patientenedukation in den Benelux-Staaten, Großbritannien und Skandinavien sowie in den USA verwendet würde und daher also international gebräuchlich gilt.

Den Begriff Patientenedukation weiterzuverfolgen wäre die Aufgabe weitergehender Recherchen und Studien. In der deutschsprachigen Literatur zur Patientenedukation ist leider kein Beratungskonzept ausfindig zu machen, wir schließen uns an dieser Stelle den Einschätzungen von KOCH-STRAUBE (vgl. 2002:81) an.

3.2.2. Probleme in der Pflege durch konzeptlose Beratung

Pflege und Pflegewissenschaft stellen in Deutschland kein konkretes Beratungskonzept zur Verfügung.

Durch diese bisher also konzeptlose zentrale Aufgabenstellung entstehen unterschiedliche Problematiken für die Pflege, welche sich aus verschiedenen

Faktoren zusammensetzen. Zum einen verändert sich das Arbeitsfeld Pflege kontinuierlich. Die erwähnten Studien belegen die vielen begleitenden Unsicherheiten der Pflegefachkräfte in der Gesprächsführung oder in Beratungssituationen am Arbeitsplatz. Selbstbeobachtungen können vielleicht weiterführen und neue Aufschlüsse erbringen.

Drei wesentliche Problemstellungen zeigen sich auf:

1. Überlastung der Pflegekräfte in Gesprächssituationen

Beide empirische Studien (Knelange 2000) ergaben, dass sich fast alle befragten Pflegekräfte in manchen bzw. belastenden Gesprächssituationen unsicher, hilflos oder überfordert fühlen. Auch Pflegekräfte mit einer psychiatrischen Fachweiterbildung gaben an, dass sie sich in Gesprächssituationen überfordert fühlen, welche sich im Kreis drehen, da der Patient immer wieder mit dem gleichen Problem beginnt.

Wie in der somatischen Studie bewiesen, empfinden Pflegekräfte das eigene Gespräch unter Kollegen oder in einer Supervision als helfend und entlastend. Die Umsetzung dessen, dass ein Gespräch oder auch eine Beratung einem Patienten in seinen Nöten helfen und entlasten kann, bleibt allerdings aus.

Anzunehmen bleibt, dass nicht alle psychiatrischen Problematiken von Patienten, wie z. B. Patienten mit aggressiven Schüben oder auch Suizidgefährdete, mit einem angewendeten Beratungskonzept behandelt werden sollten. Dies aber zu unterscheiden, braucht es verschiedene Beratungskompetenzen, welche eine Pflegekraft erlernen kann.

2. Beratung definieren

Synonym verwendete Begriffe wie Information, Schulung, Beratung sind im Arbeitsalltag der Pflege eng miteinander verbunden, aber jeder Begriff hat letztlich ein eigenes Ziel und eine eigenständige Definition. Die synonyme Verwendung dieser Begriffe scheint verwirrend und den Pflegekräften fällt es schwer den Begriff Beratung eigens abzugrenzen und zu bestimmen. Da hierfür keine Richtlinien vorliegen, wird vereinzelt sogar davon ausgegangen, dass Beratung nicht erlernbar, sondern eine berufsbezogene Veranlagung sei. Um den gesetzlich festgelegten Beratungsauftrag anzunehmen und umsetzen zu können wird eine Aufklärung, ein Training und die Entwicklung eines Beratungskonzeptes benötigt.

3. Veränderung von Lebenssituationen in der Gesellschaft

Auf Grund dessen, dass die soziodemographische Zusammensetzung der Gesellschaft sich ändert, sowie auch durch die Budgetierung mittels DRG's in deutschen Krankenhäusern, gibt es eine steigende Zahl an chronisch Erkrankten, an alten Menschen und kurzzeitig hilfebedürftigen Patienten in der häuslichen und ambulanten Versorgung. Diese und auch deren Angehörigen benötigen nicht nur pflegerische Profession, sondern auch beratende Unter-

stützung, um mit der veränderten Lebenssituation oder auch Situation der Abhängigkeit umgehen zu lernen um so viel wie möglich von ihrer Selbständigkeit zu behalten oder wieder zu erlangen.

3.2.3. Konzeptvorschläge zur Beratung in der Pflege

Fertige Konzepte für Beratung in der Pflege liegen derzeit nicht vor. Natürlich aber gibt es WissenschaftlerInnen und AutorenInnen, die sich mit diesem Anliegen bereits beschäftigten und konstruktive Vorschläge in die Literatur und die Diskussion zur Beratung mit einbringen.

Die Pflegewissenschaftlerin KOCH-STRAUBE sagt: „Denn für eine Beratung in der Pflege muss «das Rad nicht neu erfunden», müssen jedoch auch bestehende Konzepte nicht wahllos übernommen werden.“ (Koch-Straube 2008:103)

In der gleichen Literatur zählt sie verschiedene Beratungskonzepte auf, welche aus drei unterschiedlichen Bereichen kommen und möchte so Anregung zur Konzeptwahl geben (vgl. Koch-Straube, 2008:104 ff):

1. Psychologische Beratungskonzepte
 - Humanistische Konzepte
 - Verhaltenswissenschaftliche Konzepte
 - Tiefenpsychologische Konzepte
 - Systemische Konzepte
2. Sozialwissenschaftliche Beratungskonzepte
3. Integrative Beratung

Kordula SCHNEIDER, ebenfalls Pflegewissenschaftlerin wird bereits etwas präziser und schlägt zwei Konzepte bzw. Richtungen vor:

1. „die nicht-direktive Beratung (nach C. R. Rogers), stellvertretend für handlungsleitende Prinzipien der humanistischen Psychologie und
2. die lösungsorientierte Beratung (nach G. G. Bamberger), stellvertretend für einen systemischen Ansatz (nach G. Bateson) herausgegriffen.“ (Schneider, In: Poser 2005:388)

Auch aus anderen wissenschaftlichen Bereichen kommen konstruktive Vorschläge mit in die Diskussion um Beratung in der Pflege hinein. Wie Renate ZWICKER-PELZER, Erziehungswissenschaftlerin, Beratungswissenschaftlerin und Mitautorin dieses Fachbuches.

Sie gibt zu bedenken:

„Vielleicht ist das Marktsegment ‚Beratung‘ generell nur systemisch denkbar, weil es

- kurzzeitig angelegt und sehr an den Zielen des beraterischen Gegenübers orientiert ist

- die Kontextvariablen des Problems/ des Anliegens gut im Blick hat (auf allen Systemebenen),
- einer guten prozessorientierten systemischen Diagnostik folgt,
- mutig auf kreative Lösungen hin interveniert.“ (Zwicker-Pelzer 2010:61)

Also nicht nur wir, die Autorinnen dieses Fachbuches sind der Meinung, dass die systemische Beratung eine Bereicherung für die Pflege darstellt, auch haben die eben aufgeführten Wissenschaftlerinnen unter anderem oder als Hauptvorschlag die systemische Beratung benannt.

Um also dem Ausspruch von KOCH-STRAUBE getreu zu bleiben: Wir haben jetzt das Rad übernommen, aber was genau sollte Veränderung erfahren, bevor es auch in die Profession Pflege passt?

Schauen wir dazu erst einmal genauer darauf, was in der Pflege bereits vorhanden ist und für systemische Beratung bereits von Nutzen sein kann.

3.3. Schnittstellen des Systemischen zwischen Pflege und Beratung

Fachkräfte in der Pflege haben viele Ressourcen, die ihnen einen Einstieg in die systemische Beratung erleichtern können. Damit sind in erster Linie berufseigene Fähigkeiten gemeint, wie die Fähigkeiten Sicherheit zu vermitteln, einfühlsam zu beobachten, die körperlich Nähe und die Unmittelbarkeit zum Menschen selbst.

Das Bedürfnis nach Sicherheit eines Menschen, der krank, morbide und/ oder hilfsbedürftig ist, in der Krise zunächst unerfüllt. Der Erfolg der Pflege misst sich oft daran, wie es den Fachkräften gelingt, dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu geben. Diese Aufgabe hat für Pflegekräfte viele Aspekte, zum einen setzt es eine professionelle Unterstützung in allen Pflegehandlungen voraus. Zum anderen begleiten Pflegekräfte Personen in der Zeit der Hilfsbedürftigkeit, Abhängigkeit oder auch Veränderung der Lebensumstände und Neuorientierung, welches eine respektvolle und empathische Grundhaltung voraussetzt. In diesen Situationen von tiefer Ergriffenheit und Berührtheit sind Pflegenden Gesprächspartner für die Patienten und häufig auch für deren Angehörige.

Da der Pflegeprozess eine konkrete Handlung ausmacht, beruht die ausführliche Pflegeplanung zu einem großen Teil auf Kommunikation und der Beobachtung des Patienten sowie deren Angehörigen. Da sehr viel von der ‚Krankenbeobachtung‘ in der Pflege abhängt, hat sie auch einen hohen Stellenwert bereits in der Ausbildung .Die Beobachtung erstreckt sich in der

Praxis über Tag und Nacht, bei jedem Kontakt mit dem Patienten, bei der Grundpflege, Behandlungspflege und in Gesprächen. Und erfasst somit „den Patienten in seiner Ganzheit: auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene.“ (vgl. Elsevier 2004:139 ff; Poser 2005:103ff)

Ziele der Beobachtung in der Pflege sind unter anderem:

„Seine Selbstpflegefähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit einzuschätzen und Pflegemaßnahmen entsprechend zu planen, Veränderungen am Patienten festzustellen, zu beschreiben und zu objektivieren, den Patienten und den Therapieerfolg zu überwachen (...), Wünsche und Bedürfnisse des Patienten zu erfassen“ (Elsevier 2004:140)

Um die Ziele der Beobachtung zu erreichen und entsprechende Pflegemaßnahmen zu planen, gehört ebenfalls dazu die Ressourcen des Patienten größtmöglich kennen und einschätzen zu lernen. Dies geschieht hauptsächlich durch Kommunikation und Beobachtung. Um somit generelle und individuelle Problem erfassen zu können und eine umfassende, individuelle und aktivierende Pflege zu leisten.

Diese Ressource in der Pflege wird definiert als: „Fähigkeit des Patienten zu seiner Genesung beizutragen.“ (Elsevier 2004:85)

Das Kennen, Respektieren und der Umgang mit den Ressourcen ist eine der leitenden Kompetenzen von systemischer Beratung. Daher sollte im Beratungskonzept bzw. in der Ausbildung ein besonderer Wert auf Unterscheidung und die Ausdifferenzierung der Begriffe gelegt werden, so kann Begriffsverwirrung frühzeitig vermieden werden.

Durch die Beobachtung, Sammlung von Ressourcen sowie den intensiven Kontakt zum Patienten, besteht meist ein besonderes Verhältnis zwischen Patienten und Pflegekraft. Durch die professionelle Rolle, aber eine dennoch vermittelte Offenheit einer Pflegekraft, hat der Patient Anknüpfungspunkte seinen Fragen oder auch psychosozialen Problemen Ausdruck zu geben. Liegt der Pflege ein Beratungskonzept vor, können Hoffnungen und Erwartungen von Patienten in einem professionellen Gespräch Orientierung finden, und es kann ihnen nachgegangen werden (vgl. Koch-Straube 2008:93 ff)

3.3.1. Pflegetheorien und ihr Bezug zum systemischen Denken

Seit Mitte letzten Jahrhunderts bis heute wurden von verschiedenen Pflegewissenschaftlerinnen mehrere Dutzend recht unterschiedliche Pflegetheorien entwickelt. Einige sind aufeinander aufbauend und in bestimmte Richtungen weiterentwickelt worden. Es würde eine eigenständige Arbeit erfordern um in dieser Fülle von Theorien auf jeden systemischen Denkansatz einzugehen,

daher beschränken wir uns auf eine kurze Rahmung der Ansätze und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Eine Definition von MELEIS um die Komplexität und die Aufgaben von Theorien zu veranschaulichen:

„Pflegetheorie wird definiert als Konzeptualisierung einiger Aspekte der Pflegerealität, die mit dem Ziel zusammengestellt werden, um damit Phänomene zu beschreiben, Beziehungen zwischen Phänomenen zu erklären, Folgen vorherzusagen oder Pflegehandlungen vorzuschreiben. Pflegetheorien sind Sammelbecken, in denen Erkenntnisse von Pflegekonzepten, wie Wohlbefinden, Heilung, Genesung, Mobilität, Erholung, Pflege, Befähigung, Erschöpfung und Familienpflege aufbewahrt werden. Sie sind ferner Sammelbecken für Antworten auf wichtige Pflegephänomene, wie Bewusstseinszustand nach einem Schlaganfall, Genesungsprozeß, Zurückweisung einer Rehabilitationsmaßnahme bei Myokardinfarktpatienten und wiederholte Krankenhauseinweisungen.“ (Meleis 1999:43)

Sie bieten einen Orientierungsrahmen in einer Profession, die einen ganzheitlichen Ansatz hat. So werden Einsichten für das Notwendige und Wünschenswerte begründet. Der ganzheitliche Ansatz (holistischer Ansatz) geht zurück bis zur Nightingale ins 19. Jh. (vgl. Kollak 1999:164).

In der Entwicklung der unterschiedlichen Theorien, haben sich die Theoretikerinnen von verschiedenen Wissenschaften, Philosophien und bestehenden Theorien leiten lassen. Wie z.B. vom Humanismus, Interaktionismus, von der Existenzphilosophie, der Phänomenologie, der Hierarchie der Bedürfnisse, der Entwicklungspsychologie, sowie von der Systemtheorie. Theoretikerinnen die sich mit der Systemtheorie zur Entwicklung der Pflegetheorie beschäftigt haben sind u.a.: Johnson (1959), Levine (1967), Rogers (1970), Roy, Neumann (1972) und Newmann (vgl. Koch-Straube 2008:23 ff; Meleis 1999:76 f).

Kommunikation mit dem Klienten wird in den meisten Theorien zwar als eine „unabdingbare Voraussetzung, um gute Ergebnisse zu erzielen“ (Koch-Straube 2008:23), anerkannt. Allerdings besitzt es keinen eigenen Stellenwert, da es nur ein ‚Mittel zum Zweck‘ ist. So benennt z. B. Johnson das pflegetherapeutische Handeln wie folgt:

„Hemmen, einschränken, ersetzen, schützen, stützen (unterstützen/erhalten, belehren, beraten und Verhaltensmodifikation)“ (Meleis 1999:317)

Das systemische Denken hat bereits seit geraumer Zeit Einzug in Pflegetheorien erhalten, obwohl der Beratungsauftrag für die Pflege noch keine konzeptuelle Verankerung in der Profession gefunden hat. Die Pflegetheorien konnten noch keinen konkreten Orientierungsrahmen für pflegerische Beratung entwickeln.

3.3.2. Salutogenese als Ressource zur Gesundheitsförderung

Eine große Ressource von der Pflege für die Beratung stellt das Konzept der Salutogenese dar. Verortet ist dieser Ansatz in der Gesundheitsförderung und Prävention, um Theorie gestützt den Patienten in seiner Krankheitsbewältigung zuzubegleiten. (vgl. Elsevier 2007:219 ff).

Über mehrere Jahrhunderte hat die Medizin Entstehungen und Auslöser von Krankheiten erforscht und verschiedenste Theorien entwickelt, dies stellt den Gegenspieler, die ‚Pathogenese‘ dar:

„(griech. Pathos = Leiden, Leid; Genese = Entstehung) gibt eine Antwort auf die Frage: „Wie und warum werden Menschen krank?““ (Elsevier 2007:219)

In den letzten Jahrzehnten ist zu erkennen, dass chronische und nicht infektiöse Erkrankungen deutlich zunehmen – und/ oder verstärkt ins Blickfeld geraten. Dies lässt die Annahme zu, dass der Gesundheitsschutz durch die Medizin bzw. das pathogenethische Konzept alleine nicht ausreicht. Mitte letztes Jahrhundert entwickelte sich daher das Konzept der Salutogenese, welches von dem Soziologen Aaron ANTONOVSKY (1923-1994) dann ausformuliert wurde. Hier die Definition von ‚Salutogenese‘ aus dem Lehrbuch ‚Pflege Heute‘:

„(lat.salus = Unverletztheit, Heil, Glück; griech. Genese = Entstehung) gibt die Antwort auf die Frage: „Was erhält Menschen gesund?““ (Elsevier 2007: 219)

Die übliche Trennung der Begriffe Gesundheit und Krankheit in der wissenschaftlichen Medizin und dem Versicherungssystem, werden von ANTONOVSKY kritisiert. Stattdessen beschreibt er den Gesundheitszustand eines Menschen als ein Gesundheits–Krankheits–Kontinuum in welchem sich der Mensch befindet, ohne jemals die beiden Pole der völligen Gesundheit bzw. völligen Krankheit erreichen zu können. Was besagt, wenn eine Person sich überwiegend als gesund empfindet, diese auch kranke Anteile besitzt und solange ein Mensch am Leben ist, müssen Teile von ihm auch gesund sein (vgl. Bengel 2001:32).

Auf diese Theorie stützt sich auch die Beschreibung von Krankheit in der Pflege:

„Heutzutage geht man davon aus, dass ein kranker Mensch nicht durch und durch krank und hilfsbedürftig ist, sondern neben kranken auch gesunde Anteile besitzt.“ (Elsevier 2004:9)

ANTONOVSKY beschreibt noch andere Dimensionen des Befindens, welche das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Für die Pflege und Krankheitsbewältigung sind drei bedeutende Aspekte zu nennen (Elsevier 2007:220):

- Widerstandsressourcen
- Stressoren
- Kohärenzgefühl

Unter den Widerstandsressourcen sind eigene Fähigkeiten zu verstehen, sich gegen Dinge zu wehren, die die eigene Gesundheit bedrohen. Diese können unterschiedlichster Natur sein: physikalisch, biochemisch, materiell, kognitiv, emotional, sozial, kulturell oder politisch. Oder anders ausgedrückt ein paar Beispiele:

- Die richtige Kleidung anziehen, die vor dem Wettereinfluss schützt
- Gesunde Ernährung für ein intaktes Immunsystem
- Wissen, was gesund für mich ist
- Einkommen, um sich gesunde Ernährung und Ausgleich zu finanzieren
- Glück zu fühlen und zufrieden sein zu können
- Sich im Krankheitsfall oder bei Arbeitslosigkeit abgesichert zu fühlen
- U.a.m.

Also alle Basis Fähigkeiten, die ein Mensch benötigt, um sein Leben in Gemeinschaft zu leben, also am Leben zu bleiben.

Die Einflüsse, die schädigend wirken können sind **Stressoren** und sollen von den Widerstandsressourcen abgewehrt werden.

ANTONOVSKY definiert Stressoren als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Bengel 2001:32 f).

Es können also Externe und Interne Faktoren sein, welche zu einer Störung des gesundheitlichen Gleichgewichts, der Homöostase, führen können, z.B.: Umweltbelastungen, soziale Konflikte, psychische Krisen, Krankheitserreger, u.a.m.). Sind die Widerstandsressourcen wenigstens gleichstark oder stärker als Stressoren, bleibt die Homöostase erhalten. Damit das gesundheitliche Gleichgewicht in jeder Lebenslage erhalten bleibt, ist mehr gefordert als Vitalzeichenkontrollen und Steuerung des Stoffwechsels. Denn auch seelische Verarbeitungsprozesse wie z.B. mit Misserfolg oder Schwierigkeiten fertig zu werden oder mit Stress oder belastenden Situationen umzugehen benötigt Raum.

Wie und ob eine schwierige Situation oder ein Problem gelöst wird hängt vielfach von der Lebenseinstellung ab, traut man sich etwas mit einer positiven Grundeinstellung zu wird man auch Erfolg haben. ANTONOVSKY beschreibt daher als **Kohärenzgefühl** (SOC, sense of coherence) die positive Lebenseinstellung und die Welt/ seine Umwelt als verstehbar, handhabbar

und sinnhaft zu empfinden, also zuversichtlich in die Welt zu blicken. Dieses Kohärenzgefühl setzt sich aus folgenden Dimensionen zusammen (vgl. Elsevier 2007:220; Bengel 2001:28 ff):

- Verstehbarkeit - Das Gefühl, wahrgenommene Reize verarbeiten und einordnen zu können.
- Handhabbarkeit – Das Gefühl, die geeigneten Ressourcen zu Verfügung zu haben, um den Anforderungen zu begegnen. Sowie der Glaube daran dass einem andere Personen oder auch eine höhere Macht dabei helfen können.
- Sinnhaftigkeit – Das Gefühl, das Leben als sinnvoll zu empfinden. Das wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen als willkommene Herausforderungen gesehen werden und nicht als Lasten, die man gerne los wäre.

Mit dem Bewusstsein dass Personen mit ausgeprägten Widerstandsressourcen und einem guten Kohärenzgefühl gesund bleiben, werden Patienten mit selbigem auf dem Gesundheits-Krankheit-Kontinuum wieder schneller auf optimale Gesundheit zu steuern können. Daher leitet sich für Pflegende die Aufgabe ab, Widerstandsressourcen zu stärken und das Kohärenzgefühl zu erhöhen, welches mit folgendem Verhalten Unterstützung findet:

- „Patientenautonomie respektieren
- Widerstandskraft unterstützen; dem Patienten ein Gefühl der
- Kontrolle über die pflegerischen Abläufe vermitteln
- Das Verständnis für das Geschehen im Krankenhaus fördern
- Selbstvertrauen und Eigenständigkeit unterstützen
- Unnötige Abhängigkeit vermeiden
- Individuelle Lebenssituationen des Patienten berücksichtigen
- Soziale Unterstützung fördern, z.B. Angehörige aktiv in den Pflegeprozess einbeziehen, soziale Unterstützung aktivieren, über Hilfsangebote aufklären
- ‚Selbstheilungspotenzial‘ berücksichtigen und fördern“ (Elsevier 2007:221)

Wie hat also das Kohärenzgefühl Einfluss auf die Gesundheit? ANTONOVSKY beschreibt, dass ein zu großes Maß an anhaltendem oder wiederholten durchleben von Stress in Kombination mit physischen Schwächen eine Gefährdung des Gesundheitszustandes mit sich bringt. Daher gilt es zu verhindern das Spannungen sich in Belastungen verwandeln, dies kann erreicht werden wenn die Widerstandsressourcen den Stressoren überliegen (vgl. Bengel 2001:37f).

In einer effektiven Gesundheitsförderung werden daher Faktoren wie Stress, Widerstandskraft, familiäre, berufliche und soziale Gegebenheiten mit einbe-

zogen, damit die Widerstandsressourcen gestärkt und ein positives Kohärenzgefühl bestehen bleibt oder unterstützt wird.

3.4. Zur Ganzheitlichkeit in der Pflege

In der Pflegegeschichte von etwa 5000 Jahren ist das Prinzip der Ganzheit in der Heilkunde vorherrschend. Das Ende dieser Ära aber brachte die Hexenverfolgung, nur in wenigen Jahrhunderten waren die weisen Frauen ihrer Eigenständigkeit enthoben, aus der Heilkunde vertrieben und auf die seelsorgerische Pflege Kranker und alter Menschen reduziert. Zu dieser Zeit stand der Kranke leider nicht im Mittelpunkt der Betrachtungen, sondern - vom christlichen Glauben ausgehend - konnte durch die Versorgung eines Kranken Gutes getan werden und die Pflegenden konnten sich so ‚auf Erden den Himmel erwerben‘. Ebenfalls ihrer Eigenständigkeit enthoben, wurden Pflegekräfte hierarchisch den Ärzten unterstellt, sie wurden zu deren Handlangerinnen und Helferinnen. Gleichzeitig gründeten verschiedene Klöster die ersten Universitäten der Medizin, deren Lehre und Studium waren dem männlichen Geschlecht vorbehalten. Die Wissenschaft nahm Einzug in die Heilkunde, um nur kurze Zeit danach sich von der Kirche abzuspalten. Nun widmete sich die Medizin ganz der Forschung und konzentrierte sich auf einzelne Dimensionen des Patienten-Daseins, nämlich auf die kranken Körperteile. Auf den Lauf der Geschichte bezogen verlor nicht nur die Pflege, sondern auch die Medizin die ganzheitliche Betrachtung immer mehr aus den Augen (vgl. Drerup 1990:9 ff; Koch-Straube 2008:11 f).

Derzeit wird der Begriff der Ganzheitlichkeit in der Pflege wieder neu diskutiert. In der neueren Zeit, den letzten Jahrzehnten, beziehen sich fast alle Pflege-theorien auf die ganzheitliche Betrachtungsweise des Menschen als Patienten, sie berufen diese als Ziel der Pflege (vgl. Koch-Straube 2008:15ff). Auch Äußerungen wie ‚Pflegetheorien schaffen Ganzheitlichkeit‘ sind in der Literatur zu finden. Als Ausgang der Interpretationen ist häufig ein Satz von ARISTOTELES zu lesen: „Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile.“ (vgl. Lindell 1999:39; Löser 2004:35; Stemmer 1999).

Oberflächlich drängt sich das Bild auf, die Pflegeexperten seien sich einig darüber, dass die Pflege zumindest in der Theorie eine ganzheitliche Betrachtung und Anwendung am Menschen fokussiert und findet. Beim genaueren Recherchieren der Literatur sind ebenfalls recht kontroverse Meinungen auszumachen.

Renate STEMMER (1999) beschreibt die Schwierigkeiten einen Menschen in seiner Ganzheitlichkeit zu betrachten. Sie belegt, dass auch in Vernetzungen

der Pflegetheorien von bio-, psycho- und sozialen Einheiten eines Menschen die ganzheitliche Betrachtung dessen umstritten sei. Da noch weitere und auch unterschiedliche Bestandteile, je nach Betrachtung, wie z.B. Umwelt, Spiritualität und entwicklungspezifische Variablen wenig Berücksichtigung finden.

STEMMER stellt die Hypothese auf, dass zwischen der Ganzheit und den systemtheoretischen Überlegungen eine große Nähe besteht. Und begründet dies mit einem Grundgedanken des systemtheoretischen Denkens (vgl. Stemmer 1999:87).

Weiterhin wird die Begriffsverwirrung von Ganzheitlichkeit und Patientenorientierung ausgeführt, welches, wie STEMMER feststellt, vorsätzlich in den Pflegetheorien verankert ist, um das nicht erreichbar Ganze für das Auge des Betrachters offen zu lassen. „Da die Forderung nach Beachtung der Ganzheit keine Abgrenzung zulässt, ist die Pflege potenziell für alle Bedürfnisse zuständig.“ (Stemmer 1999:89)

Nicht nur Kritik, sondern auch konstruktive Vorschläge, wie die Ganzheitlichkeit in der Pflege umzusetzen sei, sind in diesem Artikel zu finden. Der Fokus von STEMMER liegt auf den psychosozialen Aspekten, die aus ihrer Sicht eine stärkere Berücksichtigung finden müssen. Der bisherige Blick auf die Pflege ist primär ein naturwissenschaftlicher, um aber die Option der Ganzheit zu verfolgen muss die Aufmerksamkeit sich mehr auf zwischenmenschliche Beziehungen und Interaktionen richten. Sie belegt, dass die erste Priorität im Rahmen der Krankenversorgung nicht die pflegerischen bzw. medizinischen Sachleistungen sind, sondern dass die Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten ein sehr zentrales Phänomen ist, damit der Patient zufrieden ist, sich respektiert, verstanden und aufgehoben fühlt.

Etwas drei Jahre später wurde eine Antwort von Ursula KOCH-STRAUBE (vgl. 2002:85) auf den eben beschriebenen Artikel veröffentlicht. Dieser Aufsatz lautet ‚Beratung in der Pflege‘. Darin beschreibt sie unter anderem die somatischen und psychosozialen Problematiken, welche Patienten und deren Angehörige ausgesetzt sind. Um diesen Problemen und Nöten professionell entgegenzutreten wird die Pflege vor zwei ‚Herausforderungen‘ gestellt. Dass die Pflege „den ganzheitlichen/ holistischen Charakter ihrer Profession akzeptiert und folgerichtig Beratung als ein unabdingbares Element des Pflegehandelns in den Alltag der Pflege integriert.“ (vgl. Koch-Straube 2002:83f)

Ganzheitlichkeit ist eine zentrale Dimension auch im Beratungshandeln. Menschen nicht nur als defekt oder begrenzt, sondern vorübergehend eingeschränkt in einer der vielen Dimensionen zu betrachten, dies ist als eine gemeinsame Eigenschaft von Pflege und Beratung auszumachen. Diese gemeinsamen Schnittstellen auch in die Theoriebildung von Beratung in der Pflege mit einzubeziehen, ist eine Entwicklung, die noch ziemlich in den

Kinderschuh zu stecken scheint. Theoriegeleitet in ein neues Praxishandeln wechseln zu können, das ist der Sinn dieser Darlegungen aus der Pflege.

Wechseln wir nun zu den ganzheitlich-orientierten Ansätzen der psychosozialen Beratung.

4. Beratungskompetenzen und beratungswissenschaftliche Bezüge

Die Entwicklung der Beratungswissenschaft steht derzeit auf einem wichtigen Prüfstand bezogen auf die wissenschaftliche Fundierung.

Beratung wird als multiprofessionell, als interdisziplinär und als Handlungswissenschaft verstanden, die sich an verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen orientiert, je nach dem Kontext, dem Praxisbezug.

International kann Beratung auf eine lange Tradition der fachlichen Fundierung zurückgreifen, ist quasi nicht neu zu definieren (Zwicker-Pelzer, 2010): Das interdisziplinäre Verständnis psychosozialer - darum ganzheitlicher - Beratung drückt sich nicht zuletzt in einem neuen Denken der Quervernetzung aus. Unterschiedliche Fachvertreter sind sich einig, dass Beratungswissenschaft eine Querschnittswissenschaft ist, die der Kombination verschiedener Lehrgebiete und Disziplinen bedarf, ja genau darin ihr je eigenes Profil darlegen kann.

4.1. Beratungswissenschaft und ihre Profilentwicklung

Die Experten von Beratung und Beratungstheorieentwicklung in der BRD beziehen deutlicher Stellung, schließen sich den internationalen Bewegungen in der Akademisierung von Beratung an und entwickeln das Markenzeichen von Beratung weiter. Über viele Jahrzehnte fand das Lernen von Beratung hierzulande fast einzig in den Korridoren der Weiterbildungsinstitute anerkannter Fachverbände statt. Beratung zeichnete sich aus in einer hohen fachlichen Kompetenz, die wissenschaftliche und forschende Orientierung schien zweitrangig.

Mit dem Zusammenschluss von 30 Fachverbänden 2004 zur Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) wurden gemeinsame Standards für Beratung diskutiert und festgelegt (vgl. www.dachverband-beratung.de).

Auf verschiedenen Fachtagungen der DGfB und ihrer Mitgliedsverbände wurden und werden die Theoriegrundlagen von Beratung vertieft und die wissenschaftliche Fundierung vorangetrieben. In der Theoriebildung von Beratung, deren wissenschaftlichen Fundierung, kommt spätestens seit NESTMANN/ ENGEL (Nestmann (Hg.), 1997) national viel in Bewegung. Diese Bewegung ist in einem internationalen Kontext und Rahmen zu sehen: in England und Amerika formierte sich in den vergangenen Jahrzehnten vorwiegend an den Hochschulen und in deren unterschiedlichsten Studiengängen das Counseling mit akademischem Abschluss.

Hierzulande zeigten sich die psychosozialen Beratungsanbieter eher den therapieabgeleiteten Konzepten verbunden. Verschiedene Therapiefachverbände platzierten Beratung als ‚kleine Therapie‘ in ihrer Angebotspalette, mittlerweile kommen Mediation, Coaching, Organisationsberatung etc. hinzu.

Viele psychosoziale, pflegerische und pädagogische Berufe schälen den hohen Anteil von Beratung deutlicher aus ihrer Tätigkeit heraus. Die Teilkompetenz ‚Beratung‘ wird deutlicher markiert und hervorgehoben.

Mit den AG-Beratungswesen – dem Vorläufer der 2004 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) - werden eigene neue Profilbildungen von Beratung möglich (www.dachverband-beratung.de).

Die DGfB hat sich eine psychosoziale Plattform hinsichtlich ihrer Beratungsverständnisses gegeben.

Diese benennt als Fachverständnis für Beratung:

„Beratung kann sich sowohl auf Personen und Gruppen in ihren lebens- und arbeitsweltlichen Bezügen als auch auf Organisationen beziehen. Sie befasst sich auf einer therapiebegleiteten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufbauten und multifaktoriell bestimmten Problem- und Konfliktsituationen. Sie stellt sich Anforderungen aus den Bereichen von Erziehung und Bildung, Sozial- und Gemeinwesen, Arbeit und Beruf, Wohnen und Freizeit, Gesundheit und Wohlbefinden, Ökologie und Technik, Pflege und Rehabilitation, Ökonomie und Politik sowie des Rechts, wie sie in den unterschiedlichen Sozialgesetzen, vor allem im SGB VIII und SGB XII formuliert sind.

Diesem Beratungsverständnis liegt ein sozialwissenschaftliches und interdisziplinär fundiertes Handlungskonzept zu Grunde, das tätigkeitsfeld- und aufgabenspezifisch ausdifferenziert wird. Deshalb ist Kooperation und Vernetzung von unterschiedlichen Berufsgruppen und Einrichtungen notwendiger Bestandteil der Beratungstätigkeit.

Beratung ist subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen. Sie ist eingebettet in institutionelle, rechtliche, ökonomische und berufsethische Rahmenbedingungen, innerhalb derer die anstehenden Aufgaben, Probleme und Konflikte dialogisch bearbeitet und geklärt werden.

Ein Ergebnis des Beratungsprozesses ist nur kooperativ erreichbar. Beratung ist eine personen- und strukturbezogene soziale Dienstleistung. Sie setzt somit eine gemeinsame Anstrengung und Leistung aller Beteiligten (BeraterIn/Beratende(r) und ggf. Kostenträger) und klare Zielvereinbarungen voraus. Beratung grenzt sich von anderen professionellen Interventionsformen ab. Beispiele sind: Die Informationsvermittlung in der Medizin, das Case Management in der Sozialen Arbeit oder handlungsanleitende Beratung bei der Gewährung von materiellen Leistungen in der Sozialhilfe, die Rechtsberatung und Psychotherapie (heilkundliche Behandlungen entsprechend PsychThG und HPG).

Abhängig von den zu bewältigenden Anforderungen, Problemlagen und Krisensituationen, in denen sich die Ratsuchenden befinden, kann Beratung Ressourcen aktivieren, gesundheitsfördernd, präventiv, kurativ oder rehabilitativ sein“ (DGfB 9/2004:7 ff).

In der BRD wurde 2004 die ‚DGfB – Deutsche Gesellschaft für Beratung, German Association for Counseling‘ gegründet. In ihr ringen mehr als 30 Fachverbände um ein gemeinsames Beratungsverständnis, um Standards der Weiterbildung in Beratung und um das psychosoziale Profil von Beratung.

Viele therapieschulenbezogene Anbieter von Weiterbildung in Beratung finden sich im psychosozialen Sektor. Fast alle Fachverbände der Therapieausbildung halten ebenso Beraterweiterbildungen vor. Diese wiederum zeichnen sich durch sehr unterschiedliche fachliche Standards aus und sind keineswegs einheitlich. Zu der neuen Entwicklung der Professionalisierung von Beratung gehört die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Beratung (2004) als wichtiger Meilenstein.

Die Arbeitsgruppe ‚Standards‘ der DGfB hat eine Synopse der Beraterqualifikationen in der Aus- und Weiterbildung ihrer Mitgliedsverbände erstellt und im November 2007 veröffentlicht. Diese Tatsache kann als Beitrag des Professionalisierungsbemühens aller Mitgliedsverbände gedeutet werden.

Ebenfalls ist es kein Zufall, dass sich die Hochschullehrer und Hochschullehrerinnen zeitgleich mit der Gründung der DGfB im VHBC zusammengeschlossen haben.

In der VHBC (Vereinigung der Hochschullehrer zur Förderung von Beratung und Counselling) haben sich Professorinnen und Professoren zwecks ihrem Akademisierungsinteresse zusammengefunden; sie bieten in ihren Hochschulen Masterprogramme in Counseling mit verschiedenen Akzenten an. Der Kreis erweitert sich um die, die im Rahmen des Bologna-Prozesses (Internationalisierung der Hochschulbildung in BA/ MA) neue akademische Qualitäten für die Profession von Beratung einbringen und nutzbar zu machen wollen (vgl. www.vhbc.de).

In Europa ist die ‚European Association for Counselling (EAC)‘ die standardgebende Instanz.

Die Beratung selbst ist in einer Wendezeit, war sie doch lange Zeit als Weiterbildung unterschiedlicher Standards hinter den ziemlich verschlossenen Türen der Fachverbände zu suchen.

Die Profession Beratung erfährt neue Wachstums- und Entwicklungsprozesse. Diese bestehen darin, sich im Bologna-Prozess der Hochschulen zu platzieren. Neue Counseling-Studiengänge entstehen, die Hochschullehrer zur Förderung von Counselling schließen sich zusammen u.v.a.m.

Dem Bologna-Prozess geschuldet ist eine umfangreiche Kompetenzdebatte. Innerhalb aller für die Beraterqualifikation notwendigen Kompetenzen sind die ‚systemischen‘ Kompetenzen auszumachen für den Berater als Person, den Beratungsprozess. Darüber erscheint es notwendig, die systemische Kompetenz von ‚Beratung als Gegenstand‘ mikro-, meso- und makrosystemisch und multiperspektivisch zu reflektieren.

In der Hochschullandschaft werden neue Beratungsstudiengänge ausgewiesen. Ihnen liegen weitgehend therapie-schulen übergreifende Vorstellungen zugrunde.

Der Bologna-Prozess und die damit einhergehende Umstellung auf Bachelor- und Masterstudiengänge beflügeln die Hochschulen zu einer neuen Profilierung in den unterschiedlichen Fachbereichen und Lehrgebieten. Es werden Akzentuierungen für neue Studiengänge getroffen, die entweder einzelnen Hochschullehrern längst schon am Herzen lagen, jahrelang ein Nischen-Dasein in der Lehre führten oder aber ganze Hochschulen und Fachbereiche entwickeln neue Zieloptionen, die sich an neuen Praxisbedarfen, bzw. den Standortgebundenheiten der Hochschulen orientieren.

4.1.1. Beratung als Wissenschaft?

Bei allen Gelegenheiten der wissenschaftlichen Verortung von Beratung (erste Fachtagungen in Mainz 11/2007 und in Kassel 11/2008) zeigen sich sehr unterschiedliche Bilder.

Letztlich löste auch Manfred MOLDASCHL (Technische Universität Chemnitz) in seinem Beitrag in Kassel am 07.11.2009 diese Frage der wissenschaftlichen Verortung noch nicht auf.

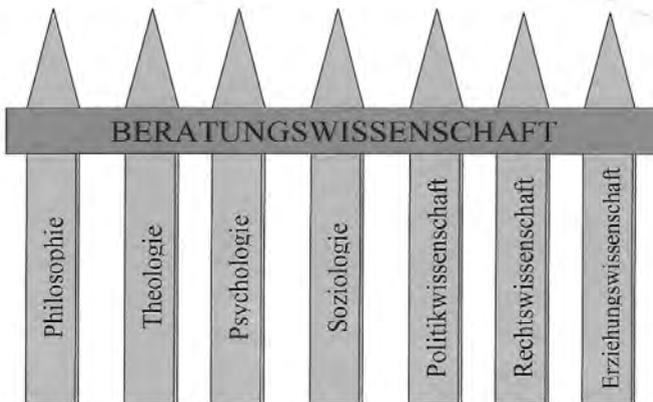


Abb.4: Beratungswissenschaft

Wenn gleich dieses Bild für die Theoriebegründung noch nicht ausreichen mag. Fest steht aber, viele neue andere Wissenschaften, wie z. B. die Gerontowissenschaft, die Sozialarbeitswissenschaft, die Pflegewissenschaft begründen sich aus genau dieser Querlage heraus. Also doch: der Anfang einer Theoriegrundlage?

Es wird in Zukunft deutlicher denn je darum gehen, die Besonderheit des Beratens aus den verschiedenen wissenschaftlichen Foki heraus zu beschreiben und im interdisziplinären Diskurs jeweils neu zu verorten.

Auch die verschiedenen ‚Ebenen‘ der Betrachtung von Beratung sind entlang der jeweiligen wissenschaftlichen Fragestellung neu zu justieren.

Konzentrierten sich doch Forschungen lange Zeit auf den Mikrokosmos Beratung, so scheint die neue Herausforderung darin zu liegen, den Kontext, den Rahmen von Beratung und die Lebenswelt von Klienten in Forschungsprozesse und der wissenschaftlichen Theoriebildung eine weitaus bedeutsamere Rolle zu geben.

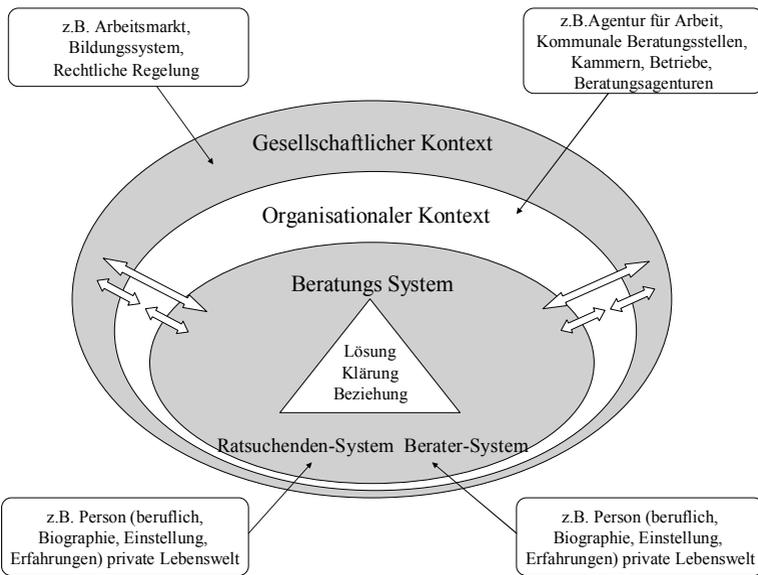


Abb.5: Systemisches Kontextmodell der Beratung

Die verschiedenen Ebenen der Betrachtung von Beratung in Theoriebildung und Forschung kommt folgendes Bild nahe. Beratung ist darin als ein Akt des Pendelns von Mikro-, Meso- und Makro-Ebene zu sehen und verlangt hohe fachliche Kompetenzen der Reflexion auf unterschiedlichen Ebenen des Prozessgeschehens von Beratung.

Die reinen klientenbezogenen Theorien und Konzepte von Beratung verkennen die Komplexität des Beratungsgeschehens. Das Umfeld, die lebensbegleitenden nächsten Menschen (Familie, Freunde, etc.) erscheinen

darin nicht relevant für den Veränderungsprozess, auch strukturelle Determinanten des gegenwärtigen Daseins von Menschen bleiben ausgeblendet.

Das folgende Schaubild erweitert die Sichtweise, es verkompliziert damit das Geschehen innerhalb der Beratung, es ermöglicht gleichzeitig auch die Ressourcen-Suche, die Netzwerk-Bezogenheit u.v.a.m.

Klient, Patient, Bewohner, Ratsuchender, oder wie auch immer das beraterische Gegenüber benannt wird, sind sozial Verwobene und strukturell eingebundene Wesen in einem gemeinsamen Prozess, indem der Berater in eben diesen Kategorien ebenfalls (nur anders) eingebunden ist.

Der Mikrokosmos Beratung spiegelt das Ganze (die Bedingungen der Meso- und Makro-Ebene) auch immer wider.

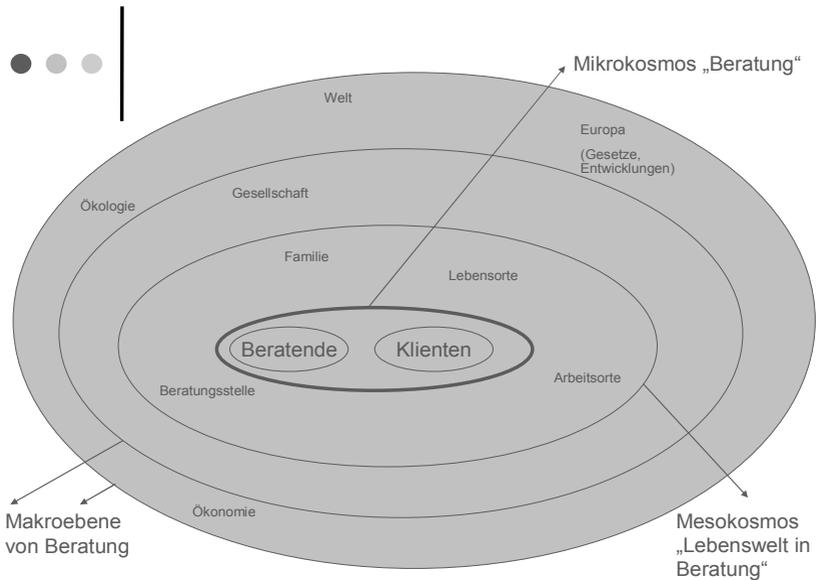


Abb.6: Beratungskontext (Zwicker-Pelzer, 2010:42)

4.2. Beratungskompetenzen

Über Schlüsselkompetenzen und Kernkompetenzen Schlüsselkompetenzen sind berufsübergreifende, d.h. überfachliche Qualifikationen, die zu selbstorganisiertem Handeln befähigen und damit die spezifische Handlungskompetenz steigern sollen.

Schlüsselqualifikationen sind auf der höchsten bzw. abstraktesten Ebene anzusiedeln und bezeichnen kompetenztheoretisch „die allgemeine Fähigkeit, konkrete Handlungen (Tun, Sprechen, Denken) jeweils situationsgerecht zu generieren (erzeugen) bzw. zu aktualisieren“ (Reetz, 1990 In: Schewior-Popp, 1998:17).

Schlüsselkompetenzen sind damit übergreifende Fähigkeitsprofile, die für das Arbeitsfeld (hier Beratung) und für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben quasi zwingend erforderlich sind.

Sie ermöglichen den professionellen Umgang mit fachlichem Wissen, indem sie sich aus einem breiten Spektrum übergreifender Fähigkeiten, Einstellungen, Strategien und Wissens Elemente zusammensetzen.

Schlüsselkompetenzen können in verschiedenen Situationen und Funktionen flexibel und innovatorisch eingesetzt und übertragen werden und gewährleisten damit Transferleistungen innerhalb und außerhalb des Bereichs der Beratung. (vgl. Baur; Janssen 2008:66-67 In: Krapohl et. al. 2008)

Grundsätzlich gehe ich - in Anlehnung an ERPENBECK & HEYSE (1999) - von einem in der Arbeits- und Betriebspsychologie gängigen Kompetenzbegriff aus, der die Fähigkeit von Menschen zu selbstorganisierten Handlungen beschreibt, die geistige Handlungen (z.B. kreative Denkprozesse) ebenso umfasst wie instrumentelle (z.B. Arbeitstätigkeiten), kommunikative (z.B. Gespräche) und reflexive Handlungen (z.B. Selbsteinschätzungen) (Erpenbeck/ Heyse, 1999).

Nach ERPENBECK & v. ROSENSTIEL (2003:232) bezeichnen Kompetenzen die „Selbstorganisationsdispositionen physischen und psychischen Handelns, wobei unter Dispositionen die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt entwickelten inneren Voraussetzungen zur Regulation der Tätigkeiten verstanden werden. Damit umfassen Dispositionen nicht nur individuelle Anlagen, sondern auch Entwicklungsergebnisse. Kompetenzen sind folglich immer individuell, handlungszentriert und primär auf selbst organisierte Handlungssituationen bezogen“. (Erpenbeck/Rosenstiel, 2003)

Eine informelle Arbeitsgruppe der BA-MA-Deskription der Joint-Quality Initiative wählte 2002 drei Untergruppen, die generischen Kompetenzen betreffend (vgl. 2005, S.20) **Untergruppen des Kompetenzkatalogs**

Instrumentale Fähigkeiten, umfassen:

- kognitive Fähigkeiten (Ideen verstehen und bearbeiten können),
- methodologische Fähigkeiten (die ‚Umwelt‘ beeinflussen, über Lernstrategien verfügen, Entscheidungen treffen, Problemlösen),
- technologische Fähigkeiten (Handhabung von Hilfsmitteln und Geräten, insbesondere Computer und Informationsmanagement),
- linguistische Fähigkeiten (mündliche und schriftliche Kommunikation in mindestens einer Fremdsprache).

Interpersonale Fähigkeiten, umfassen:

- die Fähigkeit, sich selber emotional auszudrücken,
- die Fähigkeit, sich kritisch und auch selbstkritisch auszudrücken,
- soziale Fähigkeiten, insbesondere Teamwork,
- die Fähigkeit, soziale und/oder ethische Verpflichtungen auszudrücken.

Systemische Fähigkeiten (erfordern die Einschätzung und den adäquaten Umgang mit komplexen Zusammenhängen und setzen diverse interpersonale und instrumentale Fähigkeiten voraus) umfassen:

- die Fähigkeit, neue Systeme zu planen,
- die Fähigkeit, Innovationen einzubringen und Veränderungsprozesse einzuleiten.

Abb 7: Aufteilung des Kompetenzkatalogs in drei Untergruppen

Andere Konzepte der Kompetenzdarlegung sehen andere Zuordnungen. So gehen die Masterstudiengänge (KatHO-NRW) von diesem Bild aus:

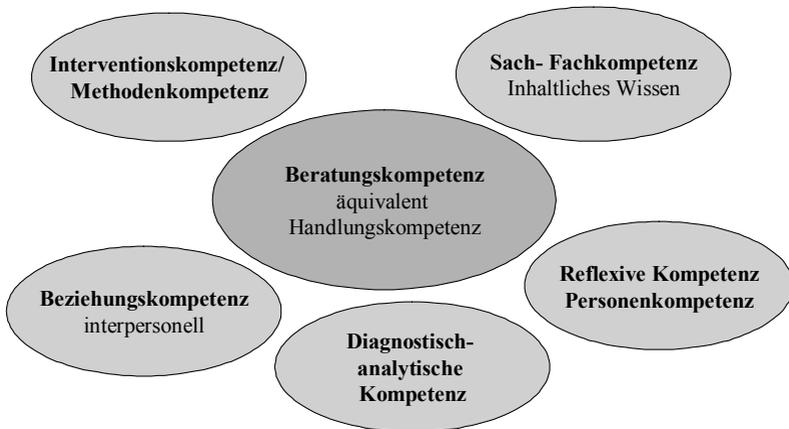


Abb.8: Zur Kompetenzsystematik

Kompetenzbeschreibungen sind auf unterschiedlichen Niveaus und aus verschiedenen Perspektiven bekannt. Im Bologna-Glossar sind die wesentlichen und zielführenden Begriffe im Kontext des Bologna-Prozesses beschrieben.

„Allgemein können Kompetenzen wie folgt definiert werden: "Kompetenzen sind Verhaltensweisen, die dem Menschen zur Verfügung stehen und situationsabhängig angewendet werden. Kompetenzen sind deshalb lern- und trainierbar." [1] Sie stellen eine dynamische Kombination aus Wissen, Verstehen und Fähigkeiten dar. Im Hochschulkontext werden Kompetenzen von den Studierenden erworben. Im Rahmen des ↑Bologna-Prozesses werden fachspezifische und generische Kompetenzen als eine wichtige Grundlage für die Erstellung, Implementierung und Durchführung eines Studienprogramms angesehen. Das Konzept "Kompetenz" hängt dabei eng mit dem Konzept der "Lernergebnisse" zusammen. Während Lernergebnisse von den Hochschullehrern geplant werden, bezieht sich der Begriff Kompetenz auf all das, was Studierende tatsächlich im Lernprozess an Wissen und Fähigkeiten erwerben. Das so genannte Tuning-Projekt geht ausführlich auf fachspezifische und generische Kompetenzen ein.“²

2 ([http://bologna.owwz.de/glossar.html?&no_cache=1&L=1&tx_sfbolognaglossar_pi1\[uid\]=12&tx_sfbolognaglossar_pi1\[s\]=DE&cHash=79e07345c975f6c45e4ce966423b52](http://bologna.owwz.de/glossar.html?&no_cache=1&L=1&tx_sfbolognaglossar_pi1[uid]=12&tx_sfbolognaglossar_pi1[s]=DE&cHash=79e07345c975f6c45e4ce966423b52)) Letzter Zugriff: 18.09.2010

4.3. Beratungskompetenzen sind Handlungskompetenzen

Unter Beratungskompetenzen als Äquivalent zur Handlungskompetenz werden Dispositionen verstanden, gesamtheitlich selbstorganisiert zu handeln. Beratungskompetenz als Ganzes ergibt sich aus dem synergetischen Zusammenwirken der anderen Kompetenzen.

