

Beratung in der Pflege
Patientenorientierung -
(k)ein Thema für Beratungskonzepte in der Pflege?

Diplomarbeit zur Erlangung des Grades
Diplom-Pflegepädagoge (FH)

Studiengang Pflegepädagogik
Katholische Fachhochschule Freiburg



Martin Huber Diplom Pflegepädagoge (FH)

Alm 21

D-77704 Oberkirch-Ödsbach

Tel.: (07802) 70 11 09

e-mail: Huber.Martin@pflegepaedagoge.de

Internet: <http://www.pflegepaedagoge.de>

Februar 2005

For the first time it was brought to the attention of those caring for the sick that their responsibilities covered not only the administration of medicines and the application of poultices, but the proper use of fresh air, light, warmth, cleanliness, quiet, and the proper selection and administration of diet. Miss Nightingale is outspoken on these subjects as well as one other factors that she considers essential to good nursing. But, whatever her topic, her main concern and attention is always on the patient and his needs.

Margret B. Dolan 1946

Paperbound

Notes on Nursing by Florence Nightingale

Danksagung

An dieser Stelle gilt mein Dank allen die mich im Schreiben dieser Diplomarbeit unterstützt und begleitet haben.

Dies sind besonders Herr Prof. Dr. Brandenburg und Herr Prof. Dr. Schmerfeld. Sie betreuten meine Diplomarbeit. Im gegenseitigen Austausch konnte ich meine Gedanken weiterentwickeln. Ein im dritten Semester bei Herrn Brandenburg im Fach Pflegewissenschaft gehaltenes Referat zum Thema Beratung in der Pflege kann als Initialzündung für mein Interesse an diesem Thema gesehen werden.

Natascha Herr (Basel), Katy Kuon (Hamburg) und Dominique Knopf-Woernle (Stuttgart) unterstützten mich durch interessante Gespräche in der Auseinandersetzung mit diesem Thema.

Danken möchte ich den Beratungsteams der Staufenburgklinik in Durbach, der St.-Josefsklinik in Offenburg und im Bethanien-Krankenhaus in Heidelberg. Die Bereitschaft Informationsmaterialien und Schulungskonzepte zu geben und sich auf einen nicht selten kritischen Austausch einzulassen half mir manche Hürde in der thematischen Auseinandersetzung zu überwinden.

Bedanken möchte ich mich besonders bei meiner Ehefrau. Als exam. Krankenschwester selbst in der Schulung und Beratung von Patienten tätig konnte sie mir zahlreiche zusätzliche Einblicke in dieses Aufgabenfeld der Pflege geben und unterzog mein idealisiertes Bild einer Pflegeberatung einer realistischen Korrektur.

Oberkirch, Juni 2003

Martin Huber

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	1
1 BERATUNG IN DER PFLEGE	3
1.1 aktuelle Diskussionen.....	4
Legitimation der Patientenberatung	4
Defizite der Beratung in der Pflege	6
1.2 Und die Perspektive der Betroffenen?	7
2 ABKLÄRUNG VON BEGRIFFLICHKEITEN	9
2.1 Wer ist der Betroffene?	9
2.2 Definitionen von Beratung.....	11
2.2.1 aus einer psychologischen Perspektive	11
2.2.2 eine pädagogische Betrachtung	11
2.2.3 aus pflegewissenschaftlicher Perspektive	12
2.3 Abgrenzungen von Beratung gegenüber	14
2.3.1 Information.....	14
2.3.2 Schulung	15
2.3.3 Therapie.....	17
2.3.4 Persönliches Beratungsverständnis	18
2.4 Patientenorientierung	22
2.4.1 Partizipation.....	25
2.4.2 Hilfe zur Selbsthilfe	29
2.4.3 Empowerment	30
2.4.4 Freiwilligkeit.....	32
2.5 Beratungskompetenzen	34
2.5.1 Empathie.....	35
2.5.2 unbedingte Wertschätzung	36
2.5.3 Kongruenz/Echtheit.....	37
2.5.4 diagnostische Kompetenz	37
2.5.5 Reflexive Kompetenz.....	39
2.6 Beratungskonzepte	40
2.6.1 Diabetesberatung	43
2.6.2 (In)Kontinenzberatung	44
2.6.3 Stomaberatung	45
2.7 Zusammenfassung	50

3	BEWERTUNGSRASTER BETROFFENENPERSPEKTIVE	51
4	ERGEBNISSE	56
4.1	Diabetesberatung.....	56
4.2	(In)Kontinenzberatung.....	59
4.3	Stomaberatung	62
4.4	Die Konzepte im Vergleich	65
5	CHANCEN UND GRENZEN DER BERATUNG	68
5.1	Ziele.....	68
5.2	Zielgruppe	71
5.3	Inhalte.....	75
5.4	Procedere.....	78
5.5	Kompetenzen der Pflegenden	81
5.6	Zusammenfassung	89
5.6.1	Diskussion um Beratungskonzepte	89
5.6.2	Relevanz für die Beratungspraxis.....	92
5.6.3	Checkliste Patientenperspektive	95
6	RESÜMEE	96
7	LITERATURVERZEICHNIS	106
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	111
	INTERNETADRESSEN	112
	ANLAGEN	116

Vorwort

Bereits im Krankenpflegegesetz von 1985 wurden Information, Beratung und Schulung von Patienten als Aufgabengebiet der Pflege verankert, in dem die Ausbildung auf die „Anleitung und Anregung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ gerichtet sein soll. § 37 SGB XI erwähnt ausdrücklich die Beratung und Unterstützung von pflegenden Angehörigen bei der häuslichen Pflege als Aufgabe professioneller Pflege. Neben diesen gesetzlichen Entwicklungen waren Anstöße aus der Fachdiskussion bedeutsam, in denen einerseits die mangelnde Präsenz und Qualifikation von Pflegenden bei der Beratung und Schulung thematisiert wird und andererseits die Notwendigkeit der aktiven Beteiligung der Pflege in Beratungssituationen – auch in Konkurrenz zu anderen Disziplinen (Psychologie, Sozialarbeit etc.) - betont wird. Schließlich ist die Situation von Patienten anzusprechen, insbesondere der Rollenwechsel vom Konsumenten zum aktiven Partner im Pflegeprozess (Stichwort: Kundenorientierung), die einen erhöhten Informations- und Beratungsbedarf zur Konsequenz gehabt haben. Die Rolle von Patienten und Angehörigen hat sich gewandelt, und speziell in der Pflege und Versorgung chronisch Kranker und alter Menschen sind Betroffene und pflegende Angehörige mit einer Vielzahl von Fragen konfrontiert, die ohne fachliche Begleitung nicht beantwortet werden können. An dieser Stelle setzt die Arbeit von Martin Huber an, dessen integrativer Beratungsbegriff die Patientenorientierung in den Vordergrund rückt. Als Grundannahme für die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive werden von Huber die Prinzipien Partizipation, Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment und Freiwilligkeit vorgestellt. Mit diesem Fokus hebt sich die Arbeit wohltuend von vielen Veröffentlichungen in der pflegerischen Fachpresse ab, welche Beratung als neues Aufgabenprofil für die Pflege im Grunde für berufspolitische Interessen instrumentalisieren. Für Huber steht der Patient im Zentrum und die für eine Beratung erforderlichen Kompetenzen. Verwiesen wird diesbezüglich auf Konzepte, die in klientenzentrierten Ansätzen populär geworden sind (Empathie, unbedingte Wertschätzung, Kongruenz/Echtheit) – ergänzt und erweitert durch diagnostische und reflexive Kompetenz. Huber entwickelt jedoch nicht nur einen theoretischen Bezugsrahmen, sondern präsentiert und diskutiert empirisches Material. Nach ausführlicher Literaturrecherche und zahlreichen Anfragen bei zentralen Stellen (u. a. Deutscher Diabetiker Bund; ILCO [Interessensvertretung der Stomaträger in Deutschland]; Patienteninformationszentren in Lüdenscheid und München) sowie

persönlichen Anfragen bei Kliniken vor Ort stellte sich heraus, dass Beratungskonzepte für die Pflege im engeren Sinne nicht existieren. Allerdings liegen zahlreiche Schulungs- und Informationsmaterialien vor, die als Grundlage für Beratungsgespräche in verschiedenen Settings eingesetzt werden. Huber analysiert diese Unterlagen kritisch und kommt zu dem Schluss, dass in den meisten Ansätzen und Konzepten eine Krankheitszentrierung dominant ist und die Patientenorientierung sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Während bei der „Diabetesberatung“ die Erfassung der Bedürfnisse des Patienten weitgehend auf Krankheitszeichen beschränkt bleibt, so bieten „Stoma- und Inkontinenzberatungen“ eine sehr detaillierte Anamnese körperlicher und psychosozialer Aspekte und sind vom methodischen Anspruch und von der Evaluation der Maßnahme differenziert auf die Situation des Patienten ausgerichtet. Insgesamt stellt die Arbeit von Huber eine gute Einführung in wichtige Bereiche der Beratung in der Pflege dar, sensibilisiert für einen kritischen Umgang mit Beratungskonzepten und bietet eine konkrete Orientierung zur Berücksichtigung der Patientenperspektive.

Prof. Dr. Hermann Brandenburg

Prodekan

Fachbereich Pflege

Katholische Fachhochschule Freiburg

1 Beratung in der Pflege

Einführende Worte

Als Einstieg in die Thematik dieser Diplomarbeit dient ein kurzer Abriss der derzeitigen Diskussion um Beratung in der Pflege.

Definitionen aus der Psychologie, der Sozialen Arbeit und der Pflegewissenschaft werden darauf hin untersucht, in welcher Weise sie auf die Perspektive der betroffenen kranken und alten Menschen eingehen. Daraus werden Rückschlüsse gezogen, wie die zu Beratenden und deren individuellen Perspektiven berücksichtigt werden können, um daraus abzuleiten, was unter Patientenorientierung zu verstehen ist und welche Kompetenzen für eine patientenorientierte Beratung entwickelt werden sollten.

Im Rahmen der Patientenberatung bzw. Beratung in der Pflege ist von Information, Schulung und auch Therapie die Rede. Dies sind Begriffe, die als Erklärung für Beratung herangezogen, manchmal sogar synonym zu Beratung gesehen werden. Diese ambivalente Art der Definition von Beratung wird einer differenzierten Betrachtung unterzogen.

Kurz wird darauf eingegangen, warum Beratungskonzepte hilfreich sein können, herauszufinden, wie die Perspektive des Betroffenen in einer von Pflegenden durchgeführten Beratung berücksichtigt wird. Beratungsansätze aus der Psychologie (klientenzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie, etc.) und der Sozialen Arbeit werden herangezogen, um Kriterien zu identifizieren, an denen Patientenorientierung sichtbar wird.

Das entwickelte Bewertungsraster Berücksichtigung der Betroffenenperspektive dient der Untersuchung von Beratungskonzepten aus der Pflege, um festzustellen in wie weit sie die Sichtweise der Betroffenen berücksichtigen.

Die Ergebnisse sollen aufzeigen, welche Chancen derzeitige Beratungskonzepte aufweisen und welche Rückschlüsse sich daraus ziehen lassen, um Strategien zur Etablierung von Beratung in der Pflege zu entwickeln. Andererseits ist zu überprüfen, ob an eine Patientenberatung, die von Pflegenden durchgeführt wird, nicht zu hohe Erwartungen gestellt werden und letztendlich das Ziel einer patientenorientierten Beratung, welche die Perspektive des Betroffenen berücksichtigt, als nicht realisierbar angesehen werden muss.

1.1 *aktuelle Diskussionen*

Die Beratung von Patienten, welche an chronischen Erkrankungen leiden bzw. pflegebedürftig sind, ist in den letzten Jahren zunehmend Gegenstand zahlreicher Publikationen und Veröffentlichungen in Pflegefachzeitschriften in Deutschland geworden. Themen und Fragestellungen im Rahmen der Pflegeberatung widmeten sich unter anderem den originären Aufgaben, die nur Pflegenden vorbehalten sein sollten, der Begründung für eine Patientenberatung, welche nur von Pflegenden durchgeführt wird und der Frage: „Warum sind Pflegende besonders dafür geeignet, Beratungsaufgaben zu übernehmen?“.

Als auslösendes Moment für eine von Pflegenden durchgeführte Beratung wird im allgemeinen die Pflegebedürftigkeit, verstanden als die durch eine Erkrankung bedingte Einschränkung in der Bewältigung der Aktivitäten des Alltags, gesehen (vgl. Bachmann 2002 a). Als Legitimation für die als Pflegeberatung bezeichnete Aufgabe dienen die gesetzliche Verankerung in der Sozialgesetzgebung, Bestrebungen in der Gesundheitspolitik, Pflege als Akteur im Gesundheitswesen zu etablieren und das derzeit noch gültige Krankenpflegegesetz von 1985.

Legitimation der Patientenberatung

Die gesetzlichen Grundlagen (SGB V; SGB XI) beinhalten die Schwerpunkte Gesundheitsförderung und Prävention aber auch die Beratung von Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung durch die Pflegeversicherung und als Instrument des Qualitätsmanagements (vgl. Bachmann 2002 b: 211; Müller-Mundt et al. 2000: 46). So wird Beratung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung „als Hilfe zur Hinwirkung auf gesunde Lebensverhältnisse“ (SGB V, § 1) verstanden.

Die WHO hat auf ihrer Tagung im Juni 2000 in der „Münchener Erklärung“ die längst überfällige Beteiligung aller Gesundheitsberufe an der gleichberechtigten politischen Entscheidungsfindung gefordert. Aus dieser Erklärung geht insbesondere die Bitte an die politischen Entscheidungsträger hervor, sie mögen „nach Möglichkeiten suchen, um in der Gemeinde familienorientierte Pflege- und Hebammenprogramme und -dienste ... zu schaffen und zu unterstützen“ und „die Rolle von Pflegenden und Hebammen in Public Health, Gesundheitsförderung und gemeindenahen Entwicklungs-

arbeit auszuweiten“ (Büscher 2001: 15). Der hier an die Pflege übertragene Beratungs- und Unterstützungsauftrag ist unverkennbar.

Schon nach dem Krankenpflegegesetz von 1985 war die Ausbildung besonders auf die „Anregung und **Anleitung** zu gesundheitsförderndem Verhalten“ gerichtet (KrPflG § 4; Absatz (1); 3.; Herv. d. Verf.). Im Referentenentwurf zur Novellierung des neuen Krankenpflegegesetzes¹ wird von „heilender Pflege“ gesprochen die „unter Einbeziehung präventiver, rehabilitativer und palliativer Maßnahmen auf die Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten auszurichten“ ist (Referentenentwurf §3 (1)). Ferner wird nun im seit Januar 2004 geltenden Krankenpflegegesetz darauf hingewiesen, dass als Aufgaben, die eigenständig auszuführen sind, „Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“, gesehen werden (BMG: Referentenentwurf §3 (2) c).

Im Vergleich zum vorherigen Krankenpflegegesetz fällt auf, dass die Ziele um Beratung ergänzt wurden und der Aspekt der Unterstützung in der Bewältigung der Krankheit hervorgehoben wird.

Oft wird betont, dass Pflegende begründet durch ihre berufliche Tätigkeit optimale Voraussetzungen für die Aufgabe der Patientenberatung mitbringen würden: Neben dem ständigen Kontakt zum Patienten werden die teilweise lange Dauer der Pflege, aber auch die Körperorientierung oder die Konfrontation mit existentiellen Fragen² genannt (vgl. Huber 2002: 68; Müller-Mundt et al. 2000: 44).

Durch die unmittelbare Interaktion mit dem Patienten hätten Pflegende oftmals intime Einblicke in die Lebenssituation, in die Alltagsgestaltung und Lebensgewohnheiten von kranken Menschen. Grundsätzlich positiv wird vermerkt, dass von Pflegenden Handlungsfelder bezogen auf Patienten mit chronischen Krankheiten, wie Diabetes mellitus, Asthma und Tumorerkrankungen bzw. Beeinträchtigungen in der Lebensführung durch Inkontinenz, eine Stomaanlage bzw. Häusliche Pflege wahrgenommen werden (vgl. Müller-Mundt et. al 2000: 46).

¹ Die genaue Bezeichnung lautet „Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege“.

² Krohwinkel versteht unter existentiellen Erfahrungen zum einen „die Existenz gefährdenden Erfahrungen“, wie Schmerz, Trauer, Angst und Hoffnungslosigkeit, „die Existenz fördernde Erfahrungen“, wie Hoffnung, Sicherheit, Vertrauen und Erfahrungen, „welche die Existenz fördern oder gefährden“. Beispiele hierfür sind Weltanschauungen, Religion und weitere lebensgeschichtliche Erfahrungen. (Krohwinkel 1992: 24)

Defizite der Beratung in der Pflege

Es wird aber nicht verschwiegen, dass Beratung in der Pflege derzeit eher ein Schattendasein fristet und Pflegende nicht die nötigen Kompetenzen haben, um beratend tätig werden zu können. (vgl. Brandenburg 2002a; Koch-Straube 2001: 59 ff.; Müller-Mund 2000: 46; Zegelin-Abt 2000: 56)

Es werden eklatante Defizite in den derzeitigen Curricula der grundständigen Pflegeausbildung angeprangert, denn diese konzentrieren sich noch immer vorwiegend auf die Vermittlung von medizinischem Fachwissen und den sich an Krankheiten orientierenden Pflegemaßnahmen. Beratung spielt in vielen Unterrichtsstunden nur eine untergeordnete Rolle. Entweder handeln Lehrbücher dieses Thema nur auf ein bis zwanzig Seiten³ ab oder entsprechende Curricula halten gerade mal 48 Stunden von 1760 Unterrichtsstunden für dieses zentrale Aufgabengebiet der Pflege bereit. (vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 48; vgl. Oelke 1998)

Auch wird eingesehen, dass Patientenedukation in Deutschland nach wie vor ein weitgehend medizinisch - psychologisches Handlungsfeld darstellt. Die Pflege ist noch weit davon entfernt, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen. Der Pflege fehlen aus der Sicht der Experten für die Wahrnehmung edukativer Aufgaben nicht nur die qualifikatorische Basis, sondern auch die entsprechenden erforderlichen Konzepte und Systeme (vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 46).

Im gleichen Atemzug wird darauf verwiesen, welches die notwendigen Beratungskompetenzen für eine professionelle Beratungstätigkeit sind und entsprechende Konzepte für Fortbildungsmaßnahmen zur Entwicklung eben dieser Kompetenzen vorgestellt (vgl. Darmann 2000; Taubert 1992). Ergänzend dazu wird die Implementierung von Beratungszentren für Patienten nach Vorbildern aus den USA angestrebt (so genannte Patienteninformationszentren⁴, kurz PIC; Zegelin-Abt 2000).

³ Schaut man unter dem Stichwortregister des an vielen Pflegeschulen eingeführten Lehrbuches „Pflege heute“ aus dem Fischer-Verlag von 1998 sucht man vergeblich nach „Beratung“. Im Buch selbst bleibt die Auseinandersetzung mit dem Thema Beratung nur auf Patienteninformation und Schulung beschränkt.

Als eine Ausnahme unter den Lehrbüchern kann „Thieme´s Pflege“, im Jahr 2000 erschienen, bezeichnet werden. Das Thema Beratung wird unter einer eigenen Rubrik abgehandelt und findet sich in vielen Themen wieder. (vgl. Kellnhauser et. al 2000: 142 ff.)

⁴ PIC´s sind von Pflegenden betreute Bibliotheken, in denen für interessierte Patienten ausgesuchte Broschüren, Bücher, CD-Roms und Videos bereitgestellt werden. Es werden Schulungen angeboten, wie zum Beispiel die

Es fehlen auch selten Hinweise auf notwendige strukturelle Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen, damit Pflegende endlich Patienten beraten können:

Besonders die Zunahme von Patienten mit chronischen Erkrankungen muss dazu führen, dass die Pflege durch das Angebot an professioneller Beratung in der Lage sein wird, Selbstversorgungs- und Selbststeuerungspotenziale chronisch kranker Menschen zu (re-)aktivieren. Die Einführung des neuen Krankenhausfinanzierungssystems mit Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) impliziert dies zusätzlich, da, bedingt durch eine durchschnittlich kürzere Krankenhausverweildauer, der Patient professionell auf den Umgang mit seiner Erkrankung zuhause vorbereitet werden muss. Dahinter verbirgt sich die Vorstellung, dass durch Patienten, die auf Grund von erhaltenen Informationen mehr Wissen über ihre Erkrankung erwerben, Entscheidungen selbst treffen können und letztendlich mehr Eigenverantwortung für den Krankheitsverlauf übernehmen, immense Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden könnten. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 23)

1.2 *Und die Perspektive der Betroffenen?*

Bei allem Engagement für Patientenberatung mit dem Ziel der Etablierung einer neuen originären Aufgabe in der Pflege bleibt eines jedoch weitgehend außen vor:

Die Perspektive des Betroffenen selbst!

Wo werden Patienten in Überlegungen der aktuellen Diskussion mit einbezogen?

Welche der AutorInnen fragt danach⁵,

- **wie die Betroffenen selbst ihre Erkrankung erleben,**
- **welche Informationen und Hilfen sie sich von Pflegenden wünschen,**
(Kann gesagt werden, dass nicht die psycho-soziale Begleitung sondern die Vermittlung von medizinischem Wissen mit dem Ziel der Verhaltensänderung als Aufgabe im Vordergrund steht?)
- **von wem sie beraten werden wollen** und
- **welche Ziele sie selbst mit einer Beratung verfolgen?**

Gängige Beratungskonzepte haben anscheinend zum Ziel kurzfristige und sichtbare Erfolge zu erzielen um dadurch Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Erfahren Patienten unter diesen Vorzeichen die Unterstützung, die sie für eine Bewältigung bzw. Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung benötigen?

Die daraus resultierende zentrale Frage lautet:

**Inwieweit beziehen gängige Beratungskonzepte in der Pflege
(wie Diabetes-, Stoma- und (In)kontinenzberatung)
die Perspektive des Betroffenen mit ein?**

⁵ Es darf natürlich nicht verschwiegen werden, dass sehr wohl einzelne AutorInnen den Aspekt der Problemlösung durch den Betroffenen selbst thematisieren. Hier sei auf Bachmann verwiesen, die von Prozessberatung spricht. Sie versteht darunter, „dass der Klient beziehungsweise das Klientensystem selbst die Lösung des bestehenden Problems entwickelt ...“. Dem Berater wird die Aufgabe des Begleitens und Unterstützens zur „Bewältigung der psychischen Auswirkungen und Probleme ...“ des Klienten aufgetragen. (Bachmann 2002 a: 59). Leider sind es bis jetzt Ausnahmen. Die Vielzahl der Diskussionsbeiträge befasst sich mit den eingangs genannten Themen.

2 Abklärung von Begrifflichkeiten

2.1 *Wer ist der Betroffene?*

Aber wer ist gemeint, wenn von dem Betroffenen die Rede ist? Die Frage ist meiner Ansicht nach schwer zu beantworten, denn wie jemand genannt wird, der eine Beratung wünscht, kann von vielen Faktoren abhängig gemacht werden.

Zum einen kann das Setting als entscheidend angesehen werden, des Weiteren können die Vorstellungen des zu Beratenden, wie er Beratung sieht und was er von ihr erhofft widerspiegeln wie er sich selbst sieht. Und nicht zuletzt wird das Verständnis des Beraters, wie er den zu Beratenden sieht, dazu beitragen wie er ihn bezeichnet.

Demnach können Menschen nicht nur als Klient, Patient oder Betroffener gesehen werden. Abhängig von der jeweiligen Situation fühlen sie sich als Betroffener im Sinne eines durch eine Situation oder eine Krankheit in die Ecke gedrängten Menschen. Dann empfinden sie als Patient, der zwar „erleidend“ und „erdulnd“ aber dennoch bewusst die passive Rolle einnimmt und dem Arzt oder der Krankenschwester die Verantwortung für die Therapie bzw. die Pflege überträgt.

Menschen wären zu sehr in ihrer Rolle fixiert würde man sie nur als Patient oder Klient ansprechen. Damit es möglich ist, ihnen gerecht zu werden, wird je nach Kontext versucht, die entsprechende Bezeichnung für den zu Beratenden zu finden bzw. es wird das Vorverständnis aus der Literatur entnommen. Im Verlauf dieser Arbeit wird auffallen, dass überwiegend von Patienten die Rede sein wird. Damit wird hervorgehoben, wie Pflegende selbst die zu Beratenden bezeichnen.

Zu wünschen ist, von der durch Rohde in den Sechziger Jahren beschriebenen Patientenrolle abzukommen. Mag man Erfahrungsberichten⁶ von ehemaligen Patienten glauben schenken, können seine Äußerungen von damals bedauerlicherweise auch heute noch als für zutreffend bezeichnet werden (vgl. Wittneben 1993: 47 ff.). Rohde stellte damals fest: „Der gute Patient im Sinne der Institution ist für sie der Patient, der sich bedingungslos und passiv unter möglichst vollständiger Aufgabe aller den diagnostisch-therapeutischen Prozess störenden Eigenarten, Impulse, Interessen

⁶ Wittneben bezieht sich auf ehemalige Patienten, die ihre eindrücklichen, oft erschreckenden Erfahrungen zur Patientenwirklichkeit im Krankenhaus in Büchern niederschrieben, so zum Beispiel auf Hildegard Knep, die wegen einer Brustamputation im Krankenhaus lag.

und Bedürfnisse dem System unterwirft, der sich widerstandslos, gefügig und brav, helfen lässt, wenn die anderen meinen, dass er Hilfe braucht, Bedürfnisse zeigt, wenn die anderen meinen, dass er solche zeigen sollte, die legitimen Interessen sich zuteilen lässt, mit dem Maß von Kommunikation zufrieden ist, das ihm zugebilligt wird. Der gute Patient schluckt, was ihm zu schlucken gegeben wird; lacht, wenn seine Umgebung meine, dass er etwas zu lachen habe; weint und ist traurig nur dann, wenn ihm ein Grund für solche Emotionen zugebilligt wird.“ (Rohde 1973: 32 f.) Im Gegensatz dazu sieht Lorig begründet aus einer anglo-amerikanisch geprägten pflegewissenschaftlichen Perspektive Patienten sehr pragmatisch im Sinne von „people who have a defined health problem, be it high blood pressure, cancer, diabetes or AIDS. Usually, when someone is receiving medical care for a condition, we call them a patient.“ (Lorig 1992: xii).

Geht man auf Distanz zur ursprünglichen Wortbedeutung und der bei Rohde deutlich werdenden von Parsons erstmals beschriebenen Patientenrolle, spricht meiner Ansicht nach nichts gegen die Verwendung des Wortes Patient. Nach dem amerikanischen Soziologen Talcott Parsons ist die Rolle des Patienten gekennzeichnet durch Rechte, wie die Schuldfreisprechung oder die Befreiung von bestehenden Rollenverpflichtungen. Aber auch Pflichten, wie der Wille zur Gesundung und die Kooperationsbereitschaft mit Experten des Gesundheitswesens werden dem Patienten auferlegt. Elsbernd und Schröck kritisieren dieses Rollenverständnis, das zur Mitte des 20. Jahrhunderts galt aber heute noch weit verbreitet ist. Zur damaligen Zeit litten kranke Menschen häufig an akuten, infektiösen Erkrankungen und waren durch Fieber geschwächt, so dass sie ihren normalen Verpflichtungen nicht nachkommen konnten. Elsbernd und Schröck plädieren für ein neues Rollenverständnis von Patienten, da Patienten heutzutage überwiegend an chronischen Krankheiten leiden und dadurch selbst zu Experten für sich selbst werden können.

(vgl. Elsbernd/Schröck 1998: 380 f.)

Wichtig ist den Patienten als einen aktiv am Beratungsprozess beteiligten Interaktionspartner anzusehen, der selbst entscheiden kann zu welchem Zeitpunkt er welche Hilfe von wem in Anspruch nimmt.

2.2 Definitionen von Beratung

2.2.1 aus einer psychologischen Perspektive

Nach Dorsch ist Beratung „ein nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben / des Problems verbessert werden“ (Dorsch 1998: 88).

Beratung kann auch als Form von Erziehung Beratenden Freiraume geben, in dem der Klient Verantwortung übernehmen und eigenständig entsprechende Entscheidungen treffen kann. Dies setzt Wertschätzung und Unvoreingenommenheit voraus. Der zu Beratende ist als gleichwertiger Interaktionspartner zu verstehen und kann nicht in eine Hierarchie eingebettet werden, in der die beratende Pflegekraft über dem Patient zu sehen ist. Diese Interaktion muss in der Balance zwischen Distanz und Nähe geschehen. Das Beratungsverständnis nach Dorsch lässt sich jedoch nur schwer auf den pflegerischen Beratungsprozess übertragen. Hier ist ein erweitertes Beratungsverständnis angebracht, der durch die Fokussierung auf die Problemidentifizierung nicht zu sehr den Patienten und seine konkrete Situation ausgrenzt.

2.2.2 eine pädagogische Betrachtung

Die folgende Definition aus der Pädagogik spricht von einer von Sozialpädagogen und Psychologen durchgeführten Hilfeleistung. Als Anlass der Beratung werden Probleme in Entwicklung, Anpassung und Rollendefinition gesehen, es wird auch hier der erzieherische und problemlösende Charakter erwähnt und Beratung als Methode der Selbsterfahrung, Einsicht und Verhaltensänderung bis hin zur Selbstentfaltung verstanden. „Die Behandlung ist meist relativ kurz u. versteht sich als 'Hilfe zur Selbsthilfe' “ (vgl. Böhm 2000: 62).

Warum ein Beratungsauftrag an eine bestimmte Berufsgruppe geknüpft sein soll, kann nur schwer nachvollzogen werden. Dennoch wird durch die Perspektive der Möglichkeit zur Verhaltensänderung und Selbstentfaltung ein umfassendes Beratungsverständnis proklamiert. Weshalb Beratung relativ kurz sein soll, wenn sie im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung angesiedelt ist, erscheint widersprüchlich zu sein. Auch müssen Beratung und Behandlung differenziert betrachtet werden, ansonsten läuft man Gefahr, sich in Richtung Therapie zu bewegen.

Bei aller Kritik ist jedoch hervorzuheben, dass der Selbsterfahrung ein hoher Stellenwert beigemessen und der Klient aus seiner Passivität herausgeholt wird. Denn es wird nach dem Konzept“ Hilfe zur Selbsthilfe“ gearbeitet.

2.2.3 aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Lorig schreibt aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive „Patientenedukation ist weit mehr als Patientenunterweisung im Sinne von reiner Wissensvermittlung (patient teaching). Sie setze vielmehr auf der Ebene der Befähigung zur Verhaltensänderung an, hin zu einem gesundheitsgerechten und –förderlichen Lebensstil“ (Lorig 1996). Als die drei Eckpunkte der Förderung des Selbstmanagements werden

1. Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit sozio-psycho-somatischen Konsequenzen der Erkrankung
2. Stärkung des Selbstvertrauens und
3. Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnisses genannt.

Diese Definition geht von punktuellen, auf die akute Erkrankung bezogenen Beratungsangeboten aus. Hier erfährt dieses Beratungsverständnis, wie schon die Definition von Dorsch, eine Einschränkung. Müsste eine Beratungstätigkeit nicht eher kontinuierlich über einen längeren Zeitraum erfolgen, um einen „gesundheitsfördernden Lebensstil“ bei Patienten zu unterstützen?

Auch Koch-Straube hebt den Aspekt des Selbst-Management hervor indem sie schreibt: „Beratung ist ein Arbeitsbündnis, das weder institutionell und fachlich legitimierte Manipulation rechtfertigt, noch Gleichgültigkeit zulässt. Beratung bedeutet die schwierige, aber auch spannende Arbeit des Aushandelns und die Entdeckung der vielfältigen Weise, das Leben auch mit Krankheit und Behinderung zu gestalten. Beratung ist Lernen für beide Seiten“ (Koch-Straube 2001: 78). Sie betont, wie wichtig ein Aushandlungsprozesses zwischen den Akteuren ist. Es darf nicht darum gehen, den Menschen zu verändern oder sogar zu manipulieren, sondern dem Menschen bei Seite zu stehen, damit er seine problembeladene Situation verändern kann.

Abt-Zegelin und Huneke hingegen schlagen vor, den Begriff Beratung in der Pflege einzugrenzen. Sie reden von Pflegeberatung als „... Tätigkeit, in der eine pflegekompetente Beraterin mit einem oder mehreren Patienten bezüglich eines direkten Pflegeproblems, mit dem der Patient berührt ist und für das er eine Lösung sucht, kommuniziert, wobei die Lösung ein Ergebnis des beidseitigen Austausches ist“ (Abt-Zegelin; Huneke 1999). Diese Pflegeproblemorientiertheit birgt die Gefahr, dass an-

dere Bereiche, wie Gesundheitsberatung, schon durch ihre Begriffsdefinition der Pflege per se vorenthalten sind und von Medizin, Sozialarbeit, etc. besetzt werden können. Pflegende beklagen zusehend, dass ihnen vorbehaltenen Verantwortungsbereiche nicht zugesprochen werden. Erstaunt darf man darüber nicht sein, angesichts der nun schon aus den eigenen Reihen lautgewordenen Stimmen nach Aufgaben- und Kompetenzeinschränkung.

Bei aller Kritik darf eines nicht vergessen werden, dass zumeist Definitionen den zu Beratenden als gleichrangigen Interaktionspartner sehen, was durch die Anlehnung an Prinzipien wie etwa „Hilfe zur Selbsthilfe“ oder „Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung“ untermauert wird. Die partnerschaftliche Beziehung zwischen den Akteuren wird als dialogisches Verhältnis verstanden, das zu einem Aushandlungsprozess zwischen den subjektiven Bedürfnissen und dem professionell bewerteten Bedarf an Unterstützung zum Ausdruck gebracht wird. (vgl. Stemmer 2001: 164)

Wie in manchen Definitionen schon angeklungen, ist nicht alleine die Information über Ursache, Therapie und Pflege von **akuten** Erkrankungen als Hauptbestandteil der Beratung im Krankenhaus zu sehen sondern die Information über Entstehung und Behandlung von **chronischen** Krankheiten und deren Bewältigungsstrategien.

Demnach ist neben der Vermittlung von Informationen über eine Erkrankung und ihren Umgang mit sozio-psychosomatischen Konsequenzen der Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnisses in Form von Begleitung und Unterstützung von Patienten in einer existenziellen Lebenssituation, was eine Erkrankung zweifelsohne darstellen kann, zu sehen. Dazu liefert Koch-Straube folgende von Nestmann aus der Psychologie und Sozialen Arbeit entwickelten Definition: Beratung ist eine „professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psycho-soziale Ressourcen von Personen ... zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen.“ (Koch-Straube 2001: 72; zit. n. Nestmann 1997: 33 f.)

„Im Kontakt zwischen Pflegenden und Gepflegten, ... in dem zwei Menschen sich berühren mit ihren einzigartigen Erfahrungen und Zukunftsvisionen“ sieht Koch-Straube eine Chance für Pflegende beratend tätig zu werden (Koch-Straube 2001: 75). Wie kann dieses partnerschaftliche Verhältnis gelebt werden und Hilfe zur Selbsthilfe umgesetzt werden? Doch nur durch eine Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten, der Beratung wünscht.

Nach Begriffsbestimmungen von Beratung aus psychologischer, pädagogischer und pflegewissenschaftlicher Sicht gilt es zu klären in welchen konkreten pflegerisch-educativen Aufgabenfeldern nun tatsächlich von Beratung gesprochen werden kann. In der Diskussion um Beratung in der Pflege ist von Information, Schulung aber auch von Erziehung und Therapie die Rede. Entweder ergänzen sich die Begriffe gegenseitig oder sie werden sogar synonym verwendet. Im Folgenden wird eine Klärung von Patienten-Information, Patienten-Schulung und Therapie vorgenommen, um zu begründen, in wie weit eine Abgrenzung zu Pflegeberatung notwendig ist.

2.3 Abgrenzungen von Beratung gegenüber

2.3.1 Information

Unter Patienteninformation kann die Aufklärung über mögliche Ursachen, die Symptome, durchzuführende Diagnostik und die unterschiedlichen Therapieformen einer Krankheit, unter der ein Patient leidet, verstanden werden. Der Fokus liegt auf der Zusammenstellung von Informationen zu einer bestimmten Krankheit und den daraus ableitbaren Handlungsrichtlinien für den Patienten. Primär geht es um die Vermittlung von Wissen, damit der Patient dadurch in Form eines „informed consent“ sich in der Lage sieht über die eigene Krankheit Bescheid zu wissen, damit er mit krankheitsbedingten Einschränkungen im Alltag zurecht kommen kann. Lamparter-Lang betont, dass diese Wissensvermittlung am erfolgsversprechenden sein wird, wenn schriftliche Materialien und Info-Broschüren durch mündliche Informationen ergänzt werden. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 15)

Eine Möglichkeit, dass Patienten vermehrt gezielte Informationen über ihre Erkrankungen erhalten, kann in der weiteren Implementierung der bereits zuvor erwähnten so genannten Patienteninformationszentren (PIC; siehe Ausführungen Seite 6) gesehen werden. Krankenhäuser haben die Möglichkeit in Zusammenarbeit mit Gemeinden und sozialen Diensten Beratungszentren⁷ ins Leben zu rufen.

Zwei solcher Projekte zur Einrichtung von Patienteninformationscenters (PIC) werden derzeit von der Universität Witten-Herdecke begleitet (vgl. Zegelin-Abt 2000).

⁷ Das Wort Beratungszentrum ist in diesem Zusammenhang etwas missverständlich, denn der als „Beratungsgespräch“ bezeichnete Kontakt zwischen Pflegekraft und Patient bleibt nur auf die Weitergabe von Informationen und die Bereitstellung von Büchern und Videos beschränkt. (Zegelin-Abt 2000). Koch-Straube bemängelt trotz der gegenteiligen Aussagen von Abt-Zegelin meiner Meinung nach zurecht die fehlende Patientenorientierung in solchen Konzepten (vgl. Koch-Straube 2001: 67, ergänzendes Zitat Koch-Straube siehe Seite 16).

2.3.2 Schulung

Der in der englischsprachigen Literatur verwendete Begriff „Patient Education“ wird neben anderen von Abt-Zegelin mit Patientenschulung übersetzt. Patient education ist zu verstehen als „a planned learning experience using a combination of methods such as teaching, counselling, and behavior modification techniques which influence patients' knowledge on health behavior ... (which) involves an interactive process which assists patients to participate actively in their health care.“ (Bartlett 1985, zit. nach Lamparter-Lang 1997: 12).

Es ist zwar die Rede von Unterrichten, Beraten und den Patienten darin unterstützen, dass er zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil gelangt. Dennoch beschränkt sich das Verständnis von Schulung auf die Vermittlung von Methoden zur Verhaltensänderung mit Zielsetzungen, wie Einstellungsänderung, Vermeidung von Krankheitsfolgen, Erhaltung der Arbeitsfähigkeit oder der Entwicklung von einem Verständnis für die Krankheit und deren Behandlung. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 12 f.)

