



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Beratung in der Pflege –
dargestellt am Beispiel frühkindlicher Autismus

Verfasserin

Gabriele Thalhammer

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuerin:

Mag.Dr. Helga Schneider

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere,

- dass ich die Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im Inland noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
- dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, 25.7.2012

Gabriele Thalhammer

Danksagung

Wenn das Schreiben der Diplomarbeit ein Ende findet, entsteht einerseits ein gutes Gefühl, auch Stolz etwas geschafft zu haben und das Studium gut beenden zu können.

Andererseits wäre diese Arbeit nicht so gelungen, hätten nicht viele liebe Menschen mit Rat, Tat und Geduld die Arbeit und mich unterstützt. Daher ist jetzt ein guter Zeitpunkt mich bei diesen Menschen bedanken zu dürfen.

Zu allererst möchte ich mich bei meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Frau Dr.ⁱⁿ Mag.^a Helga Schneider bedanken. Sie hat mich wortwörtlich begleitet, mich in sehr persönliche, beratende und äußerst geduldige Weise betreut. Nicht nur dass ich mit allen Fragen und Anliegen zu ihr kommen konnte, wurden diese auch stets prompt und umsichtig beantwortet. Dadurch habe ich mich ermutigt gefühlt und konnte mit Ausdauer und Konzentration die Diplomarbeit fertig stellen.

Besonders möchte ich mich bei zwei sehr außergewöhnlich guten, befreundeten Kolleginnen bzw. Kollegen bedanken. Bei Herrn Prof. DDr. Siegfried Mrochen, ein von mir sehr geehrter Kollege und Mentor, der mich nicht nur wieder zum Schreiben brachte und mich ermutigte, sondern in weiterer Folge mir stets mit seinem Fachwissen und Rat zur Seite stand. Danke an meine Freundin und hochgeschätzte Arbeitskollegin, Frau Mag.^a Rosemarie Dressler. Die vielen anregenden Diskussionen haben mich besonders für den „praktischen Teil“ der Arbeit bestärkt und somit sehr unterstützt.

Und natürlich danke ich ganz speziell meinen unendlich geduldigen Mann, der mich zusätzlich mit seinem Computerfachwissen unterstützte sowie immer ein offenes Ohr für meine Fragen und auch Launen hatte.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
1.1	Fragestellungen	10
1.2	Ziel	11
1.3	Methodik und Struktur	11
2	Beratung	14
2.1	Geschichtliche Entwicklung	14
2.2	Begriffsdefinition	15
2.3	Beratung versus Therapie	17
2.4	Methoden der Beratung	20
2.4.1	Psychoanalytische - psychodynamische Konzepte	20
2.4.2	Verhaltenswissenschaftliche Methoden	21
2.4.3	Humanistische Konzepte	22
2.4.4	Systemische Konzepte	23
2.4.5	Lösungsorientiertes Beratungsmodell	23
2.5	Merkmale von Beratung	25
2.6	Beratungskompetenzen	26
2.7	Nationale Situation der Beratung	28
3	Beratung in der Pflege	31
3.1	Pflegewissenschaftliche Perspektive	31
3.2	Beratung als pflegeprofessionelle Angelegenheit	39
3.3	Kennzeichen und Ziele von Beratung in der Pflege	43
3.4	Kompetenzen in der pflegeprofessionellen Beratung	52
3.5	Problemstellungen in der pflegeprofessionellen Beratung	56
3.6	Nationale Situation der Beratung in der Pflege	59