In Anlehnung an BARTHELMESS (Barthelmess, 2003:456) zielt Beratung darauf ab, für die Betroffenen selbstorganisiertes Lernen zu ermöglichen, so dass die Klienten bzw. Kunden mit Hilfe des Beraters, gleichzeitig jedoch selbstverantwortlich und eigenständig, Weiterentwicklung und Wachstum generieren können. Daher steht im Zentrum der Kompetenzsystematik die Beratungskompetenz.

Aus der Definition von Kompetenz als selbst organisiertes geistiges, kommunikatives, instrumentelles und reflexives Handeln lassen sich fünf für Counseling relevante Kompetenzbereiche ableiten.

Unter Sach- und Fachkompetenzen werden Dispositionen verstanden, geistig selbst organisiert zu handeln, d.h. mit fachlich-inhaltlichen Kenntnissen und Fertigkeiten Wissen ‚sinnorientiert‘ zu aktualisieren, zu vermehren, einzuordnen, zu verstehen und zu bewerten.

Sachkompetenzen beinhalten das Spezialwissen bzw. die Verfügung über Fachwissen, über die »operativen Wissensbestände einer Profession« (vgl. Olk, 1989:89).

Unter Interventions- und Methodenkompetenzen werden Dispositionen verstanden, instrumentell selbstorganisiert zu handeln, d.h. Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch-strategisch kreativ zu gestalten und von daher auch das geistige Vorgehen zu strukturieren.

Sie beinhalten neben der Anwendung von Konzepten und Techniken zur Problemlösung auch die Analyse der Problemlage, das Formulieren von Zielen und die Etablierung von Rahmenbedingungen, unter denen sich methodisches Handeln vollzieht (vgl. Galuske, 1998:21). In den systemischen Konzepten von Beratung ist die Methode gleichsam Intervention, d.h. ‚Dazwischenhandeln‘ und ist gleichsam Irritation, das Üben von Veränderung.

Unter Beziehungskompetenzen werden interpersonelle Dispositionen verstanden, kommunikativ und kooperativ selbst organisiert zu handeln, d.h. sich interpersonell kreativ auseinander- und zusammensetzen, sich beziehungsorientiert zu verhalten, um Ideen zu entwickeln und Ziele zu erreichen.

Der Begriff der Beziehungskompetenz umfasst somit im Wesentlichen bestimmte Einstellungen und darauf basierende Verhaltensweisen, die in der

Interaktion mit anderen Individuen zum Tragen kommen und die das Austarieren eigener und fremder Bedürfnisse, Wünsche und Interessen als wesentliches Merkmal betrachten (vgl. Faix & Laier, 1991:63f; Richter 1995:35),

Unter reflexiver Kompetenz werden Personalkompetenzen verstanden. Es geht um die Dispositionen, reflexiv selbstorganisiert zu handeln, sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze zu entfalten und sich im Rahmen der beraterischen Arbeit kreativ zu entwickeln und zu lernen.

Personkompetenzen beziehen sich somit auf einen kompetenten Umgang mit der eigenen Person, deren Möglichkeiten und Grenzen und stehen in engem Zusammenhang mit der Beziehungskompetenz.

Unter diagnostisch-analytischer Kompetenz wird die Disposition der Datensammlung, Hypothesenbildung und der strukturierten Diagnose sowie die der Einschätzung der Person, der Beziehungsgestaltung und des Kontextes verstanden.

Es geht um die Fähigkeit, die eigenen fachlichen Wissensbestände mit der Beobachtung des zu beratenden Systems in die ‚operative‘ Kreativität des Prozesses einzubringen.

In der DGfB haben sich Arbeitsgruppen über viele Jahre hinweg mit den Standards von psychosozialer Beratung befasst. Bezüge zu unveröffentlichten Textvorlagen sind bewusst erkennbar belassen. Dies hat der lange diskursive Prozess der AG Standards verdient.

4.3.1. Sach- und Fachkompetenz

Bei der Theorie des Counseling geht es um die Entwicklung, die Begründung und die Unterstützung von beraterischer Fach-Kompetenz.

Die Theorie beinhaltet folgende drei Ebenen:

- Philosophie mit Aussagen zu Grundanschauungen, Anthropologie (Menschenbild), Gesellschaftstheorie, Erkenntnistheorie und Ethik
- Interpretationsfolien, d.h. Theorien zum Verstehen und Erklären von Prozessen, Strukturen und Hintergründen der eingebrachten – erzählten und gezeigten – Geschehnisse und Erfahrungen (z.B. Theorien von Entwicklung und Veränderung, inklusive Krisen; Gesundheit und Krankheit und deren Bedeutung; Organisations- und Systemtheorien)

- Praxeologie: Die Theorie beraterischen Handelns befasst sich mit dem Was (Thema), Warum (Gründe, Motive), Wozu (Zwecke, Ziele, Absichten, Aufträge) und Wie (Interventionsmöglichkeiten, mit Methoden, Settings, Arrangements (Techniken), speziellen Phänomenen (wie Übertragung und Gegenübertragung, Widerstand), dem Womit (Medien), Wann (Zeitpunkt), Wo (Lernort), für Wen (gesellschaftliche, kulturelle und interkulturelle Einflüsse)

Sie beinhalten weiterhin Aussagen zu den benutzten Kommunikationsmodi (Konversation, Beratung, Experimente, Diskussion, Metalog), zum Erkenntnis- und Lernprozess sowie zu Diagnose, Steuerung und Evaluation.

Für die Theoriebildung leisten verschiedene Wissenschaften (Psychologie, Sozial-, Erziehungs-, Sozialarbeitswissenschaft, Theologie, Recht, Philosophie, Medizin, d.h. ein interdisziplinärer Ansatz) und die vielfältigen Therapieschulen wichtige Beiträge.

4.3.2. Interventionskompetenz/ Methodenkompetenz

Hier geht es um die Fähigkeit der Prozessgestaltung, des Intervenierens im Sinne von Dazwischen- Handeln im Beratungsverlauf. Unterschiedliche Methoden schulenübergreifender Natur sollten gekannt, genutzt und reflektiert werden können.

Methoden meinen immer den Weg zu einem Ziel, d.h. sie sind im Beratungszielzusammenhang zu reflektieren und einzusetzen. Neben der Zielreflexion ist die Angemessenheit der Intervention und ihre Verbundenheit mit dem diagnostischen Prozess zu üben.

In der Beratung ist es wichtig, dass der Berater den Prozess nicht nur diagnostiziert, sondern ihn steuert, Impulse einbringt und eine am Anliegen und Ziel orientierte Übung der Unterbrechung gewohnter Bewältigungsmuster einzuleiten in der Lage ist.

Dazu braucht es der Kenntnis von Interventionen, den Überblick über beraterische Prozesssteuerung und eigene Erfahrung in Beratung selbst.

4.3.3. Beziehungskompetenz

Beziehungen aufbauen, ausdifferenzieren, halten und beenden können, gehören unweigerlich zum Kerngeschäft von Beratung. Dazu ist die Erfahrung und Reflexion der eigenen Beziehungsmuster wichtig. Diese werden in Selbsterfahrungsprozessen ‚gelernt‘.

Die Art der Kommunikation und der Interaktion, der Übertragung und Gegenübertragung sind weitere Wesensmerkmale der Gewinnung und Festigung

von Beziehungskompetenzen. Hinzu kommt die Beziehungsaufnahme zum beraterischen Gegenüber, das Halten und Aushalten im Prozess der Beratung und die Beendigung der Beratungsbeziehung.

Beziehungskompetenz ist damit ein Teil der systemischen Kompetenz.

4.3.4. Reflexive Kompetenz/Personkompetenz

Die reflexive Kompetenz meint das Wirken der eigenen Person, des Herkunftssystems, wie auch des gegenwärtigen Lebenssystems, die Interaktion, die Kommunikation, die eigene Sicht der Welt aber auch die eigenen Deutungsmuster, bezogen auf das Gelingen und Misslingen von Beziehungen und von Leben.

Es geht um die Bewusstwerdung der eigenen Person und des eigenen sozialen Systems und eine Erkenntnis, wie diese im Beratungsprozess mit sehr unterschiedlichen Klienten nutzbar gemacht werden kann.

Insofern geht die reflexive Kompetenz über die Person hinaus, als sie auf die Kybernetik zweiter Ordnung des beraterischen Handelns abzielt (vgl. Von Schlippe, 2003).

Im Kern wird sie eingeübt in den Selbsterfahrungselementen und im praktischen Handeln innerhalb der eigenen Beratungspraxis. Die Supervision (Einzelsupervision/ Gruppensupervision), die diese Praxis begleiten sollte, dient der Festigung der reflexiven Kompetenz.

4.3.5. Diagnostisch-analytische Kompetenz

Das Wort ‚Diagnostik‘ lässt sich mit ‚durchschauen‘ oder ‚durch und durch erkennen‘ übersetzen.

Im Allgemeinen bezeichnet ‚Diagnostik‘ die Lehre wie auch die Tätigkeit der Erkenntnisgewinnung, während ‚Diagnose‘ eher das Ergebnis dieses Erkenntnisprozesses meint. Im Zentrum diagnostischer Tätigkeit steht das Ordnen der gesammelten Informationen über einen Sachverhalt, das theoriegeleitete Gewichten und Deuten dieser Informationen mit dem Ziel, Handlungsalternativen zu erkennen.

Von der Art und Weise, wie andere Fachrichtungen diagnostisch vorgehen, unterscheidet sich Beratungsdiagnostik vor allem durch die Besonderheiten des Gegenstandsbereichs und der theoretischen Orientierung.

Aufgrund der Spannweite von Beratung und der Vielfalt der Problemlagen, Adressaten, Aufgaben und Arbeitsfelder braucht Beratung verschiedener diagnostischer Ansätze.

a) Modifikations- oder Prozessdiagnostik ist eingebettet in einen bestimmten Beratungsplan, sie sucht das Besondere und Singuläre eines Falles zu erfassen und ist prozessual angelegt.

Diagnostik in der Beratung bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit Klienten. Sie schließt die Entwicklung eines bestimmten Beratungsziels mit ein.

Modifikations- oder Prozessdiagnostik ist Bestandteil jeglicher professioneller Beratung. Im Problemlösungsprozess ist die Modifikations- oder Prozessdiagnostik untrennbares Element eines zirkulären Vorgangs.

Theoretisch und methodisch ist dieser diagnostische Prozess häufig mehrperspektivisch angelegt, außerdem reflexiv und partizipativ. Der diagnostischen Phase kommen dabei folgende Aufgaben zu (vgl. Müller, 1993:24):

Erkennen; Situationskontext klären; Probleme definieren; Problemkontexte klären und z. B. Rechtslagen berücksichtigen; Ursachen und Hintergründe aufdecken; Ziele entwickeln; Ressourcen und Entwicklungspotentiale erkennen; Indikation, Kontraindikation; ethische Standards und methodische Regeln einhalten.

b) Status- oder Bedarfsdiagnostik ist nicht so sehr auf das Prozesshafte und Besondere des Einzelfalles, sondern auf wiederkehrende Ereignisse (z.B. Verhaltensweisen) oder Zustände (z.B. Erleben) ausgerichtet, von denen angenommen wird, dass sie stabil, verallgemeinerbar und von längerer Dauer sein werden. Statusdiagnostik setzt einen stets gleichen Beurteilungsmaßstab voraus, sie ist normorientiert und will über das Ausmaß der Abweichung des problematisierten Zustandes von der Norm Auskunft geben.

Gegenstand des Lernens von Beratungsdiagnostik sind u.a. ethische und methodische Regeln, die der Objektivierung der diagnostischen Ergebnisse dienen. Diese Arbeitsregeln sollen während der diagnostischen Tätigkeit vor allem zur Selbstreflexion anregen.

Da in der Beratung die Person der BeraterIn ein Medium des Handelns ist, ist die Frage stets aktuell, inwieweit die momentane diagnostische Arbeit stärker durch eigene Bedürfnisse und biografische Verstrickungen geprägt ist als durch die Anliegen und Belange des Ratsuchenden.

Die Reflexion über die eigene Person und das eigene Vorgehen ist damit eine grundlegende Bedingung von Beratungsdiagnosen. Der Objektivierung der diagnostischen Ergebnisse dient in besonderer Weise die Subjektstellung des Ratsuchenden. Bei öffentlich geförderter Beratung ist der Klient schon nach dem Gesetz nicht Objekt sondern Subjekt des Beratungsprozesses.

4.4. Die systemische Kompetenz als Referenz von Beratung

Als soziales Wesen ist der Mensch auf Beziehung angelegt und immer und durchgängig in Systemzusammenhängen lebend und agierend zu begreifen.

In Lebensengpässen – dazu gehört auch die Krankheit und/oder andere physische Einschränkungen geht oft das Gewähr-Sein dieser Dimension verloren oder es reduziert sich deutlich.

Pflege, Betreuung sind immer schon diesem Zusammenhang sehr verpflichtet gewesen, oder sie handelten in der Praxis wie selbstverständlich nach diesen Prämissen.

In den Theoriebezügen – der Sach- und Fachkompetenz – geht es um die Systemtheorie, die Theorie z. B. der Familientherapie und Familienberatung, der systemischen Theorie; in der diagnostisch- analytischen Kompetenz liegt die Hervorhebung auf der Prozessdiagnostik (statt Statusdiagnostik/ und dem Kontext der Person (Person- Umwelt); die Ressourcen u.v.a.m.).

Die Interventions- und Methodenkompetenz fokussiert stärker die systemischen Parts wie die Ressourcen, das soziale Netz, die lösungsorientierte Perspektive. Als reflexive Kompetenz geht es bei der Beratungspersönlichkeit um die Kybernetik der 1. und 2. Ordnung sowie deren Unterscheidungen und den vollen Respekt vor der Haltung des beraterischen Gegenübers.

In der Beziehungskompetenz geht es sowohl um die grundlegende Fähigkeit wie Empathie als auch um die Wahrnehmung und Deutung der Beziehungsmuster der zu beratenden Menschen. Diese Beziehungsmuster können aus der Art des Umgangs, der Reaktionen von Berater und Ratsuchenden und aus dessen Umgang im sozialen Bezug erschlossen werden.

Systemische Kompetenz sollte sich in allen fünf beschriebenen Kernkompetenzen wie ein roter Faden durchziehen.

Bezogen auf die Diagnostik und die Interventionen zeigt sich lediglich ein eigenes Profil systemisch-beraterischen Handelns. Dieses beruht auf den systemisch-therapeutischen Schulen (wie sie auf das MRI in Palo Alto zurückgehen oder in Bezug auf Niklas LUHMANN sich bei uns vielfältig und breit gefächert entwickeln konnten). Zudem haben systemische Konzepte mittlerweile breiten Eingang in andere Schulen von Beratung und Therapie gefunden.

Der Lebenskontext, die micro-, mesostrukturellen Verwicklungen des Beratungsanliegens und der Person des Ratsuchenden müssten die anderen Kompetenzen durchziehen.

Wenn dieses Prinzip nicht durchgängig präsent wäre, ist die Ausweisung einer eigenen systemischen Kompetenz notwendig.

So erfordert systemische Beratungskompetenz integriert oder eigens ausgewiesen eine permanente Wachsamkeit für die verschiedenen Systemebenen.

Sie geht damit weit über die Interaktionen des (Meso-) Kosmos Berater und Ratsuchender hinaus.

In ihrem Kern beinhaltet systemische Beratung ebenfalls eine gesellschafts-politische Wachsamkeit. Diese erst ermöglicht es, die individuell erfahrenen Lebensumstände und Bewältigungsanliegen makrostrukturell zu verorten und der Schicksalhafterkeit von Problemen eine handlungs- und veränderungsmotivierte Option zu geben.

Hans-Jürgen SEEL verwendete bei der Fachtagung der DGfB ‚Auch in Zukunft: Gut beraten‘ am 23./ 24.11.07 in Mainz in dem von ihm geleiteten Workshop ‚Zukunft der Beratungsbildung- Merkmale und Perspektiven‘ die Metapher der ‚Filetierung der Lebenswirklichkeit‘.

Beratung ist gleichzeitig als eine gesellschaftlich- politische Herausforderung zu verstehen, die den vielfältigen gesellschaftlichen Individualisierungsvorgängen (durch Unterstützung der Filetierung) nicht noch Vorschub leistet. Beratung hat u.a. auch eine gesellschaftliche Funktion (vgl. Seel, 2009:4)

Die Metaperspektive von Beratung – als mikro- und makrosystemische – ist von nachhaltiger Bedeutung für die Professionalität von Beratung. Insofern ist Beratung ein Hilfskonzept, ein Hilfeprozess und gleichermaßen darauf angelegt, sich selbst in den kontextuellen Bezügen immer wieder neu zu reflektieren. Es kann nicht sein, dass die Programmatik des Veränderns auf der Klient- Berater-System-Ebene festgeschrieben ist oder nur dort ihre Gültigkeit zu reklamieren gedenkt.

Als weitere systemische Kompetenzen von Beratung können Fähigkeiten des Beraters ausgemacht werden

- vernetzt zu denken, und Wechselbeziehungen, Interdependenzen zu erkennen und im beraterischen Prozess zu nutzen
- die adäquate Vernetzung mit anderen Hilfesystemen
- komplexe Auftragssituationen sind zu entschlüsseln und im Prozess der Beratung immer wieder zu nutzen:
- Anlass, Anliegen und Auftrag sind dauerhafte Klärungspotentiale
- die Fähigkeit das eigene Geworden-Sein (die Lebens- und Berufsbiografie/in der Historie und der Gegenwart sowie der Wechselwirkung beider) zu verstehen.

Systemische Beratung würde sich selbst als Gegenstand immer wieder neu in ihrem institutionellen und gesellschaftlichen Kontext mit reflektieren und weiterentwickeln suchen.

4.5. Kontextualisierung als beraterische Kompetenz

Beraterische Professionalität bewegt sich fließend zwischen Micro-, Meso- und Makroebenen von Lebenswelten. So stand doch lange Zeit die Klient-Berater-Interaktion alleine im Fokus; sie bildete das Kerngeschäft des professionellen Beratungshandelns.

Auch die nachfolgende Zeichnung mag mit Nachdruck und Bezugnahme zu Christiane SCHIERSMANN verdeutlichen, wie sehr die lebensweltlichen Bezüge, die Orte und Begegnungen, sowohl die Problemhaftigkeit wie auch Funktionalität des Handlungs-Aktes ‚Beratung‘ bedingen, ihn beeinflussen und rahmen. Handlungs- und aktivitätsrelevante Erfahrungen machen Menschen in allen ihren Bezügen; deren Wirksamkeit und Wirksamkeitsstörung beeinflussen die Veränderungshaltung und die Veränderungsfähigkeit im beraterischen Feld.

Die systemische Kompetenz von Beratung zeigt entweder als durchgängiges Prinzip durch alle Kompetenzsektoren hindurch, oder als eigenes Fähigkeitsprofil.

Christiane SCHIERSMANN löst diese Fragestellung noch anders. Neben den durchgängigen systemischen Prinzipien in den Kompetenzbereichen ist das Setting, die Rahmung des Prozesses, der institutionelle Kontext und der soziale Kontext des Ratsuchenden bei ihr von hoher Bedeutung.

Sie baut diese Kompetenz in ihr Strukturmodell so ein:

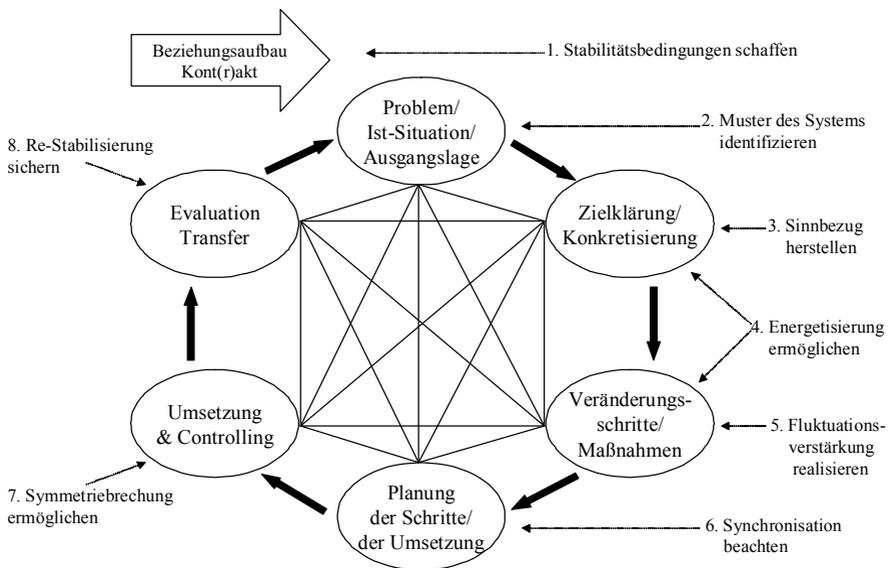


Abb.9: Verknüpfung eines Prozess-Modells mit den ‚Generischen Prinzipien‘

Die hohe Priorität des ‚Umfeldes‘ d.h. die Berücksichtigung aller Person-Umwelt-Variablen sind demnach besondere Markenzeichen von systemischer Beratung.

Die Pendelbewegung zwischen Person-, Micro- und Mesokontext im beratenden Handeln braucht systematisch die supervisorische Stützung und Begleitung. Wie sonst könnte bei allem Pendeln des professionellen Beraters, die Kybernetik der zweiten Ordnung als selbstreflexive Kompetenz gestützt, gehalten und weiterentwickelt werden?

4.6. Beratung als Handlungskompetenz

Es gilt diese besondere Form professioneller sozialer Hilfe als reflexive Begegnung beobachten, steuern, analysieren und theoriegeleitet erklären zu können. WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND setzen die Kompetenzen in vier Achsen zum zentralen ‚Fallverstehen in der Begegnung‘.



Abb.10: Beratungskompetenzen in ihrer Vielfalt (frei nach Bruno Hildenbrand, Rosemarie Welter-Enderlin1997)

Unabhängig vom Format der Beratung kann für das Feld der Pflege und der Betreuung Markantes aus dem Wechselspiel aller Achsen abgeleitet werden. Und: die eine Achse beherrschen oder vielleicht noch eine zweite oder dritte, dies reicht als Kompetenzgrundlage noch nicht aus !

Die didaktischen Lern-Konstruktionen für das Erlernen der Beratungskompetenz sind demzufolge kritisch zu prüfen und zu erweitern.

Für die Beratungskompetenz in Pflege und Betreuung reicht demzufolge nicht pflegewissenschaftliches Wissen kombiniert mit beruflicher Praxis. Die Selbstreflexion eigener Bezüge, die Personwirksamkeit, die beratungstheoretische Fundierung und beratungsdiagnostische ,wie auch beratungsinterventorische Kenntnisse spielen in ihrem Miteinander und ihrer Bezogenheit eine sehr wesentliche Rolle.

Aus genau diesem Grunde muss Beratung ‚eigens gelernt werden‘, dieses Lernen sollte alle Achsen miteinander in ihrer Wirkung entfalten.

4.7. Ein kleiner Exkurs: Über das Sorgen – Versorgen – Umorgt sein und deren Relevanz für Beratung in der Pflege

Diese Begrifflichkeit wirkt auf den ersten Blick sperrig und in Sozialer Arbeit, in Pflege und Beratung keinesfalls von selbst verständlich.

Wenn -soziologisch betrachtet- Familien eine Versorgungsfunktion, eine Erziehungsfunktion und eine Beziehungsfunktion haben, dann wurde lange Zeit die Versorgung wenig belichtet. Im Alter und im Umgang mit Funktionschwächen von Menschen gewinnt diese Dimension neue Bedeutung. Die Funktionalität des Systems Familie ist auf dem Prüfstand und Aufgaben müssen neu verteilt werden, die Familie als Ganzes ist neu zu gestalten. Aus diesem Grunde wird an dieser Stelle das Thema der Sorge neu belichtet.

Sich ‚Sorgen‘ ist eine - wie Heidegger in Sein und Zeit beschreibt - gebundene Haltung

Die Fragen nach dem Sinn vom Sein beantwortet er so:

„Der Sinn vom Sein ist die Zeit, die Zeit aber ist kein Füllhorn von Gaben, sie gibt uns keinen Halt und keine Orientierung. Der Sinn ist die Zeit, aber die Zeit gibt keinen Sinn.“ (Safranski 2009:178)

Es geht um das festgelegte In-der-Welt-Sein des alltäglichen Daseins.

Das bedeutet, das Dasein tritt nicht einer Welt gegenüber, sondern findet sich immer schon in ihr vor. Mit – sein – mit – anderen bedeutet:

Das Dasein findet sich immer schon in gemeinsamen Situationen vor.

Sich – vorweg – sein bedeutet: Das Dasein blickt vom Jetztpunkt aus nicht gelegentlich, sondern ständig besorgend in die Zukunft hinaus.

Sorge bedeutet demnach ‚Sich - vorweg - schon – sein in (einer Welt) als Sein‘ – bei innerweltlich begegnenden Seienden (vgl. Safranski 2009:179 ff)

Die Grundstruktur des Umgehens mit der Welt nennt Heidegger ‚SORGE‘, Sorge hat dabei eine umfassende Bedeutung – sie ist alles!

„Mit Sorge soll also nicht gemeint sein, dass man sich hin und wieder ‚Sorgen‘ macht. Sorge ist ein Grundmerkmal des *Conditio humana*. HEIDEGGER verwendet den Ausdruck im Sinne von Besorgen, Planen, Bekümmern, Berechnen, Voraussehen. Der Zeitbezug ist hier entscheidend. Sorgend kann nur ein Wesen sein, das einen offenen und unverfügbaren Zeithorizont vor sich sieht, in den es hineinleben muss. Wir sind sorgende und besorgende Wesen, weil wir den nach vorne offenen Zeithorizont ausdrücklich erfahren. Sorge ist nichts anderes als gelebte Zeitlichkeit.

Sorgend umgetrieben von Zeit der Zeit begegnen wir handelnd der Welt, die aus der Perspektive des Umgangs mit ihr vorhanden oder zuhanden sein kann. Dasein selbst aber ist weder etwas Vorhandenes noch etwas Zuhandenes, sondern Existenz. Existieren bedeutet,

ein Selbstverhältnis zu haben; sich zu sich selbst und damit zu seinem Sein verhalten müssen.“ (Safranski, 2009:182)

Sich im Alter und Krankheit, bzw. zunehmender Gebrechlichkeit zu sorgen umeinander ist eine tiefe Seinsqualität von Leben und Zusammenleben. Gestaltpsychologisch kann Sorge auf Leib oder Seele oder Geist, d.h. auf Teile das Ganze des Seins bezogen sein.

4.7.1. Sorge – Sich-Sorgen – Umsorgt-Sein: das sorgende und das fürsorgende Handeln

Neben den philosophischen Betrachtungen zum Sorgen, gibt es drei weitere Betrachtungsebenen.

Ein unbestimmtes, bedrückendes Gefühl der Angst und Unruhe, das eigene Leben betreffend. Dieses Gefühl ist auf die, als nur minimal beeinflussbar erlebte, Zukunft gerichtet. Die Hauptsorgen der Deutschen bezogen sich im Jahr 2005 auf:

1. die eigenen finanzielle Lage, die Alltagsbewältigung im Alter, Arbeitslosigkeit und die eigene Gesundheit.
2. Bemühen; Sorge um das Wohlergehen eines anderen Menschen, Fürsorge
3. Im Kontext des ‚Sorgerecht‘ steht mehr die Verpflichtung für die Kinder im Vordergrund. Das Sorgerecht ist ein Rechtsbegriff im deutschen Familienrecht

Marliese BIEDERBECK hat es sich in ihrer Dissertation zur Aufgabe gemacht, die Interaktion zwischen chronisch kranken Menschen und pflegenden Angehörigen zu untersuchen. Interaktion ist hierbei der Prozess der Kommunikation, der auf die Durchführung einer gemeinsamen Arbeit gerichtet ist. Dabei interpretieren die beteiligten Personen fortwährend die Handlungen des Anderen und benutzen diese Informationen als Grundlage für das eigene Handeln. Eines ihrer Hauptanliegen ist es, dass sich ein Verständnis von Pflege durchsetzt, dass die Familie als Ganzes bzw. das System enger Bezugspersonen in den Blick nimmt und sich nicht ausschließlich auf die pflegebedürftige Person konzentriert.

Sie möchte die Hintergründe herausfinden, die Angehörige dazu bewegen, ihre Beziehung zu den Pflegebedürftigen aufrecht zu erhalten oder abzubauen. Zu diesem Zweck hat sie eine qualitative Studie durchgeführt und darin die pflegenden Angehörigen interviewt. Ihr Ziel war es: „Eine in die Tiefe dringende, reflexive Beschreibung der Erfahrung einer sorgenden pflegenden Angehörigen Beziehung zu erhalten“ (Biederbeck 2006:Vorwort). Ihre Forschungsarbeit erfasst die Sicht der pflegenden Angehörigen auf ihre Wirklichkeit.

Forschungsergebnis ist, „(...) dass aus Sicht der Angehörigen, das Wesen der Interaktion, zwischen pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Bezugspersonen, die engagierte Sorgearbeit darstellt. Für das Konzept der engagierten Sorgen sind die sorgende Haltung, das fürsorgende Handeln und das Sorgegefühl konstitutiv. „Diese Elemente stehen untereinander in Beziehung, sie bedingen sich gegenseitig und konstituieren dadurch die spezifische Eigendynamik“ (Biederbeck 2006:291).

In dem Konzept der engagierten Sorgearbeit verbindet sich das unbestimmte bedrückende Gefühl, das durch Sorgen hervorgerufen wird mit der Fürsorge für einen anderen Menschen.

Dies bedeutet, dass es um eine **sorgende Haltung** geht.

Die Haltung eines Menschen ist mehr als die Meinung oder Einstellung zu einer Person oder Sache. So gründet sie sich auf Rollenerwartungen, sowohl auf die eigenen Erwartungen als auch auf die der Mitmenschen gleichermaßen. Das wirkt sich auf die Identität aus und mündet in der Haltung sich für oder gegen die Pflege eines bedürftigen Familienmitglieds zu entscheiden.

Ausschlaggebend für eine sorgende Haltung, dem kranken Menschen gegenüber, ist das ihm ‚zugewandt sein‘. Angehörige haben bis zur Erkrankung viel Zeit miteinander verbracht und wünschen dies auch in Zukunft tun zu können. Zugewandt sein ist ein Konzept, das sich durch gegenwärtiges Erleben auszeichnet, gleichzeitig in die Zukunft gerichtet ist.

Die sorgende Haltung entsteht aus mehreren Voraussetzungen:

- Reziprozität
- in der Vergangenheit erlebte wechselseitige Unterstützung, die jetzt fortgeführt wird
- Emotionale Verbundenheit
- durch Liebe und Freude aber auch Schmerz und Enttäuschung
- Rollenerwartung
- Trotz fortschreitender Modernisierung und sich auflösender Rollen – und Familienbilder hat M. Biederbeck im Hinblick auf die familiäre Sorge klare Rollenerwartungen, besonders an die Frauen einer Familie, festgestellt
- Verpflichtung
- Zur Übernahme der fürsorgenden Haltung durch die Identifikation mit dem traditionellen Frauenbild
- Interdependenz

die Pflege, Betreuung eines kranken Menschen wird von den Angehörigen nicht als einseitiges Abhängigkeitsverhältnis erlebt, sondern als wechselseitiges Angewiesen-Sein durch die langjährige, vorangegangene Beziehung auf der Grundlage von Vertrauen und Verlässlichkeit.

Es geht auch um ein **fürsorgendes Handeln**, denn die sorgende Haltung drückt sich durch das fürsorgende Handeln aus. „Angehörige reagieren auf den Bedarf und versuchen durch ihr Handeln das Leiden zu verringern“. (Biederbeck 2006:127). Angehörige handeln so, dass ihr Tun ihnen angemessen erscheint, aber auch weil sie keine andere Alternative sehen.

BIEDERBECK unterscheidet verschiedene Arbeitsaufgaben des fürsorgenden Handelns von Angehörigen.

- Informationsbeschaffung
- Informationsbeschaffung über die Erkrankung selbst, den erwarteten Verlauf, andere Behandlungsmöglichkeiten.
- Informationen sind unerlässlich, um anstehende Entscheidungen entweder mit dem Kranken gemeinsam zu entscheiden oder seine Entscheidung zu verstehen und mitzutragen.
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Angehörige sind das Bindeglied zur Außenwelt, ihnen fällt somit die Aufgabe zu, die anfallenden praktischen, finanziellen oder versicherungsbedingten Anforderungen für den Kranken zu erledigen.
- Vertrauen und Verlässlichkeit herstellen
- Besonders in Situationen, die unbekannt, neu oder angstausslösend sind, stellt das ‚Einfach da sein‘ der Bezugsperson eine wichtige Aufgabe dar. Das fürsorgende Handeln drückt sich in belastenden Situationen im zugewandten Handeln aus, so dass für den Kranken eine vertraute und sichere Atmosphäre entsteht.

4.7.2. Das emotionale Erleben – Sorge um die kranke, pflegebedürftige Person

Die sorgende Haltung drückt sich im fürsorgenden Handeln aus, das Sorgegefühl, die Sorge um einen geliebten Menschen, ist nur spürbar für den, der sich in Sorge befindet. Von Mitmenschen ist die Sorge nur zu interpretieren, wenn z. B. Angehörige sehr angespannt, still oder aggressiv auftreten.

BIEDERBECK (2006) hat in ihrer Studie folgende Faktoren beobachtet, die das emotionale Erleben der pflegenden Angehörigen bestimmen:

- Die Reaktionen des kranken Menschen bezüglich seiner Krankheit und der Angehörigen-Fürsorge, die ihm zu Teil wird. Ob er sich passiv, ablehnend, unruhig, dankbar, geduldig oder ungeduldig verhält, hat einen direkten Einfluss auf die emotionale Lage der Angehörigen.
- Ob die Unterstützung informeller Helfer z.B. das soziale Netzwerk und formeller Helfer z. B. professionell Pflegende, Ärzte, Therapeuten von den Angehörigen als solche wahrgenommen werden kann

- Das ‚Bewusst- werden‘ der Grenzen, der eigenen Fürsorge, sogar das nichts Tun können in einer Situation, die man der vertrauten Person gerne ersparen würde, ist für die meisten Menschen nur schwer auszuhalten.

Die Gefühle der Angehörigen, ob persönlich pflegend oder ‚nur‘ zu Besuch kommend, schwanken zwischen Hoffnung auf Besserung und Trauer über das Leid oder den Verlust. Angehörige sind selten in einem emotional stabilen Zustand.

Die Interpretation der Ergebnisse ihrer Studie stellen der belastenden Dynamik engagierter Sorgearbeit, die der förderlichen Sorgearbeit gegenüber.

BIEDERBECK kommt in ihrer Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

„Die Pflege eines chronisch kranken älteren Menschen in der Familie stelle eine gesellschaftlich konstruierte Überforderungssituation dar.“ (ebd. 2006: 288ff).

Die Verantwortung für die Sorge wird in der Regel den Frauen zugewiesen und durch die immer noch herrschende bürgerliche Ideologie moralisch erhöht. Ihrer Ansicht nach, sind familiäre Pflegearrangements Zwangssituationen, in denen die betroffenen Angehörigen sowohl rechtlich als auch moralisch gefangen sind. Die Sorge ist Ausgangspunkt dessen, was als Belastung erlebt wird und wo die Bewältigung ansetzt. Erst ein Verständnis der Sorge gibt einen Hinweis darauf, an welchen Punkten Unterstützung gefordert ist. Zwischen den konstitutiven Elementen: Sorge erleben; sorgende Haltung und fürsorgliches Handeln besteht eine Eigendynamik. Das Sorge – Erleben von Angehörigen wirkt sich direkt auf Haltung u. das Handeln in der Pflegetätigkeit aus. Sie stellt zwei verschiedene Dynamiken engagierter Sorge dar und hat eine fördernde und eine belastende Dynamik engagierter Sorgearbeit herausgearbeitet. Dabei hat sie erkannt, dass eine sorgende Haltung, die wenig hinterfragt wird und als selbstverständlich angesehen wird, sich eher belastend auf die Sorgearbeit auswirkt, da sie den Handlungsspielraum der betroffenen Person einschränkt. Sind hingegen Angehörige in der Lage, ihre Einstellung zur Pflege zu reflektieren, dann können sie sich durch das Erschließen neuer Perspektiven ihren eigenen Handlungsspielraum erweitern. BIEDERBECK nennt dieses Vermögen zwischen den Gefühlen Leiden und Mitleiden zu differenzieren die ‚förderlich Logik‘. Im Gegensatz zur ‚geförderten Logik‘, hier bei entwickelt sich aus dem unreflektierten Sorgeempfinden heraus ein Teufelskreis. Dabei wird das Engagement für den Kranken permanent gesteigert. Daraus resultiert aber nicht die Abnahme des Leidens, sondern es kommt zu einem unüberwindbaren Konglomerat aus Engagement und Leiden, dies führt in der Regel zur Überforderung der Angehörigen.

BIEDERBECK sagt, dass durch ihre Forschungsarbeit einerseits das Engagement pflegender Familien gewürdigt werde und ersichtlich wird wie notwendig eine bedarfsgerechte Unterstützung dieser Familien ist. Anderer-

seits wird deutlich wie umfangreich das Expertenwissen der professionell Pflegenden sein muss, um die individuelle Eigendynamik der sorgenden Familien zu erkennen. Es geht dabei um mehr als nur das Wissen auf der Handlungsebene. Entscheidend für den Erfolg einer professionellen Pflegeberatung, sei die „Fähigkeit im Umgang mit Einstellungen und Emotionen der Angehörigen, sowie das Wissen über das Zusammenwirken der drei konstitutiven Elemente.“ (ebd.:294)

Daher empfiehlt sie die Institutionalisierung der Sorgeberatung für pflegende Familien, mit präventiven, aufsuchenden, prozessbegleitenden Charakter. Denn die Verantwortung darf nicht einseitig den betroffenen Familien zugewiesen werden, sondern ist Aufgabe aller Mitglieder der Gesellschaft. Gelingen kann dies durch eine Verschiebung der Perspektive von der erkrankten auf die pflegende Person.

Das ‚Sich sorgen‘ ist in Familien die zentrale Kategorie für deren Zusammenhalt. Sich sorgen endet erst (wenn man das so sagen kann) mit dem Tod, sie endet nicht mit dem Wechsel des Kontextes wie z.B. der stationären Unterbringung. D.h. die Sorge um den Menschen teilen sich die Angehörigen und die Pflegenden miteinander. Wichtig ist es, dass Pflegende das sehen und erkennen und Wertschätzung, Respekt und gegenseitige Anerkennung sind dabei eine gute Basis.

HANTEL-QUITMANN (1997) hat als Familienpsychologin zwanzig Fähigkeiten ausgemacht, die gesunde Familienbeziehungen ausmachen.

Diese gilt es in Gesundheit, Krankheit, Alterung zu unterstützen und zu fördern.

1. die Fähigkeit, flexibel und kreativ mit den jeweiligen Entwicklungsanforderungen in den familiären Zyklen umzugehen.
2. die Anpassungsfähigkeit an sich verändernde soziale und kulturelle Bedingungen;
3. die Fähigkeit zur Problembewältigung und Konfliktlösung;
4. die Fähigkeit zur offenen und direkten Kommunikation
5. das Ernstnehmen der Kinder und ihrer Bedürfnisse und Wünsche durch die Eltern, ohne diesen jeweils nachgeben zu müssen;
6. die Akzeptanz von Unterschieden zwischen den Menschen einer Familie in Bezug auf deren Charakter, Neigungen, Interessen, Fähigkeiten usw.;
7. die Fähigkeit, allen Mitgliedern einen möglichst großen Raum an Entwicklungsmöglichkeiten einzuräumen (Co-Evolution, bezogene Individuation, Verhältnis von Autonomie und Abhängigkeit), ohne dass die wechselseitige Bezogenheit verloren geht;

8. die Anerkennung der Tatsache, dass die ungleiche Behandlung von großen und kleinen Kindern durchaus gerecht und gut sein kann;
9. eine Bewusstsein über die Geschichte der Familie im weitesten Sinne;
10. eine flexible Aufteilung von Raum, Zeit, Geld und Liebe in der Familie;
11. die Fähigkeit, Nähe und Distanz bzw. Gemeinschaft und Individualität flexibel zu handhaben;
12. das Wahren und Respektieren von Grenzen zwischen den Generationen, den Geschlechtern und den einzelnen Menschen;
13. das Respektieren von gemeinsam geschaffenen Regeln für den Umgang im Alltag, bei Konflikten, in der Erziehung usw.;
14. ein gemeinsames Wertesystem bezüglich moralischer und ethischer Werte, das auch übergeordnete Sinn- und Seinsfragen zulässt oder thematisiert;
15. die Fähigkeit zu einem guten Streit, der sich dadurch auszeichnet, dass die Beteiligten sich nicht niedermachen oder entwerten, sondern im Kontakt bleiben;
16. die Fähigkeit, eigene Gefühle zeigen zu können und diese respektvoll zu wissen;
17. die relative Balance von Geben und Nehmen oder Soll und Haben, die zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich sein kann;
18. die Strukturen der Familie sollen klar und eindeutig sein, dazu gehört eine interne Hierarchie, eine Rollen- und Funktionsverteilung, die keine Macht ausspielt.
19. eine eigene Sprache (Metaphorik, Symbolik) der Familie, die nicht nur aus Worten, sondern auch aus Handlungen bestehen sollte;
20. Respekt und Wertschätzung für die anderen Menschen, damit das Staunen auch dort Platz finden kann, wo alle sich gänzlich bekannt zu sein scheinen.

(vgl.: Hantel-Quitmann, Wolfgang 1997:8-29)

Nachdem gezeigt werden konnte, dass Beraten/ Beratung nicht nur kommunikatives Handeln, sondern auch systemische Dimensionen, eine Haltung mit systemischen Kompetenzen beinhaltet, wollen wir im Weiteren die Relevanz und Bedeutung von Beratung im berufspädagogischen Handeln fokussieren und die Pflegeausbildungen in den Blick nehmen.

5. Systemische Beratung in der Pflegeausbildung: im Fokus Lernberatung, Praxisanleitung und Praxisbegleitung

Einführend in den Kontext der Pflegeausbildungen scheint es hilfreich zu sein, den Blick u.a. auf die gewandelten gesellschaftlichen und organisationalen Bedingungen zu werfen, da die Lehrenden, die Praxisanleiter und die Lernenden in ihrem konkreten Handeln davon betroffen sind. Nicht zuletzt, sondern zu allererst sind jedoch die pflegebedürftigen Menschen Grund und Ziel dieser Überlegungen, auch wenn sie im Fokus dieser Ausführungen als Adressat von pflegerischem Handeln und den damit verbundenen Lernanlässen nicht immer explizit benannt werden und doch von ihnen betroffen sind.

5.1. Systemische Beratung und Pflege(-aus)bildung – eine Begegnung mit Folgen

Der demographische Wandel und die damit verbundenen Anforderungen an soziale Dienstleistungen zeigen auf, dass die sozialen und kulturellen Fähigkeiten und Verantwortlichkeiten zukünftig von immer größerer Bedeutung sein werden. Die Beschleunigungen der Informationsverarbeitung und der damit verbundene verantwortliche Umgang erfordern neue Spielregeln und Anpassungsvorgänge im Miteinander. Das ‚In-der-Welt-zurecht-kommen‘ hängt schon gegenwärtig von der Lern-, Reflexions- und Dialogfähigkeit, einer anteilnehmenden und anteilgebenden Haltung und dem Umgehen können mit neuen, herausfordernden und komplexer werdenden Situationen ab. Insbesondere die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse lassen uns aufmerksam auf die Fragen nach unserem freien Willen, unserer Autonomie und unserer Entwicklungs- und Wachstumspotentiale schauen.

Auch die Handlungsfelder der beruflichen Pflege und der Pflegeausbildungen sind von diesen gesellschaftlichen Wandlungen betroffen. Wie die aktuelle Gesundheitsberichterstattung darlegt, steigen die Anforderungen an die Pflegefachkräfte insbesondere im Bereich der sozialen Bewältigungsstrategien. Die erhöhte Arbeitsdichte, die erhöhten Pflegebedarfe der Pflegebedürftigen weisen in stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen auf die Grenzen der Möglichkeiten im pflegeberuflichen Handeln hin. Dazu kommen die erheblichen Veränderungsprozesse durch Anforderungen der Qualitätssicherung, der Rechtsprechung, der strukturellen Umbauprozesse der Einrichtungen usw. Die Fähigkeiten in komplexen, schwierigen und gefährlichen Pflegesituationen verantwortlich und kompetent zu handeln wird

oftmals von den Beteiligten als belastend und manchmal auch überfordernd erlebt.

Auch die Pflegebildungseinrichtungen sind von spezifischen Veränderungsprozessen betroffen. Die Fusionierungsprozesse der Schulen, die Ausrichtung in eine generalistische Ausbildung, die Integration der Studienprozesse in die Erstausbildung, die veränderten Kooperationsbeziehungen zu den Pflegeeinrichtungen – all dies fordert neue, bisher nicht geübte Handlungsweisen und verändert die Sicht auf Bildungsprozesse und deren Gestaltungsmöglichkeiten.

Interberufliches und interprofessionelles Handeln in den Gesundheits- und Pflegeberufen werden als selbstverständliche Voraussetzung im Feld der Gesundheitsversorgung angenommen, allerdings als verbesserungswürdig eingeschätzt. Die Etablierung interprofessioneller Diskurse erfordert ein emanzipatorisch ausgerichtetes Selbstverständnis der Pflegenden und einen darauf ausgerichteten beruflichen (Aus-)Bildungsweg. Neben den auf berufliche Handlungsfähigkeit ausgerichteten Ausbildungszielsetzungen der Pflegeausbildungen wird es zukünftig bedeutsam sein, inwieweit eine Ausbildungsstätte zu selbstverantwortlicher Bildung im Sinne selbstgesteuerter lebenslanger Lernprozesse qualifiziert, um bei der gesellschaftlichen, beruflichen und betrieblichen Weiterentwicklung aktiv mitwirken zu können. (vgl. Arnold / Schüßler 1998, Sikora 2003)

Es erscheint notwendig, die bestehenden Lernkulturen in den Pflegeausbildungseinrichtungen genauer in den Blick zu nehmen und im Hinblick auf die Anforderungen einer hilfreichen und wirksamen Unterstützung durch Lernberatung bzw. systemische Beratung kritisch zu betrachten. Daraus können Impulse für die zukünftige Gestaltung der Bildungsprozesse und den Rollenerwartungen in den Pflegeausbildungen erwachsen.

Lernen als anthropologisches Phänomen hat die Menschen und die wissenschaftlichen Perspektiven seit alters her beschäftigt. Immer wieder wurden neue Perspektiven eingenommen, neue Fragen gestellt und hinlängliche Antworten gegeben. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse lassen uns tiefer in das Geheimnis und die Begrenzungen unseres Lernens hineinschauen. Mittlerweile ist es wissenschaftlich erkannt bzw. anerkannt, dass das ob und wann wir lernen von uns selbst, unserer Befindlichkeit, dem Kontext, der Lernumgebung, der Gruppe, den biographischen und beruflichen Verwendungssituationen abhängig ist. (vgl. Siebert 2003: 18).

Wenn gleich GIESECKE als Erziehungswissenschaftler bereits 1987 ‚Beraten‘ als Grundform pädagogischen Handelns beschrieb, blieb lange Zeit offen, wo denn diese Handlungsform in oder neben den unterrichtlichen Prozessen platziert sein könnte. (vgl. Giesecke 2003:87). SIEBERTs reformpädagogischem Bemühen und dem zielgerichteten Verfolgen der Idee des

selbstgesteuerten Lernens verdanken wir die Fortsetzung der implementierenden Idee von Beratung im unterrichtlichen Lernen, dem Lernen in schulischen Kontexten. Auch er beschreibt ein Stufenmodell des Lernens von Beratung, macht Kompetenzen und Verhaltensweisen aus, die es zu trainieren gilt und baut auf den systemisch- konstruktivistischen Grundlagen sein Konzept auf (vgl. Siebert 2009: 85ff).

Für die Pflegeausbildungen als einem spezifischen Kontext beruflichen Lernens stellt sich nun die Frage, in welcher Art und Weise Lernprozesse sinnvoll initiiert und begleitet werden können und welchen Beitrag beraterisches Handeln dabei leisten kann und soll.

5.1.1. Sich selbst lernend ins Gespräch bringen – zukunftsverantwortliche Bildung

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Bildung ist die anthropologische Dimension des Mensch-Seins von Bedeutung. Ausgehend vom philosophisch-anthropologischen Menschenbild wird das Mensch-Sein verstanden als eine auf Dialog ausgerichtete Seins-Weise. Es wird unterstellt, dass jeder Einzelne sich selbst als freies, lernendes Wesen vollzieht (vgl. Sikora 2003:73). Dieser Selbstvollzug ist in konkreten Situationen erfahrbar, körperlich, gedanklich-sprachlich und gefühlsbetont. In der Begegnung mit Anderen und Anderem eröffnen sich im Horizont von Bildung sinnkritische Dialoge. Dialogizität setzt Dialog- und Autonomiekompetenz des Menschen voraus. Diese Kompetenz ermöglicht es dem Menschen, sich inner- und mitweltlich sinn-voll zu verhalten. In seinem Verhalten nimmt er Stellung zu der und in der Welt. Die Grenzen menschlicher Autonomie werden uns von der neurowissenschaftlichen Seite durch die aktuellen Forschungen kritisch vor Augen geführt. (vgl. Hanswille (Hrsg.) 2009) Trotz alledem sind Menschen in den situativen Entscheidungsfragen persönlich gefordert mit den eigenen Bedürfnissen, Motiven, Erwartungen, dem Wissen und der Emotion umzugehen. Bildung in diesem umfänglichen Sinn ist Persönlichkeitsbildung und unterstützt Menschen bei einer selbst- und mitverantwortlichen Lebensweise.

Zielsetzungen solcher Bildungsprozesse sind die Überwindung asymmetrischer Beziehungen und die Ausrichtung auf emanzipatorische Ideale. (vgl. Sikora 2003) Die zukünftigen Entwicklungen in der Pflegelandschaft können derzeit nicht umfassend vorausgesehen werden. Daher werden auch zukünftig Pflegepersönlichkeiten benötigt, die in der Lage sind, sich den stets neuen Erfordernissen gegenüber zu positionieren und einzigartige und passende Entwicklungs- und Handlungsprozesse zu gestalten.

Es scheint hilfreich zu sein, die körperlich situierte Lernerfahrung mit den je persönlichen Standpunkten, Perspektiven, Grenzerfahrungen mit anderen

Menschen in Beziehung zu setzen und über die jeweilige Andersartigkeit ins Gespräch zu kommen. Die bewusste Auseinandersetzung mit dem Anderen und seiner Andersartigkeit eröffnet dann neue Perspektiven.

„Metakognition“ verweist auf die Fähigkeit und Notwendigkeit zur ‚Beobachtung II. Ordnung‘, zur reflexiven Selbstbeobachtung, zur Evaluation der eigenen Lernstile und Lernmotive, der Stärken und Schwächen.“ (Siebert 2003: 20)

Lernen als Konstruktion der Wirklichkeit fordert einen Habitus, ist ein Lebensstil. Der Lernende ist sich der Vorläufigkeit und Begrenztheit der eigenen Bewusstheit und Bewusstseinsinhalte bewusst. Diese individualistische Sicht wird im Streben nach Bildung ergänzt durch die soziale Perspektive. Durch die Begegnung mit dem Anderen wird die eigene selbst konstruierte Sicht ergänzt durch die des Anderen. Am und mit dem anderen kann ich mich vergewissern und orientieren. In der gemeinsamen Begegnung und dem Dialog schaffen beide eine einzigartige Kulturleistung. Dabei wird die Welt und die eigene Identität immer wieder neu konstruiert und Ziel von Bildung ist es, dass sich beide der Konstruiertheit ihrer Sichtweisen bewusst sind. (vgl. Siebert 2003:29)

5.1.2. Rahmungen für Lernen und Lehren in den Pflegeausbildungen

An dieser Stelle werden aus den Grundlagen (Kapitel 2 und 3) relevante und spezifische Aspekte für ein notwendig gewordenes verändertes Lernen und Lehren in den Pflegeausbildungen thematisiert.