Klug-Redman definiert Patientenschulung als „Untersuchung des Lernbedürfnisses und der Lernbereitschaft des Patienten, Einleitung von Aktivitäten, die geeignet sind, eine Veränderung im Wissen oder im Verhalten des Lernenden zu erreichen, und schließlich Auswertung der Ergebnisse.“ (Klug-Redman 1996: 11)

Sie ergänzt die Methoden und Ziele einer Patientenschulung um den Aspekt der Evaluation der Schulungsmaßnahme, beschränkt sich dennoch auf eine direkte Art der Beratung. Es werden nur Lernbedürfnisse erfasst und Kern der Beratung ist eine von außen gesteuerte Verhaltensänderung.

Schulung wird in der Pflege scheinbar selbst von Experten des Öfteren mit Beratung verwechselt. Wie sonst ist zu erklären, dass aus dem englischen Originaltitel „Handbook of Patient Teaching“ von Cannobio in der deutschen Übersetzung „Praxishandbuch Patientenschulung und Beratung“ wurde. Und das obwohl auf 800 Seiten nur Symptome, Komplikationen, Diagnostik und die medizinische Betreuung und was der Patient zu tun haben behandelt werden. Der Patient erhält Informationen zur Mobilisation, Ernährung, Wundversorgung und Medikamenteneinnahme bei bestimmten Erkrankungen. Ziele werden aus dem in der Schulungsmaßnahme vermittelten medizinischen Wissen und den Handlungskompetenzen schon im Vorfeld von Experten definiert. (vgl. Cannobio 1998). Der Patient wird hier in eine passive Rolle gedrängt und erhält nur wenig Chancen sich mit seiner Krankheit auseinander zu setzen.

Koch-Straube weist darauf hin, dass Schulung im Umgang mit kranken und pflegebedürftigen Menschen oft mit Erziehung verwechselt wird, indem Gesundheitserziehung zusammen mit Patientenschulung bzw. Patientenedukation genannt wird. Sie kritisiert, dass es nur darum gehe, „das Verhalten des Menschen an die Erfordernisse seiner Krankheit anzupassen (und auch an die Erfordernisse eines begrenzten finanziellen und zeitlichen Budgets im Gesundheitswesen), weit gehend ohne Berücksichtigung seiner speziellen Persönlichkeit, seiner psychosozialen⁸ Lebenslage und seiner materiellen Voraussetzungen“ (Koch-Straube 2001: 67).

Sie zielt auf ein in Psychologie und Sozialer Arbeit nicht unbekanntes Phänomen ab. Denn auch dort wird anscheinend dafür gesorgt, dass bei Klienten ausgerechnet die Probleme festgestellt werden, für die man auch eine passende Lösung anbieten kann. Reis kritisiert solch eine weit verbreitete Praxis in der psychosozialen Beratung, die von Schmitz, Bude und Offe als eine „Anpassung des individuellen Problemfalles an ein dem Berater bekanntes Problemlösungsmuster“, bezeichnet wird. „Der Klient muss folglich, überspitzt gesagt, in der Beratung dazu gebracht werden, dass er anerkennt, die Probleme zu haben, für die der Berater oder die Beratungsstelle Lösungen anbieten können.“(Reis 1997: 99 zit. nach Schmitz, Bude, Offe 1989: 142 f.)

Beratung findet zu dem in der Pflege eine zunehmend inflationäre Verwendung. Beratung, Schulung, Anleitung, Erziehung und Edukation, sind Begriffe die sich anscheinend gegenseitig ergänzen oder sogar ersetzen können. Die Grenzen zwischen den einzelnen Definitionen scheinen sukzessive zu verschwimmen. Eine grundlegende Diskussion um die Abgrenzung der verwendeten Begriffe in Pflegewissenschaft und Pflegepraxis wird mit Ausnahme von wenigen, wie etwa Koch-Straube (2001), meinem Anschein nach derzeit nicht im notwendigen Umfang geführt.

Unter Bezugnahme auf die aus der Psychologie, Pädagogik und Sozialen Arbeit entliehenen Beratungsverständnisse muss nach meinem Empfinden Beratung eine klare Abgrenzung zu Schulung und Patientenedukation erfahren, in dem eine Verschiebung von Wissensvermittlung und Gesundheitserziehung hin zu einer psychosozia-

⁸ unter psychosozial versteht Koch-Straube in Anlehnung an Sickendiek et al. die Beleuchtung von psychischen und sozialen Befindlichkeiten unter sozialen Lebens- und Umweltbedingungen (vgl. Koch-Straube 2001: 106, zit. n. Sickendiek et al. 1999: 19)

len Begleitung und Unterstützung des Betroffenen in der Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung stattfindet.

Es bleibt nun die Frage zu beantworten, ob sich zwischen Beratung und Therapie auch eine derartige Trennlinie ziehen lässt.

2.3.3 Therapie

Denn zahlreiche Autoren trennen nicht zwischen Beratung und Psycho-Therapie, was zum Beispiel an Wortknüpfungen wie „Beratung/Therapie“ deutlich wird oder Übergänge zwischen Beratung und Therapie werden als fließend angesehen (Schmelzer 2002).

Knelange und Schieron halten im Gegensatz dazu für die Disziplin der Pflege eine Trennung von Beratung und Therapie als unverzichtbar. Ab einem gewissen Schweregrad einer Erkrankung ist nach ihnen eine Beratung nicht mehr möglich, denn psychische intra-personale Konflikte und Krankheiten des Betroffenen erfordern eine psychotherapeutische Herangehensweise. Dem gegenüber ist der Anlass für eine Beratung von Patienten mit einer sich physisch anhand von Symptomen bemerkbar machenden Krankheit das daraus auf psychischer Ebene erfassbare Krankheitserleben als auslösendes Moment zu sehen. (vgl. Knelange; Schieron 2000: 5)

Aus dem Verständnis einer individualpsychologisch-pädagogischen Beratung heraus untermauert Tymister die Differenzierung zwischen Beratung als Vorbeugung von psychischen Krankheiten und Psychotherapie eben als Behandlung von psychischen Krankheiten. Er weist auf die Gefahr hin, dass Beratung missverstanden als Therapie einer Stigmatisierung des Individuums mit dessen Krankheit gleichkäme. Vielmehr müsse das in der Beratung verwendete Krankheitsverständnis im übertragenen Sinne als eine Aktualisierung von gewöhnlichen Problemen und Konflikten, die zwischen allen Individuen als gesellschaftliche Aktionen ablaufen können, interpretiert werden. (vgl. Tymister 1990: 24 f.)

Je nach Disziplin mögen die Übergänge zwischen Beratung und Therapie zwar mehr oder weniger fließend sein. Im Rahmen der Patientenberatung muss jedoch Therapie klar vom Beratungsgeschehen abgegrenzt werden, da Pflegenden zum einen die nötigen Qualifikationen fehlen und des weiteren das Setting der Pflegeberatung dafür nicht geeignet erscheint. (vgl. Koch-Straube 2000; vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 47)

2.3.4 Persönliches Beratungsverständnis

Die Beratung von kranken und pflegebedürftigen Menschen wird als elementare Aufgabe von Pflegenden angesehen. Zahlreiche Definitionen sehen Beratung als eine Art Hilfestellung, damit Patienten und ihre Bezugspersonen zu einer Lösung ihrer Problemstellungen, zur Bewältigung ihrer Krisen und elementaren Erfahrungen im Umgang mit ihrer Erkrankung bzw. Pflegebedürftigkeit gelangen.

In wie weit berücksichtigen Patienteninformation und Patientenschulungen die Perspektive des Betroffenen, damit diese Hilfestellung auch wirklich möglich wird?

Bei der Gabe von Informationen wird die Sichtweise des Betroffenen nur bedingt mit einbezogen, da es im Grund genommen nur um eine Weitergabe von Informationen bezogen auf Krankheit, Therapie und pflegerische Maßnahmen bzw. Verhaltensregeln geht. Die Patienteninformation bleibt somit nur auf die Vermittlung von Wissen über die Krankheit eines Patienten beschränkt. Wie Patienten mit diesem Wissen umgehen liegt allem Anschein nach alleine in ihrer Verantwortung, was in Aussagen, wie „Wenn er meinen guten Rat nicht annimmt, dann soll er doch machen, was er will“ zum Ausdruck kommt (Koch-Straube 2001: 78).

In Patientenschulungen geht es zwar hauptsächlich um die Vermittlung von Methoden für den Umgang mit der Krankheit, dennoch ist die Weitergabe von Wissen über die Krankheit elementarer Bestandteil. Der Schwerpunkt der Schulung liegt zwar auf dem Fokus Krankheit, bezieht jedoch im Vergleich zu Patienteninformationen mehr die Betroffenenperspektive mit ein, in dem die Probleme und Schwierigkeiten Ausgangspunkt von Schulungsangeboten werden, die der Patient tatsächlich hat. Im Rahmen einer Schulung eines Patienten mit Diabetes mellitus wird dem Patient der Umgang mit dem Pen⁹ gezeigt, den er zu Hause auch anwenden wird, mit dem er aber momentan noch Schwierigkeiten hat.

Im Rahmen der Patientenberatung werden Patienteninformation und Patientenschulung dahingehend erweitert, dass die individuellen Probleme und Bedürfnisse der Patienten miteinbezogen werden. Der Schwerpunkt verlagert sich von Krankheit zum aus der Sicht des Betroffenen subjektiven Erleben der Krankheit. Beratung muss sich an der Betroffenenperspektive orientieren, um erfolgreich im Sinne einer Unterstüt-

⁹ Ein Pen ist ein spezielles Injektionsgerät und ermöglicht dem Patienten nach Einstellen der Insulinmenge, sich selbst Insulin ins Subkutangewebe zu injizieren. (Namensgebung selbsterklärend wegen der Form eines Füllfederhalters)



Abbildung 2 Beratungsgespräch

Als beispielhafte Situation kann ein Gespräch zwischen einem vor einigen Tagen operierten fast 50jährigen Mann und einer zur Stomatherapeutin ausgebildeten Krankenschwester dienen. Dem Mann wurde in einer mehrstündigen Operation nach Entfernung eines Dickdarmtumors ein künstlicher Darmausgang angelegt.

Die Stomatherapeutin informiert den operierten Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten und Hilfsmittel der Stomaversorgung¹⁰. Aber was geschieht, wenn der Mann bei der Vorstellung der verschiedenen Stomaprodukte äußert, er habe Schwierigkeiten, den Stomabeutel zu wechseln?

Dann wird eine Schulungsmaßnahme notwendig, in der die Stomatherapeutin dem Patienten gezielt vorführen kann, wie ein Stomabeutel ausgetauscht wird und welche Kniffe es zu beachten gibt, damit die Stomabasisplatte gut haften bleibt und sie sich dadurch nicht vorzeitig ablösen kann.

Im Rahmen der Schulungsmaßnahme, kann es jedoch nicht beim Vorführen des Wechsels eines Stomabeutels bleiben, wenn der Patient von seinen Ekelgefühlen und denen der Ehefrau erzählt. Dann gilt es womöglich mit dem Patienten in ein Gespräch zu kommen, damit Gefühle der Angst im Umgang mit Partnerschaft und Sexualität geäußert werden können.

In jeder Phase kann ein Übergang in die nächste notwendig werden. Nach meinem Verständnis sind eine kompetente Gabe von Informationen an den Patienten und eine umfassende Patientenschulung nur möglich, sofern zu jeder Zeit die Gelegenheit besteht, in eine Beratung überzugehen. Deshalb müssen sich schon Informati-

¹⁰ Ziel einer Stomaversorgung ist es, eröffnete und nach außen verlagerte Darmanteile mit einer Basisplatte und einem aufgesetzten Beutel auslaufsicher zu umschließen und Ausscheidungen aufzunehmen. Je nach Art und Lokalisation der Stomaanlage werden von zahlreichen Herstellern (Coloplast®, Convatec®, Hollister®) unterschiedliche Beutelsysteme angeboten.

ons- und Schulungsangebote individuell auf die Probleme und Bedürfnisse des Patienten beziehen können und sollten nicht nur an der Krankheit ausgerichtet sein (im Gegensatz dazu der oben ausgeführte Begriff der Patienteninformation, siehe S.14).

Aber warum ist Beratung als integrativ zu betrachten? Dafür können zwei Gründe angeführt werden, sich mit dem Ausgangspunkt eines möglichen Beratungsgespräches befassen. Erstens erhalten Pflegende am ehesten ihren ersten Kontakt mit Patienten, welche Informationen zu ihrer Krankheit wünschen oder vom Arzt zu einer Schulungsmaßnahme angemeldet werden. Zweitens ist die durch eine Krankheit eingeschränkte nicht mehr selbständig zu bewältigende Alltag als Ursache für eine Beratung zu sehen und nicht primär die Ängste und Sorgen der Patienten, was natürlich eine sich anschließende Aufarbeitung dieser Emotionen nicht ausschließt.

Grundsätzlich gilt jedoch wie bei Bedienen eines Kippschalters, dass der Beginn einer Beratung des Patienten gleichzeitig das Ende einer Patientenschulung bedeutet und umgekehrt. Eine zeitliche Versetzung ist unbedingt notwendig. Beides zur gleichen Zeit kann nicht stattfinden, denn dazu sind Schulung und Beratung in Zielsetzungen, inhaltlichen Belange und dem Procedere zu unterschiedlich.

Metaphorisch betrachtet könnte Schulung als Klavierspielen und Beratung als die Komposition eines Klavierstücks betrachtet werden. Beidem liegt die Notenlehre (Information, Wissensvermittlung) zu Grunde. Ohne Kenntnisse über die unterschiedlichen Noten und Taktarten ist das Spielen am Klavier und natürlich auch das Komponieren nicht möglich. Jemanden zu befähigen ein Klavier zu spielen setzt viele Stunden des Einübens von einzelnen Passagen eines Musikstückes voraus. Das Ziel ist jedoch vorgegeben. Ein Musikstück gilt es anhand der Partitur zwar individuell nach Tempi und Gefühl vorzutragen, aber dennoch streng nach den zu spielenden Noten. Ganz anders bei der Komposition eines neuen Stückes. Grundlage ist wie gesagt die Notenlehre aber darüber hinaus entsteht ein neues Stück durch einen schöpferischen Akt an künstlerischer Intuition. Zu Beginn wird noch offen sein, wie Noten angeordnet werden und welches Stück daraus entsteht.

Der Unterschied zwischen dem Spielen und dem Komponieren eines Klavierstücks verdeutlicht, dass bei ersterem das Ziel vorgegeben ist bei zweitem offen ist, was sich letztendlich daraus entwickelt.

2.4 Patientenorientierung

Schon Mitte des 19. Jahrhunderts stellte Florence Nightingale die Bedürfnisse des Patienten in den Vordergrund aller pflegerischen Überlegungen. Deutlich wird es an den eingangs erwähnten Worten von Dolan: „But, whatever her topic, her main concern and attention is always on the patient and his needs.“

Aber was ist konkret unter Patientenorientierung als Voraussetzung für ein Beratungsgeschehen zu verstehen, das die Bedürfnisse der Betroffenen mit einbezieht? Wie zeigt sich eine Patientenorientierung in Beratungskonzepten und warum ist es so wichtig, die Sichtweise der Betroffenen mit einzubeziehen?

„Patientenorientierung bezeichnet die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des individuellen Patienten. Patientenorientierung äußert sich u.a. darin, dass der Patient im Gesundheitssystem mit seinen Interessen, Bedürfnissen und Wünschen wahrgenommen und respektiert wird, ihm mit Empathie und Takt begegnet wird, er die Leistungen erhält, die nutzbringend und von ihm erwünscht sind und er über verbrieft Rechte und Pflichten verfügt.“ (Klemperer 2000: 15)

Durch die Berücksichtigung der Perspektive des Betroffenen und einem sich daraus entwickelnden Beratungsgeschehen, welches Interessen, Wünsche, Probleme, Sorgen und Ängste des Betroffenen zum Gegenstand der Beratung werden lässt, wird eine Orientierung am Patienten sichtbar. Mit dem Begriff der Patientenorientierung soll zum Ausdruck gebracht werden, dass der Patient mit in Überlegungen, was seine Genesung von seiner Krankheit oder deren Bewältigung betrifft, einbezogen wird. Wie ein sich an der Sichtweise des Patienten orientierendes „Pflegehandeln“ zeigt, beschreibt Weidner anhand von Kriterien, wie etwa „gesundheitsförderndes Handeln“, wobei der Patient Aktivierung erfährt und in eine Interaktion mit einbezogen wird, die „vom Verständnis des beide Persönlichkeiten umfassenden Beziehungsprozesses“ geprägt wird (Weidner 1995: 189 ff.).

Zwei Aspekte aus konstruktivistischer und interaktionistischer Sicht bringt Bönsch in die Diskussion mit ein: Da jeder Mensch auf Grund der eigenen Wahrnehmung sich seine eigene Wirklichkeit kreiert, muss es eine Annäherung der unterschiedlichen Wirklichkeiten über Schnittmengen geben. „Das Krankenhaus erfährt für den Patienten eine ganz andere Bedeutung als vom Arzt und der Pflegekraft“ (Bönsch 2000:

22). Bezogen auf Beratung in der Pflege kann das bedeuten, dass es für den Berater eine neue Aufgabe ist, für den Patienten hingegen die schmerzliche Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitserleben. Bönsch verweist weiter auf den zentralen Aspekt des Einbeziehens des Patienten. Erst dadurch wird er als Partner gewonnen und ist nicht nur ein „Behandlungsobjekt“ (Bönsch 2000: 24). Einschränkend ist anzumerken, dass schon alleine durch einen Wissensvorsprung des Beraters ein Machtgefälle zwischen den Beteiligten besteht und Macht im Beratungsgeschehen einen einflussreichen Aspekt darstellt. Entscheidend ist hierbei, wie diese Machtposition zum Wohle des Patienten eingesetzt wird. Genauer gesagt, wie gelingt es, diese Macht, die für die Deutung der Situation notwendig ist, dem Patienten zu übertragen, damit er nach gemeinsamer Problembearbeitung und Aufzeigen von alternativen Problemlösungen Handlungsoptionen auswählen kann. Cleis spricht treffend von einer doppelten Asymmetrie im Beratungsprozess, denn zuerst dominiert der Berater, dann der Patient. (vgl. Reis 1997: 93)

Unter dem Aspekt der Subjektbehaftheit von Krankheitserlebnissen subsumiert sich hinter einer patientenorientierten Auffassung von Pflege eine Ausrichtung an der Perspektive des Betroffenen, „am individuellen Erleben des Patienten, seinen individuellen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme und an den Bedeutungen, die er diesen zumisst“. (Bischoff-Wanner 2002: 253)

Die hier vorscheinende Subjektorientierung sollte mit Patientenorientierung gleichgesetzt werden können, zumindest mehr in ihr zum Tragen kommen. Doch dazu bedarf es einer distanzierten Betrachtung der noch weitläufig verbreiteten Patientenrolle (vgl. Patientenrolle S. 10) ansonsten wird weiterhin von einer in der Pflege stattfindenden Patientenignorierung die Rede sein, weil noch immer die bloße Verrichtung einer pflegerischen Maßnahme oder die Beachtung der Symptome bzw. der Krankheit im Vordergrund stehen. (vgl. Wittneben 1991: 320 ff.)

Die Klärung von Fragen bezogen auf die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten oder Ängste verursacht durch Unsicherheit in der Bewältigung der Erkrankung können nach Wittneben in Anlehnung an Bexfield et al. in einer „existenzbezogenen Patientenorientierung“ geklärt werden (Wittneben 1992: 322). Es können Fragen sein, wie „Warum lässt mich mein Körper im Stich?“ oder „Wie soll ich mit der Insulininjektion zu Hause zurechtkommen?“. Diese Fragen, mit denen Patienten in die Beratung gehen, können dem ersten Anschein nach für Pflegende als normal im Rahmen des Krankheitsverarbeitungsprozesses sein, für den Patienten stellen sie jedoch ein ver-

meintlich nicht zu überwindendes Hindernis dar und prägen dadurch entscheidend den weiteren Verlauf einer Beratung.

Forschungen des „Picker/Commonwealth Program for Patient Centered Care (1987-1994)“ in den USA und den darauf aufbauenden Patientenbefragungen des Picker Institute der Harvard University in Boston von inzwischen mehr als 350 000 Patienten in den USA und Europa kamen zu sieben Qualitätsdimensionen, die aufgrund ihrer Erfahrungen und Erlebnisse mit der Gesundheitsversorgung als wichtige Qualitätsindikatoren gelten können. Als die Perspektive des Patienten in den Vordergrund stellende Kriterien können

- „Information, Aufklärung und Instruktion über den Umgang mit der Krankheit“,
 - „Respekt vor individuellen Bedürfnissen und Werten des Einzelnen“ und
 - „Emotionale Unterstützung und Minderung von Angst“,
- betrachtet werden. (Gruhl, Kranich, Ruprecht 2000: 19)¹¹

Patientenorientierung berücksichtigt daraus abgeleitet die Bedürfnisse und Befindlichkeiten des Betroffenen und bezieht sie in die Überlegungen für eine den Patienten in der Bewältigung seiner Krankheit unterstützenden Beratungssituation mit ein. Patientenorientierung kann demnach sichtbar werden durch die Bereitschaft des Beraters den Patienten am Beratungsgeschehen **partizipativ** teilhaben zu lassen, indem er zum Beispiel ein Assessment durchführt, das die Bedürfnisse und Erwartungen der Betroffenen erfassen hilft. Sie wird erkennbar, indem **Hilfen zur Selbsthilfe** gegeben werden, die sich Betroffene wünschen, damit sie durch diese Unterstützung die eigenen Probleme selbst lösen können. Als Ziel von Partizipation und Selbsthilfe ist die Förderung bzw. Entwicklung von **Selbstbewusstsein** bei Patienten zu sehen, damit sie sich selbst bemächtigen können, um eigenständig Entscheidungen zu treffen (**Empowerment**).

¹¹ weitere Informationen im Internet unter

<http://www.picker-europe.de/methode/Musterreport/Hierstarten.htm> [Stand 06-04-2003]

“There was once a health worker who found herself by a raging river, when she heard a cry for help. She immediately jumped into the river, pulled the man to the shore, and applied artificial respiration. Just when he started breathing, she heard another cry for help, so she jumped back into the river, pulled the man to the shore, and applied artificial respiration. Just when he began to breath, she heard another cry for help, so back into the river she jumped. Now, she was so busy jumping in, pulling to the shore, and applying artificial respiration that she had no time to see who (or what, d. Verf.) the hell was upstream pushing all those guys in.”

(Zola 1987, zit. in Stark 1996: 11)

Ein Mitarbeiter des Gesundheitswesens sollte, aus dieser Metapher abgeleitet, nicht nur helfen, Menschen aus dem reißenden Fluss zu retten, sondern sich darüber Gedanken machen, wie sie in den Fluss gefallen sind und warum sie nicht besser schwimmen können. Daran kann er seine Unterstützung ausrichten, damit Patienten bei einem erneuten Sturz ins Wasser besser schwimmen können oder noch besser, damit sie erst gar nicht ins Wasser stürzen. Im Sinne einer salutogenetischen Perspektive wie sie von Antonovsky begründet wurde, könnten Beratungsangebote ressourcenorientiert ausgerichtet sein und die nun folgenden Grundprinzipien einbinden.

2.4.1 Partizipation

Rankin und Stallings wünschen sich eine sogenannte Patient Partnership in der “Patients have a right to receive appropriate education and to use the knowledge they gain to participate in decision making. However, patients also have a responsibility to participate in their own care decision and care processes.” (JCAHO, 1996 in Rankin/Stallings 2001: 9) von Compliance des Patienten abzugrenzen ist. Klug-Redman benennt Compliance als das „Einhalten einer Vorschrift, die von einer behandelnden Person angeordnet wurde“ als ein vorrangiges Ziel der Patientenschulung (Klug-Redman 1996: 280), wobei der Begriff in den USA nicht so wertbehaftet zu sein scheint wie in Deutschland. So betonen viele Ärzte in Deutschland im Zuge der Diskussion um Compliance, dass der Patient sich den unveränderlichen Gegebenheiten der chronischen Krankheit anzupassen und im Rahmen der Diagnostik und Therapie zu kooperieren habe. Das unbedingte Befolgen der ärztlichen Anordnungen im Sinne einer <<Therapietreue>> führt dazu, dass Patienten sehr schnell in eine Unmündigkeit gedrängt werden. (vgl. Koch-Straube 2001: 104)

Das partizipative Verhältnis zwischen Pflegenden und Patienten sieht einerseits den Patienten, der ein Recht auf Wissen hat, um durch die Unterstützung der Pflegenden zu einer Entscheidung zu gelangen. Andererseits wird ihm die Pflicht auferlegt, sich an der eigenen Pflege, und die sich daraus resultierenden Entscheidungen verantwortungsvoll zu beteiligen. Diese Rechte und Pflichten bringen zum Ausdruck, dass Patienten sehr wohl Pflegende wissen lassen wollen, was sie für Patienten tun können: „We find that our patients are much more aware of healthcare and what it can offer them. They expect to collaborate, by letting us know how they perceive their needs and asking us what we can do for them.” (Stallings 1996 in Rankin/Stallings 2001: 6)

Die als partnerschaftliches Verhältnis verstandene Partizipation kann sich in zu Beginn durchgeführten Assessments, in denen die Interessen und Probleme der Betroffenen eruiert werden, zeigen. Ergänzend kann das methodische Vorgehen, wie die Gestaltung des Beratungsgeschehens in Form von Gruppenarbeit, Rollenspielen, Diskussionen, etc. genannt werden.

Unter der Überschrift „How Do I Know What Patients Want and Need?“ werden in einem Buch zur Konzepterstellung von Beratungsangeboten in der Pflege Assessmentinstrumente zur Ermittlung der gewünschten Kerninhalte von Seiten der Betroffenen vorgestellt. (Lorig 1992)

Es handelt es sich um Checklisten bzw. Fragebögen, wie zum Beispiel

- einem allgemeinen Fragebogen, der auf die Bedeutung der Erkrankung für den Betroffenen und der auf Vorteile sowie auf die Nachteile bzw. Probleme eingeht:

1. Name
2. Reason for interviewing
(For example, is this person a patient, family member, agency administrator, etc.)
3. We are considering starting a
program and would be interested in your opinions.
As a
your ideas are very important.
4. Considering your position, what do you think should be the objectives of the program? (For clients and their families, this question can be rephrased to, “When you think of , what do you think of?”
5. What advantages do you see in starting this program?
6. What are the disadvantages or other possible problems hat you foresee?
7. How do you see yourself (your agency) participating in this program?
8. Do you have any other thoughts that you would like to share with us?

Abbildung 3 questionnaire format for an interested party analysis (Lorig 1992: 4)

- oder einem strukturierten Interview speziell für Patienten mit Diabetes mellitus, wobei die Fragen individuell angepasst werden können. Es wird nicht nur über Bedürfnisse und Ängste gesprochen sondern es sind überwiegend sehr konkrete Fragen bezogen auf Zeit und Umfang einer Beratung.

Example

Structured Interview

- When you think of diabetes, what do you think of?
(Note: this is a salient belief question.)
- What are your greatest problems in living with diabetes?
- Would you attend a six-week class on diabetes?
- What times are best for you?
- What topics would you like covered?
If no, how would you like to learn about diabetes?
- What would you like to know?
- What else about your diabetes would you like to tell us?

Abbildung 4 Structured Interview (Lorig 1992: 10)

Lorig betont, dass diese „Needs Assessment“ - Instrumente nicht nur zur Konzeptentwicklung sondern in modifizierter Weise vor Beginn einer jeden Beratungssequenz eingesetzt werden können. (vgl. Lorig 1992: 31)

Nur darf ein Assessment nicht auf die Erfassung von persönlichen Daten und dem Krankheitsstatus beschränkt bleiben. „Adults are more motivated to learn when they can identify their own needs and contribute toward planning a program tailored to their particular circumstances. The questions asked by the nurse provide families with a sense of what is important and what they will need to do to prepare for discharge.“ (Rankin/Stallings 2001: 212 f.)

Perfekt ausgearbeitete und per Computer durchführbare Assessments dienen zwar dem Erkennen von Interessen bezogen auf die Erkrankung, bleiben leider oft nur an der Oberfläche. Manchmal genügt eine einfache Frage, wie „What brought you here at this time?“, um zu erfahren, was den Patienten wirklich bedrückt. (vgl. Rankin/Stallings 2001: 213)

Häufig ist es schwierig alle Patienten mit ihren unterschiedlichen Problemen zu erreichen. Patienten „come for different reasons and have different knowledge and skill levels. (...) Therefore, in any group setting, meeting the needs of the individual members is a problem.“ Lorig sieht diesbezüglich jedoch darin eine Chance: “If it is flexible, the varied backgrounds of the participants become an advantage, not a problem.” (Lorig 1992: 31). Denn dadurch haben die Patienten die Möglichkeit sich über ihre Probleme oder Tipps im Umgang mit dem neuen Stomabeutelset auszutauschen und sie können sich gegenseitig dabei helfen, wie ein neuer Pen für die Insulininjektion funktioniert. Entscheidend ist, dass sich ein Gefühl des „Gemeinsam - im - selben - Boot - Sitzens“ entwickelt, das eine Atmosphäre entstehen lässt, in der Gefühle geäußert werden können. Dennoch muss gewährleistet sein, dass die Intimsphäre aller Teilnehmer gewahrt bleibt. Es bedarf einer genauen Wahrnehmung in solchen Situationen, damit Betroffenen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Gruppe zu verlassen und freigesetzte Gefühle in einem Einzelgespräch zu bearbeiten. Durch den Schutz der Integrität des Patienten kann ein Vertrauensverhältnis entstehen, welches erst ermöglicht selbst tiefverborgene Sorgen und Ängste an die Oberfläche kommen zu lassen.

2.4.2 Hilfe zur Selbsthilfe

Das dem Ziel Hilfe zur Selbsthilfe zu Grunde liegende Selbstmanagement-Modell versteht Beratung „als *systematischen Lern- und Veränderungsprozess*, im Verlaufe dessen die Klienten zu eigenständiger Problemlösung und Selbststeuerung *befähigt* werden“ (Schmelzer 2000: 203).

So bedarf es keiner Ratschläge durch den Berater sondern Unterstützung zur Lösung der Probleme des Patienten, die durch das Assessment erfasst wurden oder die im Laufe des Beratungsprozesses aufgeworfen werden.

Das wird durch das Bevorzugen eines individuellen Vorgehens zum Ausdruck gebracht. Die Klienten sollen darin motiviert und aktiviert werden, dass sie Eigeninitiative ergreifen und ihre Ressourcen nutzen.

Der professionelle Helfer vermittelt dem Klienten notwendige Selbsthilfe-Kompetenzen, wie

- soziale Kompetenzen (wie z. B. Kommunikations- und Konfliktfähigkeit)
- Strategien zur Problemlösung (z. B. Aufmerksamkeitslenkung auf Wesentliches, Stressbewältigungsmethoden)

- „self-care“, mittels Entspannung, gesundheitsbewußte Lebensweise bzw.
- „Selbststeuerung durch konstruktive Selbstinstruktion“, wobei darunter zu verstehen ist, das eigene Denken und Handeln so auszurichten, dass es „verhaltensnah, lösungsorientiert, positiv, in kleinen Schritten, flexibel und zukunftsbezogen“ abläuft
(vgl. Schmelzer 2000: 216 ff.)

Um die dafür notwendige Beraterrolle ausfüllen zu können bedarf es nach Schmelzer der Selbsterfahrung verbunden mit einer Selbstreflexion und einem ständigen Austausch mit z. B. Kollegen zur Entwicklung eines Blicks für andere Perspektiven. (vgl. Schmelzer 2000: 205)

Da Schmelzer den eigentlichen Erfolg einer Beratung in einem „sich überflüssig machen“ des Beraters sieht, mag es kaum verwundern, dass er sich wünscht, diese Selbsthilfekompetenzen würden vermehrt in der Familie, im Kindergarten und in der Schule vermittelt und er deshalb Beratung quasi als „Nachhilfe“ für Versäumnisse in früheren Jahren betrachtet. (vgl. Schmelzer 2000: 217)

2.4.3 Empowerment

Empowerment kann als Ergebnis eines im Sinne von Freire verstandenen „participatory educational process, in which people can name their own problems and solutions, and through this process, transform themselves and their communities“ (Freire 1970, zitiert nach Rankin/Stallings 2001: 80) betrachtet werden.

Nach Rankin and Stallings ist empowerment durch Kompetenzen wie „critical thinking and analytical skills, which allow the patient to better understand the resources and competencies needed to achieve desired outcomes“ (Rankin/Stallings 2001: 81). Sie sprechen von Pflegenden, die in Form eines „creative thinking“ Patienten darin unterstützen, dass sie sich Fragen nach dem „Wie“, „Wer“ und „Warum“ stellen können. (vgl. Rankin/Stallings 2001: 81)

Autoren, wie etwa Stark aus der Sozialen Arbeit, betonen, dass eine wörtliche Übersetzung aus dem Englischen „to empower – jemanden ermächtigen“ den Klienten in eine passive Rolle drängt.

Dieses jemanden „Bemächtigen“ impliziert, dass der Berater eine machtvolle Position inne hat. Deshalb zielt Empowerment auf „Möglichkeiten und Hilfen, die es Individu-

en und Gruppen erlauben, Kontrolle über ihr Leben und ihre sozialen Zusammenhänge zu gewinnen, und die sie darin unterstützen, die dazu notwendigen Ressourcen zu beschaffen“ (Stark 1996: 17 f.).

In Anlehnung an die Metapher der „Rettung aus dem reißenden Fluss“ wird der Perspektivenwechsel deutlich. Nicht mehr die Behandlung der Symptome als Anzeichen von Defiziten stehen im Vordergrund sondern die Unterstützung des Patienten damit „er nicht mehr in den Fluss fällt“. In der von einer Patientin mit Diabetes mellitus geäußerten Aussage: „Anfangs hat mich der Diabetes beherrscht – jetzt beherrsche ich den Diabetes“¹² wird der Empowermentgedanke sehr eindrücklich sichtbar.

Als übergeordnetes Ziel von Empowerment wird das Erreichen der Autonomie des Individuums genannt. Patientenautonomie wird in Pflegewissenschaft und Gerontologie oft zutreffend mit Selbstbestimmung im Sinne einer selbstverantwortlichen Entscheidungsfindung übersetzt. Erklärtes Ziel ist dem Patienten trotz der durch Krankheit und Alter beeinträchtigten Selbstständigkeit das mögliche an Entscheidungsfreiheit zu gewähren. (vgl. Brandenburg 2002b: 376)

Stemmer verweist im Gegensatz dazu darauf, dass die Vereinbarkeit von Patient und Autonomie eigentlich nicht möglich ist, da „patients“ im Sinne von „erdulden“, „leiden“ den Patienten in eine passive Rolle drängt. Autonomie betont demgegenüber eher einen aktiven Part des Individuums durch „die Unabhängigkeit von zwingenden fremden Instanzen und deren bestimmender Aktivität“ (Stemmer 2001: 155).

Auf semantischer Ebene mag die Ambivalenz des Begriffspaars zwar berechtigt sein. Wird im Rahmen des Beratens von Menschen mit einer chronischen Erkrankung diese Begriffsbestimmung jedoch erweitert, kann sich diese Ambivalenz in der realen Situation schnell auflösen, wenn der Patient als Interaktionspartner gesehen wird, auf dessen Bedürfnisse es einzugehen gilt. Dabei darf nicht nur das Auswählen zwischen mehreren Alternativen entscheidend sein sondern, dass die Definitionsmacht der Alternativen die Patienten selbst inne haben. Der Patient muss selbst seine für ihn möglichen Lösungsansätze finden können. Dazu kann er sich der Hilfe von Beratern bedienen. Es darf aber nicht dazu führen, dass diese Experten in der Beratung alternative Lösungsansätze vorgeben, zwischen denen der Betroffene dann lediglich zu entscheiden habe.

¹² Nach Angaben einer in der Diabetesberatung tätigen Kollegin äußerten sich schon manche Patienten so oder ähnlich zu ihrer Erkrankung.

Das Postulat „Förderung der Patientenautonomie“ erweist sich jedoch bei genauerer Betrachtung als unerreichbar, geht man von der ursprünglichen Bedeutung des Wortes Autonomie aus (autos ~ selbst; nomos ~das Gesetz; Autonomie verstanden als Selbstgesetzgebung). (vgl. Anderson u. Anderson 1998: 109)

Denn dahinter kann sich zum Beispiel der Anspruch an Patienten verbergen, dass sie als mündige Akteure im Gesundheitswesen auf Grund der von Ärzten und Pflegenden erhaltenen sachlichen Informationen rationale Entscheidungen zum Wohle ihrer Heilung¹³ treffen und verantworten können. Patienten stoßen dabei an ihre Grenzen und es kommt einer Überforderung gleich. Denn eine Krankheit verstanden als mögliche Konfrontation mit der existenziellen Erfahrung der eigenen Begrenztheit und Endlichkeit kann irrationale Gefühle hervorrufen durch die sich eine rationale Entscheidung verbietet. Ferner können Patienten ihre Autonomie auf verschiedenen Ebenen sehr unterschiedlich erleben. So wird eine Patientin durch Spätkomplikationen ihrer Diabeteserkrankung zwar schwer pflegebedürftig und dadurch in ihrer Selbständigkeit bezogen auf die Bewältigung der Körperpflege und der Nahrungszubereitung sehr eingeschränkt sein jedoch wird sie durch ihre kognitive Vigilanz ihre Entscheidungen frei treffen können. (vgl. Brandenburg 2002b: 376 f.)

Sinnvoll ist es deshalb den Allgemeingültigkeitsanspruch der Patientenautonomie gebunden an ein Individuum fallen zu lassen und den Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten als zentrales Element zu bestimmen. Eine Annäherung an den Autonomiebegriff gelingt in dem Autonomie und Antonyme wie Abhängigkeit oder „Minderwertigkeit“ als zwei Pole eines Kontinuums betrachtet werden, in dem man versucht ist, allen Akteuren und deren Ansprüchen mehr oder weniger gerecht zu werden (Schmerfeld 2003; vgl. Brandenburg 2002: 381).

2.4.4 Freiwilligkeit

Für Experten aus der Beratungsszene hat das Einhalten des Grundsatzes der Freiwilligkeit eine zentrale Bedeutung. Nur durch den Patienten, der von sich aus sich an eine Beratungsstelle wendet, aktiv und motiviert an der Lösung seiner Probleme mitarbeitet und Unterstützung annimmt, damit er sein Selbstbewusstsein entwickeln kann, kann nach ihrer Ansicht dem Anspruch der Patientenorientierung entsprochen

¹³ Heilung kann in diesem Zusammenhang auch im übertragenen Sinne verstanden werden

werden. Die Freiwilligkeit erstreckt sich nicht nur darauf, dass der Patient über den Wunsch und die Aufnahme einer Beratungsbeziehung selbst entscheiden kann, sondern darüber hinaus darauf, dass er grundsätzlich seine Verantwortung behalten sollte. (vgl. Abt-Zegelin; Huneke 1999: 12)

Wie wichtig die freiwillige Teilnahme des Patienten am Beratungsgeschehen ist unterstreicht Reis durch die Bezugnahme auf das uno-acto-Prinzip. Der Erfolg der Dienstleistung Beratung hängt im hohen Maße von der willentlichen Kooperation des Betroffenen ab, denn er ist am Prozess der nicht speicherbaren Dienstleistung Beratung maßgeblich beteiligt. Reis geht sogar so weit zu sagen, dass die Gefährdung des „konstitutiven Elements Freiwilligkeit“ zu einer Einschränkung der Handlungsaunomie im Sinne einer eigenständigen Entscheidungsfindung dazu führt, dass man nicht mehr von Beratung sprechen darf. (vgl. Reis 1997: 93)

Ohne eine später stattfindende Auseinandersetzung mit diesem Aspekt vorweg zu nehmen, muss kritisch hinterfragt werden, ob dieser Anspruch an eine Beratung von chronischkranken und pflegebedürftigen Menschen ohne weiteres gestellt werden kann.

