



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege am
Beispiel von PatientInnen mit chronischen
Erkrankungen“

Verfasserin

Kerstin Kienberger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil)

Wien, im August 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuerin:

A 057 122
IDS Pflegewissenschaft
Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel

Abstract deutsch

Die Verfasserin beschreibt in der vorliegenden Arbeit Konzepte und Begriffe der Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Kinder- und Jugendlichenpflege, am Beispiel von ausgewählten chronischen Erkrankungen.

Weiters werden pflegebezogene Beratungsbegriffe und –konzepte im Vergleich der Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft erörtert.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich insbesondere mit Beratungskonstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege. Ziel war es, Beratungskompetenzen der Pflegenden herauszufiltern und einen Zusammenhang zwischen den Kompetenzen der Pflegenden und den Eltern bzw. den Beratungsprozess mit jungen Menschen herzustellen. Die Kinder- und Jugendlichenpflege benötigt dabei eine spezifische Herangehensweise aufgrund der Zielgruppe, den jungen Menschen.

Der Beratung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen wird in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich der Kinder- und Jugendlichenpflege, eine hohe Bedeutung beigemessen. In der vorliegenden Arbeit werden Beratungsmodelle angeführt, welche für PatientInnen mit chronischen Erkrankungen und Pflegenden als theoretische Grundlage dienen können. Dazu wird die chronische Erkrankung Asthma Bronchiale in der Kinder- und Jugendlichenpflege näher herangezogen.

Abstract englisch

The author describes in the present paper concepts, terms and definitions of counselling in health and nursing care, inclusive nurses specialising in the care of children and young people. This intention refers to selected chronic illnesses.

Also, there was reconsidered a comparison of the terms and definitions of counselling and concepts of counselling in the disciplines Nursing Science and Educational Science.

The present paper broaches the issue of constellations in counselling in nurses specialising in the care of children and young people. The objective was to pinpoint counselling skills of nurses and to make correlation between the counselling skills of nurses and parents and the counselling process with children and young people. The nurses specialising in the care of children and young people needs specific approach, as a result of the target group – children and young people.

The counselling of patients, who have chronic illnesses, is significant in health and nursing care, inclusive nurses specialising in the care of children and young people.

The present paper shows theories of counselling, which can help patients with chronic illnesses and nurses.

The chronic illness, bronchial asthma, was examined in reference to the nurses specialising in the care of children and young people.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Einleitung	7
1. Beratung in der Pflege	10
1.1 Begriff Beratung	10
1.1.1 Beratung in der Pflege – Begrifflichkeit und Abgrenzung	12
1.2 Beratungstheorien	17
1.2.1 Die Ottawa-Charta 1986	17
1.2.1.1 Das Konzept der Salutogenese	20
1.2.2 Systemische Beratung	24
1.2.3 Klientenzentrierte Beratung.....	27
1.3 Beratungsgrundsätze	29
1.3.1 Beratungskompetenzen und Qualifikationen.....	32
1.3.1.1 Beratungskompetenzen nach LAY (2001)	33
1.3.1.2 Beratungskompetenzen nach BENNER (2000)	34
1.3.1.3 Handlungskompetenzen	35
1.4 Beratungsbereiche	38
2. Beratung in der Disziplin Pädagogik	42
2.1 Rückblick: Beratung in der Disziplin Pädagogik	42
2.2 Pädagogische Beratung	45
2.2.1 Handlungsfelder pädagogischer Beratung	47
2.2.2 Gesundheitsberatung aus pädagogischer Perspektive	50
2.2.2.1 Erziehung vs. Gesundheitserziehung	52
2.3 Kooperative Beratung.....	54
2.4 Schnittschnelle Pflegewissenschaft und Pädagogik.....	58
3. Konstellationen von Beratung in der Pflege	64
3.1 Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege	64

3.1.1	Ziele der Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege	65
3.1.2	Beratungsprozesse mit Kindern	67
3.1.2.1	Bedarf einer Einzelberatung.....	70
3.2	Beratungskonstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege	72
3.2.1	Empowermentorientierte Beratung.....	72
3.2.1.1	Empowermentorientierte Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege	75
3.2.1.2	Pflegetheorie nach Orem	77
3.2.2	Familienberatung	79
3.2.2.1	Forschungsstand	83
3.2.3	Angehörigenberatung.....	84
3.2.3.1	Die Situation der pflegenden Angehörigen.....	86
4.	Beratung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen	88
4.1	Definitionen chronischer Erkrankungen.....	88
4.1.1	Prävalenz	89
4.2	Leben mit einer chronischen Erkrankung	91
4.3	Beratungsmodelle - einschließlich Pflegemodelle - für PatientInnen bei einer chronischen Erkrankung	94
4.3.1	Pflegemodell nach GRYPDONCK (2005).....	94
4.3.1.1	Die Aufgaben der Pflegenden	95
4.3.2	Pflegemodell nach CORBIN & STRAUSS (2004)	97
4.3.3	Phasenmodell nach SCHAEFFER & MOERS (2008)	99
4.3.4	Beratung für und mit der Familie	102
4.3.4.1	Motivationsprobleme bei der Beratung.....	103
4.4	Chronische Erkrankungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege.....	105
4.4.1	Chronische Erkrankungen im Jugendalter	105
4.4.1.1	Einführung von Pathways	107
4.4.2	Chronische Schmerzen.....	108
4.4.2.1	Chronische Schmerzen bei Kindern.....	110
4.5	Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege am Beispiel Asthma bronchiale	112
4.5.1	Definition und Klassifikation von Asthma bronchiale	113
4.5.2	Epidemiologie.....	113

4.5.2.1	Belastungen bei Asthma bronchiale für junge Menschen	114
5.	Literaturverzeichnis	117
6.	Abbildungsverzeichnis	133
7.	Internetquellenverzeichnis	134
8.	Anhang.....	135
8.1	Lebenslauf.....	135

Vorwort

Die Diplomarbeit entstand am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Meine persönliche Motivation zu dieser Arbeit liegt zum einen an meiner neben dem Studium erfolgenden Tätigkeit in der Caritas der Diözese St. Pölten, wo Begleitung, Beratung und Versorgung von Menschen mit Erkrankungen bedeutsam ist, begründet. Zum anderen sehe ich Beratung in der Pflege als angehende Pflegewissenschaftlerin als wichtiges Aufgabengebiet der Pflege an.

Ein besonderer Schwerpunkt in der vorliegenden Arbeit liegt einerseits auf der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich Kinder- und Jugendlichenpflege, und weiters auf PatientInnen mit chronischen Erkrankungen.

Ich nahm meine Diplomarbeit zum Anlass, mich besonders auf junge Menschen und deren Erkrankung an Asthma bronchiale zu spezialisieren.

Mein großer Dank gebührt Mag.^a Dr.ⁱⁿ Roswitha Engel für die fachliche Betreuung, ihren konstruktiven Anregungen bei der Bearbeitung meines Themas und ihrer unerschöpflichen Freundlichkeit und Mühe.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern Christa und Toni, die mir in den Jahren des Studiums stets ein Rückhalt waren und mir die vielen Erfahrungen, welche ich während des Studiums sammeln durfte, auch erst durch finanzielle Ressourcen möglich machten.

Danken möchte ich auch meinem Freund Martin, welcher mich in schwierigen Phasen unterstützte und begleitete.

Einleitung

Das Interesse an Beratung, im öffentlichen sowie im privaten Bereich, ist stark gestiegen. Das umfassende Aufgabengebiet der Beratung ist jedoch ein multidimensionaler Begriff, welcher auch klar definiert werden muss, denn Beratung rückt in den Mittelpunkt, als ein „expandierender, professioneller Arbeitsbereich“ (Engel, 2006, S. 10).

Kapitel 1 thematisiert in diesem Zusammenhang, dass sich diverse Disziplinen, wie die Disziplin Pflegewissenschaft, sich der Beratung annehmen und Theorien, Grundsätze und Bereiche von Beratung für die Pflegepraxis definieren.

Auch die Disziplin Pädagogik, welches in **Kapitel 2** erörtert wird, findet in Beratung ein Handlungsfeld und so wird Beratung sogar „zu den Grundformen pädagogischen Handelns“ gezählt (Engel, 2004, S. 103).

Die Gesundheitsberatung beispielsweise, welche in Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit als Handlungsfeld der Beratung in der Pflege definiert wird, kann weiters aus einer pädagogischen Sicht betrachtet werden. Dies könnte als Denkanstoß dienen, dass die Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft gemeinsame Zusammenhänge aufweisen und somit auch interdisziplinär – zu Gunsten der PatientInnen – kooperieren können.

Es zeigt sich, dass die Zusammenarbeit von BeraterInnen aus diversen Professionen in den letzten Jahren vermehrt zugenommen hat. Diese interdisziplinäre Arbeit ist bereits zu einem Merkmal von Qualität geworden (Mutzeck 2004, Beck 1991).

Ausschlaggebend für eine qualitativ hohe Beratung in der Pflege ist weiters, dass PatientInnen und ihr Leben mit einer chronischen Erkrankung individuell bedacht werden. Somit werden in **Kapitel 3** auch Konstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege erläutert. Dabei wird verwiesen, dass auch die Beratung mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche eine spezifische Herangehensweise benötigt, aufgrund der sozialen Konstellation der Beratung. Die jungen Menschen, welche in einem spezifischen sozialen Kontext leben, müssen aktiv in den Beratungsprozess

miteinbezogen werden und sind somit auch die ersten AnsprechpartnerInnen bei Belangen der Pflege.

Im Bereich der Pflegepraxis bedeutet dies allerdings eine große Herausforderung an die Pflegenden. Auch die Sichtweise, dass die Familie in den Beratungsprozess miteinbezogen werden soll, benötigt weitere Kompetenzen von den Pflegenden.

Beratungskonstellationen, wie die Familienberatung, die Angehörigenberatung und die empowermentorienteerte Beratung werden mittels Literaturquellen in Kapitel 3 näher analysiert.

Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit widmet sich einem breiten Handlungsfeld der Beratung in der Pflege: PatientInnen mit chronischen Erkrankungen. Die Prävalenzen von chronischen Erkrankungen nehmen in der Gesamtbevölkerung immer mehr zu. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter ist die Prävalenz von chronischen Erkrankungen hoch, „insgesamt bei etwa 10 %“ (zit. n. Wiedebusch et al., 1997, S.477) Dabei bedeutet die Diagnosestellung „chronische Erkrankung“ enorme Auswirkungen auf das gesamte Leben.

Insbesondere die soziale Entwicklung der jungen Menschen ist gefährdet bzw. eingeschränkt. Die Herausforderungen von jungen Menschen mit einer chronischen Erkrankung werden in der vorliegenden Arbeit näher thematisiert, sowie es werden Beratungsmodelle, einschließlich Pflegemodelle, für PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung dargestellt. Besonders wird auf eine chronische Erkrankung, Asthma bronchiale, näher eingegangen. Denn Asthma bronchiale zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen, vor allem im Kindes- und Jugendalter (vgl. Bauer et al., 2002, S.479).

Aus den beschriebenen Problemfeldern ergeben sich für die Arbeit folgende zentrale Fragestellungen:

1. Welche Begriffsvielfalt in Bezug auf die Thematik „Beratung“, insbesondere im Bereich der Pflege, existiert in der wissenschaftlichen Literatur?

-
2. Welche pflegebezogenen Beratungsbegriffe und –konzepte in den Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft existieren in der wissenschaftlichen Literatur?
 3. Gibt es diverse Zusammenhänge zwischen den Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft?
 4. Welche Beratungskonstellationen kommen in der Pflegepraxis der Gesundheits- und Krankenpflege zum Einsatz?
 5. Gibt es für die Beratungsarbeit mit Kindern und Jugendliche spezifische Herangehensweisen in der Kinder- und Jugendlichenpflege?
 6. Gibt es theoretische Grundlagen, wie Pflegemodelle, welche sich der Thematik des Lebens mit einer chronischen Erkrankung widmen?

Die gestellten Forschungsfragen werden mittels wissenschaftlicher Literaturquellen in der vorliegenden Arbeit näher beantwortet. Hierzu werden wissenschaftliche MitarbeiterInnen universitärer Einrichtungen bzw. AutorInnen wissenschaftlicher Literatur näher herangezogen.

Die Verfasserin verweist, dass in den folgenden Kapiteln, der einheitliche Begriff „PatientIn“ verwendet wird.

PatientIn bzw. PatientInnen gelten als Synonym für KlientInnen, KundInnen und weiteren Begriffen, welche in Zusammenhang mit Pflege auftreten werden (ausgenommen sind wörtliche Zitate).

1. Beratung in der Pflege

Im vorliegenden Kapitel wird der zentralen Fragestellung nachgegangen, welche Begriffsvielfalt in Bezug auf die Thematik „Beratung“, insbesondere im Bereich der Pflege, in der wissenschaftlichen Literatur existiert.

Mit Hilfe einer Recherche der wissenschaftlichen Literatur wird unter anderem ermittelt, welche theoretischen Grundlagen der Beratung in der Pflege zugrunde liegen, welche Beratungsgrundsätze von Nöten sind und in welchen Beratungsbereichen sie Einsatz finden.

Die pflegebezogenen Beratungsbegriffe und –konzepte im Kontext der Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft werden im nächsten Kapitel näher recherchiert.

1.1 Begriff Beratung

Es besteht die Notwendigkeit den schillernden weit reichenden Begriff von Beratung in der Pflege einzugrenzen.

Beratung ist sowohl in der menschlichen Kommunikation als auch im menschlichen Handeln alltäglicher Bestandteil und hat sich in bestimmten Berufsfeldern professionell etabliert.

Das umfassende Aufgabengebiet der Beratung ist ein multidimensionaler Begriff, der im Alltag ständig präsentiert wird.

Beratung rückt in den Mittelpunkt, als ein „expandierender, professioneller Arbeitsbereich“ (Engel, 2006, S. 10).

Von Beratung wird beim Kauf eines Gerätes, beim Kauf von Kleidung, bei der individuellen Beratung durch Verwandte und FreundInnen und auch bei der Beratung im professionellen Kontext, wie beispielsweise Gesundheitsberatung, Familienberatung oder Eheberatung gesprochen.

Die professionelle Pflege ist mit der Beratung untrennbar verbunden, seien es die verschiedenen Bereiche und Disziplinen bzw. die unterschiedlichen Berufsgruppen, die den Begriff der Beratung nutzen, wie beispielsweise Pflegeberatung,

Ernährungsberatung, pädagogische Beratung, Stillberatung, Inkontinenzberatung und viele mehr.

Vereinfacht wird „Beraten“ als „Rat geben, gemeinsam überlegen, beratschlagen, sich mit jemanden besprechen, sich versehen“ definiert (Duden, 1993, S.476-477).

Die Pflege distanziert sich jedoch von dieser Deutung. Einfacher scheint es nach TSCHUDIN (1998) den Begriff der Beratung so zu erklären, was er nicht ist, nämlich „Ratschläge geben, Informationen geben, trainieren, disziplinieren, leiten, empfehlen, überzeugen bzw. überreden, instruieren, analysieren“ (zit. n. Koch-Straube, 2008, S.66-67).

Es ist gemäß dem Zitieren von TSCHUDIN (1998) nicht davon auszugehen, dass sich Beratung keinesfalls eines Informierens bzw. Beratschlagens bedienen darf. Gerade diese Ansätze können zu einer Beratung führen und haben somit auch einen gewissen Stellenwert, besonders bei der Beratung in der Pflege.

Beratung in der Pflege ist durch Theorien, Konzepte, Modelle und durch die wissenschaftliche Forschung begründet, sodass zwar Grundbegriffe, wie Beratschlagen auftreten, doch dies zu simpel für eine Definition von Beratung wäre.

Beratung in der Pflege impliziert den Bedarf einer spezifischen Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegenden und meint keinesfalls eine einseitige Kommunikation - im Sinne eines strukturierten Gespräches seitens der BeraterInnen.

Die BRITISH ASSOCIATION OF COUNSELLING (1993) definiert den Begriff „Beratung“ folgendermaßen:

„Das übergeordnete Ziel der Beratung ist es, dem Klienten eine befriedigende und erfüllte Lebensweise zu ermöglichen. Der Begriff Beratung umfasst das Arbeiten mit Individuen, Paaren oder Gruppen, die oft, aber nicht immer als >Klienten< bezeichnet werden. Die Ziele der jeweiligen Beratungsbeziehungen variieren je nach den Bedürfnissen der Klienten. Beratung beschäftigt sich mit den Entwicklungsprozessen und kann darin spezifische Probleme ansprechen und lösen, Klienten darin unterstützen, Entscheidungen zu treffen, Krisen zu bewältigen, Einsicht und Wissen zu gewinnen, innere Konflikte zu bearbeiten, Beziehungen zu anderen zu verbessern. Die Rolle des/der BeraterIn ist es, die Arbeit des Klienten dergestalt zu erleichtern, dass die Werte des Klienten, seine persönliche Ressourcen

und die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, respektiert werden“ (zit. n. Koch-Straube, 2008, S.66).

Im englischen Sprachraum existieren die Begriffe Consulting und Counselling, welche in der deutschsprachigen Literatur mit „Beratung“ gleichgesetzt werden.

Bei Counselling wird mittels Beratung an komplexen Themen von PatientInnen gearbeitet, die Rat aufsuchen. Consulting entspricht einer Fachberatung (vgl. Reichel 2005, S.19; Engel 2006, S.36, Norwood 2002, S.47-48).

Es zeigt sich durch diese Differenzierung im englischsprachigen Raum, dass in unserem Sprachgebrauch zwei differenzierte Begriffe auf einen Terminus zusammengeführt werden.

Es besteht also auch hier der Bedarf, eine Ausdifferenzierung von Beratung im deutschsprachigen Raum vorzunehmen, um eine qualitativ gute Beratung mit der Klarheit einer Methode, einer Zielgruppe und einer Rolle des Beratenden manifestieren zu können.

Vorerst zusammengefasst: Beratung wird in der Alltagssprache einerseits in diversen Bereichen mit dem alltäglichen Leben in Verbindung gesetzt, wie Beratung beim Kauf von Kleidungsstücken. Andererseits wird der Beratungsbegriff in der wissenschaftlichen Literatur in diversen Bereichen bzw. Disziplinen genutzt, die inhaltlich jedoch kaum in eine allgemein gültige einzige Definition gefasst werden können. Interdisziplinäre Sichtweisen wären hier von Nöten, wie beispielsweise die psychosoziale Beratung Anhaltspunkte für die Definition von Beratung in der Pflege hat, jedoch ihre „Heimat“ (Koch-Straube, 2008, S.68) kann sie dort auch nicht finden.

1.1.1 Beratung in der Pflege – Begrifflichkeit und Abgrenzung

Bereits vor über 20 Jahren hat NESTMANN (1988) die Notwendigkeit von Beratung in der Pflege gesehen und erkannt, in dem er Pflegenden eine wichtige Rolle als alltägliche gesundheitliche und psychosoziale BeraterInnen und HelferInnen zuordnete. Sie geben emotionale Unterstützung („wise sisters“) und weiters besitzen Pflegenden, welche professionell beraten, Aufgabenfelder wie in Krisen verfügbar zu sein, praktisch hilfreich und Vorbild zu sein, die Betroffenen und ihre primären

Bezugspersonen weiterzubilden und die Umgebung zur Hilfe und Unterstützung zu mobilisieren.

Die Pflegenden werden zu beliebten KrisenhelferInnen, BeraterInnen am Krankenbett und HelferInnen in der Vor- und Nachsorge (vgl. Nestmann, 1988, S.142-143).

Die Verfasserin konzentriert sich somit bei der Recherche des Terminus „Beratung“ auf Beratung in der Pflege, einschließlich Gesundheitsberatung in der Pflege, und hat unter bestimmten Voraussetzungen nicht die Wortwahl Pflegeberatung gewählt.

Die Trennung ist insbesondere wichtig, da im deutschsprachigen Raum kein einheitlicher Begriff verwendet wird.

Begriffe wie Beratung in der Pflege, Pflegeberatung, PatientInnenedukation, PatientInnenschulung und PatientInnenanleitung werden je nach AutorInnen unterschiedlich verwendet und stehen oft in Konkurrenz zueinander.

Eine Präzisierung für diese Arbeit ist deshalb unumgänglich und wichtig, sodass eine genaue und qualitative Recherche und Auseinandersetzung stattfinden kann.

In der pflegebezogenen Beratungsliteratur wird zwischen den Begriffen (a) Pflegeberatung und (b) Beratung in der Pflege und (c) PatientInnenedukation unterschieden.

Beratung in der Pflege wird in der Literatur als ein neues Handlungsfeld der Pflege beschrieben und „durch ein zunehmend veränderndes Aufgabenfeld begründet und legitimiert“ (Mertin/Müller/Beier, 2005, S.2).

Nach OLBRICH (1995) formuliert der/die PatientIn aufgrund der gegebenen Situation „seine Anfragen an die Pflegekraft. Diese Anfragen umfassen alle Bereiche des Lebens, von der intimsten Sphäre bis zur Arbeitswelt und Partnerschaft. Denn Veränderungen im Gesundheits- und Krankengeschehen reichen einschließlich Existenz – und Sinnfragen weit“ (Olbrich, 1995, S.295).

Beratung in der Pflege umfasst somit im Unterschied zu Pflegeberatung beide Subjekte, die in einer Interaktion bei der Beratung vorkommen: Pflegende und PatientInnen.

Weiters ist zu differenzieren, dass Pflegeberatung sich in den alltäglichen Pflegehandlungen manifestiert und Beratung in der Pflege, welche in einem professionellen Kontext stattfindet, im Gesundheitswesen durch den speziellen Auftrag an Pflegende eine professionelle Beratung durchzuführen, eingeleitet wird.

Es handelt sich um eine professionelle Beratung, welche dann erforderlich ist, wenn die individuelle Fähigkeit des einzelnen Individuum nicht mehr ausreicht, eine Situation mit krisenhaften Elementen lösen bzw. bewältigen zu können.

Nach ZEGELIN-ABT und HUNEKE (1999) wäre ohnehin der Terminus „Beratung in der Pflege“ vom Terminus „Pflegeberatung“ zu trennen.

Pflegeberatung ist laut den AutorInnen jene Beratung, die sich „spezifisch im Handlungsfeld Pflege“ befindet und „sich mit den Fragen der direkten Pflege befasst“ (vgl. Zegelin-Abt und Huneke, 1999, S. 18; Lay, 2001, S.196).

Die Eingrenzung meint, dass die Pflegenden mit den PatientInnen gemeinsam ein Problem kommunizieren, um eine Lösung, die beidseitig entstanden ist, zu finden. Im Falle des Begriffes „Beratung in der Pflege“ sei laut den AutorInnen nicht mehr von direkter Pflege die Rede, da sich Beratung in einem Pflegeteam, als TrainerIn/VermittlerIn bzw. im Krankenhaus als ProzessbegleiterIn ausdrücke (vgl. Zegelin-Abt, Huneke, 1999, S.16).

Diese Überlegung ist jedoch kritisch zu betrachten, wenn man bedenkt, dass es sich hier um keine Fachberatung mehr handeln kann, wenn sich die Beratungstätigkeit ausschließlich auf die direkte Pflege beschränkt.

LAY (2001) meint, dass wesentliche Merkmale professioneller Beratung bei der „Beratung in der direkten Pflege“ fehlen. Methodische Kenntnisse und Fähigkeiten zum Thema „Beratung“ bzw. eine fundierte Ausbildung fehlen. Weiters ist die Reflexion des Beratungsprozesses, insbesondere die Heranziehung von theoretischen Konzepten aus anderen Disziplinen von großem Nutzen (vgl. Lay, 2001, S.196).

Multidisziplinäre und interdisziplinäre Beratung wird bei der Pflegeberatung außen vor gelassen, sodass die Frage besteht, ob denn Pflegeberatung, welche sich ausschließlich auf „Fragen der direkten Pflege“ (vgl. Zegelin-Abt, Huneke, 1999, S.18) bezieht, als zukunftsorientiert anzusehen ist?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen, die sich der Beratung bedienen, ist wichtig. Genauso bedeutend ist die Abgrenzung zu den einzelnen

Disziplinen, sodass sich die Pflegenden nicht in der Rolle eines/einer Universalwissenden befinden.

Ziel der Beratung in der Pflege ist es, aus den verschiedenen Alternativen und Möglichkeiten jene Lösung für die PatientInnen zu finden, die individuell passt.

Bei der Suche nach der passenden Lösung ist ein hohes Maß an Reflexion und auch an Fachwissen gefragt, da Pflegendе bzw. BeraterInnen immer wieder eine ganz spezifisch individuelle Lösung finden müssen, die auf die jeweilige Person passt.

Das Lösen von der eigenen Disziplin ist notwendig, denn bei der Suche nach der passenden Lösung ist es erforderlich sich den passenden Fachdisziplinen zu bedienen.

Handelt es sich bei einer Gesundheitsberatung um vegetarische PatientInnen und der bestehenden Problematik des Fleischkonsums, so muss von den Pflegenden/BeraterInnen auch dieser Aspekt mitbedacht werden, um eine zufrieden stellende Lösung für die PatientInnen zu finden.

FALTERMAIER (2004) beschreibt, dass somit beispielsweise psychologische, pädagogische oder psychosoziale Beratungsmethoden gefragt wären. PatientInnen könnte insbesondere durch Unterstützungen psychosozialer Art bei akuten bzw. chronischen Erkrankungen wesentlich geholfen werden (vgl. Faltermaier, 2004, S.1065-1066).

Insbesondere die Pädagogik hat Überschneidungen mit der Beratung der Pflege vorzuweisen, welches in Kapitel 2 näher recherchiert wird.

Beratend tätig zu sein ist ein Aufgabengebiet der Pflegenden.

Wichtig erscheint es der Verfasserin nun Beratung von Erziehung zu trennen.

Es ist von PatientInnenbildung, PatientInnenschulung, PatientInnenberatung bzw. Gesundheitserziehung die Rede, die vorwiegend versucht, dass sich die PatientInnen der Umgebung bzw. auch den Erfordernissen der Krankheiten anpassen, ohne Berücksichtigung des individuellen Charakters der einzelnen PatientInnen.

Ganz wichtig erscheint es der Verfasserin hier zu vermerken, dass die PatientInnenbildung durchaus eine Wichtigkeit besitzt, doch wird die Ressourcenförderung, welche unabdingbar bei der Gesundheitsförderung ist, in diesen Konzepten vernachlässigt.

In der Regel umfassen PatientInnenschulungsprogramme sechs zentrale Komponenten, wie

- (1) Aufklärung,
- (2) Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und zur Bewältigung mit dem Ziel der Verbesserung der Therapiemotivation und -mitarbeit (Compliance),
- (3) Sensibilisierung der Körperwahrnehmung,
- (4) Vermittlung von Selbstmanagement-Kompetenzen mit dem Ziel der Verbesserung der Einnahmetechnik von Arzneimitteln und der Anwendung von Hilfsmitteln,
- (5) Maßnahmen zur Sekundärprävention und
- (6) den Erwerb sozialer Kompetenzen und Mobilisierung sozialer Unterstützung (vgl. Petermann, 1997, S. 3-4).

SCHMIDT und DLUGOSCH (1997) meinen, dass Begriffe, in denen die „Erziehung“ von PatientInnen im Zentrum stehen, sehr problematisch seien, da die Sicht von PatientInnen entsteht, welche unfrei und möglicherweise unmündig sind. Denn Empowerment wird im Rahmen einer PatientInnenschulung kaum angestrebt (vgl. Schmidt, Dlugosch, 1997, S.23).

Die PatientInnen sollen primär motiviert werden, mehr Eigenverantwortlichkeit in der Bewältigung ihrer Krankheit zu erwerben.

Der Begriff der PatientInnenedukation bzw. PatientInnenschulung fokussiert auf den kranken Menschen, sodass das Salutogeneseprinzip von Antonovsky, welches den gesunden Menschen fokussiert, hier keine Einzugsmöglichkeit findet.

Einher mit diesen Maßnahmen und dem Fokus auf den kranken Menschen geht die Kostenreduktion im Gesundheitssystem, welche als vorrangig betrachtet wird.

Die Berücksichtigung der einzelnen Individuen ist gemindert und vorab steht die PatientInnen-Compliance mit ihren Ausprägungen im Vordergrund einer PatientInnenschulung bzw. einer PatientInnenberatung.

Eine Berücksichtigung der Biographie ist jedoch in der Beratung der Pflege von großer Wichtigkeit (vgl. Darmann-Finck, Sahm, 2006, S.289-292).

1.2 Beratungstheorien

Es besteht eine Vielzahl von Beratungskonzepten und es fällt schwer sich auf einige für die Analyse von Beratung in der Pflege zu beschränken.

Insbesondere fällt es für die Berufsgruppen schwer, sich auf eine einzige Theorie, mit ihren Modellen und Methoden zu beschränken.

TSCHUDIN (1990) meint dazu, dass es nicht darauf ankomme, welches Modell angewendet wird, solange den PatientInnen geholfen wird (vgl. Tschudin, 1990, S.60).

Beratung benötigt jedoch Transparenz und dafür werden Theorien, Modelle und Konzepte benötigt, sodass eine Nachvollziehbarkeit und Verstehbarkeit für die PatientInnen gegeben ist.

Da Beratung in der Pflege ein breites Einsatzgebiet hat, gibt es hier die Notwendigkeit, dass auch unterschiedliche Beratungstheorien herangezogen werden.

Im Folgenden wird die Ottawa-Charta als Grundlegung der Gesundheitsberatung dargestellt, sowie die klientenzentrierte und personenzentrierte Beratung nach Rogers und die systemische Beratung als theoretischer Erklärungshintergrund für das Beratungshandeln.

1.2.1 Die Ottawa-Charta 1986

Einen der Grundsteine für Beratung im Rahmen der Gesundheitsförderung legte die OTTAWA-Charta zur Gesundheitsförderung im Auftrag der WHO am 21. November 1986.¹

Durch den Anstieg der Gesundheitserwartungen der Öffentlichkeit, war es erforderlich eine Antwort zu leisten und somit stellte die WHO die Forderung einer

¹ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German; Zugriff am 23.03.2009, 14:25

Gesundheitsförderung auf, welche die Menschen dazu befähigen sollte, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu bekommen.

Gesundheitsförderung ist nicht als eine andere Facette der Prävention oder sogar als identisch mit ihr zu sehen, sondern Gesundheitsförderung setzt an Ressourcen an, welche zu fördern und zu aktivieren sind. Das Ziel ist die Gewinnung bzw. die Steigerung von Wohlbefinden und Gesundheit. „Das zugrunde liegende Modell ist das Salutogenesemodell“ (Altgeld/Kolip, 2004, S.41).

Bei der Etablierung der Gesundheitsförderung hat wie bereits erwähnt die WHO eine wichtige Rolle eingenommen, insbesondere hat sie einen erwähnenswerten Beitrag zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit geleistet.

Der Bedarf an Beratung, um Gesundheitsförderung durchzusetzen und die einzelnen Individuen bzw. die Bevölkerung zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, ist erkennbar.

Einer professionellen Gesundheitsberatung wird hiermit der Weg geebnet, welche jedoch auch nur dann sinnvoll ist, wenn sie einen eigenen Platz mit eigenen Aufgabenprofilen und Qualitätsanforderungen gefunden bzw. entwickelt hat.

Gesundheitsberatung lässt sich laut SUDITU (2001) in das Schema von primäre, sekundäre und tertiäre Gesundheitsberatung unterteilen.

Insbesondere die primäre Gesundheitsberatung trifft auf die Forderung der OTTAWA-CHARTA 1986 zu, wo die präventive Vorsorge gemeint ist, welche darauf abzielt, dass sich die Menschen vor möglichen Krankheiten schützen und ihre Lebensweisen ändern.

Primäre Gesundheitsberatung setzt dort an, wo sich die Menschen befinden, wie in Schulen bzw. am Arbeitsplatz. Die Vermittlung passiert beispielsweise durch Massenmedien. Indem die Zielgruppe mehr Selbstbestimmung über ihre Gesundheit erlangt, kann sie auch etwas für die Stärkung ihrer Gesundheit tun.

Falls dies nicht mehr möglich ist, tritt die sekundäre Gesundheitsberatung ein, welche fordert, dass Menschen ihre Krankheit in einem frühen Stadium erkennen um Maßnahmen und Interventionen in Anspruch zu nehmen, sodass ein Fortschreiten der Krankheit verhindert bzw. gelindert wird.

Die tertiäre Gesundheitsberatung richtet sich an Betroffene, die die Krankheit direkt erleben, sowie Angehörige bzw. Bezugspersonen.

Es wird versucht jene Personen über Dienstleistungen, vorliegende Krankheiten bzw. Behandlungen aufzuklären (vgl. Suditu, 2001, S.16).

Bei der Gesundheitsförderung der WHO-Charta 1986 wird von einer holistischen Sichtweise des Wohlbefindens ausgegangen, sodass körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden nur dann gelingen kann, wenn man den Individuen und den Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen lässt, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnimmt und sie somit auch ihre Umwelt verändern bzw. bewältigen können.

Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als „wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens“ bezeichnet (WHO/ Ottawa-Charta 1986)².

Alltägliches Leben findet dort statt wo die Menschen leben und ihre Umwelt erleben, das heißt in der täglichen Arbeit, im Privaten, wie in der Liebe, beim lebenslangen Lernen, bei dem Erziehen der Kinder und vieles mehr.

Gesundheit wird demnach durch die Sorge für sich und andere charakterisiert. Somit kann das Setting der Gesundheitsförderung nur dort sein, wo Sozialräume sind bzw. mit dem Ziel versehen sein, kein abstraktes Konstrukt zu sein (vgl. Altgeld, Kolip, 2004, S.42-43).

Die Menschen und ihre soziale Umwelt sind jedoch stetigem Wandel unterworfen, sodass die Handlungsfelder der Ottawa-Charta, wie die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten, darauf ausgerichtet sein müssen, dass die stetig sich verändernde Umwelt (Lebenswelten, Arbeitswelten und Freizeitwelten) einen Einfluss auf die Menschen und deren Gesundheit hat.

Gesundheitsförderung nimmt sich als Ziel, eine „systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt“ (vgl. Ottawa-Charta, 1986)³ zu schaffen und dies auch mit aktivem Handeln zur positiven Einflussnahme auf die Gesundheit und Umwelt zu transformieren.

Weiters müssen gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen geschaffen werden, bei denen Selbstbestimmung, Mitbestellung, Teilhabe, Teilnahme bei

² http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German; Zugriff am 23.03.2009, 16:00

³ http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German; Zugriff am 23.03.2009, 09:15

Gesundheitsveranstaltungen durch einen leichteren Zugang zu Informationen, finanziellen Unterstützungen und Lernmöglichkeiten gefördert werden soll.