In der Pflegeausbildungslandschaft ist es in den letzten Jahren vermehrt zu Kooperationen, Zusammenlegungen bzw. Fusionierungen der Pflegebildungseinrichtungen gekommen. Die mit der Schule verbundenen stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen stellen die praktische Ausbildung nach Maßgabe der Berufsausbildungsgesetze sicher. Grundsätzlich liegt der Ausbildung ein betrieblich-arbeitsrechtliches Verständnis und eine entsprechende Struktur zugrunde. (vgl. Blum et.al. 2006)

Die praktische Pflegeausbildung findet in Pflegeeinrichtungen statt, die im Rahmen eines staatlichen Anerkennungsverfahrens hinsichtlich der ausbildungsrelevanten Standards überprüft werden. Die leitenden Pflegekräfte der Pflegeeinrichtungen tragen die Verantwortung, die praktische Ausbildung im Sinne der Pflegeausbildungsgesetze zu gestalten. Hierbei wird gefordert, die im Unterricht erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten in der praktischen Arbeit am betrieblichen Arbeitsplatz zu vertiefen und in der beruflichen Tätigkeit anzuwenden. Dieser Anwendungsbezug findet sich ebenfalls in den Anforderungsprofilen zu den staatlichen Prüfungen am Ende der Pflegeausbildung. (vgl. KrPflGAPrV 2003, AltPflGAPrV 2003)

Die im Rahmen der Pflegeausbildungen zu erwerbenden Handlungskompetenzen sind in den gesetzlichen Grundlagen beschrieben und in dem schulinternen Curriculum differenziert aufgeführt. Die geforderte und erwartete Integration des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen in den Pflegeprozess ist ohne Beratungskompetenzen der Pflegefachkräfte nicht einzulösen. Diese gilt es im Kontext der Themenbereiche/ Lernfelder grundzulegen und in den Anleitungs- und Pflegeprozessen durch die Praxisanleiter weiter zu entwickeln. Die medizinthérapeutisch-pflegerische Zielsetzung aufgrund der Rahmungen aus SGB V und SGB XI und den daraus erwachsenden Behandlungs- bzw. Versorgungsverträgen setzt hier dem beraterischen Handeln der Pflegefachkräfte Grenzen. Auch wenn sie einen Beratungsbedarf erkennen, der diesen Kontext sprengt, fehlt es dann in der Regel an Ressourcen und auch an spezifischen Beratungskompetenzen dieses Anliegen weiter zu verfolgen.

In den praktischen Einsatzorten der Pflegeausbildung ist eine angemessene Zahl von Fachkräften mit einer berufspädagogischen Zusatzqualifikation (Praxisanleiter) vorzuhalten. Diesen kommt die Aufgabe zu, die ‚Lernenden‘ an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen und die Verbindung mit der ‚Schule‘ zu gewährleisten. Die paritätische Besetzung der Fachprüfer aus dem betrieblichen und dem schulischen Lernort in den praktischen Prüfungen verdeutlicht nochmals die Bedeutung der Praxisanleiter und damit verbunden auch die des betrieblichen Lernortes.

Die Empfehlungen des Deutschen Bildungsrates geben weitere Konkretisierungen zu personellen und zeitlichen Mindeststandards an:

- „Die Schüler sollen während der ersten Woche am Praxiseinsatzort vollständig mit Praxisanleitern in der gleichen Schicht zusammenarbeiten.
- In der weiteren Ausbildungszeit sollen Praxisanleiter mindestens 60% gemeinsam mit den Schülern arbeiten.
- Die Zahl der Praxisanleiter im Verhältnis zur Schülerzahl ist gemäß der zuständigen Behörde in den Einrichtungen vorzuhalten.
- Der für Praxisanleitungen notwendige zeitliche Freiraum soll so festgeschrieben und im Berufsalltag organisiert werden, dass Praxisanleiter ihrer Funktion qualitativ und quantitativ gerecht werden.“ (DBR 2004)

Im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für Organisation und Koordination der Pflegeausbildung sind die Pflegeausbildungsstätten zur Praxisbegleitung verpflichtet. Es ist festgelegt, dass die Lehrkräfte der Pflegeausbildungsstätten die ‚Lernenden‘ in den Pflegeeinrichtungen zu betreuen haben und die für die Praxisanleitung zuständigen Fachkräfte beraten sollen. Diese Aufgaben sind damit an die persönliche Anwesenheit in den Einrichtungen gebunden und fordern eine konzeptionelle Ausgestaltung.

Ob dies auch ein Ort für Lernberatung im Sinne der systemischen Beratung im Lernprozess sein kann, darauf werden wir später noch eingehen.

Alle Ausbildungs- bzw. Lernorte in den Pflegeausbildungen sind aufgefordert, ihr ausbildungsbezogenes Handeln auf die gesetzlichen Grundlagen abzustimmen und auf die Ausbildungsziele hin auszurichten. Spezifische Zielsetzungen ergeben sich dann aus den konkreten Erfordernissen des jeweiligen Lernortes und der Lernanlässe. Hierbei ist in den Pflegeeinrichtungen die Versorgungszielsetzung nach SGB V und XI und in den Pflegeschulen die Bildungszielsetzung der Ausbildungsgesetze zu berücksichtigen. Zielkonflikte ergeben sich natürlicherweise und bedürfen der gegenseitigen Bereitschaft zur Anerkennung dieser und der Auseinandersetzung mit den sich daraus ergebenden Andersartigkeiten in den entsprechenden Handlungsfeldern. In diesem arbeitsteiligen Ausbildungssystem ergibt sich die Kooperationsnotwendigkeit aus der ausbildungsbezogenen Zielverpflichtung der Pflegeausbildungsgesetze.

Konstitutives Merkmal der Lernsituationen in **betrieblichen** und **schulischen** Lernorten ist die Konfrontation mit Neuem. In der Pflegeausbildung geben Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Lehrpläne und Curricula nur relativ grob vor, in welcher Art und Weise und welchem Umfang gelernt werden soll. Entscheidender Faktor scheint hier zu sein, welche Lernanlässe sich in den Pflegesituationen der Pflegeeinrichtungen und im konkreten Pflegehandeln sowie der Bewältigung der Anforderungen der Pflegesituationen für die Beteiligten ergeben. Die Pflegeausbildungen werden traditionell in einem regelmäßigen Wechsel zwischen schulischem und betrieblichem Lernort realisiert. Dem ‚Lernenden‘ wird sowohl pflegerisches Erfahrungswissen im betrieblichen Lernort als auch pflegewissenschaftliches Wissen im schulischen Lernort angeboten. BENNER verknüpft beides im ‚klinischen Wissen‘ und leitet daraus die besonderen Anforderungen an ein Lernen in den klinischen Kontexten ab. (vgl. Benner 2000) Es finden kontinuierliche Lernprozesse statt, auch wenn der Lernende sich dessen nicht dauernd bewusst ist. Folgt man den Reflexionen von VEIT, so kann sich der ‚Lernende‘ aufgrund gesetzlicher Anforderungen mit expertenbezogenem Erfahrungswissen nicht zufrieden geben. Vor dem Anspruch des professionellen Handelns, das sowohl Grund als auch Ziel seines Lernprozesses ist, muss der ‚Lernende‘ kontinuierlich auf der Suche nach ergänzenden oder infrage stellenden wissenschaftlichen Wissensbeständen sein (vgl. Veit 2004). Nur mit dieser suchenden Grundhaltung kann er der Anforderung seines professionellen Handelns entsprechen bzw. näher kommen. Schulische und betriebliche Lernorte unterstützen ihn in der ihrem Selbstverständnis zugrunde liegenden eigenen Art und Weise bei den notwendigen Lernerfahrungen. Hierbei kommen verschiedenartigste Lernarrangements zum Einsatz.

Dreh- und Angelpunkt für die Gestaltung beruflicher Bildungsgänge und Bildungsprozesse ist seit der arbeitsorientierten Wende die starke Verknüpfung von verorteten Lernprozessen mit dem situationsbezogenen Handeln.

Aufgrund der besonderen Ansprüche und organisatorischen Verankerung der Lehrenden, der Praxisanleiter und der Lernenden in den Pflegeausbildungen stellt sich deutlicher denn je die Frage, wie Lernprozesse zu gestalten und zu begleiten sind, um die notwendige Kompetenzentwicklung in den Pflegeausbildungen zu fundieren. Die aufgezeigte strukturelle Komplexität der Pflegeausbildungen ist bei den weiteren Überlegungen zur Integration von Beratungsprozessen zu beachten.

5.1.3. Der Lernfall ‚Pflegen können‘

Zukunftsfähige Lernprozesse in den Pflegeausbildungen berücksichtigen die Professionalisierungsprozesse und das arbeitsplatzverbundene Lernen. So werden das Lernen und Lernprozesse in den Pflegeausbildungen in den Kontext fallbezogener Pflegebildung und Professionalisierungsprozesse der Pflegeberufe gestellt (vgl. Hundenborn 2007:21). Das professionelle Handeln in Pflegesituationen ist das gemeinsame und sinnstiftende Ziel für die an den Pflegeausbildungen Beteiligten. VEIT weist darauf hin, dass

„[D]ie ungenügend ausgeprägte hermeneutische Komponente (sowohl in der wissenschaftlichen Diskussion als auch in der praktischen Arbeit) [ist] in besonderer[m] Maße dafür verantwortlich (ist A.d.V), dass der Krankenpflege gegenwärtig der Status einer Profession noch nicht zugestanden werden kann. Darüber hinaus lassen sich (...) auch auf der Ebene der wissenschaftlichen Reflexion krankenschwägerischer Arbeit noch erhebliche Mängel und strukturelle Defizite feststellen“ (Veit 2004:129).

Sie geht sogar so weit, dass sie feststellt, dass es eine falsch verstandene Professionalisierung sei, „ (...) wenn sie nicht zum professionellen Handeln in der Praxis führt“ (Veit 2004:129).

Bei der Gestaltung der Lernprozesse wurde hervor gehoben, dass “die Ausbildung in der Pflege (...) stärker mit der Praxis zu vernetzen und Professionalisierungsstrategien frühzeitig einzuleiten“ sind (Görres 1997. In: Roes 2004:141).

Hierzu wurden verschiedene Modelle in Pflegeeinrichtungen u.a. im Modellprojekt ‚Wissenstransfer in der Pflege‘ erprobt. (vgl. Roes 2004) Ausgehend von erlebten Schwierigkeiten im Pflegehandeln wurden den Lernenden im klinischen Kontext Hilfen angeboten, wie sie hilfreiches Wissen mit dem pflegeberuflichen Handeln verbinden konnten. Lehrer und Praxisanleiter haben einen Lernort, den sogenannten ‚dritten Lernort‘ gestaltet, und die Lernenden dabei unterstützt, die erkannte Schwierigkeit besser zu bewältigen.

Zum Lerntransfer im Bereich der beruflichen Bildung, speziell der Pflegeausbildung, sind bereits verschiedene Ansätze bekannt. Angeknüpft wird dabei an der zur Bewältigung berufsrelevanter Situationen mit ihren je spezifischen An- und Einforderungen notwendigen Handlungskompetenzen. Die Autoren suchen aufgrund dieser Erfordernisse nach sinnvollen, nützlichen und wirksamen Konzepten zur Gestaltung geeigneter Lernarrangements (vgl. Benner 1995, 2000, Nolda 1996, Sikora 2003, Wittneben 2003, Bauer et. al. 2004, Seres-Hottinger/Holenstein 2004, Wöll 2004, Kaiser 2005 u.a.). Zentrale Bedeutung hat dabei der Lernende selbst, als derjenige der die Erlebnisse bzw. Erfahrungen durchlebt und Ressourcen bzw. Schwierigkeiten bewusst wahrnehmen kann und über sprachliche Kompetenzen verfügen muss, damit diese ins Gespräch gebracht werden können. Grenzen dieser Versprachlichung sind auch Grenzen im Fallverstehen, im umfänglichen Lernprozess und demzufolge auch in Beratungsprozessen. (vgl. Wittgenstein 1968 In: Titzmann 1993:27. Law 2000 In: Mandl/Gerstenmaier 2000:274, Löwisch 2000, Wollersheim 1993, Veit 2004 u.a.) Im Erlernen von Pflegekompetenzen weist HOLOCH darauf hin, dass dem situativen Lernen eine wesentliche Bedeutung zukommt. Sie beschreibt im Zusammenhang mit den konstitutiven Elementen des ‚situativen Lernens‘ u.a. die hohe Bedeutung der Artikulation und der Reflexion in enger Anbindung an die Bewältigung realer Situationen (vgl. Holoch 2002:66). Für ein Hineinwachsen in die Berufsgemeinschaft und den Erwerb von Pflegekompetenzen erscheint dieser Vorgang recht hilfreich: die Konfrontation mit unbekannteren Situationen, das bedenkende Sprechen über Wahrnehmungen, Erlebnisse und Erfahrungen in der handelnden Auseinandersetzung mit den Beteiligten und die Suche nach sozial geteiltem Wissen (vgl. Holoch 2002:101ff). Ergänzend sei an dieser Stelle auch auf die bei HUNDENBORN beschriebenen fallbezogenen Beratungskonzepte innerhalb pädagogischer Lehr-Lern-Prozesse und den kollegialen Beratungsansätzen verwiesen. (vgl. Hundeborn 2007:95ff)

Gemeinsam ist all diesen Suchbewegungen Möglichkeiten auszuloten, die sich mit dem Lernen in institutionalisierten Lernsystemen und deren strukturellen Kopplungen verbundenen Schwierigkeiten ergeben. Es hat sich gezeigt, dass es keine naiven und einfachen Lösungen gibt und geben kann, sondern das Augenmerk auf die Komplexität und Einzigartigkeit vom so genannten Lernen zu richten ist. Durch die neueren Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung haben sich vielerlei Hinweise auch zu den Grenzen der Lernmöglichkeit aufzeigen lassen. Ein Leben ohne Lernen gelingt nicht, aber Lernen kann weder vom Lernenden noch seinem sozialen Umfeld einfach so hergestellt werden. Lernen benötigt trotz aller Erkenntnisse zu seinen biochemischen Bedingtheiten immer auch ein soziales Moment und bleibt doch geheimnisvoll. Es wird deutlich, wie wesentlich es darauf ankommt, dass sich das lernende Subjekt selbst lernend ins Gespräch bringt.

Die dazu notwendige Reife und innere Haltung, gespeist durch ein emanzipatorisch entwickeltes Selbstbewusstsein, verbunden mit einer Fähigkeit zu einem ausgewogenen Nähe-Distanz-Verhalten, ausreichend Mut zur Thematisierung relevanter Aspekte und der dazu notwendigen sprachlichen Kompetenz, erfordern eine auf Persönlichkeitsbildung ausgerichtete Begleitung auch und gerade in den Pflegeausbildungen. Solche umfassend ausgerichtete Bildungsprozesse gehen über Kommunikation und über Pflegen-können hinaus. Sie überschreiten die domänenspezifischen Kontexte und fordern die anthropologische, sinnstiftende und durchaus selbstkritische Metaebene ein.

RAUNER hat sich aus einer entwicklungsorientierten Perspektive in der Berufsbildung auch mit der Förderung bzw. der Erhaltung von Motivation und Leistungsfähigkeit der Lernenden im Zusammenhang mit der Kompetenzentwicklung im situierten Lernen beschäftigt. Seine Beiträge bieten Impulse für eine Lernkultur, die sich mit dem ganzheitlichen Verständnis vom Lernen beschäftigt und insbesondere die Förderung sozialer Kompetenzen im Arbeitsprozess und in Praxisgemeinschaften hervorhebt. Dabei greift er auf Konzepte von BENNER und DREYFUS & DREYFUS zur Kompetenzentwicklung zurück und bezieht sich ebenfalls auf ein Modell der multiplen Intelligenz. (vgl. Rauner 2002, 2003, 2004)

Wie kann nun eine Pflegeeinrichtung im Kontext der Pflegeausbildungen diese Anforderungen tatsächlich in den konkreten und alltäglichen Pflegesituationen berücksichtigen? Auch den Praxisanleitern, die am betrieblichen Lernort kontinuierlich präsent sind, kommt die besondere Aufgabe zu, den Lernenden die Expertise in der Pflegepraxis, in der Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen in Pflegesituationen zu vermitteln. Anregungen für die Gestaltung solcher pflegepraktisch ausgerichteter Lernarrangements finden sich unter anderem mit dem besonderen Augenmerk der Fallbewältigung bei HUNDENBORN. Sie stellt die falldidaktischen Aspekte heraus, die der selbständigen Auseinandersetzung mit authentischen Problemen und Fragestellungen in Pflegesituationen und im pflegeberuflichen Handeln eine besondere Bedeutung beimessen. (vgl. Hundenborn 2007) Praxisanleiter und Pflegelehrer vermitteln an ihren je eigenen spezifischen Lehr-Lernorten domänenspezifisches Wissen der Pflege. HOLOCH stellt heraus, dass auch das schulische Lernen eine Form von Praxis ist und ExpertInnen und Neulinge partnerschaftlich „auf dem Weg zur vollen Kompetenz einer Expertenpraxis“ (Holoach 2002:66) sind.

Praxisanleiter sind in ihrem berufspädagogischen Handeln der Ausbildungszielsetzung verpflichtet. Dies wird durch die Anforderungen und die Beteiligung an den staatlichen Prüfungen untermauert. Der Reflexion situativer Bewältigungsprozesse wird in beiden pflegeberuflichen Ausbildungen und Prüfungsprozessen erstmals eine besondere Bedeutung beigemessen.

Reflektieren meint hier, dass Nachdenken über Gewußtes im Sinne eines prüfenden und vergleichenden Nachdenkens, es stellt die Voraussetzung für die Aneignung des Erkannten dar. (vgl. Schischkoff 1991:606)

Die in den Ausbildungen der Pflegeberufe (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) zu vermittelnde bzw. zu erwerbende pflegeberufliche Handlungskompetenz schließt die erfolgreiche Bewältigung situativer Anforderung in Pflegesituationen, sowie die zur Problemlösung notwendige sozialen, personalen, methodischen und fachlichen Kompetenzen sowie die Berücksichtigung von Kontextbedingungen im Handlungsvollzug mit ein. (vgl. Hundenborn 2007:6ff)

Darüber hinaus erfordert die Zielsetzung einer selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege, wie sie in den gesetzlichen Ausbildungszielen formuliert ist, eine reife und verantwortungsbewusste Pflegepersönlichkeit, die auch ethischen und politischen Aspekten in ihrem Pflegehandeln Rechnung tragen kann und will. An der Gelenkstelle von Praxisanleitung im Prozess der betrieblichen Arbeit und dem theoretischen und praktischen Unterricht der Pflegeschule wurde in den Ausbildungsgesetzen die Praxisbegleitung als ergänzendes Angebot verortet. Hier haben die Lehrerenden den gesetzlichen Auftrag erhalten, Praxisanleiter und Lernende jeweils in der Bewältigung ihrer spezifischen Aufgaben zu unterstützen und zu beraten. Lernen kann hier als dialektischer und reflexiver Prozess jeweils zwischen zwei Gesprächspartnern (Dyade) verstanden werden:

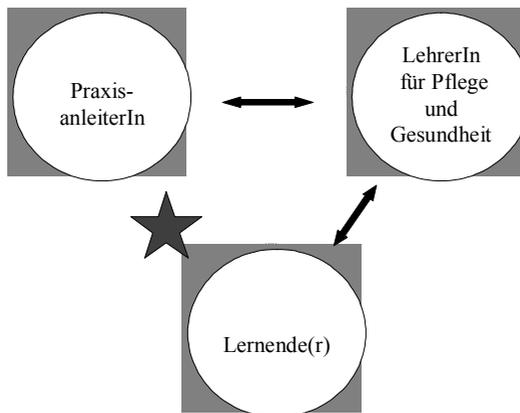


Abb.11: Dyadische Lernberatung

Lernberatende Dialoge ergeben sich zwischen Lernender/ Neuling und Pflegeexperte/ Praxisanleiter im Zusammenhang mit der Bewältigung komplexer Pflegesituationen und dem Erwerb situativer Pflegekompetenzen, meist aufgrund wahrgenommener und/ oder erlebter Hinlänglichkeiten. Innerhalb der Praxisbegleitung wird vom Pflegelehrer gefordert, die Lernenden zu begleiten und die Praxisanleiter zu beraten, um bei der Aneignung von Wissen und Können im Pflegealltag zu unterstützen.

Resümee: Ausgehend von den Rahmungen und den Notwendigkeiten innerhalb der Pflegeausbildungen kann festgehalten werden, dass für den Erwerb der Pflegekompetenzen komplexe Strukturen und Zusammenhänge eine Rolle spielen. Neben den gesellschaftlichen Anforderungen, spielen auch die institutionellen Rahmungen und Bezüge eine Rolle. Die primäre Ausrichtung an der Bewältigung situativer Anforderungen erfordert eine verantwortungsbewusste, reife, kommunikative und reflektierte Weise des Umgangs seitens der Neulinge und der Experten. Bisher standen dabei die dyadischen und reflexiven Gespräche im Vordergrund. Die entwicklungsorientierten Impulse von RAUNER geben u.a. Hinweise auf weitere Möglichkeiten.

5.2. Impulse für Beraterisches Handeln in den Pflegeausbildungen

In einer europäischen Perspektive hat Bildungsberatung einen hohen Stellenwert. 2008 postulierte der Rat der Europäischen Union die Notwendigkeit von Beratung, wenn es darum ginge den Menschen zu helfen, mit der zunehmenden Globalisierung, der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, der Annahme von Veränderungen und der Umsetzung individueller Berufslaufbahnen angemessen umzugehen. STROBEL hat im Kontext eines wissenschaftlichen Evaluationsprojektes an der Ludwig-Maximilians-Universität München die Organisation einer regionalen überinstitutionellen Bildungs- und Weiterbildungsberatungsstelle in München bearbeitet und damit erweiterte Perspektiven für Bildungsberatung angeboten. (vgl. Strobel 2010)

Pflegeausbildungen manifestieren sich an mehreren Lernorten, das macht das Lernen nicht unbedingt einfacher. Wie und wo Beraterisches Handeln diese Prozesse flankierend begleiten, aufeinander beziehen und unterstützen kann, darum geht es im Folgenden.

5.2.1. Vom alltäglichen Beraten zur Lernberatung

Beraterische Anlässe und Anliegen sind innerhalb der Pflegeausbildung in vielfältiger Art und Weise zu sehen. Alltägliche beraterische Anliegen werden kurzfristig und ohne großen Aufwand bewältigt. Bei fachlichen Anliegen ist die Auftragsklärung im Hinblick auf die Zielsetzung zu präzisieren, da von dieser der notwendige Aufwand an Mitteln und Ressourcen abhängig ist. Bei Anlässen zur Lern- und Ausbildungsberatung rückt zunehmend die Kompetenzentwicklung in den Blick. Hier ergeben sich komplexere Zusammenhänge, die oftmals in den persönlichen Bereich des Lernenden und/oder Lehrenden in dem schulischen oder betrieblichen Lernort hineinreichen und eine längere Thematisierung im Sinne eines Prozesses hilfreich erscheinen lassen. Daneben gibt es auch Anlässe, die die Karriereberatung oder auch Familienberatung, Teamberatung, Lerngruppenberatung, Online-Beratung, gesetzliche Beratung, Schwangerschaft- oder Schuldnerberatung, Sterbeberatung, Suchtberatung, Lebensberatung und vieles mehr in den Blick nehmen. Auf den Punkt gebracht: alle denkbaren Anlässe von Beratung finden sich (auch) im Kontext der Pflegeausbildungen.

Im Zusammenhang mit den Lernprozessen von Lernenden wurde die Lernberatung bereits seit den 1970iger Jahren als notwendige Unterstützung angesehen. Lernberatung wird als sinnvolle und hilfreiche Intervention verstanden, um die unzureichenden Qualifikationen und Kompetenzen der Schulbildung und der beruflichen Erstausbildung zu minimieren. Dies entspricht den Erfordernissen eines lebenslangen selbstgesteuerten Lernens, das primär bildungs- und gesellschaftspolitisch motiviert beschrieben und gefordert wird.

Dieser spezifische Kontext der Lernberatung veränderte sich in den 1990iger Jahren durch die Einflüsse der konstruktivistisch-systemischen Perspektiven. (vgl. Kossak 2006:19ff) In den Beschreibungen zu den Entwicklungen zum Beratungsverständnis wurde deutlich, dass in den Beratungsbegriff sowohl die Traditionen der psychologischen Beratungskonzepte als auch die pädagogischen Konzepte Einfluss genommen haben. KOSSAK konnte zeigen, dass für Konzepte der Lernberatung hauptsächlich Begriffe aus der psychologischen Tradition integriert wurden (vgl. Kossak 2006:23ff).

Er schenkte dabei folgenden Aspekten der Lernberatungsansätze besondere Bedeutung, in dem er sie genauer untersucht hat:

- „Das Postulat der Selbststeuerung
- Die Freiwilligkeit der Teilnahme an Lernberatung
- Die Transparenz der Beratungsbeziehung

- Die offene Kommunikation in der Lernberatung
- Die Schematisierung des Lernberatungsgesprächs
- Der Status des pädagogischen Objekts in der Lernberatung“ (Kossak 2006:23ff)

KOSSAK zeigt auf, dass in der Lernberatung als kommunikativer Situation das Subjekt präsent sein soll bzw. Präsenz erfahren soll. Dies zu erwirken wäre ein Grund für die Schematisierung bzw. Implementierung von Lernberatung. Wenn diese in einem sozialen System wie dem Pflegeausbildungssystem gewollt ist, dann kann durch ihre Integration dem Lernenden diese Präsenz ermöglicht werden und damit Lernen als gewollter und integraler Bestandteil von Organisation erkannt werden. Damit wird (Lern-)Beratung nicht mehr nur als Reaktion auf den erlebten Mangel, die von außen erfahrenen Veränderungen nicht mehr alleine bewältigen zu können, sondern als sinnstiftende Ressource in sozialen Systemen wahrgenommen und zu gestalten sein (vgl. Kossak 2006:23 ff). Bei ihm scheint eine große Nähe zum traditionellen und kommunikationstheoretischen Verständnis von Beraten / Beratung vorzuliegen. Allerdings weisen die beiden ersten Postulate auch auf Grundprinzipien systemischer Beratung hin.

Seit den 1990iger Jahren wurde Lernberatung in verschiedenen Projekten unter wissenschaftlicher Begleitung thematisiert. Im Projekt „ProLern“ haben KEMPER und KLEIN Lernberatung als Lernprozessbegleitung (vgl. Kemper/Klein 1998) konzeptionell beschrieben. Das daraufhin von KEMPER und KLEIN entwickelte Lernberatungskonzept legt die Priorität auf die Biographieorientierung beim Lernenden. ProLern als Projekteverbund, der im Rahmen des Programms ‚Lernkultur Kompetenzentwicklung‘ und dort im Projektschwerpunkt ‚LiWE – Lernen in und von beruflichen Weiterbildungseinrichtungen‘ wurde durch das BMBF und aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds gefördert wurde³.

Ihm folgte ein Projekt EuroPool (Individualisierung und Flexibilisierung von Lernprozessen in der beruflichen Bildung) im Bereich der Frauenqualifizierung. Im Verbund OKRA, der unter wissenschaftlicher Begleitung des bbb Büros für berufliche Bildungsplanung, Dortmund, arbeitet, soll eine Professionalisierung der begleitenden Lernberatung vorangebracht werden. Themenbereiche sind ‚Lernen in Weiterbildungseinrichtungen‘ und ‚Lernkultur Kompetenzentwicklung‘⁴.

3 http://bbb-dortmund.de/jobbb2file/Lernprozessbegleitung_ProLern.pdf. (Letzter Zugriff: 27.05.2010)

4 http://www.diezeitschrift.de/32005/klein05_01.htm - (Letzter Zugriff: 13.05.2010)

5.2.2. Lernberatung im Kontext der Pflegeausbildungen

Die mit diesen Überlegungen einhergehenden Impulse möchten wir auf die Lehrenden und die Praxisanleiter in den Pflegeausbildungen übertragen. Hierbei stellt sich die Frage, wie die Lehrenden und Praxisanleiter mit diesen komplexen und herausfordernden Entwicklungsaufgaben in Richtung einer ‚lernenden Organisation‘ umgehen? Spannung erzeugend im positiven wie negativen Sinne ist die Frage danach ‚Was können Lehrende und Praxisanleiter tun, damit Lernende und Organisationen nicht oder anders lernen?‘

Das Konzept vom ‚Lebenslanges Lernen‘ macht bereits seit Jahren darauf aufmerksam, dass die gesellschaftlichen Veränderungen nur zu bewältigen sind, wenn die Selbstverantwortung der Lernenden stärker gefördert und gefordert wird. Schaut man nun die Rahmenbedingungen für die Pflegeausbildungen genauer an, so erkennt man, dass auch sie sich in den letzten Jahren verändert haben. In den betrieblichen Lernorten gab und gibt es eine Verdichtung der Arbeitsprozesse. Je nach Organisationsprinzipien der Ausbildungsstätten sind die Einsätze dort nur sehr kurz (in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unter Umständen sogar nur drei bis vier Wochen) oder dauerhaft für die dreijährige Ausbildung in der Altenpflege. Die Fusionsprozesse haben die schulischen Lernorte zusammengeführt, was zur Folge hatte, dass die Entfernungen zu den betrieblichen Lernorten größer wurden. Die Gesetzesnovellen führten sukzessive zu einer Verschiebung der Theorie-Praxis-Anteile. Mittlerweile ist das Verhältnis zwischen theoretischem und praktischem Unterricht zur praktischen Ausbildung gleichwertig in den pflegerischen Erstausbildungen. Damit verbunden ist, dass vergleichbare Stundendeputate für das Lernen am Arbeitsplatz und das Lernen im schulischen Kontext zur Verfügung stehen. Seit den 1990iger Jahren wird der Gestaltung des dritten Lernortes, einer Verbindungsstelle zwischen den betrieblichen und dem schulischen Lernort mehr Bedeutung beigemessen.

Wenig erforscht wurden bisher die damit einhergehenden Verunsicherungen bei den Lernenden in den Pflegeberufen. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Lehrenden in den Pflegebildungseinrichtungen sowie die Praxisanleiter in den betrieblichen Lernorten ebenfalls verunsichert sind und diese zudem noch mit der Verunsicherung der Lernenden umzugehen haben.

Kann hier Lernberatung unterstützen?

Wie kann Lernberatung in diesem Kontext neu verstanden werden?

KOSSAK hat in seiner Studie ‚Lernen Beraten. Eine dekonstruktive Analyse des Diskurses zur Weiterbildung‘ Lernberatung als eine professionelle Praktik i.S. eines theoretisch-konzeptionellen Konstrukts in der Weiterbildung als Beratung von Erwachsenen entfaltet (vgl. Kossak 2006).

Lernberatung als eine spezifische Ausprägung systemischer Beratung in (berufs-)pädagogischen Kontexten wurde von KEMPER und KLEIN folgendermaßen definiert:

Lernberatung ist „ (...) eine Konzeption beruflicher Erwachsenenbildung, die Antworten auf die Anforderungen des lebenslangen selbstgesteuerten Lernens aus der Sicht der institutionalisierten Erwachsenenbildung zu geben versucht. Lernberatung steht auch für die Suche nach Organisationsformen, Gestaltungselementen, Methoden und Instrumenten, die in der Praxis den Weg von der Belehrungs- und Erfahrungspädagogik ebnen helfen sollen und verweist somit auf die zukünftigen Anforderungen an das Initiieren, Beraten, Gestalten von Lernprozessen. Fremdgesteuertes Lernen soll durch vielfältige Formen selbstgesteuerten Lernens ergänzt werden.“ (Kemper/Klein 1998:5)

Dieses Ergänzungsangebot bedarf einer institutionellen Verankerung, um wirksam und nachhaltig auf die Lernprozesse der an den ausbildungsbezogenen Lernprozessen Beteiligten Einfluss nehmen zu können.

In dieser Perspektive greifen die Bildungsziele der Pflegeausbildungsgesetze und auch die Überlegungen zur Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. In den Handlungsfeldern Unterricht, Praxisanleitung und Praxisbegleitung finden sich originäre Orte für domänenspezifische Beratungstätigkeit.

Übergreifend kann hier Bezug genommen werden auf eine Typologie fallbezogener Methoden von STEINER, die HUNDENBORN modifiziert und für die Pflegeausbildung erschlossen hat. (vgl. Hundenborn 2007:40) Es werden hier Problemlösekompetenz und hermeneutische Kompetenz in Beziehung zu einem Fall in unterrichtlichen Kontexten erläutert. Den Erwerb dieser Kompetenzen kann Lernberatung im Unterrichtsprozess am schulischen Lernort unterstützen. Aber auch wenn der Lernende in der praktischen Arbeit mit einem Fall, einer herausfordernden Pflegesituation konfrontiert wird, kann Lernberatung bei der Bewältigung unterstützen. In dem einen Fall wirkt der Lehrende als Lernberater und im anderen Fall der Praxisanleiter. Gegenstand der Lernberatung ist dann der kontextgebundene Lehr-Lern-Prozess mit seinen spezifischen Zielsetzungen.

5.2.3. Zur Verortung von systemischer Beratung im und beim Lernen in den Pflegeausbildungen

Ziel und Gegenstand der Lernprozesse in den Pflegeausbildungen ist die Entwicklung von Pflegekompetenzen, die die erfolgreiche Bewältigung relevanter Pflegebedarfe in Pflegesituationen gewährleisten. Hierzu sind Lernprozesse am schulischen und betrieblichen Lernort und wechselseitig aufeinander bezogen zu gestalten. Insgesamt steht hierbei der Lernort Betrieb

und damit das Lernen am Arbeitsplatz im Vordergrund. Hier begegnet der Lernende in der Pflegeausbildung den Pflegebedürftigen in komplexen Pflegesituationen, die durch die Pflegebedürftigkeit und die damit verbundenen Pflegeanlässe konstituiert sind. Je nach Pflege- und Behandlungsbedarfen erfolgt die pflegebedarfsorientierte Betreuung und Versorgung in stationären, teilstationären oder ambulanten Einrichtungen. Praxisanleiter begleiten den Lernenden bei der Bewältigung vielfältiger Anforderungen und unterstützen ihn systematisch bei der pflegeberuflichen Kompetenzentwicklung. Im schulischen Lernort werden diese Lernprozesse vorbereitet oder nachträglich erweitert und vertieft.

Ergänzend wird die Lernbegleitung als spezifischer Lehrauftrag der Pflegelehrer angeboten. In dem sog. ‚dritten Lernort‘, zwischen dem betrieblichen und schulischen Lernort, im Dazwischen, können und sollen weitere Unterstützungen angeboten werden.

„Der dritte Lernort ist ein institutionell klar definierter, relativ eigenständiger und von den beiden anderen Lernorten ‚Schule‘ und ‚Betrieb‘ klar abgegrenzter Teil der beruflichen Ausbildung mit einem Theorie-Praxis- und Praxis-Theorie-verbindenden Ausbildungsauftrag.“ (Landwehr (2002) In: Goetze et.al. 2002:64)

Könnte der ‚dritte Lernort‘ ein Ort für systemische Beratungen in den Pflegeausbildungen sein oder bedarf es weiterer bzw. anderer Orte? Zunächst braucht der ‚dritte Lernort‘ eine institutionelle bzw. organisatorische Verankerung. Eine gewollte und bewusste Ausgestaltung der Aktivitäten im dritten Lernort erfordert Ressourcen der beteiligten schulischen und betrieblichen Lernorte. Hier sind die Ausbildungsträger gefordert, die notwendigen Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Eine einseitige Anbindung an einen der beiden traditionellen Lernorte könnte die Möglichkeiten eines ‚dritten Lernortes‘ einschränken, da die Arbeit stark von dem jeweils präsenteren Lernort und seinen Interessen beeinflusst würde. Diese Orientierung an Lernorten statt Institutionen trägt zur Förderung selbstorganisierten Lernen bei, indem am Ort der entstandenen Fragehaltung, meist aus dem konkreten Arbeitsprozess heraus entstanden, gelernt werden kann und das Bearbeiten des Lernanlasses nicht auf die geplante Unterrichtseinheit zu einem ganz anderen Zeitpunkt verlagert werden muss. Damit werden Lern- und Arbeitsplatz integrativ miteinander verknüpft. Wenn darüber hinaus auch persönliche, soziale und familiäre oder auch berufspolitische/berufsethische Aspekte thematisiert werden könnten, wäre es möglich, Lernprozesse im Kontext einer umfassenden Lernkultur zu betrachten.

Hier treffen sich Pflegelehrer, Praxisanleiter und Lernende. Der Pflegelehrer hat i.S. der Ausbildungsgesetze die Aufgabe, Lernende und Praxisanleiter in

der Gestaltung von Lernsituationen zu unterstützen. Je nach Konzept kann dieser ‚dritte Lernort‘ eine größere Nähe zu betrieblichen Lernorten oder zu schulischen Lernorten haben. Unter Umständen gibt es auch die Möglichkeit über Ausbildungsträger institutionsübergreifende regionale Bildungsberatungsstellen analog dem Konzept der Bildungs- und Weiterbildungsberatung der Landeshauptstadt München⁵ zu verankern.

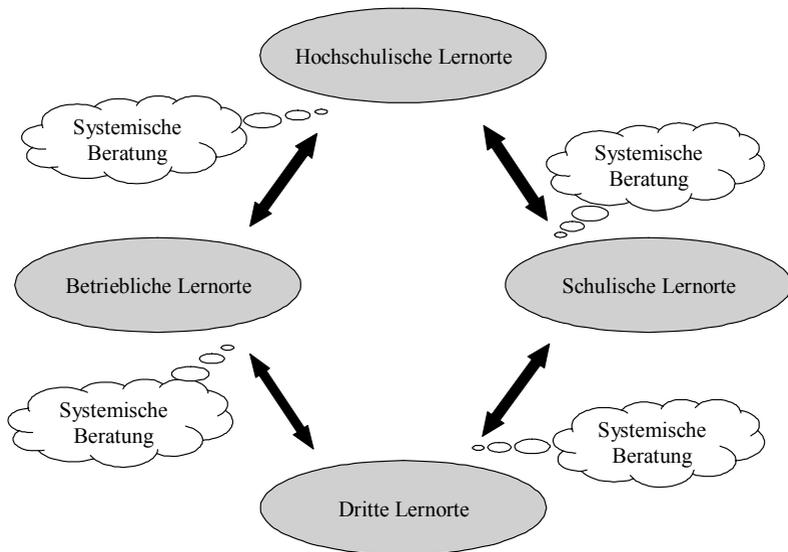


Abb.12: Bezüge der systemischen Beratung bzw. Bildungsberatungsstellen

Aus den unterschiedlichen Perspektiven ergeben sich vielfältige Strukturen und Situationen, für den einzelnen Lernenden, die Lernteams, die Kollegien in Kliniken, Pflege- und Altenheimen, ambulanten Pflegediensten und Pflegebildungseinrichtungen. Aus Sicht des Lernenden, der diese Kontexte von Ausbildung und Beratung durchlebt, könnte in einem persönlichen Portfolio dieser Weg durch die Pflegeausbildung dargestellt und ins Gespräch gebracht werden. Die allermeisten erfahrenen Situationen werden aber gar nicht aus der Perspektive des Lernens wahrgenommen und damit nicht in Pflegeerfahrung und Pflegekompetenzentwicklungsprozesse integriert. Hier wäre ein wesentlicher qualitativer Beitrag systemischer Beratung zu sehen. Sie ver-

5 <http://www.muenchen.de/Rathaus/scu/bildber/internat/202066/aufgaben.html> (Letzter Zugriff: 26.09.2010)

knüpft zudem auch die eigene Biografie des Lernenden mit den Anforderungen seiner beruflichen Entwicklung innerhalb der Pflegeausbildung und auch im Hineinwachsen in eine pflegeberufliche professionelle Gemeinschaft. Die Bedeutung biografischer Bezüge bereits bei der Berufswahl hat SCHÜTZENBERGER mit Blick auf Loyalitäten, Familienmythen, Gefühle, die komplementären Rolle der Pfleger und Pflegebedürftigen in Familien und der Wahl des Berufs aufgrund der transgenerationalen Weitergabe ungelöster Konflikte skizziert. (vgl. Schützenberger 2010:30ff) Solche stärker systemisch-biographische Beratungsarbeit kann einen wesentlichen Beitrag zur Bildung einer professionellen Berufsidentität leisten.

Im Handlungsfeld von Praxisanleitung und Unterricht haben die Lehrenden die Möglichkeit Beratungskompetenzen in den Anleitungs- und Unterrichtsprozess mit einzubringen. ARNOLD hat im Zusammenhang mit seinen Überlegungen zur Ermöglichungsdidaktik hierzu Möglichkeiten aufgewiesen. Er beschreibt drei Dimensionen pädagogischer Professionalität: Wissen, Können und Reflektieren, wobei die Dimension der Reflexion als zentrale Dimension herausgestellt wird. Ihr wird die Funktion zugeschrieben, aufkommende Widersprüche im pädagogischen Handeln zu bearbeiten und dem Handeln, dass durch Unsicherheit und Nichtwissen gekennzeichnet ist, Kontinuität zu verleihen. (vgl. Arnold 2007:164ff) Ziel dieser Art von pädagogischer Einwirkung ist es, parallel zur Persönlichkeitsentwicklung die Professionalität auszubilden. Reflexives Handeln als ein vor- bzw. nachdenkendes Handeln der Lehrenden und Lernenden ist bezogen auf die spezifischen Wirklichkeitskonstruktionen der Pflege bzw. des Pflegehandelns. Damit unterstützt diese Art von reflexiver Beratung die notwendigen domänenspezifischen Lernprozesse in den Kontexten der Pflegeausbildungen. Der ‚dritte Lernort‘ könnte den Kontext für diese Form pädagogischer Beratung des Innehaltens im Lernprozess der Pflegeausbildungen darstellen bzw. anbieten.

Im pädagogischen Handlungsfeld der Praxisbegleitung ist grundsätzlich eine Gestaltungsmöglichkeit für systemische Beratung gegeben. Bei einer vertieften und erweiterten konzeptionellen Gestaltung käme es hierbei auf die gewollte und durch Ressourcen unterstützten Aufgaben der Organisations- und Personalentwicklung der Ausbildungsträger an. Denn nur wenn diese es bejahen, dass nicht nur funktionale, sondern intentionale also auf (Selbst-) Bildung ausgerichtete Lernen stattfinden kann und darf, können die hierfür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Die sich durch die Rahmenbedingungen ergebenden kurzfristigen und stärker aufgabenbezogenen Lehr-Lernverhältnisse sind weniger geeignet, die selbstbezogenen Lernprozesse des lernenden Individuums zu thematisieren. Hierzu bedarf es über das klassische Verhältnis zwischen Lernendem und Lehren-

dem hinausgehender Strukturen. Die systemische Beratung könnte eine solche Leerstelle ausfüllen. Der systemische Berater sollte nicht eingebunden sein in die ausbildungsbezogenen Bewertungs- und Führungsprozesse, so dass er ganz im Sinne der Grundprinzipien systemischer Beratung ein auf den persönlichen Wachstumsprozess des Lernenden oder Lehrenden/ Praxisanleiter oder der Pflegefachkräfte ausgerichtetes Angebot machen kann. Die bisher stärker dialektische bzw. dyadische Kommunikation im Lernprozess würde sich triadisch öffnen und alle Beteiligten mit ihren jeweiligen Kontext gleichermaßen einbeziehen.

Zu seinen spezifischen Angeboten könnten Themen der Entwicklung sozialer und personaler Kompetenzen, identitäts- und sinnstiftende Angebote, Unterstützung bei den Anforderungen vom Wissenstransfer, Förderung der Reflexions- und Bildungskompetenzen. Damit würde die systemische Beratung in der Pflegeausbildung ein hilfreiches Angebot zur Vertiefung stattfindender Lehr- Lernprozesse sowie eine Erweiterung der Selbstlernkompetenzen und der Persönlichkeitsbildung hin zur Mündigkeit darstellen. Daran könnten Träger ihre spezifische Weltanschauung konkret verdeutlichen.

KEMPER und KLEIN haben als Grundlage für die Lernberatung fünf Prinzipien definiert:

- Biographiebezug
 - Kompetenzorientierung
 - Sicherung von lern- und lebensbiographischer Kontinuität
 - Reflexionsorientierung
 - Lerninteressenorientierung
- (vgl. Kemper/Klein 1998:39-40)

Ziel der Biographieorientierung ist es, das eigene Leben in die Hand zu nehmen und so die eigenen Prozesse selbst zu steuern. Folgende Leitfragen stellen sie zur Diskussion:

- „Welche Lebens- und Lernerfahrung bringe ich mit?
- Welche Lebens- und Lernerfahrungen haben mich geprägt?
- Welche Lernerfahrungen bestimmen mein Bild von Lernen und meine Lernleistungsfähigkeit?
- Welche Kompetenzen habe ich wann und wo erworben?
- Welche habe ich wann und wo unter Beweis gestellt?
- Welche will ich wann und wo einsetzen?
- Welche will ich wann und wo einsetzen?

- Welche könnte ich weiterentwickeln?“ (Kemper/Klein 1998:41)

Hier werden die Wechselwirkungen zwischen dem Individuum und seinen (relevanten) Umwelten thematisiert werden. Darüber hinaus wird die Geschichtlichkeit in Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsbezügen thematisiert. Dieses hat eine hohe Bedeutung auch in systemischer Beratung.

Zur Ermittlung der Kompetenzorientierung schlagen KEMPER/ KLEIN folgende Leitfragen vor:

- „Welche fachlichen, persönlichen, sozialen Fähigkeiten und Kompetenzen bringe ich mit?
- Was kann ich gut? Was fällt mir leicht? Was tue ich gern?
- Was habe ich in den vergangenen fünf Jahren gelernt?“ (Kemper/Klein 1998:42)

Hier wird die Fähigkeit zur eigenen Einschätzung der Kompetenzen eingefordert und ressourcenorientiert betrachtet. Dies soll einen motivierenden und stärkenden Einfluss auf die Übernahme der Verantwortung für den eigenen Lernprozess haben. Das Prinzip der Sicherung von lern- und lebensbiografischer Kontinuität wird über Zielvereinbarungen umzusetzen sein (vgl. Kemper/Klein 1998:43)

Im Fokus systemischer Beratung stellt sich hier allerdings die Frage, welche Verbindlichkeit dieses Commitment hat und ob es zugelassen wird, wenn der Lernende in seiner Rolle als Klient von Beratung für sich selbst andere Fragen und Hinsichten entwickelt. Wenn wir die Autonomie der Klienten hier auf die Lernenden/ Lehrenden/Praxisanleiter übertragen, dass bleiben wir im systemischer Beratungsprozess. Sobald eine Verbindlichkeit wie wir sie bei der Erbringung von Leistungsnachweisen und/oder Lernaufgaben in Ausbildungskontexten kennen, erwartet bzw. vereinbart wird, wird dem tatsächlichen Anforderungsprofil systemischer Beratung nicht entsprochen. Verwirrend kann erlebt werden, wenn dann in solchen Commitment-Sitzungen Methodenbausteine eingesetzt werden, die aus dem Handlungsfeld der systemischen Familientherapie stammen. Da muss dann eine genaue Betrachtung her, die die Differenzen zwischen Methodik und Methodologie bzw. Konzeption wahrnimmt.

Das Prinzip der Reflexionsorientierung kann im Sinne des Zurückblickens und des Vorausschauens vom gegenwärtigen Standpunkt aus gestaltet werden. Damit können die Wechselwirkungen zwischen den Zeitzonen betrachtet werden (vgl. Kemper/Klein 1998:44). Hierzu die Vorschläge von KEMPER und KLEIN:

- „Welche inhaltlichen Schwerpunkte waren für mich heute wichtig?
- Warum?

- Was hat mir an der Erarbeitungsweise / Methode gefallen? Was nicht?
- Warum?
- Wieso hat mir das Lernen besonders gut gefallen bzw. keinen Spaß gemacht?
- Welche Konsequenzen ziehe ich aus den heutigen Erlebnisse für mein Leben?“ (Kemper/Klein 1998:44)

In die Reflexion werden individuelle und auch kollektive Prozesse mit eingebunden.

- „Was habe ich heute Neues gelernt?
- Was habe ich als unterstützend, was störend erlebt?
- Wie habe ich mich eingebracht?
- Wie habe ich die anderen erlebt?
- Was haben wir von-und voneinander lernen können?
- Haben wir uns gegenseitig unterstützt bzw. behindert? Wobei? Worin?
- Welche Konsequenzen ziehen wir daraus für unser zukünftiges Leben?“ (Kemper/Klein 1998:45)

Bei dem Prinzip der Orientierung an Lerninteressen werden folgende Überlegungen von KEMPER/KLEIN thematisiert:

- „das Entwickeln einer Vision von der eigenen (beruflichen) Perspektive,
- das Erkennen und Benennen von mitgebrachten Lern- und Praxiserfahrungen
- das Arbeiten mit und an den fachlichen und persönlichen Fähigkeiten und Vorlieben
- das Aufgreifen einer jetzt gebotenen Chance (Lernangebot/Qualifizierungsmaßnahme)
- das Überprüfen der Vision auf einen möglichen Transfer in die konkrete Lernsituation und spätere Arbeitssituationen“ (Kemper/Klein 1998:48)

Solche und ähnliche Fragen sind uns in der Pflegebildung sehr vertraut, nicht erst, seit in den neuen Pflegeausbildungsgesetzen das Reflexionsgespräch expliziter Teil des Prüfungsgeschehens in den staatlichen Prüfungen geworden ist.

Das Lernberatungskonzept von KEMPER/KLEIN benennt vier Kernelemente, die hilfreich und unterstützend im Lernprozess eingesetzt werden können:

- Lerntagebuch
- Lernkonferenzen
- Lernquellenpool

- Feedback und Fachreflexion

Schnell wird deutlich, dass dieses Konzept stark von dem Gedanken gespeist wird, den realen Lernprozess in der Ausbildung zielorientiert zu beeinflussen, denn bei der Beschreibung dieser Methodenbausteine steht die Planung des eigenen Lernprozesses stark im Vordergrund, auch wenn darauf hingewiesen wird, dass die Selbstreflexion ebenfalls unterstützt werden soll.

Was geschieht aber, wenn ein Schüler die Beratungsangebote ausschließlich für seinen persönlichen Wachstumsprozess und gar nicht für die Umgestaltung der ausbildungsbezogenen Lernprozesse nutzt. Wer öffnet die Wahrnehmung der an der Ausbildung Beteiligten für „blinde Flecken“, also für die Wahrnehmungen, die sich den Prozessen der Beteiligten nicht eröffnen. Wer stellt die Fragen, die mir nicht in den Sinn kommen, die mich irritieren und mir neue Möglichkeiten eröffnen können. Wer stellt auch bei dem Thema der Lernberatung nicht nur das Individuum, sondern auch die Rolle und die Organisation in Frage. Ein systemischer Berater, der nicht eingebunden ist in die Hierarchien und Bewertungskontexte der Ausbildung, könnte hier freiheitlich und unter Wahrung der Autonomie des Lernenden mit ihm arbeiten. Selbst wenn er die eigene Familiensituation dort bearbeiten möchte, wäre dies möglich. Sicher wird dieser Beratungsprozess auch Auswirkungen auf Ausbildung haben, jedoch ist dies je nach Kontrakt gar nicht von primärer Bedeutung. Die im Lernberatungskonzept benannten Methoden passen durchaus in die Anliegen und Ziele zur Gestaltung des dritten Lernortes und stellen damit eine sinnvolle Erweiterung pädagogisch-lernunterstützender Interventionen in einer Pflegebildungseinrichtung dar.

Schlussfolgerungen: Bei der Lernberatung im beschriebenen Sinn handelt es sich eher um eine domänenspezifische Beratung im Lernen der pflegeberuflichen Kompetenzen und der Schwerpunkt liegt eher auf der Entwicklung beruflicher Professionalität sowie der damit verbundenen Identitätsbildung. Angebote der systemischen Beratung könnten in Form erweiternder, ergänzender oder unterstützend-integrativer Angebote für Lernende, Pflegelehrer und Praxisanleiter angeboten werden. Lernberatung in systemischer Weise stellt eine Unterstützung im selbst gesteuerten Lernen dar und fokussiert den Lernenden mit seinen Ressourcen, dessen Selbstlernkompetenz oftmals defizitär beschrieben wird. Dies wird vielfach auf biographische Voraussetzungen zurückgeführt. Gespannt kann hier auf die Ergebnisse eines Projektes vom Bildungswerk der Sächsischen Wirtschaft e.V. gewartet werden, in dem die Generierung eines Bildungsangebotes zur Begleitung von Lern- und Entwicklungsprozessen für Führungskräfte und Beraterinnen kleiner Unternehmen angestrebt wird. (www.bsw-ev.de Zugriff: 04.08.2010)

Auch KLEIN und REUTTER haben sich mit der Lernberatung als Lernprozessbegleitung in der beruflichen Weiterbildung beschäftigt. Sie verbinden mit der Lernberatung eine Konzeption die auf die Anforderungen des lebens-

langen Lernens in Verbindung mit dem selbstorganisierten Lernen antwortet. Sie haben insbesondere die Perspektive der organisierten Erwachsenenbildung fokussiert und die notwendigen Voraussetzungen auf organisationaler Ebene präsentiert⁶.