2.5 Beratungskompetenzen

In welcher Weise befassen sich Beratungskonzepte mit der Qualifikation der Berater in Bezug auf Kompetenzen, die eine Berücksichtigung der Sichtweise der Betroffenen zulassen? Welche Beratungskompetenzen sollten Pflegenden mitbringen, um kranken Menschen beratend zur Seite stehen zu können, damit in einer **partizipativ** gestalteten Beziehung durch **Hilfe zur Selbsthilfe** ein **Empowerment** des Patienten möglich wird? Um darauf eine Antworten zu finden, gilt es herauszustellen, welche speziellen Kompetenzen Pflegekräfte entwickeln müssen, damit sie die Perspektive des Betroffenen berücksichtigen können.

In ihrer Studie über Kompetenzen in der Pflege konnte Benner gleich an zweiter Stelle schon nach <<Helfen>> <<Beraten und Betreuen>> als Pflegekompetenz feststellen. In der Pflegepraxis wird darunter eher ein direkter Ansatz verstanden, da Beratung lediglich auf die Weitergabe von wichtigen Informationen beschränkt bleibt (vgl. Koch-Straube 2001: 32 f.). Nach Benner gehört dazu jedoch auch die Unterstützung des Patienten im Prozess der Bewältigung seiner Krankheit und die <<Mobilisierung von Kräften zur Genesung>> was durch Kompetenzen, wie „Wahrnehmung des subjektiven Krankheitsverständnisses des Patienten, Deutung des Krankheitszustandes (und diese Deutung anbieten und erklären) (und, d. Verf.) Unterstützung bei der Integration der Krankheit in den Alltag des Patienten“ gelingen kann.

(vgl. Koch-Straube 2001: 33, zit. nach Benner 1994)

Die folgenden Fähigkeiten fassen einzelne der in diesem Zusammenhang häufig genannten Kompetenzen zusammen und können als notwendige Bestandteile einer pflegerischen Beratungs-Kompetenz hervorgehoben werden, die einen anderen Menschen achtende und ihnen zugewandte Haltung widerspiegeln:

- **Beziehungs- und Sachebene trennen** (vgl. Watzlawick 1974: 53 ff.)
Ein verständnisvollerer Zugang zu den Bedürfnissen der Patienten wäre möglich, bliebe es in der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten nicht nur bei einem Austausch von Sachinformationen sondern würde eine gelebte Beziehung zum Ausdruck kommen (vgl. Brandenburg 2001a: 23)

- **ethische Verhaltensweisen**, wie Empathie, bedingungslose Wertschätzung, Kongruenz (Rogers 1977: 19 ff., 180 ff.)
- **die spezifische Situation erfassen**
- **fremde Werte akzeptieren**
- **Vertrauen herstellen**
(vgl. Koch-Straube 2001: 101)

Um zu verdeutlichen welche Relevanz Beratungskompetenzen für die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive aufweisen, werden exemplarisch einzelne Kompetenzen¹⁴ näher beleuchtet.

2.5.1 Empathie

Rogers verstand aus einem durch die humanistische Psychologie geprägten Verständnis unter Empathie ein „präzises einführendes Verstehen für die persönliche Welt des Klienten (...) die innere Welt des Klienten mit ihren ganz persönlichen Bedeutungen so zu verspüren, als wäre sie die eigene (doch ohne die Qualität des >>als ob<< zu verlieren“ (Rogers 1977: 184). Seine oft diskutierte positive Grundannahme vom Menschen war, dass „jedes Individuum die Fähigkeit besitzt, selbst darauf zu kommen, durch welche Schritte es zu einer reiferen und kraftvolleren Beziehung zu seiner Realität gelangen kann, ...“ (Rogers 1977: 119). Empathie kann konkret als ein sich Einfühlen in die Situation des Patienten betrachtet werden, in dem der Berater „seine eigenen Sichtweisen und Werthaltungen beiseite legt und ohne Vorurteil die Erlebniswelt des Klienten betritt“. (Biermann-Ratjen et al. 1995: 21)

Übertragen auf die Pflege sieht Bischoff-Wanner Empathie als handlungsorientiert an, denn „es geht ... nicht nur um Verstehen und Kommunizieren, sondern auch darum, die empathisch gewonnenen Erkenntnisse in direktes Handeln zu Gunsten des Patienten umzusetzen“. (Bischoff-Wanner 2002: 254 f.). Unter direktem Handeln

¹⁴ Ergänzend können die themenzentrierte Interaktion nach Cohn oder der Begriff der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ aus der Psychoanalyse genannt werden, welche die Problemsicht des Betroffenen fokussieren. Es wurden exemplarisch die Beratervariablen von Rogers herausgegriffen, da dazu etliche Bezugnahmen in der Sozialen Arbeit, Psychologie und besonders in der Pflegewissenschaft (etwa bei Koch-Straube 2001, Bischoff-Wanner 2002, Bauer 1997) existieren.

können im Beratungsgeschehen die konkreten aus den Erkenntnissen abgeleiteten Hilfestellungen für den Patienten gesehen werden.

Um Empathiefähigkeit zu erlangen, müssen Berater nach Goleman den Weg angefangen mit der eigenen Selbstwahrnehmung über Selbstregulierung und Motivation bis hin zur Entwicklung von Vertrauen gehen. Vertrauen ist im Sinne Luhmanns als Möglichkeit der Reduktion sozialer Komplexität, um eine Handlungsfähigkeit zu erlangen, zu verstehen. (vgl. Luhmann 2000: 93) Erst durch die Bildung einer Vertrauensbasis zwischen Berater und zu Beratenden, ist der Patient bereit sich zu öffnen und der Berater kann seine Empathiefähigkeit nutzen.

Goleman betont, dass Selbstwahrnehmung als Voraussetzung einer Selbstregulierung nur gelingen kann, falls ein emotionales Bewusstsein vorhanden ist. Er versteht darunter die Bereitschaft des Individuums sich über die eigenen Gefühle klar zu werden. Erst das emotionale Bewusstsein ermöglicht eine Selbsteinschätzung verstanden als eine Art der Bestandsaufnahme. Gelingende Selbstwahrnehmung lässt ein Vertrauen in sich selbst entstehen, dass dann die Fähigkeit der Regulierung des Selbst zulässt. (vgl. Goleman 1999: 35 ff.)

Das Entstehen eines Selbstvertrauens ist Grundlage, damit sich Vertrauen zwischen den Interaktionspartnern entwickeln kann, was sich in Form einer durch die Hoffnung auf Hilfe getragenen Beziehung ausdrückt.

2.5.2 unbedingte Wertschätzung

Als eine weitere Beratervariable wird unbedingte Wertschätzung betrachtet. Darunter ist eine Akzeptanz mehr noch die Achtung des Denkens und Handelns von Klienten zu verstehen. Biermann-Ratjen et al. plädieren für die Verwendung des Begriffs „bedingungsfreie Beachtung“ da man dem Anspruch der unbedingten Wertschätzung nie gerecht werden kann. (vgl. Biermann-Ratjen 1995: 21)

Übertragen auf Beratung in der Pflege bedeutet es als Konsequenz, dass erst dadurch der Patient bereit ist, sich zu öffnen, sich seiner Gefühle bewusst werden kann und ihm letztendlich erst durch dieses Öffnen eine Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten in der Bewältigung der Krankheit möglich wird.

2.5.3 Kongruenz/Echtheit

Unter Echtheit verstand Rogers, „daß der Therapeut seiner selbst gewahr ist, daß ihm seine Gefühle und Erfahrungen nicht nur zugänglich sind, sondern daß er sie auch durch sein Sein und erleben in die Beziehung zum Klienten einbringen kann. (...) Es bedeutet, daß der Therapeut er selbst ist und sich nicht verleugnet.“ (Rogers 1977: 26)

Echtheit kann aber auch verstanden werden als, „seine Gefühle zuzulassen, ohne sich genötigt zu fühlen, sich für diese zu entschuldigen, beziehungsweise danach zu handeln.“ (Weakland und Herr 1988: 40 f.). Einschränkend muss erwähnt werden, dass nach Bauer in Anlehnung an Rogers selbst dieser Zustand nie vollständig erreicht werden kann, was letztendlich bei allen Kompetenzen zu zutreffen scheint. Für Bauer ist deshalb wichtig, Echtheit für sich als Ziel zu formulieren, aber immer mit dem Bewusstsein, es nie gänzlich erreichen zu können. (vgl. Bauer 1997: 105)

Biermann-Ratjen et al. betonen deshalb: „Das Ausbleiben der Unbedingten Wertschätzung ist nicht einem Versagen des Therapeuten gleichzusetzen. Das Gefühl der Unbedingten Wertschätzung ist ein Kriterium dafür, dass es dem Therapeuten möglich ist, sich in seinen Klienten einzufühlen und dabei kongruent zu bleiben.“ (Biermann-Ratjen et al. 1995: 24).

Die drei Beratervariablen Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz sind nach Weakland und Herr gleichzeitig zugegen, wenn wir in aller Ehrlichkeit zu unseren Klienten sagen können, dass wir ihre Situation so gut verstehen, dass wir uns vorstellen könnten, unter ähnlichen Bedingungen ähnlich wie sie zu empfinden und zu handeln. (vgl. Weakland u. Herr 1988: 43)

Zu diesen von Rogers erstmals beschriebenen und in der den letzten Jahrzehnten oft diskutierten und weiterentwickelten Beratervariablen können folgende zwei Beraterkompetenzen hinzugefügt werden.

2.5.4 diagnostische Kompetenz

Unter einer Diagnose als Basis einer Beratung kann die „Gesamtheit von Maßnahmen zum Verstehen einer Situation mit dem Ziel ihrer Veränderung“ verstanden werden (Koch-Straube 2001: 115). Sie dient der Klärung der Klientenperspektiven und ist als prozesshafter Ablauf geprägt durch explizite Äußerungen von Beschwerden und Erwartungen und implizite Botschaften des Klienten. (vgl. Schmelzer 2000: 210)

In der Pflege wird vielfach kritisiert, dass Pflegehandlungen unreflektiert ausgeführt werden und die Gewinnung der Vitalzeichen, wie Blutdruck, Puls oder Blutzucker als Daten für den Arzt gesammelt und weitergegeben werden, um nach dessen erfolgter Therapiekorrektur Anordnungen zu erhalten. Wittneben konstatiert: „Eine Krankenschwester oder ein Krankenpfleger, die/der den Bedeutungszusammenhang von Krankheitserscheinungen nicht erkennen, aber Einzelsymptome verlässlich registrieren und melden soll, die Wirkungen der Therapie selbst aber durchführen muss, wird in die Nähe eines gedankenlosen Roboters gerückt (Wittneben zitiert nach Ammende 2001, 144). Um diesem Bild entgegenzuwirken, bedarf es einer diagnostischen Kompetenz von Pflegenden, die sich nach Koch-Straube als diagnostischer Prozess auf zentrale Aspekte, wie die „Analyse der Lebenswelt, der Ressourcen, der Bedürfnisse und Interessen, der Probleme und Konflikte und des Lebenskontinuums“ erstreckt (Koch-Straube 2001: 115 f.). So verstanden werden die Probleme, Wünsche und Ressourcen auf der Grundlage des sozialen Umfeldes und der Biografie des Patienten interpretiert. Und für Entzian existiert neben der harschen, unterschwelligen Kritik an der Realität der pflegerischen Praxis eine Perspektive, endlich „zu erkennen, welcher Pflegebedarf in welchem Ausmaß vorhanden ist, welche Konsequenzen der Hilfebedarf für das individuelle Leben und für das soziale Umfeld hat und wie die Pflegeleistung fachgerecht erbracht werden kann“ (Entzian 1999, 121). Werden Pflegenden endlich eine diagnostische Kompetenz entwickeln, die ihnen ermöglicht, zu erfassen, welche Unterstützung ein Patient in seiner konkreten Situation benötigt und welche er sich wünscht - das Zitat von Wittneben würde an Bedeutung verlieren.

Übertragen auf das Beratungsgeschehen bedarf es einer genauen Einschätzung des Beratungsbedarfes durch Pflegenden, um dem Patienten das Beratungsangebot unterbreiten zu können, das er sich in der konkreten Situation wünscht und das ihn im Problembewältigungsprozess adäquat unterstützen kann. Dazu reicht ein umfassendes Assessment zu Beginn der Beratung nicht aus. Vielmehr bedarf es einer ständigen Aufmerksamkeit des Beraters, eines feinen Gespürs für den Moment in der jeweiligen Situation, um zu erkennen, wann der eingeschlagene Weg nicht mehr sinnvoll erscheint und deshalb auf andere Methoden zugegriffen werden muss. Deshalb ist eine erstellte Diagnose im Sinne einer Momentaufnahme der augenblicklichen Bedürfnislage des Patienten immer nur als vorläufig anzusehen.

Eine gewisse Nähe zur diagnostischen Kompetenz findet sich im Ansatz des aktiven Zuhörens. Gordon beschreibt es als aufmerksames Zuhören, um dem Betroffenen „das eigene Verständnis der Bedeutung seiner Botschaft rückzumelden“ (Gordon 1997: 84). Der Betroffene erhält durch dieses Widerspiegeln Anregungen, um Probleme zu definieren und zu deren Lösung zu gelangen.

Was die diagnostische Kompetenz betrifft erhält der Berater dadurch Hinweise, in wie weit er mit dem Patienten auf einem richtigen Weg ist oder gemeinsam mit dem Patienten das Procedere einer Korrektur unterziehen sollte.

2.5.5 Reflexive Kompetenz

Inhalte von Beratungsgesprächen können sich nicht nur an empirischem Wissen über Ätiologie, Diagnostik, Therapie und Pflege von Krankheiten anlehnen sondern müssen sich eines **Reflexionsprozesses** zwischen Berater und Betroffenen bedienen. Der Berater, erhält dadurch die Möglichkeit sich seiner Rolle, seiner Möglichkeiten und praktischen Maßnahmen klar zu werden. Hohm spricht in diesem Zusammenhang von einer Selbstreflexion. Diese Prozesse setzen auch bei Patienten an, indem sie „dem psychischen System des Therapierten den Aufbau neuer Bewusstseinsstrukturen ermöglichen“ (Hohm 2000: 93).

Im Rahmen eines diagnostischen Prozesses sind die gewonnenen Erkenntnisse einer ständigen Reflexion unterworfen. Dadurch erfährt erst der Beratende über ein feedback des Patienten, ob er mit seinen angestellten Vermutungen richtig liegt.

Die Reflexion im Beratungsgeschehen setzt wie gesagt eine Reflexion des Beratenden im Sinne einer Selbstreflexion voraus. Erst dadurch kann der Berater über die Reflexion des Gesagten in der Beratungssequenz den Patienten zu einer Reflexion über seine Krankheitserfahrungen anregen. Fremdreflexion kann demnach nur über den Weg der Selbstreflexion führen.

2.6 Beratungskonzepte

Warum können Konzepte für eine Untersuchung des Beratungsgeschehens hilfreich sein? Weshalb werden Schulungskonzepte für die Untersuchung von Beratung in der Pflege herangezogen? Welche Schulungskonzepte werden aus welchen Gründen untersucht? Die folgenden Seiten versuchen darauf Antworten zu finden.

Nach Fawcett fassen Konzepte „geistige Vorstellungen von Phänomenen in einem Begriff zusammen“ wobei Begriffe als „so abstrakt und allgemein“ gesehen werden können „,dass sie weder in der realen Welt direkt beobachtet noch auf eine bestimmte Person, Gruppe oder Situation beschränkt werden können.“ (Fawcett 1998: 12)

Konzepte sind als allgemeine Vorstellungen von dem wie etwas sein soll entstanden, aus dem Versuch (etwas) zu erklären, wie es ist, um in zukünftig ähnlichen Situationen adäquat darauf vorbereitet zu sein und entsprechend reagieren zu können. Konzepte werden als „konstruktive bzw. abstrakte Ideen“ (Andersen/Andersen 1998: 500) bezeichnet. Sie beleuchten, wie etwas sein sollte. Dementsprechend müsste all das Wichtige enthalten sein, das notwendig ist, um bestimmte Ziele zu erreichen. Durch die Differenz wichtig – unwichtig wird deutlich, welche Schwerpunkte die Autoren in der Entwicklung der Konzepte gesetzt haben.

Zwar sind Wörter und Sätze in Konzepten niedergeschrieben Ausdruck dafür, was den Autoren wichtig erscheint. Aber es muss bedacht werden, dass die wahre und echte Bedeutung der Beratung bzw. der Beziehung der Beteiligten sich nicht in Worte fassen lässt. Erst im Erleben der Beratung selbst wird das Wesentliche, die Beziehung zwischen den Beteiligten, erkennbar und erfahrbar. (vgl. Rogers 1976: 15)

Heruntergebrochen auf Konzepte für das Beratungsgeschehen in der Pflege handelt es sich um Handreichungen für Pflegenden, die beratend tätig werden.

Folgende Aspekte können in Anlehnung an schon getroffene Aussagen und an den Pflegeprozess (vgl. Koch-Straube 2001: 132) als zentrale Inhalte von Konzepten der Patientenberatung angesehen werden:

Inhalte von Beratungskonzepten

1) Zielformulierungen

Die Formulierung von Zielen macht deutlich, welchen Sinn und Zweck das Beratungsangebot verfolgt

2) Inhalte, Informationen, Wissensbestände

Bezogen auf eine bestimmte Personengruppe, deren Krankheit die Vermittlung spezielle Wissensinhalte erfordert, werden zentrale Informationen aufbereitet. Neben medizinischem finden sich auch Hinweise von Betroffenen und Selbsthilfegruppen, welche Erfahrungen mit der Krankheit verbunden sind und welche Bewältigungsstrategien hilfreich sind.

3) Ansprechpartner

Um das Beratungsangebot Zielgruppengerecht entwickeln zu können ist zu klären für welchen Patientenkreis das Beratungsangebot gedacht ist und wie die Einbindung der Patienten in die Konzepte gelingt. Konkret können daraus entsprechende Schlussfolgerungen gezogen werden, wie Betroffene in Konzepten angesprochen werden bzw. ob für Betroffene die Möglichkeit bestand an der Konzepterstellung mitzuwirken.

4) Procedere/Methodik

Die Art und Weise der Begegnung zwischen Berater und zu Beratendem wird beschrieben.

Hilfreich ist die Vorstellung einzelner Phasen des Beratungsgeschehens.

Grundsätzlich ist in Konzepten der Bezug auf Assessmentinstrumente sehr hilfreich, damit der aus der Krankheit und dem Krankheitserleben ableitbare Beratungsbedarf und die individuellen Bedürfnisse der Patienten ersichtlich werden.

Des weiteren sollte dargestellt werden, wie die Evaluation des Beratungsprozesses durchgeführt wird.

5) Kompetenzprofil

Aus einem Kompetenzprofil kann ersichtlich werden, welche Qualifikationen und Fähigkeiten Berater vorweisen müssen, um den Beratungsanforderungen bezogen auf die Berücksichtigung der Perspektive des Betroffenen gerecht werden zu können.

Ausgewählte Schulungskonzepte als Grundlage für die Beratung von Patienten

Bei der Wahl für die Konzepte aus der Diabetes-, Kontinenz- und Stomaberatung war entscheidend, dass sich diese Beratungsangebote mittlerweile bundesweit etablieren konnten, demzufolge jede Klinik der Zentralversorgung solche Beratungsangebote unterhält und besonders für Pflegende auf diesen Gebieten Beratung zu einem interessanten Aufgabengebiet wurde. Ergänzend dazu war entscheidend, dass vielfältige Anstrengungen von Seiten der Interessensvertretungen der Patienten, Pflegenden und der Hersteller von Hilfsmitteln unternommen wurden und deshalb anzunehmen war, dass man von einer umfangreichen Datenlage ausgehen konnte. Aus einer breiten Palette an Beratungsangeboten wurden diese drei herausgenommen, da ihnen eine krankheitsbedingte Einschränkung zu Grunde liegt und die Beratungen in ähnlicher Form ablaufen.

Das Anliegen dieser Diplomarbeit war ursprünglich bundesweit etablierte Beratungskonzepte daraufhin zu untersuchen, in wie weit sie die Perspektive des Betroffenen berücksichtigen. Nach einer ausgiebigen Literaturrecherche, zahlreichen Anfragen bei zentralen Stellen (Deutscher Diabetiker Bund; ILCO (Interessensvertretung der Stomaträger in Deutschland); Patienteninformationszentren in Lüdenscheid und München; etc.) und persönlichen Anfragen in Kliniken vor Ort stellte sich heraus, dass Beratungskonzepte im eigentlichen Sinne derzeit bundesweit nicht existieren. Da es momentan noch gängige Praxis ist, dass Schulungskonzepte für ein Beratungsgespräch der individuellen Situation des Patienten entsprechend angepasst werden, entschloss ich mich den Untersuchungsgegenstand auf Schulungskonzepte und Stellenbeschreibungen die als Grundlage für Diabetes-, Kontinenz- und Stomaberatung verwendet werden, zu verlagern.

Aus der Literaturrecherche und vorgestellten Diskussion wird ein Bewertungsraster entwickelt, anhand dessen die Konzepte darauf hin untersucht werden können, in wie weit sie die Sichtweise der Patienten in den Beratungsprozess mit einbeziehen.

Als Gliederungspunkte werden die schon oben erwähnten zentralen Inhalte von Konzepten:

1. **Ziele,**
 2. **Ansprechpartner,**
 3. **Inhalte,**
 4. **Procedere/Methoden und**
 5. **Beratungskompetenzen.**
- gewählt.

In einer sich anschließenden Betrachtung der Ergebnisse dienen diese Gliederungspunkte als Orientierung in der Gegenüberstellung von Chancen und Grenzen von Beratung in der Pflege.

Bevor nun die einzelnen Konzepte kurz vorgestellt werden, wird nach einer Einführung in die einzelnen der Beratung zu Grunde liegenden Erkrankungen versucht, sich in die Lage von Patienten zu versetzen, um aus deren Blickwinkel ihre Krankheitserfahrung zu beleuchten. Dadurch soll verdeutlicht werden, dass nicht nur für „Laien“ aufbereitetes medizinisches Fachwissen Inhalt einer Beratung sein sollte, sondern auch wie Patienten ihre jeweilige Krankheit erleben und welchen Ängsten sie sich ausgesetzt fühlen können.

2.6.1 Diabetesberatung

Noch zu Beginn des letzten Jahrhunderts mussten Menschen an Diabetes mellitus sterben, weil die Zellen der Bauchspeicheldrüse bedingt durch eine Infektion zu wenig bis gar kein Insulin für die Aufspaltung der Kohlenhydrate produzieren konnten. Erst seit der Entdeckung von Insulin durch Banting und Best im Jahre 1921 können Menschen mit Diabetes mellitus überleben. Derzeit leben in Deutschland ca. 4 Millionen Menschen, die an dieser Stoffwechselkrankheit leiden. (vgl. Boes, S. 1183 ff.. In: Kellnhauser et al. 2000).

Wie gehen diese Menschen damit um, wenn sie die Diagnose Diabetes von ihrem Arzt erfahren und dann auch hören müssen, dass diese Krankheit nicht heilbar ist?

Wie empfindet zum Beispiel eine alte Frau, die von Kindheit an auf einem Bauernhof im Schwarzwald lebt, den Krieg miterleben musste und die langen Jahre der Hun-

gersnot überstanden hat, wenn sie in einem Gespräch mit dem Hausarzt erfährt, dass sie an der Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus erkrankt ist?

Wahrscheinlich werden gemischte Gefühle in ihr ausgelöst, wenn sie von einer Diabetesberaterin zum Abnehmen aufgefordert, wo sie doch seit den Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs froh ist, dass sie essen kann, was sie sich wünscht

Wie diese Frau Insulin aufziehen und spritzen soll, wenn ihre Hände durch die harte Arbeit auf dem Feld zerfurcht und rau geworden sind, muss geklärt werden, aber auch wie sie anhand einer Tabelle ihre Proteineinheiten bezogen auf die Nahrungsmittel berechnen kann, wo doch Lesen und Rechnen nie ihre großen Stärken waren.

Diese Frau kann beispielhaft für so manche Patienten, die in eine Diabetes-Beratung gehen, gesehen werden.

2.6.2 (In)Kontinenzberatung

Mittlerweile leiden nach offiziellen Angaben ca. 4 - 6 Millionen Menschen in Deutschland an einer Harninkontinenz. Mit zunehmendem Alter und der dadurch bedingten Multimorbidität steigt die Anzahl der Menschen die an Inkontinenz leiden.

Altersgruppe	Inkontinenz in %
5 - 64 Jahre	3 %
65 - 79 Jahre	11 %
ab 80 Jahre	über 30 %

Abbildung 5 Wie viele Menschen leiden an Harninkontinenz?

Medizinisch wird unter Inkontinenz sehr sachlich ein unwillkürlicher Abgang von Urin verstanden, der durch

- intraabdominelle Druckerhöhung (**Stressinkontinenz** durch Husten, Niesen),
- Hirnschädigung (**Drang-, Urgeinkontinenz** bei Apoplexie, Morbus Parkinson; der hemmende Impuls zum Blasenschließmuskel ist unterbunden)
- mangelhafte bzw. fehlende Blasenmotorik (**Überlaufinkontinenz** bei Apoplexie, Morbus Parkinson; der Blaseninnendruck übersteigt den Schließmuskelverschlussdruck) oder

- komplette Unterbrechung der Nervenbahnen von und zum Gehirn (**Reflexinkontinenz** beispielsweise bei Querschnittslähmung oder Wirbelsäulentumoren) verursacht werden kann.
(vgl. Hegeholz 2003: 52 ff.)

Zahlreiche Hersteller bieten je nach Art der Inkontinenz speziell angepasste Inkontinenzhilfen, wie Inkontinenzhosen oder Einlagen in unterschiedlicher Form und Größe an.

Aber was bedeutet Inkontinenz, das Gefühl keine Kontrolle mehr über die eigene Blase zu haben, für den Betroffenen selbst? Wie gehen etwa Männer damit um, wenn ihnen Urintropfen in der Unterhose auffallen. Aus lauter Scham verwenden sie zu Beginn vielleicht die Binden der Ehefrau. Einkäufe mit der Partnerin, kleine Busausflügen oder der Sonntagsspaziergang mit der Familie sind plötzlich mit Ängsten verbunden, weil nicht sicher ist, ob die nächste Toilette rechtzeitig erreicht werden kann.

Menschen mit Inkontinenz isolieren sich dadurch immer mehr, denn sie haben Angst, dass etwas „in die Hose“ gehen könnte, wenn sie unterwegs sind. Die Angst, man könne nach Urin riechen kommt zusätzlich hinzu. Aus Unwissenheit gehen viele nicht zum Hausarzt, denn man nimmt an, dass das eine normale Alterserscheinung darstellt und dafür keine Therapiemöglichkeiten existieren. Wenigen ist bekannt, dass je nach Art der Inkontinenz schon alleine die Einnahme von Medikamenten sehr wirksam sein kann.

Unter der falschen Annahme man könne durch weniger trinken, dem Übel begegnen, wird die Problematik nur zusätzlich verstärkt. Denn erst dadurch kann es bedingt durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr zu Nierenfunktionsstörungen und Konzentrationschwierigkeiten bis hin zu Verwirrheitszuständen kommen.

2.6.3 Stomaberatung

Mit welchen Gefühlen kämpfen Patienten, die erfahren haben, dass bei einer Spiegelung des Dickdarms ein Tumor (Colon-Carcinom) etwa mit der Größe eines Tischtennisballs gefunden wurde?

Versuchen wir uns in die Situation eines Patienten zu versetzen, dem in einer komplizierten Operation ein Colon-Carcinom entfernt wurde.

Gerade ist man aus der Narkose aufwacht. Gestern hat der Arzt noch nebenbei erwähnt, dass ein Anus praeter (künstlicher Darmausgang) angelegt wird, damit der Tumor restlos entfernt werden kann.

Man liegt im Aufwachraum und ist noch etwas benommen. Trotzdem will man wissen, was im Operationssaal gemacht wurde. Langsam bewegt sich die Hand unter dem weißen OP-Hemd in Richtung Bauch. Es fühlt sich schon etwas sonderbar an, so eine Kautschukplatte an der ein Beutel befestigt ist. Am Abend beim ersten Aufstehen wird ein Spiegel vorgehalten. Man sieht das erste Mal, was am Bauch angeklebt ist.

Das was vorher alles so einfach auf dem Klo zu erledigen war, muss plötzlich mit einem Auffangbeutel vorne am Bauch funktionieren.

Von einem Tag auf den anderen haben diese Patienten ein Stoma zu tragen.

Wie werden Menschen im Schwimmbad auf das Stoma reagieren? Kann man mit einem Stoma seine Sexualität ausleben? Kann man in die Stadt gehen, ohne Angst zu haben, dass die Stomaplatte abfällt oder dass andere Menschen etwas riechen?

Können Pflegende im Rahmen einer Diabetes-, Kontinenz- bzw. Stomaberatung für all diese Fragen, in denen sich die Ängste und Sorgen der Patienten widerspiegeln, Hilfe sein, damit Patienten zu Antworten finden?

Zumal sich adipöse Patienten mit Diabetes mellitus nicht selten angegriffen fühlen, weil sie auf ihr Übergewicht und ihre falsche Ernährung als mögliche Ursache für den Ausbruch der Erkrankung angesprochen werden. Menschen, welche an Inkontinenz leiden, können sich isolieren, weil sie Angst davor haben, dass sie die Toilette nicht schnell genug finden. Menschen wird ein Stoma angelegt und von einem Tag auf den anderen müssen sie sich mit dem konfrontieren, was sie sonst normalerweise nie zu Gesicht bekommen – ihren Ausscheidungen.

Sind Schulungskonzepte, die zur Beratung von Patienten herangezogen werden, so ausgerichtet, dass sie eine Grundlage für ein Beratungsgespräch zwischen diesen Menschen und Pflegenden bieten, damit Ängsten und Sorgen begegnet werden, Bedürfnisse der Betroffenen erkannt werden und ein Sprechen über Tabus möglich wird?

Diesen Fragen wird nachgegangen, in dem Schulungskonzepte für Menschen mit Diabetes mellitus, Inkontinenz und der Anlage eines künstlichen Darmausgangs untersucht werden. In der folgenden Übersicht werden Konzepte, Richtlinien und Mate-

rialien vorgestellt, welche bundesweit für die Schulung und Beratung von Patienten prägend sind.

- **Diabetes mellitus**

Berger, M. et al. (1997): **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen**. 3. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag.

Das von der Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf entwickelte Schulungskonzept für Patienten mit Diabetes mellitus Typ II wird darauf hin untersucht, ob es als Grundlage für ein individualisiertes Beratungsgespräch ausreicht. Es handelt sich um ein für alle Diabetes-Zentren verbindliches Programm, das 1997 in 3. Auflage erschienen ist.

Auf 40 Seiten finden sich in Tabellenform angelegte Informationen zu Lernzielen, Lehrinhalten und Verhalten des Unterrichtenden und Hinweisen auf einsetzbare Unterrichtsmaterialien. Zentrale Themen, für die jeweils ein Tag zur Verfügung steht sind Insulin, Unterzuckerung, die Blutzuckermessung, Hinweise auf Ernährung und die zur Prophylaxe von Komplikationen notwendige Fußpflege.

Jörgens, V.; Grüßler, M.; Kronsbein, P.: **Wie behandle ich meinen Diabetes?**. Kircheim-Verlag, Mainz.

Das Behandlungs- und Schulungsprogramm von Berger et al. verweist explizit auf dieses Manual, dass Patienten mit Diabetes mellitus direkt anspricht

Schmeisl, G. W. (1999): **Schulungsbuch für Diabetiker**. 3. Aufl., Urban & Fischer, München, Jena.

Stellenbeschreibung für Diabetesberater/innen der DDG

(Dt. Diabetesgesellschaft), Stand August 2002. Zu finden auf der Internetseite des VDBD (**V**erband der **D**iabetes**B**eratungs- und **S**chulungsberufe in **D**eutschland e. V.

URL: <http://www.vdbd.de/intern/berater.php?nr=2>

siehe **Anlage 2: Stellenbeschreibung Diabetesberater/in DDG**

- **Harn(in)kontinenz**

Deutscher Verein der Enterostomatherapeuten (DVET)

Weiterbildung Inkontinenzberatung und Stomatherapie - Inhalte -

http://www.dvet.de/weiterbildung_ruhr.htm#LEISTUNGSNACHWEISE

[Stand 30-04-2003]

Hegeholz, D. (Medical Advisor Incontinence Care)

Schulungskonzept für Patienten mit Inkontinenz der Firma Coloplast. Dieses Konzept wurde mit einbezogen, da die DVET darauf verweist und es von zahlreichen Pflegenden, die in der Inkontinenzschulung tätig sind, Anwendung findet. Soweit nicht anders erwähnt, beziehen sich Ausführungen auf dieses Konzept. Weitere Informationen unter URL: <http://www.coloplast.de> [Stand 05-04-2003]

Bedauerlicherweise konnte ein von der Fa. Hartmann entwickeltes Konzept, das am Bethanien-Krankenhaus in Heidelberg Anwendung findet, nicht berücksichtigt werden, da das Konzept unter Verschluss gehalten wird.

Deshalb wurden dort eingesetzte, von Elke Kuno und Margit Müller entwickelte

Schulungsunterlagen für die Weiterbildung zur Inkontinenzberaterin am Bethanienkrankenhaus in Heidelberg herangezogen. Auch dort liegt ein spezielles Beratungskonzept bis jetzt nicht vor.

siehe **Anlage 3: Auszug aus dem Grundlagenseminar Inkontinenz**

- **Stomaanlage**

Leitlinie Stomaberatung, Deutsche ILCO e. V. (2000)

<http://www.ilco.de/>

Die ILCO gilt als gewichtige Interessensvertretung der Stomaträger in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern. Die Leitlinie wurde in Zusammenarbeit mit Vertretern der

- Ärzte (mitbeteiligt in der Fördergemeinschaft Stoma),
- Apotheker (Deutscher Apothekerverband),
- Hersteller (APOHILF, HSC-Home Supply+Care) und

- Pflegenden (Fachverband Stoma + Inkontinenz DVET) erstellt.

Feil-Peter, Henriette (2001): **Stomapflege. Enterostomatherapie: Stoma- und Wundversorgung.** 7., überarbeitete Auflage. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

2.7 Zusammenfassung

Bevor nun das Bewertungsraster zur Überprüfung der Schulungskonzepte und Stellenbeschreibungen auf ihre Berücksichtigung der Betroffenenperspektive vorgestellt wird, werden Aussagen der vorhergehenden Seiten kurz zusammengefasst.

Anhand einer zu Beginn vorgenommenen kritischen Betrachtung einzelner Definitionen aus Psychologie, Pädagogik und Pflegewissenschaft konnte im allgemeinen festgestellt werden, dass eine Berücksichtigung der Betroffenenperspektive vorgenommen wird. In Definitionen wurde der Aspekt des Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten vordergründig erwähnt und mit Zielen, wie „Hilfe zur Selbsthilfe“ bzw. Unterstützung in der Bewältigung einer existenziellen Erfahrung (hier Krankheit, Pflegebedürftigkeit) verknüpft.

In der anschließenden Abgrenzung des Beratungsbegriffes gegenüber Information, Schulung, Erziehung und Therapie fiel auf, dass im Rahmen der Gabe von Informationen die Patientenorientierung anscheinend keine Rolle spielen muss. Geht es um Beratung von Patienten muss hingegen die Berücksichtigung der Sichtweise des Betroffenen vorhanden sein.

Beratung wird vom Autor selbst integrativ verstanden. Unter metaphorischer Betrachtung wurde Beratung mit der Komposition eines Klavierstücks verglichen, um zu verdeutlichen, dass Beratung ohne Patienteninformation und Schulungen wenig Sinn mache (vgl. Persönliches Beratungsverständnis Seite 18).

Die daraus resultierende Auseinandersetzung mit dem Begriff der Patientenorientierung als Grundannahme für die Berücksichtigung der Betroffenenperspektive ergab die Prinzipien Partizipation, Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment. Es wurde betont dass Freiwilligkeit und spezielle Beratungskompetenzen, wie die von Rogers geprägten Beratervariablen Empathie, unbedingte Wertschätzung und Kongruenz und ergänzend dazu diagnostische und reflexive Kompetenzen bei Beratern eine Patientenorientierung bzw. eine Subjektorientierung erkennen lassen.

Es schließt sich jetzt eine Vorstellung des Bewertungsrasters mit dem Fokus der Berücksichtigung der Betroffenenperspektive mit der Präsentation der Ergebnisse aus der Untersuchung von gängigen Schulungskonzepten der Diabetes-, (In)Kontinenz- und Stomaberatung an.

3 Bewertungsraster Betroffenenperspektive



1) Ziele	Welche Ziele werden verfolgt?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entwicklungsorientiert	situationsorientiert	problemorientiert	verhaltensorientiert
2) Zielgruppe	Wie werden Adressaten mit eingebunden?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adressaten wirken mit bei der Erstellung der Konzepte. Sie werden im Konzept direkt angesprochen	Adressaten werden zur Überprüfung der Inhalte nach Erstellung des Konzeptes herangezogen	Konzepte werden anhand der Ergebnisse aus Beratungsevaluationen unter Federführung der Experten überarbeitet	Autoren der Konzepte sind Experten, wie Ärzte, Pflegende, etc. Konzepte sind für diese Personengruppe geschrieben
3) Gegenstand / Inhalte	Schwerpunkte, Nennungen			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Psychologie	Pflege	Medizin
4) Procedere, Methoden				
Assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patient erhält die Möglichkeit, seine Themen mit einzubringen	vorgefasste Fragen zu Erwartungen des Patienten	Fragen zur Erkrankung	nein
Methodik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Einzelberatung	Diskussion, Gesprächskreis	Erfahrungen der Patienten werden erfragt u. mit einbezogen	Vortragsstil Gruppenveranstaltung
Evaluation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	unter gleichberechtigtem Miteinbeziehungen des Betroffenen	anhand vordefinierter Checklisten entwickelt aus vorhergehenden Situationen	überwiegend anhand medizinischer Standards	nur anhand medizinischer Standards
5) Beratungskompetenzen				
Welche Qualifikation werden vorausgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spezielle Zusatzqualifikation in Gesprächsführung, Beratung, etc.	Zusatzqualifikation (Diabetesberatung, etc.)	Grundständige Pflegeausbildung	keine

Das aus der diskutierten Literatur entwickelte Bewertungsraster beinhaltet allgemeine Indikatoren aus den Disziplinen Psychologie, Soziale Arbeit und Pflegewissenschaft, sowie weitere Kriterien, die unter dem Aspekt der Patientenorientierung von Partizipation, Hilfe zur Selbsthilfe, etc. abgeleitet wurden. Sie können einen Hinweis darauf geben, in wie weit die Perspektive des Betroffenen in Konzepten ihre Berücksichtigung findet.