Mit dieser Forderung einher geht die Entwicklung von persönlichen Kompetenzen. Das Individuum soll animiert werden, lebenslang zu lernen bzw. durch Gesundheitsförderung befähigt werden, mit verschiedenen Abschnitten des Lebens, (zB Leben mit einer chronischen Krankheit) umgehen zu können.

Die Neuorientierung der Gesundheitsdienste ist ebenso eine Forderung, welche verlangt, dass alle MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens mit der intensiven Förderung von Gesundheit befasst sind.

1.2.1.1 Das Konzept der Salutogenese

Der Ansatz der WHO Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung wird wie bereits erwähnt im theoretischen Rahmen der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1987) gesehen.

Vorerst ist in der Literatur hinsichtlich der Beratung von zwei Sichtweisen die Rede:

„Pathogenetisch orientierte Beratung“: Beratung, die sich auf die Reaktionen von Krankheit bezieht (vgl. Engel, 2006, S.35).

„Salutogenetisch orientierte Beratung“: Beratung, die sich nicht auf die Ursachen, die die Menschen krank macht bezieht, sondern es besteht die Absicht „nach schöpferischen Kräften zu suchen, die seelische und körperliche Gesundheit ermöglichen“ (Nothdurft, 2008, S.388).

Das Streben nach Gesundheit, das Finden von Ressourcen, um mit dieser Krankheit umgehen bzw. leben zu können, ist wichtiger, als die Ursachenforschung der Krankheit. So beschreibt ANTONOVSKY (1997) drei Konstrukte, welche das Konzept der Salutogenese beschreiben:

- (1) „Gesundheits-/Krankheitskontinuum,
- (2) generalisierte Widerstandsressourcen und

(3) das Kohärenzgefühl“ (zit.n. Engel, 2006, S.46-47).

Das pathogenetische Modell fragt danach, was die Menschen krank macht und begreift Krankheit als die Abwesenheit von Gesundheit. Dieses Verständnis wird jedoch abgelöst durch das salutogenetische Modell.

Die salutogenetische Orientierung führt dazu, dass die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank zu verwerfen ist, und einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum Platz gibt.

Im salutogenetischen Modell werden Krankheit und Tod als notwendige Bestandteile des Lebens gesehen, denn Gesundheit ist das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung des Individuums mit inneren Bedürfnissen und äußeren Anforderungen. Gesundheit wird als eine Norm betrachtet, sodass Krankheit als eine Abweichung von dieser Norm zu definieren ist.

Für die psychische Gesundheit spielt das Konzept der Salutogenese eine bedeutende Rolle. Antonvosky hat dies auf die relativ gute Verfassung von Frauen bezogen, die die Qualen in Konzentrationslagern überstanden hatten (vgl. Lorenz, 2004, S.29-33).

Nach ANTONOVSKY (1997) wird auf Copingressourcen ein Hauptaugenmerk gelegt, sodass Stressoren nicht mehr reduziert werden sollten, sondern sie sollen als allgegenwärtig angesehen werden, wobei die Konsequenzen von Stressoren auch als gesund gelten können (vgl. Antonovsky, 1997, S.30).

Antonovsky (1997) nennt den Begriff der generalisierten Widerstandsressourcen, welche durch das Wirksamwerden von spezifischen Ressourcen in allen Lebenslagen gekennzeichnet sind und auch als Widerstandskräfte verstanden werden können. Sie sollen den Menschen dazu befähigen, die Spannungen zu bewältigen, ohne in eine Stressbelastung zu geraten (vgl. Engel, 2006, S.46-47, Lorenz 2004, S.34-35, Antonvosky 1997, S.43-46).

Die Relevanz für den Bereich der Pflege kann man insbesondere in den Widerstandsressourcen finden, die durch gezielte Mobilisierung von Ressourcen entstehen. Eine Ressourcenorientierung im Beratungsprozess ist demnach erforderlich.

Auch ein Verständnis über das „Gesundheits- und Krankheitskontinuum“ ist für den Beratungsprozess im Bereich der Pflege bedeutsam. Für die Praxis bedeutet dies, dass jeder Mensch, auch wenn er krank ist, ebenso gesunde Anteile in sich trägt (vgl. Engel 2006, S.46).

Das Kohärenzgefühl („sense of coherence“ SOC) basiert auf einer Untersuchung von Antonovsky an Frauen in ihrer Menopause, die die Qualen in den nationalsozialistischen Konzentrationslagern überlebt hatten. Sie konnten trotz der Qualen eine stabile gesundheitliche Verfassung aufweisen.

Antonovsky fand heraus, dass die Überlebenden durch „allgemeine Widerstandsfähigkeit“ über „heilsame Ressourcen“ bzw. „heilsame Faktoren“ verfügten (vgl. Lorenz, 2004, S.36).

So definiert ANTONOVSKY (1997) das Kohärenzgefühl wie folgt:

Das Kohärenzgefühl „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauen hat, dass

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“ (Antonovsky, 1997, S.36).

Durch ein starkes Kohärenzgefühl und verfügbaren Ressourcen, kann man internen und externen Anforderungen gezielt begegnen und sie als Herausforderung sehen, deren Anstrengung sich bezahlt macht.

Das Kohärenzgefühl ist als eine Grundhaltung zu verstehen, wobei drei Komponenten von zentraler Bedeutung sind ((vgl. Antonovsky 1997, S.34, S.38; Lorenz 2004, S.37; Engel 2006 S. 47; Kolip, Wydler, Abel, 2000, S.14; Schiffer 2001, S.28-29):

- Verstehbarkeit,
- Handhabbarkeit und
- Sinnhaftigkeit/Bedeutsamkeit.

Verstehbarkeit meint, dass das Problem zuerst zu erkennen und zu definieren ist, sodass dann an eine konkrete Bewältigung gedacht werden kann.

Die Handhabbarkeit beinhaltet die Bewältigung des Problems bzw. das Vertrauen in die generelle Lösbarkeit. Dies steht in Abhängigkeit mit den verfügbaren Ressourcen und ist mit dem Gefühl begleitet, dass mit der Verfügbarkeit das Problem lösbar ist.

Die Bedeutsamkeit nach Antonovsky orientiert sich an einem emotionalen Sinn, der Lebenseinstellung. Diese Komponente sieht Antonovsky als die Wesentlichste überhaupt an, da bei guter Ausprägung der Mensch schwierige Lagen als lebenswert und die Schwierigkeiten zur menschlichen Existenz gehörend betrachtet (vgl. Lorenz, 2004, S.37-38).

Das Individuum steht im Mittelpunkt des salutogenetischen Ansatzes, welcher aber nach HÖRMANN (2004) zwei voneinander getrennte Erfahrungswelten von Gesundheit und Krankheit verwendet, nämlich einerseits die Laienwelt, die in Traditionen und erworbenem Wissen von „überlieferten Kategorien denkt“ (Hörmann, 2004, S. 172).

Andererseits das Fachwissen, welches eine reichhaltige Krankheitslehre auf erfahrungswissenschaftlicher Grundlage beinhaltet (vgl. Hörmann, 2004, S.172).

Vorerst wird versucht, die Probleme, Fragen und Anliegen mit Hilfe dieser Laienwelt bzw. dem „informellen sozialen Netzwerk“ (Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.22) zu lösen. Auch gesundheitliche Probleme werden mit Hilfe der Bezugspersonen gelöst.

Das Fachwissen, wird „lediglich als Ergänzung des Laiensystems“ (Hörmann, 2004, S. 173) betrachtet, da erst die Selbstdiagnose der PatientInnen bzw. von vorhandenen Bezugspersonen den Weg zum professionellen Fachwissen bzw. Gesundheitssystem ebnet.

Eine Subjektorientierung in der Gesundheitsberatung sollte mit dem Ziel behaftet sein, dass die Pflegenden bzw. BeraterInnen die PatientInnen als „bewusst und aktiv handelnde Akteure wahrnehmen, ihre Vorstellungen und Kompetenzen ernst nehmen und mit ihnen im Prozess der Beratung arbeiten“ (Faltermaier, 2004, S.1070). PatientInnen nehmen oft erst dann professionelle Beratung in Anspruch, wenn ihr persönliches Umfeld nicht mehr angemessen helfen kann oder wenn man

ohnehin einsam lebt und keine entsprechenden Ansprechpersonen zur Verfügung hat.

Auch durch das Eingreifen und das Vermitteln Dritter kommt formelle Beratung zustande (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, S.22).

Zielgruppen einer Gesundheitsberatung können demnach gesunde Menschen mit Gesundheitsmotivation oder Menschen in spezifischen Lebensphasen mit Gesundheitsproblemen sein. Ebenso findet Gesundheitsberatung Einsatz bei Menschen mit psychosomatischen Symptomen und bei Risikogruppen, wie RaucherInnen. Akut erkrankte Menschen in der Rehabilitationsphase, kranke Menschen mit einer chronischen Krankheit sowie Multiplikatoren der Gesundheitsförderung sind weitere Interessenten der Gesundheitsberatung (vgl. Faltermaier, 2004, S. 1072).

1.2.2 Systemische Beratung

Die systemische Beratung beschäftigt sich mit Beschreibungen einzelner Personen zu einer vorliegenden problematischen Verhaltensweise.

Die Ausgangslage ist, dass nicht das Individuum gestört oder krank ist, sondern die Beziehung zu und innerhalb der Familie.

Die „Allgemeine Systemtheorie“ versteht unter dem Terminus System ein strukturiertes Ganzes, dessen Teile nach bestimmten Regeln und Prinzipien in Verbindung sind (vgl. Engel, 2005 S.28-30).

VERNOOIJ (2007) ist der Ansicht, dass die Struktur eines System gebildet bzw. in Balance gehalten wird durch explizite und implizite (unausgesprochene) Regeln (vgl. Vernooij, 2007, S.59). Insbesondere das Aufdecken von unausgesprochenen Regeln kann für den Bereich der Pflege bedeutend sein. Einerseits können diese unausgesprochenen Regeln im System Familie verordnet sein, wo durch die oft enge Beziehung zwischen PatientInnen und Familie Strukturen existieren, welche auch oft mit nicht ausgesprochenen Vorstellungen, Wünschen, Erwartungen gekoppelt sind. Diese werden oft aufgrund mangelndem Selbstbewusstsein bzw. auch Angst vor den Reaktionen nicht ausgesprochen. Oft verdrängen alte Menschen Gefühle und Wünsche und sprechen sie aufgrund unangenehmer und bedrohlicher Affekte nicht aus.

Andererseits gibt es auch implizite Regeln im System Gesundheitswesen, welche nur durch vorherige Aufdeckung veränderbar bzw. sichtbar werden.

Die Tradition der systemischen Beratung gibt Aufschluss darüber, dass das Individuum für die Störung innerhalb der Familie verantwortlich war. Diagnosen, welche für das Individuum gestellt wurden, nahmen Bezug auf die Familie bzw. das ganze System.

Aus den PatientInnen wurden „Symptomträger“ (Slunecko, Sonneck, 1999, S.252) gemacht, womit auf die Störung des gesamten Systems hingedeutet wurde, wie beispielsweise auf die „Alkoholiker-Familie“.

Das heutige Systemverständnis geht nicht mehr von dieser Sichtweise aus, dieser Ansatz muss als gescheitert angesehen werden. Auch deshalb, weil sich Angehörige der PatientInnen „eine derartige Abqualifizierung nicht gefallen lassen“ (Slunecko, Sonneck, 1999, S.253).

Systemische Beratung beschäftigt sich mit Beschreibung einzelner Personen zum genannten Problem.

Das systemische Verständnis bzw. Therapieverständnis bedeutet:

- (1) Wirklichkeit wird subjektiv erzeugt bzw. Wirklichkeit entsteht im Verlauf von Beschreibungen von BeobachterInnen.
- (2) Ein soziales System besteht aus Kommunikationen zu einem Thema.
- (3) Jedes Handeln hat mehr nicht-intendierte Wirkungen als intendierte.
- (4) Das Ziel ist die Auflösung des Problemsystems, durch einen neuen Diskurs.
- (5) PatientInnen sollten so geholfen werden, dass diese beispielsweise die Situation verändern und daraus eine Lösung entwickeln können.

Als Problem wird eine negativ bewertete Situation von den PatientInnen definiert, welche veränderungsbedürftig bzw. veränderungsfähig ist. Die Kompetenz liegt somit bei den PatientInnen, welche die Suche bzw. das Herbeiführen einer Lösung meistern muss.

Das Finden einer Problemdefinition mit den PatientInnen gemeinsam, stellt sich für BeraterInnen oft schwieriger heraus, als es scheint.

Folgende Variablen können dabei beachtet werden:

- Verlangt das Problem therapeutische Kompetenz?
- Ist die Beschreibung des Problems konkret genug, um dessen Behebung zu erkennen?

-
- Ist ein Auftrag zur Veränderung da bzw. ist die Veränderung ein Anliegen der PatientInnen?
 - Ist ein Ende der Therapie absehbar?

Kommen mehrere Personen zur Therapie, müssen diese Variablen, insbesondere das Anliegen und der Auftrag einzeln befragt werden. Demnach orientiert sich auch das Tempo und das Maß der Veränderung bzw. über das Ende der Therapie.

Insbesondere die Präzisierung des Auftrages der PatientInnen erhöht den Auftrag des Erfolges (vgl. Slunecko, Sonneck, 1999, S.266-268; Engel 2005, S.30-31).

Nach SIEKENDICK, ENGEL und NESTMANN (2008) richtet sich die Aufmerksamkeit des systemischen Blicks darauf, wie sich die Interaktion zwischen Personen gestaltet und welche individuellen Beziehungsdefinitionen damit behaftet sind. Wenig interessant ist, weshalb sie dieses tun. Geschehnisse in der Vergangenheit bzw. zurückliegende Erfahrungen spielen in der Systemtheorie kaum eine Rolle (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.185).

Für den Bereich Pflege und deren Beratungssituation ist es bedeutend, dass der Systemhintergrund des zu Beratenden einzubeziehen ist. „Verhaltensänderungen sind nicht unter individuellen sondern unter Systemgesichtspunkten anzubahnen.[...] Jede Verhaltensänderung eines Systemmitglieds führt zu Dynamiken innerhalb des Systems, von positiver Strukturveränderung, problematischen Strukturschwankungen bis hin zum Zerschlagen des Systems (z.B. im System Familie)“ (Vernooij, 2007, S.60).

Von Pflegenden wird insbesondere in der Situation „Zerschlagen des Systems“ erwartet, dass sie Empathie, Verständnis und Hilfsbereitschaft ausstrahlen. Oft verbinden PatientInnen auch Pflegenden mit Angehörigen, von denen sie diese Eigenschaften und Fähigkeiten erwarten.

Insbesondere in der Familienberatung kann das Konzept der systemischen Beratung einen wichtigen und schützenden Stellenwert annehmen (siehe Kapitel 3).

1.2.3 Klientenzentrierte Beratung

Beratung auf der Grundlage klientenzentrierter Beratung nach Rogers richtet sich voranging auf die gefühlsmäßigen Anteile einer Problemsituation, wobei bestimmte Anteile, wie Wertschätzung, Echtheit/Kongruenz sowie Empathie als zentral gesehen werden.

Für Rogers hat die subjektive, in eigener Weise erlebte und bewusste Welt des Individuums genügend Informationsgehalt, sodass die klassische Psychoanalyse keinen Einzug erhält.

Die Persönlichkeitsstruktur des Menschen wird in zwei Aspekte unterteilt, dem Organismus und dem Selbst.

Der Organismus ist der „Ort aller Erfahrungen und allen Erlebens des inneren Kern der menschlichen Persönlichkeit“ (Engel, 2006, S.18) und beinhaltet die Begriffe „Erleben“ und „Erfahren“, welche sich auf physiologisch bedingte Gefühle (zB Hunger), zwischenmenschliche Gegebenheiten und bewusste Gedächtnisinhalte früherer Ereignisse zielen.

Der Körper ist nicht Teil der Persönlichkeit, ist weiters vom Organismus zu unterschieden und umschließt nicht bewusstseinsfähige Vorgänge.

Der zweite Aspekt der Persönlichkeit ist das Selbst, welches Objekte und Erfahrungen aus seiner Umwelt wahrnimmt und diesem eine Bedeutung beimisst. Dazu gehören auch Gefühle, Fähigkeiten und Wertvorstellungen, sowie Wunschvorstellungen, welche eine Person von sich selbst hat. Das Ausmaß dieser Übereinstimmung zwischen Wunsch und Realität gehört zu den wichtigsten Prozessvariablen in der Beratung (vgl. Rehtien 1998, S. 40-41; Engel, 2006, S.18-19).

Diese Beratungstheorie findet in der Praxis bzw. in verschiedenen Arbeitsbereichen, wie auch der Pflege, große Akzeptanz.

Dies liegt primär an der Beratungsbeziehung zwischen PatientInnen und BeraterInnen. Im Mittelpunkt steht der Mensch und nicht die BeraterInnen, die Belehrungen aussprechen, Ratschläge erteilen oder ermahnen.

Eine Abwehrhaltung der PatientInnen würde nicht der klientenzentrierten Beratung entsprechen. Die PatientInnen sollen ihre Energien dafür einsetzen, dass sie in sich

gehen und sich selbst tiefer erforschen, sodass sie Seiten an sich akzeptieren, die sie vorher als Bedrohung empfunden haben.

Im Beratungsgespräch in der klientenzentrierten Beratung nach Rogers bemühen sich die BeraterInnen, die von PatientInnen direkt oder indirekt ausgedrückten Erlebnisinhalte zu erfassen, zu verstehen und dies dann konkret in Worte zu fassen. Die Wertschätzung, welche eine Abwehrhaltung von PatientInnen verhindern soll, muss glaubhaft ausgedrückt werden. Die BeraterInnen müssen kongruent sein.

Der Prozess der Selbstexploration, das Ziel der klientenzentrierten Beratung, also dem Erkennen der mit dem Problem verbundenen Gefühle und die Beseitigung der dadurch entstandenen Blockierung, benötigt in der Beratungsbeziehung Offenheit und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst.

Die Beziehung zwischen PatientIn und BeraterIn stellt die Brücke zu jeglichen Interventionen dar!

Die klientenzentrierte Beratung kann als eine Möglichkeit für die Gesundheitsförderung und für das Gelingen von sozialem Wohlbefinden in unserer komplexen Welt verstanden werden.

Der Beratungsansatz der klientenzentrierten Beratung geht davon aus, dass die Menschen direkt auf Impulse des eigenen Organismus und des Umfeldes reagieren. Sie wird als Entscheidungshilfe, zielorientierte Problem-, Konflikt- und lebensereignisbezogene Krisenbewältigungshilfe verstanden (vgl. Straumann, 2004, S.641-642).

Insbesondere in der Gesundheitsberatung kann die klientenzentrierte Beratung Einsatz finden, da durch den Anspruch, dass man das individuelle Wohlbefinden stärkt auch die Führung eines gesunden Lebens garantiert sein könnte. Fehlende Handlungs- und Lösungskompetenzen sind vorderrangig Verursacher von Stressbedingungen, die die Menschen überfordern und zu Blockierungen führen.

In der Pflegepraxis kann die klientenzentrierte Beratung in Situationen, die die Menschen überfordern, ihren Einsatz finden. Situationsbezogenes Handeln seitens der Pflegenden wäre hier erforderlich, jedoch kann dieser Beratungsansatz auch in der Langzeitpflege als eine aktivierende, aufarbeitende, empowermentorientierte personenbezogene Theorie und Hilfe verstanden werden.

Die klientenzentrierte Beratung kann dann zum Einsatz kommen, wenn die Grenzen von Ratschlägen, Empfehlungen und Wissensvermittlungen erfahrbar werden. Wenn BeraterInnen das Gefühl haben, dass die PatientInnen Empfehlungen und Ratschläge nicht aufgreifen, kann klientenzentrierte Beratung mit Hilfe der Einbeziehung von individuellen und ganz persönlichen auf die PatientInnen gerichteten Aktivierungshilfen Hilfe leisten.

Notwendig ist in diesem Fall, dass die PatientInnen sich selbst als Person erleben, welche sich aktuell in schwierig zu bewältigenden Situationen befindet (Straumann, 2004, S.645).

Die Leistung von Motivationsarbeit, sodass ein Vertrauen in die Leistungen von pflegerischen und medizinischen Fachkräften gegeben ist, ist wichtig. Dafür muss Transparenz den PatientInnen gegenüber gegeben sein, die durch Klärung und bereitwillige Hilfe passieren kann.

1.3 Beratungsgrundsätze

Beratung ist demnach eine Leistung der Pflegenden, die in einem professionellen Rahmen in Form einer Dyade zwischen dem/der einzelnen PatientIn und der/dem Pflegenden zum Einsatz kommt.

Dafür sind Beratungsgrundsätze erforderlich, die nicht „explizite Ziele jedes einzelnen Beratungsprozesses“ sind, vielmehr werden sie „nach individueller Problemsituation des Patienten als zusätzliche Perspektive in die Beratung eingebettet“ (Engel, 2006, S.34).

Folgende Beratungsgrundsätze gelten im Bereich der Pflege als relevant:

- (1) Ressourcenorientierung,
- (2) Lösungsorientierung,
- (3) Präventionsorientierung,
- (4) Gesundheitsförderungsorientierung und
- (5) die Interaktionsorientierung (vgl. Engel, 2006, S. 34-35).

Die Ressourcenorientierung geht davon aus, dass PatientInnen über Ressourcen verfügen, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit haben können.

Ressourcenorientierung, statt Defizitorientierung, postuliert SIEKENDICK, ENGEL und NESTMANN (2008) und meint damit, dass der positive Bestand und die Entwicklungsmöglichkeiten von persönlichen Ressourcen und Kontextressourcen, welche sich in der Lebensführung bzw. bei der Alltags- und Krisenbewältigung aufhalten, bei der ressourcenorientierten Beratung in den Mittelpunkt rücken. Die Ressourcenorientierung wird dabei als ein ergänzendes Element in der Beratung zu verstehen.

Die Suche nach dem potentiell ausgleichenden, bewältigungsförderlichen, kompensativen Gegengewicht schaffenden Ressourcen ist vordergründig und ist gekoppelt mit dem Erkennen von Ressourcen in Krisen bzw. bei Belastungen (vgl. Engel 2006, S.40; Siekendick, Engel, Nestmann 2008, S.215).

Lösungsorientierte Beratung setzt sich zum Ziel, eine gemeinsame zufrieden stellende Lösungsfindung von Pflegenden und PatientInnen im Beratungsprozess zu erreichen.

Der „Problemraum“ wird bei der lösungsorientierten Beratung nur kurz thematisiert, sodass der Fokus auf Lösungsmöglichkeiten gelegt werden kann. Problem und Lösung sind als unabhängig zu sehen, sodass die Beratung von Anfang an mit dem Ziel versehen ist, Lösungen in einem gemeinsamen Prozess mit den PatientInnen zu entwickeln. Sich in Problemzusammenhängen zu verlieren, soll vermieden werden (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.88-90; Engel, 2006, S.43; Bamberger 2001, S.20).

SIEKENDICK, ENGEL und NESTMANN (2008) meinen dazu, dass PatientInnen mit dem Aufsuchen der Beratung bereits den ersten Schritt in Richtung Lösung getan haben (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.88).

Präventionsorientierung richtet sich danach vorbeugend auf die Vermeidung von möglichen krank machenden Faktoren, welche zum Beispiel ein Pflegeproblem verursachen können.

Prävention wird unterteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

Bei der primären Prävention ist das Ziel, Risikofaktoren und das Verhalten der Zielgruppe durch einen vorbeugenden Ansatz zu beeinflussen bzw. die Inzidenz bestimmter Krankheiten zu senken.

Adressanten primärpräventiver Maßnahmen sind Gesunde oder zumindest Personen ohne manifeste Symptomatik (vgl. Leppin, 2004, S.32).

Die Sekundärprävention richtet sich an einzelne Menschen bzw. an Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel, der Krankheitsfrüherkennung und der Krankheitseindämmung. Durch diagnostische Verfahren (zB Massen-Screenings) und therapeutischen Eingreifen kann der Fortschritt einer Krankheit verhindert bzw. abgeschwächt werden (vgl. Leppin, 2004, S.32).

Tertiäre Prävention kommt dann zum Einsatz, wenn sich eine Krankheit bereits manifestiert hat, und versucht wird, die Konsequenzen der Krankheit in ihrer Intensität zu mildern. Weiters umschließt die tertiäre Prävention die Verhütung von Rückfällen oder Folgeerkrankungen.

Die Begriffsüberschneidung mit der medizinisch-therapeutischen Behandlung und der Rehabilitation ist als problematisch anzusehen (Leppin, 2004, S.32; Engel 2006, S.45; Siekendick, Engel, Nestmann 2008, S.64).

Bei der Gesundheitsförderungsorientierung werden salutogenetische Faktoren in der Beratung gefördert, welche im Rahmen des Konzeptes „Salutogenese“ von Aaron Antonovsky (1923-1964) begründet liegen.

Das „Konzept der Salutogenese“ mit dem Konstrukt des Kohärenzgefühles, welches als Kernstück des Konzepts zählt, bringt Antonovsky eine individuelle psychologische Einflussgröße auf Gesundheit zum Ausdruck (siehe Kapitel 1.2.1.1.).

Bei der Interaktionsorientierung ist von Bedeutung die „Wirkkraft der durch Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung getragenen zwischenmenschlichen Beziehung“ (Engel, 2006, S.35). Auch hier bei der Interaktionsorientierung ist das Heranziehen des „Konzept der Salutogenese“ wertvoll (Engel, 2006, S.34).

1.3.1 Beratungskompetenzen und Qualifikationen

Von den BeraterInnen wird einerseits pflegerelevantes Wissen, andererseits Kompetenzen hinsichtlich der Beratungsfunktion verlangt.

HORNSTEIN (1976) verweist darauf, „dass Beratung als kommunikativer und problemlösender Prozess durch seine Institutionalisierung Gefahr laufen kann, zu einem restriktiven Prozess zu werden, der die Unmittelbarkeit der Lebenswelt ausgrenzt und sie dem beruflichen Selbstverständnis der BeraterInnen sowie deren inhaltlichen Orientierungen unterordnet (zit. n. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.40).

Pflegende haben oft nicht die benötigten Kompetenzen, um Beratung in der Pflege qualitativ ausführen zu können. Pflegende fühlen sich deshalb in ihrer Rolle als BeraterInnen bzw. in der Beratungssituation unwohl.

Diese Nähe, welche die Pflegende mit ihren PatientInnen haben, ist ein weiterer Grund dafür, dass sie sich unsicher fühlen. Weiters besteht die Befürchtung, dass das Wissen nicht ausreicht, welches den PatientInnen vermittelt wird oder die Angst besteht, etwas Falsches zu sagen bzw. mitzuteilen.

Deshalb findet sich Beratung oft nicht in einem professionellen Kontext wieder, sondern im Zusammenhang mit „Alltagsrat“, „nicht professionelle Beratung“ und der „semi-professionellen Beratung“ (Lay, 2001, S. 195).

Zufällige Situationen werden genützt um Beratung in der Pflege durchzuführen. Derweil wird hier nicht der professionelle Kontext berücksichtigt, sondern die Beratung fließt in pflegerische Handlungen mit ein und passiert nur am Rande. Beratung wird nur beiläufig und unbewusst wahrgenommen.

An Anlehnung an LAY (2001) wird Beratung in der Pflege nebenbei geleistet und wird nicht in ihrem eigentlichen Zweck geleistet (vgl. Lay, 2001, S.200).

Professionelle Beratung würde sich einerseits durch die fundierte Ausbildung in dem Themengebiet Beratung auszeichnen und andererseits durch den Beratungsprozess, den die BeraterInnen selbst, beispielsweise in einer Supervision reflektieren.

Die verschiedenen Richtungen der Beratung, die die BeraterInnen je nach Person und Situation auf eine individuelle Weise gestalten sollten bleiben hier

unberücksichtigt (vgl. Lay, 2001, S.195). Die Methode und das Ziel der Beratung stehen nicht im Vordergrund, insbesondere deshalb weil die benötigten Kompetenzen nicht als solche wahrgenommen werden.

Grenzen des Wissens in der Beratung ist in diesem Zusammenhang gemeint. Deshalb benötigen Pflegende gewisse Kompetenzen, welche ihnen in ihrer täglichen Arbeit in der Praxis helfen. Die Bereitschaft Kompetenzen zu erwerben ist gekoppelt mit dem Mut zum lebenslangen Lernen.

1.3.1.1 Beratungskompetenzen nach LAY (2001)

LAY (2001) schlägt vier Kompetenzen vor, welche dem Beratungsbereich der Pflege zugeordnet sind:

- (1) Selbstkompetenz,
- (2) Feldkompetenz,
- (3) Systemische Kompetenz und
- (4) Methodenkompetenz (vgl. Lay, 2001, S. 197).

Selbstkompetenz ist verwoben mit der Reflexion seitens BeraterInnen und Pflegenden. Persönliche Erlebnisse, Abwehrmechanismen, Kommunikationsstile, Beratungsstile, sowie auch Nähe und Distanz sind Thema dieser Reflexion. Dies ist nach OLBRICH (1995) ein „kontinuierlicher Lernprozess, der die ganze Person umfasst und die Fähigkeit zur Eigenreflexion ausbildet“ (vgl. Olbrich, 1995, S.296).

Die Feldkompetenz besteht dann, wenn die BeraterInnen das Feld aus eigenen Erfahrungen kennen, jedoch sollte dies nicht zum Hindernis werden, wenn unreflektiert Problemlösungsmuster dadurch zum Einsatz kommen. Das Einschalten von anderen BeraterInnen ist hier miteinbegriffen.

Systemische Kompetenz ist charakterisiert durch Informationsnetze und Kooperationsnetze, sodass die BeraterInnen immer in Systemen mit anderen Personen arbeiten. Ebenso leben die PatientInnen in sozialen Systemen, in die sie eingebunden sind.

Methodenkompetenz umschließt das Gestalten von Beratungssettings, didaktisch-methodische Fähigkeiten sowie die unterschiedlichen Facetten der BeraterInnenrolle in den verschiedenen Settings und Phasen der Beratung (vgl. Lay, 2001, S.197).

1.3.1.2 Beratungskompetenzen nach BENNER (2000)

BENNER (2000) hat eine Studie „From Novice to Expert“ durchgeführt, in der Interviews mit erfahrenen und weniger erfahrenen Pflegenden sowie Beobachtungen thematisiert werden. Die Autorin wandte das Modell der Brüder Dreyfus, welches ein Modell des stufenweisen Kompetenzerwerbs beinhaltet, auf den Bereich der Krankenpflege an und demzufolge durchläuft ein Lernender beim Erwerben und Vertiefen von Kompetenzen fünf verschiedene Leistungsstufen:

- (1) Neuling,
- (2) Fortgeschrittener/fortgeschrittene AnfängerIn,
- (3) Kompetent,
- (4) Erfahren und
- (5) Expertenstufe (vgl. Benner, 2000, S.35).

Der Neuling wird über Situationen belehrt, indem man Informationen zu objektiven Attributen, wie Gewicht oder Flüssigkeitsaufnahmen gibt. Unflexibles und eingeschränktes regelgeleitetes Verhalten zeichnen den Neuling aus.

„Das Handeln vollzieht sich innerhalb von Routine und den vorgefundenen Regeln und Normen. Es werden keine Bezüge außerhalb der auszuführenden Pflegemaßnahmen hergestellt“ (Olbrich, 2005, S.9).

Der/die fortgeschrittene AnfängerIn dagegen hat schon gewisse Mindestanforderungen und kann sich bereits Situationen bewusst werden.

Der/die kompetente Pflegende arbeitet bereits zwei bis drei Jahre und kann Handlungen und längerfristige Pläne und Ziele ausrichten, über deren Bedeutung er sich bewusst ist. Er/sie arbeitet zwar noch nicht so schnell und flexibel wie der/die erfahrene Pflegende, jedoch effizient und organisiert.

Der/die erfahrene Pflegende nimmt Situationen als Ganzes und nicht mehr als einzelne Aspekte, wie der/die fortgeschrittene AnfängerIn bzw. der/die kompetente Pflegende wahr. Das Handeln wird von Maximen geleitet, sodass Situationen aufgrund früherer Erfahrungen spontan begriffen werden.

OLBRICH (2005) würde hier von situativ-beurteilendes Handeln sprechen, wo Bezüge, wie PatientInnen in ihrer Person, ihrem Umfeld bzw. die Pflegemaßnahmen als solches in die Handlung miteinbezogen werden (vgl. Olbrich 2005, S.9-10).

Der/die PflegeexpertIn ist nicht mehr auf Analysen angewiesen, wie Regeln, Richtlinien oder Maximen, sondern der/die PflegeexpertIn kann aufgrund seines/ihrer Erfahrungsschatzes Situationen intuitiv erfassen und direkt den Kern des Problems erkennen. Analysen jedoch kommen auch bei ihm/ihr zum Einsatz, wenn alternative Perspektiven nicht mehr zur Verfügung stehen (vgl. Benner, 2000, S.35-53).

Nach OLBRICH (2005) umfasst der/die PflegeexpertIn vier Dimensionen des Handelns, wie oben bereits erwähnt: das regelgeleitete und das situativ-beurteilende Handeln, sowie das reflektierte und aktiv-ethische Handeln.

Nicht das Handeln alleine führt zu Kompetenz, sondern das Wissen, welches in der richtigen Anwendung in Bezug zur Situation und zu den Personen getätigt wird, ist entscheidend (vgl. Olbrich, 2005, S.9-10).

Somit lässt sich Kompetenz nach OLBRICH (2005) als ein Zusammenwirken verschiedener Komponenten in einer Person definieren. In jeder Situation wird die Kompetenz neu gestaltet, sodass Kompetenz auch nicht messbar ist und immer in Bezug auf etwas steht (vgl. Olbrich, 2005, S.11).

1.3.1.3 Handlungskompetenzen

Beratung ist ein Arbeitsbündnis zwischen Pflegenden und PatientInnen, wobei: „das Selbstbestimmungsrecht des Klienten ist Ausgangspunkt der professionellen Beziehung“ (Koch-Straube, 2008, S.217).

Es stellt eine schwierige Aufgabe dar, die verbunden ist mit viel Kraft, mit langer Dauer, mit Aushandeln, mit dem Finden einer Balance und mit der Entdeckung von Neuem.