4	Autismus	65
4.1	Definition und geschichtlicher Hintergrund.....	65
4.2	Symptomatik	67
4.3	Diagnostik	68
4.3.1	Diagnostische Kriterien nach ICD – 10.....	69
4.3.2	Differenzialdiagnosen	73
4.4	Komorbiditäten bei frühkindlichem Autismus.....	75
4.5	Erklärungsgenese und Therapieansätze	76
5	Situation von Angehörigen autistischer Kinder.....	79
5.1	Auswirkungen auf Familie und informelles Pflegesystem	79
5.2	Konsequenzen für den pflegeprofessionellen Beratungsprozess	85
6	Einzelfalldarstellung	90
6.1	Theoretische Vorüberlegungen	90
6.2	Fallbeispiel	92
6.3	Dreidimensionale Fallbetrachtung	94
6.3.1	Case-Incident-Methode.....	95
6.3.2	Problem-Finding-Methode.....	95
6.3.3	Case-Study-Methode.....	96
7	Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen.....	102
7.1	Kennzeichen professioneller Beratung im pflegefachlichen Kontext.....	102
7.2	Besonderheiten in der Elternberatung autistisch erkrankter Kinder	103
7.3	Kompetenzen in der pflegeprofessionellen Beratung von Eltern autistisch erkrankter Kinder	106
8	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	109
9	Literatur.....	110
10	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	123

11	Anhang.....	125
	Zusammenfassung.....	125
	Abstract.....	127
	Lebenslauf.....	129

1 Einleitung

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997) wird explizit festgehalten, dass Beratung ein Teil des eigenverantwortlichen und interdisziplinären Tätigkeitsbereiches ist. §14 Abs. 1 hält dezidiert fest: „*Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst ... die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege ...*“ und §16 Abs. 3 Pkt. 3 und 4 beschreibt „...*die Gesundheitsberatung und die Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung...*“ als interdisziplinäre Obliegenheit. Aussagen zur Definition der Beratung innerhalb des pflegeprofessionellen Aufgabenbereiches und zu damit verbundenen und zu erwerbenden Kompetenzen werden aber nicht gemacht. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, Beratung im pflegeprofessionellen Setting kritisch zu betrachten, zu analysieren und deren Hintergründe zu beleuchten. Di Piazza (2001, S. 5) beispielsweise bestätigt dies, wenn sie Beratung als genuine pflegerische Aufgabe beschreibt und konstatiert die Notwendigkeit spezifischer Qualifikationen als Voraussetzung dazu. Vor diesem Hintergrund stellt sich aber die Frage, was Beratung überhaupt ist und wie sie sich im pflegerischen Aufgabengebiet darstellt.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Beratung zudem bei psychischen Erkrankungen, unter anderem beim autistischen Krankheitsbild ein, da sich bei den Betroffenen in sehr differenzierter symptomatischer Ausprägung eine Vielzahl von Verhaltens-, Motivations- und Umgangsproblemen zeigen (vgl. Schnur, 2005, S. 305).

Autismus, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine tiefgreifende Entwicklungsstörung klassifiziert, wird als angeborene, unheilbare Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsstörung des Gehirns beschrieben, die sich bereits im frühen Kindesalter bemerkbar macht (Chakrabarti & Fombonne, 2001, S. 3093). Autismus ist ein Krankheitsbild, welches in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen hat. Epidemiologisch wird bei 60,2 von 10.000 Menschen eine tiefgreifende diesbezügliche Entwicklungsstörung angenommen. Beim frühkindlichen Autismus geht man von einer Zahl von 16,8 von 10 000 Menschen und beim Asberger-Syndrom von 8,4 von 10 000 Menschen aus (ebd.).

Angesichts der oben genannten Verteilung von frühkindlichem Autismus in der Bevölkerung und vor dem Hintergrund häufigen Kontakts mit medizinischen Einrichtungen ist es erforderlich, dass Pflegende über Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang mit an Autismus erkrankten Kindern und deren Eltern verfügen. Und gerade hier muss der pflegerischen Beratungsaufgabe besonderer Stellenwert beigemessen werden. Denn betroffene Menschen und ihre Angehörigen berichten immer wieder von mangelhafter Kenntnis der Phänomene des Krankheitsbildes in der Spitalssituation (vgl. Bachmann, 2010, S. 36).