Anmerkungen zum Bewertungsraster

zu 1) Ziele der Beratung

Hat Beratung als Ziel, dem Patienten die korrekte Applikation von Medikamenten zum Beispiel Insulin mit Hilfe eines Pen´s zu demonstrieren, damit er es zu Hause alleine durchführen kann bzw. reicht es aus, zu wissen, dass der Patient etwas über seine Krankheit erfährt?

Oder werden Ziele, wie **Partizipation** (siehe S. 25); **Hilfe zur Selbsthilfe** (siehe S. 29) und **Empowerment** (siehe S. 30) angestrebt, damit der Patient über seine Krankheit und sein Erleben sprechen kann und dadurch die Möglichkeit erhält mit seiner Krankheit leben zu lernen?

zu 2) Zielgruppe

Nur der an einer Krankheit selbst Leidende kann erahnen, welche Bedürfnisse kranke Menschen selbst haben. Deshalb ist wichtig, bei der Konzeptentwicklung Betroffene mit einzubeziehen. Autoren aus der Psychologie bzw. der sozialen Arbeit können auf Grund ihrer Qualifikation die Lage der Betroffenen eher nachvollziehen.

Zeichnen hingegen Ärzte, welche durch ein biologisch-medizinisch ausgerichtetes Paradigma geprägt sind als Autoren verantwortlich ist davon auszugehen, dass Wissen bezogen auf Krankheiten zusammengestellt wird und sich nicht das Krankheitserleben als Gegenstand der Konzeptentwicklung darstellt.

Der Grad der Patientenorientierung kommt durch die Verwendung der Begriffe zum Ausdruck. Wird der Adressat der Beratung als Klient oder Patient bezeichnet oder wird er als direkter Ansprechpartner gesehen sagt aus, wie er von Beratenden gesehen wird. (vgl. dazu die Ausführungen in Kap. 2 „Wer ist der Betroffene?“ Seite 9)

zu 3) Gegenstand/Inhalte

Wird in Konzepten überwiegend medizinisches Wissen, wie Ätiologie, Symptomatik, Diagnostik und Therapie von speziellen Krankheiten thematisiert, was für eine geringe Relevanz der Perspektive des Patienten im Beratungsgeschehen sprechen würde? Werden pflegerische Maßnahmen erwähnt oder sogar Bewältigungsstrategien aus der Psychologie, wie spezielle Copingstrategien behandelt, damit man von einer Berücksichtigung der Betroffenenperspektive ausgehen könnte?

zu 4) Procedere, Methoden

Bedürfnis-Assessment

Werden den Patienten offene Fragen gestellt, damit sie über ihre Erwartungen, Wünschen und Ängste sprechen können oder liegt ein standardisierter Fragebogen vor, der sich nur auf die Erfassung krankheitsbezogener Daten konzentriert?

(vgl. Kap.2.4.1 Seite 25)

Interaktion zwischen den Beteiligten

Beschränkt sich das Beratungsgespräch auf die Vermittlung von Wissen, was durch den dafür typischen Vortragsstil zum Ausdruck kommt oder werden die Patienten nach dem Prinzip der Teilnehmerorientierung dazu eingeladen, ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den Austausch mit ein zu bringen?

Überträgt man das Konstrukt der Teilnehmerorientierung aus der Pädagogik in die Beratung, kann auch dort von einer notwendigen „Perspektivenverschränkung“ zwischen den Beteiligten gesprochen werden. In einer Verständigung über verschiedene Konstrukte, wie zum Beispiel das „Rollenverständnis einer guten Krankenschwester bzw. Beraterin“, „Zentrale Inhalte einer Beratung“ oder „Emotionale Krankheitsverarbeitung“ werden reflexive, metakommunikative Phasen notwendig, damit Berater und Patient die Möglichkeit erhalten ihre eigenen „Konstruktionen“, wie zum Beispiel „Diabetiker scheuen sich davor, sich Insulin zu spritzen“ oder „Stomaträger wollen ihren Stomabeutel nicht selbst wechseln“ überprüfen zu können. (vgl. Siebert 2000: 97) Lamparter-Lang nimmt eine Klassifikation von Schulungsmethoden in informationszentriert, informations- und patientenzentriert und Verhaltensmodifikation vor. Sie fasst unter informationszentrierten Methoden Vortrag, Dias, Filme und Poster und

unter patientenzentriert das Gruppengespräch bzw. das Miteinbeziehen von Erfahrungen der Teilnehmer. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 42)

Evaluation

Wird der Betroffene mit in den Evaluierungsprozess mit einbezogen oder wird der Erfolg der Beratung an medizinischen Standards, wie Blutzuckerspiegel, dem Selbständigen Wechseln des Stomabeutels bzw. dem nicht mehr rechtzeitigen Gang auf die Toilette festgemacht?

zu 5) Untersuchung von Stellenbeschreibungen auf Beratungskompetenzen

Werden bestimmte Qualifikationen vorausgesetzt, um beratend tätig zu werden? Wenn ja, welche **Beratungskompetenzen** werden explizit als Voraussetzung genannt? (siehe dazu Beratungskompetenzen Seite 34 ff.)

4 Ergebnisse

4.1 *Diabetesberatung*

Kriterium				
1) Ziele	Welche Ziele werden verfolgt?			
	<p>Die Zielvorgaben des Curriculum zur Durchführung einer Schulung mit an Diabetes mellitus Typ 2 erkrankten Patienten werden als kurzfristige Lernziele beschrieben. Schon auf den ersten Seiten wird angedeutet, dass die Ziele auf die Wissensvermittlung beschränkt bleiben. Es wird detailliert darauf hingewiesen, was Patienten „wissen“, „verstehen“, „verinnerlichen“ und wozu sie „bereit sein“ sollen.</p> <p>Als Beispiele können folgende Lernziele dienen:</p> <p>Die Patienten sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> • wissen, wozu Insulin benötigt wird (Berger 1997: 5) • verstehen, dass nur durch häufige Selbstkontrolle die Diabeseinstellung verbessert werden kann (Berger 1997: 14) • verinnerlichen, dass Insulin den Blutzucker senkt (Berger 1997: 21) • bereit sein, die Insulindosis festlegen zu lassen (Berger 1997: 28) 			
	<input type="checkbox"/> entwicklungs- orientiert	<input type="checkbox"/> situations- orientiert	<input type="checkbox"/> problem- orientiert	<input checked="" type="checkbox"/> verhaltens- orientiert
2) Zielgruppe	Wie werden Adressaten mit eingebunden?			
	<p>Anhand des Autorenkreises wird erkennbar, dass zwar namhafte Ärzte an der Erstellung des Konzeptes unter Miteinbezug des Diabetes-Schulungsteams der III. Med. Abteilung des Städtischen Krankenhauses in München-Schwabing beteiligt waren, aber sich kein Hinweis auf Autoren aus dem Kreis der Betroffenen selbst finden lässt.</p> <p>Zwar werden sie nur über ihre Krankheit identifiziert, denn sie werden als Diabetiker bezeichnet und nicht zum Beispiel als Patienten mit Diabetes. Dennoch werden sie direkt als Adressaten angesprochen.</p>			

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adressaten wirken mit	Adressaten überprüfen die Inhalte	Adressaten und Experten	Experten erstellen das Konzept

3) Gegenstand / Inhalte Schwerpunkte, Nennungen

Es fällt auf, dass die Krankheit durchweg anhand des medizinischen Kanons bezogen auf Anatomie, Ätiologie, pathophysiologische Prozesse, Symptome, diagnostische Möglichkeiten, Therapie, mögliche Komplikationen und pflegerische Maßnahmen thematisiert wird. Der Patient erfährt Hilfestellungen, wie er zum Beispiel Komplikationen vermeiden kann (vgl. Schmeisl 1999: 185 ff.), auch gibt es Hinweise auf sozialrechtliche Unterstützungsansprüche (ebd. 1999: 261 ff.). Möglichkeiten der Bewältigung der Krankheit bezogen auf Stress, psychische Probleme, Ängste und Probleme im Umgang mit Diabetes finden sich nur auf 8 von 300 Seiten des Buches (ebd. 1999: 253 ff.)

	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychologie	Pflege	Medizin

4) Procedere, Methoden

Das Erfassen der Bedürfnisse bleibt auf eine Überprüfung der Wissensinhalte bezüglich der Krankheit beschränkt. Es geht vordergründig darum, welche Themen der Patient beherrscht und welche besonders berücksichtigt werden müssen. (vgl. Berger 1997: 3).

Im Verlauf der Schulungsmaßnahme wird nur an einer Stelle nach den Erfahrungen der Patienten gefragt, jedoch nur bezogen auf den Umgang mit bzw. Probleme bei Blutzuckermessung, der Insulininjektion und der Zusammenstellung der Ernährung. (vgl. Berger 1997: 31)

Die Pflegerkraft wird als Unterrichtende bezeichnet. Unter Verhalten des Unterrichtenden finden sich „Vortragen“, „Erklären“, „Vorführen“ was einem Vortragsstil entspricht. Es werden Fragen gestellt, wie z. B. „Sie müssen eine Unterzuckerung selbst behandeln. Was tun Sie?“ (Berger 1997: 17). Bedauerlich ist, dass die Art der Fragestellung nur einer Überprüfung des Wissens der Patienten gleichkommt.

Eine Evaluation mit dem Patienten wird nicht erwähnt. Zur Überprüfung des Erfolgs werden ein gut eingestellter Blutzuckerwert bzw. das Nichtauftreten von Komplikationen herangezogen.

Assessment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	offene Fragen	vorgefasste Fragen zu Erwartungen	Fragen zur Erkrankung	nein

Methodik	<input type="checkbox"/> Einzelberatung	<input type="checkbox"/> Diskussion, Gesprächskreis	<input checked="" type="checkbox"/> Einbeziehen der Erfahrun- gen	<input type="checkbox"/> Vortragsstil Gruppen- veranstaltung
Evaluation	<input type="checkbox"/> unter Miteinbeziehen des Betroffenen	<input type="checkbox"/> vordefinierte Check- listen	<input type="checkbox"/> überwiegend medizinische Standards	<input checked="" type="checkbox"/> nur anhand medi- zinischer Stan- dards

5) Beratungskompetenzen

Die sieben Seiten umfassende Musterstellenbeschreibung des VDBD geht neben gängigen Inhalten, wie Dienstbereich, der Einordnung in Organisationsstrukturen, Zuständigkeitsbereich und Vergütungsansprüche zwar sehr detailliert über drei Seiten hinweg auf Aufgaben und Kompetenzen von DiabetesberaterInnen ein. Bei genauerer Betrachtung fällt jedoch auf, dass nach Ausschluss von Kompetenzen bezogen auf Organisation von Schulungs- und Behandlungsmaßnahmen, Administration, Kooperation mit anderen Berufsgruppen und den speziellen Aufgaben im Pflorgeteam die notwendigen Kompetenzen für die Schulung und Beratung des Patienten auf knapp 10 Sätze beschränkt bleiben. Hervorzuheben ist, dass Kompetenzen vorausgesetzt werden, die zur Vermittlung der Kenntnisse und Fähigkeiten, die zur Bewältigung der chronischen Erkrankung bei Patienten nötig sind. Es wird des Weiteren auf eine Reflexion mit dem Patient hingewiesen. Doch bleibt sie auf den erteilten Unterricht und den Lernzuwachs beschränkt. Kompetenzen, die einen Zugang zum Erleben und zu Gefühlen des Patienten zulassen werden nicht erwähnt.

Als Grundvoraussetzung für die Teilnahme an einer Weiterbildung zur DiabetesberaterIn werden die Ausbildung in einem grundständigen Pflegeberuf (Kranken- und Kinderkrankenpflege) aber auch die Ausbildung zu Diätassistent/in bzw. Öcotrophologie/in genannt.

Welche Qualifikationen?	<input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation Beratung	<input checked="" type="checkbox"/> Zusatzqualifikation in Gesprächsführung	<input type="checkbox"/> Grundständige Pflegeausbildung	<input type="checkbox"/> keine
-------------------------	---	---	---	-----------------------------------

4.2 (In)Kontinenzberatung

Kriterium	Berücksichtigung des Betroffenen			
	ausgeprägt			nicht ausgeprägt
<p>1) Ziele Welche Ziele werden verfolgt?</p> <p>Als Ziele werden die vollständige Rehabilitation des Betroffenen mit dem Anspruch der Wiederteilnahme am gesellschaftlichen Leben und der frühzeitigen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit genannt.</p> <p>Des weiteren will man eine soziale Kontinenz durch eine individuelle Hilfsmittelanpassung erreichen. (vgl. Hegeholz 2003)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	entwicklungsorientiert	situationsorientiert	problemorientiert	verhaltensorientiert
<p>2) Zielgruppe Wie werden Adressaten mit eingebunden?</p> <p>Der Adressat der Schulung wird als Kunde gesehen und das hat nach eigenen Angaben einen hohen Stellenwert. Das wird mit den Erwartungshaltungen der Kunden an eine zu erbringende Leistung begründet. Der Kunde wird als integrativer Bestandteil des Konzeptes und als ein motivierendes Moment in der Versorgung bezeichnet, da sich ein Großteil der inkontinenten Menschen in ihrer Krankheit engagieren. (vgl. Hegeholz 2003)</p> <p>Trotz des in Kritik geratenen Kundenbegriffes überrascht es, dass in diesem Zusammenhang Betroffene als Kunden bezeichnet werden. Da der Kundenbegriff in marktorientierten Geschäftsbeziehungen nicht neu ist, lässt es sich leicht erklären, denn die Federführung hatte eine Arbeitsgruppe der Firma Coloplast. Coloplast kann als „global player“ neben Firmen, wie Hartmann, Hollister oder Convatec auf dem Markt der Heil- und Hilfsmittelversorgung bezeichnet werden. Dieser Markt ist hart umkämpft und wer den Endverbraucher als Kunden umwirbt rechnet sich die größten Chancen aus.</p> <p>Erfahrungen der Betroffenen werden durch Ergebnisse der Evaluation von Schulungen aufgenommen und dienen der konzeptionellen Weiterentwicklung der Schulungsangebote. Bedauerlicherweise bleibt die Miteinbeziehung des Betroffenen darauf beschränkt.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Adressaten wirken mit	Adressaten überprüfen die Inhalte	Adressaten und Experten	Experten erstellen das Konzept

3) Gegenstand / Inhalte Schwerpunkte, Nennungen

Prinzipiell geht es um die fachliche Wissensvermittlung von Ursachen und Formen der Inkontinenz bis hin zu den Anforderungen und Anwendungen moderner Hilfsmittelversorgungen.

Neben medizinischen und pflegerischen Themen liegt der Fokus auf spezifischen Kontinenztrainingsprogrammen (Toiletentraining, Beckenbodengymnastik). Hauptsächlich geht es in solchen Schulungen um praktische Hilfen im Umgang mit den Inkontinenzhilfsmitteln, angefangen mit einfachen Binden und Einlagen über Windelhosen bis hin zu den unterschiedlichen Kathetersystemen. Psychologische Aspekte werden zwar erwähnt, sie bleiben aber auf Fragen zu möglichen Problemen in Partnerschaft und Sexualität auf Ratschläge und Hinweis zu geeignete Hilfsmitteln beschränkt. (vgl. Hegeholz 2003)

	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychologie		Pflege
			Medizin

4) Procedere, Methoden

Zu Beginn der Beratung wird ein standartisiertes Assessment durchgeführt, um zu erfassen, welche Themen von Interesse sind. Als Methoden werden Vortrag, Gruppenarbeit oder workshop genannt. Die Methodenwahl richtet sich nach Gruppengröße und Thema. Auch eine Einzelberatung wird in Erwägung gezogen.

Um das Beratungsangebot evaluieren zu können, füllen die TeilnehmerInnen einen Feedback-Bogen aus und können sich in einem persönlichen Gespräch äußern.

Assessment	<input type="checkbox"/> offene Fragen	<input checked="" type="checkbox"/> vorgefasste Fragen zu Erwartungen	<input type="checkbox"/> Fragen zur Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein
Methodik	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelberatung	<input type="checkbox"/> Diskussion, Gesprächskreis	<input type="checkbox"/> Einbeziehen der Erfahrungen	<input type="checkbox"/> Vortragsstil Gruppenveranstaltung
Evaluation	<input checked="" type="checkbox"/> unter Miteinbeziehungen des Betroffenen	<input type="checkbox"/> vordefinierte Checklisten	<input type="checkbox"/> überwiegend medizinische Standards	<input type="checkbox"/> nur anhand medizinischer Standards

5) Beratungskompetenzen

Die Stellenbeschreibung für eine Kontinenzberatung erwähnt als Qualifikation neben dem Pflegeexamen und einer zweijährigen Berufserfahrung in der Pflege die Teilnah-

me an einem Lehrgang zur Kontinenzberatung. Dieser Lehrgang vermittelt Kompetenzen, wie etwa Sensibilisierung für die Probleme der Patienten oder Reflexionsfähigkeit. Neben mitarbeiter-, ausbildungs- und betriebsbezogenen Aufgaben werden auch patientenbezogene Aufgaben und Verantwortlichkeiten genannt. Es sind jedoch überwiegend krankheitsbezogene Aufgaben, wie Kontinenzvisiten, Diagnostik der Inkontinenzart und die Information über Pflege und Versorgung durch Kontinenzhilfsmittel. Zwar gilt man in der Kontinenzberatung als Ansprechpartner für Problemfälle. Doch die eigentliche Auseinandersetzung mit der Problematik wird durch den Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Sozialen Diensten angeregt.

Die Qualifikation zur Kontinenzberatung erfolgt über die Teilnahme gemeinsam mit einem Lehrgang zur Stomaberatung. Zum einen wird dadurch die inhaltliche Nähe zum Ausdruck gebracht, denn Ausgangspunkt der Kontinenzberatung ist eine Einschränkung in der normalen Ausscheidungsfunktion. In der Stomaberatung geht es um den Umgang mit den Ausscheidungen über ein per Operationstechnik angelegten künstlichen Darmausgang. (vgl. DVET)

Welche Qualifikation?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zusatzqualifikation Beratung	Zusatzqualifikation in Gesprächsführung	Grundständige Pflegeausbildung	keine

4.3 Stomaberatung

Kriterium				
	Berücksichtigung des Betroffenen			
<p>1) Ziele Welche Ziele werden verfolgt?</p> <p>Nach der Leitlinie Stomaberatung hat Stomaberatung die Aufgabe zu erreichen, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> • der Stomaträger über die Funktionsweise seines Stomas und möglicherweise auftretende Veränderungen am Stoma selbst und/oder den Ausscheidungen informiert ist und Beratungs- und Behandlungsstellen für auftretende Probleme kennt. • der Stomaträger seine individuell passende und sichere Versorgung erhält. <p>Die Aufgaben dienen der Rehabilitation und damit der Sicherung der Lebensqualität des Stomaträgers. (vgl. ILCO)</p> <p>Es werden explizit ökonomische und auf den Betroffenen bezogene Grundsätze der Beratung genannt, um oben genannte Aufgaben und Ziele zu erreichen. So muss Stomaberatung den Ratsuchenden betreffend umfassend sein, eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung des Ratsuchenden zum Ziel haben und schließlich so ausgelegt sein, dass der Berater auf die individuelle Persönlichkeit des Ratsuchenden eingeht und Maßnahmen gemeinsam mit ihm plant.</p> <p>Hervorzuheben ist, dass die Grundsätze nahe an Ziele wie Hilfe zur Selbsthilfe und Partizipation heranreichen. Dennoch ist auffallend, dass sich die Grundsätze in Aufgaben und Zielformulierungen nicht ohne weiteres wiederfinden. Des weiteren ist eine Fokussierung auf das Stoma selbst zu erkennen. Nicht der „Stomaträger“ mit seinen Schwierigkeiten wird als Inhalt eines Beratungsgesprächs gesehen sondern es bleibt beschränkt auf mögliche Probleme im Umgang mit der Stomaanlage, was bei der Vorstellung der Inhalte noch deutlicher wird.</p>	<input type="checkbox"/> entwicklungs- orientiert	<input type="checkbox"/> situations- orientiert	<input type="checkbox"/> problem- orientiert	<input checked="" type="checkbox"/> verhaltens- orientiert
<p>2) Zielgruppe Wie werden Adressaten mit eingebunden?</p>				

Der Betroffene wird in der Leitlinie durchgängig als Stomaträger bezeichnet. Die Leitlinie Stomaberatung wurde von Ärzten, Pflegenden, Herstellern von Stomaartikeln und Fachverbänden aber auch unter Mitarbeit der ILCO und der Fördergemeinschaft Stoma erarbeitet. Aber die Stomaprofessionellen sind in der Mehrzahl. Es ist anzunehmen, dass der Begriff Stomaträger von Professionellen geprägt wurde und mittlerweile selbst von Betroffenen übernommen wird.

Im Gegensatz dazu ist im Konzept der DVET von „Menschen mit künstlichen Stuhlableitungen“ die Rede

Bezeichnungen, wie Stomaträger, Betroffener oder auch Endverbraucher versuchen zu vermeiden, dass der Eindruck erweckt werde, es handle sich bei Stomapatienten grundsätzlich um kranke Mitmenschen. Das kann natürlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass letztendlich der Betroffene selbst für sich klären muss, ob nach der Stomaanlage die Grunderkrankung für ihn immer noch Krankheitswert besitzt

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adressaten wirken mit	Adressaten überprüfen die Inhalte	Adressaten und Experten	Experten erstellen das Konzept

3) Gegenstand / Inhalte Schwerpunkte, Nennungen

Es wird darauf hingewiesen, dass es den „Norm-Stomaträger“ nicht gibt. Deshalb muss die Stomaberatung auch sehr individuell ausgerichtet werden. Daher ist in der Leitlinie von Intensitätsstufen, die von einer Fachauskunft bis hin zu einer intensiven Fachberatung reichen, die Rede. Bedauerlicherweise beschränkt sich die Individualität nur auf die unterschiedlichen Arten der Stomaanlage, potentielle unterschiedlich auftretende Komplikationen bzw. Probleme beim Wechseln es Stomabeutels, etc.

Welche psychischen Probleme durch Einschränkungen in der Alltagsgestaltung auftreten könnten, werden nicht angesprochen.

Selbst das von StomaberaterInnen zu Grunde liegende Buch „Stomapflege“ (Feil-Peter 2001), das mittlerweile zum siebten Mal aufgelegt wurde, befasst sich überwiegend mit der Pflege und Behandlung des Stomas und nur am Rande mit der Unterstützung und Beratung des Patienten, der das Stoma trägt. Dennoch kann zwar von einer kurzen aber dennoch gelungenen Auseinandersetzung mit psychosozialen Problemen bezogen auf Lebensbereiche, wie Familienleben/Intimität, Schwangerschaft und Freizeit gesprochen werden. (vgl. Feil-Peter 2001: 97 ff.)

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	Pflege	Medizin

4) Procedere, Methoden

Um eine individuelle Stomaversorgung gewährleisten zu können, wird schon präoperativ Kontakt zum Patienten angestrebt. In diesem ersten Gespräch wird erfasst, welche Art von Stoma angelegt wird und welches Stomasystem sich als günstig erweist. In dem die Stelle des Stomas schon vorab aufgezeichnet und eine Stomaversorgung aufgeklebt wird, erhält der Patient die Möglichkeit, zu erfahren, wie es mit dem Stoma sein wird.

Die Schulung und Beratung ist eng mit der Operation, in der das Stoma angelegt wird, verbunden. Deshalb wird die Maßnahme als Einzelschulung durchgeführt.

Die Evaluation erstreckt sich auf die Überprüfung des Verständnisses des Patienten für die Funktion des Stomas, für eventuell auftretende Stomakomplikationen und deren Prävention bzw. Behandlung und für eine individuelle Auswahl der Stomaartikel.

Assessment	<input type="checkbox"/> offene Fragen	<input checked="" type="checkbox"/> vorgefasste Fragen zu Erwartungen	<input type="checkbox"/> Fragen zur Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein
Methodik	<input checked="" type="checkbox"/> Einzelberatung	<input type="checkbox"/> Diskussion, Gesprächskreis	<input type="checkbox"/> Einbeziehen der Erfahrungen	<input type="checkbox"/> Vortragsstil Gruppenveranstaltung
Evaluation	<input type="checkbox"/> unter Miteinbeziehen des Betroffenen	<input type="checkbox"/> vordefinierte Checklisten	<input checked="" type="checkbox"/> überwiegend medizinische Standards	<input type="checkbox"/> nur anhand medizinischer Standards

5) Beratungskompetenzen

als Grundqualifikation für die Stomaberatung werden eine einschlägige Ausbildung in der Pflege, langjährige Erfahrung in der Pflege von Patienten mit Stoma und eine abgeschlossene Weiterbildung in der Stomapflege genannt. Spezielle Beratungskompetenzen werden nicht gesondert erwähnt

	<input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation Beratung	<input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation in Gesprächsführung	<input checked="" type="checkbox"/> Grundständige Pflegeausbildung	<input type="checkbox"/> keine
--	--	---	---	-----------------------------------

4.4 Die Konzepte im Vergleich

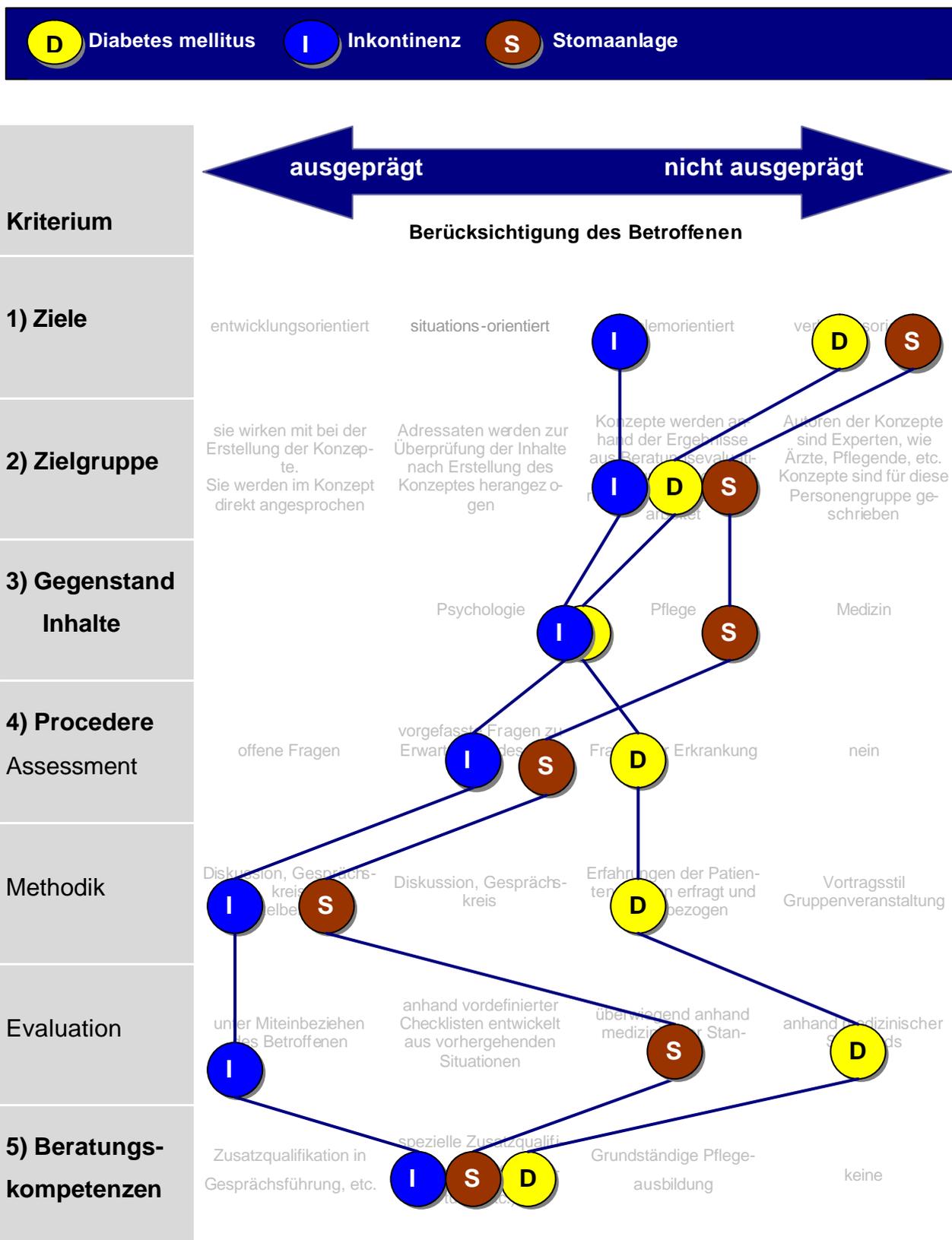


Abbildung 6 Konzepte im Vergleich

Zusammenfassung

Ohne einer anschließenden detaillierteren Interpretation vorzugreifen, werden einzelne Aspekte kurz aufgegriffen und beleuchtet.

In welchem Ausmaß die Perspektive des Betroffenen Berücksichtigung im Beratungsgeschehen findet, wird schon in der Art und Weise der Durchführung des Assessments deutlich. Während in der Diabetesberatung die Erfassung der Bedürfnisse überwiegend auf Krankheitszeichen beschränkt bleibt, bieten Stoma- und Inkontinenzschulungen eine sehr detaillierte Anamnese in der auch Fragen zu Problemen in der Partnerschaft und allgemeine Schwierigkeiten gestellt werden. Bei Betrachtung weiterer Kriterien, wie Methodik und Evaluation lassen sich ähnliche Unterschiede feststellen. Zwei naheliegende Gründe können dafür herangezogen werden. Erstens ist medizinisches Wissen zu Diabetes in allgemeiner Form für viele Patienten ständig gültig. Gerade was die diabetesbedingten Spätkomplikationen betrifft. Im Rahmen der Stomaberatung ist für den Patienten der Zeitpunkt einer Schulung auf die Zeit vor und nach der Operation festgelegt und eher individuell an seinen Problemen mit dem neuen Stomabeutelsystem ausgerichtet. Zweitens fällt es vielen Menschen natürlich leichter, in einer Gruppe von Gleichgesinnten über Diabetes und die sich daraus ableitenden Ernährungsgewohnheiten zu sprechen, als über Inkontinenz oder die Stomaanlage, weil damit das Tabuthema Ausscheidung verbunden ist.

Auffallend ist, dass in allen drei Bereichen eine spezielle Weiterbildung Voraussetzung für die Beratungstätigkeit darstellt und man deshalb von einer schon ausgeprägten Berücksichtigung der Betroffenenansicht sprechen kann, aber dessen ungeachtet beträchtliche Unterschiede bei anderen Kriterien erkennbar sind.

Zu den vorgestellten Ergebnissen muss bedauerlicherweise einschränkend gesagt werden, dass die Datenlage eher dürftig war und die vorgestellten Ergebnisse deshalb nicht für eine ausgiebige Interpretation ausreichen. Das lag zum einen daran, dass die vorgestellten Konzepte sich überwiegend auf medizinische Inhalte konzentrieren und psychosoziale Aspekte weit gehend außen vor lassen. Ein weiterer Punkt war die mangelnde Bereitschaft der Autoren, ihre Konzepte zur Verfügung zu stellen. Da Autorenteam von Pharmafirmen und Hilfsmittelherstellern unterstützt und viele Berater im Sinne einer lizenzierten Schulungsmaßnahme qualifiziert werden, wird

klar, dass diese Konzepte aus markttaktischen und wettbewerbsstrategischen Gründen streng unter Verschluss gehalten werden und nur Auszüge einsehbar sind.

Die Ergebnisse werden deshalb durch Bezugnahme auf entsprechende Literaturstellen erörtert und können lediglich als Hilfestellung in der Diskussion um eine vermehrte Berücksichtigung der Perspektive des Betroffenen in noch zu entwickelnden Beratungskonzepten der Pflege dienen.

5 Chancen und Grenzen der Beratung

5.1 *Ziele*

In den ausgewählten konzeptionellen Grundlagen der derzeitigen Pflegeberatung bleiben Ziele überwiegend auf eine verhaltensorientierte Veränderung beschränkt. Diese auf eine Änderung des Verhaltens bezogenen Ziele bergen Nachteile, wie die fehlende Berücksichtigung der hohen Komplexität der Beziehungen und das Verhindern eines entdeckenden Lernens. (vgl. Klug-Redman 1996: 47)

Erst durch die Orientierung an übergeordneten Zielsetzungen, wie Hilfe zur Selbsthilfe erweitert sich das Beratungsgeschehen Wissensvermittlung auf das wichtige Element der Beziehungsgestaltung zwischen den Beteiligten. Dazu kommt es jedoch nur ansatzweise, denn die Diskussion um Beratung in der Pflege ist geprägt durch ein Verdrängungskampf unter den beteiligten Berufsgruppen. Alle Akteure beanspruchen für sich, für den Patienten am besten beratend tätig werden zu können. (Müller-Mund et al. 2000: 50)

Zegelin-Abt fordert Pflegende dazu auf, sich für die Beratungstätigkeit zu qualifizieren, „bevor andere oder gar neue Berufsgruppen diese Aufgabe wahrnehmen“. Sie könnte nicht verstehen, „wenn in Fragen der direkten Pflege, etwa über kinästhetisches Aufstehen oder Thrombosevorbeugung, andere Gruppen versuchen zu beraten“ (Zegelin-Abt 2000: 59). Zegelin-Abt und Huneke befürchten sogar, dass diese originäre Aufgabe der Pflegenden sich „in schillernder Belanglosigkeit verflüchtigt, da (*sie, d. Verf.*) jeder für sich zu reklamieren können meint“. (Zegelin-Abt, Huneke 1999: 18)

Pflegende, Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte, etc. streiten sich um die Vormachtstellung in der Beratung von Patienten und vergessen dabei das Entscheidende: Den Patienten selbst. Meiner Ansicht nach darf jedoch nicht ausschlaggebend sein, welche Berufsgruppe berät sondern welchen Beratungsbedarf der Patient in der konkreten Situation aufweist und welche Unterstützung er sich wünscht. Daraus kann dann abgeleitet werden, welche Berufsgruppe den Beratungsauftrag annehmen und erfüllen kann.

Aber wer weiterhin als Berufsgruppe Beratung als originäre Aufgabe propagiert verkennt die hochkomplexe und mehrdimensionale Situation in der sich der Patient befindet - und nicht zuletzt den Patienten selbst.

Das eigentliche Ziel, dem Patienten Hilfestellung in der Bewältigung seiner Krankheit geben, wird als Weg degradiert, um Ziele wie

- **Qualitätssicherung,**
- **Kostenreduktion im Gesundheitswesen** oder die oben angesprochene
[„Es gilt „den Patienten bei der Lösung eines Gesundheitsproblems adäquat und möglichst **effizient** zu unterstützen“. (Bachmann 2002a: 60; Herv. d. Verf.)]
- **berufspolitische Auseinandersetzung**
zu erreichen.

Insbesondere berufspolitische Auseinandersetzungen können durch die Diskussion um vorbehaltene Aufgabenbereiche sogar zu einer Ignorierung von Patienteninteressen führen. Denn gerade das Streben nach einer Ausweitung der Definitionsmacht von Pflegenden gegenüber anderen Berufsgruppen führt gleichzeitig dazu, dass durch Qualitätskriterien und Standards reglementierte Bereiche den Patienten nur bedingte Möglichkeiten zu einer eigenen Entscheidungsfindung lassen. (vgl. Stemmer 2000: 174)

Pflegende müssen sich die Frage gefallen lassen, um was es ihnen im Rahmen der Beratung von Patienten wirklich geht. Geht es ihnen um die Anerkennung durch die Patienten auf Grund ihres Vorsprungs an Wissen in medizinisch-pflegerischen Belangen? Oder wollen Sie nur ihrer Angst entgehen, vor den Patienten nicht bestehen zu können? Deshalb beschränken sie sich auf die reine Wissensvermittlung und lassen dadurch nicht zu, dass Befürchtungen und Ängste der Patienten Thema der Beratung werden. Aber ob das Ziel der Beratung schon dadurch erreicht wird, indem der Patient das umsetzt, was die Pflegekraft für richtig hält und vorgibt, muss bezweifelt werden.

Das Beratungsziel kann nicht, wie im Rahmen der Diabetesschulung, darauf beschränkt bleiben, den Patienten darüber zu informieren, was er in Anlehnung an ausformulierte Expertenstandards zu tun hat, um mit seiner Krankheit besser leben zu können. Vielmehr ist von Bedeutung, dass der Patient darin Unterstützung erhält, Entscheidungen zu treffen in dem er aus mehreren Alternativen auswählen kann. Aber nicht nur, dass der Patient die Möglichkeit der bewussten Auseinandersetzung

mit seiner Krankheit erhält. Zusätzlich ist von Bedeutung, dass er vor dem Auswählen einer für ihn passenden Lösungsstrategie, erst verschiedene Alternativen selbst mitentwickeln kann.

Dem Berater kommt die Aufgabe zu, den Patienten auf diesem Weg zu unterstützen und muss mit der Erkenntnis leben können, dass manchmal auch keine Lösung oder jedenfalls nicht die Lösung des Beraters als Ergebnis am Ende des Beratungsgeschehens steht. Diese notwendige Bewusstseinsänderung, Schmerfeld spricht in diesem Zusammenhang von einer „wesentlichen, wenn auch begrenzten Wandlung in der eigenen Persönlichkeit“, dürfte schwer fallen, kommt sie doch für viele Pflegenden einem Paradigmenwechsel gleich (Schmerfeld 1997: 14, zit. n. Balint u. Balint o. J.: 12). Zu sehr haften sie noch einem durch die Medizin dominierten naturwissenschaftlichen Verständnis an. Denn primäres Ziel ist für sie die Unterstützung des Arztes in der Beseitigung von Defiziten des Patienten in Form von Therapie einer Krankheit durch Behebung des Defektes. Die Überprüfung der Heilung wird von Pflegenden mit überprüft, in dem genau quantifizierbare Daten, wie z. B. sich im Normbereich befindende Blutdruck- und Blutzuckerwerte, den objektiven Erfolg belegen.