Beratung ist somit ein Prozess, der PatientInneninformationssysteme wie

- Informieren,
- Anleitung und
- Aufmerksamkeit mit einbezieht, doch nicht ausschließlich diese drei Aktivitäten machen eine gelungene Beratung aus.

Informieren bedeutet die Vermittlung von Wissen, welches die Pflegenden den PatientInnen über ihre Krankheit und den Verläufen ihrer Krankheit geben.

Nach SUDITU (2001), „ein oberflächliches Versorgen mit Fakten ohne Diskussionsmöglichkeiten (z.B.: schriftliche Informationen, kurze Auskünfte) (Suditu, 2001, S.16).

Die Gleichberechtigung beider Seiten in der Beratung ist als Orientierung gedacht, stellt somit „keinen erreichbaren Zustand“ dar, „sondern ein Bemühen, im vielfältigen Spiel der Kräfte und Einflüsse auf den Beratungsprozess bis an die Grenzen des Möglichen zu gehen“ (Koch-Straube, 2008, S.81).

Anleitung beinhaltet die Vermittlung von pflegerischen Tätigkeiten, welche bei einer Interaktion zwischen PatientInnen und Pflegenden passiert.

Die PatientInnen bekommen beispielsweise eine Anleitung, wie sie sich wieder selbst waschen können.

Aufmerksamkeit wird im Sinne von einer Begegnung erteilt, die zwischen Pflegenden und PatientInnen hervortritt. Es wird Verständnis für die schwierige Krise der PatientInnen gezeigt bzw. Mut zugesprochen. PatientInnen sollen sich mit ihren Sorgen verstanden fühlen.

Weiters gibt es eine Typologie von Beratungsvorgängen hinsichtlich Problemerkennungsfelder und den Lösungsangeboten.

Das Kontinuum der unten dargestellten Beratungsvorgänge reicht von Information/Orientierung, Deutung und Klärung von Alltagsbewältigung, Beziehung und den Auswirkungen der Pflegesituation auf die BeraterInnen bis zu Handlung und Bewältigung, wo Handlungskompetenzen abverlangt werden.

Insbesondere die Lösungsangebote „Handlung und Bewältigung“ zielen auf Handlungskompetenzen hin, deren Erwerb benötigt wird zur

- Durchführung,
- zur Gestaltung und zur
- Stressbewältigung/Verhaltensmodifikation.

Zu den Handlungskompetenzen gehören nicht nur Know-how und Expertenwissen um Beratung in der Pflege qualitativ gut durchzuführen zu können. Vielmehr benötigen die Pflegenden sensible Fähigkeiten um eine Beratungs- und Pflegebeziehung zwischen ihnen und den PatientInnen und Angehörigen aufbauen zu können. Des Weiteren sind Kenntnisse über Theorien, Modelle, Konzepte, Methoden und Fertigkeiten von Nöten, um Verhaltensmodifikationen bei Menschen mit seelischen und körperlichen Störungen herbeizuführen. Die Pflegenden benötigen resultierend betrachtet ein umfassendes Kompetenzprofil.

Abb.1: Typologien von Beratungsvorgängen

	Problemerkennungsfelder		
Lösungsangebote	Alltagsbewältigung	Beziehung	Eigene Person
Information Orientierung	Typ 1 Sachberatung zur Durchführung der Pflege, zu Pflegematerialien, zu Rechts- und Versicherungsfragen	Typ 2 Informationen zu Auswirkungen z.B. einer häuslichen Pflege auf Beziehung innerhalb der Familie	Typ 3 Beratung über die Notwendigkeit und die Möglichkeit des Umgangs mit eigenen Ressourcen des Pflegenden
Deutung und Klärung	Typ 4 Klärung des bisher wenig durchschauten Bereiches der ambulanten Pflege	Typ 5 Erörtern und Verstehen der eigenen Beziehungsdynamik zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen sowie Familienmitgliedern	Typ 6 Klärung der Auswirkungen der Pflegesituation auf die persönliche Situation des Pflegenden
Handlung und Bewältigung	Typ 7 Erwerb von Handlungskompetenzen zur Durchführung der Pflege, zum effektiven Umgang mit Behörden in allen Pflegefragen	Typ 8 Erwerb von Handlungskompetenzen zur Gestaltung von Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigen sowie Familienmitgliedern	Typ 9 Erwerb von Handlungskompetenzen zur Stressbewältigung, Verhaltensmodifikation bei seelischen und körperlichen Störungen

Quelle: SCHNEIDER et al. 2003, S.4 (eigene Darstellung)

Für die Pflege, so wie sie hier verstanden wird, zählen Maßnahmen zur Unterstützung, zur Selbsthilfe, zum Kennenlernen der Krankheit und der Situation für die PatientInnen. Die Pflegenden können die individuelle und subjektive Bedeutung der Krankheit für die PatientInnen und deren Leben trotzdem nicht gänzlich nachvollziehen. Gerade diesen Aspekt der „[...] subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, seine Ideen darüber, wie im eigenen Leben Sinn zu verleihen sei, [...]“ (Koch-Straube 2008, S.80) ist integraler Baustein von Beratung. Beratungskompetenz ist auch hier abverlangt, welche auch explizites Lernen voraussetzt, sowie das Eingehen auf individuelle Menschen mit individuellen Wünschen, Vorstellungen und Erwartungen.

Qualifikationen der BeraterInnen in der Pflege werden in der Literatur nicht näher definiert. Gemein ist zwar allen AutorInnen, dass Beratung Bestandteil der pflegerischen Tätigkeiten sein sollte, doch die Qualifikationen, welche die Pflegenden aufweisen bzw. welche Ausbildungen sie durchlaufen müssen, um diese zu gewinnen, gibt es kaum.

Qualifikationen in den Gesundheitswissenschaften und in der Gesundheitsförderung sind Voraussetzung für GesundheitsberaterInnen und ihren Tätigkeitsbereichen. Auch spezielle Kompetenzen in der psychosozialen Beratung sind erforderlich.

Für den Erwerb dieser Qualifikationen würde laut FALTERMAIER (2004, S.1065) „ein Hochschulstudium in einem gesundheitsnahen Fach bzw. ein gesundheitswissenschaftlich orientiertes Ergänzungsstudium“ dienen.

1.4 Beratungsbereiche

Aufgrund der breiten Beratungsanforderung werden bereits hauptamtliche Stellen geschaffen (in Deutschland), die durch BeraterInnen in der Pflege abgedeckt werden.

OLBRICH (1995) formuliert folgende Beratungsbereiche, welche im Bereich der Pflege zum Einsatz kommen:

- Angehörigenberatung,
- SchülerInnenanleitung,

-
- Kollegiale Beratung,
 - Personalführung/Entwicklung,
 - Qualitätssicherung und
 - Expertenwissen (vgl. Olbrich, 1995, S.296).

Angehörigenberatung und die inkludierte und steigende Kompetenz, welche mit einhergeht und insbesondere mit den Erwartungen der Angehörigen gekoppelt ist, wird von BeraterInnen durchgeführt. Die Angehörigenberatung hat einen besonderen Stellenwert bei den Beratungsbereichen, da sie einen großen Teil im Bereich der Pflege einnimmt.

SchülerInnenanleitung und die Bedeutung dieser Beratung liegt darin, dass durch „die Qualifizierung des beruflichen Nachwuchses Neuentwicklungen in der Pflege zu erreichen sind“ (Olbrich, 1995, S.296).

Kollegiale Beratung wird innerhalb des Berufes geleistet, sie soll insbesondere zur Professionalisierung beitragen.

Personalführung und Entwicklung bedarf unabdingbar Beratungsqualifikationen.

Qualitätssicherung sollte neben Beurteilung und Kontrollfunktion auch zwingend die Beratungskompetenz umschließen.

PflegeexpertInnen, PflegeberaterInnen sind notwendig, da das Wissen inzwischen immens umfangreich ist, sodass ExpertInnen gefragt sind (vgl. Olbrich, 1995, S. 296).

HULKERS und NIEDERER-FREI (1997) definierten aufgrund einer Studie zur Ergründung des Aktionsfeldes der BeraterInnen sieben Beratungskategorien:

- (1) Coaching,
- (2) Fachberatung,
- (3) Fallberatungen,
- (4) Lehrberatungen,

-
- (5) Lernberatungen,
 - (6) Projektberatungen und
 - (7) Prozessberatungen (vgl. Hulschers, Niederer-Frei, 1997, S.82).

Coaching beinhaltet das zufällige oder geplante Einzelgespräch von Führungspersonen aller hierarchischen Ebenen, zur Unterstützung des Aufgabenbereiches und zur Anregung zur Reflexion.

Fachberatungen (in Arbeitsteams in der Pflegepraxis) beschäftigen sich mit der Unterstützung der fachlichen Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen von Themen der Pflege im Alltag (z.B. Schmerz, Krise).

Bei Fallberatungen (in Kleingruppen in der Pflegepraxis) wird eine konkrete Pflegesituation der PatientInnen reflektiert, um die Pflegenden mit dem Team zu fördern und zu unterstützen.

Lehrberatung gilt für Berufsgruppen, welche eine Lehrtätigkeit ausüben. Es werden methodisch/didaktische Fragen geklärt, beispielsweise das Lehren von Fähigkeiten bei Menschen, welche Rat suchen.

Lernberatung (Mentoring) unterstützt Auszubildende in ihren fachlichen, personalen und sozialen Kompetenzen (zB bei dem Theorie-Praxis-Transfer).

Projektberatungen setzen sich zum Ziel, dass BeraterInnen ihr Fachwissen bzw. bestimmte Anliegen einer Projektleitung/Projektgruppe unterstützend vertreten (zB bei Themen wie <<Die Pflegepraxis als Lernort>>).

Prozessberatungen von Teams (Teamentwicklung) haben die Aufgabe, ihre Arbeit laut Leitbildern und Qualitätsstandards weiterzuentwickeln (vgl. Hulschers, Niederer-Frei, 1997, S.83).

Dieser Vielfalt an Fragestellungen kann eine Berufsgruppe alleine nicht begegnen. Beratung, welche durch die Pflegenden durchgeführt wird, kann nicht ihre Qualität

erreichen, wenn es doch bei der Beratung um zeitintensive Unterstützung und Prozesse der Veränderung bzw. des Verstehens geht. Beratung in der Pflege muss aufgrund ihrer Beratungsvielfalt die Möglichkeit bedenken – beispielsweise mit der Disziplin Pädagogik – zusammenzuarbeiten, um eine qualitativ hohe und vor allem individuelle Beratung für die PatientInnen zu erreichen. Die Beratung in der Pflege hat zahlreiche Überschneidungen zu anderen Berufsfeldern und Wissenschaftsdisziplinen, unter anderem mit der Pädagogik.

Konzepte, Ziele und Methoden der Disziplinen unterscheiden sich voneinander, sodass die pädagogische Beratung selbstverständlich nicht ausreichend für das Berufsfeld der Pflege sein kann.

2. Beratung in der Disziplin Pädagogik

Im folgenden Kapitel werden von der Verfasserin pflegebezogene Beratungsbegriffe und -konzepte im Kontext der Disziplinen Pädagogik und Pflegewissenschaft beschrieben.

Durch die universitären Umbenennungen (z.B. Universität Wien) von Erziehungswissenschaften auf Erziehungswissenschaft und nun auf Bildungswissenschaft wird im Folgenden der Terminus „Pädagogik“ als Synonym für die verschiedenen Begriffe und Benennungen dieser Disziplin einheitlich verwendet.

2.1 Rückblick: Beratung in der Disziplin Pädagogik

Beratung in den Erziehungswissenschaften bzw. in der Allgemeinen Pädagogik wird nach ENGEL (2004) „gar zu den Grundformen pädagogischen Handelns“ gezählt (Engel, 2004, S. 103). Diese Grundformen können als eine Selbstverständlichkeit angenommen werden können (vgl. Engel, 2005, S.103).

Die Literatur gibt jedoch Aufschluss darüber, dass zumeist psychologische sowie psychotherapeutische Definitionen von Beratung in die Pädagogik importiert werden und sich somit die Pädagogik Definitionen und Theorien bedient, die nicht aus pädagogischen Debatten stammen.

Die PädagogInnen üben Beratung aus, jedoch nicht die disziplinspezifische, sondern sie „entnehmen“ die Beratung und deren Methoden aus Nachbardisziplinen.

Humanwissenschaften, wie Psychologie, Philosophie und Soziologie werden genutzt und – wenn überhaupt - in eine pädagogische Perspektive transformiert.

Beratung in der Pädagogik bleibt, trotz der pädagogischen Perspektive, welche durchaus bestehen, Gegenstand der Nachbardisziplinen. Somit werden auch keine fruchtbaren Schritte Richtung Weiterentwicklung der Disziplin getan.

Der Gegenstand der Beratung in der Pädagogik muss mit Konzepten, Theorien und Modellen aus der Pädagogik vertreten sein – nur somit kann sich die Pädagogik auch aus den philosophischen Traditionen der Nachbardisziplinen, wie der

Psychologie bzw. der Psychotherapie, befreien und zu einer eigenständigen Wissenschaft kommen. Dass Nachbardiisziplinen, wie Soziologie und Psychologie genutzt werden, liegt auf der Hand. Immerhin hat sich die Pädagogik aus der praktischen Philosophie entwickelt und hat auch hier ihre Wurzeln.

Doch in weiten Teilen der Pädagogik macht sich bemerkbar, dass psychologische Theorien mit einer Selbstverständlichkeit angenommen werden.

„Das Interesse der Pädagogik für Psychologie ist zunächst die Suche nach günstigen Theorien“ meint OELKERS (2002, S.14) und spricht beispielsweise den Erkenntnisgewinn durch die Entwicklungspsychologie Piagets, durch die Tiefenpsychologie Freuds bzw. durch die Lernpsychologie Skinners an.

Auch der pädagogische Rückgriff auf Konzepte und Modelle von verschiedenen Nachbardiisziplinen, wie Soziologie, Politik, Ethik und praktischer Philosophie zeigt, dass sich die Pädagogik großer Orientierungsbereitschaft und entsprechender selektiver Verwendungsform bedient (vgl. Grell, 2000, S.409).

Weiters meint BAUER (2002), dass sich für jede pädagogische Konzeption eine dazu passende Psychologie findet. Pädagogische Psychologie beispielsweise wird als Theorie pädagogischer Praxis verstanden, wobei die pädagogische Psychologie es sich zur Aufgabe macht, Wissen der jeweiligen Praxis bereitzustellen (Bauer, 2002, S.46-55). Dies stößt jedoch auf heftige Kritik, denn die pädagogische Psychologie sollte sich als Hilfswissenschaft verstehen, die eigentlich im Dienste der Erkenntnis der Erziehung arbeitet (Bauer, 2002, S.55; Fischer, 1917, S. 112 &116).

OELKERS (2002) Antwort auf die Psychologisierung der Pädagogik ist nicht etwa, dass die Pädagogik in dieser Causa mit verstärkter Forschung oder Intensivierung der Wissenserzeugung entgegen treten soll. Denn dadurch würde sich das Transferproblem eher verstärken bzw. verlagern (vgl. Oelkers, 2002, S.12).

Theorien-Importe müssen aber nicht notwendigerweise zugleich zu einer Psychologisierung der Pädagogik führen, sondern es können unter Theorie-Importe auch Transformationen verstanden werden, das heißt Änderungen der Ausgangs – sowie der Zieldisziplin (Schluss, Sattler, 2001; Grell 2000).

SCHLUSS & SATTLER (2001) sehen die Überführung (später: Transformation) als Notwendigkeit, da die verschiedenen Einzelpraxien jeweils spezifische Erwartungen und Forderungen an die pädagogische Praxis herantragen. Dieses Denken und

Handeln nimmt zwar das Anliegen auf, „formuliert es jedoch nach den Prinzipien pädagogischen Denkens und Handels neu“ (Schluss, Sattler, 2001, S.177).

„Unter einer bildungs- und erziehungstheoretischen Fragestellung ist zwar der Ausgangszustand als ein je wahrgenommener bekannt, das Ziel besteht jedoch nicht einfach in der Anpassung an schon Gegebenes“ (Schluss, Sattler, 2001, S.183).

Nach GRELL (2000) fehlen der Pädagogik verbindlich Aufgabenbeschreibungen. Sie kann weder auf normative Texte, noch auf einen öffentlichen – rechtlichen Auftrag zurückgreifen. Sie muss ihr Verständnis dieser Aufgaben erzeugen, genauso wie die Reflexionsformen in denen sie diese thematisiert und konstruiert (vgl. Grell, 2000, S.419 – 420).

In diesem Zusammenhang tritt das ungelöste „Theorie-Praxis-Problem“ in der Pädagogik auf, das heißt ein intradisziplinäres Problem.

Es handelt nicht mehr um das „Bedienen“ einer anderen Disziplin, sondern die eigene Theorie steht im Konflikt mit der eigenen Praxis.

Mit dem Theorie-Praxis-Problem ist das konfliktreiche Verhältnis zwischen Theorie und Praxis gemeint. Wenn sich die Pädagogik zu sehr der notwendigen Relevanz von pädagogischen Theorien für die praktische Handlung anschließt, dann besteht die Annahme, dass sie sich für die Erzeugung von wissenschaftlichem Wissen nicht begeistern könne. Die Theorie soll Lösungen vorschlagen, doch dies ist eine falsche Erwartungshaltung. Die Einmaligkeit der menschlichen Subjekte und die unterschiedlichen Umwelten, welche die Persönlichkeiten in das soziale Leben miteinbeziehen, kann durch das Heranziehen von Theorien nicht bedacht werden. Wenn dies passiert, dann ist nicht mehr die Arbeit mit den Individuen bedeutend, sondern ein konkret pädagogischer Erfolg durch eine theoretische Grundlage tritt in den Vordergrund.

Dietrich BENNER (1992), bedeutender Pädagoge, spricht nicht zu Unrecht, wenn er meint, dass die Verständigung darüber, was unter pädagogischem Denken und Handeln zu verstehen ist, mit der Entwicklung der Pädagogik und der Erziehungspraxis nicht Schritt gehalten hat. Die Erziehungswissenschaften werden – auch sichtbar durch die Benennung der Plural-Form von Erziehungswissenschaft – von einer Vielzahl von Einzelwissenschaften zusammengehalten, und die Erziehungspraxis gliedert sich in mehr oder weniger professionellen Einzeltätigkeiten und Handlungsfeldern, welche kein gemeinsames Verständnis von Pädagogik haben (vgl. Benner, 1992, S. 284). Diese bedenkliche Diagnose wirft die Frage nach der

Handlungsrelevanz auf. Was ist Handlungsrelevanz, welches ständig postuliert wird, eigentlich?

Die Pädagogik hat Identitätsprobleme, wobei ein Kern des Problems darin liegt, wie die Differenz zwischen Theorie und Praxis aufgefasst wird. Die bruchlose Anwendung von Theorien auf die Praxis kann nicht gegeben sein. Wenn dies gemacht wird, dann kann die individuelle Arbeit an dem Individuum, welches die Pädagogik leisten soll, nicht gegeben sein. Die Wissenschaft muss theoretisch sein, was bedeutet, dass aus der die Wissenschaft bzw. deren Erkenntnisse keine Regeln, Normen bzw. Ratschläge abgeleitet werden können.

Die Forderung von BLANKERTZ (1978) nach „Handlungsrelevanz pädagogischer Theorie“ (1978, S. 171) muss zuerst relativiert werden.

GRELL (2000) meint dazu weiters, dass Forschungszweige, die sich mit der Verwendung von Wissen beschäftigen, sich erst herauszubilden beginnen (Grell, 2000, S.410).

2.2 Pädagogische Beratung

Auch auf die Beratung hat sich diese Entwicklung ausgewirkt, sodass in den siebziger Jahren der Versuch einer strukturellen Öffnung der Beratung, bei der insgesamt „alltagsnahe therapiekritische Ansätze gekennzeichnet durch Solidarität und Parteilichkeit, durch Klientenorientierung statt durch einer auf psychologischen und psychotherapeutischen Modellen basierenden Methoden- und Konzeptorientierung entstanden seien“ (Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.43).

Das heißt, man wendete sich nicht davon ab, was die Theorie für die Praxis leisten soll, sondern auch die Praxis machte den Versuch, sich aus der Psychotherapie und deren Traditionen zu lösen.

Jedoch gelungen ist die Transformation in die Praxis trotz des therapiekritischen Ansatzes nicht gänzlich, da auch die AbsolventInnen des Diplomstudiums Pädagogik nicht gefragt sind, im Vergleich zu ihren Kollegen.

In der Praxis scheint es, nach SIEKENDICK, ENGEL und NESTMANN (2008), so zu sein, dass zwar die DiplompädagogInnen in ihrer Disziplin die Beratungsdiskussion intensiv führen, doch in der Praxis nehmen die „Trägerorganisationen einerseits die billigeren SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen, andererseits die vorgeblich

besser diagnostisch wie auch methodisch-therapeutisch geschulten DiplompsychologInnen als Konkurrenz“ (Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.40).

Auch die Literaturrecherche ergab, dass zwar zahlreiche Publikationen zum Thema Beratung von verschiedenen Fachrichtungen der Pädagogik, wie Sonder- und Heilpädagogik, existieren. Doch kritische Kommentare hinsichtlich der theoretischen Grundlagen finden sich auch bei diesen, da häufig in den Publikationen nur psychotherapeutische Konzepte vorgestellt werden (vgl. Engel, 2004, S.106).

Das Verständnis von Beratung in der Pädagogik ist im folgenden Satz nach ENGEL (2004) kurz und prägnant zusammengefasst:

„Beratung ist trotzdem spätestens seit dieser Zeit [70er, Beratungsboom] zu einem festen Bestandteil pädagogischen Handelns geworden – mit welchem Beratungsverständnis, das blieb und bleibt jedoch weiterhin eine ungeklärte Frage.“ (Engel, 2004, S.108).

Die Geschichte gibt Aufschluss darüber, dass sich Beratung im Moment des Erziehungsgeschehens – im Vergleich zu den traditionellen Verhaltensweisen der ErzieherInnen – als „unpädagogisches“ Phänomen darstellt, so MOLLENHAUER (1965).

Er meint weiters, dass sich der/die Ratsuchende nicht in der Rolle des „Zöglings“ oder des/der „SchülerIn“ befindet, sondern als jemand, der den Erziehungsanspruch nur noch im begrenzten Sinne unterworfen ist. Der Autor spricht weiter, dass in den einschlägigen Veröffentlichungen kaum pädagogische Reflexionen über die pädagogische Struktur und Relevanz des Vorganges der Beratung zu finden sind (vgl. Mollenhauer, 1965, S. 25-26).

Dies ist womöglich auch ein Grund dafür, dass man sich auch nach dem Beratungsboom in den 70er Jahren weiterhin psychologischer sowie psychotherapeutischer Beratungsmodelle bedient hat.

Eine der ersten Fragen, welche hinsichtlich der Definition von pädagogischer Beratung auftritt, ist die, ob es sich bei der pädagogischen Beratung denn um eine eigenständige Beratung, in Abgrenzung von anderen Formen und Disziplinen handelt. Einerseits ist die Abgrenzung zur psychologischen bzw. therapeutisch orientierten Beratung klar, wenn behauptet wird, dass die Therapie darauf abzielt,

Normalität auf dem Hintergrund einer psychischen Störung wieder her zu stellen und sich die pädagogische Beratung der Unterstützung von Lernprozessen widmet (vgl. König, Bentler, Luchter 2005, S.120). Andererseits besteht die Annahme, dass sich das Problem der Ratsuchenden kaum in ein psychologisches, pädagogisches und medizinisches unterteilen lässt. Die Vertreter halten an der Trennung jedoch strikt fest (vgl. Dewe, Winterling 2005, S.132).

Beratung hat sich auch in der Disziplin Pädagogik selbst laut MUTZECK (2008) unterschiedlich etabliert. Einerseits ist Beratung als eine Form des erzieherischen Handelns zu sehen, bei der Bevormundung und Druck vermieden werden sollte. Andererseits ist Beratung ein pädagogisch – psychologischer Prozess, der sich der systematischen und verbindlichen Hilfe zur Bewältigung von Problemen widmet (vgl. Mutzeck, 2008, S.12-13).

Der Autor stellt fest, dass sich pädagogische Beratung, einschließlich der sonder- und sozialpädagogischen Beratung immer auch psychologischen Methoden bedient. Somit hat es einen Sinn, von pädagogisch – psychologischer Beratung zu sprechen (vgl. Mutzeck, 2008, S.16).

2.2.1 Handlungsfelder pädagogischer Beratung

Der Bedarf einer pädagogischen Beratung wird jedoch nicht bestritten und tritt durch die zunehmende Komplexität in der Gesellschaft, welche durch die Modernisierung hervorgerufen wird, in Kraft. Unterstützung, welche benötigt wird aufgrund von Orientierungsproblemen und Unsicherheiten, tritt in den Fokus.

Die Prozesse der Individualisierung und der Pluralisierung übermahlen die Menschen, die die Vielzahl an Informationen nicht mehr verarbeiten können.

Es wird deutlich, durch die unterschiedlichen Angebote von Beratung, dass allmählich in jedem Bereich des menschlichen Lebens Beratung angeboten wird bzw. auch die Nachfrage danach besteht.

In Hinsicht auf pädagogische Beratung besteht die Notwendigkeit dieser deshalb, da die familiären Lebensbedingungen, der Familienzusammenhalt, insbesondere die Familienstruktur, in der heutigen Gesellschaft nicht mehr intakt ist. Die Familienstruktur ist einem Wandel unterworfen und es existieren Zeiten, in denen

erzieherische Institutionen, wie beispielsweise die Schulen zum wichtigsten Partner für die Identitätsbildung von jungen Menschen werden.

Durch die Pluralisierung allerdings werden auch die Schulen insbesondere durch die Welt der Medien abgelöst. Deren Angebote können junge Menschen jedoch kaum einordnen und werden und wirken überfordert.

Es fällt ihnen schwerer, die Situation zu durchschauen bzw. „situationsgemäße Entscheidungen zu treffen, so daß hier „Beratung“ als Unterstützung von Entscheidungsprozessen durch einen Berater zusätzliche Sicherung geben kann“ (Hierdeis, 1996, S.121-122).

Beratung im pädagogischen Handlungsfeld kann auch dann ihren Einsatz finden,

1.) wenn es sich um das pädagogische bzw. erzieherische Handlungsfeld handelt, das heißt, wenn ein Beratungsbedarf in einem pädagogischen Handlungsfeld (z.B. Berufsauswahl junger Menschen auch bezüglich Studienorientierung, Beratung hinsichtlich familiärer Lebensformen, wie Ehe – und Familienberatung, in den beiden letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts insbesondere Beratung im Gesundheitswesen hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung) auftritt.

Eine gezielte Beratung wäre von Vorteil, welche sie sich beispielsweise auf die Identitätsbildung der jungen Menschen stützt und darauf konzentriert.

In den Bereichen Bildung und Erziehung findet pädagogische Beratung durchaus ihre eigenen disziplinspezifischen Aufgabenbereiche.

Mögliche Praxisfelder pädagogischer Beratung sind bei einer Studienberatung bzw. bei der Supervision, wo Lehrende und Lernende aufeinander treffen und voneinander Wissen annehmen (vgl. Dewe, Winterling 2005, S.131-132)

Weiters gibt es das Handlungsfeld der Familienberatung bzw. der Erziehungsberatung, wo Heranwachsende von Erwachsenen Hilfe annehmen bzw. Beratung suchen (vgl. Krause, Fittkau, Fuhr et.al., 2003, S.7).

2.) wenn es sich um die Gestaltung von Lernprozessen handelt, da das individuelle Lernen jedes Individuums durch bedürfnisabgestimmte Angebote gelenkt wird. Das Resultat dieses Beratungsfeldes ist offen und geschieht durch die Stärkung von Vertrauen und Selbstwert, und durch die Herstellung eines Bezuges von Sinn und Lebenszusammenhang des lernenden Individuums.

Die pädagogische Beratung zielt hier, sowie bei dem ersten Merkmal auf eine inhaltliche Dimension ab. Exemplarisch pädagogische Gegenstände, Handlungsfelder und die Lernprozesse werden umfasst (vgl. Dewe, Winterling 2005, S.131-132).

Ziel pädagogischer Beratung ist „die Ressourcen des/der Ratsuchenden zu entdecken zu aktivieren und weiter zu entwickeln“ (Krause, Fittkau, Fuhr, et.al., 2003, S.26).

Nach DEWE und WINTERLING (2005) handelt es sich hier nicht mehr um etwas Inhaltliches, sondern um Innerpsychisches, auf das mit psychologischen Interventionsformen Anspruch erhoben werden könnte (vgl. Dewe, Winterling, 2005, S.132).

3.) wenn Organisationsberatung bzw. Teamentwicklungsberatung im Vordergrund steht. Die gemeinsame Tätigkeit bzw. die Nutzung der Ressourcen des Einzelnen für das Team und die Organisation bilden den Fokus diesen Einsatzgebietes der pädagogischen Beratung (vgl. Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.7).

4.) Wenn das System, das heißt das Umfeld des Individuums, welches Rat sucht, in den Mittelpunkt rückt. Eine systemische Ausbildung der BeraterInnen wäre hier von Vorteil, die die belastende Situation durch erlernte Kenntnisse auflösen und auch andere Beratungsdienste bzw. Institutionen zur Hilfe ziehen können.

Nach den Autoren scheidet dieses Merkmal als Unterscheidungskriterium aus, denn es zeigt schlichtweg nur ein systematisches Paradigma, welches innerhalb der gesamten Beratungslandschaft Einzug gehalten hat.

Lediglich die inhaltliche Dimension von den Merkmalen eins und zwei, der Gegenstand, bleibt noch übrig (vgl. Dewe, Winterling, 2005, S.132).

Hier wird wieder deutlich, wo ein wesentlicher Unterschied zwischen Beratung und Therapie liegt.

Setzt Therapie bei der Behebung und Klärung von Defiziten an, so nimmt sich Beratung der Ressourcen bzw. der Ressourcenförderung an.

Ressourcenförderung beinhaltet die Identifizierung von Ressourcen, um dann den Einsatz bestimmter Ressourcen zu fördern, vorhandene Probleme zu lösen bzw. auch zukünftige Anforderungen zu bewältigen.

Geht es um die weiteren Ziele von Beratung in der Pädagogik, dann wird es hier sehr eng mit den Definitionen. Es werden in der Literatur nicht disziplinspezifische Ziele aufgezeigt, sondern jene, die Beratung allgemein bestimmen, wie Informationsbedarf geben, psychische Destabilisierung herstellen bzw. einen Beitrag zur Prävention leisten (vgl. Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.28).

Beratung wird von KRAUSE, FITTKAU und FUHR et al. (2003) zusammengefasst so bestimmt, dass Beratung nicht mehr ist „als eine Handlungsanleitung“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.29), welche Handlungsimpulse oder auch neue Sichtweisen anbietet.

Des Weiteren wird zunehmend Gesundheitsberatung in einer pädagogischen Sicht betrachtet bzw. sehen vermehrt AutorInnen pädagogischer Publikationen die Gesundheitsberatung aus einem pädagogischen Blickwinkel.

Gesundheitsberatung und deren Interventionen und Angebote zur Gesundheitsförderung, werden von unterschiedlichen Berufsgruppen abgedeckt und nach KRAUSE, FITTKAU und FUHR et al. (2003) meistern nicht wenige Absolventen von pädagogischen Studiengängen diese Aufgabe (vgl. Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.16).

2.2.2 Gesundheitsberatung aus pädagogischer Perspektive

ENGEL (2004) ist der Ansicht, dass pädagogische Diskurse auch bedeutend „für die Weiterführung von Beratung in sozialberuflichen, psychosozialen und gesundheitsberuflichen Handlungsfeldern“ sein könnten. (Engel, 2004, S.104).

Gesundheitsberatung, welche in Kapitel 1 als gesundheitsrelevantes Modell vorgestellt wurde, wird in diesem Kapitel als „neues Feld der pädagogischen Beratung“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.9) beansprucht und bietet somit den

Denkanstoß, dass zwischen diesen beiden Disziplinen (Pädagogik, Pflegewissenschaft bzw. Gesundheitswissenschaften) gewisse Zusammenhänge bestehen.

Pädagogische Beratung, einschließlich der Gesundheitsberatung, sollte sich nicht als einzige Aufgabe stellen, sich weit von Psychotherapie und Psychologie abzugrenzen. Vielmehr sollte die Möglichkeit ins Auge gefasst werden, „durch interdisziplinäre, methodisch offene und auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden zugeschnitten Konzepte“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.8) eine Angebotserweiterung für die Ratsuchenden und auch den BeraterInnen darzustellen.

Es wird deutlich, dass Beratung – ein schillernder und weit reichender Begriff – eine Kooperation von mehreren Berufsgruppen deutlich macht.

Es besteht somit die Notwendigkeit durch methodisch offene Zugänge eine individuell passende Beratungssituation für PatientInnen zu schaffen.

Die Probleme, welche der Klient bewältigen muss, werden im Gesundheitsberatungs-Gespräch thematisiert und in erster Linie handelt es sich um präventive Maßnahmen. Präventive Maßnahmen mit denen jedoch nicht aufgeklärt bzw. beraten wird, sondern nach KRAUSE, FITTKAU und FUHR et al. (2003) soll es darum gehen, „gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen zu beeinflussen und zu verändern,...“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.197).

Der Ansatz der Gesundheitsförderung und der Prävention bzw. der Erhalt des Wohlbefindens für die Gesundheitsberatung klingt zwar sehr simpel, ist jedoch ein entscheidender Prozess bzw. das entscheidende Aufgabenfeld bei der Gesundheitsberatung.

Die Kritik besteht jedoch darin, dass nicht ausschließlich PädagogInnen diese Gesundheitsberatung durchführen können.

Wie bereits im Kapitel 1 erwähnt, wird nach FALTERMAIR (2004) „ein Hochschulstudium in einem gesundheitsnahen Fach bzw. ein gesundheitswissenschaftlich orientiertes Ergänzungsstudium“ (Faltermair, 2004, S.1065) für die Qualifikationen der Gesundheitsberatung benötigt.

Es bleibt also die Frage offen, warum insbesondere PädagogInnen hoch qualifiziert für das Anforderungsprofil für Gesundheitsberatung seien.

Ein durchaus wichtiges Feld könnte die pädagogische Gesundheitsberatung, einschließlich Gesundheitsförderung, im Handlungsfeld Schule sein.

Schule ist ein pädagogisches Feld und hier könnten sich GesundheitsberaterInnen der Prävention widmen, wie beispielsweise zum Thema „Umgang mit Schul – und Leistungsstress.“ Auch KRAUSE, FITTKAU und FUHR et al. (2003) meinen, „die Schule ist der geeignete Raum, um Förderprogramme durchzusetzen“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.203).