Eine Erweiterung kann bei DEWE aufgefunden werden, der in seiner Beschreibung von Pädagogischer Beratung das Allgemeine einblendet:

„Pädagogische Beratung vollzieht sich bildungstheoretisch im Medium des Allgemeinen: Anlaß und Inhalt ist zwar auch hier der Einzelfall, der durch Unsicherheit und Unentschlossenheit in Bezug auf ein konkretes Verhalten gekennzeichnet ist. Richtung und Ziel der Beratung gehen aber über die Besonderheit des Einzelproblems und seiner Lösung hinaus und beziehen sich zugleich auf die Einstellung und Haltung des Ratsuchenden als Orientierung für zukünftige Fälle. Überall dort, wo derartige Fragen zum Gegenstand der Beratung werden, stehen deshalb, auch nicht allein spezielle Lösungen im Hinblick auf abgegrenzte Lebensrelationen im Mittelpunkt, sondern letztlich Einstellungs- und Handlungsmaximen, die die Grenzen vereinzelter und spezialisierter Probleme überschreiten“ (Barlage 1998:43/44; In: Dewe 2005:4)

5.3. Von der Lernberatung zur systemischen Beratung in den Pflegeausbildungen

Die Begrifflichkeit der ‚Systemischen Beratung‘ legt irrtümlicherweise nahe, dass es ein klar definiertes Begriffsverständnis gibt. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Entwicklungsgeschichte der systemischen Beratung führt in die 1950iger Jahre zurück und verdeutlicht, dass es unterschiedliche Entwicklungslinien und Schwerpunktsetzungen mit jeweils unterschiedlichen Handlungskonsequenzen gibt. (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2003:50)

Ein den weiterführenden Überlegungen zugrunde liegendes Beratungsfachverständnis findet sich bei der Deutschen Gesellschaft für Beratung.

„Beratung kann sich sowohl auf Personen und Gruppen in ihren lebens- und arbeitsweltlichen Bezügen als auch auf Organisationen beziehen. Sie befasst sich auf einer therapiebegleiteten Grundlage mit unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben und multifaktoriell bestimmten Problem- und Konfliktsituationen. Sie stellt sich Anforderungen aus den Bereichen von Erziehung und Bildung, Sozial- und Gemeinwesen, Arbeit und Beruf, Wohnen und Freizeit, Gesundheit und Wohlbefinden, Ökologie und Technik, Pflege und Rehabilitation, Ökonomie und Politik sowie des Rechts, wie sie in den unterschiedlichen Sozialgesetzen, vor allem im KJHG und BSHG formuliert sind.“ (Zwicker-Pelzer 2010:15)

Damit ist Beratung subjekt-, aufgaben- und kontextbezogen. Sie ist eingebettet in institutionelle, rechtliche, ökonomische und berufsethische Rahmen-

6 www.die-bonn.de/publikationen/online-texte/indes.asp (Letzter Zugriff: 4.08.2010)

bedingungen, innerhalb derer die anstehenden Aufgaben, Probleme und Konflikte dialogisch bearbeitet und geklärt werden. (vgl. Zwicker-Pelzer 2010:15)

Das daraus abzuleitende Ziel von Beratung ist es, über den aktuellen Bereich des jeweiligen Anlasses hinaus den Rat- und Hilfesuchenden ein Stück mündiger und liebesfähiger zu machen und ihm mehr persönliche Freiheit zu vermitteln. Die Erreichung dieses Zieles setzt eine Ich-Stärkung voraus. Damit leistet die Beratung gleichzeitig einen Beitrag zur Demokratisierung der Gesellschaft“ (BfgA 1975).

Beratung kann demnach als ‚Fachkundige Partnerschaft auf Zeit‘ verstanden werden,

- „die sich mit Daseinsbewältigungsfragen befasst,
- die (therapie-)schulübergreifend ist,
- die ein interdisziplinäres Wissenschaftsverständnis zugrunde legt,
- die einzeltherapeutische, sozialfürsorgerische oder pädagogische Aktivität sein kann.“ (Zwicker-Pelzer 2010:17)

Beratung als Ressource richtet den Blick mehr auf Kompetenzen, Fähigkeiten und Entwicklungschancen statt auf Defekte oder Pathologien. Bezogen auf Lernberatung in der Pflegeausbildung stünde nicht eine weitere Reflektion zum Lernen im Fokus, sondern es ginge um eine hilfreiche und nachhaltige Unterstützung von Lernenden und Lehrenden in den verschiedenen Settings der Pflegeausbildung. Damit schafft das systemische Paradigma einen erweiternden und vertiefenden Blick auf die Möglichkeiten der Lernberatung.

Verbindende bzw. unterscheidende Merkmale von Beratung und Pädagogik sind von ZWICKER-PELZER zusammengefasst worden:

- die Mündigkeit, die Verantwortlichkeit, das mündige Subjekt
 - die Vereinbarkeit von Zielideen und deren Exploration
 - das ‚Dialogische‘ von Beratung das ICH-DU-Prinzip (M. Buber)
 - die auf Handlung abzielenden Interventionen
 - die ‚modellhafte‘ Prozessbegleitung
 - die Überzeugtheit, dass Menschen eigene Wege finden und zunehmend autonom gehen können
 - die Zukunftsorientierung, d.h. vom Geworden-Sein über die Gegenwartsbewältigung hin zur Zukunft
- (vgl. Zwicker-Pelzer 2010:21)

Wenn dieses Verständnis von systemischer Beratung im spezifischen Handlungsfeld der Beratung beim Lernen in den Pflegeausbildungen verankert werden soll, dann stehen zunächst strukturelle Momente in der Betrachtung. Der Lernende besucht diese verschiedenen Lernorte in den verschiedenen institutionellen Kontexten, in individuellen Abfolgen und Wegkreuzungen

und nimmt wahr und beobachtet, erlebt und erfährt, denkt und handelt, denkt nach und vor, verhält sich und handelt, bewältigt situative Anforderungen und scheitert, freut sich und schämt sich, ist hungrig und satt, geht und bleibt für eine Zeit lang, etc.

Aus dem oben beschriebenen Beratungsverständnis heraus, lassen sich vielfältige Anlässe für systemische Beratungsprozesse im Lernprozess einzelner Personen, Gruppen bzw. Teams und auch der Organisation ableiten.

In systemischer Beratung werden die angedachten, vorweggenommenen bzw. mitgedachten (heimlichen) Aufträge herausgearbeitet. In der Phase der Auftragsklärung werden sie gemeinsam mit dem Beratung-Suchenden professionell thematisiert. Der die Beratung aufsuchende Lernende hat aus eigenem Antrieb heraus, die Beratung initiiert. Die Relevanz für die Beratung kommt von ihm und er fokussiert selbst ein für ihn gerade aktuelles, beraterbedürftiges Thema. Dieses wird in den ersten Phasen des Beratungsprozesses miteinander so konkretisiert, dass zwischen dem Berater und dem Zu-Beratenden ein Kontrakt vereinbart werden kann. Den Beratungsbedarf formuliert also der Beratung-Suchende. Es kann sich dabei um eine aktuell erfahrene oder länger zurückliegende Situation, eine Entscheidungssituation, ein Problem oder eine Krise handeln. Es steht keine heimliche Entwicklungsidee (was sie immer schon mal ändern sollten) im Vordergrund. Der Berater lässt sich auf das formulierte und vereinbarte handlungsleitende Ziel für den Beratungsprozess ein. Der Kontrakt schafft für beide die notwendige Verbindlichkeit und ist für den Aufbau von gegenseitigem Vertrauen wichtig. Demgegenüber gibt es Beratungen, die eine vorgegebene Zielperspektive im Auge haben. Diese kann sich aus den normierenden Grundlagen oder den institutionellen Kontexten der Pflegeausbildung ergeben. Hier stößt dann jeder systemische Berater an die Grenzen. Allerdings kann er diese Grenze selbst thematisieren und damit dem Lernenden wieder neue Perspektiven ermöglichen.

Angenommen Lehrer oder Praxisanleiter wären als systemische Berater tätig, dann würde ihnen zugemutet, die Verbundenheit mit dem eigenen System (Pflegebereich bzw. Pflegeschule) aufzubrechen und sich im Sinne der Kybernetik 2. Ordnung von außen betrachtend beraterisch zur Verfügung zu stellen. Denkbare Verflechtungen und heimliche Aufträge könnten sich erschwerend auf den durchzuführenden Beratungsprozess auswirken. Die Fremdheit des Systems Pflegeschule für den Praxisanleiter und des Systems Betrieb für den Lehrer könnten sich hier auch als Ressource darstellen und für die Anfragen bzw. Perspektiventwicklung genutzt werden. Der Lernende ist als Fremder in beiden Systemen besonders geeignet Impulse und neue Anfragen zu formulieren. Allerdings sind ihm aufgrund seiner eigenen persönlichen und beruflichen Entwicklung Grenzen gesetzt, so dass ihm die notwendige Professionalität und Reife nicht zwangsläufig unterstellt werden

kann. Ein derart offenes und partnerschaftliches Gespräch benötigt einen sanktionsfreien Raum, den es natürlicherweise in einem institutionalisierten Ausbildungsprozess so nicht gibt. Sowohl Lehrer als auch Praxisanleiter sind häufig mit Bewertungen von Leistungen verbunden und keineswegs frei. Dies widerspricht dem Ethos systemischer Beratung, die sich hiervon freimachen möchte und die eigene Rolle und Bewertung an sich im Beratungsprozess mit thematisiert.

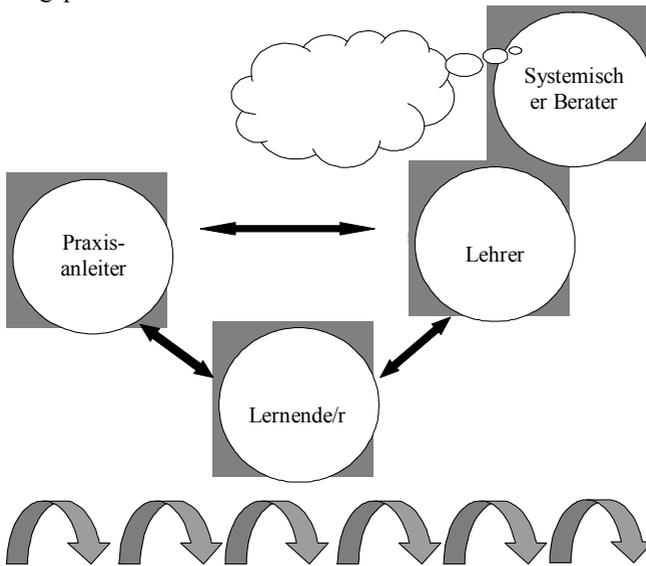


Abb.13: systemische Beratung und Lernberatung im Prozess

Für Lösungen in problematisch erlebten Schulsystemen schlagen VON SCHLIPPE und SCHWEITZER (vgl. 2003:254-256) hilfreiche Vorgehensweisen vor:

- eine weite Fassung des Schul-Problem-Systems
- Akzeptanz anfänglicher Schulzuweisungen
- Anschl. Eingrenzung auf relevante Sub-Systeme
- Gemeinsame Erstgespräche mit den am Problemfall benannten Personen
- Den Lernenden als Ressourcenträger und nicht als Problemfall wahrnehmen ist in dieser gemeinsamen Sitzung wesentlich
- Entscheidende Unterschiede zwischen den Systemen (z.B. betriebliche und schulische Lernorte) sind zu berücksichtigen
- Es sollte auch gelingen, alle Betroffenen zu Beteiligten an der Problemlösung zu gewinnen. Die setzt voraus, dass sie sich auch als Teil der Problemsystems verstehen.

- Positive Umdeutungen, Sinnbezogenes Arbeiten und Symptomverschiebung helfen mit der Ausgangssituation lösungsorientierter umzugehen

Neben dieser **probleminduzierten** Beratung könnte es zukünftig auch verstärkt um eine **ressourcenstärkende** Beratung gehen. (vgl. von Schlippe/Schweitzer 2003:254) Dies könnte so aussehen, dass der Lernenden nicht eine problematische erlebte Erfahrung thematisiert, sondern den Wunsch verspürt, seine Ressourcen für die Kompetenzentwicklung in der Pflegeausbildung zu entdecken. Dieses Vorgehen vermindert dann auch problematische Erfahrungen bzw. ermöglicht es dem Lernenden immer mehr, sich selbstbestimmt eigene Lösungen und Bewältigungsmuster für seinen Ausbildungsprozess zu erarbeiten bzw. zu überlegen. Er kann diese dann selbstbestimmt ausprobieren und in einem kommenden Beratungsgespräch zum Gegenstand seiner persönlichen Kompetenzentwicklung machen. Neben der präventiven Rolle, schreiben STIEHLER und NESTMANN (in Anlehnung an GELSO und FRETZ) der Beratung die entwicklungs- und wachstumsfördernde und die kurativ/heilende Rolle zu. (vgl. Nestmann 1997: 174 ff. und Zwicker-Pelzer 2010:23)

Es wird deutlich, dass aufgrund der zunehmenden Komplexität der Pflegeausbildung eine systemische Beratung für die an der Ausbildung beteiligten Lernenden, Lehrer und Praxisanleiter zukünftig wichtig erscheint. Denn sie ermöglicht eine erweiterte Perspektive, die eine professionelle Distanzierung von den erheblichen beruflichen Belastungen erschafft. Sie hilft nicht in der Problemsichtigkeit unterzugehen, sondern den Blick auch auf die Ressourcen zu lenken. Hier gibt die Übersicht von ZWICKER-PELZER hilfreiche Anregungen. Sie hebt die Anschlussfähigkeit dieses Beratungsverständnisses für die Arbeitsfelder Pflege und Beratung, Pädagogik und Soziale Arbeit hervor. Auch hilft sie durch die Ressourcenorientierung die erhaltenswerten Anteile im System aufzuspüren und zu stärken. Damit können die vorhandenen Ressourcen ,d.h. die Stärken zur Verminderung der Probleme oder Schwächen genutzt werden.

5.3.1. Triadische Lernberatung

Weitere Anregungen für die Konzeptionalisierung von systemischer Beratung in der Pflegebildung geben RAPPE-GIESECKE zur ‚Triadischen Karriereberatung‘. Sie unterscheidet aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung als Beraterin drei Systeme, die sie aufgrund ihrer Beratungspraxis als relevant für die Karriereberatung ansieht: die Person, die Funktion und die Profession. Übertragen auf die Systeme in der Pflegebildung wären diese Systeme wie unten beschrieben zu bestimmen. Die Biographien der Lernenden, der Lehrenden,

der Praxisanleiter und auch der Pflegefachkräfte spielen eine wesentliche Rolle in der Bewältigung der Anforderungen der Pflegeausbildungen im Zusammenhang mit Lernen, Nicht- oder nur bedingtem Lernen. Aufgrund des Ausbildungskontextes sind konkrete für den Ausbildungsprozess wesentliche Funktionalitäten zu betrachten. Die Lehr- und Lernaufträge im schulischen wie im betrieblichen Lernort stellen Herausforderungen für die Lernenden dar, die im Sinne von Zielvereinbarungen den lernortbezogenen Lernprozess steuern. Aus der Perspektive Kompetenzorientierung ergeben sich weitere Anforderungen. Ebenfalls hilfreich erscheinen hier die Ausführung von Christa OLBRICH zu den Dimensionen pflegerischer Kompetenzen und die auf den Forschungen von DREYFUS & DREYFUS basierenden Überlegungen von Patricia BENNER zur Kompetenzentwicklung in der Pflege.

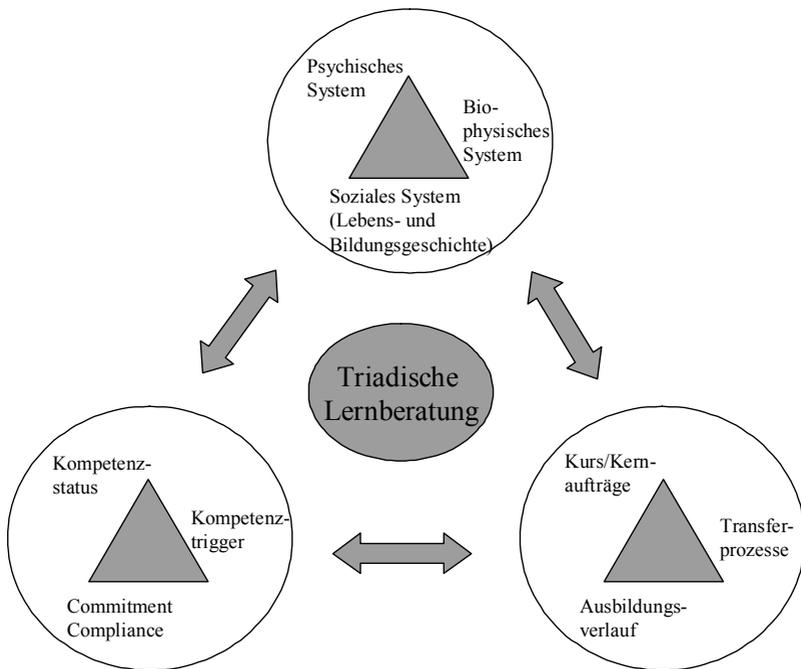


Abb.14: ‚Triadische Lernberatung‘ in der Pflegeausbildung (modifiziert nach Rappe-Giesecke 2008:50)

Übertragen aus der Thematik der triadischen Karriereberatung könnte es in der systemischen Beratung in der Pflegeausbildung um die drei Systeme: Person, mitarbeitender Lernender (Rolle) bzw. lernender Mitarbeiter (Rolle) und die Organisationen gehen.

Aus den (Sub-)Systemen oder auch von den beteiligten Pflegefachkräften, Lehrern oder Praxisanleitern kann es zu einer Indikationsstellung von systemischer Beratung kommen. Im Rahmen des Erstkontaktes wird dann zwischen dem Zu-Beratenden und dem Berater abgestimmt, ob ein systemischer Beratungsprozess miteinander vereinbart werden kann oder welche Konsequenzen die Indikationsmeldung haben kann.

Die spezifischen Aufgaben eines systemischen Beraters sind Wahrnehmen, Ordnen, Teilnehmen und Für-möglich-Halten. Beratung ist prozesshaftes Geschehen, dass durch die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Personen gekennzeichnet ist und Einzelne oder Gruppen nach Lösungen suchen. Die beraterischen Impulse dienen der Entwicklung und unterstützen den Prozess der Selbst-Werdung bzw. Selbst-Findung bei der zu-beratenden Person.

Wahrnehmen	Ordnen	Teilnehmen	Für-möglich-Halten
Bild entsteht von Situation, Person und Umwelt, nicht allein auf Sehen und Hören beschränkt, sondern hermeneutischer Prozess.	Unterstützung des Ratsuchenden bei der Strukturierung, Weg finden, Erkennen von Ressourcen. Methodischer Umgang mit dem Wahrgenommenen.	Grenzt sich von Verstehen ab, meint ein Umgehen mit. Bedeutet auch, sich auf die Beziehung einzulassen.	Ermutigende Unterstützung bei der Lösungsfindung und Entwicklung. Autonomie unterstützend oder zurückgewinnend.

Abb.15: Charakteristika von Beratung (Zwicker-Pelzer 2010:27)

Es gibt für die Pflegeausbildungen unterschiedliche Ansätze für beraterisches Handeln. In Das Beziehungsgefüge von Lernberatung und systemischer Beratung im und beim Lernen ist von Überschneidungen gekennzeichnet; dennoch hat die klassische Lernberatung eine große Nähe zur domänenspezifischen Beratung im Lernprozess der Pflegeausbildungen.

5.3.2. Beratung im Lernalltag von MAX

Der Fokus hier ist die Begegnung von Praxisanleiter, Pflegelehrer und Lernendem am betrieblichen Lernort der Pflegeausbildung. Damit werden direkt viele andere Möglichkeiten ausgeschlossen. Wir wollen einer sehr konkreten Idee Raum, die sich nicht zu sehr auf die Begrenzungen zu konzentrieren, sondern vielmehr auf optionale Möglichkeiten ausrichten.

Denn wenn wir der neueren neurowissenschaftlichen Forschung nachgehen, dann ist es eher verwunderlich, wenn wir meinen, wir haben unser Lernen selber in der Hand. Es scheint eher so zu sein, dass unser Gehirn oftmals ohne unser willentliches Zutun eigenwillig lernt und so unser Lernen gar

nicht so frei und beeinflussbar ist, wie wir oftmals meinen. (vgl. Kossack 2006, Spitzer 2007) Demnach können Menschen letztlich nicht anders, als lernen. Bewusstheit über diese Vorgänge erlangen scheint wichtiger als der willentliche Einfluss. Auch ohne den willentlichen Einfluss, unser Gehirn und unsere Nervenzellen verändern sich ständig, auch nachts. Ein Nicht-Lernen scheint es so gar nicht zu geben, es geht nur um ein anderes oder besonderes Lernen.

Das Paradigma vom ‚selbstorganisierten Lernen‘ kann somit in die Irre führen, auch wenn es seit Mitte der 1990iger Jahre durch die konstruktivistisch-systemische Forschung unterstützt wird. (vgl. Kossack 2006) Damit muss auch kritisch auf die mit dem seit den 1980iger Jahren entwickelten Lernberatungsansätzen Postulaten geschaut werden. Hierzu zählen

- Selbststeuerung
- Freiwilligkeit der Teilnahme an der Lernberatung
- Transparenz der Beratungsbeziehung
- Offene Kommunikation in Lernberatung
- Schematisierung des Lernberatungsgesprächs
- Status des pädagogischen Objekts der Lernberatung

(vgl. Kossack 2006:195)

Der Lernende in der Pflegeausbildung wird unterschiedliche betriebliche Lernorte kennen lernen. Er begegnet dort einmaligen und einzigartigen Pflegesituationen. Wie viel Freiwilligkeit kann erwartet werden, wenn er im Rahmen der Praxisbegleitung an einem Beratungsgespräch teilnimmt? Es handelt sich ja schließlich um ein institutionalisiertes Lernarrangement.

Die Machtverhältnisse können nicht ausgeschaltet werden und wirken in die Begegnung zwischen Praxisanleiter, Pflegelehrer und Lernendem ein. Auch ist das Machtverhältnis zwischen Praxisanleiter und Pflegelehrer zu betrachten. Welche bewussten, unbewussten oder auch gefühlten Gewichtungen und Hierarchisierungen von personalelem Wissen spielen hier mit hinein? Wird der Lernende eher ein empfundenes Lerndefizit oder eine persönliche Lernressource zum Anlass für ein Beratungsgespräch machen? Wird er sich als selbstgesteuertes Subjekt verhalten oder ist er Objekt und handelt sozial angepasst, da er um den bewertenden Kontext der Pflegeausbildung weiß. Dies ist spätestens im Zusammenhang des Zulassungsverfahrens von Bedeutung, wenn die Schulleitung die erfolgreiche Teilnahme gegenüber der zuständigen Behörde schriftlich bekunden muss. Wie viel Freiheitlichkeit gewährt das Ausbildungssystem bzw. wie viel verträgt es? Diese Möglichkeit der Begegnung kann von den Beteiligten grundsätzlich gewollt und gekonnt oder gewollt, aber nicht gekonnt oder gekonnt, aber nicht gewollt sein.

Könnte es nicht auch so sein?

Max ist Auszubildender in der Gesundheits- und Krankenpflege. Seit 16 Monaten befindet er sich in der Ausbildung. Er hat stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen (Klinik, Pflegeheim, ambulante Pflegedienste) besucht und etwa die Hälfte der theoretischen und praktischen Unterrichtsstunden gehört. Seit zwei Wochen ist er auf der geriatrischen Station einer Klinik eingesetzt. Am Ende des Einsatzes findet eine Art praktische Überprüfung mit Einschätzung seiner vorhandenen Pflegekompetenzen statt. Davor hat er einen gehörigen Respekt, denn er kommt so gar nicht mit den dementiell veränderten Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zurecht. Er fragt die für ihn zuständige Pflegelehrerin, ob sie mal in der Praxis vorbei kommen könnte. Er erhofft sich, dass in diesem Gespräch geklärt wird, wie er es schaffen kann, weitere Fortschritte im Lernprozess zu erwirken. Die Praxisanleiterin erwartet Tipps, wie sie den Lernprozess besser gestalten kann und die Lehrerin denkt an die bisherigen Erfahrungen und Rückmeldungen zum Lernprozess von Max. Sie erinnert sich, dass die Thematik der Versorgung dementiell veränderter Menschen gerade im letzten Theorieblock Thema gewesen ist.

Nach der Begrüßung und dem Herstellen einer lernförderlichen Atmosphäre, stellt die Pflegelehrerin die Frage, wer die Moderation der heutigen Sitzung übernehmen soll. Sie bittet Max eine Person zu benennen, da er den Fall bzw. den Anlass für dieses Gespräch eingebracht hat. Max wählt die Pflegelehrerin aus. Sie fragt des Anlass des Gesprächs nochmals an. Max knüpft an seine bisherigen Begegnungen mit den dementiell veränderten Menschen in dem Pflegebereich an. Dabei wird schnell deutlich, dass Max eine Art Rezept erwartet, wie er es am besten schaffen kann, die angekündigte Überprüfung erfolgreich hinter sich zu bringen. Immer wieder fragt die Pflegelehrerin in der Rolle der Moderatorin nach und bezieht auch die Praxisanleiterin mit ein. An manche Situation kann diese sich selbst erinnern, da sie mit Max gemeinsam gearbeitet hat. Die Pflegebedürftigen und die Mitglieder des therapeutischen Teams werden ebenfalls thematisiert.

Max bringt auch seine Erfahrungen mit den vorherigen Überprüfungssituationen mit ein. Dabei wurde er von zwei verschiedenen Pflegelehrern aus dem Schulteam begleitet. Bei einer Überprüfung war auch der Praxisanleiter von der damaligen Station dabei. Die Überprüfungen sind zwar ganz gut gelaufen, er erlebte sie jedoch immer sehr emotional und war sich seiner Stärken oft nicht bewusst. Er kennt eher seine Schwächen und weiß auch sehr genau, was von ihm in solchen Situationen erwartet wird. Max spricht über Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen. An seiner Körperhaltung ist die Anspannung auch in diesem Gespräch deutlich erkennbar. In einem zweiten Schritt trägt die Moderatorin Sorge dafür, dass die eingebrachten Schilderungen geordnet werden. Es wird deutlich, wie komplex und vielschichtig die Themen sind. Max fällt es schwer, sich auf einen konkreten Aspekt hin fest zu legen. Immer wieder wird deutlich, dass die in zwei Wo-

chen stattfindende Überprüfung wie eine dunkle Wolke über ihm schwebt. Obwohl ihm seine Not sehr bewusst ist, legt er den Schwerpunkt des Gesprächs doch eher auf die Fachlichkeit im Umgang mit dementiell veränderten Menschen. Da die Pflegelehrerin selbst die Inhalte zur Pflege und Betreuung dementiell veränderten Menschen unterrichtet hat, bringt sie sich auch fachlich mit ein. In der Folge werden fachliche Aspekte in der Versorgung dementiell veränderter Menschen bearbeitet. Nach 30 Minuten wird das Gespräch beendet.

Folgende Fragen wären auch denkbar gewesen:

Wie oft oder wie lange ist das ‚Problem‘ nicht aufgetreten?

Was hat Max anders gemacht?

Wie hat Max es geschafft, dass das Problem nicht aufgetreten ist?

Was möchte Max im Lernprozess gerne bewahren und nicht verändern?

Was macht Max gut, wo ist er erfolgreich?

Was muss Max tun, damit er mehr davon erfährt?

Wenn sein ‚Problem‘ plötzlich weg wäre, wie erlebt er es, was wäre anders?

Wovon wäre Max am meisten überrascht?

Was würde Max am meisten vermissen, wenn das ‚Problem‘ plötzlich weg wäre?

Was müsste Max tun, damit das ‚Problem‘ schlimmer würde?

Was könnte die Praxisanleiterin oder die Lehrerin tun, damit er es wirklich ganz schlecht macht?

Wofür wäre es gut, dass das ‚Problem‘ noch eine Weile da wäre?

Wann wird Max sein ‚Problem‘ vor die Tür setzen?

Wenn das Problem schon längst verabschiedet wurde, wie könnte Max es wieder einladen?

Wie müsste er es tun?

Wenn Max gegenüber den anderen nur so tun würde, als ob das ‚Problem‘ wieder da ist, wie müsste er sich verhalten? Würden die anderen erkennen, dass das ‚Problem‘ gar nicht wirklich da ist?

(modifiziert nach von Schlippe / Schweitzer 2003:147)

Könnte es nicht auch noch ganz anders sein?

Aufgrund der Komplexität und Offenheit von Pflegesituationen sind die Lernenden oftmals überfordert, wenn sie die an sie gestellten Anforderungen bewältigen sollen. Sie spüren schnell ihre Grenzen und benötigen dann Hilfe bei der Lösungssuche. Die existentiellen Fragestellungen erlauben es oftmals nicht, sich einer rein verstandesbezogenen Auseinandersetzung zu überlassen. Vielmehr sind es verantwortungsbezogene Überlegungen, die die Anforderungen aus der erlebten Hilfs- und Pflegebedürftigkeit bewältigen helfen. Das pflegerische Handeln nach besten Wissen und Gewissen zu gestalten wird als generalistische Handlungsqualität gefordert. Dies bedeutet, dass die Lernen-

den in den Pflegeberufen ihr Handeln auf seine Sinn- und Werthaftigkeit überprüfen können, sollen bzw. müssen.

Kompetenz zeigt sich in der erfolgreichen Bewältigung situativer Erfordernisse. Die erworbene Kompetenz muss also in situatives Handeln umgesetzt werden. Erst in der erfolgreichen Performance, der erfolgreichen Bewältigung neuerlicher situativer Anforderungen, zeigt sie sich. Ähnlich hat es Christa OLBRICH auch gemeint, als sie beschrieb, dass ethische Kompetenz zu haben nicht ausreicht, sondern eine aktiv-ethische Kompetenz in der Pflege notwendig sei. Es kam ihr dabei darauf an, dass sich die Kompetenzdimension in konkreten Pflegesituationen zeigt, sie im Handeln erkennbar ist und über die reflektierenden Komponenten hinausgeht. (vgl. Olbrich 1999:102) Wenn der Pflegepädagogik die Aufgabe der Kompetenzbildung in dieser Weise zukäme, dann müsste sie eine kompetenz-performanzbezogene Willensbildung unterstützen. (vgl. Löwisch 2000: 96) Hierzu bedarf es passender Lernarrangement, die wenig mit klassischen vermittlungsorientierten Unterrichtssituationen gemeinsam haben. Es geht vielmehr um die Bewusstwerdung der Konsequenzen für den Handelnden in den derzeit gegebenen Pflegesituationen, d.h. Folgen, Risiken, Einzigartigkeit, Zielorientierung, Ressourcenorientierung zu bedenken. Zum anderen geht es um die Reflexion möglicher Pflichten (Was sollen wir tun?), indem Rechte und Pflichten der Pflegekraft (professionelles Pflegeverständnis) im Umgang mit Demenzkranken, Wachkomapatienten etc. thematisiert werden. Auch die Reflexion zukünftiger Visionen für die am Pflegeprozess Beteiligten könnten bedacht werden.

Für all diese Überlegungen bedarf es einer auf Mündigkeit ausgerichteten Lern- nein besser Beratungssituation. Denn hierbei steht das gemeinsame Gespräch – im wirklichen Sinn ein Dialog (vgl. Bohm 2008) Der Dialog beginnt dort, wo die Diskussion aufhört.

„Wenn wir in der Lage sind, alle Ansichten gleichermaßen zu betrachten, werden wir vielleicht fähig, uns auf kreative Weise in eine neue Richtung zu bewegen. Wir können einfach das Verständnis der verschiedenen Bedeutungen miteinander teilen. Und wenn wir das tun, zeigt sich vielleicht die Wahrheit – ohne dass wir sie gesucht hätten“ (Bohm 2008)

5.4. Systemisch Beraten – aber wie?

Der systemische Beratungsprozess soll als Hilfe bei notwendigen oder gewünschten Veränderungen oder der bewussten Bewahrung und Erfahrung von Ressourcen im Kontext des Lernens in der Pflegeausbildung verstanden

werden. Lehrende, Praxisanleiter und Lernende üben alltäglich beratende Funktion aus. Im Kontext von Lernen kann ein professioneller systemischer Beratungsprozess selbst wesentlich als personaler Bewältigungsprozess der beruflichen Anforderungen in den verschiedenen Lernorten angesehen werden. Hierzu gibt es bereits mehrere Veröffentlichungen. (vgl. u.a. Culley 2002, Lipitt/Lipitt1999)

Beratungsmerkmale sind der strukturierte Prozess, die präzise Ziel- und Auftragsklärung, das Tempo und die Geschütztheit des Klienten /Ratsuchenden, die ethischen Prinzipien, die Kenntnis von Grenzen und deren Respekt, der Vertrauensschutz. (vgl. Zwicker-Pelzer 2010:43-54)

Unsere hier dargelegten modellhaften Phasen eines Beratungsprozesses sind der Veröffentlichung von LIPITT/LIPITT entnommen: Der Beratungsprozess wird vom Beratung-Suchenden initiiert. Er zeigt damit einen Grad an Reife, in dem er selbst die Verantwortung für die Gestaltung der gestellten Anforderungen in der Pflegeausbildung wahrnimmt. Anlässe für Beratungsprozesse können sehr vielfältig sein und sich sowohl aus beruflichen und/oder lebensweltlichen Erfahrungen ergeben.

5.4.1. Ablauf einer systemischen Beratung im Lernprozess

Systemische Beratung in der Pflegeausbildung kann verstanden werden als Hilfe bei notwendigen oder selbst gewünschten Veränderungen oder der Bewahrung vorhandener Potentiale und Ressourcenerfahrung. (vgl. LIPITT/LIPITT 1999.) Im Kontext der Pflegeausbildung soll Lernen als Wesensäußerung der beteiligten Personen, Gruppen und Organisationen zur Bewältigung der situativen Anforderungen verstanden werden. Die systemische Beratung als Dienstleistung soll diesen Lernprozess begleiten. Dabei gilt im Gegensatz zum Unterricht und der praktischen Ausbildung, dass der Beratung-Suchende (Lernende in den Pflegeberufen, Praxisanleiter oder auch Lehrende) den Beratungsprozess selbst initiiert. Er zeigt damit einen Grad an Reife, der die übernommene Selbstverantwortlichkeit in der Bewältigung der gestellten Anforderungen zum Ausdruck bringt. Aufgrund der Komplexität, Schwierigkeit und oftmals auch der Selbst- und Fremdgefährdungen der zu bewältigenden Pflegesituationen kann eine umfängliche Betrachtung und Auseinandersetzung nicht aus eigenem Vermögen gestaltet werden. Hierbei kann der systemische Blick eine professionelle und distanziertere Perspektive ermöglichen und so einen Beitrag zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit und emotionalen Stabilität leisten. Anlässe für den Beginn von systemischen Beratungsprozessen können sehr vielfältig sein. Sie können lebens- und arbeitsweltliche Bezüge haben.

Es sind vielfältige Modelle zum Beratungsprozess bereits veröffentlicht worden. Eines davon soll im Folgenden skizziert werden.

Phase	Arbeitsschwerpunkte	Aufgaben des Beratung-Gebenden	Aufgaben des Beratung-Suchenden
1. Kontakt / Einstieg	1.1 Initiative zur ersten Kontaktaufnahme		Erlebt Wunsch nach Veränderung
	1.2 Hilfe beim Erkennen und Klären des Veränderungsziels	Stellt Fragen zu veränderten Perspektiven, Erweiterungen der Wahrnehmung, Kontexten der beteiligten Systemen, Mustern, Priorisierungen, Hintergründen (Gefühle, Gedanken, Körperlichkeit)	Erweitert und vertieft seinen Wunsch nach Veränderung
	1.3 Untersuchung der Veränderungsbereitschaft	Untersucht die Bereitschaft zur Veränderung	Erkennt die eigene Bereitschaft zur Veränderung
	1.4 Untersuchung der Möglichkeit zur Zusammenarbeit	Stellt die persönliche und professionelle Beraterkompetenz als Angebot dar	Klärt den eigenen Einsatz und die Ressourcen an Zeit und Energie im Beratungsprozess
2. Formulierung des Kontrakts und Aufbau einer Arbeitsbeziehung	2.1 Welche Arbeitsergebnisse werden angestrebt	Fragt nach bis ein verständliches und klares Arbeitsziel beschrieben ist Bietet u.U. weitere Perspektiven zur Zielfindung an	Klärt seinen Veränderungswunsch unter Berücksichtigung der Kontexte und reflektiert, in wie weit das Arbeitsziel realistisch, notwendig und erreichbar ist
	2.2 Wer soll was	Klärt, wer bezogen auf	Möchte erfahren, wie

	tun?	das Arbeitsziel in den Beratungsprozess integriert werden kann/soll/muss, welche Aktivitäten durchzuführen sind und welche Art von Unterstützung seitens der Führungsebene erwartet werden kann Klärt, wer das Klientensystem ist (Person, Gruppe, Organisation)	viel Zeit, Energie und Verpflichtung der Berater in den Beratungsprozess investiert
	2.3 Zeitperspektive und Verantwortlichkeit	Macht ein Vertrags-/Vereinbarungsangebot Schlägt Auswertungsverfahren vor (Zwischenzeitlich oder am Ende) Vereinbart eine dynamische Arbeitsbeziehung	Verpflichtet sich zur aktiven Mitwirkung im Beratungsprozess äußert seine Bereitschaft zur Veränderung
3. Definition des Problems und diagnostische Analyse	3.1 Kraftfeldanalyse und Bestimmung des Handlungsziels	Erarbeitet begünstigende und hinderliche Kräfte und Faktoren zur Zielerreichung Spürt den eigentlichen Fragen, Problemen bzw. Anliegen nach Hilft bei der Klärung konkreter Handlungsziele, beim Abwägen von Alternativen, entwickelt Kriterien zur Entscheidungsfindung Leitet einen produktiven Prozess der Zielsetzung ein	Erlebt Schwierigkeiten bei der Datensammlung und Mitarbeit der beteiligten Systeme Klärt seinen derzeitigen Standort und die damit verbundene Problematik

4.1 Planung von Zielen	Fragt nach den Bedürfnissen des Klienten/der Klienten, klärt nochmals die Problematik fragt nach Voraussagen und Vorstellungen zur Entwicklung der Klientensysteme Gibt u.U. hilfreiche Sach- und Fachinformationen	Bringt eigene Bedürfnisse und Visionen zur Lösung der Problematik ein
4.2 Arbeitsplanung und Engagement	Achtet auf konkrete und erfahrbare Schritte im Entwicklungsprozess Achtet auf den roten Faden Gibt Rückmeldungen zu erfolgreichen Zwischenschritten Sorgt für die notwendige Einbeziehung weiterer Partner im Prozess	Macht neue Erfahrungen Entwickelt Ideen und setzt sie probeweise um Feiert Fortschritte

5. Durchführung und Erfolgskontrolle

5.1 Erfolgreiches Handeln	Trägt bei zur Entwicklung von Fähigkeiten Lenkt die Wahrnehmung auf Teilerfolge Gibt Impulse für weitere Möglichkeiten Arbeitet mit allen beteiligten Systemen und koordiniert die Aktivitäten	Handelt erfolgreich Nimmt Teilerfolge einer schrittweisen Veränderung wahr
---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

5.2. Auswertung und Feedback bei der Arbeit	Findet geeignete Verfahren zur Bestimmung von Fort- und Entwicklungsschritten und wertet sie aus	Unterstützt bei der Datenbeschaffung für die Auswertungen
5.3 Überdenken der Vorgehensweise und Beschaffung zusätzlicher Mittel	Fordert zur Reflexion und kontinuierlichen Weiterentwicklung bzw. Bewahrung auf Gibt ein Feedback zum Feedback (Meta-perspektive) Verdeutlich weiterhin bestehende Blockaden und Widerstände Macht auf bisher ungenutzte Ressourcen aufmerksam und macht auf weitere Möglichkeiten aufmerksam	Reflektiert und evaluiert die Zielerreichung und die realisierten Handlungen Erkennt bisher ungenutzte Ressourcen in den beteiligten Systemen Erkennt die weiterhin bestehende Selbstverantwortung für zukünftiges Handeln

Quelle: modifiziert nach: Lipitt/Lipitt (1999:17ff)

In dem oben dargestellten Beratungsprozess werden die Aufgaben der Beratung-gebenden und der Beratung-suchenden Person beschrieben. Beim Beratung-Suchenden wird die Selbstverantwortung für den Beginn, die Durchführung und auch die Folgen des Beratungsprozesses deutlich erkennbar. Der Beratung-Gebende ist für die verantwortliche Prozesssteuerung und Klarheit der Ergebnisse verantwortlich. Die systemische Haltung hilft hierbei auf die Systeme und deren Selbst- und Wechselbezüglichkeit zu schauen. Vom Wesen her wirkt der Beratungsprozess auf die Entwicklung der Beratung-suchenden Person, deren divergierendes Denkens und der Suche nach Ressourcen und weiteren Möglichkeiten. Die Selbstverantwortung der Beratung-suchenden Person wird am Ende der Beratung thematisiert, blinde Flecken im Prozess werden mittels der Perspektive der Beratung-gebenden thematisiert. Beratung als Prozess verstanden, stellt von seiner Bedeutung her die Aushandlungsprozesse in der Beratung stärker in den Blick. Damit werden die Beteiligten wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse des

gemeinsamen Prozesses haben. So weiß weder der Beratung-Gebende noch der Beratung-Suchende genau, was am Ende des Prozesses sein wird. In jeder neuen Begegnung werden beide gefordert sein, sich immer wieder neu aufeinander zu beziehen und die Auftragsklärung miteinander immer wieder aktualisiert zu vollziehen. Zum Anfang des gesamten Prozesses ist an dem Auftrag vertieft zu arbeiten, der dann für mehrere Beratungsstunden handlungsleitend sein wird. Es kann aber auch vereinbart werden, gar keinen festen Auftrag am Anfang zu formulieren, sondern sich dem beiderseitigen Entwicklungsprozess zu überlassen und miteinander schrittweise im Prozess selbst die Beratungsaufträge an die Situationen anzupassen.

Im Kontext der Pflegeausbildung und dort im Handlungsfeld der Praxisbegleitung stellt sich die Frage, in wie fern Lehrer der Pflegebildungseinrichtungen die Rolle des Beraters in dem oben genannten Prozess wahrnehmen können.

LIPITT/LIPITT geben einen kurzen Überblick über verschiedene Auffassungen zur Beraterrolle und kommen am Ende zu der Polarisierung zwischen aufgaben- und prozessorientierten Beratern.

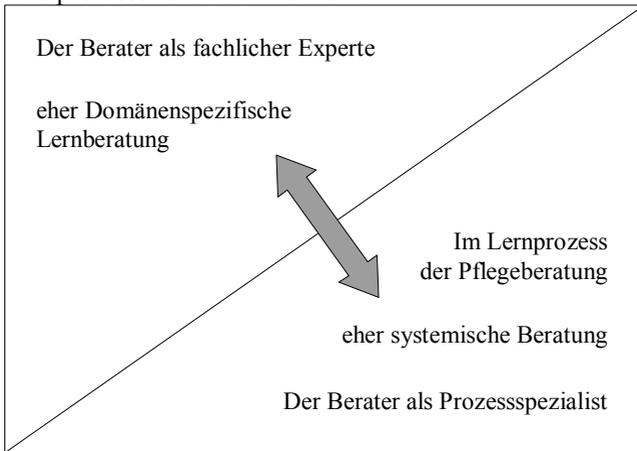


Abb.16: Beraterressourcen und Beratungsformen (modifiziert nach Lipitt/Lipitt, 1999:82)

Mithilfe dieser Abbildung besteht die Möglichkeit die eigene Beraterrolle zu positionieren und damit die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen beraterischen Handelns zu erkennen.

Der durch die gesetzlichen Grundlagen festgelegte Lehrauftrag der Lehrenden in der Praxis im Handlungsfeld der Praxisbegleitung schränkt das Verständnis von Beratung zunächst einmal nicht grundsätzlich ein. Als inter-

ner Berater mit Kenntnis der beteiligten Systeme ergeben sich durchaus auch Vorteile in der Gestaltung der Beratungsprozesse. In der Praxisbegleitung treffen verschiedene Experten aufeinander: der Lernende als Experte seines eigenen Lernprozesses, der Praxisanleiter als Experte der pflegerischen Versorgung in seinem Arbeitsbereich und seiner Organisation und der Lehrende als Experte für die Gestaltung von Lehr-Lern-Prozessen.

Allen gemeinsam ist die Aufgabe gestellt, die notwendige Kompetenzentwicklung im Sinne der Ausbildungszielsetzung zu gestalten.

Dieser „Experten-Talk“ kann im Sinne des oben beschriebenen Beratungsprozesses gestaltet werden. Die Beraterrolle im Sinne eines internen, d.h. im Ausbildungssystem verankerten Beraters, kann dem Lehrer und auch dem Praxisanleiter zukommen. Sie können aufgrund ihrer berufspädagogischen Qualifikationen domänenspezifische Problemlösungs- und Entscheidungsprozesse verantwortlich gestalten. Damit kann ihnen eine Beratungskompetenz für spezifische Handlungsfelder zugesprochen werden. Ebenfalls verfügt auch der Lernende über Beratungskompetenzen. Hierbei wäre eine Ausdifferenzierung der beraterischen Teilkompetenzen sinnvoll und hilfreich.

Neben diesen internen Beratern als Ressource ist auch die Prüfung der Sinnhaftigkeit einer externen Berater- Rolle mit ihren spezifischen Ressourcen zu prüfen.

Wir haben die systemischen Beratungskompetenzen auf die Lernorte innerhalb der Pflegeausbildung bezogen und in der folgenden Matrix zusammengefasst.

Systemische Beratungs-Kompetenzen/ Rollen	Beratungs-Kompetenzen in der Rolle Praxisanleiter im 3. Lernort / Praxisbegleitung	Beratungs-Kompetenzen in der Rolle Lehrer im 3. Lernort / Praxisbegleitung	Beratungs-Kompetenzen in der Rolle anerkannter systemischer Berater
Domänenspezifische Sach- und Fachkompetenzen	X	X	(X)
Interventions-und Methodenkompetenzen	X	X	X
Beziehungskompetenzen	X	X	X
Reflexive Kompetenzen	X	X	X

Systemische Kompetenzen

(X)

(X)

X

X = vorhanden; (X) = eingeschränkt

Abb.17: Kompetenzdiagnostik-Raster

Die Kompetenzverständnisse orientieren sich an den Ausführungen in Kapitel 4.

Die systemische Fokussierung der Kompetenzbenennung meint das Verstehen der komplexen Zusammenhänge, die diverse interpersonale und instrumentale Fähigkeiten voraussetzen. Sie meint auch, die umfassende Fähigkeit, neue Systeme zu gestalten und Innovationen einzubringen, sowie Entwicklungs- und Veränderungsprozesse einzuleiten. Es handelt sich hier nicht nur um technische Kompetenzen, sondern auch um eine Haltung, die sich in dem Umgang mit komplexen Systemen zeigt. Dies erweitert und ergänzt die fachdidaktischen Interventionen im Zusammenhang mit der fallorientierten Bearbeitung in den Lernorten der Pflegeausbildungen. (vgl. Hundeborn 2007) Es wird deutlich, dass der Praxisanleiter bzw. der Lehrende jeweils Experte für die selbstorganisierten Lernprozesse seiner eigenen Person, Rolle und des eigenen Systems ist. Die Begegnung im dritten Lernort ist dadurch gekennzeichnet, dass sich diese Feld- und Lehr-Experten mit dem Lernenden als Experten für seinen eigenen Lernprozess innerhalb der Pflegeausbildung treffen. Über den oben beschriebenen Beratungsprozess verständigen sie sich über den gemeinsamen Arbeitsprozess in diesem ‚besonderen‘ Lernort. Aufgrund der je eigenen beruflichen Professionalität bzw. sich entwickelnden beruflichen Professionalität wird es Ihnen gelingen, sinnvolle Lernprozesse beim Lernenden und bei sich selbst zu gestalten. Insbesondere die systemischen Kompetenzen müssen in Abhängigkeit bzw. in ihrer Freiheitlichkeit zu den organisatorischen Handlungsspielräumen und Aufträgen betrachtet werden.

Worin könnte nun der Mehr-Wert einer systemischen Beratung bzw. der Beteiligung eines professionellen systemischen Beraters in der Praxisbegleitung liegen?

Anhand von drei Aspekten soll dies exemplarisch verdeutlicht werden.

1. (Er)schaffen von Möglichkeiten:

Die vom systemischen Berater eingebrachte Perspektive lässt sich prägnant mit dem VON FOERSTER beschriebenen Imperativ des systemischen Denkens und Handelns benennen: „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003:116) Diese Haltung stellt das Gedachte und Gewusste in Frage und fordert auf, ‚blinde Flecken‘ in den Blick zu nehmen. Es werden neuen Möglichkeiten eröffnet, das Neue wird so eingeladen und nicht bedrohlich erlebt. Die Frage ‚Könnte

es nicht auch ganz anders sein?“ lädt zu solch kreativer Offenheit ein. Gleichzeitig ermöglicht der systemische Blick die Wahrnehmung von Systemen. WILLKE definiert System als „einen ganzheitlichen Zusammenhang von Teilen, deren Beziehungen untereinander quantitativ intensiver und qualitativ produktiver sind als ihre Beziehungen zu anderen Elementen. Diese Unterschiedlichkeit konstituiert eine Systemgrenze, die System und Umwelt des Systems trennt.“ (Willke 1993:282 In: von Schlippe, Schweitzer 2003:55)

2. Perspektivwechsel in Begegnungen:

Schaut man systemisch auf den dritten Lernort, so kann erkannt werden, dass verschiedene Systeme einander begegnen und mehr oder weniger interagieren.

Es wäre auch denkbar, dass sich Praxisbegleiter mit Lernendem als Paarsystem dem Lehrenden gegenüber begegnen. Umgekehrt wäre genauso denkbar, dass Lehrender und Lernender als Paarsystem sich dem Praxisanleiter gegenüber begegnen. Denkbar ist auch, dass Praxisanleiter und Lehrender als Paarsystem dem Lernenden begegnen. Zusätzlich wirken in diese Begegnungen auch die Organisationssysteme (z.B. Pflegebereich, Pflegeeinrichtung, Pflegeschule, Unternehmung, aber auch die ausbildungsbezogenen Gruppierungen/ Kursorganisation) als Kontexte für die Personen bzw. Rollenträger und ihr situatives Handeln. Daraus ergibt sich für die Begegnung im dritten Lernort eine (fast) unendlich erscheinende Vielfalt an Möglichkeiten. Es stellt sich die Frage ein, wie kann in dieser Komplexität so etwas wie Ordnung entstehen? Inwieweit muss eine Ordnung bzw. eine erfahrbare Gleichgewichte wahrgenommen werden, um divergierendes Denken und erweiterte Handlungsoptionen entwickeln zu können. Allein die oben beschriebene Betrachtung in Bezug auf denkbare Subsysteme kann hier hilfreich sein. Besonders bedeutsam erscheint die Abgrenzung bzw. Anerkennung der Andersartigkeit zwischen den betrieblichen und schulischen Lernorten. Ohne eine Biographie dieser Systembeziehung vorzulegen, kann hier auf die Zusammenhänge und Ausführungen zur Bezüglichkeit der schulischen und betrieblichen Lernorte und den damit verbundenen Thematiken vom Wissens- und Könnens- bzw. Kompetenztransfer verwiesen werden.

3. Identitätsbildung mit und in systemischer Beratung:

Diese Grenzbeschreibungen sind bedeutsam für die Identität der Systeme. Jeder Mensch ist gefordert sich seine Grenze in der Beziehung bzw. strukturellen Kopplung mit anderen Menschen, Gruppen und relevanten Umwelten bewusst zu machen. Diese Grenzen ermöglichen die Passung bzw. Anschlussfähigkeit oder auch die Abgrenzung und Nicht-Passung an andere Systeme. Der Kern der Identität von sozialen Systemen ist die eigene Sinngebung. Über den Sinn wird entschieden, wer zum sozialen System dazu gehört und wer nicht, Im dritten Lernort werden die bekannten Grenzen zwischen dem betrieblichen und dem schulischen Lernort in Frage gestellt.