Bei realistischer Einschätzung der Beratungslandschaft im Krankenhaus ist es scheinbar wenig erfolgsversprechend sich zum jetzigen Zeitpunkt auf eine Diskussion über Ziele wie Selbstbestimmung des Patienten, Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment einzulassen. Zu sehr sind eine fortschreitende Ökonomisierung, die anhaltende Qualitätsdiskussion und eine wachsende Shareholder-Value-Mentalität im Gesundheitswesen bestimmend für die Frage: „Wie und warum sind qualifizierte auf Patienten zugeschnittene Beratungsangebote zu konzipieren?“

Was liegt da näher sich ökonomisch ausgerichteten Studien zu bedienen, die interessante Antworten bringen und wortführenden, an der Kostenschraube drehenden Gesundheitsökonomien den Wind aus den Segeln nehmen könnten. Eine der Studien gelangt zum Ergebnis, dass wer an seine Heilung glaubt nur halb so lange im Krankenhaus bleibt, als jemand der denkt er habe keinen Einfluss auf seine Genesung (vgl. Ruprecht 2000: 12). Demzufolge müssten Patienten, die sich sicher und geborgen fühlen und dadurch eine gewisse Selbstbestimmung über ihre Krankheit spüren, dem Krankenhaus nach Einführung der DRG´s sehr viel Geld einsparen können. Dadurch fällt den Pflegenden eine wertvolle Aufgabe zu, denn sie sorgen durch eine einfühlsame und zuvorkommende Art, durch Informationen an den Patienten und

nicht zuletzt durch eine kompetente und umfassende Beratung und Begleitung dafür, dass sich Patienten in krisenhaften Situationen ernstgenommen fühlen und verspüren, dass es auf ihre Entscheidung ankommt. Für Ruprecht sind demnach Befinden und Befund untrennbar miteinander verbunden. (vgl. Ruprecht 2000: 13)

5.2 Zielgruppe

Der zu Beratende wird in den untersuchten Schulungskonzepten vordergründig als Empfänger von Informationen zu seiner Krankheit gesehen. Er hat Anordnungen zu befolgen, damit der Therapieerfolg nicht gefährdet wird. In diesem Zusammenhang wird der schon erwähnte Begriff der Compliance ins Spiel gebracht. Aber Ziel einer Beratung kann nicht „die gelungene Anpassung des Verhaltens der Patienten an die durch die Folgen der Krankheit veränderte Lebenssituation“ sein (Koch-Straube 2001: 104).

Leider wird eine derartige den Patienten passivierende Rollenzuschreibung in den Schulungskonzepten erkennbar und verstärkt sich durch ein Dilemma, in das Patienten geraten, denn „der technische Zugang zum Patientenkörper in der modernen Diagnostik sprengt die Möglichkeiten des Patienten zur orientierenden Selbstwahrnehmung“ (Badura/Feuerstein 1991: 109). Es werden Krankheiten diagnostiziert deren Symptome der Patient noch nicht verspürt. Ärzte und Pflegende orientieren sich eher an Röntgenbildern und Blutdruckwerten als an den Angaben des Patienten. Er selbst erhält auch nur wenig Möglichkeiten, bei der Auswahl der Behandlungsmöglichkeiten mitzubestimmen

Neben dem Drängen des Patienten in eine passive Rolle wird zusätzlich seine Reduzierung auf die Krankheit vollzogen. Anzeichen dafür lassen sich dadurch erkennen, dass der Betroffene nur über seine Krankheit identifiziert wird. In den Konzepten ist zum Beispiel nicht von Menschen, die an Inkontinenz leiden die Rede sondern Patienten werden auf „Diabetiker“, „Inkontinente“ bzw. „Stomaträger“ reduziert.

Aber auch die Schwerpunktsetzung der Schulungsinhalte auf medizinische Gesichtspunkte der Erkrankung bzw. Einschränkung wird deutlich. Plakativ ausgedrückt könnte man sagen: Pflegende beraten die Krankheit und nicht den kranken Menschen. Von dieser Betrachtungsweise müssen sich Pflegende distanzieren, denn sie „pflegen nicht Körper und therapieren seine Krankheit, sondern Menschen, die krank sind und gestalten diese Beziehung, indem sich Subjekte gegenüberstehen“ (Koch-

Straube 2001: 74). An jedem Organ hängt ein Mensch, der auf sehr individuelle Weise sein Organ und seine Krankheit erlebt. Deshalb ist das Beratungsangebot nicht an der Krankheit sondern am Patienten auszurichten, denn schließlich wird er beraten.

Der Wechsel von der passiven in eine aktive Rolle des Patienten kann durch den Begriff der *Rollenübernahme (role-taking)* verdeutlicht werden. Der Patient wird damit beauftragt, bewusst und aktiv seine Rolle im Umgang mit der Krankheit zu gestalten und darf sich nicht nur als passiver Empfänger von Medikamenten, Therapien oder Pflegehilfsmitteln betrachten. Dadurch ist es ihm möglich, durch bewusste Lebensführung und die Bereitschaft zum Erlernen von Coping-Strategien im Umgang mit der Erkrankung seine eigene Verantwortung zu erkennen und zu übernehmen. Es ist aber auch von einem bewussten „Rollenwechsel vom Konsumenten zum aktiven Partner“ die Rede (Brandenburg 2002a: 7).

Nur, in welchem Maße wollen und viel wichtiger können das Patienten? Selbst professionell ausgearbeitete und den Patienten in Überlegungen mit einbeziehende Schulungs- und Beratungskonzepte stoßen an ihre Grenzen, da Patienten oft nicht freiwillig zu einer Schulung oder Beratung gehen. So hat die Teilnahme an den Schulungen für nicht wenige der Patienten recht pragmatische Gründe. Für die einen ist die Schulung Grundlage für die Bewilligung bzw. Verlängerung einer Rehabilitationsmaßnahme. Für andere ist die Teilnahme an einer Hypertonieschulung oder Diabetesberatung Voraussetzung, um das von der Krankenkasse finanzierte Blutdruck- bzw. Blutzuckermessgerät zu erhalten.

Warum sich viele Patienten in einer Schulung und Beratung einer Offenlegung ihrer Gefühle, Sorgen und Ängste verweigern, kann zudem daran liegen, dass es ihnen leichter fällt, in der Schulung über die Krankheit zu sprechen, als über ihre Gefühle. Es ist einfacher, über das Anlegen des Stomabeutels zu reden, als sich darüber auszutauschen, welche Ängste man vor einer anstehenden Busfahrt oder vor dem nächsten Besuch des Schwimmbades hat. Es kann für manche wichtig sein, eine notwendige Distanz zum Stoma aufzubauen, die es zulässt, über die Handhabung der Stomaversorgung zu reden und es gerade zu verbietet sich mit den Gefühlen auseinander zusetzen, die offenbaren könnten, dass man die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren beginnt. Nicht wenige Patienten wünschen sich schnelle und unkomplizierte Lösungen für ihre Krankheiten und verdrängen dabei etwas Entscheidendes. Durch diese selbstgewählte Passivität wird Verantwortung an die Ex-

perten abgegeben was in der Folge zu einem sukzessiven Beschneiden des eigenen aktiven Parts bei der Bewältigung der Probleme im Umgang mit der Krankheit führen kann.

Weshalb sich viele Patienten verweigern, kann aber auch daran liegen, dass sie sich mit ihrer Erkrankung bzw. Einschränkung nicht verstanden fühlen. Es kann so weit gehen, dass sie der Beraterin zum Vorwurf machen, dass sie selbst schließlich nicht an Diabetes erkrankt ist oder nicht an Inkontinenz leidet. Deshalb habe sie nicht im geringsten das Recht, den Patienten etwas zu sagen, weil sie nicht nachvollziehen könne, was es bedeutet, ständig darauf achten zu müssen, welches Nahrungsmittel wie stark den Blutzucker in die Höhe steigen lässt oder immer darauf bedacht sein zu müssen, dass sich die Stomaplatte nicht löst.

Ist unter diesen Umständen eine Verständigung möglich? Man stelle sich nur eine Krankenschwester in der Diabetesberatung vor. Sie ist jung, sportlich, gesund und durch die Beratung verdient sie ihr Geld zum Leben. Im Gegensatz dazu ist der Patient krank, oft alt, traditionsbewusst und Thema der Beratung ist sein Leben mit der Krankheit bzw. Einschränkung. (vgl. Kap. 2.4 Patientenorientierung S. 22)

Mit dieser zwar sehr dichotomen und dadurch etwas realitätsverfremdeten Darstellung wird die für viele Patienten konfliktbehaftete Beziehung zwischen ihnen und der Beraterin zum Ausdruck gebracht.

Die sogenannte *Rollendistanz* zeigt Grenzen auf, denn sie spricht die Legitimation der Erwartungen an ein Individuum in der Rolle des Patienten an (vgl. Abels 2001, 155). Mit welchem Recht dürfen Ärzte, Pflegekräfte, die Gesellschaft an sich dem kranken Menschen sagen, was er zu tun hat. Jeder Patient selbst muss frei in seinen Entscheidungen sein können – nur so kann er seine hohe Kompetenz, das Gute für sich und seine Gesundheit zu wählen, unter Beweis stellen.

Muss dem jedoch nicht entgegengehalten werden, dass etliche Patienten nicht die Bedeutsamkeit der Informationen, die sie erhalten, erkennen. Dieser Mangel an Erkenntnis verhindert schließlich eine gesündere Lebensweise der Patienten. Die Systemtheorie setzt hier an, in dem sie wie oben erwähnt, auf die Problematik der geschlossenen Systeme hinweist. Informationen von außen werden nur aufgenommen, wenn sie bedeutsam sind. Dazu Siebert aus konstruktivistischer Sicht: „Gelernt wird, wenn Unterschiede wahrgenommen werden.“ (Siebert 1997: 292) also wenn etwas als neu erscheint. Zusätzlich muss es anschlussfähig sein. Hier gilt es anzusetzen

und Beratung so zu gestalten, dass deren Inhalte für die Patienten eine bedeutsame Relevanz erhalten.

Doch dieser Gedankengang verabschiedet sich vom Postulat der Patientenorientierung, in dem von außen eine Definition darüber stattfindet, was für einen Patienten das richtige ist. Welche Information, welcher Beitrag ist in einer konkreten Situation möglich bzw. anschlussfähig? Wie lässt sich das mit der Einsicht vereinbaren, dass Kriterien nach denen sich Handeln oder Verhalten bestimmen lassen, je nach Situation und den Interaktionspartnern stark variieren? (vgl. Hohm 2000, 92)

Mögen sich deshalb Ärzte, Pflegenden und Angehörige anderer Disziplinen die Frage stellen: Mit welchem Recht können wir für uns überhaupt markieren, was in der konkreten Situation für den Betroffenen das Wichtige und das Richtige ist?“ Die ausgewählten Informationen können zwar bedeutsam für die **Krankheit** und sich daraus resultierende Strategien sein, für den Patienten, für den **Menschen** in seiner konkreten Situation muss das nicht ohne weiteres zutreffen. Deshalb lässt sich auch im Sinne einer Selbstkritik anmerken, dass die Perspektive des Betroffenen im Zuge einer Patientenorientierung überwiegend aus dem Blickwinkel der Experten eingenommen wird. Was unter Patientenorientierung zu verstehen ist bzw. wie sie zum Ausdruck kommt, wird nicht von den Patienten selbst sondern durch Experten aus Pflegepraxis und Pflegewissenschaft definiert.

Aber wie kann als Berater davon ausgegangen werden, dass jeder Patient gewillt ist, sich bewusst mit seiner Krankheit auseinander zu setzen, in dem er seine Situation versucht zu deuten, um zu einer für ihn vertretbaren Entscheidung zu gelangen. Die Betonung der psychosozialen Belange wird zwar als notwendige Pendelbewegung in Richtung Patientenorientierung bezeichnet (Stemmer 2000: 153). Wichtig ist jedoch in der konkreten Situation zu entscheiden, ob Unterstützung und Begleitung des Patienten zur Bewältigung seiner Krisensituation im Vordergrund stehen oder der Patient nur medizinische Informationen zu seiner Krankheit wünscht.

Denn gerade darin liegt eine Chance, auch eine professionelle Distanz zu Patienten aufzubauen, um „seine emotionale Betroffenheit zu verstehen“ (Stemmer 2000: 171). Daraus kann sich eine Entscheidungs- und Handlungsautonomie für den Patienten ableiten lassen, in deren Verlauf in einer professionell gestalteten Beziehung zugelassen werden kann, dass Pflegende Entscheidungen des Patienten akzeptieren aber nicht immer verstehen müssen.

5.3 *Inhalte*

*Wir sind, ständig auf der Suche,
um den richtigen Deckel für den
jeweiligen Kochtopf zu finden.*

*Wir erfahren dadurch nie, was
Patienten zu essen haben wollen.*

(In Anlehnung an Koch-Straube 2001)

Zentrale Inhalte der vorgestellten Konzepte sind bedauerlicherweise medizinisches Fachwissen gepaart mit Tipps und Ratschlägen, wie auftretende Probleme im Umgang mit medizinischen Hilfsmitteln und Therapieformen bewältigt werden können. Zur Überprüfung auf Relevanz werden Inhalte einer naturwissenschaftlich ausgerichteten Kausalitätslogik folgend ausschließlich anhand medizinischer Standards überprüft.

Selbst der von Zegelin-Abt begründete Verein Familien- und Patientenedukation e. V. richtet sich sehr danach aus. Auf der Homepage <http://www.patientenedukation.de> findet sich ein link zu einer überwiegend aus Ärzten bestehenden Arbeitsgruppe, die sich zur Aufgabe gemacht hat, die Qualität von Beratungsinhalten und Patientinformationen zu verbessern.

Eine eigens dafür entwickelte Checkliste mit entsprechenden Kriterien wird unter der Internetadresse <http://www.discern.de> angeboten. Bedauerlicherweise beschränkt sich diese Überprüfung von Beratungsangeboten nur auf die Güte der medizinischen Fachinformationen.

Des weiteren ist in den untersuchten Schulungskonzepten eine skizzierte Ausarbeitung von potentiellen Prozesskriterien für einen Problemlösungsprozess, der den Patienten in seiner Entscheidungsfindung unterstützen kann nicht ersichtlich. Die untersuchten Schulungsmaterialien erinnern an vielen Stellen eher an medizinische Fachbücher, denn sie beginnen mit Informationen über Anatomie, Symptome, Krankheitslehre, um dann über mögliche und empfohlene Behandlungsformen zu berichten. Ein Blick auf die Autorenliste zahlreicher Schulungskonzepte offenbart, warum dem so

ist. Es sind oft engagierte Ärzte, die auf Muster der Informationsverarbeitung, die sie im Medizinstudium erworben haben, zurückgreifen. Zwar mag medizinisches Detailwissen für die Begründung und Erklärung einer Situation, der Diagnostik oder der eingeschlagenen Therapie sinnvoll sein. Und es wird auf viele Patienten geben, die sich auf solche Sachinformationen stürzen. Aber es sind die Patienten, die sich aus einer nachvollziehbaren Vermeidungshaltung heraus weniger mit den emotionalen Auswirkungen ihrer Erkrankung beschäftigen können oder möchten. In diesem Konfliktfeld liegt ein weiterer Grund für die Tatsache, dass viele Programme und Konzepte für chronisch Kranke, was diabeteskranke und inkontinenzkranke Menschen bzw. Menschen mit einem Stoma zweifelsohne sind, naturwissenschaftlich-medizinisches Fachwissen in den Vordergrund stellen. Kranke Menschen mit Sachwissen einzudecken ist viel leichter, als gemeinsam mit ihnen Angst, Trauer oder Verzweiflung zu erleben, zu thematisieren und schließlich aufzuarbeiten. Beides mag zwar verständlich sein, sorgt aber dafür dass eine notwendige Auseinandersetzung nicht erfolgen kann. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 15)

Daraus schlussfolgernd sollten offen und ehrlich die tatsächlich erlebten Probleme und daraus resultierende Fragen und nicht vordergründig medizinische Zusammenhänge thematisiert werden. Ansonsten kann eine emotionale Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung bzw. Einschränkung unterbleiben, was eine langfristige Akzeptanz der Krankheit blockieren kann.

Erst der Blick auf das subjektive Erleben von Patienten bei chronischen Krankheiten bringt die hohe Komplexität der von Einstellungen, Meinungen und Erfahrungen geprägten Verhaltensweisen zum Vorschein. So ist nicht die durch medizinisch-diagnostische Möglichkeiten nachweisbare Krankheit bestimmend für das Verhalten der Patienten sondern die individuell erlebte Wirklichkeit der Krankheit. (vgl. Brandenburg 2001 a: 22)

Es sind die Gefühle, die bei genauerem Hinhören dadurch zum Ausdruck kommen, in welcher Art und Weise der Patient spricht, wie er sich bewegt oder welchen Gesichtsausdruck er hat. Leider werden diese Gefühle in konkreten Situationen von Patienten und Pflegenden gleichermaßen zu selten verbalisiert. Äußere Konflikte, wie der Ärger, den ein Patient verspürt, weil es mit dem Wechsel des Stomabeutels nicht auf Anhieb klappt, wird sofort sichtbar und dadurch auch bearbeitbar. Aber nicht die inneren Konflikte, wie der Streit zwischen dem Patient und seiner Ehefrau, weil sie nicht die Stomaversorgung übernehmen will, da ihr Mann schon immer alles besser

wusste. Durch ein genaues Hinschauen von Seiten der Beratenden wird das Erkennen dieser verborgenen Konflikte, des eigentlichen emotionalen Problems erst möglich. (vgl. Koch-Straube 2001: 81)

Für die Pflegepraxis wird darin eine Chance gesehen „die Lebenswelt, den Alltag und die subjektiven Bedürfnisse der Betroffenen als Korrektiv“ zu betrachten, damit das eigene Fachwissen und die sich daraus ableitbaren pflegerischen Handlungsmaxime überprüft und an die jeweilige Situation angepasst werden können (Brandenburg 2000: 209). Denn dadurch wird der Blick weg von der Diagnostik hin zur Aufdeckung von problematischen Krankheitsverarbeitungsprozessen erst möglich. Die Interpretationen von oft stereotypen, nur auf die Krankheit bezogenen Verhaltensmustern der Patienten können kritisch reflektiert und damit einer kontinuierlichen Überprüfung unterzogen werden. Notwendig wird der Aktualisierungs- und Anpassungsprozess schon alleine dadurch, da die notwendige Aktualität medizinischer Literatur auf Grund vielfältiger Forschungstätigkeiten einem raschen Wandel unterliegt. Denn noch gültige Therapieempfehlungen und Behandlungsstrategien können innerhalb weniger Jahre stark fortentwickelt sein, bisweilen ganz neu beurteilt werden.

Einer genaueren Betrachtung bedarf der Aspekt, dass bei der konzeptionellen Entwicklung von Schulungs- und Beratungsangeboten für Patienten viele Pharmafirmen und Hilfsmittellieferanten maßgeblich beteiligt sind. Zahlreiche Interessensvertretungen der Pflegenden, wie DBfK oder der Verband der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) verweisen auf die erfolgreiche Zusammenarbeit. Der VDBD gibt als seine Sponsoren ausschließlich Firmen aus dem Pharmabereich und der Hilfsmittelindustrie an.

Selbst die Gesellschaft für Inkontinenzhilfe (GIH), deren erklärtes es Ziel ist, das Thema Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen und Betroffenen Hilfestellung zugeben, entpuppt sich bei genauerer Betrachtung als Zusammenschluss von Vertretern der Ärzte, Apotheker und Inkontinenzhilfsmittelhersteller, deren Aufmerksamkeit auf die Verbesserung von Diagnostik und Behandlung auf diesem Gebiet gelenkt ist. Selbst wenn Zegelin-Abt nichts verwerfliches darin sieht, dass entsprechende Firmen einen großen Einfluss auf die Beratungssituation haben, sind die unterschiedlichen Interessen und dadurch oft ambivalenten Zielsetzungen nicht von der Hand zu weisen (vgl. Zegelin-Abt 2000: 58). Das erklärt eventuell auch die Dominanz medizinischer Inhalte bezogen auf die entsprechenden Krankheiten, in deren Konsequenz

zur Behandlung der Symptome und Krankheiten Hilfsmittel aus der Industrie zur Anwendung kommen. Schnell werden Inhalte darauf gelenkt, wie ein Pen zur Injektion von Insulin funktioniert¹⁵, eine Inkontinenzhose korrekt angelegt wird oder welche Stomaversorgung zu welchem Stoma passt. Schließlich erzielen Firmen nur dadurch ihre hohen Gewinne, in dem sie möglichst viele Pen´s, Einlagen, Inkontinenzhilfsmittel und Stomaversorgungssysteme verkaufen.

Es wäre jedoch unangebracht, zu sagen, dass sich Firmen aus der Konzeptentwicklung grundsätzlich heraushalten sollten. Vielmehr wäre von Vorteil, wenn alle Beteiligten, also auch Patienten selbst, zu Wort kommen würden und eine sachliche Auseinandersetzung um Ziele und Inhalte stattfinden könnte. Ergänzend zur korrekten Anwendung der Hilfsmittel könnten dann mögliche Ängste vor der Abhängigkeit von Hilfsmitteln und allgemeine Probleme im Umgang mit der Erkrankung thematisiert werden.

5.4 *Procedere*

„Mehr oder weniger unterdrückter Unmut oder Unzufriedenheit von Patienten wird mit der Redewendung <<wir wollen doch nur ihr Bestes>> begegnet. Aber sind die PatientInnen bei der Entscheidung für dieses Beste beteiligt?“

(Koch-Straube 2001: 78)

Das Ausmaß der Patientenorientierung wird besonders daran deutlich, wie Patienten bei der Durchführung des Assessments, im sich anschließenden Beratungsgespräch und der Evaluation am Ende der Beratung mit einbezogen werden.

Im Vergleich der Konzepte untereinander zeigt sich, dass es beträchtliche Unterschiede gibt und am ehesten bei der Inkontinenzberatung von einer ausgeprägteren

¹⁵ In einem von der Firma Aventis mitentwickeltes Programm für diabeteskranke Menschen wird das bestätigt. Die Individualität des Betroffenen wird dadurch berücksichtigt, dass in Module angelegtes medizinisches Fachwissen, in der Reihenfolge variiert werden kann bzw. von den Teilnehmern selbst erarbeitet wird. Es geht grundsätzlich um Erwerb von Wissen. Aber wie kann das gelingen, wenn nicht in Erwägung gezogen wird, dass diese Schulung in eine Beratung übergehen kann, in der eine Auseinandersetzung mit der Krankheit stattfindet. (siehe Anlage 6 DIAMAND-Programm)

Patientenorientierung gesprochen werden kann. Denn sie verweisen auf ein ausführliches Assessment, das auch offene Fragen des Patienten zulässt. Die Beratung ist als Einzelgespräch konzipiert und der Patient wird am Ende in einem offenen Gespräch danach gefragt, wie er die Beratung empfunden hat.

Aber wer gibt Beratern bei der Durchführung des Assessment und wenn nötig im Verlauf der Beratung das Recht Detailfragen zu persönlichen Daten, Vorerkrankungen, Krankheitsverlauf oder der familiären Situation zu stellen, weil angeblich nur dadurch eine umfassende Beratung erst möglich wird. Patienten öffnen sich dem Berater oft aus Unkenntnis und falsch verstandener Loyalität. Sie erzählen aus ihrer Biographie, nur um Hilfestellung zu erhalten. Dass dadurch aber gleichzeitig der Beratungserfolg gefährdet wird, weil sich der Betroffene unter Druck gesetzt und ausgefragt fühlt, wird oft unterschätzt.

Eine auf den ersten Blick nicht vorhanden zu sein scheinende Ambivalenz zwischen <<Patientenorientierung>> und <<Berücksichtigung der Perspektive des Betroffenen>> zeigt sich besonders bei genauerer Betrachtung der Ergebnisse unter Punkt Methodik der Konzepte. In Anlehnung an Lamparter-Lang wurde davon ausgegangen, dass von einer ausgeprägten Berücksichtigung der Perspektive des Betroffenen gesprochen werden kann, wenn mit ihm zum Beispiel ein Einzelgespräch geführt wird. Die zugrunde liegende Annahme war, dass es dem Patienten in einem Einzelgespräch wesentlich leichter fallen wird, persönlichen Bedürfnisse zu äußern, als in einer Schulungseinheit, die durch Frontalunterricht geprägt ist. (vgl. Lamparter-Lang 1997: 42)

Schließlich wünscht man sich für den Patienten doch „nur das Beste“. Er soll in einem geschützten Rahmen, ohne Zeitdruck, in einer angenehmen Atmosphäre, in extra dafür vorgesehenen Räumlichkeiten frei über seine Probleme reden dürfen. Nur in wie weit kann man davon sprechen, dass Patienten in Entscheidungsprozesse mit einbezogen werden, wenn andererseits Entscheidungen über Fragen zur Erfassung der Bedürfnisse oder die Wahl der adäquaten Methode dem Berater vorbehalten bleiben?

Folgender Aspekt aus einer konstruktivistischen Sicht der Erwachsenenpädagogik kann auf die Situation der Patienten im Beratungsgeschehen übertragen werden. Es reicht bei weitem nicht aus, die an einer Schulung bzw. Beratung Teilnehmenden ernst zu nehmen bzw. ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen. Wird die Orientierung am Patienten im Sinne einer Teilnehmerorientierung ernstgenommen, geht es vielmehr

darum, Patienten am Beratungsgeschehen aktiv teilnehmen zu lassen, indem sie über Art und Verlauf der Beratung mitentscheiden können. (vgl. Siebert 2000: 96)

Ohne weiteres kann die pädagogisch begründete Durchführung eines Erfahrungsaustausches mit den Patienten über deren eigene Vorerfahrungen und Erwartungen im Zusammenhang mit einer Schulung bzw. Beratung von einer anvisierten Teilnehmerorientierung stark abweichen, wenn die Patienten das gar nicht wünschen, sondern nur Information über ihre Erkrankung vermittelt bekommen wollen. (vgl. Siebert 2000: 98; vgl. unter Zielgruppe; Gründe für eine Verweigerung S. 72)

Schon in den vorgestellten Definitionen von Beratung wurde deutlich, wie wichtig ein partnerschaftlicher Dialog bzw. die Beziehungsgestaltung zwischen Berater und Patient ist, damit es zu einem wirklichen Aushandlungsprozess kommen kann. (vgl. Stemmer 2000:173)

Um das zu erreichen, schlägt Koch-Straube für den Ablauf bzw. das Procedere von Beratungsprozessen ein Vier-Stufen-Modell, das sie aus der integrativen Therapie übernommen und für die Pflege modifiziert hat, vor.

Stufen der Beratung

Initialphase Benennen	Aufbau des Kontaktes, einer vertrauensvollen Beziehung, Herausfinden der Themen und Fragestellungen, des Konfliktes und Einordnung in den Kontext
Aktionsphase Erleben	Entfaltung des Themas, seine biographische Einordnung erkennen, Erfahrungen auf der Basis kognitiven, emotionalen und somatomotorischen Erlebens gewinnen, z. B. die unangenehmen Gefühle, die die Fremdheit in der neuen Umgebung hervorrufen und die inneren Verbindungen zu ähnlichen Erfahrungen.
Integrationsphase Reflektieren	Reflexion der Erfahrung aus der Aktionsphase, z. B. Gewinn-Verlust-Vergleich, um zu einer Entscheidung zu finden.
Neuorientierungsphase Erproben	Gedankliches verhaltens- und realitätsorientiertes Experimentieren und Erproben der gewonnenen Einsicht, der Entscheidungen, des Verhaltens, z. B. Planung der aktiven, bewussten und von Selbstverantwortung getragenen Suche nach Alternativen

Abbildung 7 Stufen der Beratung (Koch-Straube 2001: 118)

Neben dem Aspekt des Beziehungsaufbaus werden in den einzelnen Phasen die dafür notwendigen Qualifikationen, wie diagnostische Kompetenz (Benennen) und reflexive Kompetenz in der Integrationsphase zum Ausdruck gebracht.

Schließlich wird aus pflegetheoretischer Sicht der Kommunikation zwischen Patienten und Pflegekräften, als eine individuell ausgestaltete Form des Beziehungsgeschehens zwischen kranken Menschen und Helfenden, eine große Bedeutung zugesprochen und als wesentliche Aufgabe der modernen Pflege gesehen. (speziell Orlando 1996; Peplau 1995).

5.5 Kompetenzen der Pflegenden

Die Kommunikationsfähigkeit von Pflegenden wird als Grundvoraussetzung für das Erkennen der „Selbstpflege-Handlungskompetenz der Gepflegten“ gesehen. Sie wird dadurch zu einer Basisqualifikation für eine patientenorientierte Pflege und für eine patientenorientierte Beratung in der Pflege (vgl. Wittneben 1992: 334 ff.). Die bereits angesprochenen Kompetenzen Empathiefähigkeit und Rollendistanz, in Form einer Reflexionsfähigkeit, werden zusammen mit der so genannten Ambiguitätstoleranz von Krappmann in Anlehnung an Habermas als interaktionistische Grundqualifikation beschrieben. (vgl. Krappmann 2000: 132 ff.)

Habermas spricht von kommunikativen Handlungen als Ausgestaltung einer herrschaftsfreien Kommunikation zu denen Interaktionspartner fähig sind, vorausgesetzt sie besitzen diese interaktionistischen Grundqualifikationen. Einem universalpragmatischen Sprachmodell folgend differenziert er Sprechhandlungen in vier Handlungstypen: Neben dem teleologischen, normativen und dramaturgischen Handeln, welche als Formen zweckrationalen Handelns, jeweils nur eingeschränkte Ausschnitte der betrachteten Wirklichkeit umfassen stellt er das kommunikative Handeln als Typ sozialen Handelns reflexiv den anderen zur Seite. (vgl. Rees-Schäfer 2001: 29)

Als erklärtes Ziel kann das Erreichen eines Einverständnisses beruhend auf gemeinsamen Überzeugungen genannt werden. Grundlage dafür sind Verständigung und Handlungskoordination auf Grundlage gemeinsamer Situationsdeutungen. (vgl. Koch-Straube 2001: 38 ff.; zit. n. Habermas 1976)

Dem von Habermas vertretenen Postulat der kommunikativen Handlung wird zwar entgegengehalten, dass dies nie zu erreichen ist. Eine Chance verbirgt sich jedoch

darin, die Voraussetzungen für kommunikatives Handeln, wie etwa Gleichberechtigung, Herrschaftsfreiheit, Sprachfähigkeit oder die ideale Sprechsituation, als Ziele umzudeuten. Denn dadurch gelingt es zu erkennen, dass die Ziele zwar unerreichbar bleiben, es jedoch lohnen kann, sich auf den Weg zu begeben. Denn gerade durch das sich Bewusstmachen, in welchen Beratungssituationen das Ziel der idealen Sprechsituation nicht erreicht wird, werden Differenzen sichtbar.

Fragen, wie „Sind Patienten kommunikationsfähig?“, „Lässt ihre Krankheit zu, sich gleichberechtigt am Dialog zu beteiligen?“ bzw. „Wie wirkt sich der Wissensvorsprung der Berater auf die Gesprächssituation aus?“ können deutlich machen, wo Veränderungsbedarf besteht (vgl. Koch-Straube 2001: 38).

Erst durch die Entwicklung der genannten interaktionistischen Grundqualifikationen kann nach Wittnebels Konzept der multidimensionalen Patientenorientierung eine den Patienten mit einbeziehende Beziehung als eine zentrale Grundvoraussetzung für ein erfolgsversprechendes Beratungsgespräch möglich werden. Davon kann derzeit noch nicht die Rede sein, auch wenn durchweg in allen Konzepten als Voraussetzung die Teilnahme an einer speziell auf das Beratungsangebot abgestimmten Weiterbildungsmaßnahme genannt wird. Dazu konzentrieren sich die Inhalte noch zu sehr an medizinischen Inhalten und Produktinformationen von Herstellern der Hilfsmittelprodukte und medizinisch-technischen Geräte (z. B. zur Blutzuckermessung). (vgl. 5.3. Inhalte, S. 77)

Wie können sich Pflegende diese Kompetenzen aneignen, und mit Patienten über einen Austauschprozess zu einer von allen mitgetragenen Entscheidung zu gelangen, wenn sich viele weiterhin als Assistenzkräfte der Ärzte sehen?

Ein Exkurs in das Rollenverständnis von Pflegenden versucht zu verdeutlichen, weshalb es schwer fallen wird, dass sich Pflegende Beratungskompetenzen als Voraussetzung für eine die Perspektive des Patienten berücksichtigende Beratungspraxis aneignen können.

Die sich verkürzende Verweildauer¹⁶ des Patienten im Krankenhaus und der zunehmende Abbau an Arbeitsstellen als Folge der ökonomischen Zwänge durch zuneh-

¹⁶ Zu beachten ist, dass es sich dabei um einen rein statistischen Mittelwert handelt. Weiterhin wird es Patienten geben, die über mehrere Wochen im Krankenhaus behandelt und gepflegt werden. Durch verbesserte Operationsmethoden, etc. können zum Beispiel Patienten schon nach einem Tag die Klinik verlassen, was die durchschnittliche Verweildauer senkt.

mende Ausgaben im Gesundheitswesen, mitbedingt durch die demographische Entwicklung und den medizinischen Fortschritt, beeinflussen die tägliche Arbeit der Pflegenden im Krankenhaus zusehend. Ergänzend werden als Ursachen dieser Situation die historische Entwicklung der Pflege in Deutschland¹⁷ und die Dominanz der Medizin¹⁸ im Gesundheitswesen benannt. Dies sind alles Gründe, die herangezogen werden, falls wenig Zeit bleibt, um mit dem Patient ins Gespräch zu kommen und mit ihm über seine Krankheit und seine Probleme zu reden.

Aber die organisatorischen Rahmenbedingungen und historische Gegebenheiten als Begründung der momentan unbefriedigenden Situation zu nennen, trifft nur bedingt zu. Weitere Ursachen liegen in der konkreten Begegnung zwischen Pflegekraft und Patient begründet. Die Einstellung, das Verhalten und das Rollenverständnis der Pflegenden gegenüber dem Patienten hat entscheidenden Einfluss auf die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten. Um mit Patienten in Interaktion treten zu können, bedarf es einer Identität der Pflegekräfte, welche von Selbstbewusstsein geprägt sein sollte. Gelingt diese Identitätsfindung in der Pflege, wenn Krappmann auf das Dilemma zwischen Individualisierungstendenzen und allgemeinen Erwartungshaltungen der anderen aufmerksam macht? (vgl. Krappmann 2000: 11)

In der Pflege zeigt sich die Dominanz der Medizin durch die Fokussierung auf Krankheiten, deren Therapie und die an Krankheitsbildern ausgerichtete Pflege. In der täglichen Arbeit auf Station steht überwiegend die sach- und fachkundige an medizinischen Standards angelehnte Krankenpflege im Vordergrund.

Gründe für dieses Rollenverständnis mögen zwar in der Sozialisation der Pflege und der medizinorientierten Ausbildung liegen. Zusätzlich trägt die Rolle des Arztes, als von Krankenschwestern und Patienten gleichermaßen anerkannte Autoritätsperson, dazu bei¹⁹. Die Pflegekraft hat dafür Sorge zu tragen, dass alle Vitalwerte zur Beurtei-

¹⁷ erinnern wir uns an die Pflege verstanden als barmherziger Dienst aus Nächstenliebe oder die Rolle der Pflegekraft in der NS-Zeit (vgl. Taubert 1992: 48 ff.; vgl. Hilde Steppe (1993): Pflege im Nationalsozialismus, Mabuse-Verlag, Frankfurt a. M.)

¹⁸ Die Ausrichtung des Gesundheitssystems in Richtung Akutmedizin legt den Schwerpunkt auf Entwicklung von Diagnostik und Therapie akuter Erkrankungen. Dafür bedarf es Pflegekräfte, die dem Arzt assistierend zur Seite stehen

¹⁹ Den Ärzten wird ohne Vorbehalt zugesprochen, dass sie Entscheidungen für andere fällen dürfen, die von den Beteiligten ohne weiteres mitgetragen werden. Darmann hebt in einer Interviewsequenz zwischen einem Patient und einer Pflegekraft die im Zusammenhang mit Ärzten verwendeten Begriffe „dürfen“, „erlauben“, „verbieten“ hervor, um zu beleuchten, „dass die Entscheidungsfreiheit von Patienten im Bewusstsein der Beteiligten kaum verankert ist, ...“ (Darmann 2001: 112).

lung des Krankheitszustandes des Patienten vorhanden sind, damit der Arzt seine Untersuchungen und Operationen pünktlich durchführen kann. Diese Verobjektivierung der Diagnostik weg vom Patient hin zum Röntgenbild oder Labor beraubt zudem die Pflegekraft²⁰ ihr Können gegenüber Arzt und Patienten unter Beweis zu stellen, denn ihre Aufgaben werden auf die Durchführung der Kontrolle der Vitalzeichen eingegrenzt. Die Berücksichtigung der Interessen des Patienten, sei es nur durch einfühlsame Worte, um dem Patient vor der anstehenden Operation Ängste zu nehmen, würden nur den Organisationsablauf stören. Ein Gespräch mit dem Patienten über seine Erkrankung, seine Befürchtungen und Sorgen kommt bedauerlicherweise nur sehr selten zu Stande.

Verbirgt sich dahinter nicht ein Versuch von Pflegenden die Verantwortung für Patienten von sich zu weisen und auf den Arzt zu schieben, sich ihm hierarchisch unterzuordnen, was sich in Aussagen gegenüber dem Patienten, wie „Das hat der Arzt so angeordnet, deshalb müssen sie die Tablette nehmen!“ oder „Wenn Sie genauer über ihre Krankheit und die dafür notwendigen Untersuchungen Bescheid wissen wollen, müssen Sie den Arzt selbst fragen“²¹ widerspiegelt? Einerseits werden dadurch Rollenerwartungen von Ärzten gerichtet an die Pflege sichtbar, welchen von Pflegenden ohne weiteres entsprochen wird. Es kommt nicht zu einem „role taking“ und „role making“ verstanden als bewusste Wahrnehmung und anschließende Auseinandersetzung mit den Erwartungen von anderen an sich selbst und sich daraus resultierenden Aushandlungsprozessen zwischen diesen fremden Erwartungen und den, die Individualität zum Ausdruck bringenden, eigenen Erwartungen. Dadurch wird auch verhindert, dass mehrdeutige bzw. sich widersprechende Wertevorstellungen von Patienten und Pflegenden gleichwertig nebeneinander existieren können. Diese bei Krappmann als Ambiguitätstoleranz bezeichnete, anscheinend oft bei Pflegenden fehlende, Fähigkeit führt dazu, dass Medizinorientierung letztendlich mit Patientenignorierung gleichzusetzen ist (vgl. Krappmann 2001: 152). Die Angst vor der Er-

²⁰ Unter Vitalzeichen sind nicht nur skalierbare Werte, wie Blutdruck, Puls, Temperatur, Urinmenge, etc. zu sehen, sondern auch Bewusstseinszustand, Allgemeinzustand, etc. zu fassen.

²¹ Patienten fragen oft bei Pflegekräften nach, wenn ihnen etwas nach der Chefvizite oder dem Gespräch mit dem Arzt unklar geblieben ist. Aber es erscheint einfacher und zeitsparender, auf den Arzt zu verweisen, als etwas über das Krankheitsbild oder das neue Medikament in einer für den Patienten zu verstehenden Sprache zu erklären. Doch die kurzfristige Zeitersparnis hat zur Folge dass Patienten nicht verstehen können, sich nicht verstanden fühlen und deshalb keine Unterstützung erfahren, damit sie sich mit ihrer Erkrankung bewusst auseinandersetzen können. Man kann davon ausgehen, dass das wiederum einen längerfristig höheren Therapie- und Pflegebedarf zur Folge hat.

kenntnis, dass der Klient Recht haben könnte blockiert einen Perspektivenwechsel, da Pflegende anscheinend eine weitere Realität neben der eigenen nicht aushalten können. (vgl. Farrelly/Brandsma 1986: 9)

Selbst in Erfahrungsberichten von Patienten wird die Pflege als eine einseitig an Ärzten orientierte, durch pflegetechnische Verrichtungen geprägte und dadurch den Patienten ignorierende Dienstleistung im Krankenhaus beschrieben. (vgl. Wittneben 1993:47 ff., siehe Fußnote 7, Seite 14)

Koch-Straube weist auf die Betonung des somatischen gegenüber dem psychischen in der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten hin, was Pflegende „dazu „verführt“, die Krankheit und ihre Behandlung in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen, und nicht das Kranksein mit allen seinen Folgen für Körper, Geist und Seele.“ (Koch-Straube 2001: 73). Wie oft geschieht es, dass Pflegekräfte sich auf die Durchführung von Pflegemaßnahmen konzentrieren, nur um dem Kontakt mit dem Patienten auszuweichen? Lückert nennt es die „Maske der eigenen Geschäftigkeit“, des „Minimalkontaktes“ (Lückert 1998: 160; dazu ergänzend Darmann 2000: 88). Patienten müssen pünktlich zur Operation vorbereitet sein, was eine gründliche vorherige Körperpflege voraussetzt. Die Krankenschwester hat ärztlichen Anordnungen Folge zu leisten und assistiert dem behandelnden Arzt bei Untersuchungen. Oft bleiben Gespräche nur auf die Weitergabe von Informationen, wie die Höhe des Blutdrucks, der Temperatur oder die Ankündigung, welche Untersuchung als nächstes ansteht, beschränkt.