Die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Ausprägungsvarianten von Autismus führen zu einem häufigen Verkennen des Krankheitsbildes und zu Unwissenheit in der spezifischen Beratungssituation (vgl. Zoppetti, 2009, S. 18). Dadurch kommt es zu Verzögerungen im Behandlungserfolg und einer verstärkten Symptomatik bei den Betroffenen die sich häufig in Fehlreaktionen im emotionalen Bereich zeigen. Das kann von unpassenden Reaktionsweisen bis zu aggressiven Verhaltensweisen reichen (ebd.). Gerade hier könnte Beratung in der Pflege einsetzen, um die betroffenen Menschen und ihren Familien ausreichend zu informieren und damit zu unterstützen.

Aufgrund der hier dargestellten Problemstellung ist es erforderlich, Kenntnisse über die Spezifika professioneller Beratung im pflegerischen Setting zu erwerben und dieselbe näher zu beleuchten. Daher sollen zunächst Besonderheiten von frühkindlichem Autismus exploriert und dargestellt werden, um darauf basierend jene Aspekte beschreiben zu können, die eine professionelle Beratung in der Pflege kennzeichnen.

1.1 Fragestellungen

1. Wodurch zeichnet sich professionelle Beratung im pflegefachlichen Kontext aus?
2. Welche Besonderheiten in der pflegeprofessionellen Beratung von Eltern autistisch erkrankter Kinder lassen sich aus der Literatur und einem Fallbeispiel explorieren?
3. Welche Kompetenzen sind für eine pflegeprofessionelle Beratung von Eltern autistisch erkrankter Kinder erforderlich?

1.2 Ziel

Das Ziel der hier vorliegenden Auseinandersetzung ist es herauszufinden, welche Kompetenzen professionell Pflegende im Umgang mit Eltern autistisch erkrankter Kinder bzw. deren Beratung benötigen, um so eine literaturbasierende Grundlage für weiterführende curriculare Konstruktionsprozesse, gesetzliche Vorschriften und andere berufsrelevante Richtlinien zu generieren.

1.3 Methodik und Struktur

Für die Schaffung einer gemeinsamen begrifflichen Grundlage, muss zunächst – nach ausführlicher systematischer Literaturrecherche – die pflegerische Aufgabe der Beratung definiert und analysiert werden. Zu diesem Zweck wird anfänglich die gesellschaftliche Entwicklung der Beratung im Allgemeinen und damit auch die historische Bedeutung derselben beschrieben um schlussfolgernd die auf Basis dieser Entwicklung entstandenen Formen der Beratung darstellen zu können.

Da der Begriff der Beratung aber ein sehr vielseitiger und unspezifischer ist, der eine Spannweite möglicher Bedeutungsinhalte offen lässt werden verschiedene Definitionen von Beratung beschrieben und auf deren Entstehung Bezug genommen. Daraus resultierend soll eine Definition als Grundlage dieser Erarbeitung ausgewählt und begründet werden.

Um den Begriff der Beratung näher bestimmen zu können wird versucht, die verschiedenen Ansätze und Theorien zur selben zusammenzufassen und kritisch zu betrachten. Dieser Schritt ist notwendig, da sich dadurch die besondere Bedeutung der Beratung im Rahmen der Pflege erklärt bzw. diese im weiteren Verlauf der Erarbeitung daraus abgeleitet werden kann. Zudem soll bereits eine erste literaturgestützte Exploration von für eine erfolgreiche Beratung erforderlichen Kompetenzen dazu beitragen, dieselben in den Kontext der pflegefachlichen Disziplin zu stellen.

Bevor die Besonderheiten der pflegerischen Beratung anhand eines autistischen Krankheitsbeispiels expliziert werden können, wird die allgemeine Bedeutung von Beratung in

der Pflege mit Hilfe rezenter pflegewissenschaftlicher Publikationen dargelegt und nicht zuletzt durch Theorien und Aussagen psychotherapeutischer Herkunft kritisch analysiert.