Es wird ein neues soziales System gestaltet, dass die Umwelten der Praxisanleiter und Lehrenden anfragt. Der Lernende kennt dies, da er im Laufe seiner Pflegeausbildung mehrfach diesen Systemwechsel haut nah er- und durchlebt. Er kennt die Regeln, die sein Verhaltensrepertoire im Betrieb bzw. der Pflegeschule begrenzen. Eine Übertretung dieser Regeln wird innerhalb des Systems und auch oftmals systemübergreifend als Problem bewertet, dass u.U. sogar sanktioniert wird (siehe hierzu Schul- und Hausordnungen, Arbeitsverträge etc.)

Inwieweit kann dieses regelwidrige Verhalten des Lernenden von den anderen Mitgliedern eines Systems als Symptom für eigene Hinlänglichkeiten betrachtet werden?

In wie weit würde die eigene Sinnhaftigkeit des Systems damit in Frage gestellt? Damit stellt sich auch die Frage, wie viel Ordnung oder Veränderung erträgt ein soziales System?

Wir beobachten häufig in der Praxis, wie viel Energie in die Erhaltung von Ordnungen gesteckt wird. Dies sogar dann noch, wenn die sozialen Systeme hochvernetzt und dynamisch nur eine höchstens 50%ige Wahrscheinlichkeit stabil zu bleiben erwarten können. (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003:63).

Dies führt in der systemischen Arbeit dazu, Gespräche mehr als Anregung und weniger als Gelegenheit zu sehen, eine differenzierte Analyse zu erarbeiten. Systemisch gestaltete Gespräche suchen nach neu gebildeten Strukturen und Regelmäßigkeiten, schauen darauf wie sich Regeln und Verhalten verändern wenn Anforderungen von außen hinzukommen. Kleinste Einflüsse haben oftmals große Irritationen bzw. Wirkungen zur Folge.

Wie kann es geschehen, dass ein bisher leistungsstarker und erfolgreich handelnder Lernender in seinem aktuellen betrieblichen Lernort den Erwartungen nicht entsprechen kann?

Was ist zu tun? Wer kann etwas tun?

Worauf kann er und worauf können alle anderen beteiligten sozialen Systeme zurückgreifen?

Was wäre, wenn über Nacht alles ganz anderes wäre?

Wie würde es sich anfühlen?

Wo wäre es im Körper spürbar?

Wie hat er es geschafft, die erste Woche zu überstehen?

Wie hat er es geschafft, heute wieder zu kommen?

Wie wirkt sich diese Erfahrung auf sein Erleben und Lernen aus?

Was hat er gelernt?

Woran wird dies deutlich?

Wer ist daran beteiligt?

Wie nah oder fern sind ihm die anderen Menschen in diesem Lernort?

Hat er etwas Ähnliches schon mal erlebt?

Wie ist es ihm damals ergangen?

Wie hat er damals gehandelt?

Diese Fragen lassen sich noch weiter entwickeln. Sie machen deutlich, dass aufgrund eines Phänomens/ Symptoms im Lernprozess der Pflegeausbildung verschiedenste Möglichkeiten der Hilfe aus verschiedenen Systemen denkbar sind.

Bezugnehmend auf LUDEWIG haben VON SCHLIPPE/SCHWEITZER fünf Hilfesysteme beschrieben:

„Anleitung	Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu erweitern!
Beratung	Hilf uns, unsere Möglichkeiten zu nutzen!
Begleitung	Hilf uns, unsere Lage zu ertragen!
Therapie	Hilf uns, unser Leiden zu beenden!
Selbstentdeckung	Hilf mir, mich besser kennenzulernen!“

(von Schlippe, Schweitzer 2003:114)

Systemische Berater können anhand dieser Arten von Hilfesystemen klären, was ihr Auftrag sein könnte und ob sie im Beratungsprozess noch auftragsgemäß handeln. Dies gilt gleichermaßen für systemische Berater im Zusammenhang mit der Praxisbegleitung als eigenständigem Handlungsfeld in den Pflegeausbildungen. Je nach dem Anliegen der Beratung-suchenden Person wird der ein oder andere Aspekt stärker im Kontrakt fokussiert. Allerdings kann es durch die Beteiligung von Praxisanleiter, Lehrendem und Lernenden durchaus auch sein, dass jeder seinen eigenen Aspekt in den Vordergrund stellen möchte.

Systemische Beratung ist weder als fertige, unmittelbar wissenschaftsgeleitete Anwendung systemtheoretischer Konzepte, noch als Anwendung von Techniken oder Methodenbausteinen zu verstehen.

Systemische Beratung als professionelles Handlungsfeld wird wesentlich durch die systemisch handelnde Person und den relevanten Kontexten konstituiert, die Konstruktion des relevanten Kontextes hier der ‚Pflegeausbildung‘ ist auf eine mögliche Integration hin zu prüfen. Dabei gibt es sowohl strukturelle, personelle als auch zeitliche und räumliche Aspekte zu bedenken. Das Ausbildungssystem selbst muss der systemischen Beratung Sinn zusprechen und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen. Damit würde der Mehr-Wert der systemischen Sichtweise in den Pflegeausbildungen und den relevanten Systemen anerkannt und könnte u.a. die Umwandlung einer Organisation in eine lernende Organisation flankierend unterstützen. Dies setzt eine gewisse Offenheit voraus, die die Grundvoraussetzung für systemisches Denken und Handeln darstellt.

Wie viel Veränderung vertragen und wollen die sozialen Systeme der Pflegeausbildung?

5.5. Was können Lehrkräfte bzw. Praxisanleiter in der Pflegeausbildung lassen, um systemische Beratung zu ermöglichen

Pädagogik und Lernbegleitung muss zeitweise weggedacht werden von der Leistungsbeurteilung:

Lehrende und Praxisanleiter bräuchten keine Noten mehr geben.

- Stattdessen könnten sie den Lernenden anregen, Visionen zu entwickeln. In Lernpartnerschaften geben sich Lernende gegenseitig ein Feedback zur Entwicklung und erhalten dazu Impulse von Lehrenden und Praxisanleitern. Es ging nicht mehr um richtig und falsch, sondern um so oder anders, wenn dann und die Suche nach weiteren Möglichkeiten.

Lehrende und Praxisanleiter bräuchten nicht mehr selbst Antworten auf Fragen geben.

- Lehrende und Lernende legen gemeinsam die Qualitätskriterien für wirksame und nachhaltige Lernprozesse fest. Statt der lehrbuchmäßigen Antworten werden die vom Lernenden entwickelten Fragen in den Blick genommen und es beginnt eine gemeinsame Suchbewegung, die Gefühle, Gedanken, Körperlichkeit und Handlungen einschließt.

Lehrende und Praxisanleiter müssten sich nicht ausschließlich an starren Stundenpläne oder Stoffpläne orientieren.

- Im Zentrum der Inhalte stünden die sich aus den Erfahrungen und Gesprächssituationen ergebenden Lern- bzw. Entwicklungsbedarfe und Anregungen. Die inhaltlichen Schwerpunkte orientieren sich an den in den Pflegesituationen beteiligten Menschen und den damit verbundenen Lernanlässen. Grund und Ziel der beruflichen Lernprozesse wird wieder verstärkt auch der Pflegebedürftige.

Lehrende und Praxisanleiter müssten sich nicht mehr an Klassen und Jahrgängen orientieren.

- Orientierungsgrößen für Lernprozesse wäre der Lernende selbst mit seinen Kompetenzen, Zielsetzungen, Interessenslagen, Erfahrungen, konkrete Lernergebnisse im Sinne eines Portfolio, Lerntempi oder Lernstilen. Hinzu kämen die spezifischen Lernorte mit ihren je eigenen Anforderungen.

Lehrende und Praxisanleiter sind nicht mehr alleine Rahmengebend für die Gestaltung von Lernprozessen.

- Es wird viele verschiedene und hilfreiche Formen der Zusammenarbeit geben. Lernen findet in unmittelbarer zeitlichen und räumlichen Nähe des persönlichen Entwicklungsprozesses der Lernenden statt. Lernbedarfe werden von den situativen Lernanlässen abgeleitet. Es werden gemeinsame Kontrakte zwischen Lehrenden, Praxisanleitern und Lernenden vereinbart. Es könnten auch von den Lernenden selbst Lernräume und Lerngruppen gestaltet werden.

Lehrende und Praxisanleiter sind nicht mehr auf sich gestellt in den Entscheidungen in den Lehr-Lern-Prozessen.

- Die Lernprozesse werden gemeinsam von den Lehrenden und Praxisanleitern, anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams und den Pflegebedürftigen erörtert. Gemeinsam übernehmen sie die Verantwortung für Projekte und hilfreiche Lernprozesse in unterschiedlichen Gruppierungen der Pflegeausbildung.

Lehrende und Praxisanleiter verbringen die meisten Stunden am Tag bei ihren Lernenden am Arbeitsplatz.

- Lehrende und Praxisanleiter sind bereit sich ständig an aktuelle Anforderungen anzupassen und Erfahrungen zu reflektieren, so dass sie selbst Teile einer lernenden Organisation werden. Insbesondere Lernende sehen sich als Initiatoren von Lernprozessen und nehmen Veränderungsprozesse als Herausforderung wahr. Lehrkräfte und Praxisanleiter sind präsent und für die Lernenden in unmittelbarer Nähe zum Arbeitsprozess verfügbar. Sie schaffen lernförderliche und sehr einzigartige Lernarrangements innerhalb der verfügbaren Arbeitszeiten. Es wird möglich kreativ und mehrdimensional auf Ereignisse und Phänomene in Situationen und Prozessen einzugehen.

Das zeitweise Wegdenken eröffnet neue Möglichkeitsräume für entwicklungsorientierteres Lernen. Die kommunikativen Situationen verändern sich. Es wird auch die Besonderheiten und die Schwierigkeiten in der Kommunikation zwischen Experten und Laien bzw. Lernenden zu achten sein. Wir werden eine Sprache finden müssen, die dies ermöglicht.

5.6. Visionen für ein integrierendes Verständnis von systemischer Beratung

Die beschriebenen Systembegegnungen (Personen, Rollen, Organisationen) sind Begegnungen auf Zeit. Die Kontextbedingungen der Pflegeausbildungen

mit den betrieblichen und schulischen Lernorten geben einen Rahmen vor. Die Lernenden, die Lehrenden, die Pflegebedürftigen und alle am Pflege- und Behandlungsprozess direkt und indirekt Beteiligten bewegen sich als personale Systeme in diesen Rahmungen. Eine Metapher die mir in besonderer Weise diese einzigartigen Begegnungen verdeutlichen kann, ist der Besuch. Freunde/Freundinnen besuchen sich. Gastgeber und Gast haben sich auf diesen Besuch vorbereitet und den Raum und die Zeit für die Begegnung miteinander abgestimmt und vereinbart. Die bereitgestellten und mitgebrachten Gaben drücken die gegenseitige Wertschätzung aus und schaffen dazu eine angenehme Atmosphäre.

Beratung als dialogisch ausgerichtete Unterstützung muss allerdings gewollt sein. Dann kann sie Orientierung bieten, Komplexität reduzieren, verflüssigen, Reflexionsräume schaffen, die Wahrnehmungen der Personen, Gruppen und die der Organisation erweitern helfen und bei der Suche nach hilfreichen Lösungen unterstützen.

Die Rückbindung an die gemeinsame Wirklichkeit im Handlungsfeld der Praxisbegleitung scheint in besonderer Weise geeignet zu sein, systemische Beratungsprozesse zu gestalten. Hier begegnen sich Praxisanleiter, Lernender, Lehrender. Anlässe können sich aus Pflege-, Unterrichts-, und auch Lebenssituationen ergeben. Praxisbegleitung kann ein Ort des ‚Lern-Spiels‘ (mit allem Ernst) mit Perspektiven, Wissensbeständen, Sinnzusammenhängen sein und so den Blick auf anderes und Andere ermöglichen

Die Beteiligten erleben und erfahren wie kontextabhängig ihre Erfahrungen und ihr Wissen sind. Die umfangreichen Handlungsprozesse werden so mehrdimensional wahrgenommen – die Beteiligten und begleitenden Emotionen, Kognitionen und Handlungsweisen werden bewusster

Das personale Wissen der beteiligten Personen kommt ins Gespräch. Lernen wird zum sozialen und dialogischen Prozess. Das Andere und der Andere werden eingeladen und begegnen sich. Es entsteht ein Raum für mehr Persönlichkeitsentwicklung auf dem Weg zur Mündigkeit. Damit werden Lernprozesse aus der Perspektive des System- und Situationsbezugs phänomenologisch und auch aus der system- und situationsverstehenden Perspektive hermeneutisch betrachtet. Eine Verknüpfung von sozial-, systemtheoretischer, bildungstheoretischer und professionstheoretischer Perspektive scheint möglich.

Diese Überlegungen münden in einer vertieften Haltung den Anderen und das Andere zu achten. Das gegenseitige Verstehen zwischen dem Eigenen und dem Fremden setzt die Bereitschaft voraus, sich durch andere befragen zu lassen und sich der gemeinsamen Suche verpflichtet zu sehen. Dieser Prozess des Sich-und-die-Welt-besser verstehen- Lernens bzw. auch das

eigene Nicht-Verstehen anzuerkennen fordert und fördert die persönliche Verantwortung im sozialen Handeln.

Die Verantwortung für Lernberatung, domänenspezifische oder/ und systemische Beratung innerhalb und außerhalb der beteiligten Lernorte ist eingebunden in die organisatorischen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildungen. Sowohl methodisch als auch inhaltlich haben wir Gemeinsamkeiten und Unterscheidendes zwischen diesen verschiedenen Formen von beraterischem Handeln auffinden können. Die Beziehungs- und Verantwortungskonstellationen ergaben unterschiedliche Verankerungen und Ausprägungen im konkreten beraterischen Handeln der verschiedenen RolenträgerInnen.

Die mittlerweile recht umfangreiche Literatur zum Thema systemisches Denken und Handeln in pädagogischen Kontexten verdeutlicht, wie hilfreich die ressourcen- und lösungsorientierte Sichtweise mit den entsprechenden Haltungen und Methodiken im pädagogischen Alltag eingeschätzt wird. Hier kann die oben beschriebene systemische Beratung als ergänzendes Handlungsfeld förderliche Impulse und Möglichkeiten in persönlichen, beruflichen und organisationalen bzw. regionalen Entwicklungsprozessen eröffnen. Wesentlich ist uns dabei der Hinweis, dass es nicht damit getan ist, systemische Methoden in pädagogischen Kontexten zu verwenden, sondern dass mit systemischer Beratung auch eine spezifisch-beraterische Haltung und damit eine spezifische Professionalität verbunden ist. Diese Überlegungen gehen weit über reflektierendes Denken hinaus.

Das MEHR der ‚systemischen Beratung‘ kann in verschiedene wissenschaftliche Disziplinen und Berufsfelder integriert werden, ist fokussiert auf soziale Phänomene und Systeme in der realen Welt, unterstützt soziale Erkenntnisbildung aus einer durch die systemische Haltung ergänzte Beobachtung und Beschreibung. LUHMANN's Theorie der sozialen Systeme als Bezugspunkt bezieht den Beobachter und die Beobachtungsinstrumente selbst in die Beobachtungsgegenstände mit ein und ist sich bewusst, dass alle Realität durch Unterscheidung gebildet wird. So wird Orientierung selbst konstruiert und die Bedeutungen für Realitäten werden vom Beobachter gesetzt. Zudem wird das Augenmerk auf die Kontexte des Lernens gelegt. In diesem Sinne hilft systemische Beratung Unterscheidungen zu treffen und unterstützt damit Ausdifferenzierungen und evolutionäre Entwicklungsprozesse. Es wird wesentlich sein, dass sich die Beteiligten über die Aufträge im Zusammenhang mit den Beratungsanliegen miteinander abstimmen und auch die Beziehungen zwischen wissenschaftlichem und klinischem Wissen genau betrachten.

Schauen wir auf die Triade zwischen Ausbildungsträger, betrieblichem und schulischem Lernort, so sind verschiedenartigste Verstrickung und heimliche Aufträge denkbar. Die derart triangulierten Verantwortlichkeiten sind auf ihre

Sinnhaftigkeit hin neu zu betrachten und bedürfen neuerer Abstimmungsprozesse. Vielleicht kann hier eine ergänzende Bildungsberatung, in der sich auf einem transdisziplinären Feld die Beteiligten begegnen, unterstützen.

Systemische Beratung ist im Kontext der Pflegeausbildungen eine erste Antwort auf die 2008 vom Rat der Europäischen Union formulierten Forderungen:

„(...) die Rolle der lebensumspannenden Beratung im Rahmen der nationalen Strategien für lebenslanges Lernen im Einklang mit der Lissabon-Strategie und mit dem strategischen Rahmen für die europäische Zusammenarbeit im Bereich der allgemeinen und beruflichen Bildung zu verstärken,

- gegebenenfalls Überprüfungen der Beratungsstrategien und -praktiken auf nationaler Ebene vorzunehmen,

- zur Unterstützung der Bürger bei den Übergängen im Rahmen ihrer lebenslangen Laufbahn im Einklang mit den nationalen Gepflogenheiten und Rechtsvorschriften die nachstehenden Leitprinzipien anzuwenden (...):

1. Förderung der Fähigkeit zur Planung der beruflichen Laufbahn in jedem Lebensabschnitt;

2. Erleichterung des Zugangs aller Bürger zu den Beratungsdiensten;

3. Entwicklung der Qualitätssicherung in den Beratungsdiensten;

4. Förderung von Koordinierung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene,

- die Möglichkeiten, die das Programm für lebenslanges Lernen und die Europäischen Strukturfonds bieten, je nach ihren Prioritäten zu nutzen.“ (Rat der europäischen Union und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedsstaaten, 2008)

6. Systemische Beratung im neuen pflegerischen Handlungsfeld nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

Die Profession Pflege ist ein Berufsbild das sich bezogen auf die kontinuierliche Veränderung der Gesellschaft immer wieder neu ausrichten muss, um den Anforderungen welches an dieses gestellt wird auch gerecht zu werden und den Bedürfnissen der Bevölkerung nachzukommen. Eine Tatsache, welche für das Gesundheitssystem in der nahen Zukunft von Bedeutung ist, ist der Demographische Wandel der Gesellschaft.

Der demographische Wandel hat bereits dazu geführt das im Sektor der Ambulanten pflegerischen Versorgung spezifische Veränderungsprozesse stattgefunden haben.

Mögliche Zukunftsszenarien lassen sich anhand von statistischem Material erahnen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen pflegebedürftig werden steigt mit zunehmendem Alter an. Zwar ist die Verbindung von Krankheit und Alter nicht als Notwendigkeit zu beschreiben, dennoch besteht eine konkrete Häufigkeit zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit.

Im Vergleich zu anderen Ländern besitzt Deutschland die Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) welche Pflegebedürftige gesetzlich absichert und ihnen gewisse finanzielle Leistungen zukommen lässt. Dennoch muss daran erinnert werden, dass es sich bei der Pflegeversicherung nur um ein Teilkasko-Prinzip, also nur um eine Mindestsicherung handelt, also keine komplette Absicherung darstellt.

Um diese Leistungen aber gerecht den bedürftigen Personen zukommen zu lassen, findet im §14, SGB XI der Begriff Pflegebedürftigkeit seine Definition und im §15, SGB XI seine Einteilung in 3 Pflegestufen anhand des Schweregrades der Pflegebedürftigkeit. Durch diese Definition lässt sich recht exakt bestimmen wie die zukünftige Pflegebedürftigkeit in Deutschland aussehen kann.

6.1. Statistische Gründe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Die statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2008) basieren ihre Berechnungen auf Ergebnisse der Bevölkerungsentwicklung im Bund und in den Ländern, sowie auf konstanten Pflegequoten von 1999 – 2005. So lag im Jahr 2005 die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland insgesamt bei 2,13 Millionen, davon wurden 68% (1,45 Millionen) zu Hause gepflegt und 32% (677.000) in Pflegeheimen versorgt.

Von den 68% der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen erhielt der weitaus größte Teil (ca. 2/3) also knapp eine Millionen ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet diese Pflegebedürftigen wurden zu Hause alleine durch Angehörigen gepflegt. Die weiteren 472.000 Pflegebedürftigen lebten ebenfalls in Privathaushalten, bei ihnen erfolgte die Pflege zum Teil oder auch vollständig durch ambulante Pflegedienste.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, welche die statistischen Ämter des Bundes und des Länder (2008) für das Jahr 2030 berechnet haben beläuft sich auf 3,36 Millionen, was eine Steigerung bezogen auf das Jahr 2005 (2,13 Millionen) von 58% darstellt. Gleichzeitig ist vorauszusehen, dass sich die Bevölkerung durch die geburtenschwachen Jahrgänge verringern wird und daher der Anteil der Pflegebedürftigkeit gemessen an der Gesamtbevölkerung von zur Zeit 2,6% auf 4,4% im Jahre 2030 anwachsen kann.

Der Vollständigkeit halber betrachten wir uns noch einen weiteren Parameter, den Altenquotienten, bzw. den Jugendquotienten und bedenken dazu wie oben erwähnt, die Häufigkeit zwischen Alter und Pflegebedürftigkeit.

Der Altenquotient ist eine Zahl welches 65-jährige und ältere Menschen benennt, bezogen auf 100 Personen im Alter von 20 – 64 Jahren, d.h. wie viel Personen im Rentenalter (65 Jahre und Älter) kommen auf 100 Personen der arbeitsfähigen Bevölkerung (20 – 64 Jahre). Der Jugendquotient ist demnach die Zahl der unter 20-jährigen bezogen je 100 Personen von 20 – 64 jährigen (vgl. Schwarz, 2009).

Quotient \ Jahr	1970	2010	2030
Altenquotient	25	34	52
Jugendquotient	53	30	30

Abb.18: Alten-, Jugendquotient

Auffallend ist hier, dass sich anhand der Statistik die Quotienten von 1970 bis 2030 fast genau umgedreht haben. Im Jahr 1970 kamen noch vier Personen der arbeitsfähigen Gesellschaft auf einen Rentner, heute sind es noch drei und im Jahr 2030 wahrscheinlich noch zwei auf einen Rentner, welche diesen bzw. den Pflegebedürftigen dann finanzieren müssen. Auch wird deutlich, dass die Jugend welche heranwächst zur arbeitsfähigen Gesellschaft im Vergleich zu heute nicht mehr werden, daher auch von dieser Seite langfristig nicht mehr Arbeitskräfte in der Gesellschaft zu erwarten sind.

Zusammenfassend zeigt sich die Notwendigkeit der Veränderungen im Gesundheitswesen, welches sich dem Wandel der Gesellschaft anpassen muss und daher zukunftsfähige Strukturen für die pflegerische Langzeitversorgung aufbauen muss.

6.2. Zukunftsorientierte Pflege

Wie der Pflege bewusst ist, ist auf die Zukunft orientiert die beste Versorgung, wenn ein Patient wieder Gesund wird und sich somit selbstständig und auch am Besten zu Hause versorgen kann. Dies ist für viele chronisch Erkrankte bzw. die meisten Pflegebedürftigen ein Wunschdenken, daher sollten hier die Strukturen des Genesungsprozesses auf einen Prozess der Gesundheitsförderung bezogen werden. Denn ein Mensch ist nie durch und durch Krank, er hat immer neben seinen erkrankten Anteilen auch gesunde Anteile. Dabei ist es für die Pflege irrelevant ob diese körperlich, seelisch, geistig oder sozialen Ursprungs sind.

Die Pflegewissenschaft geht davon aus, dass sich ein Mensch in seinem Sein auf einem Kontinuum von vollkommener Abhängigkeit bis vollkommener Unabhängigkeit bewegt und der Schweregrad der Erkrankung, ob dies körperlich, seelisch, geistig oder sozial ist, gleich dem Grad der Abhängigkeit bedeutet (Henderson (1960), Roper (1980), Orem (1980), King (1981)) (vgl. Drerup 1990).

Daher wird in vielen Theorien als wichtiges Ziel die Erlangung der Unabhängigkeit des Kranken beschrieben welches durch einen Interaktionsprozess gefördert werden kann. In solch einer Interaktion, zwischen Pflegekraft und Betroffenen besprechen zwei Menschen eine Situation verbal oder non-verbal bzw. formell oder informell miteinander.

Basierend auf dem vorhandenen Wissen wird eine Zielvereinbarung getroffen, welche auf die Ziele, Bedürfnisse und Erwartungen des Betroffenen ausgerichtet sind damit eine weitestgehend bzw. bestmögliche Unabhängigkeit wieder erreicht werden kann. Um das vereinbarte Ziel zu erreichen sind beide Personen gehalten mitzuwirken.

In der Fachsprache der Pflege ist dies die Aktivierende Pflege, mit anderen Worten ‚die Hilfe zur Selbsthilfe‘. Durch diese Art der Pflege werden ganz gezielt die gesunden Anteile eines Menschen gefördert, damit dieser wenn möglich seine Erkrankung überwinden aber zumindest ausgleichen kann. Das Ziel der Aktivierenden Pflege ist somit, dass der Betroffene das größtmögliche Maß an Selbstständigkeit wieder erlangt indem dieser verstärkt dazu angehalten wird sich aktiv am Geschehen zu beteiligen und im Umkehrzug die Pflegekraft im gleichen Maße passiver wird, bis nur noch anleitende bzw. beratende Tätigkeiten durchgeführt werden.

Beispiel: Krankheitsbild Schlaganfall:

Bereits auf der Intensivstation wird sich eine Pflegefachkraft intensiv um den Schlaganfallpatienten bemühen. Sie unterstützt die medizinische Behandlung und kümmert sich um die persönlichen Bedürfnisse des Patienten. Auf der Allgemeinstation und insbesondere beim Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik bedeutet Pflege mehr. Sie sollte, wie die gesamte Therapie nach einem Schlaganfall, auf einem einheitlichen Konzept (z.B. Bobath) und Aktivierender Pflege beruhen, bei der der Kranke auch durch die pflegerischen Maßnahmen zur Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit zurückgeführt werden soll. Grundlegende pflegerische Tätigkeiten wie das Umlagern eines Patienten, das Aufsetzen, Aufstehen oder die Körperpflege werden zu einem Teil der Therapie, weil der Patient verstärkt dazu angehalten wird, sich aktiv zu beteiligen. Nur durch die Förderung von Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit wird es gelingen, insbesondere bei schweren Schädigungen den Patienten zu der Kraft zu verhelfen, mit seinen Einschränkungen leben zu können. Pflege soll einen Patienten aufbauen und nicht entmündigen. Sie soll den verfügbaren Handlungsspielraum verdeutlichen und nach Möglichkeit mithelfen, die alten Handlungsressourcen wiederzugewinnen. Auch nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik, sollte in der häuslichen Umgebung das Bobath Konzept beibehalten bleiben und der Betroffene bestenfalls wieder Unabhängigkeit der Pflege erlangen. Andernfalls ist es an der Pflegekraft die Aktivierende Pflege, also die Hilfe zur Selbsthilfe, weiter zu verfolgen mit der Absicht dem Betroffenen trotz möglicher körperlich und/oder geistig dauerhaften Einschränkung ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen und somit eine zufrieden stellende Lebensqualität wiederzuerlangen.

Um die Unabhängigkeit der Pflege, d.h. die eigene Selbstständigkeit nach einem solchen Schicksalsschlag wieder zu erlangen, ist es nötig das ein Patient im Rahmen seiner Möglichkeiten ein Experte seiner eigenen Erkrankung wird.

Personen mit einer chronischen Erkrankung entwickeln im Laufe der Zeit einen gewissen Grad an Kompetenzen im Selbstmanagement (Barlow

2007:20). Der Grad der Kompetenz kann durch professionelle Unterstützung, z.B. durch das Pflegekonzept nach Bobath, die Aktivierende Pflege, Anleiten von Tätigkeiten oder auch durch psychosozial-pflegerische Beratung in der Praxis noch vergrößert werden.

Mit den Kompetenzen des Selbstmanagements sind nicht nur die körperlichen Symptome und der Umgang mit der Behandlung bzw. Behinderung gemeint, sondern auch die daraus resultierenden psychosozialen Folgen der Lebensbewältigung mit Berücksichtigung teils gravierender Veränderungen von Lebensführungen für den Betroffenen aber auch für dessen Angehörige. Es bedeutet ebenfalls die Fähigkeit den eigenen Gesundheitszustand überwachen zu können und daraus die entsprechenden kognitiven und emotionalen Anpassungen oder das entsprechende Verhalten abzuleiten um eine befriedigende Lebensqualität dauerhaft zu erhalten.

Diesen kontinuierlichen Prozess der Selbstregulation können sich viele chronisch kranke Menschen in einem natürlichen Prozess selbst aneignen, andere benötigen dazu professionelle Unterstützung einer Pflegefachkraft die eine individuelle psychosozial-pflegerische Beratung durchführen kann - Ergo eine Pflegefachkraft mit systemischer Beratungskompetenz könnte in der geschilderter Situation die entwickelnde/ wachstumsfördernde Beratungsrolle nach GELSO und FRETZ einnehmen. Auf diese Weise ist es durch die Pflegeberatung möglich dem Schlaganfall Patienten, angepasst an dessen Geschwindigkeit behilflich zu sein seine vorhandenen Ressourcen nun auch im häuslichen Umfeld zu erkennen und diese dann gezielt einsetzen zu können. So kann einem Schlaganfall Patienten auch mit bleibender Behinderung wieder ermöglicht werden die größtmögliche Selbstständigkeit zu erlangen und somit auch die angestrebte Lebensqualität zu erreichen bzw. zu bewahren.

Durch verschiedene Interventionen der systemischen Beratung ist es möglich, eine zukunftsfähige Struktur der pflegerischen Langzeitversorgung aufzubauen und so durch Pflegeberatung vielen chronisch Kranken und pflegebedürftigen Menschen diesen Prozess der Selbstregulation wieder zu ermöglichen.

Genau hier an dieser Stelle ist es sinnvoll, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ansetzt – Voraussetzung dazu ist natürlich, dass die Pflegeberater und Pflegeberaterinnen die entsprechende Weiterbildung erfahren haben und in den Grundzügen das systemische Beratungskonzept bzw. systemische Interventionen und die systemische Sichtweise verinnerlichen bzw. anwenden können, welches mit den ersten vier Modulen des Curriculum Entwurfs ‚Systemische Beratung in der Pflege‘ (vgl. Anhang 2) erlernt werden können.

Da bereits einige Ressourcen zur systemischen Denkweise in der Profession Pflege als Grundlage vorhanden sind, liegt die Annahme nahe, dass viele

Pflegefachkräfte nur einen gewissen Anstoß benötigen, um bereits intuitive systemische Fähigkeiten und Kompetenzen zu erkennen und bewusst anwenden zu lernen.

6.2.1. Inhalte der Weiterbildung zum Pflegeberater

Was sagt der Gesetzgeber zum Konzept der systemischen Beratung? Ist es möglich oder sogar ratsam in die gesetzlich gegebenen Vorgaben systemische Beratungsqualifikationen in der Weiterbildung zum Pflegeberater zu integrieren?

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die Rahmenbedingungen des neuen pflegerischen Handlungsfeldes ‚Pflegeberatung‘ im § 7a des Elften Sozialgesetzbuch festgelegt. Bezug nehmend auf die Tätigkeit der Beratung sind ausgewählte Punkte aus dem Gesetzestext herausgearbeitet worden:

1. Definition der Pflegeberatung (Abs.1 Satz 1)
2. Aufgaben der Pflegeberatung (Abs.1 Satz 2)
3. Möglicher Einbezug des sozialen Umfeldes, sowie aufsuchende und zugehende Beratung (Abs.2 Satz 1)
4. Festlegung der qualifizierten Berufsgruppen um persönliche Beratung und Betreuung durchzuführen (Abs.3 Satz 2)
5. Empfehlung der GKV zur Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern (Abs.3 Satz 3)
6. Erfüllung der Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 bis spätestens zum 30. Juni 2011 (Abs.3 Satz 4)

Durch das Pflege- Weiterentwicklungsgesetz wurde unter anderem festgelegt, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV) bis zum 31. Oktober 2008 eine Empfehlung zur Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen erstellt hat.

An der Ausarbeitung dieses Dokuments waren neben der GKV auch der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH) und die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) beteiligt.

Darin werden aufbauend auf das Elfte Sozialgesetzbuch zu folgenden Punkten prägnante Empfehlungen für die Weiterbildung des Pflegeberaters der Pflegeberaterin gegeben:

- Anzahl der Pflegeberaterinnen und Berater
- Berufliche Grundqualifikation
- Qualifikationsanforderung
- Weiterbildung
- Pflegepraktikum
- Anerkennung bereits erworbener Qualifikationen

- Qualifikationsnachweise
- Einsatz von Pflegeberaterinnen und Beratern
- Inkrafttreten

Die Inhalte der Weiterbildung befinden sich im §§ 4 und 5 des Dokumentes der GKV:

§ 4 Weiterbildungen

Die Weiterbildung gliedert sich in die Module, Pflegefachwissen, Case Management und Recht. Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dieser modularen Weiterbildung für Pflegeberaterinnen und Pflegeberater sollen als Zulassungsvoraussetzungen Kenntnisse in

- der Kommunikation und Gesprächsführung,
- der Moderation, insbesondere von Fallkonferenzen sowie
- in Verhandlungstechniken mit anderen Sozialleistungsträgern und Leistungserbringern

in geeigneter Weise nachweisen. Soweit diese Kenntnisse zum Beginn der Weiterbildung noch nicht im vollen Umfang erworben worden sind, können sie auch während der Weiterbildung zusätzlich zu den anderen Inhalten der Weiterbildung erworben werden.“

Modul 1: Pflegefachwissen (Mindestumfang: 100 Stunden)

- o Kenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Pflege- und Gesundheitswissenschaft

Modul 2: Case Management (Mindestumfang: 180 Stunden)

- o Theoretische und praktische Grundlagen des Case Management (110 Stunden)
- o Arbeitsfeldspezifische Vertiefung (70 Stunden)

Modul 3: Recht (Mindestumfang: 120 Stunden)

- o Allgemeines Sozialrecht (40 Stunden)
- o Besondere pflegerelevante Rechtsfelder (80 Stunden)

Zusätzlich wird im **§ 5 ‚Pflegepraktikum‘** der Nachweis eines sieben Tage dauernden Praktikums in einem ambulanten Pflegedienst, sowie einer Teilstationären Pflegeeinrichtung verlangt. Die Erfahrungen aus dem Pflegepraktikum sollen möglichst durch Supervision reflektiert werden.

vgl. GKV 2008:4 ff

Ein neues Berufsbild wird deutlich, die Tätigkeit des Pflegeberaters. Gleichsam finden Beratungsfachleute nirgendwo in den ‚Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes‘ ein übergeordnetes Ziel oder ein Konzept der Beratung. Die Wissensbestände werden benannt, nicht aber Grundlagen, die sich

an beratungswissenschaftlichen Standards orientieren. Es werden Kenntnisse in geeigneter Weise über Kommunikation und Gesprächsführung vorausgesetzt, dennoch ist ein gutes Gespräch noch lange nicht Beratung, obschon ‚gute Gespräche führen zu können‘ eine wichtige und beraterisch-relevante Kompetenz darstellt. (vgl. Zwicker-Pelzer 2010:103).

Im Modul Pflegefachwissen wird der Begriff der Beratung benutzt:

„Beratung zu pflegeinhaltenlichen Fragen und Pflegeanleitung“ (GKV 2008)

Dieser Unterpunkt bezieht sich aber eher auf die praktischen also auf pflegeinhaltenliche Fragen und ist somit eher in die Handlungsanleitung einzuordnen. Auch scheint unter der Flagge des Case-Managements inhaltlich einiges untergebracht zu werden, was eigentlich zur Kompetenz der Beratung gehört. Zwei unterschiedliche Konzepte – hinsichtlich des Umgangs mit Hilfebedürftigen- werden in einem Topf verrührt, ein Widerspruch im Verständnis von Beratung.

6.2.2. Abhängige und unabhängige Dimensionen der Pflegeberatung

Warum ist das so, dass die Tätigkeit des Pflegeberaters angeblich so wenig mit dem gemeinsamen Beratungsverständnis des DGfB (Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V.) im eigentlichen Sinne zu tun hat und der Baustein ‚Beratung‘ in der Empfehlung vom GKV doch sehr im Hintergrund steht oder zur weiteren Begriffsverwirrung einlädt?

Vielleicht liegt es daran, dass die Entwicklung der Profession noch nicht weit genug ist oder sie vor den Toren der Professionen rundum Pflege einen Halt macht?

Hervorzuheben ist, dass der Gesetzgeber mit dem § 7a ebenfalls festlegt, vom GKV-Spitzenverband keine Richtlinien zur Qualifizierung des Pflegeberaters der Pflegeberaterin erstellen zu lassen, sondern lediglich Empfehlungen (vgl. Schmidbauer 2008:23). Da ‚Richtlinie‘ ein juristisch definierter Begriff ist, wäre diese bindend und bei einer Weiterentwicklung eine neue Gesetzgebung von Nöten. Durch den eingerichteten Gestaltungsfreiraum wird es möglich die Empfehlungen der GKV Evidenz basierend weiterzuentwickeln und auf diese Weise noch fehlende Aspekte des neuen Berufsbildes der Pflege zu berücksichtigen und in der Weiterbildung zu integrieren.

Zur Zeit der Entwicklung der Empfehlungen zur Qualifikation des Pflegeberaters und der Pflegeberaterin, wurde in erster Linie auf die Bewältigung der kurz- und mittelfristigen Ziele der über 2 Millionen Pflegebedürftigen abgezielt. Nun gilt es den Praxisbezug herzustellen, um auf Erfahrungen gestützt eine zukunftsfähige Struktur der pflegerischen Langzeitversorgung zu errichten.

Das Tätigkeitsprofil der Pflegeberatung (§ 7a SGB XI) ist sehr vielschichtig und besteht aus verschiedensten Aufgaben, z.B.

- Informationsvermittlung,
- Pflegerische Handlungsanleitung,
- Rechtsberatung,
- Case Management,
- Individuelle Beratung.

Hier gilt es keine Wertung vorzunehmen, aber um die Anforderungen eines Pflegeberaters gerecht zu werden und den Leistungsempfängern auch die ihnen rechtlich zustehende individuelle Beratung (SGB XI, § 7a Abs.1 Satz1) zukommen zu lassen, ist es unumgänglich den Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen Beratungsqualifikationen zu kommen zu lassen. Denn nur mit einem geeignetem Beratungskonzept und entsprechend entwickelten Kompetenzen wird es dem Pflegeberater und der Pflegeberaterin möglich sein, bei dem Ratsuchenden in Problemlagen und Krisensituationen Ressourcen zu aktivieren und gesundheitsfördernde, präventive, kurative oder auch rehabilitative Fähigkeiten auszulösen (vgl. DGfB 9/2004:7ff; vgl. SGB XI, § 7a Abs.1 Satz 2).

Auch existieren weitere Beratungsstellen, die in die Vernetzung der Pflegeberatung mit einspielen können. Am Beispiel der zehnjährigen Erfahrung der Unabhängigen Patientenberatung in Deutschland macht sich das insgesamt schwierige Gemengelage von Pflegeberatung ebenfalls deutlich.

Mit der „Reform von Organisationsstrukturen und Prozessen der gesundheitlichen Versorgung gewinnt das Leitbild des Patienten als mündiger, kompetenter und verantwortungsbewusster Partner des Arztes sowohl in der Gesundheitspolitik als auch bei Patientenvertretern seit Beginn der 1990er Jahre an Bedeutung. Patientenorientierung, die die prinzipielle Selbstbestimmtheit und Mündigkeit der Patienten respektiert und den Behandlungserfolg in Abhängigkeit von ihrer aktiven Einbeziehung definiert, setzt wiederum ein hohes Maß an Informiertheit und gesundheitsbezogener Bildung auf Seiten der Nutzer des Gesundheitssystems voraus. Dies macht den Auf- bzw. Ausbau einer leicht erreichbaren Unterstützungsinfrastruktur für Ratsuchende erforderlich.“ (2. Zwischenberichts UPD 1/2010:1)

Unabhängige Patientenberatung: Wieso ist die Hervorhebung der Unabhängigkeit so notwendig? Etwa um aufmerksam zu machen, dass Beratung in der Pflegeszene abhängig ist? Wenn dem so ist, von was ist sie abhängig? Welche heimlich eingebauten Unfreiheiten sind zu vermuten? Menschen in Not, in Krankheit und mit einer hohen Unterstützungsbedürftigkeit sind sehr anfällig für weitere freiheits- (-beraubende) -entziehende Handlungen.

Folgt man den ethischen Grundsätzen von Beratung, dann müsste Unabhängigkeit das Gebot der Stunde sein.

Als Beispiel einer professionellen Pflegeberatung folgt die Darstellung der Studie ‚Entlastungsprogramm bei Demenz‘ durchgeführt vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (dip), beschrieben von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Ursula Laag. Diese Studie hatte eine dreijährige Laufzeit von Mai 2006 bis April 2009. Auf Grund des Zeitraums war es dem Forscherteam nicht möglich sich auf das Pflege Weiterentwicklungsgesetz von 2008 zu beziehen, dennoch sind in der Studie die primären Aufgaben der Pflegeberatung § 7a SGB XI (im Besonderen Abs.1,2) als Grundlage des Qualifizierungskonzeptes enthalten.

6.3. Zugehende Beratung pflegender Angehöriger Herausforderung für die Pflege

Ursula Laag, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln

Zugehende Beratung als zentrale Hilfe für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen stand im Mittelpunkt der Interventionen im Modellprojekt ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe‘. Ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz war dabei ein Bestandteil im Gesamtkonzept der Beratung. Im folgenden Kapitel werden zunächst das Projekt und seine wichtigsten Ergebnisse vorgestellt. Im Anschluss erfolgt eine Schilderung der umfassenden Anforderungen zugehender Beratung, wie sie sich im Modellprojekt dargestellt haben. Dabei wird jeweils die Sicht der Beraterinnen und Berater in die Betrachtung einbezogen.

Vor welchem Hintergrund kann eine Professionalitätsentwicklung in der zugehenden Gesundheits- und Pflegeberatung stattfinden? Auf diese Frage, sowie auf die Frage der Umsetzung gibt das Modellprojekt eine mögliche Antwort, die im dritten Abschnitt erläutert wird bevor das Kapitel mit einer Schlussfolgerung abschließt.

6.3.1. Das Modellprojekt ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede‘

Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist mit zum Teil erheblichen Belastungen und Einschränkungen für die pflegenden Angehörigen verbunden. Psychische Stresssymptome und Depressivität pflegender Angehöriger sind insbesondere auf die Verhaltensänderungen der demenzerkrankten Menschen zurückzuführen (vgl. Pinquart 2005). Viele pflegende Angehörige stellen in

Sorge um die an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen die eigenen Bedürfnisse weit zurück. Dabei werden dauernde Zuständigkeit und Fürsorge von ihnen als dominanter und sehr belastender Aspekt angesehen (vgl. Schaeffer 2001). Hilfen werden jedoch von pflegenden Angehörigen oftmals erst dann nachgefragt, wenn sie „nicht mehr können“, das heißt, wenn sie durch die Pflegesituation psychisch und physisch stark mitgenommen und zum Teil irreversibel gesundheitlich beeinträchtigt sind (vgl. Gräbel 2002).

Zahlreiche zeitliche, räumliche, familiäre oder ganz persönliche Barrieren sind in der Literatur beschrieben, die die Pflegepersonen davon abhalten, sich unterstützen zu lassen und entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung nachzufragen.

Vor diesem Hintergrund fand von Mai 2006 bis April 2009 im Raum Minden-Lübbecke das Modellvorhaben ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede‘ statt. Es handelt sich um ein Gesamtkonzept der Belastungsprävention mit einem proaktiv zugehend ausgerichteten Interventionsansatz. Das Hauptziel dabei war, zu einer spürbaren und nachhaltigen Entlastung der Pflegepersonen zu kommen und dabei die häusliche Lebens- und Pflegesituation zu stabilisieren. Die Stärkung der Angehörigenpflege sollte durch eine Verbesserung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sowie durch eine zielgerichtete Bündelung von Beratungs- und Schulungsleistungen und zeitlichen Freiräumen erreicht werden. Das Projekt wurde durch den GKV-Spitzenverband zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gefördert. Die Projektleitung lag beim Paritätischen Sozialdienst Pari Sozial in Minden-Lübbecke, die wissenschaftliche Begleitung hatte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. in Köln (dip) übernommen.

Innerhalb kurzer Zeit konnten für die Teilnahme am Projekt 320 Familien gewonnen werden, was den hohen Unterstützungsbedarf deutlich macht. Im Zentrum der Interventionen standen neun Gesundheitsberaterinnen und -berater, speziell qualifizierte Pflegefachkräfte, die diese Familien über 18 Monate in deren häuslicher Umgebung beraten, geschult und begleitet haben. Insgesamt haben sie 1431 Hausbesuche durchgeführt. Die Gesundheitsberaterinnen und -berater sind dabei auf die Familien zugegangen noch bevor diese den Bedarf angemeldet haben und haben auch während des Projekts bedarfsorientiert immer wieder die Initiative ergriffen. Die Belastungen der Angehörigen und der Beratungsbedarf wurden dabei mit einem umfassenden strukturierten EDV-gestützten Assessmentinstrument erfasst: Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz, Minden – BIZA-D-M (Zank 2006). Auf dieser Grundlage wurden mit den Familien individuelle Unterstützungsprogramme entwickelt, in denen die Hausbesuche die zentrale Intervention darstellten.

Die individuellen Unterstützungsprogramme beinhalteten bedarfsentsprechend:

- Informationen über die Erkrankung, Leistungen der Pflegeversicherung und Hilfsangebote in der Region
- Beratungen in problematischen (Pflege-) Situationen
- Einzel- und Gruppenschulungen zum Umgang mit der Erkrankung
- Anleitungen zu praktischen Tätigkeiten, wie dem Umgang mit Hilfsmitteln
- Beratungen zur Inanspruchnahme von zeitlichen Freiräumen: Dies schloss insbesondere die Überwindung von Vorbehalten und Barrieren ein.
- Vermittlung und Inanspruchnahme von entsprechenden Angeboten: Dazu gehörten vor allem die stundenweise Betreuung durch freiwillige geschulte Helferinnen und Helfer oder auch durch zugelassene Pflegedienste, die Betreuung in Einrichtungen der Tagespflege, die Teilnahme an Betreuungsgruppen und Cafés sowie ergänzende familiäre/nachbarschaftliche Hilfen.

Ergebnisse

Durch verschiedene Evaluationsverfahren⁷ konnte die angestrebte Entlastung der teilnehmenden Familien in vielen Fällen nachgewiesen werden. Die zugehende und proaktive Strategie der Beratung und die bedarfsorientierte und mitunter kontinuierliche Begleitung der Familien haben es ermöglicht, dass instabile und belastete Lebens- und Pflegesituationen in den Familien aufgedeckt werden konnten. So konnte vielfach die häusliche Versorgung der Menschen mit Demenz verbessert und gesichert sowie die Überlastung vieler pflegender Angehöriger reduziert werden.

Die Ergebnisse des Projekts zeigen insbesondere, dass die pflegenden Angehörigen

sich besser imstande sahen, mit demenzbedingten Verhaltensänderungen im Alltag umzugehen,

einen besseren Zugang zu den Unterstützungsangeboten der Region sowie einen Wissenszuwachs über ihre leistungsrechtlichen Ansprüche erworben haben,

trotz bleibender Verantwortung „rund um die Uhr“ zeitliche Freiräume als gewinnbringend und entlastend empfunden und für persönliche Bedürfnisse genutzt haben und

durch die konkrete Unterstützung häufig situative Erleichterungen erlebt und sich dadurch emotional unterstützt sahen.

7 Folgende Evaluationsverfahren wurden angewendet: Belastungsmessung durch strukturiertes Assessmentinstrument, Telefoninterviews, Evaluationsworkshops, Fragebögen, Dokumenten-analyse, Gesamtinterpretation

Ein Teil der Angehörigen sah sich zudem zu Projektende in der Lage, nun länger zu Hause pflegen zu können.

Eine zentrale Empfehlung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die aus den Projektergebnissen hervorgeht, ist die Bündelung von Leistungen der Pflegeversicherung zu einer „Programmleistung Demenz“. Diese sollte im Pflegeversicherungsgesetz neben die Sach-, Geld- und Kombileistungen gestellt werden. Vergleichbare Programmleistungen für andere Zielgruppen sind denkbar und entwickelbar.

Die im Projekt zu Grunde gelegten Konzepte, alle Ergebnisse und Empfehlungen sind im Abschlussbericht (Emme von der Ahe 2010) nachzulesen.

6.3.2. Zugehende Beratung – umfassende Hilfen aus einer Hand

Die Arbeit der Gesundheitsberaterinnen und -berater im Projekt war gekennzeichnet durch ein breites und umfassendes Aufgabenfeld, eine hohe Komplexität der häuslichen Pflegesituation sowie eine Unvorhersehbarkeit der einzelnen Beratungsverläufe. Die Unterstützung von Familien mit dem Ziel der Entlastung und Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation lässt sich zwar methodisch strukturieren, ist jedoch in der Ausgestaltung im Einzelfall hochindividuell. Die benötigten Kompetenzen richteten sich insbesondere auf die Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung, die Beratungsintervention in häuslicher Umgebung, Schulung und Anleitung sowie eine emotionale Verbundenheit in der Beratungsbeziehung.

Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung

Als Grundlage für die Beratungen wurde im Projekt das Assessmentinstrument BIZA-D-M eingesetzt. Es umfasste in der Projektversion 172 Items und hat den Gesundheitsberaterinnen und -beratern einen umfassenden ersten Einblick in verschiedene Belastungsdimensionen der pflegenden Angehörigen gegeben. Diese hatten in vielen Fällen erstmalig die Gelegenheit, derart ausführlich über oftmals seit Jahren angestaute Belastungen zu reden. Das führte zu teilweise sehr langen Assessmentgesprächen von bis zu zwei Stunden sowie in vielen Fällen zu heftigen emotionalen Reaktionen. Insgesamt wurden die Assessmentgespräche von den pflegenden Angehörigen jedoch als große Wertschätzung ihrer täglichen Arbeit wahrgenommen. Zudem führte das Bewusstwerden und klare Benennen der Belastungen in einigen Fällen bereits im Anschluss zur eigenständigen Initiierung von Unterstützung.

Für die Gesundheitsberaterinnen bestand die hohe Anforderung, die Fülle an Informationen zu deuten und zu ordnen. Dabei stellt sich die Situation in der häuslichen Umgebung der Familien für die Gesundheitsberaterinnen und -berater erheblich komplexer dar als in der neutralen Umgebung einer Beratungsstelle. Sie erhielten im Laufe des Beratungsprozesses einen

umfassenden Einblick in die Kontextvariablen des räumlichen und sozialen Umfeldes der Familien und in deren Selbsthilfepotentiale. So war die Diagnostik mit der Auswertung der Assessmentergebnisse nicht abgeschlossen. Der progrediente Krankheitsverlauf oder tiefer liegende familiäre Probleme führten dazu, dass zu Beginn oft schnell entwickelte Lösungsvorschläge von den Familien nicht umgesetzt wurden. Die Beraterinnen und Berater lernten, der Diagnostik einen angemessenen Raum zu geben und Hilfeplanungen schrittweise zu entwickeln.

Eine Beraterin hat es so formuliert:

„So kann man den Beratungsprozess als ständigen Fluss der Veränderung betrachten. Jede Veränderung führt zu einer neuen Bestandsaufnahme der Situation, und Veränderungen der Ressourcen bringen notwendigerweise ein erneutes Umdenken mit sich.“

Beratungsintervention in häuslicher Umgebung

In Zusammenarbeit und in Begleitung und Schulung mit Frau Prof. ZWICKER-PELZER wurde für die Beratungsarbeit in den Familien mit demenzerkrankten Menschen ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz umgesetzt, welcher der gesamtfamiliären Betrachtung der Demenz Rechnung trägt.

Die Beratungsinterventionen beinhalteten das Anstoßen und Begleiten von Veränderungsprozessen in den Familien. Vielfach ging es auch darum, zunächst einmal das Bewusstsein für die Notwendigkeit von Veränderungen zu stärken. Dies stellte die Arbeit mit Beratungsauftrag und Zielvereinbarung teilweise vor eine große Herausforderung. Die Gesundheitsberaterinnen und -berater standen vor der Aufgabe, das Beratungsangebot an die Familien umzuwandeln in einen Beratungsauftrag und zudem über Zielvereinbarungen die hoch belasteten Familien aktiv in den Beratungsprozess einzubeziehen.