Aber warum nur orientieren sich viele Pflegekräfte an medizinischem Fachwissen bzw. an der Ausführung pflegetechnischer Maßnahmen und vernachlässigen dabei die psycho-soziale Begleitung des Patienten?

Eine denkbare Antwort ist, dass Themen, wie Gesprächsführung, Reflexion der eigenen Denk- und Arbeitsweise und Beziehungsgestaltung in der Ausbildung oft zu kurz kommen. Krappmann spricht von **Empathiefähigkeit** im Sinne von „die Erwartungen der anderen zu antizipieren“ als wichtige Voraussetzung für einen Beziehungsaufbau (Krappmann 1981: 143). Doch das Einfühlen in die Situation des Patienten kann nicht gelingen, denn noch immer werden Kompetenzen, wie zum Beispiel Gesprächsführung oder Begleitung von Patienten in Krisensituationen in der Unterrichtspraxis nur rudimentär gefördert und herausgebildet. Auf Station bleibt für die

Aneignung dieses Wissens kaum Zeit,²² denn Pflege läuft oft nur funktional und geprägt von routinemäßig²³ durchgeführten Ritualen ab. Pflegende in der Ausbildung bzw. kurz danach versuchen sich an Fachwissen zu orientieren, welches in Lehrbüchern steht und nach Angaben der Medizin durch Studien belegt ist. Das daraus resultierende Pflegewissen definiert pflegerische Maßnahmen, die im Ergebnis sichtbar werden. Das ist bei Gesprächen nur schwer möglich.

Die Anlehnung an Standards, an Lehrbuchwissen, Routinen und Ritualen ist ein Versuch der Orientierungsfindung in einer immer komplexer werdenden Pflege. Es gilt die einfache Lösung für eine komplexe Problemsituation zu finden, da scheint kein Platz zu sein für den Austausch von Mehrdeutigkeiten, von Gefühlen und einem langwierigen Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass Identitätskonstituierende Voraussetzungen, wie Empathiefähigkeit, Rollenhandeln oder Ambiguitätstoleranz Pflegende nicht als vordergründige Dimensionen pflegerischen Handelns ansehen (vgl. Wittneben: 47 ff.). Damit wird eine Medizinorientierung anhand eines an Krankheiten, deren Diagnostik und Therapie ausgerichteten pflegerischen Handelns verdeutlicht, was offensichtlich die Auseinandersetzung mit dem „Kranksein“ als Ausdruck für eine Patientenorientierung ausschließt.

Wenn das hier kurz skizzierte Bild der Pflegenden zutrifft, demzufolge Basisqualifikationen für eine Beratungstätigkeit in der grundständigen Pflegeausbildung bisher nur bedingt entwickelt werden, wie können dann Pflegende als Berater tätig werden? Die nun folgenden Ausführungen können eine mögliche Hinführung zu einer vorläufigen Antwort auf diese Frage darstellen.

Als Grundlage zur Etablierung von Patientenberatung durch Pflegende könnte eine patientenorientierte Pflege stehen, die Patienten und deren individuelle Perspektive in pflegerische Überlegungen mit einbezieht und dadurch Kommunikation in Form von Gesprächen über den Alltag, die Sorgen und Ängste aber auch über existenziel-

²² Der angebliche Zeitmangel in der Pflege ist kritisch zu hinterfragen:

Heinemann-Knoch et. al sprechen vom Argument des Zeitmangels, das unreflektiert angeführt wird, „weil MitarbeiterInnen nicht wissen, wie sie Veränderungen in den Arbeitsroutinen initiieren können. Konzeptionslosigkeit und Entschlusslosigkeit verstecken sich hinter einer plausiblen Metapher und gesellschaftlich akzeptierten Begründung“ (Heinemann Knoch 1998: 221).

²³ routinemäßig ist hier zu verstehen als standardisiert, die konkrete Situation und die Bedürfnisse der Patienten nicht berücksichtigend – nicht im Sinne von routiniert bzw. gekonnt.

le Erfahrungen zulässt. Was nicht bedeutet, dass andere Bereiche, wie Medizin, Ökonomie und andere, ausgeblendet werden dürfen (vgl. Taubert 1992: 13). Vielmehr geht es um einen diskursiven Prozess, in dessen Verlauf alle Perspektiven Berücksichtigung finden können und entsprechend der individuellen Situation, in der sich die Beteiligten begegnen, entschieden werden sollte.

Zur Überwindung der angesprochenen Problematik verweist Taubert auf den Aspekt der „Beziehungserfahrung“ als „Identitätshilfe“ (vgl. Taubert 1992: 133). In Form von Rollenspielen, in denen die TeilnehmerInnen ihre problematischen Erfahrungen in der Kommunikation mit Patienten aufarbeiten und über den Weg der Entwicklung von sozialen Kompetenzen und das Nachdenken über die eigenen Gefühle kann Vertrauen in sich selbst als Grundlage für ein Vertrauen in das Gegenüber entstehen. In anderen Worten: Erst das Selbst-Bewusstsein, das Bewusstwerden des eigenen Selbst, ermöglicht die eigene Wertschätzung und dadurch erst wird eine Hinwendung zum Nächsten möglich. Dabei gilt es zwar systemimmanente Grenzen zu erkennen und die dadurch auferlegten Einschränkungen der Orientierung am Gegenüber einzuschätzen. Pflegende werden sich nie vollständig in die Lage des Patienten hineinversetzen können, denn es ist nicht vorstellbar, was es für einen Menschen bedeutet, die Diagnose Diabetes zu erfahren oder wegen der Pflegebedürftigkeit durch die Anlage eines künstlichen Darmausganges von fremden Menschen im Krankenhaus abhängig zu sein, wenn man das vorher nicht erleben musste. Kritisch ist bei Taubert anzumerken, dass nur die Sichtweise der Pflegenden herangezogen wird.

Darmann hingegen bezieht die Perspektive der Patienten mit ein. Sie konnte in der Beobachtung der Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten 11 Schlüsselprobleme²⁴ identifizieren und entwickelte daraus ein Konzept, welches neben den Bestimmungselementen „Pflegetheoretische Normen“ und „persönlichkeitstheoretischen Grundlagen“ hervorhebt. Der Erwerb von persönlichkeits-theoretischen Grundlagen, wie Empathiefähigkeit oder partizipativem Verhalten

²⁴ exemplarisch werden zwei der 11 Schlüsselprobleme vorgestellt

- „Umgang mit „unkooperativen“, aber kompetenten Patienten, d. h. Umgang mit Kommunikationssituationen, in denen solche Patienten, die aufgrund jahrelanger Erfahrung mit einer Krankheit zu Experten ihrer Krankheit geworden sind, Entscheidungen treffen, die nicht den Erwartungen der Pflegekräfte entsprechen“ (Darmann 2001: 223) – es kann angenommen werden, dass sich dahinter eine fehlende Ambiguitätstoleranz von manchen Pflegenden verbirgt.
- „Umgang mit den Sorgen und den diesbezüglichen Gesprächsbedürfnissen von Patienten, d. h. Umgang mit Kommunikationssituationen, in denen Patienten das Bedürfnis äußern, mit Pflegekräften über ihre gesundheitsbezogenen Sorgen zu sprechen“ (Darmann 2001: 223)

im Umgang mit Patienten kann nach ihr nur über die Bewusstmachung und Reflexion der eigenen Gefühle und Bedürfnisse (vgl. Darmann 2001: 231) gelingen. Schmerfeld geht hier noch einen Schritt weiter und betont, dass der Erwerb von Beratungskompetenzen wie etwa die professionelle Deutungskompetenz am ehesten durch die Verbindung von Theorievermittlung und eigenem Erleben möglich wird (vgl. Schmerfeld 1996: 156).

Daraus abgeleitet kann eine Annäherung an die Kompetenz des Deutens in der Erfahrung des eigenen Selbst als eine Voraussetzung für die Entwicklung von Selbstbewusstsein gesehen werden. SchülerInnen werden sich annähernd der Gefühle bewusst, die bei Patienten im Krankenhaus ausgelöst werden, in dem sie so von Lehrkräften „gepflegt“ werden, als hätten sie einen Schlaganfall erlitten oder wären durch eine andere Erkrankungen pflegebedürftig geworden. Aber nicht nur, dass SchülerInnen das nachfühlen, was es bedeutet, nicht mehr aufstehen zu können, das Essen wegen einer Schluckstörung angereicht zu bekommen oder eine Inkontinenzhose zu tragen, weil die Kontrolle über die eigenen Ausscheidungen fehlt. Sie werden auch mit einer den Patienten ignorierenden Durchführung von Pflegemaßnahmen konfrontiert. Sie werden mit der Pflege konfrontiert, die manche von ihnen selbst auf Station im Umgang mit Patienten praktizieren, was sich anhand der Erfahrungsberichte von Krankenhauspatienten und der aus real erlebten Anleitungssituationen der LehrerInnen mit SchülerInnen auf Station belegen lässt.²⁵

Damit erst erhalten sie die Chance sich in die krisenhafte Situation von kranken Menschen einzufühlen und erkennen dadurch wie wichtig eine einfühlsame, den anderen wertschätzenden und in der Bewältigung der Krankheit unterstützenden Beratung ist. Die Durchführung von Unterrichtsstunden zur Selbsterfahrung und Entwicklung von psycho-sozialen Kompetenzen mit dem Ziel der Entwicklung einer erweiterten pflegerischen Identität bleibt momentan jedoch bedauerlicherweise nur auf kurzfristige Erfolge beschränkt und wird durch die vielfältigen gegenläufigen Tendenzen, wie der Medizinlastigkeit des Pflegeunterrichts und die an medizinischen Diagnosen und Krankheitsbildern ausgerichtete Durchführung der pflegerischen Maßnahmen gehemmt.

²⁵ Konkret plane ich in meiner Krankenpflegeschule ein derartiges Projekt, in dessen Verlauf sich die SchülerInnen für einen Tag in ein Patientenbett legen und dadurch die Möglichkeit erhalten, hautnah nachvollziehen zu können, wie kranke Menschen eine patientenignorierende Pflege erleben.

5.6 Zusammenfassung

5.6.1 Diskussion um Beratungskonzepte

In den Disziplinen der Pflegewissenschaft, Pädagogik, Psychologie und der Sozialen Arbeit wird innerhalb des wissenschaftstheoretischen Diskurses um Beratung von Menschen der Interaktion und Beziehung zwischen den Beteiligten und der Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen eine hohe Bedeutung beigemessen.

Insbesondere zahlreiche Definitionen und Konzepte aus der Pflegewissenschaft betonen die Bedeutsamkeit der Patientenorientierung in der Beratung. Durch die Art und Weise wie Beratung in der pflegewissenschaftlichen Diskussion verstanden wird, kommt eine Auffassung zum Vorschein, die sich an eine nicht direktive Beratung anlehnt, manchmal in die Nähe einer psycho-sozialen bzw. individual-psychologischen Beratung gerückt werden kann. Aber in den vorgestellten Konzepten der Diabetes-, Inkontinenz- und Stomaberatung ist davon nur wenig zu spüren.

Bedauerlicherweise existieren für die Beratungstätigkeit von Pflegenden derzeit noch keine etablierten Konzepte, die dieses Verständnis umfassend transportieren können. Pflegende in der täglichen Praxis der Beratungstätigkeit arbeiten quasi konzeptionslos. Zwar werden wie schon erwähnt gängige Schulungskonzepte als Grundlage für Beratungssituationen herangezogen. Aber gerade das ist kritisch zu hinterfragen. In wie weit werden dadurch nicht zwei Formen von Beratung in der Pflege miteinander vermengt, die im Grunde genommen nicht zusammengehören und deshalb einer differenzierten Betrachtung bedürfen. Besser wäre es im Rahmen von gängigen krankheitsorientierten Beratungsangeboten von Schulungen zu sprechen, um zu vermeiden, dass eine gewisse Nähe zum angesprochenen pflegewissenschaftlichen Vorverständnis von Beratung vermieden wird. Ansonsten besteht die Gefahr die Patientenorientierung als zentralen Aspekt der Beratung aus den Augen zu verlieren. Erstaunlich ist die Tatsache, dass trotz der fehlenden konzeptionellen Grundlagen individuelle, den Patienten in Entscheidungsprozessen begleitende Beratungen durchgeführt werden (vgl. Koch-Straube 2001: 62). Vielleicht sehen Berater gerade darin eine Chance, dass sie sich nicht an Konzepten orientieren müssen und dadurch Weg und Ziel der Beratung offen gestaltbar werden. Dahinter verbirgt sich ein Verständnis von Konzepten, als ob deren Aufgabe ist, konkrete Angaben zu einem genauen Ablauf des Beratungsgeschehens und zu festgelegten Inhalten zu machen und den zu Beratenden nur als Hilfe- und Ratsuchenden betrachten.

Stemmer kritisiert die Verwendung von Konzepten und Standards, von denen grundsätzlich nicht abgewichen werden darf. Normierungsversuche sind nach ihrer Überzeugung abzulehnen, da sie einer individuellen Pflege entgegenwirken. (vgl. Stemmer 2000: 160 f.)

Demnach dürfen Standards und Konzepte nicht als normative Vorgaben missverstanden werden, sondern können als Orientierungshilfe sehr hilfreich sein. So gesehen geben sie eine Strukturierung vor, die je nach Situation individuell ausgestaltet und abgeändert werden kann. Konzepte skizzieren deshalb nicht starr den Ablauf von Beratung voraus. Sie können stattdessen den stattfindenden Ablauf zum Zwecke eines Verstehens der ablaufenden Prozesse erklären. Demnach können sich erarbeitete Konzepte und individuelle Pflege, bzw. Pflegeberatung auch nicht widersprechen. Vielmehr stellen Beratungskonzepte eine notwendige Grundlage, im Sinne eines Gerüsts oder Fundaments, wie es zum Beispiel Koch-Straube vorschlägt, für die individuelle Ausgestaltung des Beratungsgesprächs dar (vgl. Koch-Straube 2001: 118, siehe Stufen der Beratung, S. 80).

Um die auch in den Konzepten vorherrschende Fixierung auf die Krankheit und deren vermeintlichen Kausalitäten zu überwinden schlagen Bachmann aber auch Koch-Straube die Einnahme einer ganzheitlichen Perspektive vor. Sie wollen das zum Ausdruck bringen, in dem sie zahllose Begriffsverkettung, wie „bio-psycho-soziale Probleme und Ressourcen erkennen“ und „sozial-ökologische und ökonomische Ressourcen berücksichtigen“ um über „bio-psycho-soziale Kompetenzen“ zu einer „leiborientierten Beratung“ zu gelangen, vornehmen. (vgl. Bachmann 2002a: 58; Koch-Straube 2001: 117)

Es kann zwar betont werden, dass durch diese Auseinandersetzung um einen ganzheitlichen Ansatz in der Pflege die zentrale Bedeutung der Fürsorge, Beratung, Begleitung und Unterstützung des Patienten in seiner Auseinandersetzung mit der durch die Krankheit entstehenden psychischen Problemen und Konflikten sichtbar wird. Dennoch muss bezweifelt werden, dass es nur durch die Aneinanderreihung der verschiedenen Aspekte „bio“, „psycho“ und „sozial“ und ohne deren interdependenten Verknüpfung erreicht werden kann, zumal der Ganzheitlichkeitsanspruch²⁶ sehr ambivalent zu betrachten ist. (vgl. Stemmer 2000: 153)

²⁶ Stemmer kritisiert den Begriff der ganzheitlichen Pflege und spricht sich für die Verwendung von Begriffen, wie „umfassende Pflege“ aus. (vgl. Stemmer 2000)

Stemmer sieht ihre Kritik dadurch untermauert, indem sie sich auf Luhmann und dessen Ausführungen zu Beobachtung bezieht. Der Ganzheitlichkeitsanspruch kann nie erfüllt werden, setzt er doch voraus, dass das Ganze und seine Teile zur gleichen Zeit beobachtet werden können. Stemmer führt den von Luhmann eingeführten Begriff der **Leitdifferenz** heran und betont, dass Pflegende, welche die Leitdifferenz „Ganzes/Teile“ wählen, eben nur das eine oder das andere zu beobachten in der Lage sind. Die Problematik kann auch nicht dadurch überwunden werden, in dem man nacheinander unterschiedliche Positionen einnimmt. Auf die Beratungssituation übertragen kann das nur bedeuten, dass Berater und Betroffener gleichermaßen nie die Situation in ihrer Gesamtheit erfassen können. Dieser Umstand betont, wie bedeutend der Austausch zwischen den Akteuren für die Findung einer Lösung sein kann, vorausgesetzt, dass es überhaupt eine Lösung gibt.

5.6.2 Relevanz für die Beratungspraxis

Nach einer etwas abstrakt geführten Diskussion um Chancen und Grenzen der Beratung von Patienten und den zu Grunde liegenden Beratungs- bzw. besser gesagt Schulungskonzepten wird nun versucht, eine Konkretisierung auf die Beratungspraxis vorzunehmen. Zur besseren Veranschaulichung dient ein bildlicher Vergleich von Beratung mit einer Fahrt auf dem Tandem²⁷. Dadurch werden die Interdependenzen zwischen den einzelnen Inhalten von Konzepten zum Ausdruck gebracht.



Abbildung 8 Beratung als Fahrt auf dem Tandem (modifiziert nach Huber 2002: 68)

Das Beratungskonzept kann in diesem Zusammenhang als Straßenkarte, die als Hilfestellung zur Bestimmung von Weg und Ziel dient, betrachtet werden. Der Betroffene übernimmt das Steuer und kann über das Ziel, welches er erreichen will, entscheiden. Es steht ihm frei, ob er Unterstützung benötigt, um sich im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe eine Lösungsstrategie für seine Probleme entwickeln zu können oder ob es nur „eine kurze Fahrt“ geben wird, da ihm Informationen über seine Erkrankung ausreichen. Es kann auch sein, dass ein Gespräch, das dem Patienten ermöglicht sich einfach auszusprechen, ausreicht. Entsprechend den Zielen des Pa-

²⁷ Wohlwissend der Gefahr, dass der Versuch der graphischen Darstellung der Ergebnisse einer verkürzten Sicht der Dinge unterliegt, kann es nur um Anregungen für die Beratungspraxis, ausschließlich bezogen auf die Perspektive des Betroffenen, gehen. Es darf nicht als Modell oder als Konzept missverstanden werden. Dazu ist das Beratungsgeschehen einer zu hohen Komplexität ausgesetzt, als dass es in ein Bild gefasst werden könnte.

tienten wird der Berater seine Aktivitäten darauf abstimmen, in dem er die entsprechende Karte, die ableitbaren Methoden, etc. wählt.

In einem Austauschprozess zwischen Berater und zu Beratendem wird vor Beginn des Beratungsprozesses ein Assessment durchgeführt, damit der Berater in Erfahrung bringen kann, welche Erwartungen und Voraussetzungen der Patient mitbringt und in welchem Zustand er sich befindet. Formalisierte Fragebögen und Checklisten, wie auf Seite 25 als Assessmentinstrumente vorgestellt, sollten mit Vorsicht eingesetzt werden. Sie können zwar eine Hilfestellung geben, dadurch läuft man jedoch Gefahr den Beratungsprozess zu sehr einzuengen. (siehe **Anlage 4: Anamnesebogen Inkontinenz Bethanienkrankenhaus Heidelberg**)

Eine ergänzende Form sind individuell zusammenstellbare Checklisten, wie sie als Beispiel auf Internetseiten einer Selbsthilfegruppe angeboten werden. Dort hat man sich zum Auftrag gemacht, Patienten, die vor einer Schulung bzw. einer Beratung stehen, Hilfestellung zu geben. Neben einem umfangreichen Informationspool zu unterschiedlichen Schulungs- und Beratungsangeboten erhält man die Möglichkeit, aus einem Angebot an Fragen individuelle Fragenkataloge zusammenzustellen. Es finden sich zusätzlich Anregungen zur Formulierung von Fragen, die Patienten helfen, ihre eigenen Bedürfnisse und Erwartungen zu definieren. (weitere Informationen unter <http://www.patients-online.com>)

Entsprechend der Vorkenntnisse des Patienten werden **Methoden** (Gangschaltung wird entsprechend eingestellt) vom Berater gewählt.

Die eigentliche **Beratungskompetenz**, bestehend aus den interaktionistischen Grundqualifikationen Empathiefähigkeiten, Rollendistanz und Ambiguitätstoleranz, wird durch den Fahrradrahmen symbolisiert. Wie der Rahmen selbst stellen diese drei Kernkompetenzen das tragende Moment, das alles zusammenhält und in Beziehung setzt, dar. Vorderrad (= Kenntnisse über **Beratung**, Anleitung und Vermittlung) und Hinterrad (= **Pflegefachwissen**) beinhalten das nötige Fachwissen zur Beratung. Das **Selbstverständnis** des Beraters (Fahrradkette, die alles miteinander verzahnt und in Bewegung setzt) beeinflusst alle anderen Kompetenzen. Der Klient, der beraten wird, sitzt demnach vorne und entscheidet, wohin die Reise führt.

Der bildliche Vergleich von Beratung mit der Fahrt auf einem Tandem verdeutlicht den dynamischen prozesshaften Charakter von Beratung. In diesem Sinne kann von einem Aushandlungsprozess gesprochen werden, der beide Seiten, Pflegende wie Patient, gleichberechtigt zu Wort kommen lässt. Zum einen gibt der Klient vor in wel-

che Richtung es gehen soll, zum anderen kann der Berater je nach Vorkenntnissen des Klienten und dessen Konstitution das Tempo beschleunigen oder drosseln. Zudem wird deutlich, wie alles miteinander interdependent verbunden ist. Es ist notwendig, dass sich der Berater mit dem Patienten über Weg und Ziel der Fahrt abstimmt. Auch der äußere Rahmen, wie die Beschaffenheit der Straße oder Wetterverhältnisse (ökonomische Rahmenbedingungen), bestimmt neben der angepassten Bedienung der Gangschaltung das Vorankommen der Fahrradfahrer.

Angeregt durch die vorgestellten Ergebnisse aus der Untersuchung der drei Beratungsangeboten und den daraus resultierenden Kriterien für eine die Perspektive des Betroffenen berücksichtigende Beratungspraxis in der Pflege wird ein Fragenkatalog²⁸ vorgestellt. Er umfasst Fragen, welche sich Patienten während und nach der Wahrnehmung eines Beratungsangebotes stellen können, damit sie für sich herausfinden können, in welchem Ausmaß ihre persönliche Sichtweise, ihre Wünsche und Bedürfnisse durch den Berater mit in den Beratungsprozess mit eingebunden werden bzw. wurden. Die Fragen dürfen jedoch nicht im Sinne eines Tests aufgefasst werden, sondern vielmehr als Anregung für den Patienten selbst, sich im Beratungsgeschehen zu engagieren und sich und die eigene Sichtweise einzubringen, damit er mehr Gehör findet.

²⁸ Im Rahmen dieser Diplomarbeit war nur möglich, diese Checkliste auf Grund der Literaturrecherche und der gefundenen Ergebnisse zu erstellen. Empirische Befunde müssen nachgereicht werden. Deshalb kann sie nur als vorläufig gelten und kann auch nur als Anregung für Patienten gedacht sein, sich kritisch mit Beratungsangeboten auseinander zusetzen und sich zu fragen, ob die eigene Perspektive berücksichtigt wird oder der Ablauf der Beratung durch den Beratungsexperten bestimmt wird. Ergänzend dazu wäre auch notwendig vor einem Einsatz dieses Instrument durch Befragungen von Betroffenen selbst zu überprüfen.

5.6.3 Checkliste Patientenperspektive

In welchem Ausmaß wird meine Perspektive als Patient
in das Beratungsgeschehen mit einbezogen?

1. Ziele

- Wurde ich am Anfang danach gefragt, was ich in der Beratung erreichen möchte?

2. Inhalte

- Wurde ich zu Beginn gefragt, was ich in der Beratung besprechen will?
- Wurde danach gefragt, wie ich mit meiner Erkrankung bzw. Einschränkung zurecht komme bzw. welche Gefühle ich habe oder blieb die Beratung nur auf die Bearbeitung von medizinischem Fachwissen beschränkt?

3. Ablauf des Beratungsgesprächs

- Wurde ich zu Beginn der Beratung nach meinem Befinden gefragt?
- Wurde danach gefragt, wie ich meine Erkrankung erlebe?
- Wird die Beratung durchgezogen oder erhalte ich die Möglichkeit, über den Ablauf der Beratung nachzudenken?

4. Verhalten des Beraters

- Versucht der Berater sich in meine Situation zu versetzen?
- Fühle ich mich als Patient angenommen und spüre Vertrauen in den Berater?
- Stimmt sein Verhalten und das was er sagt mit dem wie er es sagt annähernd überein?

Die Fragen sollten nicht nur mit ja oder nein beantwortet werden sondern vielmehr für Sie als Anregung zum Nachdenken betrachtet werden.

6 Resümee

Nach einer Diskussion der Ergebnisse anhand einschlägiger Literatur und einem Blick auf die praktische Relevanz der Ergebnisse schließt sich die Darstellung von einzelnen Aspekten in einem übergeordneten Zusammenhang an. Durch das Aufzeigen eines Spannungsfeldes, in dem sich Patienten und Berater befinden und einer Auseinandersetzung um die Wichtigkeit und Problematik der interdisziplinären Zusammenarbeit, ergibt sich die Möglichkeit einer realistischen Einschätzung der momentanen Beratungspraxis, was zulässt, einen Ausblick in die Zukunft der Pflegeberatung zu wagen.

Patienten und Pflegende, die sich als zu Beratende und BeraterInnen im Beratungsgeschehen wiederfinden, können in ein Spannungsfeld geraten. Das lässt sich unschwer an den schon beschriebenen unterschiedlichen Rollenzuschreibungen und den Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen ableiten. Besonders Pflegende befinden sich in einem Dilemma, denn einerseits müssen sie den ökonomischen Anforderungen gerecht werden, unter Zeitdruck arbeiten und flexibel auf neueste Erkenntnisse aus Medizin und Pflegewissenschaft reagieren können. Andererseits setzen sie sich in ihrer Arbeitszeit dafür ein, kranken und älteren Menschen gerecht zu werden und besonders im Beratungsgeschehen auf sie einzugehen.

Wie schon erwähnt, wird mit der Einführung der DRG's implizit eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten verbunden. In Folge dessen hätten Pflegende weniger Zeit für die Beratung von Patienten. Anscheinend wird dabei vergessen, dass die durchschnittliche Verweildauer einen rein statistischen Wert aufweist (siehe Fußnote 16 S. 82), denn weiterhin werden pflegebedürftige Patienten über mehrere Wochen hinweg im Krankenhaus behandelt. Demzufolge werden zukünftig Patienten aus zweierlei Hinsicht Beratung in Anspruch nehmen. Einerseits die Patienten, die früher entlassen werden, und deshalb kompetente Unterstützung benötigen, um sich auf ein Leben in der gewohnten Umgebung zu Hause rechtzeitig einstellen zu können. Andererseits benötigen Patienten die lange im Krankenhaus liegen Beratung, damit sie sich mit ihren Ängsten, z. B. ausgelöst durch eine schwere Apoplexie oder eine Tumorerkrankung, auseinandersetzen können. Bezieht man die Bedürfnisse der Patienten, die Interessen der Ärzte und die Forderungen der Verwaltung in die Überlegungen mit ein, wird deutlich welche unterschiedlichen Erwartungen an Pflegende

gestellt werden. Weidner unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen drei Ebenen eines täglichen Dilemmas in denen sich Pflegende täglich wiederfinden:

1. Das Abwägen von Patientenbedürfnissen gegeneinander
2. das Abwägen von Patientenbedürfnissen und Organisationserfordernissen gegeneinander und
3. das Abwägen von eigenen und fremden Bedürfnissen und Erfordernissen gegeneinander (vgl. Weidner 1995: 237).

Man kann sogar von „Interaktionsstress“ sprechen, dem Pflegende ausgesetzt sind, da sie auf Patienten eingehen müssen, die in die ihnen oft fremde Welt des Krankenhauses eintauchen und unsicher werden, weil sie nicht wissen wie sie mit der Krankheit zurecht kommen. Damit Patienten ihre seelische und soziale Situation bewältigen können bedürfen sie der Unterstützung in Form von Informationen, zum Zwecke der „**Situationsdeutung**“, „**emotionaler Zuwendung** und persönlichem Verständnis“, und „**sozialer Anerkennung**“, zur Steigerung des Selbstwertgefühls und zur Entwicklung von Selbstvertrauen (vgl. Badura/Feuerstein 1991: 41).

Die Pflege von Menschen darf deshalb nicht nur an der Krankheit orientiert sein und sich am klassischen Menschenbild des medizinischen Modells anlehnen. Menschen dürfen nicht nur als Träger von Organen, die bei einem Defekt einer Reparatur bedürfen, betrachtet werden. Die Aufgaben der Pflegenden sind besonders im psychosozialen Bereich angelegt. Pflegekräfte müssen Patienten zwar in ihrer **Krankheit** unterstützen, aber nicht das Auftragen einer schmerzlindernden Salbe, das Verabreichen einer blutdrucksenkenden Tablette oder das Verbinden einer Wunde ist allein entscheidend, sondern die Begleitung und Unterstützung der Patienten durch die Pflegekräfte - die Orientierung am **Kranksein** des Patienten. Patienten wollen „von mitfühlenden, sensiblen, kompetenten Menschen gepflegt werden“. Pflegende müssen sich der Ambivalenz zwischen dem Anspruch einer Transparenz der erbrachten Leistungen im Sinne einer Kosten- und Leistungserstellung und dem Anspruch einer emotionalen Auseinandersetzung mit dem Patienten und seinem Krankheitserleben, die sich nur schwer in Euro und Cent umrechnen lässt, stellen. Ansonsten laufen sie Gefahr ihre Authentizität zu verlieren.

Es muss eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen, damit sich Patienten geborgen fühlen, Hoffnung haben können und motiviert sind, am Genesungsprozess teil zu nehmen. Im Grunde genommen stecken Pflegende, die Patienten professionell beraten wollen in einem sich daraus resultierenden Dilemma. Wollen sie im Beratungsge-

sprach nicht nur krankheitsbezogene Probleme ansprechen, also nicht nur an der Oberfläche bleiben, sondern sich gemeinsam mit dem Patienten auf die Suche nach dem Verborgenen begeben, um eine krankseinsbezogene Auseinandersetzung zu unterstützen käme das einer notwendigen Emanzipation von der Medizin verbunden mit einer Auflösung der bisherigen hierarchischen Strukturen im Gesundheitswesen gleich (vgl. Weidner 1995: 321; Koch-Straube 2001: 181). Auch sind diesem tieferen Verstehen des Patienten und seiner Empfindungen im Umgang mit seiner Erkrankung Grenzen gesetzt, was schon alleine darin begründet ist, dass trotz Empathie „wegen der letztlichen Undurchsichtigkeit jedes Anderen ein Gegenüber nur ansatzweise“ erfasst werden kann (Stemmer 2001: 274). Zumal viele Patienten sich selbst nicht verstehen und es ihnen schwer fällt, in Worte zu fassen, was in ihnen vorgeht.

Welche Möglichkeiten bestehen für Berater und Patienten, damit sie sich in diesem Spannungsfeld zurecht finden, den unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden und mit Grenzen umgehen können?

Insbesondere unter der Prämisse, dass nach derzeitigem Erkenntnisstand und in Anlehnung an die Untersuchung der Konzepte eine flächendeckende professionelle Beratung durch Pflegende, die sich an der Perspektive von Patienten mit Diabetes mellitus, Inkontinenz und der Anlage eines Stomas ausrichtet, bis auf weiteres eher ein Randphänomen bleiben wird: denn

- ▶ es fehlt an einer notwendigen Differenzierung zwischen wissensvermittelnden Schulungsangeboten und einer psychosozialen, an Patienten ausgerichteten Beratung,
- ▶ noch immer finden weitgehende auf Verhaltensveränderung ausgerichtete Zieldefinitionen statt,
- ▶ überwiegend sind Inhalte durch medizinisches Fachwissen geprägt,
- ▶ im Rahmen von Assessment, Ablauf und Evaluation des Beratungsgeschehens haben Patienten zu geringe Einflussmöglichkeiten und
- ▶ den Pflegenden fehlen noch weitgehend die dafür erforderlichen Kompetenzen.

Diesbezüglich ist anzustreben, dass notwendige Veränderungen eingeleitet werden, doch es erweckt sich der Eindruck, dass Pflegende eher gestern als morgen auf eine

Reise gehen wollen, denn sie streiten sich schon über mögliche Ziele der Reise, ohne sich darüber Gedanken zu machen, dass dafür ein Auto (Interdisziplinäres Beratungsteam, Beratungskonzepte) und vor allem ein Führerschein (Beratungskompetenzen) notwendig sind, was sie jetzt noch nicht in entsprechender Anzahl vorweisen können.

Eine von allen an der Beratung von Patienten beteiligten Berufsgruppen oft genannte Möglichkeit wird in einer interdisziplinären Zusammenarbeit gesehen. Aber leider werden zur Überprüfung der Qualität lediglich berufsgruppenspezifische Standards definiert und zur Legitimation der eigenen Beratungstätigkeit gegenüber derer anderer Berufsgruppen herangezogen. Es werden Studien dazu benutzt, die Qualität der Beratungsleistungen der eigenen Berufsgruppe gegenüber anderen hervorzuheben, wie in der Studie zur **Lebensqualität und Therapiekompetenz in Intensivierter Insulintherapie nach Strukturierter Schulung** (kurz LETKISS) geschehen. (siehe **Anlage 5**). Eine tragfähige Zusammenarbeit im Therapeutischen Team wird dadurch unnötig erschwert und zusätzlich bleibt der Patient, um den sich alles dreht, oft außen vor.

Doch nicht die Abgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen muss angestrebt werden, sondern, dass solche Studien Antworten auf Fragen finden, wie „Welche Emotionen können bei Betroffenen im Beratungsgeschehen ausgelöst werden?“, „Welche Ziele, Inhalte und Methoden vermissen sie in derzeitigen Angeboten? und welche Erwartungen haben sie an den, der sie berät?“, egal ob es nun eine Krankenschwester, ein Arzt oder ein Sozialarbeiter ist.

Des Weiteren ist eine systemische Betrachtungsweise notwendig, um dem Patienten überhaupt gerecht werden zu können. Nicht nur der Patient sondern auch sein soziales Umfeld ist mit einzubeziehen. Ohne berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ist ein solcher Problemlösungsprozess nicht denkbar. Komplexe Problemlagen können nun einmal nicht mit einfachen Lösungsstrategien angegangen werden. Deshalb ist auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit²⁹ im Therapeutischen Team des Gesundheitswesens unerlässlich. (vgl. Bachmann 2002: 60; vgl. Schmerfeld 2002: 25)

²⁹ Ziel kann jedoch nicht sein, im Dissens auftretende Differenzen zu einem Konsens überzuführen, sondern die Interaktion, die gelebte Begegnung, zwischen den Berufsgruppen als bestimmendes Element herauszustellen, um mit der Ambivalenz zwischen unüberbrückbaren Dissensen und (nicht) erstrebenswerten Konsensen umgehen zu können. (vgl. Schmerfeld 2001: 53; in: Brandenburg u. Schwendemann: Kommunikation, Kooperation, Konflikt)

In diesem Zusammenhang ist von der Rolle der Pflegenden als Lotsen die Rede. Wie schon eingangs erwähnt sprechen dafür neben der Nähe zum Patienten auch die gewöhnlich lange Dauer der Pflege (siehe **aktuelle Diskussion**: Seite 5). Diese Prädikatoren für Pflegenden als Berater können jedoch schnell in Schwierigkeiten umschlagen und Grenzen der Beratung aufzeigen, was durch das weit verbreitete Bild des Krankenhauses, als ein von Ängsten und Hoffnungslosigkeit geprägter Ort und dem Bild einer auf die reine Körperpflege und die Sorge um Ausscheidungen beschränkten Pflege zum Ausdruck kommt (vgl. Koch-Straube 2000: 3). Vielleicht erklärt sich deshalb die oft vorfindbare Trennung zwischen einer einerseits körper- und krankheitsorientierten Pflege und einer andererseits psychosozialen Begleitung des Patienten.

Gelingt es doch Pflegenden beides miteinander zu verknüpfen, kann das nicht an der pflegeberuflichen Qualifikation der Berater liegen, denn sie lässt schmerzliche Ziele, wie die Gewährleistung einer Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment geschweige denn Beraterkompetenzen, wie eine diagnostische Kompetenz oder Empathiefähigkeit vermissen. Viel mehr sind es persönliche Präferenzen und Qualifikationen über Bezugsdisziplinen, wie Psychologie oder Soziale Arbeit, die zur Beratungstätigkeit befähigen. (vgl. Knelange/Schieron 2000: 6; vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 49). Das wird problematisch gesehen, da diese aus dem persönlichen Hintergrund der Pflegenden gespeisten kommunikativen Kompetenzen jeder systematischen Grundlage entbehren (vgl. Weidner 1995: 321).

Eventuell ist durch die Trennung in Soma und Psyche zu erklären, dass professionelle und erfahrene Berater sich trotz ihrer beruflichen Herkunft selten als Pflegenden fühlen, und sie selbst werden auch kaum von der Basis als Pflegenden gesehen, was schlimmstenfalls zu Entfremdungsphänomenen von der Basis führen kann.

Wahrscheinlich wird von Patienten selbst eine derartige Trennung vollzogen. Würden sie gefragt, ob sie von einer Krankenschwester, die ihnen ansonsten morgens aus dem Bett „holt“ und ihnen bei der Körperpflege hilft, auch noch beraten werden wollen, was wären wohl die Antworten? Es ist anzunehmen, dass es den Patienten schwer fällt, die von Station gewohnte Krankenschwester in der Rolle einer Beraterin anzuerkennen und deshalb können sie nur schwer eine notwendige Grenze zwischen dem intimen und oft unangenehmen Kontakt im Rahmen der Körperpflege und der aufbauenden Beziehung im Rahmen des Beratungsgesprächs ziehen.