Vorträge von GesundheitsberaterInnen, die Workshops für die SchülerInnen anbieten, wären hier eine Form, wie Gesundheitsberatung ihren pädagogischen Einsatz finden kann.

Beratung wird somit in institutionalisierter Form angeboten, die durch starke Organisierung und Gliederung behaftet ist.

Somit wäre garantiert, dass mehr junge Menschen dies bewusst erreicht, als wenn Workshops über Gesundheitsförderung in einer freiwilligen Form angeboten werden.

Die Schulungen können nicht nur für SchülerInnen gelten, sondern auch für LehrerInnen bzw. PädagogInnen, die dann den Schulungen nachgelagert mit den SchülerInnen gesundheitsfördernde Maßnahmen wirken lassen können.

2.2.2.1 Erziehung vs. Gesundheitserziehung

Als theoretische Grundlage der pädagogischen Gesundheitsberatung dient der Weltgesundheitsbericht von 2001. Gesundheitsberatung sowie Gesundheitserziehung dienen der Gesundheitsförderung und Prävention.

„Gesundheitserziehung ist dabei eher pädagogisch ausgerichtet. Neue Ansätze der Gesundheitserziehung gehen über präventiv angelegte Maßnahmen hinaus und enthalten meist Maßnahmen zur Gesundheitsförderung“ (Krause, Fittkau, Fuhr et al., 2003, S.196).

Im Kapitel 1 wurde bewusst der Terminus „Erziehung“ vom Terminus „Beratung“ getrennt, da Erziehung nach SCHMIDT und DLUGOSCH (1997) mit sich bringt, dass man sich den Umständen anpassen sollte - ohne Berücksichtigung des individuellen Charakters (vgl. Schmidt, Dlugosch, 1997, S.23).

Der bedeutende Pädagoge Wolfgang Brezinka schreibt der Erziehung folgende Bedeutung zu: „Soziale Handlungen, durch die Menschen versuchen, das Gefüge der psychischen Dispositionen anderer Menschen in irgendeiner Hinsicht dauerhaft zu verbessern oder eine als wertvoll beurteilte Komponente zu erhalten“ (Keller, Novak, 1998, S.113).

Der Autor, H. WEHRLE (1940) hat unter anderem folgende Verben dem Wortfeld „erziehen“ zugeordnet: „anleiten, anweisen, beaufsichtigen, beeinflussen, behüten, bekräftigen, belohnen, drohen, fordern, formen, gewöhnen, lehren, mahnen, pflegen, vormachen, zeigen...“ (Keller, Novak, 1998, S.113).

Dadurch ergeben sich nach KELLER und NOVAK (1998) vier Elemente, die den Begriff „Erziehen“ umfassen:

Den/die ErzieherIn (1), mit seinen/ihren beabsichtigten zielgerichteten Handlungen (2) und das Kind (3), dessen Verhalten der/die ErzieherIn dauerhaft ändern will (4).

Durch die zielgerichteten Handlungen ist auch in diesem Sinne „Erziehung“ mit einer Lenkung in eine „bestimmte Richtung“ zu verstehen (Keller, Novak, 1998, S.113).

„Beratung als eine Form erzieherischen Handelns bewegt sich zwischen den Polen einer gezielten Beeinflussung und direkten Lenkung einerseits und einer Selbststeuerung und Hilfe zur Selbsthilfe andererseits“ (Mutzeck, 2008, S.14).

Weiters meint MUTZECK (2008), dass Erziehung, Beratung und Therapie sich hinsichtlich der zeitlichen Intensität, der individuumsbezogenen und der fachlich anders ausgerichteten Auseinandersetzung mit Sozialisations- – und Entwicklungsstörungen voneinander zu unterscheiden sind (vgl. Mutzeck, 2008, S.15).

Somit ist auch in der Pädagogik wichtig, insbesondere bei der Gesundheitsberatung, sich von Erziehung abzugrenzen und anstatt dessen Gesundheitsberatung zuzulassen, ohne den erzieherischen wichtigen Effekt gesellschaftlich abzuschwächen. Erziehung ist wichtig, jedoch in sozialen Institutionen, wie Schulen, Kindergärten oder im Elternhaus, aber nicht bei der Beratung von Gesundheit bzw. bei der Prävention.

2.3 Kooperative Beratung

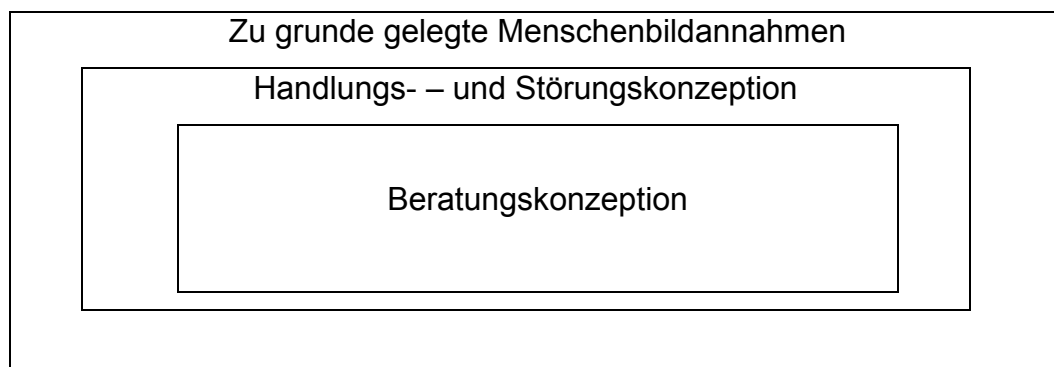
Die Zusammenarbeit von BeraterInnen aus diversen Professionen hat in den letzten Jahren vermehrt zugenommen, weiters ist sie zu einem Merkmal von Qualität geworden (vgl. Mutzeck 2004, Beck 1991).

NESTMANN (1991) beschreibt, dass Kooperation in der netzwerkorientierten Beratung eine unerlässliche Beratungskompetenz sei (vgl. Nestmann, 1991, S.47-69).

MUTZECK (2004) meint, dass Kooperation auch eine innere Haltung, eine Einstellung zur eigenen Person (BeraterIn) und zu den PatientInnen sei, im jeweiligen Sinne eines Gesprächspartners. Diese innere Haltung muss schon in ihrem Ansatz in der Beratung diesem gerecht werden (vgl. Mutzeck, 2004, S.691).

Die kooperative Beratung findet Eingang in den pädagogischen Feldern der Aus-, Fort- und Weiterbildung (vgl. Mutzeck, 2008, S.7).

Abb 2. Theoretische Grundlagen der Kooperativen Beratung nach MUTZECK (2004)



Quelle: MUTZECK 2004, S.692 (eigene Darstellung)

Die theoretischen Grundlagen der kooperativen Beratung sind als eine „Art Meta – oder Schachteltheorie“ zu sehen. Die äußere Hülle bilden Menschenbildannahmen, die der Beratungskonzeption zu Grunde gelegt werden“ (Mutzeck, 2004, S.691).

Diese Menschenbildannahmen dienen zur Orientierung mit dem Ziel einer korrektiven Funktion, das heißt dabei werden implizite und explizite Annahmen und Sichtweisen über grundsätzliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Ausdruck gebracht.

Jedoch ist der Zugang zum Gegenstand, hier zu dem Menschen, nicht ohne Voraussetzungen gekoppelt. Die erste notwendige Voraussetzung sind die Menschenbildannahmen, die den Menschen erst zum Gegenstand von Beratung machen.

Dieses Gegenstandsverständnis bzw. diese Menschenbildkonzeption beeinflusst den Beratungsprozess auf vielfältige Weise, beispielsweise die Struktur der Vorgehensweise seitens der BeraterInnen bzw. die Herstellung der kommunikativen Bedingungen.

Die Menschenbildannahmen sind GROEBEN (1988) entnommen, welcher meint, dass Verhalten und Handeln in echter Konkurrenz zueinander stehen. Ein Verhaltensbegriff, der sich auf das außen Beobachtbare am Menschen konzentriert, kann der menschlichen Intentionalität nicht gerecht werden. Haltungen sind auf Resultate gerichtet und folgen den Motiven und Interessen. Die Bedeutung einer Handlung bzw. einer Teilhandlung ist abhängig vom Sinn zu verstehen, den ihr eine Person zuschreibt. Das Subjektmodell des handlungsfähigen Menschen enthält daher Merkmale wie Intentionalität, Entscheidungsfähigkeit zwischen Handlungsalternativen und Sprache, sowie Kommunikationsfähigkeit (vgl. Groeben, Wahl, Schlee, Scheele, 1988, S.11-15).

Die Relevanz für den Bereich der Pflege kann man insbesondere im Verständnis des Menschen als universelles, ganzheitliches Wesen sehen.

Laut MUTZECK(2008) besitzt der Mensch von seinen generellen Möglichkeiten her die Fähigkeiten des Denkens, einschließlich des Entscheidens und Wollens, des Fühlens, des Sprechens und des Handelns. Bezugssysteme für diese Fähigkeiten sind Körperlichkeit, Spiritualität, Umwelt, Sozialität und Historizität. Der Mensch kann zu sich selbst in Beziehung treten (Intraaktion) und zu seiner Umwelt, und zu seinen Mitmenschen (Interaktion) (vgl. Mutzeck, 2008, S.12).

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, besitzt der Mensch diese Fähigkeiten, welche auch Ressourcen genannt werden. Eine Ressourcenorientierung im Beratungsprozess, sodass diese Ressourcen weiterentwickelt und genutzt werden können, ist für die Beratung relevant und unabdingbar. BeraterInnen müssen sich diesen Fähigkeiten der Ratsuchenden widmen, offen legen und fördern.

Der zweite Rahmen der theoretischen Grundlage der Kooperativen Beratung ist eine Handlungs- und Störungskonzeption, auf der Basis der expliziten Menschenbildannahmen.

Der Mensch ist ein aktives handelndes Wesen, dabei geht die Handlung über den Begriff des Verhaltens hinaus.

Handlungen sind nach MUTZECK (2008) als bewusst, zielgerichtet, willentlich, interaktiv sowie normen- und wertorientiert zu verstehen. Die Handelnden wägen Möglichkeiten ab, wählen aus diesen dann aus und entscheiden so, dass es mit einer subjektiv sinnvollen Bedeutung versehen ist. Sie versuchen mit ihren geeigneten und sinnvoll erscheinenden Mitteln etwas zu verändern bzw. eine unerwünschte Veränderung zu verhindern (vgl. Mutzeck, 2008, S.13).

Das Verhalten eines Menschen ist auf „Zielorientierung, Planung, Entscheidung und Sinnhaftigkeit“ (Mutzeck, 2004, S.694) beruhend und daraus folgend wird eine Handlung vollbracht.

Für den Beratungsprozess in der Pflege sind insbesondere die Zielorientierung und die Sinnhaftigkeit als Verhaltensmustern von Bedeutung. Diese beiden Muster können Außenstehende, wie BeraterInnen bzw. auch Angehörige, schwer erschließen. Außer, dem Verhalten der jeweiligen Person wird eine Interpretation beigemessen, sodass das Verhalten wiederum nur zu erschließen ist.

PatientInnen wissen jedoch, soweit sie sich ihre Handlungen bewusst machen können, von der subjektiven Sinnhaftigkeit ihrer Handlungen und können auch darüber Auskunft geben. Auch sie verwenden jedoch Interpretationen, wenn sie versuchen das Handeln in Verbindung mit Zielen, Plänen und Entscheidungen zu setzen. Die Handelnden können die Wirklichkeit nur so darstellen, wie sie sie sehen und erleben. Eine Interpretation geschieht also von den Außenstehenden, wie BeraterInnen bzw. Angehörige, wie auch den Handelnden selbst (Mutzeck, 2008, S.13). Dies stellt insbesondere für den Beratungsprozess in der Pflege eine große Herausforderung dar, da die Handelnden eine subjektiv-individuelle Sichtweise der Geschehnisse haben bzw. auch Selbstinterpretationen zum Wirken kommen, welche dann bei der Konstruktion der Wirklichkeit zur Geltung kommen. Falsche Erwartungen bzw. falsche Interpretationen werden dadurch operativ wirksam und

können zu Missverständnissen, Fehlverhalten und schlechten Stimmungen bei Angehörigen führen.

Die Handelnden befinden sich jedoch nicht nur im System der Familie mit den jeweiligen Interpretationen, sondern sie sind je nach Alter, je nach Beruf (u.a.) in verschiedenen Systemen verstrickt. So befindet man sich in Systemen von Familie, Schule, Arbeit, Freundeskreis, Vereinen, Medien und in vielen mehr.

Das Handeln ist abhängig von Situationsinterpretationen, von Vorstellungen, Motiven, Erwartungen, Abwägungsprozessen, Zielen und Entscheidungen (vgl. Mutzeck, 2004, S.694).

Beratung muss die Umwelt, Bezugssystemen sowie Einflussfaktoren bedenken, denn nach MUTZECK (2008) nimmt ein Individuum „aus einem Kontext bestimmte Informationen wahr, andere nicht (Wahrnehmungsprozess). Die wahrgenommenen Informationen verarbeitet es, indem es Bedeutungszuschreibungen, Schlussfolgerungen und Interpretationen vornimmt (Informationsverarbeitung) (vgl. Mutzeck, 2008, S.14).

Der Beratungsansatz der Kooperativen Beratung vermeidet eine belehrende, asymmetrische Haltung (vertikale Beratung) und Vorgehensweisen seitens der BeraterInnen.

„Gemeinsame Problemlöseversuche haben Vorteile. So sind die, die bei Entscheidungsprozessen mitwirken dürfen, eher motiviert, die Entscheidung zu verwirklichen als wenn ihnen die Entscheidung verordnet wird“ (Bachmair, 2008, S.48).

Eine kooperierende, verstehende und symmetrische Interaktion soll aufgebaut und unterstützt werden, welche sich dann als horizontale Beratung beschreiben lässt.

Bei der horizontalen Beratung werden Ressourcen und Möglichkeiten aktiviert, sowie es werden den Ratsuchenden Kompetenzen zugeschrieben, wie sie ihre Probleme weitgehend selbst lösen können. Impulse und Hilfestellung seitens der BeraterInnen werden gegeben, dabei werden die Kompetenzen von BeraterInnen und Ratsuchenden als gleichwertig angesehen. BeraterInnen und Ratsuchende sollen die Bedeutung der Kompetenzen des anderen erkennen und dann versuchen gemeinsam zu kooperieren bzw. in anderen Worten: „sich miteinander zu beraten“. Ein gemeinsamer Weg der Klärung und der Lösung des Problems soll bestritten

werden. Die Umsetzung des erarbeitenden Handlungsweges ist schlussendlich das Ziel (vgl. Mutzeck 2004, S.696-697; Mutzeck 2008, S.15-17).

Die Struktur der Kooperativen Beratung ist für Ergänzungen offen, das heißt die Kooperative Beratung kann auch durch „pädagogische und therapeutische Elemente, z.B. aus der systemischen Beratung, dem Psychodrama, der Gestalttherapie oder der Kognitionspsychologie“ (Mutzeck, 2008, S. 22) erweitert und ergänzt werden.

MUTZECK (2008) meint weiters, dass bei starken bzw. tief gehenden Interaktionsproblemen im Setting Schule pädagogische Gesprächsführung bzw. Kooperative Beratung zum Einsatz kommen könnten. Weiters können mit Hilfe der Kooperativen Beratung emotionale Probleme und Verhaltensstörungen von SchülerInnen bzw. schwierigen Interaktionsproblemen im Kollegium gelöst werden (vgl. Mutzeck, 2008, S.23).

Auch im Bereich der professionellen Pflege kann die Kooperativen Beratung ein Einsatzgebiet finden. Auch durch die dauerhafte Kontinuität der Pflege können zwischen PatientInnen und Pflegenden enge Beziehungen entstehen, wobei Interaktionsprobleme auftreten können, welche gelöst werden müssen. Weiters können emotionale Probleme, sowie starke Interaktionsprobleme zwischen PatientInnen und Angehörigen bestehen, welche mit Hilfe der Kooperativen Beratung bearbeitet werden.

2.4 Schnittschnelle Pflegewissenschaft und Pädagogik

Die unten angeführte Grafik zeigt zusammenfassend das Vorkommen bestimmter Merkmale, sowie Überschneidungen in den zwei relevanten Disziplinen Pädagogik und der Pflege (vgl. Mertin et al., 2005, S.5).

Abb 3: Gemeinsamkeiten der Disziplinen Erziehungswissenschaft und Pflege

Disziplin Bestimmendes Merkmal	Erziehungs- Wissenschaft	Psychologie	Wirtschafts- wissenschaft (Organisations- entwicklung)	Pflege
Freiwilligkeit	eingeschränkt	Absolut	absolut	sehr eingeschränkt
Prozess	Ja	Ja	sowohl als auch (Expertenberatung/ Prozessberatung)	zeitlich eingeschränkt
Spezielles Setting	vorhanden	Vorhanden	vorhanden	nicht vorhanden bzw. situativ
Ziel: Verhaltensänderung	Ja	Ja	Verhaltens- änderung von Organisationen	nicht vorrangig

Quelle: MERTIN, MÜLLER, BEIER (2005), S. 5 (eigene Darstellung)

Zwischen Beratung und pädagogischen Handeln besteht die Gemeinsamkeit, dass das Handeln nicht von der Person zu trennen ist.

Es ist wie bei Beratung in der Pflege, dass das Handeln zwischen zwei Personen bzw. verschiedenen Personen geschieht, die sich beide in verschiedenen Lebenswelten befinden. Die Beratung kann nur bedingt geplant werden und muss immer die Annahme vertreten, dass Unvorhersehbares passieren kann.

Pädagogische Beratung, welche über eine bloße Informationsvermittlung oder einer fremdbestimmten Erziehung hinaus geht, kann definiert werden als eine besondere zwischenmenschliche Interaktionsform, welche planvoll, fachkundig, methodisch

geschult durchgeführt wird und auf einer beidseitigen Verbindlichkeit, Verantwortung und Vertrauensverhältnis beruht.

Ein solches Verständnis von Beratung setzt folgende Prinzipien voraus: Motivation der Ratsuchenden zur Beratung (Freiwilligkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit), deren Wahl – und Entscheidungsfreiheit, die Methoden – und Gestaltungskompetenz der BeraterInnen und die Kooperationsbereitschaft von BeraterInnen und den Ratsuchenden (vgl. Mutzeck, 2008, S.14).

Anleitung in der Pflegepädagogik, so SAHMEL (2002), ist ein Prozess an dem Pflegende und PatientInnen aktiv beteiligt sind.

„Zunächst durch aufmerksames Zuhören, durch Beobachten und Nachfragen, später durch eigenständiges Durchführen, durch Üben und Kontrollieren lassen. Anleitung ist Hilfe zur Selbsthilfe. Die Bereitschaft des Patienten, aktiv an der Anleitung teilzunehmen, ist Voraussetzung für ihr Gelingen“ (Sahmel, 2002, S.226).

Auch BECK (1991) meint, dass in der psychosozialen Beratung eine freiwillige, kurzfristige, oft nur situativ, soziale Interaktion zwischen Ratsuchenden und BeraterInnen stattfindet (vgl. Beck, 1991, S.38).

Nach ENGEL (2004) besteht somit der Bedarf bei PädagogInnen, welche beraten, Reflexion anzuwenden, um auch das eigene Nicht-Wissen aufzeigen zu können. Weiters kennen pädagogische BeraterInnen die Notwendigkeit des Findens einer Balance zwischen Nähe und Distanz, sowie zwischen Vertrauen und Misstrauen (vgl. Engel, 2004, S.104). Dies sind unerlässliche Anforderungen an eine Profession, ebenso stellt sich diese Herausforderung der Pflege, welche ebenso durch den engen Kontakt zwischen PatientInnen und Pflegenden eine Balance finden muss.

Bei dem Beratungsprozess der beiden Disziplinen finden sich kaum Ähnlichkeiten laut der Abbildung 3. Der Beratungsprozess in der Pädagogik ist zeitlich beschränkt bzw. befristet. Bei einem Krankenhausaufenthalt wissen aber PatientInnen häufig nicht, wie lange sie bleiben werden, da der Genesungsprozess oft nicht abschätzbar ist. Eine Kontraktbildung, wie in der Pädagogik, zwischen Pflegenden und PatientInnen ist somit nur begrenzt möglich.

Weiters kennen PädagogInnen sowie Pflegende die große Herausforderung, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden.

Zeit-nehmen für PatientInnen und dessen Problem ist sehr bedeutend. SAHMEL (2002) ist der Ansicht, „dass sich der Anleitende Zeit nehmen muss. Anleitung kann nicht zwischen Tür und Angel stattfinden. Sie braucht einen gewissen Rahmen, der Gelegenheit lässt, sich auf den anderen und die Situation einzulassen: Zeit, Ungestörtheit usw.“ (Sahmel, 2002, S.227).

So wie pädagogische Beratung Ressourcen von Personen als wichtiges Merkmal für Beratung ansieht, so hat auch die Beratung in der Pflege dies als theoretischen Hintergrund genommen.

Das bereits vorgestellte Modell von Antonovsky und der Salutogenese handelt über Ressourcenförderung und -erhaltung, die insbesondere in der Gesundheitsberatung Anspruch findet.

Pädagogische Beratung setzt hinsichtlich der Gesundheitsberatung einen präventiven Fokus, das heißt auch diese Beratung kann zur Ressourcenerhaltung und Ressourcenentwicklung beitragen.

Beratung in der Pflege wird größtenteils durch persönliche Beratung abgedeckt, welches sich als Einzel – bzw. als Gruppenberatung konstellieren lässt. Telefonische Beratung bzw. Beratung per E-Mail wird in der Pädagogik durch ihre spezifischen Fachrichtungen durchaus verwendet, findet jedoch in der Pflege kaum Platz. Dies kann dadurch begründet sein, dass es derzeit kaum Gesundheitseinrichtungen bzw. kaum Beratungsstellen gibt, die explizit mit qualifizierten BeraterInnen in der Pflege arbeiten.

Einigkeit bei der Freiwilligkeit in der Beratung hinsichtlich von Ratsuchenden herrscht bei den wissenschaftlichen PädagogInnen nicht.

GRÖNING (2006) meint, dass ein zwischen BeraterInnen und Ratsuchenden existierender struktureller Interessensgegensatz stattfindet. Beratung findet zudem auch dann statt, wenn der/die Ratsuchende gar nicht beraten werden will“ (Gröning, 2006, S.92)

Andere wissenschaftliche AutorInnen sind der Ansicht, dass die pädagogische Beratung durch offene Kommunikation charakterisiert sei und keine Belehrung stattfinden solle (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann et al., 2008, S.18).

Das Ziel eine Verhaltensänderung herbeizuführen (vgl. Abb.3), wird nach MUTZECK (2008) in Frage gestellt, da die Beratung durch Motivation der Ratsuchenden charakterisiert sein sollte, welches für Freiwilligkeit und Bereitschaft zur Mitarbeit steht (vgl. Mutzeck, 2008, S.14).

In der Pflege soll die Verhaltensänderung deshalb kein Ziel sein, weil es primär mit Lenkung und Erziehung zu tun hat. Jedoch besteht die Notwendigkeit rigide Verhaltensmuster aufzubrechen, so kann sich die Pflege anderer Disziplinen bedienen, beispielsweise die der Pädagogik, um mit Hilfe dieser professionell und qualifiziert ein Umdenken bei den PatientInnen sowie bei den Angehörigen herbeizuführen.

„Die bewusste situationsadäquate „Anwendung“ pädagogischer Strategien kann helfen, die Betreuungs- – bzw. Pflegesituation für Patienten „effektiver“ zu gestalten (Beier, 2005, S.683).

Laut den Recherchen von MERTIN, MÜLLER und BEIER (2005) wird die Freiwilligkeit bei der Annahme eines Ratschlages von den Erziehungswissenschaftlern relativiert (vgl. Mertin, Müller, Beier, 2005, S.3).

Auch in der Pflege ist die Freiwilligkeit vorerst durchaus eingeschränkt. PatientInnen kommen unfreiwillig in eine ungewollte Pflegesituation oder ins Krankenhaus. Sehrwohl besteht jedoch dann - nach der Verfasserin - der Moment der Freiwilligkeit. Möchten die PatientInnen die Ratschläge erhalten bzw. möchten sie sie sogar annehmen und umsetzen?

Die Ratsuchende entscheiden zu Gunsten ihres eigenen Wohlbefindens ob sie die Beratung in der Pflege von Pflegenden annehmen wollen.

Es ist vorauszusetzen, dass Pflegende nicht die Aufgabe übernehmen können, für die PatientInnen zu entscheiden. Vielmehr gehört „das System der PatientInnen“, wie Bezugspersonen, miteinbezogen. Die Freiwilligkeit bleibt trotzdem stets bei den PatientInnen.

Weiters meint SAHMEL (2002), dass sich die PatientInnen aus den Alternativen, welche die Pflegenden an sie richten, frei entscheiden können (vgl. Sahmel, 2002, S.229). Die für sie beste und individuell geeignete Lösung wird ausgewählt, sodass die BeraterInnen den Weg wählen, für den sie jedoch auch die Verantwortung tragen müssen.

Lernen, meint MERTIN, MÜLLER und BEIER (2005) ist bei PatientInnen oft eine Frage des Überlebens, und nicht des Wollens. Das Erlernen eines Blutzuckermanagments bei Diabetes mellitus ist unausweichlich und PatientInnen müssen sich dieser Herausforderung stellen. Durch die Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes der PatientInnen, welcher ungewollt in die Institution Krankenhaus eintritt, kommt es laut den AutorInnen zu einem Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Pflegenden und PatientInnen (vgl. Mertin, Müller, Beier, 2005, S.5).

Diese Aussage trifft jedoch nicht auf qualitativ hochwertige Pflege zu, denn eine angemessene Pflege, einschließlich einer Beratung, würde sich dieser Herausforderung stellen. Eine gezielte professionelle Beratung ist hierbei das Medium, mit dessen Hilfe eine Balance in der Beziehung zwischen Pflegenden und den PatientInnen entstehen kann.

3. Konstellationen von Beratung in der Pflege

Im folgenden Kapitel stellt die Verfasserin Beratungskonstellationen in der Gesundheits- und Krankenpflege vor.

Der Fokus dieses Kapitels wird auf die Beratungsarbeit mit Kindern bzw. die Beratungskonstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege gerichtet.

Beratungskonstellationen, wie die Familienberatung, die Angehörigenberatung und die empowermentorientierte Beratung werden mittels Literaturquellen näher analysiert.

3.1 Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

Die Beratungskonstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege unterscheiden sich durch die Beratungskonstellationen in der Gesundheits- und Krankenpflege in der spezifischen Herangehensweise hinsichtlich der sozialen Konstellation der Beratung.

Die Zielgruppe der Beratung sind junge Menschen, welche in einem spezifischen sozialen Kontext leben. Kleinkinder beispielsweise sind sehr von den Eltern abhängig bzw. Jugendliche beschäftigen sich durch ihr spezifisches Alter mit Identitäts- und Zukunftsfragen. Das heißt, diese Zielgruppe hat konkrete Bedürfnisse in einem spezifischen Kontext. Dies bedeutet konkret für die Beratungsarbeit in der Kinder- und Jugendlichenpflege, dass Kinder und Jugendliche aktiv in den Beratungsprozess miteinbezogen werden müssen und die ersten AnsprechpartnerInnen sind.

Die einzelne Person, in diesem Fall das einzelne Kind oder der einzelne jungen Menschen, ist dabei auch Teil eines sozialen Kontextes. „Sein oder ihr Verhalten ist in diesem Kontext eingebunden und der Versuch, Probleme zu beheben oder Fragestellungen zu klären, kann gänzlich scheitern, wenn diese Kontexte nicht in die Beratung einbezogen werden“ (Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S.93).

Es besteht demnach der Bedarf, wenn es sich beispielsweise um einen Säugling handelt, dass die Familie bzw. das Umfeld des Kindes miteinbezogen wird.

In der Kinder- und Jugendlichenpflege wird dies nun vermehrt bedacht und es wird versucht die soziale Vernetzung von Kindern und Jugendlichen in die Beratung zu inkludieren.

Im Bereich der Pflegepraxis bedeutet dies allerdings eine große Herausforderung an die Pflegenden.

Pflegende in der Kinder- und Jugendlichenpflege „müssen sich der Situation stellen, nicht mehr nur das erkrankte Kind als den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu sehen. Ihre Arbeit sollte als eine Begleitung und Unterstützung der gesamten Familie verstanden werden“ (di Piazza, 2001, S.6 bzw. siehe Kapitel 3.2.1 und 3.2.2).

3.1.1 Ziele der Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

Die Beratung der Eltern, durch die Pflegenden, hat folgende Ziele:

- Förderung der elterlichen Ressourcen

Es sollen die elterlichen Ressourcen gestärkt und gefördert werden, für den Umgang mit Gesundheit, Krankheit und deren Folgen. Durch die Beratung erhöhen sich die Kompetenzen (zB. Dependenzpflegekompetenz) der Eltern, welche für das Lösen von gesundheitlichen Problemen notwendig sind (vgl. di Piazza, S.6-7).

- b) Förderung der Problemlösungskompetenz

Durch die Förderung und Stärkung der elterlichen Ressourcen erhöht sich die Bewältigungskompetenz. Beratung bezieht sich somit auch auf die Lösung der pflegerischen Probleme, welche im Zusammenhang mit dem erkrankten Kind auftreten. Dadurch sollte es den Eltern gelingen auf gegenwärtige und zukünftige gesundheitliche Probleme Lösungen zu finden.

Es ist zu vermerken, dass es sich um eine Beratung im Sinne eines „Informations-Gebens“ handeln soll. Die Eltern sollen angeleitet werden, Fragen zu stellen bzw. weit reichend in ihrem Alltag im Krankenhaus Unterstützung zu erfahren, sodass sie diese Hilfe auch in ihrem alltäglichen Umfeld umsetzen können.

- Förderung der Verantwortlichkeit für Gesundheit

Die Eltern sollten die Verantwortung übernehmen, für sich und die Kinder ein höheres Maß an Selbstbestimmung bei Gesundheitsbelangen zu erlangen. Dies ist

ein kontinuierlicher Lernprozeß, der die ganze Familie beeinflusst (vgl. di Piazza, S.8).

Das Ziel besteht darin, dass die Eltern ihre Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit erweitern.

Der Vorbildrolle bezüglich einer adäquaten Gesundheitsförderung wird eine große Bedeutung zugeschrieben. Die kleinen PatientInnen lernen von ihren Eltern, insbesondere bei deren Aushandeln und Umgehen mit Maßnahmen, Emotionen und Gefühlen.

Ist ein erkranktes Kind mit seinen Gefühlen durcheinander, so sucht es in seiner Unwissenheit und Unerfahrenheit mit der Krankheit nach seinen Eltern.

Die Eltern werden von den Kindern genau in ihrem Handeln beobachtet. Ernähren sich beispielsweise die Eltern sehr gesund und sind zudem auch noch sehr sportlich, so lernen die Kinder das gesunde Leben durch ihre Eltern kennen und können dies auf ihr eigenes Leben adaptieren.

Die Beratung der Eltern hat dadurch einen wichtigen Einfluss auf die Selbstpflege des Kindes.

Die Beratungsgespräche in der Kinder- und Jugendlichenpflege, einschließlich der häuslichen Kinder- und Jugendlichenpflege, beinhalten einen gesundheitsfördernden Aspekt und richten sich einzeln auf Probleme, die in der betroffenen Familie auftreten.

Beratungskonstellationen, wie jene von Carl Rogers (klientenzentrierte Gesprächsführung) können in diesem Kontext angewendet werden (siehe Kapitel 1). Ebenso ist der empowermentorienteerte Ansatz in der gesundheitsfördernden Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege hilfreich (siehe Kapitel 3.2.2).

Beratung kann in der Kinder- und Jugendlichenpflege mehrere Rollen annehmen, so kann sich die Beratung unter anderem auch auf eine präventive Rolle stützen. Die Beratung in der Prävention richtet sich auf die Stärkung der Ressourcen.

„Als Beispiele für die Kinderkrankenpflege wären hier die Bereiche der Gesundheitsförderung, der Ernährungs- – und Stillberatung, aber auch der Umgang mit verschiedenen Erkrankungen wie Asthma bronchiale oder Diabetes mellitus zu nennen, um die Entstehung von Komplikationen nach Möglichkeit zu vermeiden“ (di Piazza, 2001, S.9).

Beratung kann sich auch auf eine entwicklungs- – und wachstumsfördernde Rolle richten. Bei dieser Beratungsform steht das persönliche Wachstum der PatientInnen, sowie die Bewältigung von Krankheit bzw. die Anpassung an Veränderungen im Vordergrund.

Beispiele für die Praxis in der Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich der Kinder- und Jugendlichenpflege, wäre der Umgang mit chronischen Erkrankungen und auch dem Sterben.

Die Beratungsanlässe in der kurativen Rolle fokussieren akute Fälle, bei denen die Beseitigung von Problemen/Schwierigkeiten im Vordergrund steht.

In diesem Kontext ist entscheidend, dass die BeraterInnen die Chance erkennen, auch andere ExpertInnen miteinzubeziehen (vgl. di Piazza, 2001, S.9).

Die Kinder- und Jugendlichenpflege „muss dabei sowohl Beratung als auch Gesundheitsförderung als Teil ihres Berufes anerkennen und selbstbewusst nach außen vertreten“ (Fillies, 2004, S.594).

3.1.2 Beratungsprozesse mit Kindern

„Die Lebenslagen und Lebenswelten von Kindern und ihren Familien in unserer Zeit sind von einer solchen Komplexität und Vielfalt geprägt, dass alle Beteiligten zur Gestaltung und Bewältigung eines „ganz normalen Alltags“ zunehmend und länger andauernd sozialer Stützungs-systeme bedürfen und diese auch nutzen, wenn ihnen – insbesondere den Kindern – die Zugänge dazu erlebbar eröffnet werden“ (Köster-Goorkotte, Chow, 2004, S.257).

Die beiden oben genannten Autorinnen geben Aufschluss darüber, wie die Beratungsarbeit mit Kindern in der täglichen Pflegepraxis aussieht.

Gehen die Autorinnen davon aus, dass die Kinder und Familien bei einem „ganz normalen Alltag“ einer Unterstützung bedürfen, so scheint es kaum verwunderlich, dass bei Familien mit einem chronisch erkrankten Kind bzw. Jugendlichen die Begleitung, Betreuung und Beratung unabdingbar ist.