Eine ebensolche Herausforderung war das Verständnis, dass eine lösungsorientierte Beratung zwar im Hinblick auf eine Lösung stattfindet, aber nicht grundsätzlich die Beseitigung des Problems zum Ziel hat. Zudem stand der Gast-Status in der häuslichen Umgebung für die Gesundheitsberaterinnen und -berater nicht von vornherein im Einklang mit einer lösungsorientierten Steuerung der Beratungsprozesse. Sie saßen auf dem Stuhl, der ihnen angeboten wurde, tranken den Kaffee, mit dem sie erwartet wurden und hatten nur bedingt die Möglichkeit, auf Störfaktoren Einfluss zu nehmen. Diese Bedingungen erhöhten die Schwierigkeit, Einstieg und Ende zu finden und die Gespräche zu steuern. Im Laufe des Projektes haben die Gesundheitsberaterinnen und -berater jedoch eine ressourcenorientierte Grundhaltung entwickeln können und es wurde zum selbstverständlichen Ansatz in den Beratungsgesprächen, den Blick der pflegenden Angehörigen immer wieder abzuwenden von der Fixierung auf das Problem hin zu ihren Stärken und Möglichkeiten.

Zwei Zitate der Beraterinnen und Berater im Rahmen von Evaluationsworkshops verdeutlichen einen Teil ihrer diesbezüglichen Entwicklung:

„Den größten Entwicklungsschritt, den wir als Berater gemacht haben, ist die Einsicht, dass die einzelnen Beratungsschritte Zeit brauchen, wenn sich die Situation in den Familien verändern und stabilisieren soll. Am Anfang war jeder von uns bemüht, seine Vorstellung einer Lösung, von Entlastung möglichst zeitnah für die Familien verwirklichen zu können. Dass Veränderungen in den Köpfen aller Beteiligten wachsen müssen, bis Interventionen für alle Erfolg versprechend sind und dies nicht nur viel Zeit sondern auch Vertrauen braucht, war eine ganz neue, aber wesentliche Erfahrung für uns Berater.“

„Es kommt vor, dass Familien trotz offensichtlichem Hilfebedarf alle Unterstützung ablehnen. Auch dieser Stillstand bei den Beratungen und die Resistenz gegenüber Veränderungen müssen akzeptiert und ausgehalten werden.“

Schulungen und Anleitungen

Schulungen und Anleitungen fanden in den Familien in großem Umfang statt und trugen nachweisbar zu deren Entlastung im Alltag bei. Die Schulungen und Anleitungen bezogen sich auf den Umgang mit der Erkrankung und weitere pflegefachliche Fragen, z. B. zur Thematik Inkontinenz, Sturzprophylaxe oder Ernährung. Sie hatten aber auch mehr Selbstständigkeit im Umgang mit den Leistungen der Pflegeversicherung und der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zum Ziel und beinhalteten z.B. ganz konkret das Ausfüllen von Anträgen.

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater führten individuelle häusliche Schulungen durch und waren, gemeinsam mit erfahrenen Kursleiterinnen und Kursleitern, als Moderatorinnen und Moderatoren in den Gruppenschulungen für pflegende Angehörige tätig. Dabei war sowohl eine spezifische pflegefachliche Kompetenz unerlässlich, die bei Bedarf auch eigenständig erweitert werden musste, sowie die Fähigkeit, das Fachwissen auf den individuellen Fall zu übertragen. Dies beinhaltete neben einer passenden Auswahl der Inhalte auch deren nachvollziehbare Strukturierung sowie eine den Familien angemessene Sprachwahl.

Auch wenn in den leistungsrechtlichen Bestimmungen der Pflegeversicherung eine Trennung von Schulung und Anleitung vorgesehen ist und dies hier im Text aus analytischen Gründen ebenso vorgenommen wurde, so wird sie der Realität in Familien mit demenzerkrankten Angehörigen nicht gerecht. Insbesondere Schulungen zum Umgang mit demenzbedingten Verhaltensänderungen hatten einen erheblichen Anteil an den Beratungsbesuchen und fanden in fast allen Familien wiederholt statt. Sie standen dabei immer in engem Zusammenhang mit den systemisch-lösungsorientierten Beratungsinterventionen. Das Erlernen von Pflege Techniken, wie z.B. Mobilisations+techniken oder Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, braucht in späteren

Krankheitsstadien seinen Raum, ist aber nicht vordergründig für die Pflege und Betreuung eines demenzerkrankten Angehörigen.

Emotionale Verbundenheit

Es hat sich in der Evaluation des Projekts gezeigt, dass die situative Erleichterung der pflegenden Angehörigen einen hohen Stellenwert in der Beratung hatte. So genannte ‚Entlastungsgespräche‘ hatten einen großen Anteil in den Beratungsprozessen. Die pflegenden Angehörigen hatten Gelegenheit, die Probleme, die die Demenzerkrankung mit sich bringt, ‚loszuwerden‘ und die Gesundheitsberaterinnen und -berater sahen ihre Aufgabe darin, zunächst zuzuhören, die pflegenden Angehörigen ernst zu nehmen und das Berichtete nicht zu bewerten. In diesen Gesprächsanteilen war weniger aktives Handeln gefragt, sondern Verstehen und Akzeptanz dessen, was die Angehörigen erzählten. Gleichermäßen war es ein wichtiger Bestandteil der Gespräche, den Angehörigen aufrichtige Wertschätzung für ihre tägliche Leistung entgegenzubringen. Von den Angehörigen wurde es vielfach bereits als Wertschätzung empfunden, dass die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater zu ihnen nach Hause kam und sie die Gelegenheit hatten, ausführlich über ihre Situation zu sprechen.

Die Entlastungsgespräche waren davon geprägt, dass sie Raum für Affekte wie Traurigkeit, Zorn oder Scham boten. In vielen Fällen, so stellten es die Gesundheitsberaterinnen und -berater dar, hatten in solchen Situationen schon das „bloße“ Zuhören und ein vertieftes Nachfragen entlastende Wirkung. Oftmals war es auch gelungen, durch gemeinsames Lachen mit den pflegenden Angehörigen die „Schärfe aus dem Alltag zu nehmen“.

Für die pflegenden Angehörigen waren diese Gesprächsanteile von hoher Bedeutung. Sie gaben in den abschließenden Telefoninterviews auf die Frage „Was war für Sie das Wichtigste im Projekt?“ folgende Antworten:

- „die Offenheit in den Gesprächen“
- „das persönliche Gespräch, der persönliche Ansprechpartner“
- „das Vertrauen, das man zu Frau ...(Name der Beraterin/des Beraters). haben konnte“
- „jemanden zu haben, der hinter einem steht“
- „die Bestätigung“
- „dass man sich durch die Gespräche gut gefühlt hat“

Diese Anteile in den Beratungsgesprächen brachten für die Gesundheitsberaterinnen und -berater die Schwierigkeit der Abgrenzung mit sich, denn das Zulassen von Nähe und emotionaler Verbundenheit beinhaltet die Gefahr der eigenen Verwicklung in den Fall. Sie mussten im Projektverlauf kontinuierlich

lich darin unterstützt werden, die Probleme der Familien nicht zu ihren eigenen Problemen zu machen und ihre Rolle als Beraterinnen und Berater reflektieren.

6.3.3. Professionelle Berater fallen nicht vom Himmel

Die Gesundheitsberaterinnen und –berater hatten zu Beginn des Projekts keine oder nur geringe Beratungserfahrungen. Als Pflegefachkräfte waren sie in ambulanten Pflegediensten tätig. Einige von ihnen waren mit der Durchführung von Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI betraut. Ihre bisherige berufliche Realität stellte das praktische Handeln in einer Pflegesituation, meist unter Zeitdruck, in den Vordergrund. Beratungshandeln erfordert jedoch, den Klienten aus einer Außenperspektive Handlungsanstöße im Hinblick auf eine Veränderung zu geben, anstatt in der Situation selbst praktisch zu handeln. Die Anforderung, Professionalität in diesem neuen, bisher wenig vertrauten Handlungsfeld zu erreichen, war hoch.

Als Grundlage wurde im Projekt ein spezifisches Qualifizierungskonzept entwickelt, um die Pflegefachkräfte für ihre Aufgabe „Gesundheits- und Pflegeberatung in Familien, in denen demenzerkrankte Menschen leben“, zu qualifizieren. Sie sollten umfassende Handlungskompetenzen entwickeln können insbesondere für Beratungen und Schulungen in häuslicher Umgebung. Das Konzept orientiert sich inhaltlich an den Anforderungen, die an eine präventive Arbeit im Gesundheitswesen zu stellen sind, wie sie in der Studie ‚Ansätze zu Pflegeprävention‘ (Weidner 2003) herausgearbeitet wurden. Damit mussten die Bereiche Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung, Beratungsintervention und Schulung sowie Vermittlung und Koordination von Hilfen im Konzept enthalten sein.

In didaktischer Hinsicht wurde das Konzept der Kompetenzorientierung⁸ (Handreichungen 2007) zu Grunde gelegt. Dabei ging es um eine Spezifizierung bereits vorhandener beruflicher Handlungskompetenz im Hinblick auf die Tätigkeit der Gesundheitsberaterinnen und –berater im Projekt.

Letztendlich wurden in die Entwicklung des Qualifizierungskonzepts auch die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case Management (DGCC) für die Weiterbildung von Case Managern im Sozial- und Gesundheitswesen einbezogen.

Im Folgenden wird der Blick ausschließlich auf den Bereich der Beratungsintervention gerichtet. Der im Projekt gewählte systemisch-lösungsorientierte Beratungsansatz wurde eingebettet in den handlungsorientierten Professiona-

8 Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule (2007)

lisierungsansatz für die Pflegeberufe von Weidner (Weidner 1995). Dabei wurden die Kriterien professioneller Fallarbeit für den Beratungskontext angepasst.

Kriterien professioneller Fallarbeit im Beratungskontext

Subjektive Betroffenheit des pflegenden Angehörigen

Das subjektive Erleben des Beratungsklienten ist der zentrale Gegenstand und Ausgangspunkt von Beratung. Im Projekt EDe war die subjektiv erlebte Belastung pflegender Angehöriger ein Schwerpunkt, der mit dem Assessmentinstrument differenziert erfasst wurde. Es ging also nicht nur darum, die subjektive Betroffenheit in das beraterische Handeln einzubeziehen, sondern sie war auch Zielpunkt der beraterischen Intervention.

Die subjektiv erlebte Betroffenheit der pflegenden Angehörigen führt häufig dazu, dass sie nicht selbst in der Lage sind, sich objektiv mit den pflegebezogenen Problemen auseinanderzusetzen und sie zu lösen. Aus diesem Grund bedarf es der professionellen Beratung, die diese subjektive Betroffenheit einzubeziehen vermag.

In Beratungssituationen besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit der subjektiven Betroffenheit der Beratenden. Die ständige Konfrontation mit Belastungen und Leiden erfordert Bewältigungskompetenzen auch auf Seiten der Beratenden, die begleitend entwickelt und erhalten werden müssen.

Widersprüchliche Einheit aus Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen

Die Beratenden benötigen als Handlungsgrundlage wissenschaftlich fundierte Kenntnisse in den handlungsrelevanten Bereichen Bedarfseinschätzung, Beratungsintervention, Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Evaluation/Reflexion. Zudem ist ein umfassendes Fachwissen zu den Themen, zu denen sie pflegende Angehörige beraten sollen, erforderlich. Gleichzeitig muss den Beratenden bewusst sein, dass sie dieses Fachwissen insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege nicht in seiner Reinform anwenden können. Die Komplexität der häuslichen Lebens- und Pflegesituation schränkt die Anwendbarkeit reinen Regelwissens erheblich ein. Gerade pflegende Angehörige sind durch die häufig lange Zeit der Pflege und ihre Erfahrungen selbst zu Experten der jeweiligen Pflegesituation geworden; dieses „Expertenwissen und -handeln“ entspricht oft nicht dem fachlich begründbaren Handeln. Zudem bestehen in den Familien spezifische stabile Beziehungskonstellationen und über Jahre gewachsene Regeln und Gewohnheiten, auf Grund derer Neuerungen oft als störend empfunden werden. Die Bedeutung, die die Pflege eines demenzerkrankten Menschen für den pflegenden Angehörigen hat, ist ein wesentlicher Aspekt, der dazu beiträgt, dass die Pflegesituation so geworden ist, wie sie aktuell ist. Diese Bedeutung erschließt sich den Beratenden oft erst nach einer längeren Zeit der Beratung,

manchmal auch gar nicht. So steht das, was für die Beratenden aus fachlichen oder logisch ableitbaren Gründen die beste Lösung für den jeweiligen Angehörigen scheint, unter Umständen im Widerspruch zu dem, was der Angehörige oder auch der demenzerkrankte Pflegebedürftige kann und will oder die individuellen Umgebungsbedingungen zulassen.

Für die Beratenden geht es darum, ein Fallverstehen zu entwickeln, das es ermöglicht, die individuelle Pflegesituation vor dem Hintergrund des Lebenszusammenhangs der Betroffenen zu deuten und zu erklären. Mit dem Verstehen des Falls kann auf fachlich fundierter Basis, mit dem pflegenden Angehörigen gemeinsam der für ihn und den Pflegebedürftigen am besten passende Weg zu einer Entlastung gefunden werden.

Analytische Distanz in der Beratungsbeziehung

Um einer subjektiven Betroffenheit der Beratenden zu begegnen, ist eine hinreichende analytische Distanz in der Beratungsbeziehung notwendig. Erst diese Distanz ermöglicht es, die Gesamtsituation, Pflege im System Familie, soweit sie sich darstellt, in den Blick zu nehmen. Die Beratungssituation, insbesondere in häuslicher Umgebung, impliziert gleichzeitig immer wieder das Entstehen von Nähe zu den zu beratenden Personen. Zudem macht die Anforderung des Fallverstehens ein Einlassen der Beratenden auf die jeweilige familiäre Situation und die Perspektive der zu Beratenden notwendig. Gerade deshalb besteht die Anforderung an die Beratenden, immer wieder eine Distanz herzustellen, aus der Situation zurückzutreten und sie aus einer Außenperspektive zu betrachten. Gelingt das nicht, ist die Gefahr groß, dass die Beratenden, statt Veränderungen in der Familie anzustoßen, selbst zu Hauptakteuren werden und eigene Ressourcen verbrauchen, ohne effektiv zu beraten.

Für den Beratungsprozess ist es außerdem förderlich, wenn die Beratenden regelmäßig reflektieren, inwiefern sie selbst als Interaktionspartner in der Beratungssituation bestimmte Interaktionsmuster der zu Beratenden fördern (Bamberger 2005).

Autonomie der Lebenspraxis des Angehörigen und des Pflegebedürftigen

Das Respektieren der Autonomie der Lebenspraxis der zu Beratenden ist einerseits wichtiger Grundsatz der Beratung, andererseits ist er auch nicht immer uneingeschränkt anzuwenden. So hört z. B. die Autonomie der Lebenspraxis eines Menschen dort auf, wo sie zur Beeinträchtigung eines anderen Menschen führt. Aus psychoanalytischer Perspektive beispielsweise bedeutet das Respektieren der Autonomie der Lebenspraxis, dass der Therapeut jeglichem Versuch des Klienten, Ratschläge und Empfehlungen von ihm zu erbitten, widersteht (Oevermann 1981). Diese Konsequenz ist Beratenden ohne direkten therapeutischen Auftrag nicht abzuverlangen. Zudem wäre sie

möglicherweise bei der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, die oftmals umgehende Unterstützung benötigen, wenig zielführend.

Erstens ist im Kontext von (systemischer) Beratung ein wesentliches Kriterium, dass der zu Beratende die Beratung tatsächlich will und sich freiwillig entscheidet, das Beratungsangebot anzunehmen. Im Beratungsprozess respektieren die Beratenden die Autonomie der Lebenspraxis der pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen und deren Sicht auf die Situation. Den Beratenden muss bewusst sein, dass sie lediglich Anstöße zu Veränderungen und Unterstützung bei gewollter Veränderung geben können. Letztendlich entscheidet der Angehörige selbst, ob und welche Unterstützungsleistung er in Anspruch nimmt und auch, ob er die Beratung weiter in Anspruch nehmen möchte. Der Angehörige wird jederzeit als vernünftig Handlungsfähiger angesehen, obwohl er der Unterstützungsmaßnahmen bedarf.

An dieser Stelle soll die Schwierigkeit der Beratenden nicht ausgeklammert werden, zu entscheiden, wann das Respektieren der Autonomie des pflegenden Angehörigen seine Grenze gefunden hat. In den Fällen, in denen die Lebensqualität des Pflegebedürftigen stark beeinträchtigt ist oder ihm gegenüber Gewalt angewendet wird, müssen sie unter Umständen Entscheidungen treffen, die Interventionen auch gegen den Willen des pflegenden Angehörigen zur Folge haben.

Zweitens ist das Ziel der Beratung die Entlastung des pflegenden Angehörigen, um die häusliche Pflegesituation möglichst lange aufrechtzuerhalten, ohne dass der Angehörige überlastet und der Pflegebedürftige unterversorgt ist. Aus diesem Grund steht die Stärkung der Autonomie dieses „Pflegegefüges“ im Vordergrund der Beratung. Die Beratenden sollen die Angehörigen befähigen, ihre Situation selbst (mit-) einzuschätzen und Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Angehörigen sollen dahingehend beraten werden, die Pflegesituation mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und der notwendigen Unterstützung aufrechtzuerhalten.

Sofern die Familien bisher nicht auf Unterstützung von außerhalb zurückgegriffen haben, stellen die Beratungsbesuche selbst unter Umständen zunächst einmal einen Eingriff in ihre bisherige Autonomie dar. Diese zukunftsorientiert zu entwickeln, ist ein Ziel der Beratung.

Keine vollständige Standardisierbarkeit von Beratung und Interventionszuordnung

Ein gewisses Maß an Standardisierung von Dienstleistungen, so auch von Beratung, ist im Sinne von Transparenz und Qualitätssicherung geboten^{9,10}. So hat z. B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung (BAGA e.V.) einen Standard für Psychosoziale Beratung von alten Menschen und Angehörigen veröffentlicht (<http://www.baga.de/standard1.htm>). Für Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen existiert eine AWMF-Leitlinie (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-051.htm>).

Professionelle Beratung muss bestimmten Leitprinzipien folgen, ist jedoch immer subjekt- und kontextbezogen. Sie findet auf Grund von Problemen oder antizipierten Problemen statt, die aus der individuellen Perspektive der betroffenen Person stammen. Dementsprechend lassen sich Lösungen derartiger Probleme nicht voraussagen und die Effekte von Interventionen bleiben im individuellen Fall zunächst offen. Aus diesem Grund ist weder eine vollständige Standardisierbarkeit des Beratungsgeschehens noch eine vollständig standardisierte Zuordnung von Interventionen zu bestimmten Belastungsdimensionen möglich. Die Beratenden müssen sich in jedem einzelnen Fall neu mit der Frage einer passenden Beratungsstrategie sowie der Zuordnung von Interventionen auseinandersetzen.

Erkennen der eigenen Grenzen der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen¹¹

Die Problemlagen, die sich den Beratenden während der Beratungsbesuche zeigen, können sehr komplex sein. Insbesondere wenn die Beratenden noch über wenig Beratungserfahrung verfügen, werden sie auch mit Themen konfrontiert, denen sie fachlich (noch) nicht gewachsen sind. In vielen Fällen liegen hinter der Problematik der Pflegesituation auch familiäre Konflikte, die jahrelang in der Familie verschwiegen wurden und nun in der Beratung offenkundig werden. Interpsychische Problemlagen des pflegenden Angehörigen sind unter Umständen für die Beratenden deutlicher sichtbar und mit den eigenen beraterischen Kompetenzen nicht zu bearbeiten. Derartige Einflüsse sind nicht vollständig vom Gegenstand der Beratung, der Bewältigung der Pflegesituation, zu trennen. Eine deutliche Auftrags- und Zielklärung ist

9 So hat z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung (BAGA e.V.) einen Standard für Psychosoziale Beratung von Alten Menschen und Angehörigen veröffentlicht <http://www.baga.de/standard1.htm>

10 Für ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen existiert eine AWMF-Leitlinie <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/032-051.htm>

11 Dieses Kriterium stammt nicht aus dem handlungsorientierten Professionsansatz für die Pflegeberufe von Weidner, sondern wurde als Bestandteil professioneller Beratung im Projektverlauf hinzugefügt.

hier nicht nur für die zu Beratenden, sondern auch für die Beratenden ein elementarer Bestandteil im Beratungsprozess, um die Komplexität der Situation und des Prozesses zu reduzieren. Die Beratenden müssen ihre eigenen Grenzen kennen und anerkennen und entscheiden können, wann es notwendig ist, die Familien an andere Stellen oder Berufsgruppen weiterzuleiten. Es ist damit auch Aufgabe der Beratenden, ein Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen und eine Vernetzung der Angebote im Sinne der Angehörigen und der Pflegebedürftigen zu initiieren.

Gestaltung der Beratungsprozesse

Das Beratungsgeschehen im Projekt folgte einem prozessualen Verlauf und hatte seine „innere Ordnung“. Im aufsuchenden Beratungshandeln ist es umso wichtiger, einer inneren Ordnung zu folgen, zumal das „Außenfeld“, der häusliche Rahmen, wenig gestaltbar ist. Raum und Zeit der professionellen Hilfe machen es notwendig, eigene Abläufe und Rahmungen vorzusehen. Im Projekt EDe lag der Beratungsprozessgestaltung das folgende Modell lösungsorientierter Beratung von BÜRGI (2006) zu Grunde:

Erfassen, Definieren des Problems

Die/der pflegende Angehörige exponiert zu Beginn sein Problem bzw. die Pflegesituation. Dies geschieht im Assessmentgespräch mit Hilfe eines strukturierten Fragenkatalogs und kann in der Erstberatung und auch in späteren Beratungen noch weitergeführt werden.

Die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater stellt anhand der Assessmentergebnisse und ihres/seines Fallverstehens eine oder mehrere Hypothesen auf mit dem Ziel, die in der Regel umfassenden Schilderungen der/des Angehörigen auf das tatsächliche Problem zu reduzieren und es damit genau zu erfassen.

Formulieren des Ziels/der Lösung

Wenn das Problem erfasst und benannt ist, soll die/der pflegende Angehörige darin unterstützt werden, eine Zielvorstellung zu entwickeln. Inwiefern soll sich die problematische Situation ändern? Welche Wünsche hat sie/er bezogen auf die Situation? Vielen pflegenden Angehörigen fällt es schwer, eine Zielvorstellung zu entwickeln. Die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater kann unterstützend daran mitwirken, indem sie/er aus dem, was sie/er bisher über die Situation weiß, selbst Hypothesen zu möglichen Zielen des Angehörigen formuliert und in die Beratung einbringt.¹²

12 Nach Artist von Schlippe sind Anlass, Anliegen, Auftrag konstituierende Merkmale einer Zielvereinbarung, in Zander, B.; Knorr, M. (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. Göttingen.

Intervenieren/Schritte vom Problem zur Lösung

In einem nächsten Schritt überlegt die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater zusammen mit der/dem pflegenden Angehörigen, welche Schritte unternommen werden können, um dem Ziel ein Stück näherzukommen. An dieser Stelle müssen evtl. weitere Familienmitglieder einbezogen werden, die an einer Lösung mitwirken können. Die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater kann auch Vorschläge machen, was die/der Angehörige bis zum nächsten Beratungsgespräch im Hinblick auf das Erreichen des Ziels unternehmen kann. Eventuell können mit der/dem Angehörigen auch konkrete Vereinbarungen getroffen werden.

Evaluieren

Im nächsten Beratungsgespräch wird an den Zielen und getroffenen Vereinbarungen angeknüpft. Die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater schätzt gemeinsam mit der/dem Angehörigen (oder auch mit weiteren Familienmitgliedern) ein, ob der geplante Weg zum Ziel führt. In Abhängigkeit davon werden weitere Schritte geplant oder ein neues Ziel anvisiert.

Innerhalb der beschriebenen Schritte im Beratungsprozess bedient sich die Gesundheitsberaterin/der Gesundheitsberater der Methoden systemisch-lösungsorientierter Fragetechniken. Ziel dieser Fragetechniken ist es, die/den Angehörige/n immer wieder dazu anzuregen, die gewohnten „alten“ Denkprozesse zu verlassen und neue Gedanken und Ideen zuzulassen, die es ihr/ihm ermöglichen, die Situation schrittweise zu verändern.

Professionelles Beziehungshandeln ist immer Handeln unter Komplexität, Uneindeutigkeit, Nichtvorhersehbarkeit und Unsicherheit. Daher sind auch berufliche klientenbezogene Dienstleistungen grundsätzlich nicht standardisierbar. Umso wichtiger ist es, das berufliche Handeln vor dem Hintergrund der Komplexität und Ungewissheit zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Um Sicherheit und Professionalität im Beziehungshandeln zu entwickeln, kam im Projekt insbesondere der kontinuierlichen Begleitung der Gesundheitsberaterinnen und –berater eine bedeutende Rolle zu. Die Begleitung beinhaltete über den gesamten Projektverlauf drei Fallkonferenzen und eine Gruppensupervision im Monat.

Konzept der Fallkonferenzen

Die Beratungen im häuslichen Kontext fordern die eigene Emotionalität der Gesundheitsberaterinnen und –berater heraus und verdichten die Nähe zu den Klienten so sehr, dass eine Systemeinbindung bis hin zur Systemverstrickung dauernd möglich ist. Die Fallkonferenzen helfen dabei, die Kybernetik zweiter Ordnung als distanzierte Haltung und eine Sicht „über“ den Prozess der Beratung sicherzustellen. In diesem Verständnis sollten sie den Gesundheitsberaterinnen und -beratern Unterstützung in konkreten Beratungsprozessen

bieten und ihnen zu mehr Handlungskompetenz verhelfen. Zudem sollte die Möglichkeit bestehen, aktuelle Fragen zeitnah zu klären und bei Bedarf kurze Fortbildungssequenzen einzubinden. Ein weiteres Anliegen an die Fallkonferenzen war es, die Motivation der Gesundheitsberaterinnen und -berater zu erhalten und sie aktiv in den Entwicklungsprozess innerhalb des Projekts einzubinden.

Die Fallbesprechungen im Projekt folgten keiner der in der Literatur beschriebenen stringenten Methoden. In ihrer Systematik lehnten sie sich jedoch am systemisch-lösungsorientierten Beratungsansatz an. Das Fallkonferenzenkonzept wurde, wie der Beratungsansatz auch, unter maßgeblicher Mitwirkung von Prof. Dr. Renate ZWICKER-PELZER entwickelt.

Das hatte den Vorteil, dass die Gesundheitsberaterinnen und -berater die Elemente systemischer Beratung und lösungsorientierter Gesprächsführung hier üben konnten. Außerdem konnten sie Erfahrungen und Strategien aus den Fallkonferenzen in ihre Beratungsgespräche übertragen und bekamen so nicht nur inhaltliche, sondern auch beratungsstrategische Impulse im Hinblick auf eine Lösungsorientierung in den Familien. Die systemischen Methoden sollten auch dabei helfen, Verhaltens- und Beziehungsmuster der Gesundheitsberaterinnen und -berater deutlich werden zu lassen, ihre vorhandenen Ressourcen zu aktivieren und die Handlungsmöglichkeiten zu erweitern.

In der Evaluation zeigte sich, dass der Beratungsansatz durch die regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen effektiv unterstützt wurde. Sie waren für die Gesundheitsberaterinnen und -berater zum elementar wichtigen Bestandteil ihrer Beratungstätigkeit geworden. Die Evaluationsergebnisse lassen den Schluss zu, dass mit dem entwickelten recht einfachen Konzept ein angemessener und praktikabler Weg gefunden wurde, den Beratungsprozess zu begleiten. Durch eine Atmosphäre der Offenheit und Kollegialität konnten Reflexions- und Kritikfähigkeit entwickelt werden.

Supervision

Supervisionen waren zu Projektbeginn nicht eingeplant, da davon ausgegangen wurde, dass wöchentliche Fallkonferenzen und Fallbesprechungen auch als mentale Begleitung der Gesundheitsberaterinnen und -berater ausreichen würden. Nach den ersten zwei Monaten der Feldphase und zwei Dritteln der Assessmentgespräche wurde in den Fallkonferenzen die große psychische Belastung der Gesundheitsberaterinnen und -berater deutlich. Die Protokolle einiger Fallkonferenzen geben Auskunft über die Belastungssituation, z. B.:

„Die Belastung der Gesundheitsberaterinnen und -berater ist sehr hoch, da sie in den Gesprächen mit den Angehörigen sehr viel über deren Situation erfahren und sich teilweise dafür verantwortlich fühlen, diese zu verbessern. Teilweise besteht auch Unsicherheit und Angst davor, etwas falsch zu machen‘ oder ‚etwas loszutreten‘, was hinterher nicht mehr

eingefangen werden kann. ... Die Gesundheitsberaterinnen und -berater haben sehr hohe Erwartungen an sich selbst und die Wirkung ihrer Beratungsgespräche ...“ (aus einem Protokoll der Fallkonferenz, 17.10.2007)

Der Wunsch nach Supervisionen entstand in der Gruppe der Gesundheitsberaterinnen und –berater selbst und dem wurde von Seiten der Projektleitung zeitnah entsprochen. Die wesentlichen Ziele und Inhalte der Supervisionen waren:

die emotionale Entlastung der Gesundheitsberaterinnen und –berater bei Überlastungs- und Überforderungsgefühlen sowie
die Qualifizierungsbegleitung

In der Evaluation wurde unter anderem die Bedeutung der Supervisionen auf die Beratungsprozesse in den Familien deutlich. Während in den Fallkonferenzen eher konkrete Fall- und Problemlösungen im Mittelpunkt standen, waren es in der Supervision eher übergeordnete Belastungsmomente, die der emotionalen Verarbeitung bedurften. Insbesondere ging es darum, entsprechend dem handlungsorientierten Professionsverständnis die Balance zwischen Nähe und Distanz zu erhalten bzw. wieder herzustellen.

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater waren außerdem der Meinung, mit Hilfe der Supervisionen ein größeres Einfühlungsvermögen in die Probleme der Familien erreicht zu haben, und konnten Erfahrungen aus den Supervisionen in die Beratungen einbinden. In Ergänzung zu den Fallbesprechungen wurde hier die systemische Perspektive auf ‚den Fall‘ vertieft und sie konnten mit einem erweiterten Blick in das nächste Beratungsgespräch gehen.

Das Vertrauen in die eigene Kompetenz wurde gestärkt, so dass sie ein sichereres Auftreten in den Familien hatten und diesen ebenfalls mehr Sicherheit vermitteln konnten. Die Familien erlebten dadurch eine/n ausgeglichene/n, ‚sortiertere/n‘ Gesundheitsberaterin/ Gesundheitsberater. Durch das Ordnen der vielfältigen Erlebnisse und Eindrücke in den Familien konnten die nachfolgenden Beratungen zielgerichteter und effektiver stattfinden. Die Gesundheitsberaterinnen und -berater haben in den Supervisionen auch gelernt, Schweigen und Stille auszuhalten und Grenzen der Familien zu akzeptieren.

6.3.4. Beratung als Entlastungsprogramm

Das Projekt ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe‘ hat gezeigt, wie pflegende Angehörige und Familien demenzerkrankter Menschen wirkungsvoll unterstützt werden können. Im Zentrum der Interventionen stand dabei ein proaktiver zugehender Beratungsansatz. Der Hilfebedarf der Familien bestand dabei grundsätzlich in drei Bereichen, die unterschiedliche Schwer-

punkte in den Beratungsbesuchen und nicht in jeder Familie gleiches Gewicht hatten:

Beratungsbedarf im Hinblick auf eine Problemlösung und im Hinblick auf eine emotionale Entlastung

Bedarf an Schulung und Anleitung zu demenzspezifischen Pflegeproblemen

Bedarf an Information über die Leistungen der Pflegeversicherung und die regionalen Angebote sowie Vermittlung und Koordination von Hilfen

Der systemisch-lösungsorientierte Beratungsansatz hat sich als hilfreich und effektiv erwiesen. Dabei diente die systemische Komponente der angemessenen und multiperspektivischen Fähigkeit zur anspruchsvollen Arbeit in den Familien mit besonderem Blick auf die Situation der dementiellen Erkrankung und ihrer Folgen. Die lösungsorientierte Komponente trug dazu bei, dass die Diagnostik zur gemeinsamen Bearbeitung der erkannten Probleme führte, um die Selbstständigkeit im Familiensystem zu erhalten oder wieder herzustellen.

Durch den großen Anteil an Schulung und Anleitung zu demenzspezifischen Pflegeproblemen und deren Verbindung zu systemisch-lösungsorientiertem Beratungshandeln hatte die pflegefachliche Expertise der Gesundheitsberaterinnen und -berater eine zentrale Bedeutung. Diese galt es, in einer prozessorientierten Diagnostik und den passenden Interventionen geeignet zu platzieren.

Das Projekt hat außerdem gezeigt, dass ein gewisser Grad an emotionaler Verbundenheit zwischen den Gesundheitsberaterinnen und -beratern und den Familien grundlegend ist für eine wirksame Pflegeunterstützung. Erst eine vertrauensvolle Beziehung ermöglicht einen ausreichenden Einblick in die Komplexität der häuslichen Lebens- und Pflegesituation, so dass individuell passende Hilfen gefunden und individuelle Barrieren der Inanspruchnahme bearbeitet werden konnten. In den Fallkonferenzen wurde immer wieder deutlich, dass die Gesundheitsberaterinnen und -berater das Vertrauen der Familien insbesondere dadurch gewonnen haben, dass sie sich als kompetent erwiesen haben für die ‚Angelegenheit‘, die im Zentrum des Alltags der Familien steht – die Pflege und Betreuung des demenzerkrankten Menschen. Letztendlich hat die fachliche und mentale Begleitung der Gesundheitsberaterinnen und -berater in Fallkonferenzen und Supervisionen dazu beigetragen, dass sie über die Projektzeit hinweg der Aufgabe, in komplexen häuslichen Pflegesituationen individuell passend zu agieren, gewachsen waren.

Neben der zu Beginn genannten zentralen Empfehlung der ‚Programmleistung Demenz‘ ergibt sich aus den beschriebenen Erkenntnissen eine weitere wesentliche Empfehlung für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Die ‚Förderung der Professionalität von zielgruppenorientiert eingesetzten Beraterinnen und Beratern‘. Die grundlegenden Konzepte konnten erst durch die Professionalität der Beraterinnen und Berater ihre volle Wirkung entfalten.

ten. Die hohe Individualität der Fallzusammenhänge in den Familien erfordert es, der Qualifizierung und Begleitung der Beraterinnen und Berater eine zentrale Bedeutung beizumessen.

6.4. Ein neues pflegerisches Handlungsfeld – Beratung in Pflegestützpunkten

Das neue Handlungsfeld der Pflege wird im § 92c SGB XI beschrieben, es besagt u.a., dass für jeden Versicherten eine wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung eingerichtet werden soll. Mit diesem Gesetzestext erfolgte die lang erwartete Antwort auf den § 3 SGB XI in welchem bereits seit 1995 festgelegt ist, dass die ambulante Pflege der stationären vorzuziehen ist, für dieses Prinzip wurde jetzt mit dem § 92c eine solide Basis geschaffen.

Den Vorrang der ambulanten bzw. häuslichen Pflege zu geben beruht auf den Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen selbst (Schmidbauer 2008:18), welchem der Gesetzgeber hier Folge leistet. Die überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Menschen wünscht so lange wie es ermöglicht werden kann in der gewohnten Umgebung, der eigenen Wohnung zu verbleiben. Der Vorrang der häuslichen Pflege führt allerdings nicht, zur veränderten Leistungsgewährung einer individuellen Pflegesituation und er erfährt dort seine Grenzen, wo eine angemessene Versorgung und Betreuung nicht mehr sichergestellt ist, welches dem Medizinischen Dienst obliegt dieses zu begutachten und einzuschätzen.

Laut der statistischen Ämter des Bundes und der Länder lag die Zahl der zu Hause versorgten pflegebedürftigen Personen im Jahr 2005 bei 68%. Betrachtet man im Vergleich dazu die Zahl von 1999 lag diese bei 72% und seit dem war ein kontinuierlicher Rücklauf der ambulanten versorgten Personen beobachtet worden.

Diese Veränderung ist weniger dadurch zu begründen, dass die Pflegebedürftigen lieber in einem Pflegeheim als in der häuslichen Umgebung betreut werden, sie könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Möglichkeiten der familiären Versorgungen rückläufig sind. Was zum einen gewiss daran liegen kann, dass die Kinder von pflegebedürftigen Menschen im Zuge der zunehmenden gesellschaftlichen Mobilität nicht mehr in der näheren Umgebung ihrer Eltern wohnen. Aber hier werden auch Vermutungen laut, dass sich viele Angehörige mit der Versorgung und notwendigen Pflege ihrer Eltern oder Schwiegereltern schlicht überfordert fühlen. Plötzliche oder auch schrittweise Veränderung des Ehepartners oder der Eltern sind in ihrer Wirkungskraft nicht zu unterschätzen. Das Auftreten oder Fortschreiten von

Krankheitsverläufen (z.B.: Alzheimer, Z.n. Cerebralem Apoplex, Demenz, u.a.m) können im engeren sozialen Gefüge große Veränderungen bewirken mit denen es umzugehen gilt. Oft sind direkt betroffene Familienmitglieder oder Ehepartner zu nah am Geschehen um Stressoren oder Reibungspunkte benennen zu können, denn häufig ist es der Fall, dass Veränderungen erst benannt werden müssen, bevor diese akzeptiert werden können.

Werden durch beschriebene Überforderung der pflegenden Angehörigen vom Medizinischen Dienst Mängel an der Versorgung oder Pflege der bedürftigen Person festgestellt, so hatte dieser bis zum Juli 2008 die Möglichkeiten, mit Einwilligung der pflegebedürftigen Person, den ambulanten Pflegedienst einzuschalten oder auf eine Heimunterbringung hinzuwirken.

Durch §7a wurde eine weitere Möglichkeit geschaffen - der Pflegeberater kann in solchen Situationen hinzugezogen werden.

Es wurde festgelegt, dass der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin im Pflegestützpunkt nach §92c anzusiedeln ist. Somit wurde sichergestellt dort Pflegeberatung in Anspruch nehmen zu können und wird ferner davon ausgegangen eine unabhängige und individuelle Beratung zu erhalten.

Nachdem die Pflegeberatung involviert wurde, ist es also nach Bedarf möglich eine entsprechende Beratung auf neutralem Boden im Pflegestützpunkt anzustreben oder aber eine zugehende Beratung in der häuslichen Umgebung des Klienten.

In diesem räumlichen Rahmen kann sich ein Pflegeberater bewegen und eine entsprechend individuelle Beratung mit Klärung der Problemsituation anstreben. Den so gemeinsam erarbeiteten Versorgungsplan erstellen, welcher dann umgesetzt wird und der veränderten Bedarfslage angepasst werden kann, auf diese Weise werden die zu pflegende Person und auch die Angehörigen begleitet und der Prozess kann von systemisch Ausgebildeten Pflegeberatern „mit gesteuert“ werden.

Prozessmitsteuerung bedeutet für den Pflegeberater nicht Ratschläge zu erteilen oder das Steuer selbst in die Hand zu nehmen, sondern vielmehr geht es darum die Defizite der Pflege und Betreuung zu erkennen und diese dann mit Einsicht der Betroffenen (§7a Abs.1 Satz 4) auszugleichen, um auf diese Weise die Unabhängigkeit und die häusliche Umgebung zu erhalten aber auch die Kompetenz der Versorgung zu steigern.

Liegt die Problematik der ehrenamtlich Pflegenden im fehlenden Wissen – z.B. von pflegerischen Handlungen, kann der Pflegeberater einen Pflegekurs für die/ den Angehörigen nach § 45, SGB XI veranlassen.

Liegt die Problematik allerdings in der Interaktion zwischen ehrenamtlich Pflegendem und zu pflegender Person kann dies ganz vielschichtige Gründe des Versorgungsdefizits bedeuten, welche es in Beratungsgesprächen herauszuarbeiten gilt. Die Pflege bzw. Versorgungsprobleme könnten z.B. sein,

dass die Angehörigen oder der Ehepartner die Symptomverschlimmerung nicht erkennen bzw. wahrhaben möchte, aber bei dem Betroffenen das Selbstpflegedefizit immer stärker wird. Ein verstärktes Unterstützen wäre zwar z.B. von der Ehefrau denkbar, aber dazu müsste sie vorher erkennen und verinnerlichen, dass sie nicht wie zuvor in der vielleicht 40 Jahre langen Beziehung zu zweit durchs Leben zu gehen, sondern nun Verantwortung für ihren Mann mit übernehmen muss.

Dieses skizzierte Beispiel kann einen schweren Schicksalsschlag für die Ehefrau bedeuten. Wird sie aber mit Begleitung der systemischen Pflegeberaterin durch diese Erkenntnis gesteuert, kann es für das Ehepaar bedeuten auch auf Weiteres in der häuslichen Umgebung zusammen zu leben und zu verbleiben.

Ein systemischer Grundgedanke besagt, „(...), daß jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seiner Probleme benötigt – es nutzt sie nur derzeit nicht.“ (von Schlippe 2007:124)

Damit diese Ressourcen im System gefunden werden können, ist es nicht von Nöten sich ausschließlich mit dem Problem zu beschäftigen, denn der Fokus liegt in der Konstruktion von Lösungen.

Ohne konkrete Zahlen vorliegen zu haben, lässt sich hier erahnen, dass durch diese individuelle Beratung den Pflegekassen ein großes Einsparungspotential zur Verfügung steht, aber weitaus bedeutender an dieser neuen Tätigkeit ist, das der Wille des Betroffenen respektiert und der Klient wertgeschätzt wird.

6.4.1. Empfehlungen des Pilotprojektes ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sollen keine Doppelstrukturen entstehen. Dafür aber eine Vernetzung der vorhanden sozialen Strukturen und Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte sowie pflegende Angehörige, um auf diese Weise die Struktur der häuslichen Pflege zu stabilisieren.

Diese Vernetzungsaufgabe gehört zur Kernkompetenz der Pflegestützpunkte, welche flächendeckend in Deutschland (in 14 Bundesländern) etabliert werden sollen (vgl. KDA 2009:14ff). Auf diese Art ergänzt das Konzept der Pflegestützpunkte die Pflegeberatung auf essentielle Weise, denn durch die Verwurzelung der Pflegeberater ist die benötigte Unterstützung wohnortnah und gut erreichbar. Gleichwohl auch eine veränderte Bedarfsregelung eines Pflegebedürftigen mit direkter Unterstützung und örtlicher Vernetzung der vorhandenen Strukturen durch ein und dieselbe Person erfolgen kann.

Gesetzlich sind die Aufgaben der Pflegestützpunkte im §92c definiert:

„Aufgaben der Pflegestützpunkte sind:

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.“(SGB XI, §92c Abs.2, Satz 1)

Was daraus entwickelt werden kann, versucht das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) auf den Grund zu gehen, denn sie haben den Auftrag erhalten ein Pilotprojekt ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘ durchzuführen. Dieses Projekt soll den aktuellen Stand der Pflegestützpunkte in Deutschland darstellen und vor allem Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb aufstellen. Mittlerweile haben fast alle Bundesländer beschlossen Pflegestützpunkte aufzubauen und geben ganz unterschiedlich geplante Anzahlen an. Die Zahlen der Pflegestützpunkte einzelner Bundesländer liegen zwischen 3 bis 162 flächendeckende Einrichtungen (vgl. KDA 2009:14ff).

Zu Beginn des Modellprojektes ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘ wurden Partner und Standorte für die modellhafte Erprobung von Pflegestützpunkten ermittelt und somit wurden sechzehn Standorte als ‚Pilot-Pflegestützpunkte‘ ins Projekt aufgenommen. Das Pilotprojekt wird Bundesweit durchgeführt, bis auf Bremen ist in jedem Bundesland ein Pilot-Pflegestützpunkt enthalten und in Nordrhein-Westfalen sind es zwei. Begonnen hat das Pilotprojekt im November 2007 und sollte seinen Abschluss im Juni 2010 finden, leider liegt zur jetzigen Zeit noch kein Abschlußbericht vor. Allerdings ist der zweite Zwischenbericht vom November 2009 bereits sehr aufschlussreich und es sind einige interessante Aspekte zum Thema individuelle Beratung zu entnehmen.

Beschrieben wird die Wichtigkeit eines Betriebsmodells, das bei Implementierung des Stützpunktes mit den Akteuren individuell der Umgebung und dem Kontext angepasst und ausgearbeitet werden soll. Anhand der Erfahrungen des bereits weit fortgeschrittenen Pilotprojektes entwirft KDA mit Kooperation aller Akteure der Pilot-Stützpunkte einen Rahmenplan für ein Betriebskonzept (vgl. KDA 2009:40ff):

„Die Arbeit eines Pflegestützpunktes kann wie folgt beschrieben werden (...): Der bzw. die Rat- und Hilfesuchende kontaktiert den Pflegestützpunkt. Dies kann persönlich, telefonisch oder schriftlich erfolgen. Im Sondierungsgespräch wird dann festgestellt, welcher Leistungskomplex oder welche Leistungskomplexsituation, bestehend aus Einzelinformation, Beratung sowie Fallklärung und –steuerung, benötigt werden. Damit die Leistungskomple-

xe effizient bereitgestellt werden können, muss ein Care Management durchgeführt werden. Sondierungsgespräch, Einzelinformation, Beratung sowie das Care Management können als Leistungsrubriken verstanden werden. Sie dienen dazu festzulegen, was im Pflegestützpunkt tatsächlich geleistet wird.“ (KDA 2009:40 f)

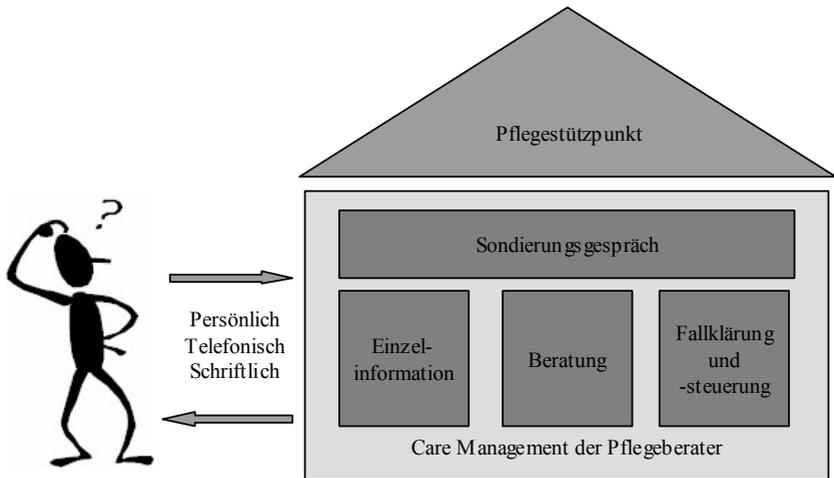


Abb.19: Leistungen des Pflegestützpunktes

Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten hat ein Betriebskonzept welches sich noch im Entstehungsprozess befindet; dieses beachtend - wie lange und tief man auch immer in die Dokumente eindringt – sind die Standards für Beratung und deren zugeordnete Kompetenzen reichlich marginal.

Im KDA Zwischenbericht vom November 2009 sind die so genannten Kernelemente (Abb.17) der Leistungen eines Pflegestützpunktes beschrieben. Anhand der Pilot-Pflegestützpunkte ist es KDA möglich gewesen aus den gesammelten Erfahrungen immer wieder auftretende schwierige Situationen oder Probleme welche sich dargestellt haben zu erkennen und in ihrem Zwischenbericht mit ein zu flechten. Um diesen bereits erkannten Problemzonen einer Lösung zu zuführen kann man die Standards z.B. der DGSF (Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie) zur systemischen Beratung zugrunde legen, dadurch ergeben sich Anforderungen, die sich im speziellen auf systemisches Fragen, Adressaten- und Kundenorientierung, bzw. deren Auftragsklärung beziehen.

Systemische Fragetechniken

Dem **Sondierungsgespräch** wird hier eine Schlüsselrolle zugesprochen, denn es ist die erste und richtungweisende Funktion im Pflegestützpunkt. In diesem Gespräch versucht der Pflegeberater festzustellen welchen Bedarf bzw. welche Problematik der Rat- und Hilfesuchende hat:

- Bedarf an Einzelinformationen
- Bedarf an Beratung (Basis- und/ oder Spezialberatung)
- Ist eine Fallklärung und –steuerung erforderlich?

In der Richtlinie wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass zur Durchführung dieses richtungweisenden Gespräches besondere Qualifikationen abverlangt werden. Da das kompetente Einschätzen der vorhandenen Ressourcen der Rat- und Hilfesuchenden, aber auch das Erkennen von nicht geäußerten Informationen bzw. Unterstützungsbedarfes im Wesentlichen dazu beiträgt eine individuelle und professionelle Bedarfserhebung durchzuführen.

In der Richtlinie wird hier von „Erfahrungen der Mitarbeitenden“ gesprochen (vgl. KDA 2009:42).

Ein systemisch ausgebildeter Pflegeberater kann hier auf erlernte Beratungstools zurückgreifen und wenn erforderlich in ein systemisches Gespräch mit dem Rat- und Hilfesuchenden umlenken. Der Berater hätte in diesem Gespräch die Möglichkeit verschiedene systemische Fragetechniken (vgl. von Schlippe 2009:40-49) anzuwenden:

- Zirkuläre Fragen
- Klassifikationsfragen
- Prozentfragen
- Übereinstimmungsfragen
- Subsystemvergleiche

Auf diese Weise ist es dem Pflegeberater möglich die Situation des Rat- und Hilfesuchenden in einem kurzen Zeitraum prägnant abzustecken und eine individuelle und professionelle Bedarfserhebung gemeinsam mit dem Rat- und Hilfesuchenden durchzuführen.

Adressaten- und Kundenorientierung

Als weiteres wird in dem Zwischenbericht von KDA unter diesem Punkt noch mal deutlich hervorgehoben, dass die resultierenden Entscheidungen des Sondierungsgespräch, **ausschließlich in der Hand des Rat- und Hilfesuchenden** selbst liegt. Entscheidungen über welche Leistungen und auch ob diese von dem Pflegestützpunkt und dem Pflegeberater durchgeführt werden, werden vom Rat- und Hilfesuchenden getroffen und sind zu respektieren (vgl. KDA 2009:41f).

Diese Philosophie passt ausgesprochen gut in die Grundannahme und Haltung eines systemisch denkenden Beraters und wird als Systemische Dienstleistungsphilosophie oder auch Adressaten- und Kundenorientierung bezeichnet (vgl. von Schlippe 2007:125ff). Dahinter stehen zwei Theorien, welche aus unterschiedlichen Bereichen ihre Herkunft haben:

1. Wirtschaft: Das Angebot soll genau auf die Nachfrage abgestimmt werden.
2. Etymologie: Das Wort ‚Kunde‘ verweist auf einen ‚Kundigen‘ hin – also ein Mensch der sich auskennt.

Beides zusammen bedeutet im systemischen Denken die Kundenorientierung. Daher wird vom Leistungserbringer also nur exakt das angeboten was der Kunde subjektiv möchte und unter Umständen nicht das was der Pflegeberater meint das es der Kunde ‚braucht‘.

Professionelle Entscheidungen richten sich nicht nach objektiver Indikation oder objektiver Bedürftigkeit, sondern nach dem subjektiven Bedarf des Kunden in diesem Fall dem Rat- und Hilfesuchenden.

Auf diese Weise werden nicht nur Nerven und Arbeitskraft des Pflegeberaters geschont, sondern vor allem erfährt der Rat- und Hilfebedürftige das Gefühl das ihm geholfen wurde und er wertgeschätzt wird. In Arbeitsbereichen in welchen der Kunde bereits ‚König‘ ist, fällt dieser systemische Grundgedanke kaum noch ins Gewicht, wie es auch in der Pflege sein sollte. Aber in komplexen Handlungsfeldern wie es der Pflegestützpunkt darstellt, ist es durchaus wichtig diese systemische Dienstleistungsphilosophie verinnerlicht zu haben.