Nichtsdestotrotz übernehmen Pflegende die Aufgabe, dem Patient zu helfen, damit er sich in einer Vielzahl von Informationsbroschüren und Ratgebern, zum Teil mit kommerziellem Hintergrund, zurecht findet (vgl. Zegelin-Abt 2000: 58). Zudem werden sie für die Rolle der Organisation und Koordination von Beratungsangeboten favorisiert. In dieser Kooperation mit anderen Berufsgruppen beansprucht die Pflege selbst für sich die Aufgabe einer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen. In Anlehnung an Gruhl, Kranich und Ruprecht bin ich der Überzeugung, dass man eher von Navigation statt von Lotsenfunktion sprechen sollte. Denn der *Lotse* ist derjenige, „der die Schiffe in den Hafen lenkt, wenn die Aufgabe den Kapitän überfordert. *Navigation* dagegen ist nur der Hinweis auf den richtigen Weg, gehen muß man ihn jedoch selber! Das Instrument der Navigation ist also eher der *Kompaß* oder der *Wegweiser* (Gruhl, Kranich, Ruprecht 2000: 11).“ Diese Aufgabe des Wegweisers für den Patienten setzt natürlich voraus, dass in einem kontinuierlichen Deutungs- und Verstehensprozess erkennbar wird, zu welchem Zeitpunkt die Situation bzw. das Beratungsbedürfnis des Patienten die Qualifikation des Beraters überfordert. Das Erkennen der eigenen Grenzen macht es notwendig den Patienten an Spezialisten, wie der Sozialen Arbeit, der Psychologie oder der Medizin, weiterzuvermitteln. (vgl. Zegelin-Abt/Huneke 1999: 12; vgl. Schmelzer 2000: 211)

Das Beratungsthema wird als Entscheidungskriterium dafür genannt, ob Pflegende eine Beratung weiterführen können oder an ihre Grenzen stoßen. Verschiebt sich der Fokus der Beratung zum Beispiel auf die Folgen sozialer Benachteiligung ist die Sozialarbeit gefragt. (vgl. Koch-Straube 2001: 85)

In der Kooperation mit anderen Berufsgruppen darf jedoch nicht nur Fachkompetenz sondern es muss auch die persönliche Beratungskompetenz kritisch überprüft und eingeschätzt werden, um entscheiden zu können, zu welchem Zeitpunkt bzw. in welcher Situation die Weitervermittlung an einen anderen Berater angebracht oder sogar unerlässlich erscheint.

Schlussfolgernd daraus bestünde für die Profession der Pflegenden eine Möglichkeit darin, sich einzugestehen, dass ihr für eine kompetente Pflegeberatung derzeit noch die notwendigen Qualifikationen fehlen und die Übernahme einer Funktion als „gatekeeper“ in der Beratung von Patienten angebracht wäre. Pflegende bleiben dadurch in ihren Möglichkeiten, beschränken sich auf Beratungsangebote bezogen auf konkrete Probleme im Umgang mit der Krankheit und erkennen, wann sie an ihre Gren-

zen stoßen und dadurch den Patienten nicht mehr gerecht werden können. Schließlich erwarten laut einer empirischen Studie Patienten von Pflegenden nicht mit ihnen über Sorgen und Probleme im Umgang mit der Krankheit zu sprechen. Vielmehr äußerten sich die Patienten in den Interviews so, dass ihnen eine „normale Kommunikation“ und „zugewandte Umgangsformen“ ausreichen würde (Darmann 2000: 223).

Pflegenden kommt dann die wichtige Funktion eines Weichenstellers zu, der bei Bedarf Spezialisten, wie Psychologen, Sozialarbeiter bzw. andere Experten einschalten kann, wenn ersichtlich wird dass Probleme im Krankseinserleben offenbar werden, denen die beratende Pflegekraft sich nicht gewachsen fühlt. Entscheidend wird zukünftig sein, ob sich Pflegende auf die Funktion eines Navigators einlassen können und auf Grund ihrer dann weiterentwickelten Beraterqualifikationen eigenverantwortlich ohne Rücksprache etwa mit dem behandelnden Arzt Entscheidungen mit dem Patienten treffen können.

Entsprechenden Ausbildungs- und Fortbildungsangebote, wie zum Beispiel eine Unterrichtsplanung für das Thema „Gesundheitsvorsorge bei einem Menschen mit Diabetes mellitus“ oder die schon erwähnten Fortbildungsangebote von Taubert und Darmann könnten Pflegenden helfen, sich spezielle Kompetenzen für eine patientenorientierte Beratung und Begleitung anzueignen. In 10 Unterrichtsstunden erhalten SchülerInnen in ihrer Ausbildung neben notwendigem Wissen über Diabetes über exemplarische Fallbeispiele bzw. durch Gespräche mit erkrankten Menschen die Möglichkeit, zu erfahren, was es bedeutet an Diabetes zu leiden und wie sie die Betreuung durch Ärzte und Pflegende bewerten. Im weiteren Verlauf werden Formen der Schulung und Beratung in konkreten Situationen durch Rollenspiele erfahrbar (vgl. Kollak und Senftleben 1998: 7)

Mittlerweile wird auch im Rahmen von Weiterbildungsangeboten versucht, sich in die Situation von Patienten zu versetzen, um anhand von exemplarischen Patientenschicksalen nachvollziehen zu können, welche Emotionen bei Patienten ausgelöst werden. (siehe **Anlage 3 Kontinenzweiterbildung Bethanienkrankehaus Heidelberg**)

Vielleicht wird dann möglich, dass Pflegende im Therapeutischen Team als gleichberechtigte Partner anerkannt werden und Patienten in der Krankenschwester eine Beraterin sehen, der man eigene Sorgen anvertrauen kann. Wichtig wird auch sein, ob

andere Berufsgruppen den Pflegekräften diese Aufgabe ohne weiteres zuerkennen und sie nicht mehr als „Heilhilfsberufene“ bzw. Assistenzkräfte der Ärzte gesehen werden. Dazu muss erst die „ambivalente Struktur einer zentralen Position einerseits und einer marginalen Einflußgröße andererseits“ aufgelöst werden, denn noch immer haben Pflegende trotz ihres ständigen Kontakts mit den Patienten nur geringe Möglichkeiten, auf Entscheidungsprozesse einzuwirken (Weidner 1995: 321).

All diese Überlegungen haben ein Ziel vor Augen: Den Patienten die Unterstützung und Begleitung zukommen zu lassen, die er benötigt und die er sich wünscht, damit er zu einer Lösung seiner Probleme gelangt. Aber kann es für jedes Problem eine passende Lösung geben? Verbirgt sich hinter dieser verzweifelten Suche nicht selten ein wenig erfolgversprechendes Unterfangen, um der Ungewissheit des Krankheitsverlaufes zu entgehen? Vielleicht liegt für die Zukunft einer patientenorientierten Beratung gerade darin eine Chance, Patienten zu begleiten und zu unterstützen, damit sie die Erkenntnis gewinnen können, die eigentliche Problemlösung liege darin, dass für ihre Problemstellung keine Lösungen existieren. Die verzweifelte Suche nach einer Lösung hätte ein Ende und der Patient hätte die Chance mit seiner Erkrankung leben zu können. (vgl. Schmerfeld 2003 a)

Um einem vorherrschenden und immer problematischer werdenden Eindeutigkeitszwang in der realen Welt zu entfliehen schlägt Keupp deshalb eine dem Möglichkeitssinn entspringende <<positive Unsicherheit>> vor. Darunter versteht er eine neue Entscheidungsstrategie, die es Patienten ermöglicht mit einer immer komplexer werdenden Welt umzugehen und die ihn Unsicherheit und Inkonsistenz akzeptieren lässt. (vgl. Keupp: 2000: 71; in Nestmann u. Engel)

Ziel der Bestrebungen darf auch nicht die Suche nach einer universellen Beratungskonzeption für Patienten- bzw. Pflegeberatung sein. Vielmehr ist ein multimethodisches Vorgehen angebracht, um den vielfältigen Beratungsaufgaben in der Pflege gerecht werden zu können. Dieser Methodenmix angewendet auf der Grundlage eines Beratungsansatzes, der „die Begegnung mit akut kranken, chronisch kranken oder behinderten Menschen“ zum Ausgangspunkt hat, ermöglicht, dass auf die sehr individuellen Problemlagen der Patienten flexibel reagiert werden kann (Koch-

Straube 2001: 109).³⁰ Optimistisch betrachtet eröffnen sich für Pflegenden vielfältige Chancen, wenn es neben der notwendigen Neuausrichtung der Pflegeausbildung hin zu Prävention, Beratung und Begleitung von Patienten gelingt, Beratungskonzepte aus der Psychologie und der Sozialen Arbeit für die Pflege fruchtbar zu machen, damit Beratung in der Pflege auf eine fundierte Grundlage gestellt werden kann (vgl. Koch-Straube 2001: 99 f.).

Durch die Entwicklung von sozialen Kompetenzen über den Weg der Selbsterfahrung und der Selbstreflexion, wie Taubert und Darmann vorschlagen, wird Patientenorientierung hoffentlich ein bestimmendes Element der professionellen Pflege. (vgl. Taubert 1992; vgl. Darmann 2000)

Die in dieser Diplomarbeit geübte Kritik an der momentanen Situation der von Pflegenden durchgeführten Beratung oder besser gesagt Schulung von Patienten darf deshalb nicht als zwischen die Professionalisierungsbestrebungen der Pflegenden getriebener Keil missverstanden werden. Sie sollte vielmehr als Herausforderung denn Entmutigung aufgefasst werden und als konstruktiver Denkanstoß einer Weiterarbeit und Weiterentwicklung dieses zentralen Aufgabenfeldes dienen. Wir Pflegende dürfen uns nicht auf den bisherigen Erfolgen ausruhen, sondern müssen Beratungsangebote so aktualisieren, dass sie an dem **mit** ausgerichtet sind, was meiner Ansicht nach wirklich zählt:

An der Perspektive des kranken und pflegebedürftigen
bzw. durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit gefährdeten Menschen,
der Beratung in Anspruch nimmt.

Werden sich Pflegende und Patienten dem Spannungsfeld bewusst, in dem sie sich unweigerlich befinden und erkennen sie die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit, sind das wichtige Mosaiksteine einer Patientenorientierung. Aber es können nur Mosaiksteine sein, wie Beratung von Patienten selbst. Um die einzel-

³⁰ Derzeit wird im Rahmen eines Forschungsprojekts unter der Leitung von D. Schaeffer eine Untersuchung von 60 Modellvorhaben zu Beratung von Patienten durchgeführt. Man darf gespannt sein, welche Ergebnisse diese Studie zur Qualität bezüglich der Bedarfsanalyse und dem Einsatz der Medien in Beratungsangeboten aussagt. (weitere Informationen unter <http://www.g-k-v.com/patientenberatung.html>)

nen Mosaiksteine zu einem Mosaik entstehen lassen zu können bedarf es eine Rückbesinnung auf eines der zentralen Elemente der Pflege, auf die oft angesprochene Gestaltung eines partnerschaftlichen Dialogs zwischen Patient und Pflegekraft. Dieses „Auf-den-Patienten-zugehen“ und mit ihm „In-Beziehung-treten“ mag trivial klingen. Schließlich wird das Ziel, Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Beteiligten, in Pflegewissenschaft und Gerontologie oft diskutiert und taucht in vielen Fachartikeln und Publikationen als Grundgedanke auf. Aber es kann nicht oft genug wiederholt werden.

Denn erst, wenn Pflegenden, besonders in Beratungssituationen, dazu über gehen nicht nur über die <<Beziehung zu Patienten>> zu reden, sondern sie auch zu leben, kann das entstehen, was Orlando als „lebendige Beziehung“ bezeichnet (Orlando 1996).

7 Literaturverzeichnis

- Abels, H., 2001, Interaktion, Identität, Präsentation – Ervin Goffman: Techniken der Präsentation, 2. überarb. Auflage, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden S. 142 – 185
- Ammende, M. (2001): Curriculumentwicklung in der Pflege. In: Grundfragen der Pflegepädagogik, Karl-Heinz Sahmel (Hrsg.), Stuttgart.
- Anderson, K. A.; Anderson, L. E. (1998): Springer Lexikon Pflege. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erweiterte Herausgabe von A. Franke. DGVT, Tübingen.
- Bachmann, A. (2002 a): Beratung gehört zum Pflegealltag. In: Caritas und Pflege, 54 (3), S. 57 – 60.
- Bachmann, A. (2002 b): Beratung in der Pflege – Patienten brauchen mehr als Handreichungen. In: Krankendienst, 75 (7), S. 210 – 215.
- Balint, M.; Balint, E. (o. J.): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. München
- Barthelmeß, M. (1999): Systemische Beratung, Weinheim.
- Bartholomeyczik, Sabine (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege, Teil II, In: Pflege Aktuell 57 (6), 344 – 347.
- Bauer, R. (1997): Beziehungspflege. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden.
- Biermann-Ratjen, E.-M.; Eckert, J.; Schwartz, H.-J. (1995): Gesprächspsychotherapie: Verändern und Verstehen. 7. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart.
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen.
- Böhm, W. (2000): Wörterbuch der Pädagogik, begründet von Wilhelm Hehlmann, 15. überarb. Aufl., Stuttgart.
- Bönsch, M. (2000): Patientenorientierung zwischen Kundenwerbung und konstruktiv-systemischer Menschenbehandlung, In: PRInternet 2 (1), Pflegemanagement, S. 19 – 26.
- Brandenburg, H. (2000): Pflege im Spannungsfeld zwischen fachlichen Anforderungen und begrenzten Budgets. In: PRInternet Pflegemanagement 2 (8-9), 197 – 211.
- Brandenburg, H.(2001a): Pflegewissenschaft und Pflegeforschung in Deutschland. In: PRInternet angewandte Pflegeforschung 3 (6), S. 14 – 28.
- Brandenburg, H.; Schwendemann, U. (Hrsg.) (2001b): Kommunikation Kooperation Konflikt. Förderkreis der Freiburger Pflegestudiengänge e. V., Gulde-Druck, Tübingen.
- Brandenburg, H. (2002a): Aufgaben- und Tätigkeitsfelder der professionellen Pflege älterer Menschen in der Zukunft. Vortrag gehalten am 14.03.2002, Fachtagung Altenhilfe, Landratsamt Offenburg.
- Brandenburg, H. (2002b): Autonomie im Alter: Eine ethische und praktische Herausforderung an die professionelle Pflege. In: Krankendienst 75 (12). S. 376 – 381.
- Büscher, A. (2001): WHO Ministerkonferenz zum Pflege- und Hebammenwesen in München. In: Hochschulforum Pflege 5 (1), S. 14 – 15.
- Cannobio, M. (1998): Praxishandbuch – Patientenschulung und Beratung. Dt. Ausgabe hrsg. von A. Zegelin-Abt. Ullstein-Medical, Wiesbaden.

- Darmann, I. (1998): Ein qualitativ-heuristischer Forschungsansatz – dargestellt am Beispiel der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Patienten in verschiedenen Pflegesituationen. S. 83 – 102. In: Forschungsansätze für das Berufsfeld Pflege, Wittneben K. (Hrsg.). Thieme, Stuttgart.
- Darmann, I. (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege: Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Kohlhammer, Stuttgart.
- Dorsch, F. (1998): Psychologisches Wörterbuch. Stuttgart.
- Elsbernd, A.; Schröck, R. (1998): Ethische Konflikte in der Pflege, 4. Folge: Macht und Hilflosigkeit – Zur Problematik der Patientenrolle -. In: Die Schwester/Der Pfleger 37 (5), S. 380 – 388.
- Entzian, Hildegard (1999): Altenpflege zeigt Profil, ein berufskundliches Lehrbuch, Weinheim.
- Farrelly, F.; Brandsma, J. M. (1986): Provokative Therapie. Dt. Übers. von E. Petzhold u. G. Schneider-Gramann. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Fawcett, J. (1988): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. überarb. Auflage. Huber-Verlag, Bern.
- Feuerstein, G.; Badura, B. (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.
- Gordon, T.; Edwards, W. S. (1997): Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. Hoffmann und Campe, Hamburg.
- Gruhl, M.; Kranich, C.; Ruprecht, T. (2000): Patient - Quo vadis? Patientenrechte in Deutschland und Europa. In: Qualität in der Gesundheitsversorgung, Ausgabe 1; URL <http://www.gqmg.de/Was/QG/QG-2000-1/1.pdf> 38k [Stand 06-04-2003].
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, Band 1 u. 2. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Habermas, J. (1983): Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Hegeholz, D. (2003): Grundlagen der Harninkontinenz. In: Heilberufe 55 (1), S. 52 - 55.
- Heinemann-Knoch, M. et al. (1999): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen. Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen; Ergebnisse von Fallstudien – Endbericht; Band 147.3 BMFSFJ, Verlag W. Kohlhammer.
- Hohm, H.-J. (2000): Soziale Systeme, Kommunikation, Mensch – eine Einführung in soziologische Systemtheorie. Juventa-Verlag, Weinheim.
- Huber, M. (2002): Patientenberatung und –edukation – welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt? In: PR-Internet – Pflegemanagement 4 (3), S. 65 – 72.
- Hulskers, H. (2001): Die Qualität der pflegerischen Beziehung. In: Pflege 14 (1), S. 39 – 45.
- Huneke, M.; Zegelin-Abt, A. (1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. In: PRInternet 1 (1), S. 11-18.
- Isfort, M.; Weidner, F. (2001) Pflegequalität und Pflegeleistungen, „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“
URL <http://www.dip-home.de/Projekte/Erfassungsinstrumente%20KKVD.pdf>
[Stand 01-03-2003].

- Käppeli, Silvia (1993): Pflegekonzepte – Gesundheits-, entwicklungs- und krankheitsbezogene Erfahrungen. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kelange, C.; Schieron, M. (2000): Beratung in der Pflege - als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? In: Pflege & Gesellschaft 5 (1), S. 4 – 11.
- Kellnhauser, E. et al. (Hrsg.)(2000): THIEMEs Pflege. entdecken - erleben - verstehen → professionell handeln. Begründet von L. Juchli, 9. völlig neu bearbeitete Auflage. Thieme Verlag, Stuttgart.
- Klemperer, D.(2000): Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Qualität in der Gesundheitsversorgung, Ausgabe 1; URL <http://www.gmqg.de/Was/QG/QG-2000-1/1.pdf> 38k [Stand 06-04-2003].
- Klug-Redman (1996): Patientenschulung und -beratung. Dt. Ausg. hrsg. von Jürgen Osterbrink. Ullstein-Mosby, Berlin, Wiesbaden.
- Koch-Straube, U. (2000): Beratung in der Pflege - eine Skizze. In: Pflege & Gesellschaft 5 (1), S. 1 – 3.
- Koch-Straube, U. (2001): Beratung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kollak, I.; Senftleben, B. (1998): Pflegedidaktik: Gesundheitsvorsorge bei einem Menschen mit Diabetes mellitus. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- Krappmann, L. (2000): Soziologische Dimensionen der Identität. Strukturelle Bedingungen für die Teilnahme an Interaktionsprozessen. 9. Auflage. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Krohwinkel, M. (Hrsg.)(1992): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis / Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung. Nomos, Baden-Baden.
- Kurtenbach, H.; Golombek, G.; Siebers, H. (1998): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege ; Kommentar mit einem ausführlichen Anhang einschließlich der Weiterbildungsregelungen der Länder . - 5. überarb. und erw. Aufl.. Kohlhammer, Stuttgart ; Berlin ; Köln.
- Lamparter-Lang, R. (Hrsg.) (1997): Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Huber-Verlag, Bern, Göttingen.
- Lorig, K. (1992): Patient education: A practical approach. Mosby, St. Louis.
- Lückert, W. (1998): Wie bewältigen Pflegende den Umgang mit sterbenden Patienten? In: Intensiv Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie (7), S. 159-164.
- Luhmann, N. (1996): Entscheidungen in der "Informationsgesellschaft". Berlin, URL:http://www.fen.ch/texte/gast_luhmann_informationsgesellschaft.htm [Stand 15-04-2003]
- Luhmann, N. (2000): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 4. Aufl., Lucius & Lucius, Stuttgart.
- Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D. (2000); Pleschberger, S.; Brinkhoff P.: Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege & Gesellschaft 5 (2), S. 42 – 52.
- Nestmann, F.; Engel, F. (2002): Die Zukunft der Beratung. Sudhaus Verlag, Tübingen.
- Nightingale, Florence (1969): Notes on Nursing. What it is and what it is not. Dover Publications, New York.
- Oelke, U. (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung – ein offenes, fächerintegriertes Curriculum für die theoretische Ausbildung. Basel

- Orlando, I. J. (1996): Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Aus dem Amerikanischen von Vreni van den Berg. Huber-Verlag, Bern.
- Peplau, H. (1995): Interpersonale Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten. Huber-Verlag, Bern.
- Pinkert, C.; Renneke, S; Rutenkröger, A.(1999): Schulung und Beratung als pflegerischer Auftrag. Pflege aktuell 55 (3), S. 159-161.
- Projektgruppe Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte, Fachhochschule Frankfurt am Main (Hrsg.) (1997): Die Kunst der patientenorientierten Pflege, Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Rankin, S. H.; Stallings, K. D. (2001): PATIENT EDUCATION - Principles & Practice. 4th Edition. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Referentenentwurf zur Novellierung des Krankenpflegegesetzes
<http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze/gesundheitsberufe/krankenpflege-gesetz/krpflg.htm>
[Stand: 15-04-2003]
- Reese-Schäfer, W. (2001): Jürgen Habermas, 3. Aufl., Campus Einführungen, Frankfurt am Main.
- Reis, C. (1997): Hilfevereinbarungen und lebenslagenorientierte Beratung. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. 28 (2), S. 87 – 113.
- Renneke, S. (2000): Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen, eine kommentierte Bibliographie deutschsprachiger Literatur für Pflegenden. Köln, Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Rogers, C. R. (1976): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, Übersetzung Nossbüscher E., Kinder Verlag, München.
- Rogers; C. R. (1977): Therapeut und Klient. Kindler Verlag, München.
- Rogers, C. R. (1997): Die nicht direktive Beratung. Frankfurt am Main.
- Rohde, J. J. (1962): Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Enke Verlag, Stuttgart.
- Ruprecht, T. (2000): Qualität quo vadis – Die Perspektive der Patienten. In: Newsletter GQMG. 7 (1), S. 9 – 14. URL: <http://www.gqmg.de/Was/QG/QG-2000-1/qg1-2000.htm> [Stand 22-02-2003].
- Schmelzer, D. (2000): Hilfe zur Selbsthilfe. Der Selbstmanagement-Ansatz als Rahmenkonzept für Beratung und Therapie. In: Beratung Aktuell (4), S. 201 - 222.
- Schmerfeld, J. (1996): Pädagogische Professionalität in der Pflege – Gedanken zur Hochschulausbildung von Pflegepädagogen. 2. Teil. In: Pflege 9 (2), S. 150 – 156.
- Schmerfeld, J. (1997): Professionelle Beziehungen im Gesundheitswesen. In: Pflegepädagogik 7 (5), S. 12 – 14.
- Schmerfeld, J. (1998): Pädagogik als Kontextgestaltung. In: KFH Fokus (10), S. 35 – 38.
- Schmerfeld, J. (2002): Interdisziplinarität. In: PRInternet, 4 (1), Pflegepädagogik, S. 20 – 28.
- Schmerfeld, J. (2003a): Vorlesungen im Seminar Pädagogische Psychologie, 7. Semester, Kath. Fachhochschule Freiburg, Studiengang Pflegepädagogik, eigene Mitschriften.
- Schmerfeld, J. (2003b): Minderwertigkeit und Autonomie. Vortrag: Frühjahrstagung der Sektion 'Psychoanalytische Pädagogik' der DGfE, 10./11.5.03 in Berlin
- Schröck, R.; Drerup, E. (2002): Der informierte Patient – Beraten, Bilden, Anleiten als pflegerisches Handlungsfeld. Lambertus, Freiburg.

- Schwerdt, R. (2002): Ethisch-moralische Kompetenzentwicklung als Indikator für Professionalisierung, Das Modellprojekt „Implementierung ethischen Denkens in den beruflichen Alltag Pflegender, Regensburg.
- Siebert, Horst (2000): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung – Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. 3. Aufl., Kriftel: Luchterhand, Neuwied.
- Stemmer, R. (2001): Grenzkonflikte in der Pflege: Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Taubert, J. (1992): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis: berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.
- Tymister; H. J. (Hrsg.) (1990): Individualpsychologische Beratung Grundlagen und Praxis. In: Beiträge zur Individualpsychologie Band 13, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel.
- Watzlawik, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D. (1974): Menschliche Kommunikation. 4. unveränd. Aufl. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen.
- Weakland, J. H.; Herr, J. J. (1988): Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen.
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung - Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse Verlag, Frankfurt.
- Wilke, H. (1996): Systemtheorie II: Interventionstheorie. 2. Aufl., Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Zegelin-Abt, A. (2000): Patientenedukation – Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen. Die Schwester / Der Pfleger. 39 (1), S. 56-59.
- Zegelin-Abt, A. (2003): Informationen zu Pflegeinformationszentren in Deutschland
<http://www.patientenedukation.de> [Stand 15-04-2003].
- Zeller, S. (1987): Das Beratungsgespräch in der sozialen Arbeit. Kleine Verlag, Bielefeld.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Der integrative Ansatz von Beratung (modifiziert n. Zegelin-Abt/Huneke 1999: 14)	19
Abbildung 2 Beratungsgespräch	20
Abbildung 3 questionnaire format for an interested party analysis (Lorig 1992: 4)	27
Abbildung 4 Structured Interview (Lorig 1992: 10)	28
Abbildung 5 Wie viele Menschen leiden an Harninkontinenz?	44
Abbildung 6 Konzepte im Vergleich	65
Abbildung 7 Stufen der Beratung (Koch-Straube 2001: 118)	80
Abbildung 8 Beratung als Fahrt auf dem Tandem (modifiziert nach Huber 2002: 68)	92

Internetadressen

Deutscher Diabetikerbund:

Zusammenschluss der Diabetiker-Selbsthilfegruppen in Deutschland

<http://www.diabetikerbund.de>

Deutsche Gesellschaft der Versicherten und Patienten e. V.

<http://www.dgvp.de>



DIAbetes Mit AND (Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Diabetologien)

und ist ein von Aventis ins Leben gerufene Projekt. Sie wollen ein erfolgreiches „Empowerment“ durch das patientenorientierte Trainingsprogramm und die kompetente Weiterbetreuung in der Hausarztpraxis. Es ist zu bezweifeln ob das Programm halten kann was es verspricht, denn es werden stimmungs-volle Wandposter für den Beginn der Schulung und die Verwendung einer Comic-Figur als innovativ angepriesen

http://www.pharma.aventis.de/patienten/patienten_diabetologie/diamand/index.html



Discern e. V: Qualitätskriterien für Patienteninformationen.

Discern ist eine Arbeitsgruppe vorwiegend bestehend aus Ärzten, aber auch unter Beteiligung von Pflegenden und Patientenvertretern. Der entwickelte Fragebogen dient der Verbesserung von Broschüren und Informationen für Patienten.

<http://www.discern.de> [Stand 08-05-2003]



InnovaCare

Das Unternehmen wurde von einem Arzt mit den eigens erklärten Zielen gegründet, mit Disease-Managementprogrammen die Lebensqualität bei chronisch Kranken zu verbessern, ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu minimieren und Behandlungskosten zu senken. Wahrscheinlich wird letzteres das hauptsächliche Ziel sein, da der Erfolg dieser Programme überwiegend damit

begründet wird. Beratungsangebote für Patienten existieren auch für Diabetes mellitus. Ob die zu 90 % als Online-Beratung bzw. Telefonberatung durchgeführten Gespräche so erfolgreich sind muss hinterfragt werden fehlen doch dadurch wesentliche die Interaktion bestimmende Elemente zwischen Patient und Berater

<http://www.innovacare.de>

Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.: Interessensvertretung der Stomatherapeuten und Inkontinenzberater. Neben einer eigenen Pflegefachzeitschrift und der Mitarbeit in Arbeitsgruppen wird für interessierte Pflegende in den Bildungszentren von Herne und Dornstadt zentrale Weiterbildungen für Stomapflege und Inkontinenz angeboten

<http://www.dvet.de> [Stand 20-04-2003]

Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e. V. (GIH), wurde 1987 als gemeinnütziger Verein mit der Zielsetzung gegründet, die "peinliche" Erkrankung Inkontinenz aus der Tabuzone zu holen, in das Licht der Öffentlichkeit zu bringen und so den Weg frei zu machen für eine verbesserte Diagnose und Behandlung.

Es muss darauf hingewiesen werden, dass vorwiegend Ärzte, Apotheker und Hersteller von Inkontinenzhilfsmitteln als Mitglieder eingetragen sind und deshalb die Zielsetzung den Betroffenen zu unterstützen durch ökonomische Interessen getragen wird.

<http://www.gih.de> [Stand 20-05-2003]



Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V.:

Zusammenschluss von Leistungserbringern im Gesundheitssystem die ihre Dienstleistung und deren Verbesserung an den Bedürfnissen der Patienten und anderen Kunden orientieren, deren Selbstbestimmungsrecht in allen Bereichen des Gesundheitswesens durch die hier Tätigen zu respektieren und zu fördern ist. Neben Vertretern aus Medizin und Pflege finden sich hier Verbraucherschützer und Patientenvertreter.

<http://www.gmqg.de> [Stand 03.05.2003]

Gesundheitspanel ist eine Initiative der Universität Witten-Herdecke mit dem Ziel Patienten zu Themen des Gesundheitswesens zu befragen.

<http://www.gesundheitspanel.de> [Stand 20.05.2003]



ILCO e. V.: Die ILCO gilt als gewichtige Interessensvertretung der Stomaträger in Deutschland, aber auch in vielen anderen Ländern.

<http://www.ilco.de/> [Stand 20-04-2003]

Informationsdienst des deutschen Diabetes-Forschungsinstituts in Düsseldorf (DDFI) mit Wissensquiz, Ernährungsfragen und umfangreichen Informationen zum Thema Diabetes mellitus. Zusätzlich gibt es ein Spiel zum Thema und es besteht die Möglichkeit an einer Online-Befragung mit sofortiger Auswertung der Ernährungsgewohnheiten teilzunehmen.

<http://www.info-server-diabetes.de>

Patienten- und Familienedukation in der Pflege e. V.:

Ziele sind neben der Etablierung von Patientenedukation in der Pflege und dem Aufbau von Netzwerken der beteiligten Berufsgruppen die Verbesserung der Situation von kurz-, mittel- und langfristig pflegebedürftigen Menschen mittels Information, Schulung und Beratung.

<http://www.patientenedukation.de> [Stand 10-03-2003]



Patientennavigation: Erste Ergebnisse eines Projekts der Verbraucherzentralen Hamburg und Schleswig-Hollstein vorgestellt von Bettina Berger

http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung04/ft04-berger_ref.htm

[Stand 10-05-2003]

<http://www.patientennavigation.de>

[Stand 10-05-2003]



Patients-online: Internetportal initiiert von Patienten als Selbsthilfeforum,

<http://www.patients-online.at> [Stand 15-03-2003]



Picker-Institute Europe: Informationen für Patienten und Patientinnen, Verbraucherschutz im Gesundheitswesen

<http://www.picker-europe.de/links/patienten.htm> [Stand 06-04-2003]

Sekis e. V.: Zentrale Selbsthilfe Kontakt und Informationsstelle. Zur Stärkung der Patienteninteressen werden Projekte zur Förderung des Dialogs zwischen Arzt und Patient, zur Verbesserung der Patienteninformation und zur Diskussion um die Patientenorientierung im Gesundheitswesen angeregt.

<http://www.sekis-berlin.de> [Stand 20-04-2003]



Uni Bielefeld „Qualitätsmessung von Beratungsangeboten“

Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld erforscht neue Formen der Verbraucher- und Patientenberatung. Bundesweit werden erstmals 30 unabhängige Einrichtungen der Patientenberatung mit mehr als 60 Beratungsangeboten vor Ort besucht. Das Wissenschaftler-Team will herausfinden, wie sich die Arbeit in den Bereichen "Bedarfsanalyse", "Beratung" und "Neue Medien" gestaltet. Doris Schaeffer, Professorin der Gesundheitswissenschaften in Bielefeld, betont das Besondere des Projekts: "Wir werden die Einrichtungen nicht nur begutachten und analysieren, sondern sie auch bei der Evaluation ihrer Aktivitäten aktiv begleiten."

<http://www.g-k-v.com/patientenberatung.html>

Uni Witten-Herdecke

<http://www.uni-wh.de>



Verband der Diabetesberater in Deutschland: Zusammenschluss von mittlerweile 1800 DiabetesberaterInnen

<http://www.vdbd.de>



Anlagen

- Anlage 1 Bewertungsraster Perspektive des Betroffenen**
- Anlage 2 Stellenbeschreibung Diabetesberater/in DDG**
- Anlage 3 Auszug aus den Unterlagen Grundlagenseminar Inkontinenz**
- Anlage 4 Anamnesebogen Inkontinenz Bethanienkrankenhaus Heidelberg**
- Anlage 5 LETKISS-Studie**
- Anlage 6 e-mail-Kontakt Aventis DIAMAND®-Programm**

Anlage 1

Bewertungsraster Perspektive des Betroffenen



1) Ziele	Welche Ziele werden verfolgt?			
	<input type="checkbox"/> entwicklungsorientiert	<input type="checkbox"/> situationsorientiert	<input type="checkbox"/> problemorientiert	<input type="checkbox"/> verhaltensorientiert
2) Zielgruppe	Wie werden Adressaten mit eingebunden?			
	<input type="checkbox"/> Adressaten wirken mit bei der Erstellung der Konzepte. Sie werden im Konzept direkt angesprochen	<input type="checkbox"/> Adressaten werden zur Überprüfung der Inhalte nach Erstellung des Konzeptes herangezogen	<input type="checkbox"/> Konzepte werden anhand der Ergebnisse aus Beratungsevaluationen unter Federführung der Experten überarbeitet	<input type="checkbox"/> Autoren der Konzepte sind Experten, wie Ärzte, Pflegende, etc. Konzepte sind für diese Personengruppe geschrieben
3) Gegenstand / Inhalte	Schwerpunkte bezogen auf			
		<input type="checkbox"/> Psychologie	<input type="checkbox"/> Pflege	<input type="checkbox"/> Medizin
4) Procedere, Methoden				
Assessment	<input type="checkbox"/> Patient erhält die Möglichkeit, seine Themen mit einzubringen	<input type="checkbox"/> vorgefasste Fragen zu Erwartungen des Patienten	<input type="checkbox"/> Fragen zur Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein
Methodik	<input type="checkbox"/> Einzelberatung	<input type="checkbox"/> Diskussion, Gesprächskreis	<input type="checkbox"/> Erfahrungen der Patienten werden erfragt und mit einbezogen	<input type="checkbox"/> Vortragsstil Gruppenveranstaltung
Evaluation	<input type="checkbox"/> unter gleichberechtigtem Miteinbeziehen des Betroffenen	<input type="checkbox"/> anhand vordefinierter Checklisten entwickelt aus vorhergehenden Situationen	<input type="checkbox"/> überwiegend anhand medizinischer Standards	<input type="checkbox"/> nur anhand medizinischer Standards
5) Beratungskompetenzen				
Welche Qualifikationen werden vorausgesetzt?	<input type="checkbox"/> spezielle Zusatzqualifikation (Diabetesberatung, etc.)	<input type="checkbox"/> Zusatzqualifikation in Gesprächsführung, etc.	<input type="checkbox"/> Grundständige Pflegeausbildung	<input type="checkbox"/> keine

Anlage 2

Stellenbeschreibung Diabetesberater/in DDG

Stellenbeschreibungen existieren in unterschiedlicher Art in vielen Betrieben. Für das oftmals noch unbekannte Arbeitsfeld des/der Diabetesberaters/in erscheint es dem Vorstand des VDBD wichtig, für Interessierte eine Empfehlung für die tägliche Arbeit zu geben.

Im raschen Wandel des Gesundheitswesens ist es notwendig, Transparenz zu erhalten und zu schaffen. Dazu kann diese Musterstellenbeschreibung eine Hilfe sein und die umfassenden Aufgaben eines/einer Diabetesberaters/in offenlegen.

Der Umfang der Mitwirkung des/der Diabetesberaters/in wird in vielen Fällen unterschiedlich sein. Aber der Nutzen für die Aufbau- und Ablauforganisation könnte mit Hilfe dieser Stellenbeschreibung optimiert werden.

Die Stellenbeschreibung beschreibt verbindlich die organisatorische Eingliederung einer Stelle, ihre Ziele, ihre Aufgaben und Kompetenzen sowie ihre Beziehungen zu anderen Stellen. Sie soll Klarheit schaffen und Schnittpunkte offenlegen.

Die Stellenbeschreibung umschreibt Pflichten und Rechte des/der Stelleninhabers/in. Sie ist eine Vereinbarung zwischen Mitarbeiter/in und Arbeitgeber/in:

- Sie ist die schriftliche Festlegung aller mit einer Stelle verbundenen Aufgaben und Befugnisse, ihrer Anforderungen sowie ihrer Einordnung im Gesamtbetrieb von Praxis oder Klinik/Krankenhaus.
- Sie knüpft an die Ist-Organisation an und beschreibt einen Zustand, wie er im Leitbild, in Arbeitsanweisungen etc. niedergelegt ist. Diese Anweisungen usw. bleiben neben Stellenbeschreibungen gültig.
- Sie lässt die Einordnung der Stelle in die Aufbauorganisation der Praxis bzw. der Klinik/des Krankenhauses einschließlich der Unterstellungs- und Stellvertretungsverhältnisse erkennen.
- Sie legt für die Mitarbeiter die ihnen übertragenen Aufgaben und dazugehörigen Befugnisse fest und grenzt diese von anderen Stellen ab.
- Sie beinhaltet die für die Erfüllung der Aufgaben notwendigen Anforderungen, z. B. Ausbildung, Berufserfahrung, Kenntnisse etc.
- Sie beinhaltet die regelmäßige Überprüfung, ob die Stellenbeschreibung den Anforderungen an die Stelle gerecht wird.

In den Stellenbeschreibungen werden die Delegationsgebiete für jede Stelle festgelegt. Dem/der einzelnen Mitarbeiter/in werden dadurch generelle Aufgabenbereiche übertragen, in welchen er/sie im

Rahmen seiner/ihrer Kompetenzen selbständig handelt und entscheidet. er/die Stelleninhaber/in trägt dafür auch selbst die Verantwortung.

Aus der eindeutigen Einordnung in die Organisation und durch die klare Beschreibung der Ziele, Aufgaben im einzelnen und der zugehörigen Kompetenzen ergibt sich eine Stärkung und Motivation für den/die Stelleninhaber/in.

Diese Stellenbeschreibung ist eine Mustervorlage mit Gültigkeit für Praxis wie für Krankenhaus/Klinik; sie sollte je nach Organisation und Stelle abgewandelt und angepasst werden.