Dieses Vorgehen soll eine Bewertung der gegenwärtigen Position der Beratung innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege sowie eine Argumentation für den Erwerb von Kompetenzen zur Durchführung pflegeprofessioneller Beratung ermöglichen. Zur Konkretisierung der Argumentation werden entsprechende allgemeine Ziele und Aufgaben der Beratung innerhalb der Pflege beschrieben und erklärt. Die Darstellung der gegenwärtigen nationalen Situation von Beratung in der Pflege soll ebenso eine Basis für weiterführende curriculare und andere Arbeiten generieren, wie es ein Abriss zu Problemstellungen tut.

Um mit Hilfe einer Fallanalyse zum Schwerpunkt Autismus allgemeine Beratungsaspekte für die Pflege ableiten zu können, muss dieses Krankheitsbild zunächst beschrieben und hinsichtlich seiner Bedeutung für die pflegeprofessionelle Beratung untersucht werden.

Deshalb wird der Begriff „Autismus“ zunächst anhand des ICD 10, F 84.0 definiert und die Begriffsentstehung historisch erläutert werden. Dies soll das Verständnis um die heutige Definition und um den aktuellen Entwicklungsstand fördern. Nach kritischer Analyse aktueller wissenschaftlicher Literatur wird eine Übersicht zu epidemiologischen Daten dazu beitragen, ein Verständnis für die Bedeutung des Autismus in der Pflege zu entwickeln.

Die anschließende Beschreibung bekannter ätiologischer Faktoren soll einen möglichen kontextbestimmten und umweltdeterminierten Einfluss auf die Erkrankung aufzeigen. Dadurch können Rückschlüsse auf eventuell vermeidbare Verhaltensweisen geschlossen werden. Zur Strukturierung werden die verschiedenen Formen von Autismus klassifiziert, um im Anschluss die verschiedenen Symptome und Symptomkomplexe zuordnen zu können. Diese sollen - gemeinsam mit einer Darstellung des subjektiven Erlebens und der Besonderheiten der Wahrnehmung - Rückschlüsse auf Problemstellungen und somit auf die spezifischen Besonderheiten in der pflegeprofessionellen Beratung ermöglichen.

Die Darlegung charakteristischer Störungen im Sozialverhalten eines Menschen mit Autismus soll das Verständnis um die spezielle Bedürfnissituation und um die Erforderlichkeit adäquaten pflegerischen Handelns fördern. Eine Übersicht zu Komorbiditäten bei Autismus gewährt einen Einblick in die Komplexität dieser Entwicklungsstörung und ermöglicht die Folgerung denkbarer und notwendiger Beratungskompetenzen. Danach werden die krankheits-spezifischen Besonderheiten und Problemstellungen subsummiert und analysiert.

Nachdem das Krankheitsbild des Autismus rudimentär dargestellt wurde, wird auf die Situation von Eltern bzw. Angehörigen autistisch erkrankter Kinder eingegangen. Nur so können - gemeinsam mit dem zu einem späteren Zeitpunkt dargelegten Fallbeispiel – die besonderen Bedürfnisse von Eltern und davon ausgehend die zur Befriedigung erforderlichen Beratungskompetenzen identifiziert werden. Die Auswirkungen auf das System Familie spielen hierbei eine zentrale Rolle und werden eine erste Zusammenschau der Komplexität von Beratung im Kontext autistisch erkrankter Kinder ermöglichen.

Es folgt die Schilderung einer Fallgeschichte und - basierend auf den zuvor dargelegten Ausführungen - die Analyse derselben. Vor diesem Hintergrund werden aus den zu erwartenden Bedürfnissen, den speziellen Problemstellungen und Besonderheiten der autistischen Erkrankung allgemeine Handlungskonsequenzen für eine pflegeprofessionelle Beratung abgeleitet. Ferner soll die Falldarstellung größere Einsicht in das Krankheitsbild und Nachvollziehbarkeit für den Schweregrad der Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen ermöglichen.