Chronische Erkrankungen, welche bei diesen Menschen zum Alltag gehören, sind wohl kaum in diesem genannten „ganz normalen Alltag“ miteingeschlossen. Vielmehr besteht zusätzlich der Bedarf an Beratungsarbeit mit jungen Menschen, einschließlich ihrer Familien.

Junge Menschen mit chronischen Krankheiten leben ebenso in einer Welt, welche gekennzeichnet ist durch Pluralität und Komplexität. Das Alltagsleben ist markiert durch Brüche und Umbrüche, welche die Gegenwart und Zukunft beeinflussen.

Dadurch besteht ein erhöhter Bedarf an Bearbeitungsarbeit mit der Familie, denn auch der Beratungsprozess in der häuslichen Kinderkrankenpflege „erfolgt nach den individuellen Bedürfnissen der Familie und versteht sich als Unterstützung in der Problemanalyse und der gemeinsamen Lösungsfindung“ (Fillies, 2004, S.591).

Nach KÖSTER-GOORKOTTE und CHOW (2004) bedarf es in der Beratung neben einer professionellen Haltung (Menschenbild, Visionen, Ziele) einer klaren Methodik sowie der dazu gehörigen Beratungskompetenzen als auch einer Subjektorientierung.

Diese Subjektorientierung, welche ebenso in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege gelebt werden sollte, muss sich in der Kinder- und Jugendlichenpflege als eine Selbstverständlichkeit verstehen. Insbesondere junge Menschen brauchen die Aufmerksamkeit und das Vermitteln von Gleichwertigkeit, das sie auch spüren lässt, dass die Beteiligung und die Betroffenheit der BeraterInnen echt und authentisch sind.

Für die Pflegepraxis ist bedeutend, dass Kinder als Subjekte im Beratungsprozess stehen und die Möglichkeit nach Mitbestimmung besteht. So erfahren sie alleine durch die Beratung ihren Selbstwert und vor allem ihre Fähigkeiten, welche eine wichtige Voraussetzung für einen aktiven Umgang mit Grenzen und Einschränkungen bedeuten. Einerseits ist das Lernen von Selbstbestimmung ein zentraler Baustein der Beratungsarbeit, jedoch auch das respektvolle Miteinander.

Weitere Merkmale für eine gelungene Beratungsarbeit mit Kindern sind:

- (1) Strukturqualität
- (2) Prozessqualität
- (3) Ergebnisqualität und
- (4) Wirkungsqualität.

Zu der Strukturqualität in der Beratungsarbeit gehört das gemeinsame Aushandeln von Terminen oder der Raumwahl, sowie auch gemeinsame Entscheidungsfindung hinsichtlich des Beratungssettings (wie die Frage an das Kind, ob ein Elternteil bei der Beratung dabei sein soll).

Die Prozessqualität umschließt die Herstellung von Freiwilligkeit als Gegenmodell zur Fremdbestimmtheit in dem Beratungssetting.

Die Transparenz bezüglich der beruflichen Rolle, des Gesprächsverlaufs und der Ziele müssen bei der Prozessqualität geklärt werden. Hier können Fragen, wie:

„Du bist hier, weil ..., und meine Aufgabe ist es, ...“, „Wir haben heute ... Zeit ...“ oder ... „Du wirst wieder abgeholt, wenn dieser Zeiger dort angekommen ist!“ dienen.

Die Verstehbarkeit der Sprache, sowie die Sicherung der Redeanteile seitens des Kindes werden durch die Verwendung von kindorientierten Medien (Handpuppen, Zeichnungen) in der Beratungsarbeit gefordert.

Die Ergebnisqualität richtet sich auf die Abfrage der Zufriedenheit nach jeder Beratungsstunde. Das zu beratende Kind hat somit auch die Möglichkeit Wünsche bzw. Erwartungen auszusprechen, welche sie sich sonst unaufgefordert nicht zu sagen traut.

Dies umschließt auch für die BeraterInnen eine Zielüberprüfung, welche durch Fragen, wie: „Haben wir (heute) erreicht, was Du wolltest?“ näher definiert werden können.

Zielfortschreitungen können ebenso geäußert werden, wie auch Fragen, ob es denn geholfen hat, zu der Beratungsstunde zu kommen.

Um eine ermessene Nachhaltigkeit und eine qualitative Wirkung der Beratung zu erzielen, ist es wichtig, sich zu fragen wie und ob sich die aktuelle Problemlage für das Kind verändert hat. Kann sich das Kind in Zukunft selbstständig Beratung im Bedarfsfall einholen? Ein Indikator dafür könnte sein, dass das Kind aktiv ermuntert wird, dies im Bedarfsfall zu tun (vgl. Köster-Goorkotte, Chow, 2004, S.260-263).

Kindorientierte Beratungsmethoden haben allerdings einen besonderen Platz im Verhältnis zu familienorientierten Beratungsansätzen:

-
- „Sie sind im Kontext familiärer Beratung einzusetzen, um Kinder zu erreichen und zu beteiligen.
 - Sie sind in Ergänzung zu familiärer Beratung nach Bedarf und Wunsch gleichrangig neben Paarberatung oder anderen an Subsystemen orientierten Verfahren durchzuführen.
 - Sie sind anstelle von familiärer Beratung einzusetzen, wenn sie dem Schutz, der Vorbereitung oder ganz schlicht dem Wunsch des Kindes dienen.“ (Köster-Goorkotte, Chow, 2004, S.264).

3.1.2.1 Bedarf einer Einzelberatung

„Pflegerische Beratung ist Kommunikation auf Augenhöhe und überwindet so Abhängigkeiten und Machtgefälle“ (Rohde, 2008, S.20).

Das Kind aus der passiven Rolle zu holen und aktiv in den Beratungsprozess miteinzubeziehen, versteht sich hier als Handlungsbedarf von den Pflegenden und auch den Eltern.

Wie die Beratung aussieht, „orientiert sich an der Entwicklung des Kindes und an der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung. [...] Pflegende können eine Atmosphäre ermöglichen, in der sich die Eltern sicher und begleitet fühlen und sich so ihrem Kind behutsam nähern. Die sanfte und individuelle Pflege gilt insofern nicht nur dem Kind, sondern der gesamten Familie (geeignete Methoden hierfür sind z.B. Bonding, Känguruing und basale Stimulation)“ (Rohde, 2008, S.21).

KÖSTER-GOORKOTTE und CHOW (2004) geben den Ratschlag, dass „das Einzelgespräch mit dem Kind im Kontext familiärer Beratung zur fachlichen Regel werden“ sollte (Köster-Goorkotte, Chow, 2004, S.265). Die Interessen des Kindes stehen hier im Fokus bzw. diese gilt es in dem Einzelgespräch zu ergründen.

Die Einzelberatung ist eine dyadische Kommunikation, in denen die „kleinste“ denkbare Beratungskonstellation auftritt, nämlich zwischen zwei Personen.

Es besteht der Versuch, individuell Erlebtes, Erinnerungen und im Gespräch Dargebotenes zu verstehen. Andere Personen werden nur dann in die Beratung indirekt miteinbezogen, wenn sie beispielsweise Auslöser für das Problem sind bzw.

für die Problembewältigungsstrategien unterstützend bzw. behindernd wirken könnten.

Einzelberatung kann eine reduzierte, individuell verkürzende Problem – und Handlungsperspektive sein, sowie eine sehr sensible, auf die individuelle Problemlage zugeschnittene Problemreflexion (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S. 95-96).

Von Vorteil kann eine Einzelberatung im Vergleich zu anderen Beratungskonstellationen, wie der Familienberatung, sein

- wenn die Ratsuchenden die Schwierigkeit haben, sich anderen bzw. in Anwesenheit von anderen Personen zu öffnen.
- wenn die Ratsuchenden professionelle BeraterInnen bzw. semiprofessionelle BeraterInnen mit den spezifischen Kenntnissen möchten.
- wenn die Ratsuchenden sich durch Familienmitglieder überfordert fühlen, da sich die Problemlage auf Beziehungskonflikten mit diesen beschränkt.
- wenn sich die Ratsuchenden jemanden wünschen, der nur für sie da ist.

Das Risiko in der Einzelberatung liegt darin, dass sich die ratsuchende Person emotional stark an die BeraterInnen bindet, sodass bei diesen Kompetenzen hinsichtlich einer adäquaten geführten Beratungsbeziehung bestehen (vgl. Siekendick, Engel, Nestmann, 2008, S. 95- 100).

Die Bezugsperson und die Bezugspflege gelten in der Pflegepraxis als entscheidende Instrumente hinsichtlich der Beratung. Durch diese enge Pflegebeziehung kennen die Pflegenden die Kinder und nehmen durch die Zusammenarbeit mit den Eltern die Veränderungen in deren Befinden und Wesen wahr bzw. können auch adäquat darauf reagieren.

Kinder können aufgrund ihres Alters und ihrer rechtlichen Situation nicht die alleinige und volle Verantwortung für ihr Handeln übernehmen. Dennoch werden sie ernstgenommen und in den Beratungsprozess miteinbezogen. Ihre Meinung wird direkt erfragt, und nicht über die Eltern.

Allerdings kennen die Eltern die Ausdrucksformen ihrer Kinder sehr gut, und wiederum sind die Eltern die Autoritäten und Vorbilder der Kinder. Dadurch entsteht

ein vertieftes Verständnis der Eltern, welches Pflegende systematisch in ihre Arbeit mit einbeziehen müssen.

3.2 Beratungskonstellationen in der Kinder- und Jugendlichenpflege

3.2.1 Empowermentorientierte Beratung

Empowermentprozesse beziehen sich vorerst nicht nur auf Menschen mit eingeschränkten Möglichkeiten, sondern auch auf Gesunde, wie Erwachsene und junge Menschen.

STARK (2004) postuliert, dass das Ziel von Empowerment die Förderung der Fähigkeiten der Menschen ist, sodass sie ihre soziale Lebenswelt und ihr Leben selbst gestalten können. Weiters wird mittels Empowerment versucht, dass die betroffenen Personen ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben führen. Die Dimensionen der Empowermentprozesse lassen sich auf drei Ebenen feststellen: der individuellen Ebene, der Gruppen – und Organisationsebene und der strukturellen Ebene.

Die individuelle Ebene bezieht sich auf das psychologische Empowerment und meint, dass Menschen, die sich in einer Situation der Machtlosigkeit befinden, zumeist beginnen, ihr Leben selbst wieder in die Hand zu nehmen. Es handelt sich hiermit um Stärke, welche in einer Situation des Mangels erfahren wird.

Die Ebene, welche sich auf Gruppen – und Organisationen bezieht, geht davon aus, dass die Partizipation in Organisationen und in Gruppen ein Schlüssel zur Entwicklung von Selbstbewusstsein sein kann. Dem folgt die Entwicklung von einem psychologischen Empowerment, hinsichtlich der Wahrnehmung und Nutzung von eigenen Stärken. Organisationen, wo ein Hierarchiesystem existiert, erfüllen diese Kriterien nicht.

Die strukturelle Ebene umschließt das erfolgreiche Zusammentreffen von Individuen, wobei die existierende Atmosphäre in der Gruppe kennzeichnend für das strukturelle Empowerment ist. Die Frauenbewegung ist ein Beispiel für das strukturelle Empowerment, wo die Teilhabe an sozial relevanten Entscheidungen für alle Mitglieder kennzeichnend ist.

Die Verknüpfung der verschiedenen Ebenen garantiert die Wirkung von Empowermentprozessen (vgl. Stark, 2004, S.535-538).

Professionelles Empowerment zielt, nach LENZ (2001), auf die Förderung und Erweiterung der Selbstgestaltungskräfte der KlientInnen ab. Die Ermutigung eigene Fähigkeiten und Kräfte zu entdecken, um dann die Lebenswelt eigenständig und eigenverantwortlich mitzugestalten stehen im Vordergrund.

Die Empowermentperspektive stellt weiters die Macht der ExpertInnen in Frage und rückt den Fokus auf die Wiedergewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle für das Individuum. Jedoch stößt auch die professionelle Förderung von Empowerment dann an ihre Grenzen, wenn die Betroffenen nicht über jenes Maß an Handlungs- und Entfaltungsraum verfügen, welches für den Einstieg in Empowermentprozesse von Nöten wäre. Dann muss das Flüchten in Regressionen der Individuen zuerst bearbeitet werden, sodass ein entsprechendes Fundament für Empowermentprozesse geschaffen werden kann (vgl. Lenz, 2001, S.153-155).

Empowerment sind Prozesse der Selbstermächtigung, in denen Menschen aus Situationen der Hilflosigkeit und Ohnmacht (zB die plötzliche Erkrankung des Kindes) anfangen, wieder ihre Probleme selbst zu meistern bzw. ihre Angelegenheit zu erledigen.

Dies ist kaum möglich, wenn diese Menschen nicht wissen, dass sie die notwendigen Kräfte und Fähigkeiten dazu haben, diese Krise in ihrem Leben zu überwinden. Weiters müssen die Menschen ihre eventuell verloren gegangenen Kräfte wieder finden und die Ressourcen dafür wiederentdecken.

Hier kann die Kinder- und Jugendlichenpflege mit ihrer kompetenten und unterstützenden Beratung in Kraft treten.

Die Pflegenden können durch Beratung bzw. Anleitung unterstützend tätig werden.

STARK (2004) meint hierzu, dass Empowerment ein Potential ist, welches weder ein knappes Gut ist, noch kontrolliert oder verteilt werden müsse. Es ist eher als ein Möglichkeitsraum zu beachten, welcher erst entdeckt bzw. von defizitärem Denken freigesetzt werden muss (vgl. Stark, 2004, S.539).

Beratung unter dem Empowermentblickwinkel geht davon aus, dass PatientInnen mit den professionellen BeraterInnen den Suchprozess nach einem Rat gemeinsam, oder sogar selbst, begehen sollen. Dabei werden Erfahrungen interpretiert und dadurch neue Ressourcen entdeckt und akzeptiert.

Die Rolle der BeraterInnen ist eher als MentorInnen zu sehen, wo keine direkte Wissensvermittlung ausgeübt wird, sondern es werden Kontexte geöffnet, durch die der gehemmte Handlungsfluss der PatientInnen wiederhergestellt wird. Vorhandene Ressourcen, welche erst entdeckt werden müssen, werden beim Erzählen von einer Geschichte den BeraterInnen öffentlich gemacht. Dadurch werden die Ressourcen auch von PatientInnen wahrgenommen und nutzbar.

Empowerment als professionelle Haltung der BeraterInnen bedeutet, dass Möglichkeiten zur Kompetenzentwicklung für die Individuen hergestellt werden. Mittels dieser Entwicklung von Kompetenzen können Situationen der PatientInnen gestaltbar gemacht werden.

THEUNISSEN (2000) geht von der Überzeugung aus, dass Menschen, welche mit Benachteiligung zu kämpfen haben, trotzdem „fähig sind, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, sich dabei ihrer eigenen Kompetenzen bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen“ (Theunissen, 2000, S.193). So verschreibt sich die Empowerment-Praxis nicht der Norm, „– wie in traditioneller Manier – für ihre Adressaten zu handeln, sondern Probleme anzuregen sowie konsultativ und kooperativ zu unterstützen, so dass Betroffene Kontrolle, Kontrollbewusstsein, Selbstbestimmung, individuelle und kollektive Verfügung über die eigenen Lebensumstände wie auch ein soziales Bewusstsein sowie die Bereitschaft, sich über die eigenen Interessen hinaus sozial zu engagieren, (zurück) gewinnen können“ (Theunissen, 2000, S.193-194).

Dies setzt jedoch eine fundierte Grundhaltung der BeraterInnen voraus, denn sie müssen das grundsätzliche Vertrauen in die Fähigkeiten von ratsuchenden Menschen setzen, um dann gemeinsam die Entfaltung weitere Fähigkeiten anzustreben.

STARK (2004) meint ergänzend, dass kooperative Beratung als Empowermentprozess funktionieren könnte (vgl. Stark, 2004, S.540-542 bzw. siehe Kapitel 2.3).

3.2.1.1 Empowermentorientierte Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege

Empowermentorientierte Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege umschließt vor allem die Stärkung der Ressourcen für die Eltern. Diese können durch die Stärkung die „Bewältigungskompetenz erhöhen, um aktuelle und zukünftige Probleme besser lösen zu können“ (Fillies, 2004, S.591).

Es geht primär um die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt, dass die Eltern nach der Beratung besser mit den Problemen umgehen können.

Sie sollen sich in Zukunft an den entwickelten und erarbeiteten Handlungsmustern, welche in der Beratung erarbeitet wurden, orientieren und hilfreich umsetzen.

Die Lösung, welche gemeinsam in einem interaktiven Prozess zwischen den Pflegenden und den Eltern erarbeitet wird, bezieht sich auf ein Pflegeproblem des Kindes.

Die Beratung durch die Pflegende dient „der Förderung, dem Aufbau, dem Erhalt und/oder der Stärkung der elterlichen und kindlichen Ressourcen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit und deren Folgen sowie der Gesundheitsförderung“ (Fillies, 2004, S.590).

Die folgenden angeführten methodischen Werkzeuge fasst FILLIES (2004) auf die Individualebene, sowie auf die Gruppenebene gemeinsam zusammen.

Empowerment wird nicht nur auf die Begleitung auf Einzelne beschränkt, sondern auch an Gruppen angewendet, welche sich entschließen, wieder Kontrolle über ihr Leben zu haben.

Somit sind die methodischen Werkzeuge für das Einzelfallsetting, sowie auf die Gruppe anzuwenden.

- **Unterstützungsmanagement**

Es besteht der Versuch durch die Case-Management Prozesse, den individuellen Versorgungsbedarf der Familie durch Kommunikation und verfügbaren Ressourcen zu erfüllen und somit die Versorgungsqualität zu fördern und effektive Ergebnisse zu erzielen.

- Selbstnarration

Selbstnarration, also die Selbsterzählung, ist eng verknüpft mit der Biographiearbeit. Das narrative Interview ist aus der Biographieforschung entstanden und ist durch die freie Erzählung eine der offensten Interviewformen.

Für biographische Themen ist die Selbsterzählung optimal, besonders wenn Handlungssequenzen erzählt werden, die dramatische Episoden beinhalten.

Das Ziel dieses Erzählens ist es, dass der Mensch die Würde und die Werte des eigenen Lebens - trotz dieser Lebensniederlagen - wieder in Erinnerung holt.

Somit kann der Betroffene das Zurückliegende methodisch bearbeiten und sich auf das Zukünftige orientieren.

- Kompetenzdialog

Der Kompetenzdialog umfasst die Erarbeitung einer für die Betroffenen wünschenswerten Lebenszukunft. Die Besprechung von vergangenen Zeiten und Erfahrungen, durch die die Betroffenen Kompetenz, Gelingen und Selbstwert für sich schöpfen konnten, ist ein Thema beim Kompetenzdialog. Die Bearbeitung eines für die Betroffenen passenden erreichbaren Entwicklungsplanes steht weiters im Zentrum (vgl. Fillies, 2004, S.592-593).

Die Funktionen bzw. das Vorhandensein von Ressourcen, insbesondere von sozialen Ressourcen, spielen für eine empowermentorientierte Beratung eine entscheidende Rolle.

Soziale Ressourcen sind durch das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks gegeben. Ein soziales Netzwerk umrahmt die Beziehungen eines Individuums zu seinen Familienmitgliedern, Verwandten, NachbarInnen, ArbeitskollegInnen und weiteren Personen.

Soziale Ressourcen wirken, nach LENZ (2001), als soziale Puffer in Krisensituationen. Weiters mildern sie belastende Ereignisse und bilden sogleich ein Schutzschild gegenüber Herausforderungen, Spannungszuständen und Stressoren. Ganz allgemein wirken soziale Ressourcen förderlich auf das Wohlbefinden, da grundsätzliche Bedürfnisse nach Zugehörigkeit, Geborgenheit und sozialer Verantwortung befriedigt werden.

Insbesondere für Kinder wirken ressourcenreiche außerfamiliäre Netzwerke als gesundheitserhaltend und gesundheitsfördernd. Primär stellt die Familie für das Kind das intensivste und intimste Beziehungssystem dar, jedoch sind Peer-Groups, sowie NachbarInnen, FreundInnen und Bekannte der Eltern ebenso bedeutend für das Kind (vgl. Lenz, 2001, S.165-166).

3.2.1.2 *Pflegetheorie nach Orem*

Die Pflegetheorie nach Orem greift diese Sichtweise der systemischen Unterstützung von Eltern für ihre Kinder auf und geht weiters davon aus, dass die Selbstpflege des Kindes dann eintritt, wenn die Eltern ihrer Dependenzpflege(kompetenz) nicht nachkommen.

1959 entwickelte Orem ihre Theorie, die 1971 erstmals veröffentlicht und einer Verfeinerung bzw. Erweiterung 1980 unterzogen wurde.

Die Theorie der Selbstpflege/Dependenzpflege ist die erste der drei konstituierenden Theorien. Sie umfasst die zwei Hauptkonzepte Selbstpflege und Dependenzpflege.

Voraussetzungen für die Pflegetheorien sind unter anderem, dass die Umsetzung von Selbstpflege (oder Dependenzpflege) Handlungen erfordern, die verschiedene Ressourcen verfügbar machen, beschaffen bzw. verwenden. Aus den Handlungen einer Person gibt sich dann ein unterschiedliches Ausmaß an Effektivität bezüglich des Erfolges der Selbstpflege bzw. Dependenzpflege. Die Handlungen sind weiters zielgerichtet bzw. mit der Absicht der Erfüllung der Selbstpflegeerfordernisse, welche allgemeiner, entwicklungsbedingter und gesundheitsbedingter Natur sein können (vgl. Baumgartner, Kirstein, Möllmann, 2003, S.15-16; Dennis, 2001, S.26-29; Cavanagh, 1997, S.20-22).

Selbstpflege setzt sich aus allen bewussten Handlungen zusammen, die von einer Person täglich ausgeführt werden, um für sich selbst zu sorgen. Selbstpflege wird von einer Person für sich selbst ausgeführt und ist ein kontinuierlicher Beitrag zum Leben. Im Fall von Krankheiten oder Verletzungen werden neue Bedürfnisse von Selbstpflege an das Individuum gestellt.

Nach DENNIS (2001) betont Orem, dass die Selbstpflege ein Recht sei. Personen besitzen eine Berechtigung auf Pflege, welche die menschliche, strukturelle, funktionale und entwicklungsorientierte Ganzheit fördert und erhält. Eine solche Sichtweise verdeutlicht jedoch auch, dass Dependenzpflege Legitimationen und Rechtfertigungen erfordert, warum diese Personen ihre Pflege nicht selbst übernehmen können (vgl. Dennis, 2001, S.65).

Es besteht eine eindeutige Beziehung zwischen Selbstpflege und Dependenzpflege, jedoch der entscheidende Unterschied zwischen diesen beiden Konzepten, liegt darin, wer das Objekt der Pflegehandlungen ist. Wie bereits oben erwähnt, ist bei der Selbstpflege das Individuum selbst das Objekt der Pflege, jedoch bei der Dependenzpflege ist das Ziel der Pflegehandlungen eine andere Person.

„Das oberste Ziel aller Dependenzpflegehandlungen liegt in der Förderung und Erhaltung lebenswichtiger und entwicklungsbezogener Prozesse sowie in der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bei abhängigen Personen“ (Dennis, 2001, S.27).

Dependenzpflege ist jenes Handeln, das von einer Person durchgeführt wird, um die oben genannten Selbstpflegeerfordernisse einer anderen Person zu erfüllen. Beispiele dafür sind eine Mutter, die ihren Säugling versorgt oder das Pflegen eines Verwandten, wie Mutter oder Vater.

Dependenzpflege ist eine Handlung, die von Personen mit einer Dependenzpflegekompetenz durchgeführt wird. Die Ausbildung zur Dependenzpflege findet zumeist in familiär-sozialen Einrichtungen statt. Aufgrund des Bestehens von Gesundheitsabweichungen führt die Dependenzpflege zu neuen oder veränderten Bedürfnissen. Im Idealfall zielt sie darauf ab, dass die Pflege zur Selbstpflege führt, insbesondere bei Kindern.

Die EmpfängerInnen der Dependenzpflege verfügen durchaus noch über Selbstpflegekompetenzen, jedoch müssen diese lediglich mit einem angemessenen Dependenzpflegesystem ergänzt und koordiniert werden. Kooperative Zusammenarbeit zwischen den Personen wird hier abverlangt.

Deshalb muss das Dependenzpflegesystem immer wieder hinsichtlich der Notwendigkeit und Dauer evaluiert werden (vgl. Baumgartner, Kirstein, Möllmann, 2003, S.15-16; Dennis, 2001, S.111-115).

Die Aufgabe der Pflegenden in diesem Konzept ist die Entwicklung und Erweiterung der elterlichen Fähigkeiten, den situativen Selbstbedarf des Kindes zu (er)kennen und zu erfüllen bzw. je jünger die Kinder sind, in der Unterstützung beim Erkennen und Umsetzen der Selbstpflegeerfordernisse zu helfen.

3.2.2 Familienberatung

Die klassische Familie (Vater - Mutter – Kind) hat sich in den letzten Jahrzehnten einem prägenden Wandel unterzogen.

Familie ist heute durch Pluralisierung geprägt und umfasst viele Lebensformen, wie Patchworkfamilien, gleichgeschlechtliche Ehen bzw. Partnerschaften und der großen Gruppe der AlleinerzieherInnen.

Familie wird wie folgt von HAID-LOH und LINDEMANN (2004) definiert:

„Familie“ als komplexes Mehrpersonensystem wird dabei konstitutiv durch das verbindliche Zusammenleben von mindestens zwei Generationen unter einem Dach charakterisiert. Dabei werden Ledige oder Alleinstehende [...] nicht ausgeschlossen“ (Haid-Loh, Lindemann, 2004, S.990).

Die Institution Familie ist dem gesellschaftlichen Wandel unterzogen, „mit mehr Chancen aber auch Risiken individueller Lebensgestaltung verbunden“ (Schmidt, 1994, S.619).

Mit den wachsenden Risiken wächst auch der Bedarf an adäquater Unterstützung bei familiären Lebensformen, wobei hier die Familienberatung bzw. Familientherapie ihren Einsatz findet.

SCHNEEWIND (1991) spricht von Familienberatung, „wenn entwicklungsoptimierende und präventive Vorgehensweisen der Familienunterstützung im Vordergrund stehen. Alle remedialen Behandlungsmaßnahmen, die der tertiären Prävention zuzurechnen sind, werden dem Begriff Familientherapie zugeordnet“ (zit. n. Schmidt, 1994, S.619-620).

Der weitreichende Ausbau der familienorientierten Beratungsstellen in den 1970er Jahren zeigt auch den Wandel der Familien in der Gesellschaft.

Dieser gesellschaftliche Wandel ist allerdings wichtig für die Auslegung der Beratung. Denn die Pflege hat hier die Aufgabe, den gesellschaftlichen Wandel der Familie zu

akzeptieren, und die ganze Familie – wie sie auch definiert sein mag – miteinzubeziehen.

Eine erfolgreiche Familienberatung erfordert jedoch mehr als nur das Akzeptieren des gesellschaftlichen Wandels. Vielmehr müssen der Beratung eine angemessene Theorie, geeignete Methoden, Ziele und eine professionelle Haltung zugrunde liegen. Die Familie wird als System verstanden und nicht mehr als Dyade zwischen Mutter und Kind.

„Für Pflegende bedeutet die Auseinandersetzung mit den Patienten und deren Gesundheit bzw. Krankheit immer auch eine Auseinandersetzung mit deren Familie.“ (Rohde, 2008, S.23).

Jede Veränderung, und somit auch jede Erkrankung, stellt eine Gefahr für das Gleichgewicht innerhalb der Familie dar.

Die Theorie der familien- und umweltbezogenen Pflege von der Schweizerin Marie-Luise Friedemann geht von einem systemischen Gleichgewicht aus. Die theoretische Grundlage bildet die Systemtheorie, die davon ausgeht, dass alle Systeme gegenseitig in Verbindung stehen, im Austausch miteinander bzw. hierarchisch gegliedert sind und spezifische Eigenschaften haben. Im Mittelpunkt von Friedemanns Theorie steht das System der PflegeempfängerInnen, wobei sie davon ausgeht, dass nur wenn die Pflege mit dem Gesundheitsstreben des Betroffenen übereinstimmt, wirksam werden kann. Die Wirksamkeit der Pflegeinterventionen drückt sich durch Veränderungen aus, welche zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit aller Beteiligten beitragen. Alle Familienmitglieder sind ein Teil des Pflegeprozesses, indem Begriffe wie Systemerhaltung (Sicherheit), Systemänderung (Anpassung an Veränderungen), Kohärenz (Zusammengehörigkeit) und Individuation (persönlicher Wachstum) vorkommen (vgl. Baumgartner, 2003, S.17; Rohde, 2008, S.23; Oswald, Müllensiefen, 1990, S.21).

Wenn nur ein Familienmitglied sein Verhalten bzw. seine Rolle verändert, hat dies Einfluss auf die gesamte Familie.

CHRISTIAN (1997) verweist darauf, dass sich die Familien mit der Krankheit auseinandersetzen müssen. „Rollenfunktionen müssen neu angepasst, Bewältigungsstrategien und Ressourcen entwickelt werden“ (zit. n. Fehlbaum, 2006, S.20).

Erkrankt ein Kind, löst dies oft eine Krise für die ganze Familie aus. Da alle Familienmitglieder auf den Genesungsprozess positiv Einfluss nehmen können, auch die kleineren Geschwister, gehören diese in den Prozess miteinbezogen und es sollte adäquat – mittels kindergerechten Beratungsmethoden – darauf reagiert werden.

„Bei der Planung des Beratungsangebots wird das Kind im Kontext seiner ganzen Familie wahrgenommen und die Familienmitglieder soweit als möglich aktiv in den Prozess miteinbezogen“ (Rohde, 2008, S.23).

Die Bezeichnung „PatientInnenorientierung“ wird hier auf das System der Familie ausgelegt, wobei die Eltern gewissermaßen das Medium sind, über das und durch das Patientenorientierung realisiert werden muss“ (Beier, 2003, S.64).

Jedoch drücken auch Kinder den Bedarf nach Beratung und Information aus, denn sie wollen ihre Krankheit verstehen und äußern den Wunsch, in der Pflege integriert zu werden. Allerdings werden die Ansichten und Sichtweisen der Kinder viel zu wenig einbezogen und genutzt (vgl. Rohde, 2008, S.19).

Die Befreiung der Kinder aus der passiven Rolle wäre ein großer Vorteil – auch für die Eltern - da die Eltern nicht mehr für ihre Kinder kommunizieren müssen. Denn auch Kinder sollen die Möglichkeit bekommen ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse selbst zu äußern!

Die Eltern übernehmen in der Pflegepraxis, nach FEHLBAUM (2006), folgende Rollen:

Vermitteln und Fürsprechen, das heißt sie kommunizieren die Bedürfnisse des Kindes bei anderen Menschen in ihrem Umfeld, wie beispielsweise LehrerInnen, Familienmitgliedern.

Sie schützen ihre Kinder und sind wachsam über das Wohlbefinden ihres Kindes. Weiters „befürsorgen“ sie sich, sodass ausreichende Unterstützung für die Bewältigung von Krankheit und Therapie seitens der Eltern für die Kinder bereitgestellt wird.

Sie führen die Therapie durch (pflegen) bzw. überwachen sie (vgl. Fehlbaum, 2006, S.20).

Nach LEE (2007) umfasst für die Pflegenden in der Kinder- und Jugendlichenpflege die Zusammenarbeit mit den Eltern, insbesondere „Respekt für die Eltern, Position

einzunehmen, Kommunikation, Verstehen der Eltern, effektive Partnerschaft, in der alle Beteiligten zufrieden sind“ (zit. n. Rohde, 2008, S.18).

Familienstrukturen wirken idealerweise gesundheitsfördernd, da sie Zuneigung, Geborgenheit und Schutz bieten. Allerdings können sie auch belastend wirken, denn ein Teil des Systems wirkt auf die anderen Teile des Systems, die darauf reagieren und neuen Input geben.

Verhaltensevaluation und Verhaltensänderungen sind in dieser Beratungskonstellation deshalb nicht ausgeschlossen. Das Wissen besteht des Öfteren schon und muss nur explizit gemacht werden. Dies muss hinsichtlich dem Aufgabenfeld bzw. der Rolle der Pflegenden in dem Beratungssetting bedacht werden.

Somit stellen sich folgende Anforderungen bzw. Pflegeinterventionen an die Pflegenden:

- (1) Emotionale Zuwendung/Begleitung: Das Aufbauen eines Vertrauensverhältnisses ist von Nöten, sodass Unsicherheiten überwunden werden können und eine Zusammenarbeit möglich ist. Das Zeigen von Emotionen stellt für die Eltern oft eine große Herausforderung dar, sodass die Pflegenden ihnen mitteilen müssen, – durch wertschätzenden und respektvollen Umgang – dass sie sie verstehen und mitfühlen.
- (2) Information: Gezielte Informationen über die Krankheiten der Kinder und Jugendlichen, die Ursachen und den möglichen Verlauf werden den Eltern durch die Pflegenden gegeben. Dadurch werden Unsicherheiten verringert und gegebenenfalls sollte nachgefragt werden, ob die Information einerseits klar und verständlich war bzw. andererseits noch Fragen offen sind.
- (3) Beratung/Anleitung: Beratung hinsichtlich des Verstehens von Emotionen und Reaktionen des Kindes, sowie der eigenen Emotionen, wäre ein weiterer Aufgabenbereich der Pflegenden. Familiäre Gegebenheiten müssen in der Beratung berücksichtigt werden.

Weiters sollte den Eltern eine Anleitung über pflegerische Handlungen gegeben werden, sodass Kontrolle über die Situation gewonnen werden kann (vgl. Fehlbaum, 2006, S.21; Rohde, 2008, S.20).

Informationen führen zu Vertrauen und zu positiven Einstellungen und Erwartungen bei den Eltern und den jungen Menschen. Durch Zuwendung und Beratung wird der therapeutische Spielraum erweitert und der Genesungsprozess beschleunigt und nachhaltig verbessert.

HAID-LOH und LINDEMANN (2004) ergänzen, dass jedoch familienorientierte Beratung Kooperation mit einem multiprofessionellen Team abverlangt. Lebensweltliche, klinisch-psychologische, sozioökonomische, interkulturelle, rechtliche sowie ethische Perspektiven könnten in dem Beratungsprozess miteinfließen (vgl. Haid-Loh, Lindemann, 2004, S.998).

3.2.2.1 Forschungsstand

Für die korrekte Implementierung der familienorientierten Pflege stehen noch Forschungen aus (vgl. Rohde, 2008, S.23).