Musterstellenbeschreibung für Diabetesberater/innen DDG

1.	DIENSTBEREICH	z.B. diabetologische Schwerpunktpraxis, Krankenhaus, Klinik
1.1	Einsatzort	z.b. Diabetesstation, -ambulanz, Arztpraxis, Schwerpunktpraxis, Innere Station
2.	BEZEICHNUNG DER STELLE	Diabetesberater/in DDG
3.	QUALIFIKATION	Krankenschwester/pfleger Kinderkrankenschwester/pfleger Diätassistent/in Oecotrophologe/in Diabetesassistent/in DDG
4.	STELLUNG INNHERHALB DER KLINIK/DES KRANKENHAUSES/DER PRAXIS	
4.1	fachlicher Vorgesetzter	der für die Schulung, Beratung und Behandlung zuständige Arzt
4.2	dienstrechtlicher Vorgesetzter	Praxisinhaber/in, Ärztlicher Direktor, Verwaltungsleiter
4.3	nachgeordnete Mitarbeiter	examiniertes Pflegepersonal, Diätassistent/in, Oecotrophologe/in, Arzthelfer/in, Diabetesassistent/in, angelernte Mitarbeiter, Auszubildende
4.4	Zuständigkeitsbereich	Schulung, Beratung und Therapie von Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 incl. Pädiatrie, Typ 2 sowie andere Diabetesformen wie Gestationsdiabetes und deren Angehörigen im Auftrag des Arztes
5.	ZIELSETZUNG DER STELLE STELLENCHARAKTERISTIK	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit mit Arzt/Ärztin und allen an der Schulung beteiligten Mitarbeiter des Teams • Wahrnehmung des eigenen Beratungsauftrags bzgl. der Patientenschulung • Vermittlung der Kenntnisse und Fähigkeiten, die zur besseren Bewältigung der chronischen Erkrankung nötig sind • Hilfestellung und Beratung für die Betroffenen bei der Entwicklung einer Haltung zu ihrer Krankheit • Der/die Diabetesberater/in hat Überblick und Einblick in den gesamten Diagnose- und Therapiebereich bei der Betreuung von Menschen mit Diabetes

		<ul style="list-style-type: none"> Wissenschaftliche Unterstützung bei Studien
6.	AUFGABEN UND KOMPETENZEN	
6.1	Organisation der Schulungs- und Behandlungsmaßnahmen	<p>Entwicklung und Durchführung einer strukturierten Diabetikerschulung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erstellen von Stundenplänen für die Schulung, Medien, Unterrichtsmitteln, Broschüren, Merkzetteln, Curricula für Typ 1 und Typ 2 Diabetes und sonstige Formen des Diabetes Diabetiker- und Spezialschulung für Insulinpumpenträger und Schwangerenberatung und Evaluationskonzepte Einteilung der Mitarbeiter für Schulung, Unterricht und Praxisanleitung Pflege und Verwaltung von Lehr- und Lernmitteln, Medien, Geräten Bestellung von angeordneten Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln nach wirtschaftlichen Gesichtspunkte Qualitätssicherung durch Entwicklung und Überprüfung der Konzepte
6.2	Auswahl der Patienten	<ul style="list-style-type: none"> Einteilung/Zuordnung der Patienten in die für sie am besten geeignet erscheinende Gruppe Bettendisposition in Absprache mit der Station
6.3	Theoretischer Unterricht	Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung in Zusammenarbeit mit den zuständigen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern
6.4	Praktischer Unterricht	<ul style="list-style-type: none"> Besprechung der Tagebücher, des Gesundheitspasses fachgerechte Anleitung der Patienten bei den Insulininjektionen, Selbstkontrollen und bei der Nahrungsmittelauswahl

		<ul style="list-style-type: none"> • Reflexionen mit den Patienten über den erteilten Unterricht und Lernzuwachs • Besprechung der Insulindosisanpassung mit den Patienten und evtl. Eltern • Einweisung neuer Mitarbeiter über Inhalt und Umfang der Patientenschulung, Organisation etc.
6.5	Information an Vorgesetzte und nachgeordnete Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • über den geplanten Routineverlauf • täglich mündliche und schriftliche Übergabe • schriftliche Dokumentation über den Verlauf der Schulung • sofortige Intervention bei besonderen Vorkommnissen • Delegation von Tätigkeiten, soweit möglich
6.6	Administration	<p>Durchführung von administrativen Tätigkeiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenunterlagen / Dokumentationssystem • Überwachung der laufenden Patientendatei • Vorbereitung der Entlassungsunterlagen • Erledigung des anfallenden Schriftverkehrs • Mithilfe bei wissenschaftlichen Studien, Statistiken, Forschungsprojekten • Abrechnung mit den Kostenträgern einschließlich der dazugehörigen Dokumentationssysteme • sonstige Tätigkeiten • _____ • _____
6.7	Kooperation und Kommunikation mit	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten und Angehörigen • ärztlichen Mitarbeitern • niedergelassenen Ärzten

		<ul style="list-style-type: none"> • Krankenhaus- und Klinikärzten, Pflegedienstleitung • Sozialdienst • Wirtschafts- und Verwaltungsdienst • Krankenhausfunktionsbereichen • Qualitätsbeauftragten • ambulanten Pflegediensten und Seniorendiensten (Alten- und Pflegeheimen) • Lehrern, Erziehern • Krankenpflegeschulen und Diätleheranstalten, Weiterbildungsstätten der DDG • Krankenkassen • Selbsthilfegruppen • anderen Diabetesschulungs- und Behandlungseinrichtungen
6.8	Spezielle Aufgaben	
6.8.1	im Team	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von regelmäßigen Teambesprechungen • Teilnahme an Arztvisiten und Stationsbesprechungen • gemeinsame Erstellung von Dienst-, Vertretungs-, Urlaubs- und sonstigen Planungen • Teilnahme an Leitungsbesprechungen
6.8.2	als Führungskraft	<ul style="list-style-type: none"> • positive Beeinflussung des Betriebsklimas • Förderung und Motivation aller Mitarbeiter • Mitwirken bei der Beurteilung von Mitarbeitern und Schülern im Schulungsteam • Beratung der PDL / Küchenleitung / ärztlichen Leitung in Bezug auf pflegerische, personelle und organisatorische Aspekte • Mitsprache bei der Therapie des einzelnen Patienten im Hinblick auf seine anthropogenen und soziokulturellen Voraussetzungen • Benennung von Vertretungen • Unterschriftsbefugnis bei Korrespondenz

		gemäß Unterschriftenordnung
6.9	Fort- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • laufend fachspezifische Informationen einholen • Teilnahme und Mitwirkung an krankenhauser / praxisinterner Fortbildung und Ausbildung (insbesondere für nicht-ärztliche Mitarbeiter) • Hospitation in anderen Diabeteszentren und Diabetologischen Schwerpunktpraxen • kontinuierliche Fortbildung (mind. drei Tage im Jahr) an von der Deutschen Diabetes Gesellschaft anerkannten Veranstaltungen und Teilnahme an Maßnahmen zur Qualitätssicherung ihrer/seiner Tätigkeit • Studium von Fachliteratur • Öffentlichkeitsarbeit für die Einrichtung, soweit möglich
7	VERGÜTUNG UND EINGRUPPIERUNG	<p>Auf der Grundlage von Tarifverträgen oder anderen Bestimmungen und unter angemessener Berücksichtigung der Aufgaben und Kompetenzen zu vereinbaren.</p> <p>Empfehlung: KR 8, analog BAT IV b</p>

Diese Stellenbeschreibung für

kann widerrufen um im Bedarfsfall modifiziert werden. Veränderungen sollten schriftlich dokumentiert werden und bedürfen der Zustimmung des Trägers.

....., den

Verwaltungsleitung

Praxisinhaber(in) / ärztliche Leitung

Pflegedienstleitung

Stelleninhaber

4. überarbeitete Auflage, August 2002

Verantwortliche für den Inhalt:

Vorstand des VDBD

Urheberhinweis: Idee und Text: Brigitte Osterbrink

Anlage 3

Schulungsunterlagen

Kontinenzberatung Bethanienkrankenhaus Heidelberg

Inhaltsverzeichnis

1. Ablauf der Miktion, Ablauf der Defäkation, Altersveränderungen
2. Der betagte Patient / Bewohner aus Sicht des Urologen
3. Bedeutung der Kontinenz/Inkontinenz für den Menschen
4. Störfaktoren für Kontinenz
5. Reversible und chronische Formen der Harninkontinenz
6. Stuhlinkontinenz
7. Basisdiagnostik der Inkontinenz
8. Pflegerische Interventionen bei Inkontinenz (Toilettentraining, Umgang mit ableitenden Systemen, Beckenbodentraining u.a.)
9. Kassenrechtliche Informationen
10. Saugende Inkontinenz-Produkte
11. Modernes Inkontinenz-Management
12. Sonstiges

2/2002

Bedeutung der Inkontinenz für die Pflegeperson!

Falscher Umgang mit dem Problem Inkontinenz?

Bei Pflegepersonen kann Inkontinenz wie bei anderen Menschen auch eine negative Reaktion hervorrufen!

Wer beschäftigt sich schon gerne mit Ausscheidungen eines fremden Menschen?

Von Pflegenden wird erwartet von Beginn der Ausbildung an automatische Reaktionen (wie Ekel) zu ignorieren. Das Leeren von Bettpfannen und das Säubern Inkontinenter gehört zur täglichen Arbeit.

Pflegende werden nicht ermutigt diese Gefühle zu diskutieren oder ihnen Ausdruck zu verleihen!

Eine Pflegeperson hat Inkontinenz als Teil ihrer Arbeit zu erwarten und zu akzeptieren, weiterzumachen und damit zurecht zu kommen.

„Daran gewöhnen sie sich schon“

- Dies führt zu der Tendenz, so rasch wie möglich mit Inkontinenz umzugehen. Die Inkontinenz wird beseitigt und vergessen, um dann anderen
- angenehmeren Tätigkeiten zu folgen.
- Es ist ja nichts „unnormales“ passiert.
- Weder Patient noch Pflegeperson sprechen über das Thema.
- Die Pflegeperson möchte die Gefühle des Patienten schonen. ^ Der Patient ist verlegen, schämt sich und glaubt nichts dagegen tun zu können.
- Die Pflegeperson versucht den Patient zu behüten und versichert, dass dies nichts ausmacht, kann ja mal passieren! Oder : "Es sind ja noch jede Menge Laken im Schrank"

So-tun-als-ob noch leere Floskeln helfen, die Ursache der Inkontinenz herauszufinden, und es gibt eine Menge verpasster Gelegenheiten!

Die Bedeutung für den älteren Menschen!

Physiologische Veränderungen:

- verminderte Blasenkapazität
 - später Harndrang
 - verminderte Kontraktionskraft der Blase
 - verminderter Östrogenspiegel bei der Frau
- > 2-3 mal nächtliches Wasserlassen ist normal
- > kalte Füße oder aufdrehen des Wasserhahns lösen schnell einen Harndrang aus!

Psychosoziale Probleme:

- Selbstabwertung
- Angst gesellschaftlicher Ausgrenzung
- Angst nicht mehr als Erwachsener gesehen zu werden
- Schamgefühl
- Schuldgefühle
- Partnerprobleme
- Abhängigkeit von Hilfspersonen
- Isolation
- Finanzielle Probleme

Ziele:

- > Kontinenz
- > Selbstständigkeit
- > Unabhängigkeit von Hilfsmitteln
- > Adäquate Hilfsmittelversorgung
- > Psychosoziale Sicherheit

Bethanien-Krankenhaus, Geriatisches Zentrum, Heidelberg Akademie, (Kuno, Müller)

Grundlagenseminar/Haminkontinenz

Fallbeispiel, Herr F.

Herr F., 85 Jahre, Diabetiker, lebt seit einem halben Jahr in der Seniorenwohnanlage. Innerhalb seiner Wohnung ist er selbständig in den Alltagsaktivitäten. Sie kommen als Pflegeperson morgens und abends, um ihm Insulin zu verabreichen, dreimal pro Woche messen Sie den Blutdruck.

In den letzten Wochen fällt Ihnen und auch anderen Kollegen auf, dass es im Zimmer von Herrn F. nach Urin riecht. Sie sehen im Bad von Hand ausgewaschene Unterwäsche auf dem Heizkörper hängen. Herr K., ein Mitbewohner äußert im Gespräch mit Ihnen, daß er bedauert, daß Herr F. in letzter Zeit nicht mehr mit zum Kartenspielen in den Clubraum gehen möchte.

Sie sprechen Herrn F. an, ob Probleme beim Wasserlassen aufgetreten sind. Herr F. sagt in ablehnenden und barschen Ton: „Es ist alles in Ordnung, ich habe keine Probleme!“

Arbeitsauftrag:

1. Versetzen Sie sich in die Situation von Herrn F.. Welche Gefühle könnten diese Reaktion bei Ihm ausgelöst haben?
2. Diskutieren Sie im Kollegenkreis, welche Möglichkeiten Sie haben, um mit Herrn F. über das eventuelle Kontinenzproblem ins Gespräch zu kommen.

Bitte halten Sie Ihre Ergebnisse schriftlich fest. Bestimmen Sie ein Gruppenmitglied, das die Ergebnisse im Plenum präsentiert.

Zeit: 20 Minuten

Bethanien-Krankenhaus, Geriatisches Zentrum, Heidelberg Akademie, (Kuno, Müller)

Grundlagenseminar/Harninkontinenz **Fallbeispiel, Frau S.:**

Frau S. ist seit einem Jahr Bewohnerin in Ihrem Pflegeheim. Sie lebt in einem Zweibettzimmer. Frau S. braucht Pflegeunterstützung bei der Körperpflege, beim Toilettengang und beim Ankleiden. Sie meldet sich 2-3 mal nachts und benutzt den Toilettenstuhl mit Hilfe der Pflegekraft, trotzdem ist sie seit der Aufnahme ca. 2 pro Woche nachts inkontinent. Seit 2 Wochen nässt Frau S. nachts vermehrt ein. Sie hat Widerstände gegen die Vorlagen und entfernt diese manchmal.

Sie diensthabende Pflegekraft kommt morgens zu Frau S., um ihr bei der Morgentoilette zu helfen. Beim Zurückschlagen der Decke stellt sie fest, daß Frau S. stark eingenässt hat, sogar des Kopfkissen ist nass. Die Inkontinenzvorlage liegt auf dem Boden.

Die Pflegekraft sagt im verärgerten Ton: „ach du liebe Güte! Schon wieder ist das ganze Bett nass!“

Arbeitsauftrag:

1. Versetzen Sie sich in die Situation Ihrer Kollegin. Welche Gefühle könnten bei ihr ausgelöst worden sein?
2. Versetzen Sie sich in die Situation von Frau S. Welche Gefühle können bei ihr in dieser Situation ausgelöst werden?
3. Sie haben die Reaktion Ihrer Kollegin beobachtet. Diskutieren Sie, was Sie Ihrer Kollegin raten würden, wie sie im Nachhinein mit Frau S. umgehen könnte

Bitte halten Sie Ihre Ergebnisse schriftlich fest. Bestimmen Sie ein Gruppenmitglied, das die Ergebnisse im Plenum vorstellt.

Zeit: 20 Minuten

Bethanien-Krankenhaus, Geriatrisches Zentrum, Heidelberg Akademie. (Kuno, Müller)

Grundlagenseminar/Haminkontinenz

Verhaltensweisen im Umgang mit inkontinenten Menschen

Förderliche Verhaltensweisen:

- Vertrauensbasis schaffen, Bezugspflege
- Beobachten des Verhaltens
- Vermeidung schamauslösender Situationen
- Beachtung der Intimsphäre
- Aktivierung/Selbständigkeitstraining
- Information, pflegetherapeutische Maßnahmen
- Ansprechen von Gefühlen
- Verständnis spürbar machen
- Reflexion eigener Gefühle und Abwehrmechanismen
- Gespräche zur Katharsis eigener Gefühle, Selbstpflegefähigkeiten fördern

Schädliches Verhalten:

- fehlende Information, fehlende pflegetherapeutische Hilfen
- ungenügende Kooperation mit anderen Berufsgruppen
- fehlende Zuwendung
- inkontinenzfördernde Umgebung
- Sprachgebrauch wie Windeln, Pampers....
- Verletzung der Intimsphäre
- Drohung/Strafe

Anlage 4
Anamnesebogen Inkontinenz

Bethanien-Krankenhaus. Akademie (Kuno, Müller)

Name: _____ Alter: _____ Station: _____

Erhoben durch: _____

Kriterien zur Erhebung der Inkontinenzanamnese und Basisdiagnostik

1. Dauer des Problems

2. Erscheinungsbild der Inkontinenz

(Ausmass, Häufigkeit, Zeitpunkt, Auffälligkeiten beim unwillkürlichen Harnabgang, Gefühl für Restham, Urinstatus)

3. Kognitive Einflussfaktoren (Verwirrtheit, dementielle Entwicklung)

4. Funktionelle Einflussfaktoren (Einschränkungen der oberen und unteren Extremität, sprachliche Äußerungsfähigkeit, Sehstörungen)

5. Störfaktoren für Kontinenz bedingt durch die Umgebung (KH und häuslicher Bereich)

6. Aktuelle Medikation

7. Relevante erfolgte therapeutische Massnahmen

8. Erkrankungen der ableitenden Harnwege, gynäkologische Probleme

9. Trinkverhalten

10. Stuhlgewohnheiten

11. Art und Anzahl der eingesetzten Hilfsmittel

12. Ermitteln der psychosozialen Auswirkungen und Leidensdruck für den Betroffenen und/oder Angehörigen

Anlage 5

VDBD Projekt LETKISS Studie

Die VDBD Projektgruppe "Qualitätsmanagement" möchte dazu beitragen, die Betreuung von Menschen mit Diabetes zu verbessern. Im Januar 1996 beschloss sie, eine Studie durchzuführen, die über Fragebögen die Qualität der stationären strukturierten Behandlung mit Basis-Bolus-Therapie (BBT) untersucht, vor allem im Hinblick auf die Lebensqualität und die Selbsttherapie der Betroffenen. Dabei soll auch die Arbeit der Diabetesberater/-innen erfasst, dargestellt und evaluiert werden. Die Studie läuft unter dem Namen **LETKISS** (Studie zur **L**ebensqualität und **T**herapiekompetenz in **I**ntensivierter Insulintherapie nach **S**trukturierter **S**chulung).

Die Bewertung der Schulung und der Kompetenz von Diabetesberaterinnen in anerkannten Schulungseinrichtungen aus der Sicht der Patienten - erste Auswertungen der LETKISS-Studie

Ziele: Erfassung von Schulungsprozessen bei Patienten, die in von der DDG anerkannten Schulungseinrichtungen in Basis-Bolus-Therapie geschult wurden

Methodik: multizentrische Langzeit-Befragung von konsekutiven Patienten in Schulungseinrichtungen von Krankenhäusern

Ergebnisse: In der LETKISS-Studie wurden seit Juni 1997 500 Patienten während und nach der stationären Schulung in Basis-Bolus-Therapie in 20 von der DDG anerkannten Schulungseinrichtungen (Schulung 5-12 Tage) mit verschiedenen Fragebögen mehrmals befragt. Die Daten zu verschiedenen medizinischen und psychologischen Variablen befinden sich zur Zeit in der Auswertung. Eine Teilauswertung von 489 Teilnehmern vom Testzeitpunkt nach der Schulung liegt bereits vor 1) zur empfundenen Qualität der Schulungen (11 Fragen, Bewertung nach gleich-besser-schlechter als vorherige Schulungen) und 2) zur Einschätzung der Kompetenz der Diabetesberaterinnen (20 Fragen, 5-stufige Beantwortung von 1=stimmt genau bis 5=stimmt gar nicht). Die Schulung wurde in 5 von 11 Lernaspekten von über 67% der Befragten als besser im Vergleich zu vorherigen Schulungen bewertet. Den Diabetesberaterinnen wurde in 6 von 10 Aspekten des Gesprächskontakts und der praktischen Anleitung zur Therapie eine höhere Kompetenz zugewiesen als anderen Teammitgliedern (> 67%), bei 6 direkten Vergleichen zu Ärzten (Gespräch fällt leichter, DBs einfühlsamer, Vertrauen, Kontaktintensität, zu Ärzten mehr Abstand, Privates lieber mit Ärzten) wurden Ärzte und DBs eher gleich bewertet. Die 6 negativen Bewertungen des Kontakts zu den DBs wurden stark abgelehnt (> 75%). Mit

der Einschränkung evtl. sozialer Erwünschtheit ergeben sich insgesamt sehr positive Bewertungen der Schulungshäuser sowie der erlebten Kompetenz von Diabetesberaterinnen.

Die Bewertung der Schulung und der Kompetenz von Diabetesberaterinnen in anerkannten Schulungseinrichtungen aus der Sicht der Patienten - erste Auswertungen der LETKISS-Studie

Axel Hirsch und Gudrun Michels
Abteilung Diabetes und Stoffwechselerkrankungen
Krankenhaus Bethanien
Hamburg

Ziel der Untersuchung

Gesamtstudie: Die LETKISS-Studie des Verbandes der Diabetesberatungs- und Schulungsberufe in Deutschland (VDBD) hat das Ziel, in einer Längsschnittstudie mit fünf Zeitpunkten über zwei Jahre Schulungsprozesse, ihre Effekte auf die Diabetestherapie und auf wichtige diabetesbezogene Einstellungen von Menschen mit Diabetes zu erfassen. In die Studie wurden konsekutiv 491 Schulungsteilnehmer einbezogen, die im Zeitraum von Juni 1997 bis Mai 1998 an einer Schulung zur Basis-Bolus-Therapie in einer von 20 von der DDG anerkannten Schulungseinrichtungen teilnahmen.

Teilfragestellung: Ein spezielles Ziel war es, direkt nach der Schulung die Bewertung der Schulung und der Kompetenz der Diabetesberaterinnen durch die Patienten und Patientinnen anonym zu erfassen. Wenn auch Diabetesberater/innen in ihrer Mehrheit von der Qualität ihrer Arbeit mit den Patienten überzeugt sind, so gibt es doch bisher außer hausinternen Fragebögen keine Bestätigung dieser Einschätzung durch Rückmeldungen der Patienten. Es sollte die Annahmen geprüft werden, ob qualitätskontrollierte Schulungen mit Diabetesberaterinnen als Teammitgliedern als besser erlebt werden und ob die Diabetesberaterinnen als kompetent, speziell im Vergleich zu ärztlichen Teammitgliedern erlebt werden.

Methodik Es wurde den Studienteilnehmern am Ende der Schulung ein Fragebogenheft zur Beantwortung vorgelegt, das folgende Fragebögen enthielt: Bewertung der Schulung im Vergleich zu vorhergehenden Angeboten; Bewertung der Kompetenzen von Diabetesberaterinnen; Ausmaß, in dem vorher genannte Ziele erreicht wurden; erlebte Sicherheit und Kompetenz; erlebtes Empowerment. Die Fragebögen waren mit Codenummern der Teilnehmer versehen, sie wurden nach dem Ausfüllen verschlossen in der Station abgegeben und an die Studienzentrale geschickt.

Der Fragebogen zur Bewertung der Schulung bezog sich auf das allgemeine Wohlbefinden in der Schulung und das Lernklima. Der Fragebogen zur Kompetenz der Diabetesberaterinnen enthielt die Teile a) Bewertung der Kompetenzen ohne Vergleich, b) Bewertung der Kompetenzen im Vergleich zu anderen Teammitgliedern, speziell den Ärzten und Ärztinnen (s.u.).

Die Studie befindet sich zur Zeit noch in der Auswertung. Hier werden nur die Ergebnisse zur Bewertung der Schulung und zur erlebten Kompetenz der Diabetesberaterinnen dargestellt.

Ergebnisse (Kurzfassung)

Die Schulung wurde von etwa 93% der Befragten im Vergleich zu vorherigen Schulungen bewertet. In 5 von 11 Lernaspekten wurde sie von über 67% der Befragten als besser im Vergleich zu vorherigen Schulungen bewertet, die Bewertungen als schlechter liegen alle unter 5%.

Die Bewertung der Arbeit der Diabetesberater/innen wurde von 96% der Befragten beantwortet. Es wurde den Diabetesberaterinnen in 6 der 10 Aspekte des Gesprächskontakts und der praktischen Anleitung zur Therapie eine höhere Kompetenz (> 67%) zugewiesen als anderen Teammitgliedern. Bei den 6 direkten Vergleichen mit anderen Teammitgliedern/Ärzten (1. Gespräch fällt leichter, 3. DBn sind einfühlsamer, 9. Vertrauen, 10. Kontaktintensität, 13. zu Ärzten mehr Abstand, 14. Privates lieber mit Ärzten) wurden Ärzte und DBn ähnlicher bewertet, obwohl auch hier die Diabetesberater/innen insgesamt besser abschneiden (arithm. Mittel der Prozentwerte: 47% eher zum/r Diabetesberater/in, 34% gleich, 18% eher zum Arzt/zur Ärztin. Die 6 negativen Bewertungen des Kontakts zu den DBn wurden stark abgelehnt (> 75%).

Diskussion

Es ergeben sich insgesamt positive Bewertungen der Schulungshäuser sowie der erlebten Kompetenz von Diabetesberaterinnen. Für die Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, 1) dass die Beantwortung freiwillig war, obwohl versucht wurde, möglichst alle Teilnehmer eines Kurses zu erfassen, 2) dass die Schulung gerade beendet war und in der Tendenz trotz der Anonymität durch die zeitliche Nähe eine positivere Beurteilung wahrscheinlich ist.

Für die Bewertung der Schulung wurde angenommen, dass eine wesentlich von Diabetesberater/innen angebotene qualitätskontrollierte Schulung als besser erlebt wird als vorherige Schulungen (nicht nach Qualität differenziert). Dies bestätigt sich in vielen positiven und wenigen negativen Bewertungen. Die Items mit den geringsten positiven Bewertungen sind "5. hatte Zeit zum Lernen" und "7. konnte Fastentage beurteilen". Hier war wegen der geringen Spezifität keine deutliche Bewertung als besser erwartet

worden; Fastentage verlaufen, wenn sie durchgeführt werden, im Prinzip mit demselben Lernerfolg.

Bei der Bewertung der Kompetenz der Diabetesberater/innen wird deutlich, dass Items, in denen nur eine Berufsgruppe für sich bewertet wird, die Antworten viel positiver ausfallen (soziale Erwünschtheit eher möglich) als wenn die Diabetesberater/innen in einem Items mit anderen Teammitgliedern verglichen werden (Items 1, 3, 9, 10, 13, 14). Diese Items stellen eine höhere Anforderung nach abwägender Bewertung und Offenheit. (Es hatte in der Arbeitsgruppe viele Diskussionen darüber gegeben, ob man solche Fragen überhaupt stellen sollte, wo die Leistungen einzelner Teammitglieder oft nicht voneinander abgrenzbar sind, und wo jede Einzelleistung erst im Teamkontext Bedeutung erlangt. Am Ende erschien jedoch der Versuch sinnvoll, die von Patienten erlebten Kompetenzen und Kommunikationsmöglichkeiten vergleichend zu erfassen, auch weil bei einzelnen Diabetesberatern/innen darüber immer wieder Unsicherheit besteht.)

Es gab bei einer allgemein positiveren Einschätzung der Diabetesberater/innen hinsichtlich Kompetenz und Kontaktmöglichkeiten sowohl Patienten, die eine größere Nähe zu den Diabetesberaterinnen empfanden wie auch solche, die eine größere Nähe zu Ärzten und Ärztinnen empfanden (Items 1, 13, 14). Bei Item 13 mit einer negativen Formulierung ("mehr Abstand zu Ärzten/Ärztinnen") ergibt sich sogar mehr Nichtzustimmung als Zustimmung.

Ergebnisse der Fragebögen

A Fragebogen zur Schulungsbewertung (N=258¹⁾)

Vergleichen Sie bitte die jetzige stationäre Schulung mit anderen Schulungsangeboten (Kliniken, Praxen, Ambulanzen), die Sie schon wahrgenommen haben.

Welche Bedürfnisse konnten Sie besser oder schlechter realisieren? Ich ...

	besser	genauso	schlechter	keine Angabe
	<i>(Antworten in Prozent)</i>			
1. konnte mich auf den Diabetes konzentrieren	66	27	0	7
2. konnte viel selbst ausprobieren	69²⁾	21	2	8
3. hatte Ansprechpartner im Team	72	20		8
4. fand Unterstützung in der Gruppe	63	28	1	8
5. hatte Zeit zum Lernen	49	41	2	8
6. konnte meinen Stoffwechsel überprüfen und neu einstellen	72	20	1	7
7. konnte Fastentage beurteilen	54	27	5	14
8. konnte den nächtlichen Blutzuckerlauf beurteilen	70	21	2	7

9. konnte Informationen aufnehmen	68	24		8
10. hatte Kontakt zu anderen Diabetikern	61	30	1	7
11. Meine Fragen wurden beantwortet	66	27		7

¹⁾ Es wurden nur die 285 Fragebögen der Studienteilnehmer ausgewertet, die bereits vorher an mindestens einer strukturierten Schulungsmaßnahme teilgenommen hatten.

²⁾ **fettgedruckte** Prozentwerte: > 67 %

B Fragebogen zur Kompetenz der Diabetesberater/innen (N=462¹⁾)³⁾⁴⁾

Diabetikerschulung wird maßgeblich von Diabetesberater/innen gestaltet. Wenn Sie einmal an Schulungen ohne Diabeteberater/innen denken, welche Unterschiede empfinden Sie?

	stimmt genau/stimmt	stimmt teilweise	stimmt nicht/stimmt gar nicht	keine Angabe
	(Antworten in Prozent)			
1. Es fällt mir leichter, mit einem/r Diabetesberater/in zu sprechen, als mit einem Arzt	44	37	17	2
2. Diabetesberater/innen nehmen sich mehr Zeit für ein Gespräch.	73²⁾	20	5	2
3. Diabetesberater/innen sind einfühlsamer als andere Teammitglieder	51	32	15	3
4. Diabetesberater/innen kennen sich mit allen Aspekten der Therapie gut aus.	83	13	2	2
5. Diabetesberater/innen verstehen meine Probleme mit dem Diabetes im Alltag am besten.	69	23	5	3
6. Diabetesberater/innen verstehen am besten, wo meine Probleme mit der Therapie stecken.	69	24	5	2
7. Diabetesberater/innen haben Verständnis für das, was für mich im Alltag machbar ist.	82	15	2	2
8. Die praktischen Dinge lerne ich vor allem von Diabetesberater/innen.	74	20	4	2
9. Es fällt mir leichter, zu einem/r Diabetesberater/in Vertrauen aufzubauen.	59	29	11	2
10. Zu den Diabetesberater/innen besteht ein intensiver Kontakt.	66	24	9	2
11. Diabetesberater/innen erklären die Dinge einfacher.	73	21	4	2
12. Diabetesberater/innen helfen mir, etwas Neues auszuprobieren.	80	14	3	3
13. Zu Ärzten/innen empfinde ich mehr Abstand.	26	41	32	2
14. Es gibt private Dinge, die ich lieber mit einem Arzt/einer Ärztin bespreche.	21	39	37	2
15. Die Diabetesberater/innen mischen sich zu sehr in alles ein.	1	7	90	2
16. Der Kontakt zu den Diabetesberater/innen ist mir zu eng.		4	95	2
17. Man merkt, dass die Diabetesberater/innen eher als die Ärzte bestimmte Patienten vorziehen.	2	5	91	2
18. Die Patienten buhlen um die Gunst der Diabetesberater/innen.	1	10	86	4
19. Ich könnte mir vorstellen, dass Diabetesberater/innen über Patienten eher als Ärzte abfällig reden.	2	4	90	4
20. Diabetesberater/innen behalten etwas Vertrauliches für sich.	75	10	8	7

¹⁾ Anzahl reduziert um die Teilnehmer, die den Fragebogen gänzlich nicht beantworteten (6% der Befragten)

²⁾ **fettgedruckte** Prozentwerte: > 67 %

³⁾ Grundkonzept der Items dieses Fragebogens war die Bewertung der Kompetenz in verschiedenen Schwierigkeitsniveaus und Antwortrichtungen, um die soziale Erwünschtheit der Antworten eingrenzen und beurteilen zu können. Die Items gliedern sich in:

a) Beurteilung von Kompetenzen ohne Vergleich mit anderen (4, 7, 10, 12, 20)

b) Beurteilung von Kompetenzen im Vergleich zu anderen, und zwar als positiv formuliert für den/die Diabetesberater/in (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 13) und als negativ formuliert für den/die /in (14, 15, 16, 17, 18, 19).

⁴⁾ Der Fragebogen war den Teilnehmern nicht mit diesem Titel vorgegeben, sondern mit der nachfolgenden Beschreibung eingeführt.

Zusammenfassung

Eine strukturierte Schulung und Behandlung innerhalb einer Einrichtung mit Diabetesberaterinnen, die von der DDG anerkannt wurde, wird nach der Schulung im Vergleich zu Schulungen allgemein von den Patienten sehr positiv bewertet.

Die Diabetesberater/innen werden in ihren Kompetenzen für die Schulung und Behandlung allgemein hoch bewertet. Beim Vergleich mit anderen Teammitgliedern/Ärzten hinsichtlich Nähe, Vertrauen und Intimität nähern sich die Bewertungen aneinander an, wobei auch hier allgemein Diabetesberater/innen als Gesprächspartner/innen bevorzugt werden.

Gudrun Michels, Leitung der VDBD Projektgruppe "Qualitätsmanagement in der Schulung"

Anlage 6

e-mail-Kontakt

Sehr geehrter Herr Huber,
vielen Dank für Ihr Interesse an DIAMAND. Gerne beantworte ich Ihre Fragen und erlaube mir die Antworten direkt hinter Ihre Fragen zu stellen.
Ich hoffe, Sie haben durch mich nützliche Inhalte erfahren.

Herzliche Grüße

Dr. Roland A. Krauth

Aventis Deutschland GmbH

Medical Product Manager

Insuman / HMR 1964

Business Unit Diabetology

65812 Bad Soden a. T., Königsteiner Straße 10

Tel.: +49 (0)69 305 - 26 23

Fax: +49 (0)69 305 - 94 22 42

e-mail: roland.krauth@aventis.com

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Huber.Martin@pflegepaedagoge.de [mailto:Huber.Martin@pflegepaedagoge.de]

Gesendet: Dienstag, 20. Mai 2003 22:10

An: Krauth, Roland PH/DE

Betreff: DIAMAND als innovatives Schulungskonzept

Hallo Herr Krauth

Im Rahmen meiner Diplomarbeit zum Thema Beratung in der Pflege untersuche ich die Beratungssituation bezogen auf Diabetes-, Inkontinenz- und Stomaberatung in Deutschland. Auf Ihrer Internetseite habe ich von DIAMAND gelesen. Ich denke es ist für Sie bestimmt von Interesse dabei mit Ihrem innovativen Konzept erwähnt zu werden.

Da ich mich auf Schulungskonzepte und deren Inhalte in meiner Diplomarbeit spezialisiert habe hätte ich die Bitte, ob Sie da mehr in die Tiefe gehen und mir folgende Fragen beantworten könnten:

1. Ziele

Welche Ziele werden genannt, die man in der Schulung mit den Patienten erreichen will?

[Krauth, Roland PH/DE] Vor jeder Trainingseinheit (Modul) werden die konkreten Trainingsziele aufgelistet (z. B. Modul 1 Menschen mit Diabetes lernen: welche Ursachen Diabetes hat, ein persönliches Therapieziel zu nennen). Die Ziele werden jeweils den Patienten vorgestellt und ihre Zustimmung eingeholt. Die Lernziele werden mit den Patienten dann vereinbart.

2. Zielgruppe

Sind Patienten (aus Selbsthilfegruppen) an der Erstellung des Konzepts beteiligt gewesen? Wie wird der Adressat der Schulung genannt (Patient, Klient, etc.)?

[Krauth, Roland PH/DE] Die Bedürfnisse der Patienten sind durch immer wiederkehrende Praxiserprobungen im Vorfeld mit eingeflossen. Der Adressat ist: Menschen mit Diabetes.

3. Inhalte

Welche Inhalte werden angesprochen? Sind es medizinische bzw. pflegerische Inhalte oder Inhalte aus der Psychologie, etc.?

[Krauth, Roland PH/DE] Die Inhalte sind überwiegend medizinisch.

4. Ablauf der Schulung

Wird zu Beginn der Schulung ein Assessment durchgeführt, um zu erfahren, wie es dem Patienten geht und welche Erwartungen er an die Schulung stellt?

[Krauth, Roland PH/DE] Im erstem Modul "Kennenlernen" werden die Teilnehmer nach Ihren Erwartungen und Zielen befragt und diese auf Leerfolien notiert. Es wird ermuntert konkrete persönliche Ziele zu formulieren.

Läuft die Schulung als Gruppenschulung ab oder als Einzelberatung?

[Krauth, Roland PH/DE] Das Training kann sowohl als Gruppen- als auch als Einzelschulung durchgeführt werden. Das Patienten-orientierte Konzept "greift" jedoch am besten in der Gruppe, durch die dort vorhandene Gruppendynamik und die Möglichkeit der Interaktivität zwischen den Patienten.

Welche Unterrichtsmethoden werden eingesetzt?

[Krauth, Roland PH/DE] Die Methoden sind nicht festgelegt und können vom Schulungsprofi eigeninitiativ eingebracht und gestaltet werden. Methoden, die durch DIAMAND auch durch

vorhandene Materialien gefördert werden sind: Gruppendiskussion, Erarbeiten von Inhalten (Zusammensetzung der Ernährung und diabetesgerechter Kost, Ablauf des Kohlenhydratstoffwechsels bei Nicht Diabetikern sowie Typ1/Typ2 Diabetikern etc.) mittels DIN A 0 Postern und Magnettafeln, Selbsterarbeitung mit Arbeitsfolien, Brainstorming, Übung und Training, Eigenbewertung des vermittelten Wissens, Selbstbericht, Rollen-, Bewegungs- und Diskussionsspiele u. a. mehr.

In welcher Form findet am Ende der Schulung eine Evaluation statt. Sind es medizinische Tests oder ein Gespräch mit dem Patienten, etc. ?

[Krauth, Roland PH/DE] Bei DIAMAND wird nicht "geprüft" und keine Wissenstests ausgefüllt. Dies widerspricht der Vorstellung einer stressfreien und patienten-orientierten Wissensvermittlung bei DIAMAND. Neben der Wissensvermittlung steht stark im Vordergrund das Verstärken von Fähigkeiten und die Anwendung des Wissens in Form von Training für das individuelle tägliche Leben. Am Ende eines jeden Moduls gibt es ein Arbeitsblatt mit der Überschrift "Was ich mir merken will". Dabei werden einige wenige Multiple Choice Fragen gestellt. Die Trainingskraft sieht sich diese Arbeitsblätter an, macht Anmerkungen, aber der Patient nimmt diese schliesslich mit nach Hause. Hier steht sein therapiebezogenes Fazit des Moduls schwarz auf weiss.

5. Beratungskompetenzen

Wird darauf Bezug genommen, welche Qualifikationen bzw. Kompetenzen Berater als Voraussetzungen mitbringen?

[Krauth, Roland PH/DE] Das Programm kann von jedem erworben werden. Ausgerichtet ist DIAMAND jedoch auf den Schulungs/Traingsprofi. Dies sind in der Regel DiabetesberaterInnen und -assistentInnen oder andere Schulungsberufe.

Wäre es möglich, mir doch Unterlagen zu mailen oder zu schicken? Es würde auch ein Auszug reichen

[Krauth, Roland PH/DE] Um Sie effizient bedienen zu können, bitte ich Sie mir das/die Ziel/e zu nennen, für was die Auszüge dienen sollen.

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Herzliche Grüße

Martin Huber