Letztlich soll festgestellt werden, welche Beratungskompetenzen für den Umgang mit diesem Krankheitsbild und für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich sind. Schlussfolgernd werden die Ergebnisse der Arbeit nochmals auf deren Bedeutung hin untersucht, kritisch betrachtet und zur Diskussion gestellt.

2 Beratung

Rat einzuholen, Rat zu befolgen, Rat zu erteilen, dass „Sich mit anderen zu Beraten“ hat es sicherlich schon in der Altsteinzeit gegeben und hat sich durch die sich entwickelnden Formen des menschlichen Zusammenlebens im Sinne von vermehrter Verbindlichkeit für die Gesellschaft verändert (vgl. Hechler, 2010, S. 10f.). Deshalb ist es zum Zwecke der Nachvollziehbarkeit unabdingbar, die gesellschaftliche und damit auch historische Bedeutung von Beratung zu beschreiben, um schlussfolgernd die auf Basis dieser Entwicklung entstandenen Formen der Beratung darstellen zu können.

Daher beschäftigt sich dieses Kapitel zunächst mit den Fragen, was unter Beratung im Allgemeinen und speziell im psychosozialen Kontext verstanden wird, und wie sich diese entwickelt hat. Da der Begriff der Beratung aber ein sehr vielseitiger und unspezifischer ist, der eine Spannweite möglicher Bedeutungsinhalte offen lässt, werden einige Definitionen von Beratung beleuchtet, so dass die Bezugnahme auf begriffliche Erklärungen intersubjektiv nachvollziehbar wird. Die Darlegung der Situation von Beratung in Österreich und deren Entwicklung in Abgrenzung zur Psychotherapie dient der Möglichkeit, diese in einen Kontext zu stellen und so deren Perspektive zu verstehen. Die Vorstellung ausgewählter Therapiemodelle soll einer späteren Ableitung von erforderlichen Kompetenzen dienlich sein.

2.1 Geschichtliche Entwicklung

Schamanen, Frauen und Männer mit übernatürlichen Kräften als geschichtliche Vorläufer der heutigen psychosozialen Beraterinnen und Berater, übernahmen diese Tätigkeit vor allem im Mittelalter und im weiteren Verlauf Personen geistlicher Ämter, aber auch Kräuterfrauen, Hebammen und andere „weise“ Frauen. Ärztinnen und Ärzte verloren ihre führende Rolle zunächst auf diesem Gebiet, die sie im Zeitalter von Hippokrates noch inne hatten (vgl. Reichel, 2005, S. 34ff.). Menschen der damaligen Zeit nahmen Orientierung am Klerus und holten sich dort Hilfe für Leben und praktische Lebensführung (vgl. ebd., S. 35). Eine Änderung trat erst – symbolisiert durch Sigmund Freud – vor etwa 100 Jahren ein (vgl. Schuch 2003, S. 13ff.), so dass die heutige Beratung wesentlich von der

Entwicklung der Psychotherapie und deren Disziplinen beeinflusst wurde und immer noch wird (vgl. Reichel, 2005, S. 36).

Bei McLeod (2004, S. 37ff.) wird jedoch auch ersichtlich, dass Beratung wie wir sie heute verstehen und kennen, ein sehr junges und autonomes Berufsbild besitzt und erst seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts als eine „Triade von Basiskompetenzen“ eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Zuvor, im 19. Jahrhundert, entstanden in Folge der Industrialisierung disparate Anstalten für „Geisteskranke“ und die beiden Fachdisziplinen, Medizin und Psychiatrie generierten das neue Spezialgebiet der Psychotherapie (vgl. McLeod, 2004, S. 37ff.). In dieser Zeit (1886/1887) kehrte auch Freud aus Frankreich zurück und eröffnete in Wien eine psychiatrische Praxis und entwickelte die Psychoanalyse (vgl. ebd., S. 43). Heute hat Beratung in beinahe allen Lebensbereichen und im gemeinsamen Miteinander Einzug gehalten. Die entwickelten professionellen Hilfsangebote befinden sich vorrangig im medizinischen und psychologischen Arbeitsfeld (vgl. Krause, 2003, S. 15). Der ständig wachsende Beratungsbedarf und Markt wird hierorts mit der zunehmenden Komplexität der Gesellschaft, Prozesse der Individualisierung und Pluralisierung der Lebenswelten erklärt (ebd. S. 19). Umso komplexer die mannigfaltigen Zugänge und Definitionen bei zeitgleich großer Spannbreite an Bedeutung sind, desto notwendiger ist es, den Beratungsbegriff zu erklären, in einen Kontext zu stellen um letztlich eine Definition dieser Arbeit zugrunde legen zu können.