Information als Bestandteil von Beratung

In der Leistungsrubrik der **Einzelinformation** des Pilotprojektes ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘, hat der Rat- und Hilfesuchende möglichst zum gleichen Pflegeberater Kontakt. Anhand der zuvor erarbeiteten Kontaktdaten, erhält der Kunde nun Informationen zu den Hilfs- und Unterstützungsangeboten inklusive Umfang und Preis der Leistungen. Einige Akteure des Pilotprojektes weisen im Besonderen darauf hin, dass durch Erhalt von Einzelinformationen durchaus die Kunden fachlich suboptimale Entscheidungen treffen. Um dies zu verbessern wird den Pflegeberatern im Zwischenbericht ausdrücklich geraten, auf die Vorteile einer Beratung hinzuweisen (vgl. KDA 2009:42)

Wirklichkeits- Möglichkeitskonstruktion

Der Leistungskomplex **Beratung** wurde in zwei Bausteine unterteilt, die Basis- und die Spezialberatung. Bei dieser Unterteilung geht es im Besonderen um die Abgrenzung zwischen allgemeinen und speziellen Informationen. Wie beschrieben wird, ist dies nötig, denn die Erfahrung zeigt dass die Pflegestützpunkte die erste Anlaufstelle für alle pflegerelevanten Fragen sind,

sowie Fragen die noch weit darüber hinausgehen (vgl. KDA 2009:42f). Daher ist die Tätigkeit eines Pflegeberaters sehr vielfältig sowie auch das Wissen welches in einem Pflegestützpunkt verlangt wird. Ein Pflegeberater muss erkennen können an welchen Stellen in einem Fall Vernetzungen und Kooperationen einsetzen sollten. Kooperation mit anderen Fachleuten wie Therapeutinnen, Fachärzte, Krankenkassen, Wohnberatungsstellen, u.a.m. findet im Idealfall in den Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes statt.

Hier wird im Rahmenplan der KDA hervorgehoben das es von entscheidender Bedeutung ist, dass Pflegeberater in der Lage sind zu erkennen, wann ein Rat- und Hilfesuchender eine Spezialberatung benötigt. Wann ist es erforderlich, einen Kunden entweder tiefer gehende Information durch eine Spezialberatung zukommen zu lassen oder in einer anderen Art der Entscheidungsfindung zu begleiten?

In diesem Rahmenmodell wird deutlich, dass die Pflegeberater sich in der Basisberatung, also in allgemeinen Pflege-, Gesundheits- und Rechtsfragen auskennen müssen und die Spezialberatungen durchaus weiter an Dritte delegieren können – vorausgesetzt – die Pflegeberater sind in der Lage zu erkennen was bzw. wen ein Rat- und Hilfesuchender benötigt.

Um diese wichtigen Bedürfnisse dem Pflegeberater selbst, aber auch dem Kunden, da dieser die letzte Entscheidungsinstanz ist, besser sichtbar zu machen, kann z.B. die systemische Intervention Wirklichkeits- und Möglichkeitskonstruktion (vgl. von Schlippe 2009, S.49ff) hilfreich sein.

Wenn ein Rat- und Hilfesuchender einen Pflegestützpunkt wegen eines vorliegenden Problems aufsucht, eventuell auch mit dem Partner oder auch anderen Familienmitgliedern, lässt sich davon ausgehen, dass diese bereit sind etwas zu ändern um dem Problem eine Lösung zu zuführen.

Damit sich ein System (Einzelperson, Familie, u.a.m) verändern kann, braucht es aber nicht nur den Willen, sondern auch zweierlei Informationen über die internen und externen Beziehungszustände:

1. Über das, was ist! = Wirklichkeitskonstruktion
2. Über das, was sein könnte! = Möglichkeitskonstruktion

Die Wirklichkeitskonstruktion soll den aktuellen Kontext klarer beleuchten, damit dem Rat- und Hilfesuchenden die Situation bewusster wird. Also Fragen mit Ausrichtung auf den Auftrags- und Problemkontext gerichtet, z.B. durch Zirkuläre Fragen:

- Erwartungen erfragen.
- Die Beschreibung des Problems und vor allem in welchem Kontext dieses eingebettet ist,
- um so das Problempaket aufzupacken und
- dann die Beschreibungen rund um das Problem zu erfragen.

Die Möglichkeitskonstruktion soll neue Perspektiven also Lösungen für das Problem in den Blick rücken, auch wiederum mit Fragetechniken aus dem systemischen ‚Beratungstool‘ z.B.:

- Lösungsorientierte Fragen (Verbesserungsfragen)
 - o Fragen nach Ressourcen
 - o Fragen nach Ausnahmen vom Problem
 - o Die Wunderfrage
- Kombination lösungsorientierte und problemorientierte Fragen
 - o Fragen nach dem Nutzen, das Problem (vorläufig) noch zu behalten
 - o Zukunfts-Zeitpläne

Dies wäre zum Beispiel eine Systemische Intervention, um einem Rat- und Hilfesuchenden eine Entscheidung leichter nahe zu bringen, bzw. kann so ein Pflegeberater auch erkennen wo noch Informations-/ Beratungsdefizite beim Kundensystem vorliegen.

Fallklärung und -steuerung

In der Darstellung der Fallklärung und –steuerung wird als ‚wichtig‘ betont, dass die Hauptverantwortung immer bei einer Person verbleibt auch wenn weitere Fachleute zu diesem Fall hinzugezogen werden sollte die Steuerung immer in den gleichen Händen liegen (vgl. KDA 2009:43f).

Es wird beschrieben, dass um die Fälle individuell zu klären unterschiedlichste Assessmentinstrumente Verwendung finden von Softwareprogrammen bis hin zu Fragebögen, welche bis zu mehreren hundert Items beinhalten. Deutlich wird hier das sich auf kein spezielles Instrument berufen wird. Da sich jeder Fall unterscheidet, ist anzunehmen dass es keine einheitliche Lösung geben wird.

Dennoch werden hohe Anforderungen an das Assessment gestellt, wie durch Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte bewiesen, ist es wichtig, dass die Fallklärung und –steuerung möglichst präzise sein muss und ebenfalls für den Rat- und Hilfesuchenden nicht viel Zeit in Anspruch nehmen darf. Die bewährteste Methode wird als Kombination beschrieben, Kombination eines ‚Allgemeinen‘ Assessmentverfahrens verbunden mit gezielten Fragetechniken der Pflegeberater, um die Notwendigkeit verschiedener einzelner ‚Spezial‘ Assessmentverfahren in Erfahrung zu bringen (ebd.).

Fallsteuerung wird häufig als eine Case-Management-Kompetenz verstanden, die zwar den Adressaten im Blick hat, dennoch stark lenkend im Fall agiert. Systemisch-beraterisch liegt die Steuerung des gesamten Vorganges beim Adressaten, dem Kunden, seine Anliegen leiten den Prozess (vgl. von Schlippe 2007:125 ff). Der Berater ist für einen guten feinstofflichen Prozess der Übereinkunft von Beratungsanliegen, Zielvorgabe durch den Adressaten und dessen Veränderungsbemühen zuständig. Diese Philosophie wird eben-

falls von KDA im zweiten Zwischenbericht der ‚Werkstatt Pflegestützpunkte‘ geteilt (vgl. KDA 2009:41ff).

Wahlmöglichkeiten schaffen

Aus den Erfahrungen des Pilotprojektes ist zu erkennen, dass eine umfassende Erhebung des Hilfebedarfs sich als schwierig erweisen kann. Da in einer Familie sowie beim Pflegebedürftigen selbst Meinungen und Einschätzungen einer Sache oder Situation ganz unterschiedlich dargestellt werden können.

Diese Erfahrung wird durch eine systemische Theorie dem „Konstruktivismus“ bestätigt, denn dieser beschäftigt sich mit der vom Menschen konstruierten Wirklichkeit. Dabei steht nicht die Frage im Vordergrund, ob es eine ‚wirkliche Wirklichkeit‘ gibt, vielmehr wird davon ausgegangen, dass dem Menschen nur subjektive Realitäten zugänglich sind (vgl. Bamberger 2005, S.8 ff). Das bedeutet, dass jeder Mensch ganz individuell aus der Position, in welcher dieser sich befindet die Welt, also seine Umgebung, die Personen darin und die Empfindungen dazu als seine Wirklichkeit konstruiert. Aber nicht nur ein räumlicher Abstand unterscheidet die Welten, sondern auch die individuellen biographischen Unterschiede der Individuen. Die Wahrnehmungen und Eindrücke werden in ein lebensgeschichtlich geprägtes Ordnungs- und Bedeutungsraster sortiert und können somit ganz unterschiedliche Reaktionen bewirken. Sowie auch die individuellen Stimmungen, das Alter und körperlich-geistige Unterschiede der individuellen Wirklichkeit ihre Färbung geben.

Um dann die eigene Realität einer anderen Person zu beschreiben, muss diese individuelle Welt noch kommuniziert, also in Worte ‚übersetzt‘ werden und auch diese Worte sind durch den eben beschriebenen Kontext geprägt.

Wissend dieser Theorie ist es aber möglich sich der Ressourcen die daraus resultieren bewusst zu werden, bzw. diese auch einzufordern und dem Kunden dadurch **Wahlmöglichkeiten schaffen** (vgl. Bamberger 2005:34 f).

Wie im Rahmenplan beschrieben, ist es wichtig möglichst viele Menschen aus dem direkten sozialen Umfeld und der Pflege in die Hilfebedarfserhebung zu involvieren. Es ist wichtig verschiedene Meinungen und Einschätzungen zur Problemlösung gemeinsam zu erarbeiten. Es liegt am Berater, die dazu notwendigen Informationen dem Rat- und Hilfesuchenden zu übersetzen, um auf diese Weise den Spielraum für das Tun zu vergrößern – also nicht nur mehr Wahlmöglichkeiten für den Kunden schaffen, sondern wenn nötig zu Neuentscheidungen ermutigen.

Einige Gedanken zum Grenzbereich des Care Managements

„Alle bisher vorgestellten Elemente des Grundmodells für Betriebskonzepte von Pflegestützpunkten betreffen die Hilfeleistungen, die direkt für den Rat- und Hilfesuchenden erbracht werden. Um diese Leistungen erbringen zu können, bedarf es bestimmter Leistungen auf der Systemebene, die unter dem Begriff des Care Management zusammengefasst werden können.“ (KDA 2009:46)

Dem gilt es nicht unbedingt zu widersprechen, denn wie richtig beschrieben: Um die Hilfeleistungen für die Rat- und Hilfesuchenden erbringen zu können, bedarf es zuvor bestimmter Leistungen auf der Systemebene - im Fall von systemisch ausgebildeten Pflegeberatern kann dies durch Interventionen der Systemischen Beratung erbracht werden.

Denn ist es nicht das vorrangige Ziel die Daten und Informationen zu aller erst zu Identifizieren, zu Erfassen und zu Aktualisieren sowie Versorgungslücken aus einer Beratung heraus zu erarbeiten, um dann professionell damit weiter zu arbeiten.

6.4.2. Fazit

Das Pilotprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkt“ am Beispiel des Rahmenmodells (vgl. KDA 2009:40-46) dargestellt, hat in der bereits fortgeschrittenen Laufzeit des Projekts ein ausführliches Profil von Tätigkeiten der Pflegeberatung/ Care Management erstellen können. Auch ist es KDA und den Akteuren gelungen, die auf Erfahrung basierten ausgearbeiteten Strukturen darzustellen und in diesen Strukturen vorhandene Schwachstellen zu benennen, damit dort kreative Verbesserungsvorschläge angesetzt werden können. Die Mitarbeiter des Pilotprojektes haben im Verlauf der Durchführung erkannt, dass besonders im Kontakt mit den Rat- und Hilfesuchenden die Schwierigkeiten auftreten, also in Gesprächs- und Beratungssituationen noch nötige Kompetenzen fehlen. An diesem Punkt waren die Erfahrungen im EDe-Projekt sehr ähnlich.

Die Beratungsleistungen eines Pflegeberaters im Care Management sind, wie im Rahmenplan selbst beschrieben steht „hochkomplex“, daher sollte dem Pflegeberater auch entsprechendes Werkzeug an die Seite gestellt werden. Die Fachweiterbildung zur ‚Systemischen Beratung in der Pflege‘ wäre eine Verbesserungsmöglichkeit um die Schwachstellen im Betriebsmodell Pflegestützpunkt zu kräftigen.

Dies wird auch durch die amtliche Begründung des § 92c SGB XI bestärkt:

„Die Arbeitsgruppe des Runden Tisches Pflege haben Probleme der Gesundheits- und Sozialsysteme bei der zielgerichteten und angemessenen Unterstützung Pflegebedürftiger beschrieben. Diese Schwierigkeiten resultieren aus der bisher erfolgten Konzentration auf körperliche Probleme oder einzelne Episoden im Krankheitsverlauf bei Vernachlässigung

psychischer und sozialer Belange sowie einer ganzheitlichen und auf Dauer ausgerichteten Gesamtversorgungsstruktur. Eine wesentliche Anforderung an die zukünftigen Strukturen in der pflegerischen Versorgung besteht somit darin, die Potenziale für Eigenverantwortung, Eigeninitiative und gegenseitige Hilfe zu stärken (...).“ (Schmidbauer 2008:151)

Die ganzheitliche und auf Dauer ausgerichtete Gesamtversorgungsstruktur ist wie beschrieben im Pilotprojekt, aber wie sieht es mit den psychischen und sozialen Belangen der Pflegebedürftigen aus?

6.5. Blick in die Zukunft - Zukunftsorientierte Weiterentwicklung der PflegeberaterInnen

Veränderungen des Feldes Pflege stehen noch an, wie die Daten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder zeigen. In naher Zukunft wird eine weitaus höhere Anzahl von Pflegebedürftigen und von Pflegebedürftigkeit Bedrohten erwartet. Daher ist es nötig, sich ebenfalls über eine mögliche Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte Gedanken zu machen.

Den erweiterten Gestaltungsfreiraum auf Gesetzesebene gibt es. In der Beschlussempfehlung des Bundestag Ausschusses des §7a (vgl. Schmidbauer 2008:23) wird klar formuliert, dass der Spitzenverband Bund der Pflegekassen keine Richtlinien für die Pflegeberatung erstellen soll, sondern ausdrücklich Empfehlungen. Die amtlichen Begründungen machen deutlich, dass in der Unterstützung Pflegebedürftiger die psychischen und sozialen Belange bisher vernachlässigt wurden und daher eine wesentliche Anforderung der pflegerischen Versorgung an die Zukunft sei, dass Potenzial der Eigenverantwortung und die Eigeninitiative zu stärken (vgl. Schmidbauer 2008:151). Dies bedeutet, dass durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit den §§7a und 92c erst der Anstoß an eine weiterführende Strukturveränderung des Gesundheitssystems mittels PflegeberaterInnen und Pflegestützpunkte gegeben wurde und der Gestaltungsfreiraum zur zukunftsorientierten Weiterentwicklung zu nutzen ist.

Wie könnte also eine Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte durch die PflegeberaterInnen aussehen?

6.5.1 Systemische Qualifikationen der PflegeberaterInnen sind ausbaufähig

Der Ausgangspunkt an welchem wir uns Befinden ist, dass die Pflegefachkraft die Weiterbildung ‚Systemische Beratung in der Pflege‘ als Qualifizierung zur PflegeberaterIn bereits besitzt und auf diese Weise die

durch das Pilotprojekt herausgearbeiteten Schwachstellen der Kommunikation und im Kontakt mit den Rat- und Hilfesuchenden ausgleicht. Mit den so erworbenen Beratungskompetenzen sind die PflegeberaterInnen in den Sondierungsgesprächen in die Lage versetzt lösungs- und ressourcenorientiert und daher Kosten sparend zu erarbeiten was die Rat- und Hilfesuchende an weiterführender Leistung benötigen. Werden spezielle Leistungen von Fachleuten, wie Fachärzte, Therapeutinnen, Krankenkassen, Wohnberatungsstellen u.a.m. benötigt, ist es an den PflegeberaterInnen dies zu erkennen und die Vernetzung bzw. Kooperation zu anderen Einrichtungen durchzuführen.

Ist es ebenfalls möglich dass die PflegeberaterIn dem Rat- und Hilfesuchenden selbst eine Spezialberatung anbietet?

Da, wie im Pilotprojekt der Pflegestützpunkte definiert wurde, die Spezialberatung eine Berufsausbildung mit Spezialisierung erfordert, sollte es bedeuten, dass eine Pflegefachkraft mit entsprechender Fachweiterbildung selbst die Spezialberatung in ihrem Fachgebiet durchführen kann. Ist also, wovon wir ausgehen, in der Fachweiterbildung zum Pflegeberater das Modul zur ‚Systemischen Beratung in der Pflege‘ enthalten, kann die PflegeberaterIn die Angehörigen von Pflegebedürftigen beratend unterstützen, wie bereits in dem Modellprojekt ‚Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede‘ dargestellt. Dieses Projekt zeigt, dass es möglich ist durch entsprechende Beratung pflegende Angehörige und Familien demenzerkrankter Menschen wirkungsvoll unterstützen zu können.

Dazu wurde ein spezifisches Qualifizierungskonzept entwickelt, in welchem ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz Bestandteil war. Pflegefachkräfte kommend aus der Ambulanten Pflege wurden in den drei Hauptschwerpunkten des Konzeptes unterrichtet:

- Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung
- Beratungsinterventionen und Schulung
- Vermittlung und Koordination von Hilfen im Konzept

Zwar wurde das Projekt ausschließlich mit der Zugehenden Beratung, also ausschließlich in der häuslichen Umgebung der zu betreuenden Person durchgeführt. Dennoch lässt sich diese Studie gut mit den Tätigkeiten eines Pflegeberaters aus der Pilotstudie der Pflegestützpunkte vergleichen. Darüber hinaus wird im 2. Zwischenbericht ‚Werkstatt Pflegestützpunkt‘ ausdrücklich festgehalten, dass der Ansatz einer (singulären) Pflegeberatung durch das Konzept der Pflegestützpunkte in substanzieller Weise ergänzt wird (vgl. KDA 2009:12).

Durch die angestrebte flächendeckende Verwurzelung von Pflegestützpunkten, wäre der Ansprechpartner, die PflegeberaterIn, für pflegende Angehörige, und auch Angehörige von demenzielerkrankten Menschen stets in erreichbarer Nähe. Wie der zweite Zwischenbericht der Pilot-

Pflegestützpunkte zeigt, ist der Anteil von Rat- und Hilfesuchenden rund um die Demenz kein Geringer. Es wurde als sechs häufigstes Thema von Rat- und Hilfesuchenden in den Pflegestützpunkten nachgefragt und betrug 8% aller vorgebrachten Problemthemen.

6.5.2. Systemische Beratung als Basis weiterer Spezialberatungen

Die Tendenz der Langzeitversorgung durch Pflegestützpunkte ist wie sich erkennen lässt auf diese drei wesentlichen Punkte ausgerichtet:

- Prävention
- Ambulant vor Stationär
- Rat- und Hilfesuchende sollen Experte für die eigene Erkrankung werden – Hilfe zur Selbsthilfe – Souveränität des Verbrauchers.

Allerdings ist die Langzeitversorgung durch Pflegestützpunkte nicht nur auf Pflegebedürftige zu beziehen, denn alle Versicherten haben das Recht auf Krankenbehandlung, welchem die Krankenkassen nachkommen müssen:

„§ 27 Krankenbehandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.“ (§ 27 Abs.1 Satz1, SGB V)

Anhand dieser Pflichterfüllung werden die gesetzlichen Krankenkassen sicherlich den obigen drei zukunftsorientiert Perspektiven spätestens aus Kostengründen zustimmen.

Was kann hier durch den Pflegestützpunkt bzw. durch die PflegeberaterInnen weiterentwickelt werden?

Besitzt eine PflegeberaterIn eine weitere spezielle Qualifikation, ist es möglich diese Spezialberatungen im Pflegestützpunkt anzubieten und auf diese Weise dem Pflegestützpunkt eine Spezialisierung zu geben. An der Ausrichtung Schmerzmanagement stelle ich kurz ein mögliches Szenario eines spezialisierten Pflegestützpunktes dar (vgl. Geyer 2010).

Basierend auf der Annahme, dass die PflegeberaterIn eine Grundqualifikation in Systemischer Beratung sowie die Fachweiterbildung zur Schmerzmanagerin besitzt, ist es möglich diesen Pflegestützpunkt auf ambulante Schmerztherapie zu spezialisieren.

Dabei geht es nicht darum eine eigene Schmerztherapie am Patienten durchzuführen, sondern vielmehr bereits begonnene medikamentöse Therapien schnittstellenfrei weiter zu begleiten - Veränderungen bzw. Verschlechterungen in Therapieplänen zu erkennen - den Bedarf an Therapie feststellen und dadurch Chronifizierungen vermeiden bzw. frühzeitig vorzubeugen.

Denn genau hier setzen die drei Prinzipien wieder an:

- Prävention
- Ambulant vor stationär
- Rat- und Hilfesuchender wird zum Experten seiner eigenen Erkrankung – Hilfe zur Selbsthilfe

Es gibt eine Menge unterschiedlicher Schmerzen, aber es existiert nicht *ein* objektives Messinstrument für diese Erkrankung. Der Schmerz an sich ist also ein rein subjektives Empfinden, was allerdings das Leben eines Betroffenen stark einschränken kann. Die grobe Unterscheidung des Schmerzes liegt in Akut und Chronisch. Der akute Schmerz ist in der Regel ein ursprüngliches Symptom einer körperlichen Ursache oder auch als Warnsignal zu verstehen und sollte daher in die Hand einer ArztIn.

Im Care-Management eines Pflegestützpunktes wird der chronische Schmerz im Vordergrund stehen und bei der Behandlung dieser ist es besonders wichtig den Klienten in seiner Ganzheitlichkeit zu betrachten und auch leichte Veränderungen zu bemerken. Neben den körperlichen Schmerzen sind auch die psychischen Aspekte sowie das soziale Umfeld eines Schmerzpatienten wichtig in die Behandlung zu integrieren, denn Faktoren zur Entstehung von chronischen Schmerzen können ganz unterschiedlicher Natur sein, wie zum Beispiel:

- Störung der psychischen Befindlichkeit
- Schwerwiegende psychische und körperliche Erkrankungen
- Verlust von Bezugspersonen durch Tod oder Trennung
- Schwere Erkrankungen in der Familie
- Das Erleben psychischer oder physischer Gewalt
- Drohender Arbeitsplatzverlust oder zu hoher Leistungsdruck auf der Arbeit
- u.a.m.

Daher ist es wichtig den chronischen Schmerz mit dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Verständnisses zu betrachten.

Durch die Komplexität der möglichen Chronifizierungsfaktoren ist im Schmerzmanagement die Gesprächsführung über Schmerzen sowie Beratungskompetenzen von Seiten des Schmerzmanagers unumgänglich und daher ein Teilbereich der Algesiologischen Fachweiterbildung.

Deutlich wird es z.B. an der Erkrankung des **Rückenschmerzes**, welches bereits als Volkskrankheit Nr.1 angesehen wird. Um hier den Chronifizierungsfaktoren entgegenzuwirken und eine effektive Behandlung zu gewährleisten, ist heute die Methode der Wahl eine multimodale Behandlung, in welchem verschiedene Maßnahmen gleichzeitig zur Anwendung kommen. Diese Art der Behandlung kann aus ganz verschiedenen Bausteinen bestehen (vgl. Gralow 2002:102 f):

- Edukation: Information über Schmerzzusammenhänge (Schmerzmodell, Stress-Schmerz-Zyklen)
- Rückenschule, krankengymnastische und sportmedizinische Übungen
- Entspannungsübungen (Progressive Muskelrelaxation, imaginative Verfahren)
- Verhaltenstherapeutische Elemente zur Veränderung der Schmerzbewältigung
- Konfliktzentrierte psychodynamische Verfahren
- Sozialmedizinische Interventionen im Arbeitsfeld

Bei vielen Rückenschmerzpatienten ist das Krankheitsverständnis nur auf körperliche Ursachen ausgerichtet. Da allerdings bei dieser Schmerzart häufig nur eine Verhaltensänderung auch eine Linderung der Schmerzen bewirkt, sind Informationen bzw. Schulungen nötig um die physiologischen mit den psychischen und sozialen Faktoren zu verbinden und so einer Therapieresistenz entgegenzuwirken.

Ein weiteres gutes Beispiel für eine kontinuierliche pflegerische Betreuung ist der **Tumorschmerz**. Nicht nur in Deutschland, sondern in fast allen Industrieländern nehmen die Krebserkrankungen in den letzten Jahren zu. Trotz der heutigen onkologischen Möglichkeiten, können etwa 60% der Tumorpatienten nicht kurativ behandelt werden und versterben, oft nach zahlreichen Behandlungen an den Folgen ihrer Tumorerkrankungen. Das mit dieser Erkrankung am häufigsten verlaufende Symptom sind Schmerzen. Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung klagen bis zu 90% der Patienten über chronische Schmerzen, die behandelt werden müssen (vgl. Gralow 2002:372 f). Obwohl Therapieempfehlungen (Stufenschema der WHO) seit vielen Jahren vorliegen und die meisten Tumorschmerzpatienten ambulant (oder stationär) zufrieden stellend behandelt wären, werden diese Empfehlungen bis zum heutigen Tag nicht ausreichend beachtet und folglich haben zahlreiche Patienten oft unnötige Schmerzen (ebd.).

Allerdings ist es heute nicht mehr nötig, dass jemand an chronischen Schmerzen übermäßig leiden muss. Manchmal sind die Maßnahmen, die dazu erforderlich sind recht nahe liegend, aber nicht für jeden offensichtlich. Durch die flächendeckende Versorgung durch Pflegestützpunkte und die punktuelle Spezialisierung einzelner auf Schmerzmanagement, wird es den Versicherten ermöglicht wohnortnah die Unterstützung der Schmerz-PflegeberaterIn zu erhalten.

Auf drei unterschiedlichen Wegen ist es den Versicherten möglich Klient der Schmerz-PflegeberaterIn zu werden:

1. Chronische Schmerzpatienten werden von der Algesiologischen Klinik entlassen, können vom Algesiologen an die Schmerz-

- PflegeberaterIn ‚überwiesen‘ werde, um so wohnortnah die Qualität der bereits laufenden Schmerztherapie zu beobachten und zu sichern, sowie die erwünschten weiteren Berufsgruppen an der Therapie zu integrieren.
2. Fachärzte, Hausärzte und Therapeuten können die Schmerzpatienten zur kontinuierlichen Betreuung und Beratung, sowie zur eigenen Entlastung zum Schmerz-Pflegeberater senden.
 3. Versicherte welche unter Schmerzen leiden können selbstständig und ohne über einen Arzt geschickt zu werden einen Beratungstermin mit der Schmerz-PflegeberaterIn ausmachen.

In diesem Fall der Spezialisierung des Pflegestützpunktes sollte die Einrichtung über verschiedene Räumlichkeiten verfügen. Zum einen ein Schulungsraum, welcher ebenfalls als Gruppen-Gymnastikraum genutzt werden kann, ein Beratungsraum, sowie ein Behandlungszimmer.

Die PflegeberaterIn kann durch die Spezialisierung des Pflegestützpunktes verschiedene Leistungen anbieten:

- Care Management von Schmerzpatienten (Qualitätssicherung)
- Einberufen einer Schmerzkonferenz im Pflegestützpunkt mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten
- Psycho-soziale und psycho-sozial-pflegerische Beratung
- Schmerzpatienten informieren und individuell Schulen, um ihnen einen Weg der Schmerzbewältigung aufzuzeigen (Hilfe zur Selbsthilfe)
- Regelmäßige Patienten und Angehörigen Schulungen
- Offene Schmerzsprechstunden für Versicherte oder Angehörige, um Informationen und Beratung auch zeitnah ohne Terminabsprache zu erhalten (wenn der Schmerz am größten ist)
- Individuelle Therapiemöglichkeiten möglichst günstig aufzeigen
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen herstellen, evtl. sogar die Räumlichkeit dafür bereitstellen und die Treffen moderieren.
- Kontakt herstellen zu anderen Berufsgruppen (wohnortnah)
 - o Algesiologische Klinik/ Individueller Hausarzt (Facharzt)
 - o Psychotherapeut/ Heilpraktiker
 - o Homöopath/ Physiotherapeut/ Akupunkteur
 - o Thai Chi Lehrer/ Yoga Lehrer/ Rückenschule
 - o Sportverein/ Fitnessstudio
 - o u.a.m.

Fazit

In der Schmerztherapie ist es von großer Bedeutung psycho-sozial-pflegerisch mit einem Versicherten umgehen zu können. Die Weiterbildung

der ‚Systemischen Beratung in der Pflege‘ kann hier ein entscheidendes Handwerkstool sein, um die eigentliche Ursache der Chronifizierung im System zu entdecken und somit auch dem Schmerz eine Lösung zu zuführen.

Durch die Fachspezialisierung einzelner Pflegestützpunkte ist es möglich die Struktur des Gesundheitssystems flächendeckend zu stärken. Auch können dadurch Hausärzte entlastet und trotz verkürzter Liegedauer in Krankenhäusern eine lückenlose Betreuung für Versicherte ermöglicht werden. Dies ist nicht nur für das Schmerzmanagement denkbar, sondern auch übertragbar auf andere Bereiche in denen es weitergebildetes Pflegepersonal gibt, wie z.B. Demenzbegleitung, Palliativ-Care, Wundmanagement, Diabetesberatung, u.a.m.

7. Anregungen zur Weiterentwicklung beraterischer Kompetenz in Pflege und Pflegebildung

Beratung ist ein erweitertes bzw. neues Handlungsfeld der Pflege und eine Antwortmöglichkeit auf die aktuellen Veränderungen in der Pflegelandschaft. Kompetentes Handeln in Pflege- und Pflegebildungssituationen erfordert klinisches Wissen, das sich aus theoriegeleitetem Wissen und praktischem Erfahrungswissen zusammensetzt (Benner 2004). In der erfolgreichen Bewältigung der situativen und kontextualen Anforderung entäußert die handelnde Person die erworbenen Kompetenzen. Hierzu ist auch die beraterische Kompetenz zu zählen. In vielfältigen Zusammenhängen wurde darauf hingewiesen, dass für die Kompetenzentwicklung die Eigenverantwortlichkeit des Lernenden im Lernprozess eine notwendige und zielführende Voraussetzung darstellt. Den Modellprojekten zur Pflegeausbildung wurde in den vergangenen Jahren dem Wissenstransfer, der Kompetenzentwicklung und der Ausgestaltung zwischen dem betrieblichen und schulischen Lernort viel Aufmerksamkeit zuteil. Lernanlässe ergeben sich priorisiert in den realen Pflegesituationen und bedürfen einer fachlichen und personalen Begleitung. Hier kann der Anknüpfungspunkt für Beratungsprozesse, der sowohl vermehrt methodisch-fachliche Aspekte oder eher personale (biographische, familiäre, soziale, psychische, kulturelle, religiöse, salutogenetische, ressourcen- und/oder problemorientierte u.a.) Aspekte des Lernprozesses thematisiert und unterstützt, gesehen werden. Die Forschungen zu lernförderlichen Lernumgebungen zeigen, dass es sehr förderlich ist, den/ die Lernenden eigenverantwortlich in die Lernprozesse einzubeziehen. So kann es vermehrt gelingen, die professionelle Pflegepraxis weiterzuentwickeln, die gezielte Unterstützung durch Pflegebildungseinrichtungen zu intensivieren und damit der Professionalität in der Pflegebildung weitere Entwicklungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Darüber hinaus wird auch die lernende Organisation anzuhalten sein, geeignete und passende Rahmenbedingungen zur Verfügung zu stellen. Anregungen lassen sich hier auch aus den Veröffentlichungen zum europäischen und nationalen Qualifikationsrahmen für lebendiges Lernen und den entsprechenden Veröffentlichungen, die sich ja in den strukturellen Veränderungen der Studiengänge bereits gezeigt haben, entwickeln. (Bund-Länder-Kommission 2004, BMBF und KMK 2006, BiBB 2007) Hier werden gespannt die Forschungsergebnisse aus pflegewissenschaftlicher und der pflegepädagogischen Bildungsforschung erwartet werden können.

Jede Überlegung und Anregungen zur Weiterentwicklung setzt voraus, dass es auch etwas gibt, was schon vorhanden ist.. Es geht also nicht nur um die Entwicklung, sondern auch um die Erhaltung und Würdigung bereits vorhandener und praktizierter beraterischer Kompetenzen in Pflegesituationen und

Pflegebildungssituationen der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der eigenen Lebensbiographie.

Der systemische Blick lenkt immer auch auf die Kontexte der Handelnden und der Handlungen. In dieser Perspektive werden die interaktionellen Zusammenhänge und wechselseitigen Wirkungen zwischen organisationalen, räumlich-strukturellen, fachlichen, zeitlichen personellen, individuellen Wertungen und Bewertungen in Bezug zum Verhalten der Handelnden betrachtet. Es könnte oder sollte eine Selbstverpflichtung sein oder werden, jedwede Erfahrung und/ oder Beschreibung immer aus mindestens drei Perspektiven/ Rollen heraus zu betrachten.

Neue ergebnisoffene Wege drängen sich auf, wo sind mutige Menschen, die die feldbezogene Wirklichkeit neu zu betrachten, zu analysieren und gemeinsam neue Wege suchen? Systemische Beratung kann aus der Beobachtung heraus Evolutions- und Entwicklungsprozesse und damit Lernprozesse initiieren, unterstützen und reflektieren helfen, indem auf Differenzen von System(en) und Umwelt(en) aufmerksam gemacht wird. Damit wäre mit dem systemischen Berater bzw. dem Angebot an systemischer Beratung die Chance gegeben, evolutionsprozess- bzw. lernprozessfördernde Informationen zu gewinnen, die bereichernd für die beteiligten Personen insbesondere aber für die beteiligten Systeme sind. Durch sie und mit ihnen Verzahnen sich Personen und soziale Systeme. Je nach Erfordernissen oder Lernanlässen kann dann systemische Beratung ein sinnvolles und notwendiges Angebot im bunten Blumenstrauß der Lernarrangements und Lernangebote in der Pflege-landschaft bzw. den Pflege(aus-) bildungen sein.

Der wesentliche Gegenstandsbereich beraterischen Handelns ist die Bearbeitung der Fragen ‚Was kann ich tun?‘ Damit ergeben sich auch Bezüge zu ethischen Aspekten im Handeln. Im Kontext systemischer Beratung ergibt sich aus den Gütekriterien die hohe Achtung der Autonomie des Beratung-Suchenden. Der systemische Berater erfüllt keine Lehrplanaufträge, sondern stärkt und stützt den Beratung-Suchenden auf dem Weg zu seinem eigenen Selbst. Systemische Beratungssettings thematisieren das noch nicht reflektierte implizite Wissen des Beratung-Suchenden und helfen damit dem Lernenden zwischen der Intuition, die Expertise gedanklich und sprachlich zu erfassen. Damit kann systemische Beratung über die Möglichkeiten der Unterrichtung, der Praxisanleitung und der Praxisbegleitung hinaus einen wesentlichen Beitrag zur Professionalisierung der Pflegeberufe leisten und auf den Ressourcen der schulischen und betrieblichen Lernorte sowie den Berufsausbildungsgesetzen aufbauen.

Die Überzeugung, dass beraten wird und Beratung ein wesentliches Tätigkeitsfeld in der Pflege und Pflegebildung darstellt führte uns zu der Frage,

wie die hierfür notwendigen Kompetenzen frühzeitig vermittelt und erworben werden können.

Es konnte gezeigt werden, dass die dafür notwendigen Kontextbedingungen der Pflegeeinrichtungen und Pflegeausbildungsstätten derzeit schon Möglichkeiten für gezielte Beratungsangebote anbieten. Für die Weiterentwicklung der Beratungshandlungen bedarf es differenzierter und spezifisch ausgerichteter Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. So sind Zusatzmodule systemischer Beratung auf Hochschulebene zur Erweiterung pflegeberuflicher Kompetenzen notwendig und sinnvoll. (vgl. DGfB Pressemitteilung 10.11.2009) Systemische Beratungskompetenzen könnten so innerhalb beruflicher und akademischer Erstausbildung angebahnt werden.

Es bleibt darüber hinaus abzuwarten, wie sich die eigene Professionalisierung der Beratungslandschaft weiter entwickeln wird. Dieser Prozess wird sich ebenfalls auf die Integrationsmöglichkeiten oder deren Hindernisse in die Kontexte der Pflege und Pflegebildung auswirken. Die Professionalisierungsprozesse von familienorientierter und arbeitsorientierter Beratung sollten über die Fachgesellschaften weiter vorangetrieben werden, um so eine beratungswissenschaftliche Perspektive anbieten zu können.

Die Mindeststandards der DGSF und die DGfB sind Ausdruck der Professionalisierungsprozesse von Beratung und bieten Orientierungen zur Konstruktion von Fort- und Weiterbildungsangeboten an, die es für die Kontexte der Pflege weiterzuentwickeln gilt.

Wir sind sicher, dass für die Beratungspraxis vielfältige Trainee-Programme notwendig sind. Die Fachliteratur zur Kompetenzentwicklung von Beratung steigt stetig. Wir verweisen an dieser Stelle ausdrücklich auf das letzte Werk von Renate Zwicker-Pelzer (Beratung in sozialer Arbeit 2010)

Parallel zur Entwicklung der Grundlagen von Beratung wird sich der Professionalisierungsprozess der Pflege auf die zukünftigen Beratungssettings in der Pflegelandschaft auswirken. Hier gilt unsere Aufmerksamkeit insbesondere den zukünftigen Forschungsbeiträgen zu den vielfältigen Facetten von Beratungsthemen in der Pflege und Pflegebildung. Hier sind die blinden Flecken noch sehr groß. Uns bewegt auch die Frage, wie diese sich parallel derzeit entwickelnden Prozesse miteinander sinnhaft verknüpft werden können, da ja gezeigt werden konnte, dass Beratung, ähnlich wie dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit, integraler Bestandteil vom Pflegehandeln ist.

Gemeinsame Projekte der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen könnten entstehen und in systemisch- und/oder fachlich ausgerichteten Foren sektorenübergreifende Impulse entwickeln. Politische und kulturelle Fragen sind von der Gesellschaft und ihrer Systeme immer mit zu bedenken, so dass für systemische Settings nicht nur Einzelne, sondern auch Institutionen und Träger mitverantwortlich sind.

Rückblickend verfolgten wir als Autorinnen das dringende Anliegen, die Möglichkeiten und Grenzen von Beratung in den Handlungsfeldern von Pflege und Pflegeausbildung auszuloten. Wir wollen Impulse für weitere Entwicklung geben. Je tiefer wir in die Thematik eingedrungen sind, desto deutlicher erkannten wir, dass sowohl die Professionalisierungsbestrebungen im Feld Beratung, als auch im Feld der Pflege und Pflegebildung parallel zueinander verliefen und dennoch in Beziehung zueinander standen. Beide Prozesse sind noch nicht abgeschlossen und so stehen wir mit unseren Überlegungen sicher erst am Anfang eines längeren Weges. Wesentlich erscheint uns, Betroffene zu Beteiligten zu machen und miteinander die spezifischen Problemstellungen in der Pflege und Pflegebildung im Kontext sich verändernder gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Rahmungen prozesshaft zu behandeln. Von Beginn an waren wir uns bewusst, dass es hierbei nicht um ein ‚entweder oder ...‘, sondern vielmehr um ein ‚sowohl als auch ...‘ bzw. ‚wenn, dann ...‘ gehen musste.



„Zwischenlandung“

Anhang

Anhang 1: Weiterbildungsstandards der DGSF

Die psychosozial orientierten Fachverbände legen ihre Weiterbildungsstandards in Richtlinien fest. Im Herbst 2009 beschäftigte sich die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Beratung/ Counseling (DGfB) mit den Standards für Beratung.

Der systemisch-beraterische Kompetenzgewinn bildet sich fachverbandlich ab in den Richtlinien zum Systemischen Berater/DGSF.

Diese Richtlinien legen fest, unter welchen Bedingungen der Weiterbildungsgang eines Institutes anerkannt und beim Abschluss einer entsprechenden Weiterbildung das Zertifikat **„Systemische Beratung“ (DGSF)** vergeben wird.

Die folgenden Richtlinien beziehen sich auf die Basisqualifikation des Systemischen Beraters, der weitere Qualifikationen folgen können.

In erster Linie soll mit diesen Richtlinien die Basiskompetenz des Beratens als Teilkompetenz (neben verschiedenen anderen Tätigkeiten) in unterschiedlichen psycho-sozialen Berufen abgedeckt werden.

Institutionelle Voraussetzungen

1. Der Weiterbildungsgang ist curricular aufgebaut. Das Curriculum sollte einen Quereinstieg ermöglichen.
2. Die Regeldauer des Weiterbildungsganges beträgt mind. zwei Jahre mit einer Mindestanzahl von 550 Unterrichtseinheiten (1 UE = mind. 45 Min.), wobei die Bereiche Theorievermittlung mit praktischen Übungen, Supervision und Intervision sowie Beratungs-Praxis in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Ein Weiterbildungstag kann mit höchstens 10 Unterrichtseinheiten berechnet werden.
3. Die verantwortliche Leitung eines Weiterbildungsganges besteht aus bis zu zwei Lehrenden für Beratung (DGSF). Die verantwortliche Leitung muss mindestens 60 Prozent der Seminare selbst durchführen. In die Weiterbildung müssen darüber hinaus mindestens zwei weitere Lehrende für Beratung oder SupervisorInnen mit abgeschlossener systemischer/familientherapeutischer Weiterbildung integriert sein.
4. Alle Weiterbildungsbestandteile, insbesondere die Supervisionen und die Selbsterfahrung, sind innerhalb der Weiterbildung und unter Verantwortung des Instituts zu leisten. Das Institut hat zu gewährleisten, dass die

Leistung aller beteiligten Lehrenden und SupervisorInnen den Richtlinien der DGSF entsprechen. Die Gesamtkosten der Weiterbildung müssen in der Ausschreibung genannt sein.

5. Die Weiterbildung wird durch das Institut kontinuierlich und angemessen evaluiert.
6. Das antragstellende Institut ist Mitglied der DGSF. Die Anerkennung gilt nur für die Dauer der Mitgliedschaft, längstens jedoch für 5 Jahre, d.h. für Weiterbildungen, die innerhalb dieses Zeitraumes beginnen. Das Institut gewährleistet, dass diese Weiterbildungen entsprechend den Richtlinien der DGSF angeboten und durchgeführt werden.

Eingangsvoraussetzungen

1. Hochschul- oder Fachhochschulabschluss im Bereich der Humanwissenschaften und psychosoziale Praxiserfahrungen oder eine abgeschlossene Berufsausbildung und eine mindestens 3-jährige Berufstätigkeit im psychosozialen oder beraterischen Feld.
2. Möglichkeit zur Umsetzung systemischer Beratung.

Inhalte der Weiterbildung Systemische Beratung

Theorie und Methodik (200 UE)

1. Theoretische Grundlagen systemischer Beratung und unterschiedlicher Klientensysteme (Familien, Gruppen, Teams, Institutionen, Organisationen); historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen des systemischen Arbeitens; soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen;
2. Systemische Grundhaltungen; Lösungs- und Ressourcenorientierung; Prozessorientierung; Kontextsensibilität; Entwicklung einer professionellen, beraterischen Identität;
3. Kontextanalyse; Auftragsklärung; komplexe Systeme und ihre Vernetzung; Analyse und Dynamik von Institutionen und Organisationen; Veränderung und Krisen in Klientensystemen; Qualitätssicherung;
4. Systemische Gesprächsführung und Fragetechniken; Moderationstechniken; Interventionsmöglichkeiten; kreative und darstellende Methoden; interinstitutionelle Kooperation.

Systemische Supervision (100 UE)

1. 100 UE angeleitete fortlaufende begleitende Supervision (als Gruppen- bzw. Einzelsupervision) der systemischen Beratungspraxis

2. Während der Weiterbildung ist mind. eine Arbeitssitzung (Live, per Video oder Audio) in der Weiterbildung oder in der Supervision vorzustellen.

Berufsfeldrelevante Selbsterfahrung / Selbstreflexion (100 UE)

Die Selbsterfahrung umfasst 100 UE und bezieht sich auf die aktuelle Berufs- und Lebenssituation sowie die Herkunftsfamilie.

Systemische Beratungspraxis (70 UE)

1. Der/die Weiterbildungsteilnehmer/in führt (bis spätestens zwei Jahre nach dessen Beendigung) mindestens 70 Beratungsstunden unter begleitender Supervision durch.
2. Die während des Weiterbildungsganges durchgeführten systemischen Beratungen werden unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzbestimmungen dokumentiert (Protokollierung des für die jeweilige Sitzung zentralen Prozesses und der Interventionen).
3. Die TeilnehmerIn weist drei ausführlich dokumentierte abgeschlossene Beratungsprozesse nach.

Intervision / Peer-Gruppe (80 UE)

80 UE Intervision werden von den WeiterbildungsteilnehmerInnen in Kleingruppen selbst durchgeführt.

Abschluss

Der Abschluss der Weiterbildung erfolgt durch eine schriftliche Abschlussarbeit und/oder ein Abschlusskolloquium.

Zertifikat

AbsolventInnen anerkannter Weiterbildungen erhalten auf Antrag und bei Erfüllung aller Bedingungen ein Zertifikat.

Das von der DGSF verliehene Zertifikat lautet: „Frau/ Herr ... hat eine den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) entsprechende Weiterbildung in Systemischer Beratung abgeschlossen und ist anerkannt als Systemische BeraterIn (DGSF)“.

Einzelanerkennungen werden nur noch an AbsolventInnen anerkannter Weiterbildungen vergeben. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit für AbsolventInnen nicht anerkannter Weiterbildungen über den Quereinstieg in einen Weiterbildungsgang eines Institutes mit anerkannter Weiterbildung die notwendigen Voraussetzungen für die Anerkennung zu erlangen.

Ausnahmeregelung

Bei Nichterfüllung einzelner Kriterien sind in begründeten Einzelfällen Ausnahmen möglich. Ausnahmeregelungen sollen vor Beginn der Weiterbildung beim Fort- und Weiterbildungsausschuss der DGSF beantragt werden.

www.dgsf.org

Anhang 2: Entwurf eines Curriculums ‚Systemische Beratung in der Pflege‘ (orientiert an den derzeitigen Standards der DGSF)

Von dem Fachverband der Systemischen Therapie und Beratung liegen Standards zur Entwicklung der Beratungskompetenz vor. Diese sind derzeit noch nicht modularisiert. Für eine notwendige Weiterentwicklung dieser oder für die Präzisierung auf ein weites neues Praxisfeld hin, bietet es sich an, die Lerninhalte gleich in thematische Lernpakete zu schnüren. Damit bekommen Inhalte ein neues Format, welches sich an den Vorgaben des Europäischen Qualifikationsrahmen und dem Deutschen Qualitätsrahmen (EQR und DQR) orientiert und gleichsam den Vorgaben des Bologna-Prozesses der Hochschulen folgt. So besteht auch die Möglichkeit, Modulleistungen gegenseitig anzuerkennen.

Andrea Rose verdanken wir diese sorgsame und gründliche Bearbeitung. Sie hat sich intensiv mit den Zielvorgaben der DGSF auseinandergesetzt und diese auf das Praxisfeld Pflege hin umgesetzt.

1. Hintergrund und Ausgangslage

Spätestens seit der aktuellen Gesetzesreform in den Pflegeberufen besteht die Notwendigkeit sich dem Thema der Beratung in der Pflege grundsätzlich auseinanderzusetzen. Ein alltagssprachliches Verständnis von Beratung i.S. von Informieren und Ratschläge geben greift zu kurz.

Neuere Beratungsverständnisse lösen sich aus dem Kontext therapeutischer Schulen bzw. machen das Mehr an Beratung zur therapeutischen Beratung deutlich. Es reicht nicht, ausschließlich spezialisiertere Formen von Beratung zu konstruieren, z.B. Pflegeberatung o.ä., auch wenn Fachberatungen wichtig und notwendig sind. Durch diese feldorientierte Weiterbildung soll der Mehrwert in den Blick genommen werden, in dem die Grundlagen eines systemischen Beratungsverständnisses vermittelt und auf das Handlungsfeld der Pflegefachberufe übertragen werden. Die systemische Kompetenz gilt es zu entwickeln und in den persönlichen und pflegerischen Professionalisierungsprozess zu integrieren.

2. Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund soll das vorliegende Curriculum spezifische Inhalte, Kompetenzziele und Stundenverteilung benennen, um eine Orientierung zu geben, wie die Thematik der Systemischen Beratung für die Pflege in modularisierter Form ins Lehrprogramm integriert werden kann.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen besteht die Möglichkeit die nachgewiesenen Lernleistungen i.S. eines Creditpunktesystems zu erfassen.

Weiterhin wurde bei der Entwicklung darauf geachtet, die Richtlinien der Zertifizierung für die Weiterbildung systemische Beratung der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF) umzusetzen. Damit wird die Möglichkeit gegeben die erworbene Kompetenz berufsfeldübergreifend weiterzuentwickeln und die Anerkennung durch die DGSF bzw. der DGfB durch Zusatzmodule zu erlangen.

Aufbaumodul I 40 Ustd. (1 UE = 45 Min.)
 plus 10 UE Selbsterfahrung

Theorie und Methodik (Richtlinie DGSF)

- Systemische Gesprächsführung und Fragetechnik
- Moderationstechniken
- Interventionsmöglichkeiten
- Kreative und darstellende Methoden
- Interinstitutionelle Kontexte

Kompetenzziele

Die TeilnehmerInnen wissen um die Prinzipien der systemischen Gesprächsführung und Fragetechniken und wenden sie in der eigenen Beratungspraxis unterstützend und lösungsorientiert ein.

Die TeilnehmerInnen wissen um angemessene Moderationstechniken, Interventionsmöglichkeiten und kreative und darstellende Methoden und wenden Sie in ihrer Beratungspraxis situationsgerecht und wachstumsfördernd ein.

Die TeilnehmerInnen wissen um interinstitutionelle Kontexte und erweitern ihre Beraterpraxis durch die Wechselwirkung und/oder Erweiterung weiterer relevanter Kontexte.

Konkretisierungen im pflegerischen Kontext

Modul I 40 UE = 40 Creditpoints	Systemische Gesprächsführung und Fragetechnik	Systemische Haltung in Beratungsgesprächen erlebbar machen Prinzipien und Regeln der systemischen Gesprächsführung und Fragetechnik an pflegerelevanten Fallgeschichten trainieren Triangulierte Kommunikation (Elisabeth Fivaz-Depeirsinge) Zwei für einen – Allianz förderlich Zwei gegen einen – Koalitionen dienen der elterlichen Konfliktregulation
---------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Ziele: Kennen lernen eines theoretischen Rahmens zum Verständnis der Entwicklung triangulärer Kommunikation zwischen Vater, Mutter und Kind.</p> <p>Üben der Beobachtung nonverbaler K. in familiären Triaden durch Anschauen von Videos</p> <p>Erkennen und verstehen lernen, wie K. durch die Art und Weise geformt wird</p> <p>Diskussion und Anwendung sowohl bei einem Video als auch aufsuchender Konsultation in eigenen Arbeitsfeld</p>
	Moderationstechniken	<p>Moderationstechniken</p> <p>Moderationstechniken der Mediation und der kollegialen Beratung; Erfurter Modell (Dissertation im Literaturimpuls-Ordner, Kollegiale Beratung von Schlippe – Artikel)</p> <p>Reflecting Team</p>
	Interventionsmöglichkeiten, Kreative und darstellende Methoden	<p>Systemische Interventionstechniken</p> <p>(u.a. Skulpturen, Zeugenarbeit, Metapher, Tetralemma, Familienbrett, etc.)</p> <p>Überblick über systemische Interventionshandlungen</p> <p>Systemische Haltung in Bezug zu Interventionstechniken reflektieren</p> <p>Verabschiedung aus dem Beratungsprozess</p>
	Interinstitutionelle Kontexte	<p>Kontexte systemischer Arbeit in der Gesellschaft, insbes. in der Pflegelandschaft</p> <p>Überweisungskontexte, Möglichkeiten systemischer Beratung in der Überleitungs-</p>

		pflge, dem Entlassungsmanagement, Pflegestützpunkten, der Pflegeausbildung etc., Netzwerkarbeit
Selbstreflexion 10 UE = 10 Creditpoints		Integrativ organisieren Nachweisführung

Lernaufgabe für die Peer-Gruppe im Anschluss an Modul I:

Planung, Realisierung und Evaluation eines Beratungssettings im eigenen Arbeitsbereich.

Modul II

40 Ustd. (1 UE = 45 Min.)

plus 10 UE Selbsterfahrung

Theorie und Methodik (Richtlinie DGSF)

- Theoretische Grundlagen systemischer Beratung und unterschiedlicher Klientensysteme (Familien, Gruppen, Teams, Institutionen, Organisationen)
- Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen des systemischen Arbeitens
- Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Kompetenzziele

Die TeilnehmerInnen wissen um die theoretischen Grundlagen systemischer Beratung und unterschiedlicher Klientensysteme (Familien, Gruppen, Teams, Institutionen, Organisationen) und analysieren ihr persönliches und pflegeberufliches Handlungsfeld hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen systemischer Beratung

Die TeilnehmerInnen wissen um die historischen Grundlagen und die aktuellen Entwicklungen systemischen Arbeitens und setzen sie mit ihrem pflegeberuflichen Handeln in Beziehung.

Die TeilnehmerInnen wissen um soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen und leiten daraus zukünftiges Wachstum für systemisch-beraterische Kompetenzen im pflegeberuflichen Handlungsfeld ab.