Weiters besteht nach BEIER (2003) Forschungsbedarf hinsichtlich dem spezifischen Handlungsfeld der Pflege. Es besteht der Bedarf, dass in der Kinder- und Jugendlichenpflege ein spezifisches Forschungsprofil entwickelt wird und für die Pflege kranker Kinder originäre wissenschaftliche Fragen gestellt werden (vgl. Beier, 2003, S.63).

Diese wären unter anderem:

- „Welche spezifischen Merkmale charakterisiert die familienorientierte Pflege kranker Kinder?
- Mit welchem Anspruch ist Patientenorientierung bei der Pflege kranker Kinder zu gestalten?
- Nach welchen Prinzipien sollte die Information bzw. Beratung der Familie bei der Pflege kranker Kinder erfolgen?“ (Beier, 2003, S.64).

Besonders betroffen von der mangelnden pflegewissenschaftlichen Forschung ist der Bereich der häuslichen Kinder- und Jugendlichenpflege. Die Autorin meint, dass sich die Kinder- und Jugendlichenpflege nicht mehr lediglich auf das Erfahrungswissen und die Traditionen bei der Beratung von Eltern berufen kann. Eine theoretische Fundierung des Handlungsfeldes der Kinder- und Jugendlichenpflege, welche pflegewissenschaftlich hinterfragt wird, steht noch aus (vgl. Beier, 2003, S.63).

3.2.3 Angehörigenberatung

Nach dem Schock der Diagnose einer Krankheit besteht bei den Angehörigen ein Bedürfnis nach Information hinsichtlich, des Symptombildes und des Verlaufs der Erkrankung bzw. der Krankheit.

Nach ANSEN, GÖDECKER-GEENDEN und NAU (2004) sind Angehörige „keine Zielgruppe, die Unterstützung bei der Bewältigung eigener Probleme erhält“ (Ansen, Gödecker-Geenen, Nau, 2004, S.34).

Jedoch wird die Beratung von pflegenden Angehörigen zunehmend wichtiger.

Die Angehörigenberatung sollte demnach versuchen Defizite im Bereich des Wissens über das Krankheitsbild auszugleichen und Anhaltspunkte zu geben, welche weiteren Interventionen, Möglichkeiten, Entlastungen und Belastungen auf die Angehörigen und den Betroffenen zukommen. Weiters ist das Informieren über Anlaufstellen, falls Probleme auftreten, von großer Bedeutung für die pflegenden Angehörigen.

Fragen, wie die Finanzierung der Pflege, können ebenso Thema einer Angehörigenberatung sein.

Es ist durchaus möglich, dass kognitive Veränderungen und Verhaltensauffälligkeiten der PatientInnen zu Unverständnis seitens der Angehörigen führen (vgl. Engel, 2006, S.200). Beratung, welches sich das Störungsbild der PatientInnen bzw. die Auswirkungen auf die Fähigkeiten und des Verhaltens zum Thema nimmt, kann dieses Unverständnis lösen und zu mehr Klarheit führen.

MAURER (2006) meint, dass BeraterInnen (mehr) Kenntnisse über die Situation von pflegenden Angehörigen benötigen, insbesondere über deren physischen und psychischen Belastungen und das Abhängigkeitsverhältnis. Es existieren zwar Gruppenberatungen, jedoch stehen dort vermehrt pflegerische Fragestellungen im Fokus. Sinnvoll wäre es jedoch, psychologische Angebote hinsichtlich der schwierigen Beziehungskonstellation zwischen PatientInnen und pflegenden Angehörigen zu schaffen (vgl. Maurer, 2006, S.104).

Die Beratung von pflegenden Angehörigen, deren Kind im Krankenhaus behandelt wird, ist anfangs zeitintensiv und aufwendig, nimmt jedoch im Laufe des Aufenthalts ab. Die Bezugsperson wird dazu befähigt, das Kind weitgehend selbstständig zu betreuen. Die gemachten Erfahrungen im Krankenhaus und die erworbenen

Kompetenzen bringen mit sich, dass die „erlernte“ Pflege im eigenen Zuhause weiter umgesetzt wird. Der Erfolg ist einerseits durch die Akzeptanz und andererseits an der Selbstständigkeit in der Umsetzung der Maßnahmen erkennbar (vgl. Wachter, 2008, S.15).

Das übergeordnete Ziel der Angehörigenarbeit, kann nach ENGEL (2006), mit dem Terminus „Empowerment“ beschrieben werden (vgl. Engel, 2006, S.206; siehe Kapitel 3.2).

Die Methoden in der sozialen Arbeit mit pflegenden Angehörigen, hinsichtlich den Entlastungen für sie, kann in zwei Gruppen eingeteilt werden: Maßnahmen, welche auf die Reduzierung von Pflege und Versorgung für die PatientInnen im eigenen Heim abzielen und Interventionen, mit dem Ziel, die Angehörigen in ihrer Arbeit zu stärken.

Zur ersten Gruppe zählen Angebote wie Kurzzeitpflege, Besuchsdienste, Gesprächsgruppen und psychoedukative Angebote für pflegende Angehörige und viele mehr.

Weiters brauchen pflegende Angehörige, nach Engel (2006) eine „triadische Pflege“, in der die Aushandlungsprozesse zwischen PatientInnen, Angehörigen und Professionellen stattfinden (vgl. Engel, 2006, S.206-208).

Die richtige Grundhaltung der Pflegenden gegenüber den Bezugspersonen macht eine erfolgreiche Beratung aus. Es ist unumgänglich sich mit der eigenen Grundhaltung auseinanderzusetzen, sodass einem unter anderem bewusst wird, dass alle Beziehungen, in denen Menschen leben, unterschiedlich sind (vgl. Wachter, 2008, S.16-17).

Deshalb ist jede Beratung, sowie jede Lösungsfindung, individuell und muss immer auf die aktuelle Lebenssituation der betroffenen Personen geschneidert sein.

Die Pflegenden bilden dabei oft eine Vorbildfunktion für beispielsweise die Mütter, deren Kind im Krankenhaus untergebracht ist. „Die Bezugspersonen beobachten genau, wie wir mit ihrem Kind umgehen. Den wertschätzenden Umgang der Pflegepersonen mit dem Säugling wird die Mutter bewusst und unbewusst wahrnehmen. Sie wird das Verhalten der Pflegeperson imitieren und ausprobieren, [...]“ (Wacker, 2008, S.18).

3.2.3.1 Die Situation der pflegenden Angehörigen

Angehörige leisten ein breites Spektrum an Fürsorge, Betreuung-, Organisations- und Beziehungsarbeit.

ENGEL (2008) meint hierzu, dass angesichts der Tatsache, dass nicht nur Angehörige, im Sinne von Familienmitgliedern, Pflege leisten, der Begriff „pflegender Angehöriger“ nicht mehr angebracht ist. Durch die Singularisierung der Haushalte bzw. dem gesellschaftlichen Wandel ist der Terminus „Angehöriger/Angehörige“ nicht mehr passend. Angemessener wäre die Bezeichnung „pflegender Angehöriger“ durch „informelle Fürsorge- und Pflegeperson aus dem familiären Umfeld“ zu ersetzen (vgl. Engel, 2008, S.196-197).

Die Rollenübernahme zu einem pflegenden Angehörigen bringt ein großes Spektrum an Anforderungen mit sich. Durch die zunehmende Unselbständigkeit der PatientInnen fallen auch immer mehr Alltagsverrichtungen in den Aufgabenbereich der pflegenden Angehörigen. Dies sehen pflegende Angehörige oft als zeitliche Belastung, sodass massive Einschnitte bei dem Nachgehen einer Erwerbstätigkeit, bei Freizeitaktivitäten bzw. auch bei sozialen Kontakten zu erkennen sind (vgl. Engel, 2008, S.198-199; Maurer, 2006, S.104).

Für die Angehörigen wäre es jedoch von großer Bedeutung, dass sie sich ein soziales Netzwerk aufbauen, da sie dadurch erkennen, wie sehr sie es brauchen um Belastungen abbauen zu können.

Oft ist das Zurückgreifen auf hilfsbereite Menschen in der Nachbarschaft, in dem Bekanntenkreis oder in der engeren Verwandtschaft möglich. Doch pflegende Angehörige trauen sich oft nicht die hilfsbereiten Angebote anzunehmen. Denn einerseits ist es eine Überwindung auf Fremde zuzugehen und Hilfe anzunehmen bzw. darum zu bitten, und andererseits müssen die Angehörigen diesen Menschen vertrauen und sich sicher sein, dass der pflegebedürftige Mensch in Sicherheit ist.

Deshalb versuchen Angehörige oft eine Balance bei der Versorgung zu finden, die jedoch doch beispielsweise einer Absage der Therapiestunde in Ungleichgewicht geraten kann. Allerdings kämpfen pflegende Angehörige nicht nur um eine stabile Versorgungssituation, sondern auch um weitere Fortschritte hinsichtlich des Gesundheitszustandes der PatientInnen (vgl. Horn, 2008, S.160).

Die pflegenden Angehörigen, die PatientInnen zu Hause pflegen, orientieren ihr Leben an den Bedürfnissen derer. Somit besteht auch der Bedarf, dass sich andere Familienmitglieder mit der Veränderung, die die Integration mit sich bringt, abfinden und auseinandersetzen. Der Alltag muss ab der Integration gut organisiert sein und ist stets mit Sorgen verbunden.

Als Entlastung besteht die Möglichkeit des Einsatzes von professioneller Hilfe, welche in Anspruch genommen werden kann. Jedoch reagieren ÄrztInnen oft barsch auf Fragen von Angehörigen, sodass sich Unverständnis bei den Familienmitgliedern breit macht, welches zu einer Abkehr hinsichtlich der professionellen Hilfe führt.

Von Entlastung kann nur dann gesprochen werden, wenn ihnen durch den regelmäßigen Einsatz die körperliche schwere Arbeit abgenommen wird. So können sich in dieser Zeit die Angehörigen um ihr Hobby kümmern und Momente der Entspannung genießen.

Dadurch entsteht ein Vertrauensverhältnis zu den Pflegekräften, welches sich auf die Angehörigen spiegeln kann.

Ein intaktes soziales Umfeld kann den Angehörigen ebenso Rückhalt geben und für eine entsprechende Balance sorgen (vgl. Horn, 2008, S.162-169).

Festzuhalten ist allerdings, dass in vielen Fällen Konflikte in der Familie auftreten, die die Situation von pflegenden Angehörigen erschweren. Schließlich vermeiden pflegende Angehörige den Umgang mit Familienmitgliedern und verstärken ihre soziale Isolation somit weiters (vgl. Engel, 2006, S.201).

MAURER (2006) ist jedoch der Ansicht, dass ein Rückgang an familiären Netzwerken dazu führt, dass generationsübergreifende Solidarität den Vorzug erhält. Das soziale Netz der Familie erweitert sich zum sozialen Netzwerk der Generationen, innerhalb der Familie, jedoch auch darüber hinaus (vgl. Maurer, 2006, S.104-105).

4. Beratung von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen

In dem vorliegenden Kapitel werden chronische Erkrankungen näher definiert, sowie besteht der Versuch eine Annäherung zu machen, was es heißt, mit einer chronischen Erkrankung zu leben.

Als theoretische Grundlage werden dafür Phasenmodelle, sowie Pflegemodelle vorgestellt.

Das Unterkapitel „Chronische Erkrankungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege“ widmet sich der Kinder- und Jugendlichenpflege. Chronische Erkrankungen im Jugendalter werden näher thematisiert, sowie die daraus folgenden Herausforderungen an die jungen Menschen. Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege wird an der chronischen Erkrankung, der Asthma bronchiale, näher erörtert.

4.1 Definitionen chronischer Erkrankungen

Definitionsmerkmale chronischer Erkrankungen nach PETERMANN, NOEKER und BODE (1987) sind, dass chronischen Erkrankungen durchaus zu einer Linderung der Beschwerden führen können, jedoch nicht zu einer vollständigen Ausheilung. Chronische Erkrankungen lassen sich nicht losgelöst von der Akutkrankheit betrachten, da ihnen episodische körperliche Krisen gemeinsam sind bzw. auch nicht losgelöst von Behinderung, mit der sie familiäre, soziale, schulische und berufliche Beeinträchtigungen gemeinsam haben (vgl. Petermann, Noeker, Bode, 1987, 14-16). Die chronischen Erkrankungen unterscheiden sich von den akuten Erkrankungen allerdings dadurch, dass chronische Erkrankungen über viele Jahre andauern bzw. sich über das ganze Leben erstrecken. Die Entwicklung einer chronischen Erkrankung beginnt langsam und schleichend und kann jedoch einen unvorhersehbaren Verlauf annehmen. Chronische Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes, können auch einen lebensbedrohlichen Zustand führen.

Sie sind auch dadurch charakterisiert, dass eine Heilung häufig nicht möglich ist bzw. sie in der Regel PatientInnen lebenslang begleiten bzw. können chronische Erkrankungen auch zu Invalidität führen (vgl. Klug-Redman, 2008, S.17; Friedrich, 1987, S.9; Ohlbrecht, 2006, S.108).

Nach MÜLLER-MUNDT (2005) ist zu unterscheiden zwischen

- schwerer progredienter verlaufender Erkrankung, wie Tumorschmerz und
- einer chronischen degenerativen Erkrankung, wie rheumatische Schmerzen und
- chronischen Schmerzen, bei denen sich der Schmerz zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelt hat (vgl. Müller-Mundt, 2005, S.210).

LUPKIN und JEFFREY (2002) beschreiben drei Hauptkriterien für chronische Schmerzen.

Es handelt sich dann um chronische Schmerzen, wenn sie:

- „über einen längeren Zeitraum anhalten, wobei die Dauer meistens mit mehr als drei bis sechs Monaten angegeben wird,
- über Monate und Jahre hinweg immer wieder auftreten oder
- an einen chronischen pathologischen Zustand geknüpft sind“ (zit. n. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.246).

4.1.1 Prävalenz

Nach RAVENS-SIEBERER, THOMAS und ERHART (2003) nehmen die Prävalenzen von chronischen allergischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung immer mehr zu. Die Ursachen sind multifaktoriell, unter anderem ist jedoch ein „gelangweiltes“ Immunsystem sowie die zunehmende Umweltbelastung dafür verantwortlich zu machen. Bestimmte Lebensstile bzw. genetische Dispositionen können ebenso mögliche Gründe dafür sein. Die Häufigkeiten einer selbstberichteten Allergien-Einschätzung zeigt, dass 7,0 % der Jungen glauben, dass sie Asthma haben. 5,3 % der Mädchen denken, dass sie an Asthma erkrankt sind (vgl. Ravens-Sieberer, Thomas, Erhart, 2003, S.33-34; Ohlbrecht, 2006, S.108).

Durch Fortschritte in der Medizin konnte die Mortalitätsrate allerdings entschieden gesenkt werden. Der Charakter und das Verlaufsmuster vieler chronischer

Erkrankungen haben sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verändert. „Zwanzig – bis dreißigjährige Verlaufsdauern sind heute keine Seltenheit mehr und auch Folgeerscheinungen wie Multimorbidität, Überlagerung von Krankheits- und Therapiefolgen und dauerhafte Funktionseinschränkungen sind zu vertrauten Erscheinungen geworden“ (Schaeffer/Moers, 2008, S.27).

In einer Studie, in welcher psychosomatische Beschwerden und chronische Erkrankungen hinsichtlich dem Zusammenhang zwischen den sozialen Gegebenheiten der Eltern und dem Wohlbefinden ihrer Kinder in Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden untersucht wurden, zeigte sich Folgendes: Chronische Erkrankungen bei jungen Menschen haben sich in allen Ländern erweitert, im Vergleich zu dem Jahr 1984 sogar verdoppelt. Es war eine gesteigerte Prävalenz zu erkennen bzw. die chronische Morbidität bei Kindern zwischen null und sechs Jahren stieg von 8,9 % auf 19,7 % und in der Gruppe der sieben bis 14-Jährigen von 15,1 % auf 23,4 %. Insbesondere Erkrankungen, wie Asthma und die Entstehung von Ekzemen haben sich erhöht. In den Jahren 1984 und 1996 war zu bemerken, dass die Prävalenz sich insbesondere bei Familien mit geringem Einkommen, geringer Schulbildung und AlleinerzieherInnen erhöht hat (vgl. Berntsson, Köhler, 2001, S.40-42).

In Anlehnung an PETERMANN (1994) betrifft eine chronische Erkrankung jedes zehnte Kind bzw. jeden zehnten jungen Menschen (vgl. Petermann, 1994, S.7).

Die wachsende Zahl an Umweltbelastungen und psychologischen Belastungen tragen dazu bei, dass chronische Erkrankungen weiterhin zunehmen. Wie die oben angeführte Studie zeigt, hat sich innerhalb 12 Jahren (von 1984 bis 1996) die Prävalenzrate von chronischen Erkrankungen verdoppelt. Dadurch sind chronische Erkrankungen nicht nur vermehrt in der Medizin ein großes Thema, sondern auch andere Disziplinen und Fachrichtungen widmen sich dem Thema, wie die Psychologie. Psychosomatische Begebenheiten werden näher untersucht.

GRYPDONCK (2005) kommt zu der Feststellung, dass chronische Erkrankungen „can no longer be treated as a marginal group in health care“ (Seidl, Walter, 2005, S.9). Die Autorin ist der Ansicht, dass PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung das Recht haben, eine aktive und qualitativ hohe Teilhabe am sozialen Leben garantiert zu bekommen (vgl. Seidl, Walter, 2005, S.9).

Auch die Gesundheitsförderung reagiert auf die Prävalenz von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung und - unter anderem - werden Pflegesprechstunden ins Leben gerufen, sodass PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung eine adäquate Unterstützung bekommen. Die Unterstützungen richten sich auch darauf, dass sich die PatientInnen

- ihren Bedürfnissen bewusst werden und sie erfüllen,
- ihre Gefühle ausdrücken,
- sich persönlich entwickeln,
- das Leben aktiv und initiativ gestalten,
- ihre körperlichen Symptome erkennen und deren Entstehungszusammenhang verstehen,
- auf ihre psychischen und emotionalen Rhythmen achten und die Signale des Körpers wahrnehmen und
- Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erwerben, welche die Kraft für die Gestaltung von Leben und Reife sind (vgl. Schrödter, 2005, S.635).

Jedoch ist die Bandbreite sowie die Symptomatik der chronischen Erkrankungen sehr breit gestreut: Beginnend von allergischen Reaktionen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen können sich chronische Erkrankungen bemerkbar machen. Die dadurch entstehenden Belastungen für die PatientInnen sind so unterschiedlich, wie die Erkrankungsformen selbst.

Dennoch ist davon auszugehen, dass jede Form der chronischen Erkrankung eine Belastung für die Individuen ist und von diesen gefordert ist, dass sie Strategien entwickeln, so dass sie diese hervorgerufene Umstellung bzw. die Krankheit in ihr Leben integrieren.

4.2 Leben mit einer chronischen Erkrankung

Die Diagnosestellung bedeutet für PatientInnen oft einen tiefen Einschnitt in das bisherige Leben. Nicht nur die betroffenen Personen müssen mit der Diagnose zurechtkommen, sondern auch ihre Familien.

Durch die chronische Erkrankung entsteht ein ständiger Kampf, denn die Anpassung der Krankheit an das Leben, betrifft jeden Lebensbereich (die eigene Identität, das Familienleben, die Partnerschaft, den Arbeitsplatz u.a.).

Chronische Erkrankungen beeinflussen das psychische, emotionale und soziale Wohlbefinden der PatientInnen und damit auch in vielen Fällen negativ die Lebensqualität (vgl. Grötken, Hokenbecker-Belke, 2006, S.270; Friedrich, 1987, S.9). Oft muss die Lebensvorstellung der chronisch Erkrankten als unerreichbar diagnostiziert werden, denn PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung müssen mit den Einschränkungen leben und eine Vielzahl von Aktivitäten können und dürfen sie nicht mehr verrichten.

Da die chronischen Erkrankungen – im Vergleich zu akuten Erkrankungen – das Leben der Betroffenen dauerhaft beeinflussen, ist der Umgang mit der Erkrankung bzw. die Anpassung der Krankheit an das Leben weitaus schwieriger, als bei akuten Erkrankungen. Im Akutfall können sehr rasch Maßnahmen gesetzt werden, jedoch bei chronischen Erkrankungen ist es auch für die Pflegenden „ein ständiges Überlegen und Abwägen gemeinsam mit dem Kranken“ (Seidl/ Walter, 2005, S.14). Chronische Erkrankungen begleiten die Erkrankten fortan im weiteren Lebenslauf, „wobei sie phasenweise mehr in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt sind und phasenweise weniger“ (Moers, Schaeffer, 2008, S.28).

HELLIGE und HÜPER (2002) gehen davon aus, dass die Transitionen (Übergänge) bei Menschen mit chronischen Erkrankungen vergleichbar mit dem Gesundheits-Krankheits- Kontinuum von ANTONOVSKY (1997, siehe Kapitel 1.1) sind, denn Gesundheit sollte hier im Sinne der Salutogenese verstanden werden. Insbesondere bei der Beratung in der Pflege ist die Förderung der Widerstandsressourcen für das Kohärenzgefühl von großer Bedeutung (vgl. Hellige, Hüper, 2002, S.11).

In Anlehnung an GRÖTKEN und HOKENBECKER-BELKE (2006) kann der individuelle Krankheitsverlauf im Wesentlichen durch drei Faktoren beeinflusst werden:

- (1) Durch persönliche Merkmale, wie der eigenen Identität bzw. der Selbstwahrnehmung und der eigenen Motivation. Erfahrungen, die PatientInnen mit der Erkrankung und der Behandlung gemacht haben und

auch körperlicher Einschränkungen, die die Erkrankung mit sich bringt, beeinflussen den Krankheitsverlauf.

- (2) Äußere Einflüsse, wie verfügbare soziale und wirtschaftliche Ressourcen oder durch die Betreuung der Pflegenden, können ebenso wirksam werden.
- (3) Einfluss auf den Krankheitsverlauf kann das Behandlungsschema nehmen, welches in Ziel-, Planungs- und Interventionsfaktoren bzw. durch Interventionen seitens der Pflegenden unterteilt ist. Letzteres beinhaltet sachkundige und fachkundige Behandlung durch die Pflegenden, gemeinsame Entscheidungsfindung, aktive Teilnahme seitens der PatientInnen und dessen Familienmitgliedern, sowie das Geben von Information und Wissen für die PatientInnen (vgl. Grötken, Hokenbecker-Belke, 2006, S.273).

Das Leben mit einer chronischen Erkrankung, so KLUG-REDMAN (2008), stellt PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung vor drei Aufgaben: Krankheitsbezogene Aufgaben sind zu bewältigen, wie die Medikamenteneinnahme. Zweitens müssen sie ihren Alltag meistern, wie einer Erwerbsarbeit nachgehen und das Familienleben organisieren. Drittens müssen sich PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung einer veränderten Zukunftsperspektive stellen, ihre Lebensplanung verändern und lernen, mit der daraus folgenden Wut und Depression umzugehen (vgl. Klug-Redman, 2008, S.19).

Die professionelle Pflege strebt hier eine patientInnenorientierte Pflege an, welche ganzheitlich und individuell an die PatientInnen angepasst werden muss.

Trotz allen Pflegemodellen bzw. Phasenmodellen ist festzuhalten, „dass Menschen entsprechend ihres eigenen Lebensentwurfs und nicht einem Phasenmodell folgend leben“ (Moers, Schaeffer, 2008, S.13), denn die Phasenmodelle sollen unter anderem ermöglichen, dass der individuelle Fall besser verstanden wird (vgl. Moers, Schaeffer, 2008, S.13).

4.3 Beratungsmodelle - einschließlich Pflegemodelle - für PatientInnen bei einer chronischen Erkrankung

4.3.1 Pflegemodell nach GRYPDONCK (2005)

Die niederländische Pflegewissenschaftlerin Mieke Grypdonck hat in ihrem bedeutenden theoretischen Beitrag „Modell der Pflege chronisch Kranker“ (2005) die Lage von Personen mit einer chronischen Erkrankung geschildert. Die Autorin geht davon aus, je mehr es den chronisch Erkrankten gelingt die Krankheit am Rand ihres Lebens zu positionieren, desto mehr können sie ihr „eigentliches Leben wieder ins Zentrum“ (Seidl, Walter, 2005, S.19) rücken und desto besser wird es ihnen gelingen, die Krankheit zu integrieren. Personen mit einer chronischen Erkrankung wollen nicht nur auf ihre Erkrankung reduziert werden.

Nach GRYPDONCK (2005) gibt es zwei Arten, auf die Krankheit zu reagieren bzw. macht es hinsichtlich der Qualität des Lebens einen großen Unterschied, zu welcher Gruppe die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung angehören:

- (1) Betroffene, die ihre Krankheit managen und versuchen das Beste daraus zu machen bzw. mit ihren Erfolgen zufrieden sind. Nach dem Motto: Sie haben die Erkrankung zwar die ganze Zeit, aber sie sind nicht die ganze Zeit krank. Ihr Leben heben sie über die Krankheit hinaus.
- (2) Andere sind mit ihrem Leben nicht zufrieden, sie haben eine Erkrankung, die sie nicht verdienen. Sie sind unzufrieden mit der Versorgung durch die Pflegenden, denn auch diese können sie nicht von der Krankheit befreien. Die Krankheit durchdringt das Leben und auch das ihrer Familien (vgl. Seidl, Walter, 2005, S.21-23).

Die wichtigste Strategie um mit der Erkrankung zurecht zu kommen, wäre, „sich auf das zu konzentrieren, was im Leben sinnvoll ist“ (Seidl, Walter, 2005, S.28).

PatientInnen mit chronischen Erkrankungen müssen lernen ihre täglichen Aktivitäten zu managen, also jenes zu tun was wichtig und sinnvoll ist und das zu lassen, was weniger wichtig ist. Die Einbeziehung der Familie bei den täglichen Aktivitäten kann

große Vorteile bringen, sodass ein Mitglied der Familie die Tätigkeiten übernimmt, die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung nicht verrichten können.

4.3.1.1 Die Aufgaben der Pflegenden

Im Zentrum der Aufmerksamkeit von Pflegenden stehen die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung.

„Die primäre Aufgabe der Pflegeperson besteht darin, zu einem sinnvollen Leben beizutragen, dem Menschen mit einer chronischen Krankheit zu helfen, das Leben zu leben, das er zu leben wünscht“ (Seidl, Walter, 2005, S.31). Das bedeutet, dass die Betroffenen der Krankheit einen Raum in ihrem Leben einräumen müssen, jedoch das Leben über der Krankheit steht.

Pflegende müssen den PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung helfen, die existentielle Krise zu überwinden. Pflegende unterstützen die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung insofern, dass sie sich mit den einhergehenden Verlusten auseinander setzen und den Lebenssinn wieder finden. Die volle Aufmerksamkeit wird auf die Bearbeitung der PatientInnen mit der Erkrankung gerichtet, sodass auf die entstehenden Gefühle seitens der PatientInnen eingegangen werden kann.

Wenn die PatientInnen das Gefühl haben, dass die Leiden nicht ernstgenommen werden, entstehen dadurch neue Leiden, die die Bewältigung der ursprünglichen „Krankheit“ verzögern.

Die Unterstützung beim Kampf des täglichen Lebens ist ein weiterer Aufgabenbereich der Pflegenden. Tätigkeiten können bei PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung sehr komplex werden, denn vertraute Methoden zur Bearbeitung des Alltags müssen neu erprobt werden. PatientInnen wehren sich oft gegen die Ratschläge der Pflegenden, sodass bei diesen Handlungskompetenz und Kreativität gefordert ist. Ein gemeinsamer Aushandlungsprozess zwischen Pflegenden und PatientInnen steht im Fokus. Die Unterstützung des Alltags sollte täglich neu angepasst werden bzw. an den Bedarf des Augenblicks orientiert sein.

Organisatorische Begebenheiten, wie der Wechsel der Pflegenden durch die gegebenen Dienstzeiten und das Zeitmanagement der Pflegenden, da Pflegende

nicht zu einer bestimmten Zeit kommen können, behindern das tägliche Leben der PatientInnen.

Dies kostet für die PatientInnen erheblich Mühe, deshalb bedarf es seitens der Pflegenden Unterstützung beim Management des therapeutischen Regimes. Der Begriff „Compliance“, welcher oft hinsichtlich dieser Thematik verwendet wurde, wird abgelöst durch den Terminus „Selbstmanagement“ und soll den Gedanken zum Ausdruck bringen, dass die PatientInnen Notwendigkeiten (zB die Medikamenteneinnahme) an ihr Leben anpassen sollten. Das gewünschte Selbstmanagement sollte mittels der Hilfe von Pflegenden erreicht werden. Das wird auch dadurch passieren, dass Probleme angesprochen werden, die außerhalb des üblichen Aufgabenbereichs der Pflegenden liegen.

Die letzte wichtige Aufgabe von den Pflegenden ist Hilfe bei der Organisation der Pflege zu garantieren. Insbesondere bei PatientInnen, welche eine 24 Stunden Pflege bedürfen, stellt das Management eine wichtige Aufgabe dar. Die Situation des Gepflegt-Werdens stellt für die PatientInnen ein Eindringen in ihren Privatbereich dar, deshalb muss genügend Raum für Privatsphäre und Selbstachtung gegeben sein. Das Eindringen in die Privatsphäre ist auch oft ein Grund für PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung, sich für professionelle Pflege erst spät zu entscheiden (Seidl, Walter, 2005, S. 31-38).

Die Pflegenden, von denen hier gesprochen wird, können auch im Sinne GRYPDONCKS (2005) „trajectory nurses“ genannt werden. Die Pflege muss dabei als Begleitung des Weges verstanden werden, welchen die PatientInnen zurücklegen. Die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung und die Familie werden dabei unterstützt, eine Antwort auf die Krankheit zu finden, damit sie ein sinnvolles Leben wieder führen können. Die Beratung und die Unterstützung in den verschiedenen Phasen des Lebens mit der Krankheit ist dabei das Grundelement der Pflege. Die „trajectory nurse“ kann dies anbieten, oder – bei Bedarf - den Kontakt zu anderen Gesundheitsprofessionellen herstellen. Sie hält Kontakt zu den praktischen ÄrztInnen sowie zu SpezialistInnen, die in der Betreuung der PatientInnen involviert sind. Sie kann jedoch psychologische und emotionale Probleme genauso handeln, wie praktische Probleme.

Die Ausbildung der „trajectory nurses“ ist auf dem Bakkalaureatsniveau. Sie hat fundierte Kenntnisse über Ressourcen der chronisch Erkrankten und ist auch auf die Pflege dieser spezialisiert. Über ihr steht die der/die „clinical nurse specialist“, die Kompetenzen hinsichtlich schwierigen und komplexen Krankheiten besitzt. Die Ausbildung der „clinical nurse specialist“ ist auf dem Masterniveau, denn sie haben fundierte Kenntnisse über die Pflege spezifischer PatientInnengruppen. Die beiden Pflegenden können sich beratend zur Seite stehen bzw. entscheidet der/die „trajectory nurse“ gemeinsam mit dem/der „clinical nurse specialist“ wie und wann die Situation sich einer Evaluierung unterziehen muss (vgl. Seidl, Walter, 2005, S.31- 56; Schaeffer, Moers, 2008, S.10). Es sollte garantiert werden, dass den PatientInnen das Recht gegeben wird, die Pflege zu erhalten, die so weit wie möglich bestens zu ihrer Lebensqualität beiträgt.

4.3.2 Pflegemodell nach CORBIN & STRAUSS (2004)

CORBIN & STRAUSS (2004) sind im Laufe ihrer Studie bzw. bei ihrem „Trajektkonzept“ zu der Erkenntnis gekommen, dass die Verläufe chronischer Erkrankungen zwar individuell zu betrachten sind, jedoch sie in bestimmten Aspekten Gemeinsamkeiten aufweisen. Das „Trajektkonzept“ ist eine Verlaufskurve, wobei der Verlauf eine gewisse Eigendynamik aufweist: Phasen der Krisen, der Restabilisierung und erneuter Destabilisierung stehen in einem Wechsel, wobei die Tendenz des Verlaufs nach unten zeigt. Die Einteilung in Phasen dient demnach, Symptome bzw. Merkmale einer chronischen Erkrankung zu erkennen bzw. einzuschätzen. Ein langfristiges Management hinsichtlich der Pflege ist deshalb dafür Voraussetzung.

CORBIN & STRAUSS haben dies in acht Stadien des Krankheitsverlaufes zusammengefasst, welche im Folgenden dargestellt werden:

- (1) Die Zeit vor dem Eintreten der Krankheit ist jene Zeit, in der noch keine offizielle Diagnose gestellt ist bzw. vor dem Auftreten der ersten chronischen Symptome.

-
- (2) Der Ausbruch der Erkrankung beginnt durch das Auftreten von Anzeichen und Symptomen der chronischen Erkrankung. Der Beginn der Krankheitsverlaufskurse ist somit festgesetzt.
 - (3) Dieser Zeitpunkt bedeutet für die PatientInnen eine signifikante Gesundheitsgefährdung, eine Krise.
 - (4) Die akute Phase wird damit eingeleitet, wenn gewöhnlich ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist. Sind die Maßnahmen der Versorgungsstruktur effektiv, kann eine
 - (5) stabile Phase erreicht werden. Jedoch ist es bei chronischen Verläufen nicht vermeidbar, dass neue Krankheitsschübe auftreten und es zu einer
 - (6) instabilen Phase kommt. Eine Evaluierung bzw. das Anpassen der Maßnahmen ist erforderlich. Dies geschieht meistens ohne stationäre Einweisung, sodass Stabilität und Bewältigung des Krankheitsschubs gefördert werden können.
 - (7) Jedoch sind diese Interventionen oft erfolglos und der Zustand der PatientInnen verschlechtert sich zu einer abfallenden Phase, bis zu der
 - (8) Sterbephase, wo die PatientInnen unheilbar krank sind. Die Auswirkungen der Krankheit sind in der Phase so bedeutend, „dass es kein Entkommen mehr gibt Sie sind dauernd und bei allen ihren Aktivitäten konfrontiert mit der Erkrankung. Einige dieser Patienten bringen es jedoch sehr gut fertig, ihr Leben über die Krankheit hinauszuhoben, sogar in diesen Phasen ihrer Krankheit“ (Seidl, Walter, 2005, S.51; Hellige, Hüper, 2003, S.431-433).