2.2 Begriffsdefinition

Der Begriff Beratung ist nicht immer eindeutig und wird in vielerlei Kontexten gebraucht. Auch McLeod (2004, S. 28) stellte fest, „...dass die Definition von Beratung nicht so einfach ist“. Der deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe – und Familienberatung (1985, S. 1) definiert Beratung folgendermaßen: *„Beratung bezieht sich vor allem auf Menschen, die in Fragen der allgemeinen Lebensplanung, der Gestaltung von menschlichen Beziehungen und des Umgangs mit Konflikten und Entwicklungsproblemen in Partnerschaft, Ehe und Familie nach Veränderungen und neuen Lösungen suchen. Beratung ist zu verstehen als ein Prozess, in dessen Verlauf die Ratsuchenden befähigt werden, mit ihren Fragen und Problemen besser umzugehen und Lösungswege zu erarbeiten“*.

Beratung ist eine freiwillige, kurzfristige, oft nur situative, soziale Interaktion zwischen Ratsuchenden (Klienten) und Beratenden mit dem Ziel, im Beratungsprozess eine Entscheidungshilfe zur Bewältigung eines von der Klientin bzw. vom Klienten vorgegebenen aktuellen Problems durch die Vermittlung von Informationen und/oder Einüben von Fertigkeiten gemeinsam zu erarbeiten (vgl. Schwarzer & Posse 1986, S. 634).

Dietrich (1991, S. 11) wiederum versteht Beratung als Hilfsinstrument wenn sie sagt: *„Danach hätte es die Beratung mit Zielsetzungen zu tun, die um Entwicklung, Erziehung, Prävention und seelische Gesundheit zentriert sind...“* und sieht die (Wieder) Herstellung eines begrenzten Bereichs personaler Kompetenz und Bereitschaft als allgemeines Ziel der Beratung an (vgl., ebd., S. 14). Nestmann, Sickendiek und Engel (2007a, S. 599) sehen in Beratung auch eine Hilfeform, die abstimmbar, offen, flexibel und auf die jeweiligen Anliegen und Umstände sowie Einzigartigkeit jeder Beratungskonstellation eingehend ist.

Für Koch-Straube (2003, S. 86) als in der pflegefachlichen Disziplin verortet, ist Beratung vor allem *„...ein gemeinsamer und gemeinsam verantworteter Prozess des Suchens und Verstehens, in den die Klienten ihr Wissen, ihre Kompetenz, ihre Sicht von der Welt und ihrem Leben, ihre Erfahrungen ... und die Pflegenden ihr fachbezogenes Wissen und ihre Kompetenz, ihre Erfahrungen und die Fähigkeit den Beratungsprozess zu initiieren, zu gestalten und zu einem Abschluss zu bringen“* einbringen. Schmidt (2005, S. 81f.), der Beratung als *„Mittel zum Zweck für das Heimatsystem“* (Beziehungssystem) bezeichnet, fordert nicht zuletzt vor diesem Hintergrund den Aufbau einer kompetenzfokussierenden, würdigenden, ziieldienlichen, sinnergebenden, motivierenden und gleichrangigen Kooperationspartnerschaft.