Konkretisierungen im pflegerischen Kontext

Modul II 40 UE = 40 Creditpoints	(DGSF- Richtlinieninhalte) Theoretische Grundlagen systemischer Beratung und unterschiedli-	Der systemische Blick Was ist ein System? Systemisches Verständnis von Situationen in verschiedenen Kontexten Systemische Haltung
----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	cher Klientensysteme (Familien, Gruppen, Teams, Institutionen, Organisationen)	Systemisches Fragen Reflexive Übungen anhand des eigenen Familiensystems
	Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen des systemischen Arbeitens	Von der Familientherapie zur systemischen Therapie und Beratung Entwicklungslinien der Beratung in der beruflichen/professionellen Pflege (Beratung auf der Grundlage personenzentrierter Gesprächsführung, Verhaltenstheoretisch fundierte und kognitive Beratung, psychoanalytisch fundierte Beratung) Beratung und Therapie – zwei Seiten einer Medaille? Pflegerrelevante Beratungskonzepte (ressourcenorientierte, lösungsorientierte, präventions- und gesundheitsfördernde Konzepte)
	Soziale und gesellschaftliche Rahmenbedingungen	Kontexte und ihre Bedeutung für systemische Beratung und die eigene beraterische Kompetenzentwicklung Beratung in der Pflege, Pflegeberatung, systemische Beratung im Gesundheitssystem
Selbstreflexion 10 UE = 10 Creditpoints		Kybernetik 2. Ordnung: - Entwicklung selbstreflexiver Haltung – TN beziehen sich selbst in die Beobachtung der Systeme und Beziehungsmuster mit ein integrativ organisieren Nachweisführung

Lernaufgabe für die Peer-Gruppe im Anschluss an das Modul II:

Strukturelle Darstellung des eigenen Arbeitssystems

Reflexion der Bedeutung der verschiedenen Kontexte und deren Bedeutung für das beraterische Handeln im jeweiligen System (stationäre, teilstationäre, ambulante Pflege; präventive, kurative, rehabilitative und palliative Strategien in der Pflege, verschiedene Pflegeanlässe (akute oder chronische Erkrankung, Unfall oder Behinderung, Schwangerschaft oder Alter)

Modul III

40 Ustd. (1 UE = 45 Min.)

plus 10 UE Selbsterfahrung und 40 Ustd. Familienrekonstruktion

Theorie und Methodik (Richtlinie DGSF)

- Systemische Grundhaltungen
- Lösungs- und Ressourcenorientierung
- Prozessorientierung
- Kontextsensibilität
- Entwicklung einer professionellen, beraterischen Identität

Kompetenzziele

Die TeilnehmerInnen wissen um systemische Grundhaltungen und reflektieren ihre persönliche Grundhaltung auf dem Hintergrund der eigenen Familiengeschichte

Die TeilnehmerInnen wissen und die Prinzipien der Lösungs- und Ressourcenorientierung, der Prozessorientierung und der Kontextsensibilität im beraterischen Handeln und wenden diese auf ihre eigene berufliche/persönliche Entwicklung an.

Die TeilnehmerInnen wissen um die Anforderungen an eine professionelle beraterische Identität und entwickeln einen persönlichen Wachstumsprozess dahin.

Konkretisierungen im pflegerischen Kontext

Modul III 40 UE = 40 Creditpoints	Systemische Grundhaltungen	Beratungspraxis aus systemischer Sicht sowie therapienaher Beratungskonzepte (Grundlagen klientenzentrierter Gesprächsführung, verhaltenstheoretisch fundierte und kognitive Beratung, psychoanalytisch fundierte Beratung) Biographie systemischer Beratung und derzeitige Entwicklungslinien
	Lösungs- und Ressourcenorientierung, Prozessorientierung, Kontextsensibilität	Der Beratungsprozess Den Beratungsprozess anhand von krankheits- und/oder gesundheitsrelevanten Beratungssettings systemisch gestalten
	Entwicklung einer professionellen beraterischen Identität	Systemische Beratungskompetenz entwickeln Selbstreflexion und Feedback anhand identitätsstiftender Kriterien im pflegerischen Handlungsfeld Integrative Rollen der Berateridentität in pflegerischen Handlungsfeldern
Selbstreflexion 10 UE = 10 Creditpoints		
Familienrekonstruktion 40 UE = 40 Creditpoints		

Lernaufgabe für die Peer-Gruppe im Anschluss an Modul III: Erarbeiten der Anforderungen an die eigene Beraterpersönlichkeit und weitere Wachstumsschritte

Modul IV
plus 10 UE Selbsterfahrung

40 Ustd. (1 UE = 45 Min.)

Theorie und Methodik (Richtlinien der DGSP)

- Kontextanalyse
- Auftragsklärung
- Komplexe Systeme und ihre Vernetzung
- Analyse und Dynamik von Institutionen und Organisationen
- Veränderung und Krisen in Klientensystemen
- Qualitätssicherung

Kompetenzziele

Die TeilnehmerInnen wissen um die Bedeutung des Kontextes in der Beratung und reflektieren dies auf dem Hintergrund der eigenen Beratungspraxis. Sie können komplexe Systeme, ihre Vernetzungen und die Dynamik anhand eigener und/oder fremder Institutionen und Organisationen erkennen, einordnen und in ihrer Beratungspraxis berücksichtigen.

Die TeilnehmerInnen wissen um Strategien der Veränderungen und Krisenbewältigung in Klientensystemen und können sie in der Beratungspraxis anwenden.

Die TeilnehmerInnen wissen um die Anforderungen der Qualitätssicherung in der systemischen Beratung und beachten sie in der Beratungspraxis.

Konkretisierungen im pflegerischen Kontext

Aufbaumodul IV 40 UE = 40 Creditpoints	Kontextanalyse	Kontextualisierung von beraterischem Handeln Kontextanalyse anhand der Klientensysteme im pflegerischen Handlungsfeld
	Komplexe Systeme und ihre Vernetzung	Systemische Netzwerkarbeit Ausgehend vom Klientensystem im pflegerischen Kontext die Komplexität und Vernetzung im gesundheits- und Sozialwesen aufzeigen
	Analyse und Dynamik von Institutionen und Organisationen	Möglichkeiten und Grenzen systemischer Beratung in der beruflichen Rolle „Pflegefachkraft“ Analyse und Dynamik der eigenen Institution mit anderen Institutionen und Organisationen
	Auftragsklärung	Auftragsklärung/Kontrakt

		im Pflegeprozess unter Berücksichtigung der Selbstpflegekompetenzen nach Orem und der Homöostase nach Friedemann
	Qualitätssicherung	Qualitätssicherung Reflexive Übungen anhand der Anforderungen pflegerischer Handlungsfelder
Selbstreflexion 10 UE = 10 Creditpoints		Integrativ organisieren Nachweisführung

Lernaufgabe für die Peer-Gruppe im Anschluss an Modul IV.:

Ermittlung von Möglichkeiten und Grenzen für die systemische Beratung im eigenen pflegerischen Arbeitsbereich

Anmerkung:

Aufgrund einer Pressemitteilung der Deutsche Gesellschaft für Beratung / German Association for Counseling e.V. (DGfB) hat sich die Dachorganisation von heute 31 Verbänden vom 10.11.2009, auf einen Entwicklungsschritt für die curriculare Gestaltung von Weiterbildungen zum Thema Beratung eingelassen. Die DGfB hat als Mindestanforderung für Beratungsausbildungen beschlossen:

- Voraussetzung zur Teilnahme ist ein entsprechender Hochschulabschluss
- 570 theoretische und praktische Unterrichtsstunden, die auf die speziellen Erfordernisse des Arbeitsbereiches vorbereiten
- Mehrjähriger Weiterbildungsprozess
- (vgl. www.dachverband-beratung.de: DBfG Pressemitteilung vom 10.11.2009 Zugriff 22.07.2010)

Anhang 3: Beratungselemente nach dem Pflegeversicherungsgesetz SGB XI (in ungekürzter Form)

§ 7 Aufklärung, Beratung

(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen und Lebenspartner in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Mit Einwilligung des Versicherten haben der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Für die Beratung erforderliche personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung des Versicherten erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

(3) Zur Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der Ausübung seines Wahlrechts nach § 2 Abs. 2 sowie zur Förderung des Wettbewerbs und der Überschaubarkeit des vorhandenen Angebots hat die zuständige Pflegekasse dem Pflegebedürftigen unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Leistungen nach diesem Buch eine Vergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich die pflegerische Versorgung gewährleistet werden soll (Leistungs- und Preisvergleichsliste). Gleichzeitig ist der Pflegebedürftige über den nächstgelegenen Pflegestützpunkt (§ 92c), die Pflegeberatung (§ 7a) und darüber zu unterrichten, dass die Beratung und Unterstützung durch den Pflegestützpunkt sowie die Pflegeberatung unentgeltlich sind. Die Leistungs- und Preisvergleichsliste ist der Pflegekasse vom Landesverband der Pflegekassen zur Verfügung zu stellen und zeitnah fortzuschreiben; sie hat zumindest die für die Pflegeeinrichtungen jeweils geltenden Festlegungen der Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel und zur wohnortnahen Versorgung nach § 92c zu enthalten und ist von der Pflegekasse um die Festlegungen in den Verträgen zur integrierten Versorgung nach § 92b, an denen sie beteiligt ist, zu ergänzen. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen für ihn in seiner persönlichen Situation in Betracht kommen. Ferner ist der Pflegebedürftige auf die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen hinzuweisen. Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf sind in gleicher Weise, insbesondere über anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, zu unterrichten und zu beraten.

(4) Die Pflegekassen können sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach diesem Buch aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen; die Neutralität und Unabhängigkeit der Beratung ist zu gewährleisten.

§ 7a Pflegeberatung

(1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist es insbesondere,

1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinne dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.

(2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungs-

antrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.

(3) Die Anzahl von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein.

(4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis zum 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt ganz oder teilweise nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabenwahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.

(5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.

(6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,

4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie

5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.

§ 37 Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen

(1) Pflegebedürftige können anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Das Pflegegeld beträgt je Kalendermonat

1. für Pflegebedürftige der Pflegestufe I
 - a) 215 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 225 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 235 Euro ab 1. Januar 2012,
2. für Pflegebedürftige der Pflegestufe II
 - a) 420 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 430 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 440 Euro ab 1. Januar 2012,
3. für Pflegebedürftige der Pflegestufe III
 - a) 675 Euro ab 1. Juli 2008,
 - b) 685 Euro ab 1. Januar 2010,
 - c) 700 Euro ab 1. Januar 2012.

(2) Besteht der Anspruch nach Absatz 1 nicht für den vollen Kalendermonat, ist der Geldbetrag entsprechend zu kürzen; dabei ist der Kalendermonat mit 30 Tagen anzusetzen. Das Pflegegeld wird bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist. § 118 Abs. 3 und 4 des Sechsten Buches gilt entsprechend, wenn für die Zeit nach dem Monat, in dem der Pflegebedürftige verstorben ist, Pflegegeld überwiesen wurde.

(3) Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II halbjährlich einmal,
2. bei Pflegestufe III vierteljährlich einmal

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung, durch eine von den Landesverbänden der Pflegekassen nach Absatz 7 anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort oder eine von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegfachlicher Kompetenz nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht beschäftigte Pflegefachkraft abzurufen. Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden. Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen. Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 21 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 31 Euro. Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in

Anspruch zu nehmen. Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen, können halbjährlich einmal einen Beratungsbesuch in Anspruch nehmen; die Vergütung für die Beratung entspricht der für die Pflegestufen I und II nach Satz 4. In diesen Fällen kann die Beratung auch durch von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannte Beratungsstellen wahrgenommen werden, ohne dass für die Anerkennung eine pflegfachliche Kompetenz nachgewiesen werden muss.

(4) Die Pflegedienste und die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung. Der beauftragte Pflegedienst und die anerkannte Beratungsstelle haben dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen. Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3. Die Empfehlungen gelten für die anerkannten Beratungsstellen entsprechend.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

(7) Die Landesverbände der Pflegekassen haben neutrale und unabhängige Beratungsstellen zur Durchführung der Beratung nach den Absätzen 3 und 4 anzuerkennen. Dem Antrag auf Anerkennung ist ein Nachweis über die erforderliche pflegfachliche Kompetenz der Beratungsstelle und ein Konzept zur Qualitätssicherung des Beratungsangebotes beizufügen. Die Landesverbände der Pflegekassen regeln das Nähere zur Anerkennung der Beratungsstellen. Für die Durchführung von Beratungen nach Absatz 3 Satz 6 können die Landesverbände der Pflegekassen geeignete Beratungsstellen anerkennen, ohne dass ein Nachweis über die pflegfachliche Kompetenz erforderlich ist.

(8) Der Pflegeberater oder die Pflegeberaterin (§ 7a) kann die vorgeschriebenen Beratungseinsätze durchführen und diese bescheinigen.

§ 45 Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

(1) Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Die Kurse sollen Fertigkeiten für eine eigenständige Durchführung der Pflege vermitteln. Die Schulung soll auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden.

(2) Die Pflegekasse kann die Kurse entweder selbst oder gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen.

(3) Über die einheitliche Durchführung sowie über die inhaltliche Ausgestaltung der Kurse können die Landesverbände der Pflegekassen Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der Einrichtungen schließen, die die Pflegekurse durchführen.

§ 92c Pflegestützpunkte

(1) Zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten richten die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte ein, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt. Die Einrichtung muss innerhalb von sechs Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde erfolgen. Kommen die hierfür erforderlichen Verträge nicht innerhalb von drei Monaten nach der Bestimmung durch die oberste Landesbehörde zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines weiteren Monats den Inhalt der Verträge festzulegen; hierbei haben sie auch die Interessen der Ersatzkassen und der Landesverbände der Krankenkassen wahrzunehmen. Hinsichtlich der Mehrheitsverhältnisse bei der Beschlussfassung ist § 81 Abs. 1 Satz 2 entsprechend anzuwenden. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten haben keine aufschiebende Wirkung.

(2) Aufgaben der Pflegestützpunkte sind

1. umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme der bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote,
2. Koordinierung aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen,
3. Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote.

Auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen ist zurückzugreifen. Die Pflegekassen haben jederzeit darauf hinzuwirken, dass sich insbesondere die

1. nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch,
2. im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen,
3. im Land tätigen Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

an den Pflegestützpunkten beteiligen. Die Krankenkassen haben sich an den Pflegestützpunkten zu beteiligen. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger. Die Träger

1. sollen Pflegefachkräfte in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einbinden,
2. haben nach Möglichkeit Mitglieder von Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen in die Tätigkeit der Pflegestützpunkte einzubinden,
3. sollen interessierten kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen die Beteiligung an den Pflegestützpunkten

ermöglichen,

4. können sich zur Erfüllung ihrer Aufgaben dritter Stellen bedienen,
5. sollen im Hinblick auf die Vermittlung und Qualifizierung von für die Pflege und Betreuung geeigneten Kräften eng mit dem Träger der Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch zusammenarbeiten.

(3) Die an den Pflegestützpunkten beteiligten Kostenträger und Leistungserbringer können für das Einzugsgebiet der Pflegestützpunkte Verträge zur wohnortnahen integrierten Versorgung schließen; insoweit ist § 92b mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass die Pflege- und Krankenkassen gemeinsam und einheitlich handeln.

(4) Der Pflegestützpunkt kann bei einer im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtung errichtet werden, wenn dies nicht zu einer unzulässigen Beeinträchtigung des Wettbewerbs zwischen den Pflegeeinrichtungen führt. Die für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen werden von den Trägern der Pflegestützpunkte unter Berücksichtigung der anrechnungsfähigen Aufwendungen für das eingesetzte Personal auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung anteilig getragen. Die Verteilung der für den Betrieb des Pflegestützpunktes erforderlichen Aufwendungen wird mit der Maßgabe vereinbart, dass der auf eine einzelne Pflegekasse entfallende Anteil nicht höher sein darf, als der von der Krankenkasse, bei der sie errichtet ist, zu tragende Anteil. Soweit sich private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, nicht an der Finanzierung der Pflegestützpunkte beteiligen, haben sie mit den Trägern der Pflegestützpunkte über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte durch privat Pflege-Pflichtversicherte sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen Vereinbarungen zu treffen; dies gilt für private Versicherungsunternehmen, die die private Krankenversicherung durchführen, entsprechend.

(5) Der Aufbau der in der gemeinsamen Trägerschaft von Pflege- und Krankenkassen sowie den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen stehenden Pflegestützpunkte ist im Rahmen der verfügbaren Mittel bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss bis zu 45.000 Euro je Pflegestützpunkt zu fördern; der Bedarf umfasst auch die Anlaufkosten des Pflegestützpunktes. Die Förderung ist dem Bedarf entsprechend um bis zu 5.000 Euro zu erhöhen, wenn Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen nachhaltig in die Tätigkeit des Stützpunktes einbezogen werden. Der Bedarf, die Höhe des beantragten Zuschusses, der Auszahlungsplan und der Zahlungsempfänger werden dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen von den in Satz 1 genannten Trägern des Pflegestützpunktes im Rahmen ihres Förderantrags mitgeteilt. Das Bundesversicherungsamt zahlt die Fördermittel nach Eingang der Prüfungsmitteilung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen über die Erfüllung der Auszahlungsvoraussetzungen an den Zahlungsempfänger aus. Die Antragsteller haben dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen spätestens ein Jahr nach der letzten Auszahlung einen Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der Fördermittel vorzulegen.

(6) Das Bundesversicherungsamt entnimmt die Fördermittel aus dem Ausgleichs-

fonds der Pflegeversicherung bis zu einer Gesamthöhe von 60 Millionen Euro, für das jeweilige Land jedoch höchstens bis zu der Höhe, die sich durch die Aufteilung nach dem Königsteiner Schlüssel ergibt. Die Auszahlung der einzelnen Förderbeträge erfolgt entsprechend dem Zeitpunkt des Eingangs der Anträge beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel regelt das Bundesversicherungsamt mit dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch Vereinbarung.

(7) Im Pflegestützpunkt tätige Personen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere

1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77,
4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende

dürfen Sozialdaten nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.

(8) Die Landesverbände der Pflegekassen können mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen und den nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Rahmenverträge zur Arbeit und zur Finanzierung der Pflegestützpunkte vereinbaren. Die von der zuständigen obersten Landesbehörde getroffene Bestimmung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten sowie die Empfehlungen nach Absatz 9 sind hierbei zu berücksichtigen. Die Rahmenverträge sind bei der Arbeit und der Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen und der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen für die Altenhilfe und für die Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu beachten.

(9) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände können gemeinsam und einheitlich Empfehlungen zur Arbeit und zur Finanzierung von Pflegestützpunkten in der gemeinsamen Trägerschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sowie der nach Landesrecht zu bestimmenden Stellen der Alten- und Sozialhilfe vereinbaren.

8. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, Angelika (2000): Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation. In: Die Schwester & Der Pfleger, 39 (2000) 1: 56-59
- Abt-Zegelin, Angelika (2002): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. Sonderausgabe. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. S. 103 – 115.
- Arnold, Rolf (2007): Einführung in die systemische Pädagogik. AUDITORIUM Netzwerk, Mülheim, DVD
- Arnold, Rolf; Tutor Gómez, Claudia (2007): Grundlinien einer Ermöglichungsdidaktik. Bildung ermöglichen - Vielfalt gestalten. Ziel-Zentrum F. Interdis, Augsburg
- Arnold, Rolf; Schüßler, Ingeborg (1998): Wandel der Lernkulturen. Ideen und Bausteine für ein lebendiges Lernen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Asam, W.H., Altmann, U., Lutz-Gräber, C., Petroff, U. (1997): Beratung nach dem Landespflegegesetz. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Auerich, Gudrun et.al. (2007): Kompetenzentwicklung 2006: Das Forschungs- und Entwicklungsprogramm ‚Lernkultur Kompetenzentwicklung‘ Ergebnisse – Erfahrungen – Einsichten. Waxmann, Münster
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflPrV) vom 26. November 2002. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002 Teil I Nr. 81, ausgegeben zu Bonn am 29. November 2002, 4418 – 4428
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10. November 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003
- Bamberger, Günter (2005): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim
- Bamberger, Günter (2001): Lösungsorientierte Gesprächsführung 2. völlig neu und bearbeitete und erweiterte Auflage, Beltz, Weinheim
- Barlow, Julie (2007): Das „Expert Patient“ Programm aus Großbritannien. Der Patient als Experte. Großbritannien. In: Managed Care (2) 2007; (<http://www.fnc.ch/uploads/tx/userzsarchiv/09-das/expert/patient/online.pdf>) Letzter Zugriff 20.06.2010
- Barthelmeß, Manuel (2003): Von der Hybris zur Expertise. Was ist eigentlich Beratungskompetenz. In: Familiendynamik 4/2003, S.456-466

- Barthelmeß, Manuel (1996): Systemische Beratung. Beltz, Weinheim
- Bartholomeyczik, Sabine (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege Teil III. Pflege aktuell, 55 (2001) 7-8: 412-414.
- Bauer, Annemarie; Gröning, Katharina (Hg.)(2007): Die späte Familie. Intergenerationsbeziehungen im hohen Lebensalter. Psychosozial Verlag, Göttingen
- Bauer, Hans G, et.al. (2004): Lernen im Arbeitsalltag. Wie sich informelle Lernprozesse organisieren lassen. Beiträge zu Arbeit – Lernen – Persönlichkeitsentwicklung. VS Verlag, Bielefeld
- Becker, Frank / Reinhardt-Becker, Elke (2001): Systemtheorie. Eine Einführung für die Geschichts- und Kulturwissenschaft. Campus. Frankfurt/Main
- Behr, Maria (1997): Familiendynamische Aspekte in der ambulanten Pflege; In: Pflegedienste und Sozialstationen erfolgreich führen 04/2004 Bestell-Nr. 9; 1977
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält Menschen Gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Benner, Patricia et.al. (2000): Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Huber, Bern
- Benner, Patricia (1995): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Huber, Bern
- Biederbeck, Marliese (2006): Interaktion zwischen chronisch kranken Menschen und pflegenden Angehörigen, Dissertation, Universität Bremen
- Bohm, David (2008): Der Dialog: Das offene Gespräch am Ende der Diskussionen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Bolle, Bernhard (2007): Das Lernberatungsgespräch im bildungstheoretischen Blickwinkel. Waxmann, Münster
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973): Unsichtbare Bindungen – Die Dynamik familiärerer Systeme. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brüggemann, Helga; Ehret-Ivankovic, Kristina; Klütmann, Christopher (2006); Systemische Beratung in fünf Gängen. V&R, Göttingen
- Brunner, Ewald Johannes (Hg.); Schönig, Wolfgang (Hg.)(1990): Theorie und Praxis von Beratung. Pädagogische und psychologische Konzepte. Lambertus, Freiburg im Breisgau

- Brumlik, M (2000): Der Angehörige als Anwalt des pflegebedürftigen alten Mensch – Was meint advokatorische Ethik? In: Haus Neuland (Hg.): Tagungsdokumentationen – Ethische Aspekte der Angehörigenarbeit. Bielefeld
- Buck, Günther (1989) Lernen und Erfahrung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Bürgi, Andreas; Eberhart, Herbert (2006): Beratung als strukturierter Prozess. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Bürgi, Andreas, Eberhart, Herbert (2004): Beratung als strukturierter und kreativer Prozess. Ein Lehrbuch für die ressourcenorientierte Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Culley, Sue (2002): Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Beltz. Weinheim
- DBR - Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR) (Hrsg.) (2004): Vernetzung von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung. Berlin
- Dehnpostel, Peter (2007): Lernen im Prozess der Arbeit in Schule und Betrieb. Waxmann, Münster
- Deissler, Klaus G.; Gergen, Kenneth J. (Hg) (2004): Die wertschätzende Organisation. transcript. Bielefeld
- De Shazer, Steve (1989): Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie, Klett-Cotta, Stuttgart
- Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung - dip (2010): EDe - Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht des Projektträgers und der wissenschaftlichen Begleitung; Münster
- Dewe, Bernd (2005): Dimensionen pädagogischer Beratung. Aktuelle Entwicklung der Erziehungswissenschaften. (www.ccc-ag.de/cms/Downloads/Publikationen/Fachartikel/paedagogBeratung.pdf) Letzter Zugriff: 30.09.2010
- Döring-Meijer, Heribert (1999): Ressourcenorientierung – Lösungsorientierung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Drerup, Elisabeth (1990): Modelle der Krankenpflege. Materialien zur Krankenpflegeausbildung. Band 1, Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Elsevier (2004): Pflege Heute. 3. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München
- Elsevier 2007): Pflege Heute. 4. vollständig überarbeitete Auflage, Urban & Fischer, München

- Els, Andrea (2007): Angehörige im Pflegeprozess: Von der Störung zur Ressource, unveröffentl. Diplomarbeit KathO NRW
- Els, Andrea (2010): Sorge und Fürsorge der pflegenden Angehörigen – Wirkung in Pflege und Beratung. unveröffentlichte Masterthesis, KathO NRW
- Elsholz, Uwe; et. al.; Zimmer, Gerhard (Hg.) (2006): Berufsbildung heißt: Arbeiten und Lernen verbinden! Bildungspolitik Kompetenzentwicklung Betrieb. Waxmann, Münster
- Emme von der Ahe, Hartmut; Weidner, Frank; Laag, Ursula; Isfort, Michael; Meyer, Sinja Henrike (2010): Entlastungsprogramm bei Demenz. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Köln, Minden oder als Download unter www.dip.de sowie unter www.projekt-edc.de
- Erpenbeck, John; von Rosenstiel, Lutz (2003): Handbuch Kompetenzmessung – Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Schäffer Poeschel, Stuttgart
- Erpenbeck, John; Heyse, Volker (1999): Die Kompetenzbiographie – Strategien der Kompetenzentwicklung durch selbstorganisiertes Lernen und multimediale Kommunikation. Waxmann, Münster
- European Commission (2008): Commission staff working document. Demographic Report 2008: Meeting Social Needs in an Ageing Society. Brüssel. (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=502&newsId=419&furtherNews=yes>) Letzter Zugriff: 3.8.2010
- Faix, Werner; Laier, Angelika (1991): Soziale Kompetenz – Das Potenzial zum unternehmerischen und persönlichen Erfolg. Gabler, Wiesbaden
- Faulstich, Peter (2005): Lernwiderstand – Lernumgebung – Lernberatung: empirische Fundierungen zum Selbstgesteuerten Lernen. Bertelsmann
- Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja (2007): Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. V&R, Göttingen
- Fröse, Sonja (2010): Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Schlütersche, Hannover
- Galuske, Michael (1998): Methoden der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Juventa, München
- Geisbauer, Wilhelm (Hg.)(2004): Reteaming, Methodenhandbuch zur lösungsorientierten Beratung. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg

- Geiser, Kaspar (2004): Problem- und Ressourcenanalyse in der sozialen Arbeit: Eine Einführung in die systemische Denkfigur und ihre Anwendung. Interact Verlag, Freiburg im Breisgau
- Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der Bekanntmachung der Neufassung vom 25. August 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 44, ausgegeben zu Bonn am 4. September 2003. 1690-1696
- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 36, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003
- Geyer, Elke (2010): Pflegestützpunkte als Basis der ambulanten Schmerztherapie. In: Schmerztherapie. Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.-DGS. 26(2010) 2
- Geyer, Elke (2009): Systemische Beratung in der Pflege. Unveröffentlichte Bachelor-Thesis, KatHo NRW, Köln
- Giesecke, Hermann (2003): Pädagogik als Beruf. Grundformen pädagogischen Handelns. 8. Auflage. Juventa. Weinheim
- Gralow; Husstedt; Bothe; Evers; Hürter; Schilgen (2002): Schmerztherapie interdisziplinär. Pathophysiologie Diagnostik Therapie. Schattauer, Stuttgart, New York
- GKV Spitzenverband (Hg.)(2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008
- Goetze, Walter; et.al. (2002): Der dritte Lernort. Bildung für die Praxis, Praxis für die Bildung. H.e.p. Verlag, Bern
- Gräbel (2002): Psychosoziale Hilfsangebote für die Angehörigen Demenzkranker. In: Priller, J. (Hg): Beiträge zur klinischen Sozialarbeit. Alzheimer Demenz: Möglichkeiten der Hilfe. Tagungsbericht zum Aufbau eines Versorgungsnetzwerks, Bochum
- Gröning, Katharina; Kunstmann, Anne-Christin; Rensing, Elisabeth (2004) In guten wie in schlechten Tagen – Konfliktfelder in der häuslichen Pflege. Mabuse, Frankfurt a.M.
- Gröning, Katharina (1988): Entweihung und Scham. Grenzsituationen bei der Pflege alter Menschen. Mabuse, Frankfurt
- Gröning, Katharina; Kunstmann, Anne-Christin; Rensing, Elisabeth (2006): Häusliche Pflege im Blick – Handbuch zur Unterstützung der familialen Altenfürsorge und Pflege unter besonderer Berücksichtigung der Beratung. Mabuse, Frankfurt

- Hackl, Bernd (2000): Systemisch denken – pädagogisch handeln? Reichweite, Paradoxien und Selbstverständnisse eines populären Idioms. Studien-Verlag, Innsbruck
- Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule (2007)
- Hanswille, Reinert (2009): Systemische Hirngespinnste. Impulse für die systemische Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hantel-Quitmann, Wolfgang (1997): Beziehungsweise Familie. Band. 3 Gesundheit und Krankheit. Lambertus; Freiburg
- Henderson 1960 – siehe Seite 150
- Herringer, Norbert (2001): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Kohlhammer, Stuttgart
- Herwig-Lempp, Johannes (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Holoch, Elisabeth (2002): Situiertes Lernen und Pflegekompetenz. Huber, Bern
- Hosemann, Wilfried; Geiling, Wolfgang (2005): Einführung in die systemische soziale Arbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Hubrig, Christa; Herrmann, Peter (2005): Lösungen in der Schule. systemisches Denken in Unterricht, Beratung und Schulentwicklung. Carl-Auer, Heidelberg
- Hundenborn, Gertrud (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Elsevier GmbH, München
- Hundenborn, Gertrud; Kühn, Cornelia; Oelke, Uta (2003): Richtlinien für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen
- Hurrelmann, Klaus (Hg.); Laaser, Ulrich (Hg.); Razum, Oliver (Hg.)(2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage, Juventa, Weinheim-München
- Imber-Black, Eran; Roberts, Janinie; Whiting, Richard (2001): Rituale. 2. Auflage. Carl-Auer, Heidelberg
- Johns, Christopher; Poser, Märle (Hg.)(2004): Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Gemeinsam aus Erfahrungen lernen. Huber, Bern
- Kaiser, Arnim (1985): Sinn und Situation. Grundlinien einer Didaktik der Erwachsenenbildung. Klinkhardt. Bad Heilbrunn/Obb.

- Kaiser, Hansrüdi; Hundenborn, Gertrud; Brühe, Roland (2005): Wirksame Ausbildungen entwerfen. Das Modell der konkreten Kompetenzen. h.e.p. Verlag, Bern
- Kaiser, Hansrüdi (2005): Wirksames Wissen aufbauen. Ein integrierendes Modell des Lernens. h.e.p. Verlag, Bern
- KDA, (Kuratorium Deutsche Altershilfe) (Hg.)(2009): Bundesministerium für Gesundheit: Werkstatt Pflegestützpunkt. Aktueller Stand der Entwicklung von Pflegestützpunkten in Deutschland und Empfehlungen zur Implementierung und zum Betrieb von Pflegestützpunkten. 2. Zwischenbericht vom 27.Oktober 2009. Köln
- Kemper, Marita / Klein, Rosemarie (2998): Lernberatung. Schneider. Hohengrehen (http://www.diezeitschrift.de/32005/klein05_01.htm) Letzter Zugriff: 13.05.2010
- Klein, Rosemarie; Reutter, Gerhard (2004): Lernberatung als Lernprozessbegleitung in der beruflichen Weiterbildung – Voraussetzungen auf Einrichtungsebene In: Rohs Mathias; Käßlinger, Bernd (Hg): Lernberatung in der beruflich-betrieblichen Weiterbildung. Konzepte und Praxisbeispiele für die Umsetzung. Waxmann, Münster
- Klingovsky, Ulla (2009): Schöne neue Lernkultur: Transformation der Macht in Weiterbildung. Eine gouvernementalitätstheoretische Analyse. Transcript, Bielefeld
- Knelange Christel; Schieron Martin (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeführt? In: Pflege und Gesellschaft, 5.Jg. (2000) Nr.1
- Koch-Straube, Ursula (2008): Beratung in der Pflege. 2. vollständig überarbeitete Auflage, Huber, Bern
- Koch-Straube Ursula (2002): Beratung in der Pflege. In: Pflege & Gesellschaft. Sonderausgabe. Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. S. 81 – 88.
- Königswieser, Roswitha; Hillebrand, Martin (2004): Einführung in die systemische Organisationsberatung. Carl Auer, Heidelberg
- Kossack, Peter (2006): Lernen Beraten. Eine dekonstruktive Analyse des Diskurses zur Weiterbildung. Transcript, Bielefeld
- Kraphol, Lothar; Neumann, Margret; Baur, Jörg; Berker, Peter (Hg.)(2008): Supervision in Bewegung. Ansichten – Aussichten. Barbara Budrich, Opladen
- KMK (2007): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbil-

- dungsberufe. (http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungenbeschluesse/2007/2007_09_01-Handreich-R1pl-Berufsschule.pdf) Letzter Zugriff: 20.09.2010
- Kraus, Marlies (2010): Selbstgesteuertes Lernen: Neue Herausforderung für Lernende und Lehrende im Medienzeitalter. Grin Verlag, Norderstedt
- Kron-Klees, Friedhelm (2001): Familien begleiten von der Probleminszenierung zur Lösungsfindung. Lambertus, Freiburg
- Lindell, Marianne; Olsson, Henny (1999): Grundlegende Modelle in der Pflege. Theoretische Aspekte und praktische Beispiele. Altera Edition, Heidelberg
- Linker, Wolfgang (2009): Kommunikative Kompetenz. Weniger ist mehr! Gabal, Offenbach
- Lipitt, Gordon; Lipitt, Ronald (1999): Beratung als Prozess. Was Berater und Kunden wissen müssen. 3. neubearbeitete und erweiterte Auflage. Rosenberger Fachverlag, Leonberg
- Loebe, Herbert; Severing, Eckhart (2008): Stand und Perspektiven der Qualifizierungsberatung. Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) GmbH, Bielefeld
- London, Fran (2003): Informieren, Schulen und Beraten. 1. Auflage, Huber, Bern; Übersetzt von: (1999) No time to teach. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia-New York-Baltimore
- Löser, Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher. 2. Auflage, Schlütersche, Hannover
- Löwisch, Dieter-Jürgen (2000): Kompetentes Handeln. Bausteine für eine lebensweltbezogene Bildung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Luhmann, Niklas / Schorr, Karl Eberhard (1999): Reflexionsprobleme im Erziehungssystem. 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt / Main
- Luhmann, Niklas (2009): Einführung in die Systemtheorie. Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg Lizenzausgabe für die Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Lumma, Klaus (Hg.)(1999): Counseling – Theorie und Praxis der Beratungspädagogik. Sonderausgabe 1/99; 22. Jg. IHP-Bücherdienst, Eschweiler
- Lummer, Christian (2001): Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Pflegequalität sichern – Berufszufriedenheit verstärken. Schlütersche, Hannover
- Mandl, Heinz / Gerstenmaier, Jochen (Hrsg) (2000): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze. Hogrefe. Göttingen

- Mamerow; Ruth (2008): Praxisanleitung in der Pflege. 2. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg
- Mehlmann, Ralf; Röse, Oliver (2000): Das LOT-Prinzip. Lösungsorientierte Kommunikation im Coaching mit Teams und in Organisationen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Meier-Gantenbein, Karl F.; Späth, Thomas (2006): Handbuch Bildung, Training und Beratung. Beltz, Weinheim
- Mensdorf, Birte (2002): Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe, Konzepte, Probleme, Lösungen. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Kohlhammer, Heidelberg
- Mertin, Matthias; Müller, Irene; Beier, Jutta (2005): Der Begriff „Beratung“ in der Pflege. „Counselling“ in nursing – an analysis of determining characteristics. In: Pflegezeitschrift, Dokumentation Pflegewissenschaft, Kohlhammer, 2 (2/2005) 58. Jhg
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.)(1996): Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen, Duisburg
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW. Düsseldorf
- Ministerium für Gesundheit, Soziales Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003): Entwurf einer empfehlenden Ausbildungsrichtlinie für die Altenpflegeausbildung. Düsseldorf
- Möller, Heidi; Hausinger, Brigitte (2009): Quo vadis Beratungswissenschaft? VS Verlag für Sozialwissenschaft, Wiesbaden
- Müller-Mundt, Gabriele; et.al. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft, 5 (2000) 2: 42-53
- Mutzek, Wolfgang (2005): Kooperative Beratung. Beltz, Weinheim
- Mutzek, Wolfgang; Jörg Schlee (Hg.)(2008): Kollegiale Unterstützungssysteme für Lehrer. Gemeinsam den Schulalltag bewältigen. Kohlhammer, Stuttgart
- Mücke, Klaus (2003): Probleme sind Lösungen: Systemische Beratung und Psychotherapie – ein pragmatischer Ansatz; Lehr- und Lernbuch. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Mücke Ökosysteme-Verlag, Potsdam
- Neuweg, Georg Hans (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr- lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Waxmann, Münster

- Nestmann, Frank; Engel, Frank; Sickendick, Ursel (Hg.)(2004): Das Handbuch der Beratung. Band 1 + 2. DGVT, Tübingen
- Nestmann, Frank; Engel, Frank (2002): Die Zukunft der Beratung. DGVT, Tübingen
- Nestmann, Frank; Engel, Frank (1997): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. DGVT, Tübingen
- Nolda, Sigrid (1996): Erwachsenenbildung in der Wissensgesellschaft. Klinkhardt. Bad Heilbrunn
- NRW, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1996): Das Landespflegegesetz Nordrhein Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen, Düsseldorf
- Oevermann, Ulrich (1981): Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Transkription eines Vortrags im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der FU Berlin. Berlin
- Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz. Hans Huber. Bern
- Olk, Thomas (1989): Abschied von Experten – Sozialarbeit auf dem Weg zu einer alternativen Professionalität. Juventa, München
- Palm, Jörg (2001): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien in Beratungsgesprächen. In: Wichter, Sigurd; Antos, Gerd (Hg.): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Lang, Frankfurt am Main
- Pätzold, Henning (2004): Lernberatung und Erwachsenenbildung. Schneider, Hohengehren
- Pezzi, Martin (2002): Lernberatung: Der Begriff der Lernberatung in der Erwachsenenbildung Deutschlands zwischen 1996 und 2001. Frankfurt
- Pfeifer-Schaupp, Ulrich (Hg.)(2002) Systemische Praxis; Modelle – Konzepte – Perspektiven. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Pfeifer-Schaupp, Ulrich (Hg.)(1995): Jenseits der Familientherapie – Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit. Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Pinquart, Sörensen (2005): Belastungen pflegender Angehöriger, Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In: Otto, Ulrich; Bauer, Petra (Hg.): Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Tübingen, Band 1, S. 617–637
- Pöggeler, Franz (1999): Perspektiven einer neuen Beratungspädagogik In: Klaus Lumma: Counseling. Theorie und Praxis der Beratungspädagogik. IHP-Bücherdienst, Eschweiler

- Poser, Märle; Schneider, Cordula (Hg.)(2005): Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegemanager und Pflegepädagogen. Huber, Bern
- Radebold, Hartmut (Hg.)(1997): Altern und Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, Zürich
- Radebold, Hartmut (1992): Psychodynamik und Psychotherapie Älterer: psychodynamische Sicht und psychoanalytische Psychotherapie 50-75jähriger. Springer Verlag, Berlin
- Radke, Karin (2008): Praxisbegleitung in der Pflegeausbildung. Theoretische Grundlagen und praktische Umsetzung. Kohlhammer, Stuttgart
- Rappe-Giesecke, Kornelia (2008): Triadische Karriereberatung: Die Begleitung von Professionals, Führungskräften und Selbstständigen. EHP Verlag, Bergisch Gladbach
- Rat der europäischen Union und die im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedsstaaten (2008): Entwurf einer Entschließung des Rates vom 21. November 2008 und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten zu einer besseren Integration lebensumspannender Beratung in die Strategien für lebenslanges Lernen, veröffentlicht im Amtsblatt der Europäischen Union, C 319/4 DE, vom 13.12.2008
- Rauner, Felix (2002): Berufliche Kompetenzentwicklung – vom Novizen zum Experten. (http://www.sbs-gi.de/materialien/content/Rauner_Novize.pdf) Letzter Zugriff: 30.09.2010
- Rauner, Felix (2003): Ausbildungspartnerschaften als Regelmodell für die Organisation der dualen Berufsausbildung? ITB-Forschungsberichte 12/2003 (http://www.itb.uni-bremen.de/fileadmin/Download/publikationen/forschungsberichte/fb_12_03.pdf) Letzter Zugriff: 30.09.2010
- Rauner, Felix (2004) Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. ITB-Forschungsberichte 14/2004 (http://www.itb.uni-bremen.de/fileadmin/Download/publikationen/forschungsberichte/fb_14_04.pdf) Letzter Zugriff: 30.09.2010
- Rauner, Felix (2003): Erste Ideen für einen Aufsatz: „Situierendes Lernen und berufliche Kompetenzentwicklung“ (http://www.itb.uni-bremen.de/downloads/Forschung/Kolloquien/coll_10_03_rauner.pdf) Letzter Zugriff: 30.09.2010
- Reichel, Rene (Hg.) (2005): Beratung Psychotherapie Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Facultas, Wien

- Renneke, Sandra (2000): Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen. Eine kommentierte Bibliographie deutschsprachiger Literatur für Pflegende. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Richter, Christoph (1995): Schlüsselqualifikationen. Sandmann, Alling
- Ritscher, Wolf (2006): Einführung in die Systemische Soziale Arbeit mit Familien. Carl-Auer, Heidelberg
- Ritscher, Wolf (1992): Vorsätze und psychoanalytische Psychotherapie 50-75jähriger. Berlin
- Roes, M. (2004): Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis. Hans Huber. Bern
- Rohs, Mathias; Käßlinger, Bernd (Hg.) (2004): Lernberatung in der beruflich-betrieblichen Weiterbildung. Konzepte und Praxisbeispiel zur Umsetzung. Waxmann, Münster
- Rose, Andrea (2005): Wissenstransfer in der Pflegeausbildung – eine kritische Bestandsaufnahme. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Köln
- Safranski, Rüdiger (2009): Ein Meister aus Deutschland, Heidegger und seine Zeit. Frankfurt
- Sauer-Schiffer, Ursula (Hg.) (2004): Bildung und Beratung. Beratungskompetenz als neue Herausforderung für Weiterbildung und außerschulische Jugendbildung. Waxmann, Münster
- Sautter, Christiane (2009): Systemische Beratungskompetenz: Ein Lehrbuch. Verlag für Systemische Konzepte
- Schaeffer (2001): Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. In: Psychomed – Zeitschrift für Psychologie und Medizin, Jg. 13, H. 4, S. 242–249
- Schewior-Popp, Susanne (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen in Rehabilitationsberufen. Thieme, Stuttgart
- Schiersmann, Christiane (2007): Stärkung der wissenschaftlichen Fundierung und der Professionalität als Herausforderungen für die Beratung im Feld Bildung, Beruf, Beschäftigung. In: dvd, 2/2007, S.46-50
- Schiersmann, Christiane; Bachmann, Miriam; Dauner, Alexander; Weber, Peter (2008): Qualität und Professionalität in Bildungs- Berufsberatung. Bertelsmann, Bielefeld
- Schischkoff, Georgi (1991): Philosophisches Wörterbuch. Kröner. Stuttgart

- Schlee, Jörg (2004): Kollegiale Beratung und Supervision für pädagogische Berufe. Hilfe zur Selbsthilfe. Kohlhammer, Stuttgart
- Schmidhauer, Bernhard (2008): Wolfs Soziale-Leitfäden. Aus der Praxis – für die Praxis. Soziale Pflegeversicherung SGB XI. 8. Auflage, Leitfadenverlag Sudholt, Berg
- Schmitz, Lilo (2000): Lösungsorientierte Gesprächsführung. Brühl
- Schnebel, Stefanie (2007): Professionell beraten. Beratungskompetenz in der Schule. Beltz, Weinheim
- Schneider, Kordula (2005): Beratungskonzepte. In: Poser, Märle; Schneider, Kordula (Hg.): Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Arbeitsbuch für Pflegemanager und Pflegepädagogen. 1. Auflage, Huber, Bern
- Schützenberger, Anne Ancelin (2010): Oh, meine Ahnen! Wie das Leben unserer Vorfahren in uns wiederkehrt. Sechste Auflage. Carl-Auer.Heidelberg
- Schwarz, Norbert, Sommer, Bettina (2009): Auswirkung des demographischen Wandels – Daten der amtlichen Statistik. In: Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 6 / 2009
- Schwing, Rainer; Fryszer, Andreas (2006): Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Seeberger, Bernd et.al. (2009): In Würde altern. Mabuse, Frankfurt
- Seel, Hans-Jürgen (2009): Professionalisierung von Beratung- Fragen und Thesen in: dvb-forum 1/2010 Schwerte
- Seidel, Gabriele; Dierks, Marie-Luise (2005): Ergebnisse zur Evaluation der Modellprojekte der unabhängigen Patientenberatung und Nutzerinformation nach § 65b SGB V. –Nutzerbefragung-. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Hannover
- Seres-Hottinger, Ursula / Holenstein, Hildegard (o.A.): Berufliche Ausbildung im Praxisfeld des Gesundheitswesens. Theoretische Hintergründe und exemplarische Beispiele aus der Praxis sowie Empfehlungen. (www.redcross.ch/data/info/pubs/pdf/redcross_104_de.pdf) Letzter Zugriff 01.09.2010
- SGB V: (http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html) Letzter Zugriff: 15.09.2010
- SGB XI : (http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html) Letzter Zugriff: 20.9.2010

- Siebert, Horst (2009): Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung: Konstruktivistische Perspektiven. Ziel. Augsburg
- Siebert, Horst (2003): Vernetztes Lernen. Systemisch-konstruktivistische Methoden der Bildungsarbeit. Wolters, München
- Siebert, Horst (2001): Selbstgesteuertes Lernen und Lernberatung: Neue Lernkulturen in Zeiten der Postmoderne. Luchterhand, Neuwied
- Sikora, Jürgen (2003): Zukunftsverantwortliche Bildung. Bausteine einer dialogisch-sinnkritischen Pädagogik. Königshausen & Neumann. Würzburg
- Simon, Fritz B. (2009): Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. 4. Aufl. Carl-Auer-Verlag. Heidelberg
- Simon, Fritz B.; Rech-Simon, Christel (1999): Zirkuläres Fragen: Systemische Therapie in Fallbeispielen: ein Lernbuch. Carl-Auer, Heidelberg
- Singe, Georg (2008): Differenzen erzeugen Systeme: Anmerkungen zur Abgrenzung von systemischer Beratung und Therapie. S. 232-238 in: ZSTB,H.4. 26
- Spitzer, Manfred (2007): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Elsevier, München
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hg.)(2008): Demographischer Wandel in Deutschland, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Wiesbaden
- Stemmer, Renate (1999): Ganzheitlichkeit in der Pflege – unerreicht, da unerreichbar?. In: Pflege & Gesellschaft, 4.Jg. (1999) Nr.4, S. 86-91
- Strobel, Claudia (2010): Neo-institutionalistische Perspektiven in der Bildungsberatung. Eine empirische Studie am Beispiel der Bildungs- und Weiterbildungsberatungsstelle in München. Lit Verlag. Berlin
- Tietgens, Hans (1991): Einleitung in die Erwachsenenbildung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Titzmann, M. (1993) Strukturelle Textanalyse. Fink/UTB. München
- TÜV Rheinland (2010): Gesundheits- und Pflegeberater (TÜV)/ Gesundheitsberater (TÜV). Inklusive Pflegeberater nach § 7a SGB XI. Berufsbegleitende Weiterbildung. (<http://www.tuv.com/de/pflegeberater.html>) Letzter Zugriff: 5.08.2010
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD): Das UPD-Beratungsprofil (www.unabhaengige-patientenberatung.de) Letzter Zugriff: 29.06.2010

- Unabhängige Patientenberatung in Deutschland: 2. Zwischenbericht zur Wissenschaftlichen Begleitung des Modellverbundes nach § 65 b SGB V (www.unabhaengige-patientenberatung.de)
- Veit, Annegret (2004): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Huber, Bern
- Von Saldern, Matthias (1998): Führen durch Gespräche. Schneider-Verlag, Hohengehren
- Von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen (2009): Systemische Interventionen. Vandenhoeck & Ruprecht, Stuttgart;
- Von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen (2007): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 10. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen (2003): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. 9. Auflage, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Von Schlippe, Arist et.al.; Böhmer, Norbert (Hg.)(1995): Zugänge zu familiären Wirklichkeiten Eine Einführung in die Welt der systemischen Familientherapie. Systema, Sonderheft 1, Institut für Familientherapie, Weinheim
- Wahl, Diethelm (2006): Lernumgebungen erfolgreich gestalten. Vom trägen Wissen zum kompetenten Handeln. 2. Auflage mit Methodensammlung. Klinghardt, Bad Heilbrunn
- Walker, Wolfgang (1996): Abenteuer Kommunikation. Bateson, Perls, Satir, Erickson und die Anfänge des Neurolinguistischen Programmierens (NLP). Klett-Cotta, Stuttgart
- Warschburger, Petra (Hg.)(2008): Beratungspsychologie. Springer, Heidelberg
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (2003): Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. Huber, Bern
- Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - Eine empirische Untersuchung der beruflichen Voraussetzungen und Perspektiven der Krankenpflege. Mabuse; Frankfurt/Main
- Weidner, Ströbel (2003): Ansätze zur Pflegeprävention, Schlütersche, Hannover
- Welter-Enderlin, Rosemarie (Hg.); Hildenbrand, Bruno (Hg.)(1998): Gefühle und Systeme: die emotionale Rahmung beraterischer und therapeutischer Prozesse. Carl-Auer, Heidelberg

- Welter-Enderlin, Rosemarie; Hildenbrand, Bruno (1997): Systemische Therapie als Begegnung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wichter, Sigurd; Antos, Gerd (Hg.)(2001): Wissenstransfer zwischen Experten und Laien. Umriss einer Transferwissenschaft. Lang Verlag, Frankfurt am Main
- Wiesner, Gisela; Wolter, Andrä (Hg.)(2005): Die lernende Gesellschaft. Lernkulturen und Kompetenzentwicklung in der Wissensgesellschaft. Juventa, Weinheim
- Wittneben, Karin (2003): Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfortbildung. Peter Lang. Frankfurt/Main
- Wollersheim, Heinz-Werner (1993): Kompetenzerziehung: Befähigung zur Bewältigung. Peter Lang GmbH. Frankfurt / Main
- Wöll, Gerhard (2004): Handeln: Lernen durch Erfahrung. Baltmannsweiler. Schneider Verlag Hohengehren
- Zander, Britta; Knorr, Michael (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Zank, Schacke (2006): Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER) Abschlussbericht, Phase 2. Universität Siegen. Online verfügbar unter http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf, zuletzt geprüft am 25.06.2009.
- Zerbe, Petra; Heisterkamp, Ulrich (1995): Pflege-Personalregelung: ein Leitfaden zur praktischen Anwendung der Stellenplanberechnung im Pflegedienst. Schlütersche, Hannover
- Zwicker-Pelzer, Renate (2010): Beratung in der sozialen Arbeit. Klinkhardt, UTB, Bad Heilbrunn, Stuttgart
- Zwicker-Pelzer, Renate (2008): Systemische Beratung. Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung. 26 Jg. 10/2008

Autorinnen

Elke Geyer

Krankenschwester, Schmerzmanagerin, Pflegewissenschaftlerin B.Sc., Freiberufliche Pflegedozentin, demnächst: M.A. Lehrerin Pflege und Gesundheit, Katholische Hochschule Köln

Andrea Rose

Kinderkrankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Diplom-Berufspädagogin, Systemische Beraterin (DGSF), Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege

Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer

Professorin für Beratung und Erziehungswissenschaft im Fachbereich Gesundheitswesen der Kath. Hochschule NRW, Dipl.-Päd., Dipl.Soz.-Päd., Supervisorin (DGSF/DGSv), Familientherapeutin (DGSF), Lehrberaterin (DGSF); Berufspolitische Referentin für Beratung der DGSF, Vorstandsmitglied der VHBC

Studiengangsleiterin: Master of Counseling, KatHo- NRW

Unter Mitarbeit von :

Ursula Laag

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im
Deutschen Institut für Pflegewissenschaft (DIP) Köln