Innerhalb eines Krankheitsstadium können Umkehrungen, Wendepunkte sowie Auf-Abwärtsbewegungen sichtbar werden (vgl. Grötken, Hokenbecker-Belke, 2006, S.271-272).

Diese beschriebene Dynamik spiegelt die ständigen Anpassungen im Verlauf einer chronischen Erkrankung wider. Allerdings wird durch das Handeln aller beteiligten AkteurInnen die Krankheitsbewältigung beeinflusst und geformt. Nicht nur von den PatientInnen, auch von den Angehörigen und den Pflegenden sind Bewältigungs- und Interaktionsleistungen gefragt, deren Resultat auf den Krankheitsverlauf zurückwirkt (vgl. Schaeffer, Moers, 2008, S.8-9; Müller-Mundt, 2005, S.211).

Es gibt bereits Selbstmanagement-Schulungen, die versuchen, PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung Problemlösekompetenzen zu lehren. Die Lernenden absolvieren in dieser Schulung folgende Schritte:

- (1) Problemlösung durch Analogie und Verknüpfung. PatientInnen beziehen sich auf bekannte Beispiele und übertragen sie auf die eigenen Probleme, welche noch einer Lösung bedürfen.
- (2) Die Entwicklung von Regeln, anhand derer sie Probleme lösen.
- (3) Probleme sind dadurch schnell und leicht zu lösen.
- (4) Durch das Üben von Problemlösungen können deshalb auch schnell Lösungen aus dem Gedächtnis abgerufen werden (vgl. Klug-Redman, 2008, S.31).

Verschiedene Strategien müssen seitens der PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung angewendet werden. PatientInnen mit chronischen Erkrankungen müssen eine Vielzahl an Anpassungsleistungen, Rollenveränderungen und auch Identitätswechseln vollziehen (vgl. Friedrich, 1987, S.15; Blanz, 1994, S.11).

4.3.3 Phasenmodell nach SCHAEFFER & MOERS (2008)

Im Mittelpunkt dieses Phasenmodells stehen das Bewältigungshandeln von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung, also das Erleben und der Umgang mit der Krankheit, wobei sich Handlungsherausforderungen an die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung stellen. Das Phasenmodell beruht auf unterschiedlichen Studien, welche die AutorInnen SCHAEFFER und MOERS (2008) durchgeführt haben. Theoretische Bezugspunkte lassen sich zu den Trajektmodell – bzw. Verlaufskurvenmodell von CORBIN & STRAUSS (2004 bzw. siehe Kapitel 4.3.2.) anknüpfen. Jedoch – im Vergleich zu CORBIN & STRAUSS (2004) – gilt der Fokus der Bewältigungsstrategien vornehmlich den Erkrankten und deren Anstrengung zur Bewältigung der Krankheit.

Die zentrale Erkenntnis zu der die AutorInnen gelangt sind, ist, „dass das primäre Interesse der Erkrankten nicht der chronischen Krankheit, sondern dem durch sie irritierten Leben gilt“ (Moers, Schaeffer, 2008, S.757). Sie verfolgen nur ein Ziel,

nämlich das durch die Krankheit beschädigte Leben zu reparieren und ihrem Leben wieder einen Sinn zu verleihen bzw. darüber Kontrolle zu übernehmen.

Die Phasen des Bewältigungshandels sind in sieben Ebenen unterteilt, welche wie folgt gegliedert sind:

- (1) Im Vorfeld der Diagnose: Chronische Erkrankungen entstehen selten von heute auf morgen. Sie haben eine jahrelange Vorlaufzeit, bis sie sich endgültig manifestiert haben. Die Interpretation der Krankheitsanzeichen ist für die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung sehr schwierig, da sie keinen Erfahrungsschatz hinsichtlich dieser Thematik besitzen. Daher wird oft versucht die Erkrankung zu normalisieren, beispielsweise wird versucht die Erkrankung zur Seite zu schieben. Obwohl die Betroffenen wissen, dass Unheil droht, wird in solchen Situationen oft mit Abwarten reagiert. Verharmlosung, sowie der Wechsel der ÄrztInnen, sind ebenso Maßnahmen, um eine „passende“ Erklärung zu finden. Die Normalisierungsversuche gelangen jedoch an ihre Grenzen, weil sich die Symptomatik zugespitzt hat bzw. sich eine akute Krise einstellt.
- (2) Die Phase des Erhalts der Diagnose bzw. der Manifestation der Krankheit stellt den Wunsch bei den PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung dar, dass rasche Klarheit über die Situation gegeben wird. Jegliche Normalität ist verloren gegangen, sowie wird die Diagnose kurzweilig als Erleichterung empfunden, da die Zeit der Ungewissheit vorbei ist. Das Schockerleben auf die Diagnosestellung verläuft unterschiedlich, jedoch eines haben alle PatientInnen gemein: Die Diagnose ist kaum zu verarbeiten und entzieht den PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung sprichwörtlich „den Boden unter den Füßen“. Das gilt für alle Altersgruppen, insbesondere für Personen im mittleren und jüngeren Alter.
- (3) Die Phase der Restabilisierung ist eine erste vorsichtige Entspannung. Die Therapie zeigt langsame Erfolge, sowie scheint sich der gesundheitliche Zustand wieder zu normalisieren. Es werden Strategien gesucht, um mit der Krankheit umzugehen. Einerseits versuchen PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung das Leben um die Krankheit zu zentrieren, sodass Krankheit zum Identitätsersatz wird. Andererseits wird die Krankheit dem Leben untergeordnet. Eine weitere mögliche Strategie ist, dass die

Erkrankung als Anlass gesehen wird, das Leben neu zu ordnen bzw. sich neu zu orientieren. Schicksalhafte Ergebenheit ist eine weitere Strategie, bei der versucht wird, die Erkrankung stillschweigend hinzunehmen und die PatientInnen die Entscheidungen über die Krankheit den Pflegenden überlassen.

Diese Strategien kommen nicht planmäßig zum Einsatz, sondern werden aus dem zur Verfügung stehenden Handlungsrepertoire geholt. In dieser Phase wissen die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung meistens noch nicht, was Chronizität faktisch bedeutet. Dies vermögen die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung erst in der anschließenden Phase zu erkennen.

- (4) Leben im Auf und Ab der Krankheit bedeutet auch die Entwicklung von Strategien, welche auch als Überlebensstrategien benannt werden können. Es wird versucht, das Leben vor weiteren Zäsuren zu schützen und es trotz der Erkrankung bestmöglich aufrecht zu erhalten. Den Erkrankten fällt es schwer, die einmal eingeschlagenen Strategien zu verändern. Weiters versuchen sie sich hochcompliant zu verhalten, weil sich bei ihnen die Erkenntnis durchsetzt, was Chronizität wirklich bedeutet bzw. dass die Hoffnung auf Rückkehr zur gewohnten Normalität nicht möglich ist. Mit diesem Prozess der Hoffnungslosigkeit werden die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung von vorbildlichen zu normalen PatientInnen.
- (5) Der Beginn der Abwärtsentwicklung setzt durch verbesserte medizinische Therapien sehr schleichend ein, jedoch werden sie deshalb vom sozialen Umfeld auch kaum registriert. PatientInnen fühlen sich dadurch unverstanden, allerdings besitzen sie kaum die nötige Energie um korrigierend in ihr soziales Umfeld anzusetzen. Verbitterung macht sich bei ihnen breit, sie werden zu kritischen PatientInnen. Trotzdem beginnen die PatientInnen noch einmal Pläne zu schmieden und diese unter kräftezehrenden Bedingungen umzusetzen.
- (6) Das endgültiges Abwärts sowie die Phase des Sterbens bilden den Abschluss des Konzepts. Der Krankheitsverlauf gewinnt in dieser Phase nochmals an Komplexität und Dynamik. Die PatientInnen versuchen an ihren eingeschlagenen Bewältigungsstrategien festzuhalten, jedoch erweisen sich diese in der Phase als nicht mehr haltbar. Resignation,

Hilflosigkeit und auch Todesangst sind die Folge. Die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung werden zu leidenden und erdulenden PatientInnen. Oft wird Stunden vor dem Lebensende nochmals eine stationäre Krankhauseinweisung gewünscht (vgl. Moers/Schaeffer, 2008, S.13-25; Schaeffer/Moers, 2008, S.758-762).

Für die Pflegepraxis und der Beratung in der Pflege bedeutet das konkret, dass ständige Anpassungen und Evaluierungen hinsichtlich der Pflege und dem Wohlbefinden der PatientInnen getätigt werden müssen. Individuelle Berücksichtigung subjektiver Gefühle sollte gegeben sein. Auch die Berücksichtigung, in welcher Phase sich PatientInnen befinden bzw. welche Perspektive sie in der Phase haben, sollte vorhanden sein.

„In den frühen Phasen des Verlaufs sind diese beiden Perspektiven meist kompatibel, in den späteren Phasen, in denen sich die Erkrankten aufgrund nachlassender Energien zunehmend zwischen Krankheitsmanagement und Gestaltung ihres Lebens entscheiden müssen, treten vermehrt Konflikte auf“ (Moers, Schaeffer, 2008, S.762). Dem Erleben bzw. die PatientInnensicht ist deshalb seitens den Pflegenden, welche beratend tätig sind, größte Beachtung zu schenken. Inbegriffen ist auch das Bewältigungshandeln der Erkrankten im Verlauf des Krankheitsgeschehens. Früh einsetzende und kontinuierliche Aushandlungsprozesse müssen deshalb in der Beratung integriert sein. Vorstellungen und Bedürfnisse der Erkrankten müssen in Einklang gebracht werden, sodass sich diese auch für Pflegeleistungen öffnen können.

4.3.4 Beratung für und mit der Familie

Nach PETERMANN, NOEKER und BODE (1987) zeigt sich, dass Beratung von PatientInnen bei chronischen Erkrankungen dann von Vorteil wäre, wenn dies mit der gesamten Familie geschieht. Gespräche können beispielsweise anfangs im häuslichen Umfeld passieren. Die Leitlinien der Familienberatung können bei der Beratung in der Pflege von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung zum Einsatz kommen (vgl. Petermann, Noeker, Bode, 1987, S.164; siehe Kapitel 3.2.2.).

Die Pflegenden müssen einen weiteren Schwerpunkt setzen. Nach FRIEDRICH (1987) können in den Familien latente Konflikte bestehen, sodass der objektive Charakter der chronischen Erkrankung überlagert wird. Beispielsweise wird durch die Diagnose einer chronischen Erkrankung des eigenen Kindes das Thema Sterben und Tod aktualisiert, das bereits in der Familie ein tabuiertes angstbesetztes Thema war (vgl. Friedrich, 1987, S.16). Handlungsanforderungen an die Pflegepraxis und an die Pflegenden sind hinsichtlich dieses Aspekts gefordert, indem die Pflegenden beratende Kompetenzen besitzen müssen (siehe Kapitel 1.3).

Behilflich können Gesprächsgruppen für PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung und ihrer Angehörigen sein. Lebensgestaltende Selbsthilfegruppen sind Gruppierungen von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung, mit dem Ziel versehen, einen Umgang mit der lebensbedrohlichen Erkrankung zu finden. SelbsthilfegruppenberaterInnen, also Pflegende, können diese Aufgabe übernehmen und Selbsthilfegruppen anregen bzw. auch nach Möglichkeit begleiten. Selbsthilfegruppen werden jedoch nicht beraten, die Pflegenden beraten mit ihnen gemeinsam (vgl. Moeller, 1987, S.113-119).

4.3.4.1 *Motivationsprobleme bei der Beratung*

Die zahlreichen Belastungen, denen die Familie ausgesetzt ist, garantiert nicht, dass ein Beratungsangebot bereitwillig aufgegriffen wird. „Offensichtlich fühlen sich bestimmte Familien in der von ihnen gewählten Problembewältigung durch die Beratung gestört“ (Petermann, Noeker, Bode, 1987, S.172). Der Erfolg ist jedoch erheblich beeinträchtigt, wenn sich ein Familienmitglied dagegen wehrt. Eine verdeckte Ablehnung, so PETERMANN, NOEKER UND BODE (1987) gestaltet sich schwieriger als eine offene Ablehnung, da die BeraterInnen die Gründe der Zurückweisung nicht klar erkennen bzw. ansprechen können.

Gründe für eine ablehnende Haltung kann die verloren gegangene Autonomie bzw. Selbstbestimmung sein, welche oft zu Beginn der medizinischen Behandlung auftritt. Veränderungen werden als Einschränkungen gesehen bzw. begreifen die PatientInnen und Angehörigen die Erkrankung lediglich als medizinisches Problem und richten ihre Konzentration darauf (vgl. Petermann, Noeker, Bode, 1987, S.173).

Eine Beratung, welche unterstützen sollte, wird nicht „gebraucht“. Beratung verlangt auch, dass sich die Betroffenen mit der Erkrankung auseinandersetzen, immerhin müssen sie lernen, mit der chronischen Erkrankung ihr Leben lang zu leben, jedoch die „Erfahrung möchte man sich ersparen, da ein solches Vorgehen bestehende Strukturen und Problemlösungen zu stark hinterfragen könnte“ (Petermann, Noeker, Bode, 1987, S.173).

Bei vielen erkrankten PatientInnen sowie Familien besteht jedoch eine erhöhte Beratungsbedürftigkeit, welche wie folgt zu definieren ist. Sie besteht dann, wenn

- (1) ungewöhnliche Schwierigkeiten, die bei der Regelung der ersten Organisationsprobleme auftreten,
- (2) geringe familiäre Unterstützung vorhanden ist,
- (3) finanzielle Probleme gegeben sind,
- (4) Selbstbeschuldigungen im Raum stehen,
- (5) unvollständige Familien existieren,
- (6) problematisches Erziehungsverhalten, beispielsweise Überbehütung gegeben ist,
- (7) extremes Misstrauen gegenüber medizinischer Diagnosen herrscht,
- (8) extremes Abgrenzen gegenüber der Umwelt durchgeführt wird,
- (9) Krankheit verniedlicht bzw. als irgendeine Alltagserkrankung angesehen wird,
- (10) Krankheit versachlicht bzw. Gefühle ihr gegenüber „abgespalten“ werden,
- (11) EhepartnerInnen beschuldigt werden bzw. sie sich gegenseitig nicht mehr schätzen und
- (12) in der Familie eine geschlossene Kommunikation herrscht, sodass Befürchtungen nicht ausgesprochen werden und Diagnosen anderen Familienmitgliedern nicht mitgeteilt werden (vgl. Petermann, Noeker, Bode, 1987, S.174).

Nach OHLBRECHT (2006) treffen insbesondere in dem Forschungsfeld der chronischen Erkrankungen viele Disziplinen aufeinander, wie die der Medizin, Psychologie, Sozialmedizin, Sozialpädagogik, Soziologie, Public Health und andere (Ohlbrecht, 2006, S.111). Eine Beratung in der Pflege, die kombinierend mit einer

pädagogischen Beratung abgestimmt ist, könnte hier von großem Vorteil für die PatientInnen sein (siehe Kapitel 2.2.).

4.4 Chronische Erkrankungen in der Kinder- und Jugendlichenpflege

4.4.1 Chronische Erkrankungen im Jugendalter

Erstaunlicherweise, so BACHMANN (2008), findet man in der Literatur keine allgemein akzeptierte Begriffsklärung für chronische Erkrankungen im Kindesalter (vgl. Bachmann, 2008, S.142).

Es ist jedoch bekannt, dass mit der Diagnosestellung sich allgemein vieles im Leben der jungen PatientInnen verändert. Insbesondere bei jungen Menschen, die sich beispielsweise in der Pubertät (Ablösung von den Eltern, körperliche Reife u.a.) befinden, ist die Diagnosestellung eine Zäsur in ihrem Leben. Da sich die Welt der jungen Menschen im Umbruch befindet, haben kritische Lebensereignisse, wie die Diagnosestellung „chronische Erkrankung“ enorme Auswirkungen auf die eigene Identität, sowie auf das gesamte Leben.

Die geschätzte Prävalenz chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter liegt „insgesamt bei etwa 10 %“ (zit. n. Wiedebusch/Petermann/Warschburger, 1997, S.477).

Durch die Isolation, bedingt durch lange Krankenhausaufenthalte, körperliche Schwäche oder medizinische Prozeduren, können Beziehungen zu Gleichaltrigen beeinträchtigt werden. Es kommt durch die medizinische Behandlung zu Fehlzeiten in der Schule bzw. sind sie zumindest einer kontinuierlichen – wenn auch ambulanten – Betreuung unterworfen. Dies schränkt die Freizeit sehr ein bzw. sind, so BLANZ (1994), neben den erkrankungsbedingten Fehlzeiten auch Beeinträchtigungen bei der ohnehin eingeschränkten beruflichen Auswahl zu akzeptieren (vgl. Blanz, 1994, S.12-1; Seiffge-Krenke et al., 1996, S.201). Lehren, welche körperliche Kraft erfordern, wie eine TischlerIn-Lehre, kann nicht mehr in Frage kommen. Das Auseinandersetzen mit Verlusten und Verzichten ist gefragt.

Chronische Erkrankungen, so OHLBRECHT (2006), „beeinträchtigen das Handeln, sie können insbesondere im Kindes- und Jugendalter begleitet sein von einer Störung des physischen und emotionalen Wachstums sowie der Entwicklung und

hindern die Betroffenen häufig an vielen altersüblichen Aktivitäten“ (Ohlbrecht, 2006, S.107-108).

Eine weitere Thematik bei chronischer Erkrankung, insbesondere im Jugendalter, ist die körperliche, sowie sexuelle Reifung (vgl. Blanz, 1994, S.14; Seiffge-Krenke et al., 1996, S.192-198).

Die soziale Entwicklung der jungen Menschen, welche eine chronische Krankheit diagnostiziert bekommen, ist gefährdet bzw. eingeschränkt. Die Entwicklung von Autonomie ist kaum möglich. Strategien, um die Wahrung der Autonomie zu sichern, sind von großer Bedeutung. Die Strategien sind wichtig, um die Bedrohung des Selbstbildes, die durch den Verlauf bzw. durch die Behandlung der Krankheit verursacht wird, entgegen zu wirken (vgl. Seidl, Walter, 2005, S.44). Insbesondere für Jugendliche ist es wichtig, dass die Autonomie – auch bei der Pflege - gewahrt wird. Ein kontinuierlicher Dialog zwischen Erkrankten und Pflegenden ermöglicht, „dass Pflege gegeben wird, wenn nicht explizit darum gefragt wird, ohne dass die Autonomie des Patienten eingeschränkt ist“ (Seidl, Walter, 2005, S.45).

Eine Vertrauensbeziehung zwischen PatientInnen und Pflegenden muss jedoch vorhanden sein.

Wichtig für die Entwicklung und Nutzung von Strategien sind deshalb alle möglichen Ressourcen zu ermitteln und sie zu nutzen. Das soziale Umfeld der jungen Menschen erlangt eine große Bedeutung bei Anpassungs- und Aushandlungsprozessen mit den Erkrankungen. Deshalb ist es bedeutend, dass junge Menschen nicht nur Unterstützung seitens der Eltern bzw. den Pflegenden erhalten, sondern von vielen Seiten Unterstützung gegeben ist. Der Umgang mit PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung, welche durchaus Stadien der Verbitterung und der Verzweiflung durchmachen, muss gelernt sein. Das Loslassen einer früheren Identität bzw. auch von ideologischen Zukunftsvorstellungen muss von den jungen Menschen erfolgen. Die momentane Situation bzw. die Zukunft ist nicht vereinbar mit ideologischen Wünschen und Vorstellungen. Diese Anpassung umschließt jedoch einen täglichen Kampf. PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung müssen sich einer veränderten Zukunftsperspektive stellen, ihre Lebensplanung verändern und mit der daraus folgenden Wut und Depression umzugehen lernen (vgl. Klug-Redman, 2008, S.19).

Diese Belastungen werden individuell anders gemeistert, so kommt es, „dass ein Teil der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen oder anderen Beeinträchtigungen reagiert, während die Mehrheit der Betroffenen mit diesen Belastungen ohne größeren Schwierigkeiten umgeht“ (Blanz, 1994, S.14).

4.4.1.1 Einführung von Pathways

Chronisch erkrankte Menschen haben einen komplexen Versorgungsbedarf, welche durch die Einführung von „Clinical Pathways“ gesteuert werden können. Mit der Einführung von Pathways erwartet man sich eine Verbesserung der Qualität, sowie Transparenz hinsichtlich der Dokumentation (Prozessbeschreibungen mit medizinischer und pflegerischer Diagnose, Ziel- oder Outcomefestlegung, Interventionen, u.a.) und eine klare Übersicht der Prozesskosten.

In der Pflegepraxis existieren diverse Begriffe für Pathways, wie „critical clinical pathways“, „care map“, „clinical guideline“, Versorgungspfade oder PatientInnenbehandlungspfade. Kritik an den Pathways besteht jedoch, dass das subjektive Erleben der PatientInnen, seine Alltagsbewältigung sowie Lebensqualität unberücksichtigt bleibt. Mangelnde Compliance, sowie Unvermögen und Widerständigkeit werden dann dokumentiert. Das „Trajektkonzept“ von CORBIN & STRAUSS (2004) kann als theoretische Grundlage zur Steuerung des Versorgungsverlaufs verstanden werden (vgl. Hellige, Hüper, 2003, S.429-433).

Der Pathway für die klinische Versorgung eines Kindes beginnt bei einem benötigten stationären Aufenthalt bereits schon im häuslichen Umfeld. „Informationen, Beratung, Anleitung und Entlassungsplanung beginnen beim ersten Kontakt der „clinical nurse coordinator“ mit den Betroffenen“ (Hellige, Hüper, 2003, S.495). Einen Tag vor der Operation begibt sich das Kind in das Krankenhaus, es kommt zur Aufnahme, sowie wird eine Beratung mit den Angehörigen hinsichtlich dem Schmerzmanagement und der präoperativen Diagnostik durchgeführt. Am Operationstag steht die emotionale Familienunterstützung im Vordergrund bzw. wird am ersten postoperativen Tag eine Anleitung gegeben, wie die Pflege durchzuführen ist. Am zweiten Tag werden die Angehörigen bereits animiert, bei der Pflege des Kindes mitzuhelfen. Am dritten Tag nach der Operation endet die Entlassungsplanung. Nachuntersuchungen werden auf

eine Woche und ein Monat nach der Entlassung festgesetzt. Orientiert am „Trajektkonzept“ wird die Anpassung an Krankheitsphasen versucht durchzuführen (vgl. Hellige, Hüper, 2003, S. 495). Die Beratung von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung und Angehörigen sollte sich deshalb auf „die drei Beratungsebenen der Information und Orientierung, der Deutung und Klärung und der Handlung und Bewältigung“ konzentrieren (zit. n. Hellige, Hüper, 2003, S.497). Nach MORRIS (1995): „the pathway is used for all children with asthma in the practice“ (Morris, 1995, S.37). Der Autor ist der Ansicht, dass der Pathway für alle jungen Menschen mit der chronischen Erkrankung Asthma bronchiale verwendet werden kann.

Schulungsprogramme für junge Menschen können ebenso bei der Beratung und Begleitung von PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung zum Einsatz kommen. „Der geschulte Patient ist seiner Krankheit nicht mehr hilflos ausgeliefert“, so MEIBURG und KOCH (1996) und weiters muss die Schulung „als strukturiertes Therapieprogramm integraler Bestandteil im Kindes- und Jugendalter sein“ (1996, S.23).

Bei der Schulung für die Kinder mit Asthma bronchiale werden diese mit Verhaltensweisen bei einer Atemnot vertraut gemacht. Ziel der Schulung ist es, Angstbewältigung zu erproben, sodass die Kinder ihre Einstellung hinsichtlich ihrer chronischen Erkrankungen überdenken und sie in Zukunft mit ihrer Erkrankung besser leben können.

Trotz verschiedener ambulanter Angebote wird in vielen Ländern (Schweiz, Norwegen, Deutschland, USA, Frankreich u.a.) eine stationäre Rehabilitation für junge Menschen, welche an Asthma erkrankt sind, angeboten und durchgeführt (Bauer et al., 2002, S.483). Viele PraktikerInnen glauben auch, dass gerade solch Schulungsprogramme erst die Gewöhnung des Kindes an die Erkrankung ermöglichen (vgl. Milnes, Callery, 2003, S.444).

4.4.2 Chronische Schmerzen

Anders stellt sich die Situation bei PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung dar, wenn die körperlichen Vorboten so massiv und irritierend erlebt werden, dass

beispielsweise Normalisierungsversuche - wie bei andauernd starken Schmerzen - nicht greifen.

In der herkömmlichen Terminologie werden zwei Hauptkategorien von chronischen Schmerzen unterschieden: maligne und nicht-maligne Schmerzen. Maligne Schmerzen treten als Symptom einer fortschreitenden terminalen Krankheit auf. Nicht-maligne Schmerzen stehen nicht mit einer terminalen Krankheit in Zusammenhang, sondern mit einem mangelnden Ansprechen auf Schmerztherapien. Letztere wird auch als therapieresistenter bzw. chronisch-gutartiger Schmerz bezeichnet (vgl. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.247).

Der Schmerzlinderung wird, nach LUBKIN und JEFFREY (2002), eine niedrige Priorität eingeräumt. Deshalb sind Pflegende auch häufig enttäuscht, wenn die PatientInnen nicht auf die Schmerztherapie – wie erwartet – ansprechen. Die Auswirkungen mangelnder Schmerzbekämpfung können Depressionen und ständige Müdigkeit sein (vgl. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.246-251).

Medikamentöses Schmerzmanagement verlangt, dass das gesamte Behandlungsteam (inklusive PatientInnen) die Verantwortung dafür trägt. Das Ziel ist die Aufrechterhaltung der Schmerzkontrolle bzw. die Vermeidung von Nebenwirkungen. Pflegende haben jedoch oft Skepsis, wenn eine höhere Dosierung als üblich benötigt bzw. keine ausreichende Schmerzlinderung erreicht wird. Es bedarf unter Umständen einer Nachschulung für Pflegende bzw. dem Fachpersonal, sodass sich diese von der Befürchtung befreien, dass sich die PatientInnen abhängig bzw. süchtig von Medikamenten machen. Nicht-invasive Methoden der Schmerzkontrolle, wie Ablenkungsversuche, kutane Stimulation oder Imagination können ebenso bei der Beratung und Betreuung zum Einsatz kommen (vgl. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.258-275).

Das Medikamentenregime wirft bei chronischen Schmerzen nicht selten Probleme auf. Dazu kommt, dass zugleich den PatientInnen die alleinige Verantwortung für das Versagen der Therapie zugeschrieben wird. Ein aufwendiges therapeutisches Behandlungsregime kann jedoch ohne Unterstützung ein unmögliches Unterfangen sein. Bei Irritationen begeben sich die PatientInnen oft auf die Suche nach Alternativen, was zu „Ärztchopping“ führt (vgl. Kamche-Haslbeck, 2004, S.149-152; Müller-Mundt, 2005, S.110).

Nach MÜLLER-MUNDT (2005) kann eine ausreichende qualifizierte Schmerzversorgung unter den professionellen AkteurInnen bislang nicht vorausgesetzt werden. In der Regelversorgung finden subjektive Symptomlagen oft „keine angemessene Berücksichtigung“ (Müller-Mundt, 2005, S.214). Schwierig ist es auch deshalb, da SchmerzpatientInnen die Kommunikation ihrer subjektiven Befindlagen nur schwer in Worte fassen können bzw. deshalb die Schmerzen auch schwer vermittelbar gegenüber Pflegenden sind (vgl. Müller-Mundt, 2005, S.219). Die Sichtweise der PatientInnen wäre jedoch bedeutend, da die Bewältigungsstrategien bzw. Bewältigungsherausforderungen eine große Rolle hinsichtlich des Erfolgs der Medikation bzw. der Therapie haben.

4.4.2.1 Chronische Schmerzen bei Kindern

Chronische Erkrankungen waren lange Zeit, insbesondere im Kindes- und Jugendalter, ein vernachlässigtes Forschungsthema (vgl. Ohlbrecht, 2006, S.107). Studien bzw. Forschungsvorhaben, die sich mit den Schmerzen bei Kindern befassen, haben in den letzten Jahrzehnten vermehrt Aufmerksamkeit gefunden (vgl. Woodgate, Kristjanson, 1998, S.284; Müller-Mundt, 2004, S.584). Jedoch den Kontext zu beschreiben, in dem die Kinder Schmerzen erfahren, hat nicht die Aufmerksamkeit erlangt, die es eigentlich sollte. Die Studien bestehen primär aus retrospektiven Auswertungen von Pflegedokumentationen und Umfragen, welche hinsichtlich verabreichter Medikationen durchgeführt wurden (vgl. Woodgate, Kristjanson, 1998, S. 284).

Eine unzufriedene Schmerzkontrolle ist sehr häufig bei der Behandlung von kleinen Kindern anzutreffen, wobei es nicht an der mangelnden Fürsorge liegt, sondern am fehlenden Wissen. Pflegende sind so, nach LUBKIN und JEFFREY (2002), der Überzeugung, dass Neugeborene sowie Kleinkinder kaum – wenn überhaupt – Schmerzen spüren bzw. Schmerzen nicht in der Intensität spüren, wie Erwachsene. Weiters besteht die Vermutung, dass sie sich besser von den Schmerzen erholen würden bzw. Schmerzen bei jungen Menschen nicht lebensbedrohlich seien, sowie dass sich Kleinkinder nicht an Schmerzen erinnern würden (vgl. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.252; Müller-Mundt, 2004, S.584). Jedoch durch diverse Studien wurde dies widerlegt und nach einer Studie von JEANS und JOHNSTON (1985) reagieren

Neugeborene bzw. Säuglinge mit einer „Reihe von nonverbalen Signalen“ (zit. n. Lubkin, Jeffrey, 2002, S.253).

Die Prävalenzrate chronischer Schmerzen im Kindesalter kann bedenklich stimmen, denn nach Schätzungen „sind in den westlichen Industriestaaten 15 bis 20 Prozent der Bevölkerung im Kindesalter von chronischen Schmerzen betroffen“ (zit. n. Müller-Mundt, 2004, S.585).

In verschiedenen Studien, nach MÜLLER-MUNDT (2004), zeichneten sich „zwischen den Schmerzangaben von Kindern und der Einschätzung der Schmerzsituation durch Ärzte und Pflegende oder gegenüber der Schmerzeinschätzung durch Eltern, deutliche Unterschiede ab“ (zit. n. Müller-Mundt, 2004, S.587).

Eine Einschätzung von Schmerzen anhand einfacher Schmerzskalen ist je nach der kognitiven Entwicklung des Kindes bereits ab drei Jahre möglich. Eine ergänzende Beobachtung wäre ratsam. Die Smiley-Analog-Skala bzw. Schmerzthermometer können für die Einschätzung von Schmerzen verwendet werden. Die Entwicklung von Schmerzskalen für Kinder befinden sich jedoch erst am Anfang, so steht momentan nur ein einziges standardisiertes bzw. getestetes Beobachtungsinstrument, die „Kindliche Unbehaglichkeits- und Schmerzskala (KUSS)“ von BÜTTNER et al. (1998) zur Verfügung (vgl. Müller-Mundt, 2004, S.588).

Für die Pflegepraxis in der Kinder- und Jugendlichenpflege bedeutet das Schmerzmanagement bei Kindern eine große Herausforderung. Bereits die Einschätzung der Schmerzsituation bzw. der Intensivität bedeuten kommunikative, sowie zwischenmenschliche Kompetenzen bei den Pflegenden. „Die Kommunikation und (Fremd-) Einschätzung subjektiver Befindlagen ist daher ein schwieriges Unterfangen“ (Müller-Mundt, 2005, S.187). Hohe Interpretationskompetenzen sind deshalb von den Pflegenden gefordert.

Erwartungen von Pflegenden, wie sich Kinder verhalten sollen, sollten vermieden werden. So berichten WOODGATE und KRISTJANSON (1998), dass Pflegende als „gute“ Kinder diejenigen bezeichneten, welche sich ruhig verhielten und sich kaum beklagten. Die Pflegenden erwähnten Verhaltensweisen, die wünschenswert bzw. unerwünscht waren. Je auffälliger sich die Kinder mit ihrem Schmerzmanagement verhielten, desto „hysterischer“, „jammernder“ und „schlecht gelaunt“ stuften die Pflegenden die Kinder ein. Die meisten Pflegenden ordneten die Gefühle von

Schmerzen seitens der Kinder ihren Persönlichkeiten zu (vgl. Woodgate, Kristjanson, 1998, S.294). Gefühle von Macht oder Hoffnungslosigkeit machten sich ebenso bei den Pflegenden breit, „wenn sie nicht die medizinische Anordnung erhielten, die ihrer Meinung nach für eine adäquate Schmerzlinderung der Kinder nötig gewesen wäre“ (Woodgate, Kristjanson, 1998, S.298).

Die Pflege kann durch eine „gezielte Wahrnehmung von Aufgaben des Schmerzmanagements“ (Müller-Mundt, 2004, S.589) einen wesentlichen Beitrag für eine qualitativ hohe Pflege leisten. Die Pflegenden wissen nach wie vor wenig über die Schmerzkontrolle von Kindern. Palliativ-Care, im Sinne einer professionellen Begleitung der PatientInnen und ihrer Angehörigen durch Information, Beratung, Anleitung zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie die Durchführung von speziellen Maßnahmen der Palliativ-Care könnte eine Möglichkeit für die Pflegepraxis in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, einschließlich der Kinder- und Jugendlichenpflege darstellen (vgl. Müller-Mundt, 2005, S.28-29).

4.5 Beratung in der Kinder- und Jugendlichenpflege am Beispiel Asthma bronchiale

Nach LAMPARTER-LANG (1997) hat das Interesse an der gezielten Aufklärung und Information von PatientInnen mit chronischen Erkrankungen in den letzten drei Jahrzehnten zugenommen, insbesondere in den angloamerikanischen bzw. skandinavischen Ländern. Beratung bei chronischen Erkrankungen unterscheidet sich vorrangig von Beratung bei akut erkrankten PatientInnen. PatientInnen mit chronischen Erkrankungen benötigen und wünschen sich intensive Aufklärung und Information (vgl. Lamparter-Lang, 1997, S.9-10).

Bei Asthma bronchiale, eine atopische Erkrankung, ist ein Anstieg zu verzeichnen (vgl. Bachmann, 2008, S.143), sodass dieser Erkrankung in diesem Kapitel vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet ist.

4.5.1 Definition und Klassifikation von Asthma bronchiale

Unter dem Terminus „Asthma bronchiale“ wird ein Zustand verstanden, der durch Beeinträchtigungen des Atmens gekennzeichnet ist.

Mit Asthma bzw. mit Asthma bronchiale wird eine entzündliche Erkrankung der Atemwege bezeichnet, charakterisiert durch eine Hyperreaktivität der Bronchien bzw. einem variablen Verlauf. Bei einem typischen Asthmaanfall tritt – meistens rasch und unvermittelt – eine Erschwerung der Atmung (Dyspnoe) auf, die insbesondere die Ausatmung betrifft (vgl. Köhler et al., 2001, S.237).

Eine plötzlich auftretende Atemnot (Asthmaanfall) ist für die Betroffenen gravierend. Die PatientInnen haben das Gefühl keine Luft mehr zu bekommen, tatsächlich ist jedoch die Ausatmung, der PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung, beeinträchtigt. Weniger Luft wird aus- als eingeatmet. Der Gasaustausch wird reduziert, dies kann folgend zu einer Überblähung der Lunge führen. Einher mit der Angst gehen auch die folgenden Hustenanfälle bzw. pfeifende Atmengeräusche. Asthmaanfälle können binnen einiger Minuten entstehen und Stunden andauern. Die Symptomatik verschlechtert sich stetig und kann zu einem lebensbedrohlichen Zustand führen (vgl. Köhler et al., 2001, S. 237; Meiburg, Koch, 1996, S.22).

4.5.2 Epidemiologie

Asthma bronchiale zählt zu den häufigsten chronischen Erkrankungen, vor allem im Kindes- und Jugendalter (vgl. Bauer et al., 2002, S.479).

Asthma bronchiale tritt nach KÖHLER et al. (2001) häufig in Verbindungen mit anderen allergischen Erkrankungen, wie Heuschnupfen oder Neurodermitis diffusa, auf. Die Asthmaerkrankung beginnt allerdings sehr früh, häufig bereits in den ersten zehn Lebensjahren (vgl. Köhler et al., 2001, S.238-239).

Nach MEIBURG und KOCH (1996) haben Säuglinge ein bis zu zehnfaches Risiko an Asthma zu erkranken, wenn familiäre Dispositionen für Allergien und Atopien bestehen. Ebenso sind Kinder von rauchenden Müttern um ein Vielfaches gefährdet. Im Laufe der Kindheit treten die psychisch stark belastenden Beschwerden immer wieder auf (vgl. Meiburg, Koch, 1996, S.22).

KLUG-REDMAN (2008) gibt eine Prävalenzrate von 7 % für Asthma im Kindes- und Jugendalter in Nordamerika bzw. Europa an, während jedoch andere chronische Erkrankungsformen deutlich unter dieser Zahl liegen. Eine weitere Zunahme in den nächsten Jahren ist denkbar (vgl. Klug-Redman, 2008, S.163).

Obwohl die medikamentöse Therapie, sowie Schulungsprogramme, durchaus positive Wirkungen zeigen, mehren sich dennoch die Angaben über eine ansteigende Prävalenz und Mortalität.

Die Statistik gibt an, dass „fast 75 % der asthmabedingten Krankenhausaufenthalte vermeidbar sind, bei den Todesfällen durch Asthma sind potenziell positiv beeinflussbare Faktoren die Regel. Mindestens 40 % der Asthmakranken reagieren nicht angemessen, wenn sich ihre Symptome verstärken, und mehr als die Hälfte aller Betroffenen, die wegen eines akuten Asthmaanfalls in die Notaufnahme kommen, hatten mindestens eine Woche davor alarmierende Symptome“ (zit. n. Klug-Redman, 2008, S.164). Nicht sachgemäße Selbstapplikation von Dosieraerosolen ist eine wesentliche Ursache für die gestiegene Asthmamortalität (vgl. Köhler et al., 2001, S.238).

Die familiäre Häufung von Asthma bronchiale ist dokumentiert, sowie besteht die Annahme bzw. kann nicht ausgeschlossen werden, dass es einen rein psychischen Auslöser für Asthma gibt. Durch Aufregungen mit allgemeinen Emotionen ausgelöstes Asthma könnte ein Indiz dafür sein (vgl. Köhler et al., 2001, S.239-242). Belastungen, denen die PatientInnen mit einer chronischen Erkrankung ausgesetzt sind, können unter anderem Asthmaanfälle begünstigen.

4.5.2.1 Belastungen bei Asthma bronchiale für junge Menschen

„Kinder versuchen die Ursache für ihre Erkrankung zu ergründen, wobei die Gedanken und Gefühle, die sie dabei haben, für manche Erwachsene unverständlich sind (...) Krankheitheitskonzepte von Kindern können nicht losgelöst von dem jeweiligen Entwicklungsstand betrachtet werden“ (zit. n. Bachmann, 2008, S.145).

Psychosoziale Faktoren können Asthma-PatientInnen beeinflussen. Schulfehltag, welche asthmabedingt zu begründen sind, sind für Kinder und Jugendliche sehr

schwierig zu verarbeiten. Dazu kommt, dass die Teilnahme am Schulsport bzw. Sport in der Freizeit kaum möglich ist.

Viele Asthma-PatientInnen nehmen sich bei körperlichen Aktivitäten zurück, aus Angst vor einem Asthmaanfall (vgl. Steinhoff et al., 1997, S. 71).

Eine Studie von BAUER, PETERMANN und KIOSZ et al. (2002) hat ergeben, dass junge Menschen welche stationär behandelt wurden, die asthmabedingten Schulfehltage reduzieren konnten. Weiters gab die Studie bekannt, dass die jungen Menschen trotzdem in hohem Maße am Schulsport teilnehmen und zwar durchschnittlich 3,5 Stunden pro Woche (vgl. Bauer, Petermann, Kiosz, 2002, S.482). Auch beim kindlichen Asthma stehen medikamentöse Maßnahmen im Vordergrund. Aufenthalte unter günstigen klimatischen Bedingungen bzw. Sport und Spiel im Freien erhöhen das kindliche Immunsystem. Mit dem Erlernen des autogenen Trainings kann auch die psychische Stabilität gesichert werden. Die behandelnden Gesundheitsprofessionen sollen bei den Kindern positive Gefühle auslösen, sodass das Selbstwertgefühl des Kindes gehoben wird und die Angst vor Anfällen bzw. das Gefühl AußenseiterIn zu sein, vermieden werden (vgl. Meiburg, Koch, 1996, S.22).

Schulungen für PatientInnen mit Asthma können in jedem Alter durchgeführt werden. Jedoch „wie bei allen chronischen Krankheiten hängt auch der Behandlungserfolg entscheidend von der aktiven Mitarbeit des Patienten ab“ (Meiburg, Koch, 1996, S.22).

Auch bei den Eltern rufen die Erkrankungen ihrer Kinder Belastungen hervor. So stellte eine Studie von SVAVARSDOTTIR und RAYENS (2005) fest, dass Schwierigkeiten in Familien vorzufinden waren, wo die Kinder an der chronischen Erkrankung Asthma litten. Das elterliche Wohl und die Effekte auf das individuelle Wohlbefinden innerhalb der Familie haben auch einen enormen Einfluss auf das Aufgabenfeld von Pflegenden. Die gezielten Interventionen seitens der Pflegenden könnten den Familien helfen, dass die Familie das Gefühl hat mit der Lage besser zu Recht zu kommen bzw. wieder Kontrolle darüber zu haben. Der Familie sollte das Gefühl vermittelt werden, dass sie fähig sind, die Pflege für ihr Kind, welches an Asthma erkrankt ist, zu übernehmen (vgl. Svavarsdotter, Rayens, 2005, S. 381-388). In Anlehnung an BACHMANN (2008) führen die Ängste und Unsicherheiten, welche die chronische Erkrankung des Kindes mit sich bringt, die betroffenen Familienmitgliedern in eine Krise, in der professionelle Unterstützung gefragt ist.

Neuorientierungen bzw. eine Umstellung des Lebens steht im Fokus der Familien, sowie auch der Aspekt, dass die Familie diverse Maßnahmen ergreift, um das psychische und physische Wohlbefinden des Kindes zu garantieren (vgl. Bachmann, 2008, S.148).

„Eltern von chronisch kranken Kindern verstehen unter Beratung u.a. ausreichende und zeitnahe Informationen über das Krankheitsbild und die notwendigen Therapien, sowie Hilfs- und Förderungsmöglichkeiten, um ihre rechtliche und finanzielle Situation zu begreifen“ (Bachmann, 2008, S.150-151).

Bereits 1987 hat BLUME (1987) festgestellt, dass Familien mit einem chronisch kranken Kind nie ganz unabhängig von Kinderkliniken bzw. Gesundheitsprofessionen sein können. Die häusliche Kinderkrankenpflege wird für chronisch kranke Kinder an Bedeutung zunehmen, denn damit lassen sich unter anderem Krankenhausaufenthalte vermeiden. Im Krankenhaus bedeuten die Eltern, an einer Anlehnung an BLUME (1987), zwar eine Entlastung für die Pflegenden, jedoch benötigen die Eltern oft selbst psychologische Unterstützung, um nicht zusammenzubrechen (vgl. Blume, 1987, S.277).

5. Literaturverzeichnis

- (1) ALTGELD, Thomas/ KOLIP, Petra.: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: HURRELMANN, V. (Hg): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern, 2004, S.41-54.
- (2) ANSEN, HARALD/ GÖDECKER-GEENEN, Norbert/ NAU, Hans: Soziale Arbeit im Krankenhaus. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2004.
- (3) ANTONOVSKY, Aaron.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgvt-Verlag, Tübingen, 1997.
- (4) BACHMAIR, Sabine / FABER, Jan/ HENNIG, Claudius/ KLOB, Rüdiger/ WILLIG, Wolfgang: Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. Beltz, 8 Aufl., Weinheim, Basel, 2008.
- (5) BACHMANN, Sandra: Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder. In: KOCH-STRAUBE, Ursula (Hg.): Beratung in der Pflege. Hans Huber, 2. neubear. und. erw. Aufl., Bern, 2008, S.142-154.
- (6) BAMBERGER, Günther G.: Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Beltz, 2.neubear. Aufl., Weinheim, 2001.
- (7) BAUER, Carl-Peter / PETERMANN, Franz/ KIOSZ, Dieter/ STACHOW, Rainer: Langzeiteffekte der stationären Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit mittelschwerem und schwerem Asthma bronchiale. In: Pneumologie, 2002/56, S.478-485.
- (8) BAUER, Walter.: Vertraute Fremde. Zum Verhältnis von Pädagogik und Psychologie. In: REICHENBACH, Roland/ OSER Fritz: Die Psychologisierung der Pädagogik. Übel, Notwendigkeit oder Fehldiagnose. Juventa, Weinheim & München, 2002, S.46-70.

-
- (9) BAUMGARTNER, Luitgard/ KIRSTEIN, Reinhard/ MÖLLMANN, Rainer:
Häusliche Pflege heute. Urban&Fischer Verlag, München, Jena, 2003.
- (10) BECK, Manfred/ BRÜCKNER, Gerhard/ THIEL, Heinz-Ulrich.:
Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en – Helfer/innen – Institutionen. Dgvt-
Verlag, Tübingen, 1991.
- (11) BEIER, Jutta: Editorial. Patienten- und familienorientierte Information
und Beratung in der "Häuslichen Kinderkrankenpflege" in Deutschland -
ein Stiefkind pflegewissenschaftlicher Forschung? In: Pflege, 2003/16/2, 63
– 65.
- (12) BEIER, Jutta: Prinzipien patientenorientierter Information und Beratung:
Pädagogische Strategien situationsgerecht anwenden. Prinzipien
patientenorientierter Information und Beratung. Pflegezeitschrift, 2005,
58(10), 636 – 639.
- (13) BENNER, Dietrich.: Grundstrukturen pädagogischen Denkens und
Handelns. In: LENZEN, Dieter/ MOLLENHAUER, Klaus (Hg.):
Enzyklopädie Erziehungswissenschaften.: Handbuch und Lexikon der
Erziehung. Bd 1. Theorien und Grundbegriffe der Erziehung und Bildung.
Verlag Klett-Cotta, 2.Aufl., Stuttgart, 1992, S.283-300.
- (14) BENNER, Patricia.: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to
Expert. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2000.
- (15) BERNTSSON, Leeni T./ KÖHLER, Lennhart: Long-term illness and
psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic
countries. Comparison between 1984 and 1996. In: European Journal auf
Public Health, 2001/11, S. 35-42.
- (16) BLANKERTZ, Herwig: Handlungsrelevanz pädagogischer Theorie.
Selbstkritik und Perspektive der Erziehungswissenschaft am Ausgang der
Bildungsreform. In: ZfP, 1978, Heft 2, S.171 – 182.

-
- (17) BLANZ, Bernd: Die psychischen Folgen chronischer Krankheiten im Kindes – und Jugendalter. In: PETERMANN, Franz (Hg.): Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Quintessenz Verlag, Berlin, München, 1994, S.11-28.
- (18) BLUME, Angelika: Den Umständen entsprechend optimistisch. Ratgeben für Eltern chronisch kranker Kinder. Rowohlth Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1987.
- (19) BÜSCHGES-ABEL, Winfried: Systemische Beratung in Familien mit behinderten oder chronisch erkrankten Angehörigen. Ein lösungsorientierter Ansatz für Heilpädagogik und klinische Sozialpädagogik. Luchterhand Verlag, Neuwied, Kriftel, Berlin, 2000.
- (20) CAVANAGH, Stephen J.: Pflege nach Orem. Nursing Models in Action Series. Band 1. 2, überarb. Aufl., Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1997.
- (21) DARMANN, Ingrid / SAHM, Martina.: Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. In: Pflege. 2006, 19(5), S.287-293.
- (22) DENNIS, Connie M.: Dorothea Orem. Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001.
- (23) DEWE, Bernd / WINTERLING, Jens: Pädagogische Beratung oder das Pädagogische in der Beratung. In: Pädagogische Rundschau, 2005, 59, S.129-138.

-
- (24) DUDEN: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache. Band 1. A-Bim. Dudenverlag, 2.neubear. Aufl., Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, 1993.
- (25) DUDEN: Das große Wörterbuch der deutschen Sprache. Band 4. Hex-Lef. Dudenverlag, 2.neubear. Aufl., Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich, 1994.
- (26) ENGEL, Frank: Allgemeine Pädagogik, Erziehungswissenschaft und Beratung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.103 – 114.
- (27) ENGEL, Roswitha.: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas, Wien, 2006.
- (28) ENGEL, Sabine: Angehörigenberatung – Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger als ein zentrales Arbeitsfeld der Gerontopsychologie. In: OSWALD, Wolf D./ GATTERER, Gerald/ FLEISCHMANN, Ulrich M.: Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2. überarb.u. erw. Aufl., Springer Verlag, Wien, New York, 2008, S.195-212.
- (29) FALTERMAIER, Toni: Gesundheitsberatung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.1063-1082.
- (30) FEHLBAUM, Therese: Komplexe Familienarbeit. Chronisch kranke Kinder In: Krankenpflege, 2006/4, 20-21.
- (31) FILLIES, Corinna.: Gesundheitsförderung in der Kinderkrankenpflege. In: Pflege Aktuell, 2004/58, 590 – 594.

-
- (32) FREUND, Reinhard/ FRÖHLICH, Willy/ NASE, Jörg: So helfen Sie ihrem Kind bei Asthma. Asthma und Allergien – Vorbeugen, Erkennen, Behandeln. Oberstebrink Verlag, Ratingen, 2008.
- (33) FREY, Gabriele/ BEIER, Jutta: Strategien von Kindern mit Asthma bronchiale zur Krankheitsbewältigung. Überprüfung der Anwendbarkeit einer deutschen Version des Schoolager's Coping Strategies Inventory (SCSI). In: Pflege, 2006/19, S.4-10.
- (34) FRIEDRICH, Hannes: Familiensoziologische Aspekte von Copingstrategien bei chronischen Krankheiten. In: ANGERMEYER, Matthias C./ DÖHNER, Otto (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Enke Verlag, Stuttgart, 1981, S.9-18.
- (35) GRÖTKEN, Kornelia/ HOKENBECKER-BELKE, Eva: Das Trajekt-Modell. Im Mittelpunkt: der chronisch kranke Patient als aktiver Partner. In: Die Schwester/Der Pfleger, 45 Jg., 2006/4, S. 270-274.
- (36) HAID-LOH, Achim/ LINDEMANN, Friedrich-Wilhelm: Familieberatung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt-Verlag, Tübingen, 2004, S.989-1004.
- (37) HELLIGE, Barbara/ HÜPER, Christa: Pflegerisches Beratungsmodell für chronisch kranke Menschen. Vorüberlungen und Bausteine. In: Pflegemagazin, 3 Jg., 2002/6, S.8-16.
- (38) HELLIGE, Barbara/ HÜPER, Christa: Behandlungspfade für chronisch Kranke – Teil 1: Wege, die das Leben geht. In: Pflegezeitschrift 2003/6, S.429-433.
- (39) HELLIGE, Barbara/ HÜPER, Christa: Behandlungspfade für chronisch Kranke – Teil 2: Unterstützung der Ganzheitlichkeit durch theoretischen Hintergrund. In: Pflegezeitschrift 2003/7, S.495-497.

-
- (40) HÖRMANN, Georg: Gesundheitswissenschaften/Medizin und Beratung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.171-180.
- (41) GRELL, Frithjof: Muster des Theorienimports in der Pädagogik .In: Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik, 2000, Heft 4, S. 407 – 424.
- (42) GROEBEN, Norbert/ WAHL, Diethelm/ SCHLEE, Jörg/ SCHEELE, Brigitte: Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Eine Einführung in die Psychologie des reflexiven Subjekts. A. Francke Verlag GmbH, Tübingen, 1988.
- (43) GRÖNING, Katharina: Pädagogische Beratung. Konzepte und Positionen. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2006.
- (44) HIERDEIS, Hemwart/ HUG, Theo: Taschenbuch der Pädagogik. Bd1: Alltag- Erziehungsrecht. Schneider-Verlag, 4.neubear. Aufl., Hohengehren, 1996.
- (45) HULSKERS, Harry/ NIEDERER-FREI, Irène.: Pflegeexpertin / Pflegeexperte als Beraterin / Berater. In: Pflege. 1997, 10(2), S.80-85.
- (46) KAMCHE, Anja/ HASLBECK, Jörg: Komplexe Medikamententherapien bewältigen. Theoretische Betrachtung einer Herausforderung im Lebensalltag chronisch kranker Menschen. In: Pflege & Gesellschaft, 9Jg., 2004/4, S.147-153.
- (47) KELLER, Josef A./ NOVAK, Felix: Herders pädagogisches Wörterbuch. Hohe Verlag, Erfstadt, 2007.

-
- (48) KLUG-REDMAN, Barbara: Selbstmanagement chronisch Kranker. Chronisch Kranke gekonnt einschätzen, informieren, beraten und befähigen. Hans Huber Verlag, Bern, 2008.
- (49) KOCH-STRAUBE, Ursula.: Beratung in der Pflege. Hans Huber, 2. neubear. und. erw. Aufl., Bern, 2008.
- (50) KOLIP, Petra/ WYDLER, Hans/ ABEL, Thomas.: Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In: WYDLER, Hans/ KOLIP, Petra/ ABEL, Thomas. (Hg): Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Juventa, Weinheim, München, 2000, S.11-19.
- (51) KÖHLER, Thomas/ DAHME, Bernhard/ MASZ, Reinhard/ RICHTER, Rainer: Verhaltensmedizinische Aspekte von Atemwegserkrankungen. In: FLOR, Herta/ HAHLOWEG, Kurt/ BIRBAUMER, Niels (Hg.): Anwendungen der Verhaltensmedizin. Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2001, S.237-272.
- (52) KÖNIG, Eckard/ BENTLER, Annette/ LUCHTE, Katja: Pädagogische Beratung in unterschiedlichen Feldern. In: Pädagogische Rundschau, 2005, 59, S.119-128.
- (53) KÖSTER-GOORKOTTE, Irmgard/ CHOW, Sergio In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.257-267.
- (54) KRAUSE, Christina/ FITTKAU, Bernd/ FUHR, Reinhard/ THIEL, Heinz-Ulrich: Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung. Schöningh, Paderborn/München/Wien/Zürich, 2003.

-
- (55) LAMPARTER-LANG, Regine: Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Hans Huber Verlag, Bern, 1997.
- (56) LAUBER, Annette/ SCHMALSTIEG, Petra: Prävention und Rehabilitation: Verstehen & Pflegen 4. 2. überarb. Aufl, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 2007.
- (57) LENZ, Albert: Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunden und Handlungsperspektiven. Juventa-Verlag, Weinheim, München, 2001.
- (58) LEMKEN, Ursula: Die Pflege des Kindes mit Asthma bronchiale. 5. Folge: Pflegerische Ziele und Maßnahmen. Die Schwester/Der Pfleger, 35 Jg., 1996/8, S.704-709.
- (59) LEHMKUHL, Gerd: Chronisch kranke Kinder und ihre Familien. Quintessenz Verlag, München, 1996.
- (60) LAY, Reinhard.: Beratungskompetenz in der Pflege. In: PR-InterNet. Pflegepädagogik. 2001, 3(9), S.195- 200.
- (61) LEPPIN, Anja.: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, V. (Hg): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Hans Huber, Bern, 2004, S.21-30.
- (62) LORENZ, Rüdiger.: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- – und Pflegewissenschaftler. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 2004.
- (63) LUBKIN, Ilene/ JEFFREY, Janet: Chronische Schmerzen. In: LUBKIN, Ilene Morof: Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege – und Gesundheitsberufe. Hans Huber Verlag, Bern, 2002, S.245-281.

-
- (64) MAURER, Alfons: Älterwerdende Gesellschaft in Deutschland- Neue Herausforderungen für die Ehe-, Familien- und Lebensberatung. In: HUTTER, Christoph/ KUNZE, Norbert/ OETKER-FUNK, Renate/ PLOIS, Bernhard (Hg): Quo vadis Beratung? Dokumentation einer Fachtagung zur Zukunftsfähigkeit kirchlicher Beratungsarbeit. LIT Verlag, Berlin, 2006, S.95-108.
- (65) MEIBURG, Hildegund/ KOCH, Lutz: Asthma bei Kindern. In: ProCare, 1996/3, S.22-23.
- (66) MERTIN, Matthias/ MÜLLER, Irene/ BEIER, Jutta: Der Begriff „Beratung“ in der Pflege. Pflegezeitschrift, Beilage Dokumentation Pflegewissenschaft, 2005, 58(2), 1 – 6.
- (67) MICHELS, Hans Peter: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Betreuung und Rehabilitation. Dgvt- Verlag, Tübingen, 1996.
- (68) MILNES, Linda/ CALLERY, Peter: The adaption of written self-management plans for children with asthma. In: Journal of Advanced Nursing, 41Jg., 2003/5, S. 444-453.
- (69) MOELLER, Michael Lukas: Gruppenselbsthilfe chronisch Kranker und ihrer Angehörigen. In: ANGERMEYER, Matthias C./ DÖHNER, Otto (Hg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Enke Verlag, Stuttgart, 1981, S.112-120.
- (70) MOERS, Martin / SCHAEFFER, Doris: Phasenmodell. Bewältigungshandeln chronisch kranker Menschen. In: Die Schwester/Der Pfleger, 47Jg., 2008/08, S.756-763.
- (71) MOLLENHAUER, Klaus / MÜLLER, Wolfgang C.: >>Führung<< und >>Beratung<< in pädagogischer Sicht. Quelle & Meyer, Heidelberg, 1965.

-
- (72) MORRIS, Elaine: The management of childhood asthma through care pathway. In: Nursing Times, 91.Jg., December 6, 1995/49, S.36-37.
- (73) MUTZECK, Wolfgang: Kooperative Beratung. Grundlagen, Methoden, Training, Effektivität. Beltz-Verlag, 6. ub. Auflage, Weinheim, Basel, 2008.
- (74) MUTZECK, Wolfgang: Kooperative Beratung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.691-699.
- (75) MUTZECK; Wolfgang: Methoden Kooperative Beratung. Supervision, Teambberatung, Coaching, Mediation, Unterrichtsberatung, Klassenrat. Beltz-Verlag, Weinheim, Basel, 2008.
- (76) MÜLLER-MUNDT, Gabriele: Chronischer Schmerz. Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Hans Huber Verlag, Bern, 2005.
- (77) MÜLLER-MUNDT, Gabriele: Kinderkrankenpflege. Ein Indianer kennt keinen Schmerz. In: Pflege Aktuell, 2004, S.584-589.
- (78) NESTMANN, Frank: Beratung, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: BECK, Manfred/ BRÜCKNER, Gerhard/ THIEL, Heinz-Ulrich.: Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en – Helfer/innen – Institutionen. Dgvt-Verlag, Tübingen, 1991, S.47-69.
- (79) NESTMANN; Frank.: Die alltäglichen Helfer. Theorien sozialer Unterstützung und eine Untersuchung alltäglicher Helfer aus vier Dienstleistungsberufen. de Gruyter, Berlin, New York, 1988.
- (80) NOTHDURFT, Ilona.: Patientenzentrierte Beratung in der Pflege. Gesundheitsförderung und Salutogenese. In: Pflegezeitschrift. 2008, 61(7), S.388-391.

-
- (81) NORWOOD, Susan L.: Pflege-Consulting : Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. Hans Huber, 2002.
- (82) OELKERS, Jürgen: Einige historische Erfahrungen im Verhältnis von Psychologie und Pädagogik In: REICHENBACH, Roland, OSER, Fritz: Die Psychologisierung der Pädagogik. Übel, Notwendigkeit oder Fehldiagnose. Juventa, Weinheim & München, 2002, S.12-28.
- (83) OHLBRECHT, Heike: Jugend, Identität und chronische Krankheit. Soziologische Fallrekonstruktionen. Barbara Budrich Verlag, Opladen, 2006.
- (84) OLBRICH, Christa.: Eine neue Herausforderung in den Pflegeberufen. In: Pflegezeitschrift. 1995, 48(5), S.295-296.
- (85) OLBRICH, Christa: Was versteht man unter Kompetenz? In: SCHNEIDER, Helga (Hg): Pflegekompetenz durch PflegeexpertInnen. Facultas, Wien, 2005, S. 9-16.
- (86) OSWALD, Gerhard/ MÜLLENSIEFEN, Dietmar: Psycho-soziale Familieberatung. 3.Aufl., Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1990.
- (87) PIAZZA, di Simone.: Beratung in der Kinderkrankenpflege. In: Pflege 2001, 14/1, 5 - 11.
- (88) PETERMANN, Franz: Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Quintessenz Verlag, Berlin, München, 1994.
- (89) PETERMANN, Franz.: Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: PETERMANN, Franz. (Hg): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. Hogrefe, 2.überar. und erw. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1997, S.3-21.

-
- (90) PETERMANN, Franz/ NOEKER, Meinolf/ BODE, Udo: Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Psychologie-Verlags-Union, München, Weinheim, 1987.
- (91) RAVENS-SIEBERER, Ulrike/ THOMAS, Christiane/ ERHART, Michael: Körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Jugendlichen. In: HURRELMANN, Klaus/ KLOCKE, Andreas/ MELZER, Wolfgang/ RAVENS-SIEBERER, Ulrike (Hg.): Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag, Weinheim, 2003, S.19-98.
- (92) RECHTIEN, Wolfgang.: Beratung. Theorien, Modelle, Methoden. Profil, München, Wien, 1998.
- (93) REICHEL, René.: Beratung, Psychotherapie, Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Facultas, Wien, 2005.
- (94) ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): HORN, Annett: Pflegende Angehörige wachkomatöser Menschen. Hans Huber Verlag, Hogrefe, Bern, 2008.
- (95) RODHE; Katrin: Das Kind ist nicht alleine krank. Familienorientierte Beratung in der Gesundheits- und Krankenpflege. In: Padua, 2008/3/2, 18-24.
- (96) SAHMEL, Karl-Heinz: Grundlagen der Pflegepädagogik. Verlag W. Kohlhammer, 2. Aufl., Stuttgart, 2002.
- (97) SCHAEFFER, Doris/ MOERS, Martin: Schwerpunkt: Bewältigung chronischer Krankheit. Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. In: Pflege & Gesellschaft, 13Jg., 2008/1, S.6-31.

-
- (98) SCHIFFER, Eckhard: Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfandung. Beltz, Weinheim, Basel, 2001.
- (99) SCHLUSS, Henning J. / SATTLER, Elisabeth: Transformation – einige Gedanken zur Adaption eines nicht einheimischen Begriffs. In: Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik, 2001, Heft 2, S.173 – 188.
- (100) SCHMIDT, Lothar R./ DLUGOSCH, Gabriele E.: Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung. In: PETERMANN, Franz. (Hg): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. Hogrefe, 2.überar. und erw. Aufl., Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1997, S.23 – 51.
- (101) SCHMIDT, Martin: Beratung und Therapie im Kontext der Familie. In: SCHNEEWIND, Klaus A (Hg): Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Bd.1, Themenbereich D, Serie 1, Hogrefe Verlag, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1994, S. 619-648.
- (102) SCHRÖDTER, Maartje Eleonore: Pflegesprechstunden für chronisch Kranke: Hilfe zur Selbsthilfe leisten. In: Pflegezeitschrift, 2005/10, S.632-635.
- (103) SEIDL, Elisabeth/ WALTER, Ilsemarie: Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, München, Bern, 2005.
- (104) SEIFFGE-KRENKE, Inge/ BOEGER, Annette/ SCHMIDT, Carina/ KOLLMAR, Franz/ FLOSZ, Anette/ ROTH, Marcus: Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Folgen. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, 1996.

-
- (105) SICKENDIEK, Ursel/ ENGEL, Frank/ NESTMANN, Frank.: Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Juventa-Verlag, 3. neubear. und. erw. Aufl., Weinheim, München, 2008.
- (106) SLUNECKO, Thomas/ SONNECK, Gernot.: Einführung in die Psychotherapie. Facultas, Wien, 1999.
- (107) STARK, Wolfgang: Beratung und EMpowerment – empowerment-orientierte Beratung? In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.535-546.
- (108) STEINHARDT, Kornelia.: Psychoanalytische orientierte Supervision. Auf dem Weg zu einer Profession? Psychosozial-Verlag, Gießen, 2005.
- (109) STEINHOFF, Rosemarie GÖTZINGER, Reiner/ RICHTER, Bernd/ LÜCKERT, / MÜHLHAUSER, Ingrid: Asthma bronchiale bei Erwachsenen: Beispiel eines Schulungsmodells. In: LAMPARTER-LANG, Regine: Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Hans Huber Verlag, Bern, 1997, S.71-91.
- (110) STRAUMANN, Ursula E.: Klientenzentrierte Beratung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004, S.641-654.
- (111) SUDITO, Claudiu.: Beratungsbedarf und Beratungskompetenz in der Gesundheits- – und Krankenpflege. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift. 2001, 54(2), S. 16-17.

-
- (112) SVAVARSDOTTIR, Erla Kolbrun/ RAYENS, Mary Kay: Hardiness in families of young children with asthma. In: Journal of Advanced Nursing, 450 Jg., 2005/4, S. 381-390.
- (113) THEUNISSEN, Georg: Verhaltensauffälligkeiten – Ausdruck von Selbstbestimmung? Wegweisende Impulse für die heilpädagogische, therapeutische und alltägliche Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn, 2000.
- (114) TSCHUDIN, Verena.: Helfen im Gespräch. Eine Anleitung für Pflegepersonen. Recom Verlag, Basel, 1990.
- (115) VERNOOIJ, Monika A.: Beratung unter systemischen Aspekt. In: STREEK-DIOUANI, Mériem/ ELLINGER, Stephan (Hg.): Beratungskonzepte in sonderpädagogischen Handlungsfeldern. Athena-Verlag, 2007, Oberhausen. S.51-69.
- (116) VON SCHLIPPE, Arist/ THEILING, Stephan: Niemand ist alleine krank. Osnabrücker Lesebesuch zu chronischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. Pabst Science Publishers Verlag, Lengerich, 2005.
- (117) WACHTER, Annette.: Angehörigenberatung. Wie Beratung in der Kinderkrankenpflege gelingt. In: Österreichische Pflege-Zeitschrift, 2008, 61/8-9, 15 – 19.
- (118) WIEDEBUSCH, Silvia/ PETERMANN, Franz/ WARSCHBURGER, Petra: Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In: PETERMANN, Franz (Hg.): Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin. 2. erw. Aufl.. Göttingen Hogrefe Verlag, 1997, S. S.477-506.
- (119) WOODGATE, Roberta/ KRISTJANSON, Linda J.: Schmerz von Kleinkindern und wie Eltern und Pflegenden sich um sie kümmern <care>. In: SCHRÖCK, Ruth/ DRERUP, Elisabeth (Hg.): Schmerz. Perspektiven

der Pflegeforschung. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau, 1998, S.284-305.

(120) ZEGELIN-ABT, Angelika/ HUNEKE, Michael J.: Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. PR-InterNet, 1999, 1, S.11-18.

6. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: SCHNEIDER, Kordula/ BRINKER-MEYENDRIESCH, Elfriede/ SCHNEIDER, Alfred: Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis. Springer, Berlin, 2003.

Abb. 2: MUTZECK, Wolfgang: Kooperative Beratung. In: NESTMANN, Frank/ ENGEL, Frank/ SICKENDIEK, Ursel (Hg): Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder. Dgvt- Verlag, Tübingen, 2004.

Abb. 3: MERTIN, Matthias/ MÜLLER, Irene/ BEIER, Jutta: Der Begriff „Beratung“ in der Pflege. Pflegezeitschrift, Beilage Dokumentation Pflegewissenschaft, 2005, 58/2, S.1-6.

7. Internetquellenverzeichnis

- (1) http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German. Zugriff am 23.03.2009, Zeit: 09:15, 14:25, 16:00.

8. Anhang

8.1 Lebenslauf



Persönliche Daten

Name:	Kerstin Katharina Kienberger
Geburtsdatum:	30. Jänner 1987
Geburtsort:	St. Pölten
Nationalität:	Österreich
Familiestand:	ledig

Ausbildung

1994 – 1997	Volksschule, St. Pölten
1997 – 2001	BORG, St. Pölten
2001 – 2005	BRG, St. Pölten
2005 – Juli 2010	Bachelorstudium Bildungswissenschaft, Universität Wien
2005 – 2010	Individuelles Studium der Pflegerwissenschaft, Universität Wien

Berufserfahrung

Februar 2010 – dato	Caritas der Diözese St. Pölten, St. Pölten
---------------------	---

Hiermit versichere ich:

Dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Dass ich dieselbe Arbeit weder im In – oder Ausland als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Die Arbeit stimmt mit der von der Begutachterin beurteilten überein.

Kerstin Kienberger, im August 2010