Die hier nun auszugsweise dargelegten Definitionen explizieren die verschiedenen Zugänge und zeigen doch auch Gemeinsamkeiten auf. Gemeinsam ist die Beschreibung von Hilfestellung, die in einem gemeinsamen Prozess erarbeitet wird. Offen die Beschreibung von Nestmann et al. (2007a, S. 599), wesentlich präziser Schwarzer & Posse (1986, S. 634). Darin werden Faktoren wie Freiwilligkeit, soziale Interaktion im Beratungssystem,

Beratungsprozess sowie eine Auswahl der möglichen Interventionen zur Bewältigung des aktuellen Problems als dem Beratungsprozess innewohnend beschrieben.

Damit wird Orientierung gegeben und implizit aufgezeigt, dass beratende Personen über gewisse Fähigkeiten zu verfügen haben. Ferner beschreibt Schmidt (2005, S. 81f.), dass Beratung sich um die angestrebte Zielerreichung bemüht und verweist auf die dafür notwendige Beratungsbeziehung. Für Nurse (1977, zit. n. Tschudin, 1990, S. 15) ist die Beziehung auch elementar, vor allem jene zwischen Pflegenden und Patientinnen bzw. Patienten, die sie als eine „... *Partnerschaft, in der beide, Krankenschwester und Klient, versuchen miteinander zu verstehen und etwas zu ergründen und beide bereit sind zu lernen*“ umschreibt. Auch Weidner (1995, zit. n. Koch-Straube, 2008, S. 15) sieht die „...*Begegnung mit den Patienten als zentrale Grundlage der Pflege*“ an. Dass Beziehungsgestaltung das zentrale Element erfolgreicher Beratung ist, wird sich auch in der nachfolgenden Auseinandersetzung herausstellen, weshalb auch die pflegewissenschaftliche Perspektive – später dargestellt – diese in den Fokus ihrer Disziplin bzw. ausgewählter Theorien stellt. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die pflegfachliche Profession keine therapeutische ist, erscheint es erforderlich die Analogien bzw. Unterschiede zwischen Beratung und Therapie im Allgemeinen bzw. die Theorien der Gemeinsamkeiten und jener der Trennung zu examinieren.

2.3 Beratung versus Therapie

Dass eine Theorie von Gemeinsamkeiten und Unterschieden von Beratung und Therapie existiert, lässt sich bei Betrachtung von Postulaten bei Engel et al. (2004, S. 36) feststellen, indem diese viele Gemeinsamkeiten von Beratung und Psychotherapie bestätigen und dennoch konstatieren, dass diese „...*in unterschiedlichen Denkmodellen und Logiken eingebunden...*“ sind. Im Speziellen meint Engel (2006, S. 36f.), dass sich Psychotherapie dem Heilungsprozess widmet und über das Psychotherapeutengesetz geregelt ist. Hingegen ist Beratung eine in „...*Lebenskontexte eingebundene, offen eklektische Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Bewältigungshilfe*“. Beide können sich ergänzen, parallel, getrennt oder gezielt aufeinander verweisend angewandt werden (vgl. ebd.). Petzold (1993, S. 457) meint Ähnliches, wenn er sagt: „...*Verwässerung ist nicht wün-*

schenswert, und Vereinheitlichung ist nicht Thema und Ziel dieses Beitrags, aber einige konzeptionelle und methodische Gemeinsamkeiten verschiedener Schulen von Beratung und Psychotherapie sind beachtenswert, sie könnten als Allgemeingut anerkannt werden“.

Mrochen (2010) argumentiert, dass „... eine Abgrenzung ... nicht berufspolitisch begründet werden“ kann und skizziert fließende Übergänge (Abb. 1). Sowohl für Psychotherapie wie auch für Beratung müssen „... besondere Qualifikationen erworben werden. Dazu gehören neben einer sozialwissenschaftlich- anthropologischen Grundausbildung an der Hochschule, die Weiterbildung in Strategien der Gesprächsführung, Selbsterfahrung bzw. Eigentherapie des Helfers/Helferin und – in den ersten Jahren der Berufspraxis Supervision“ (ebd., 2010).

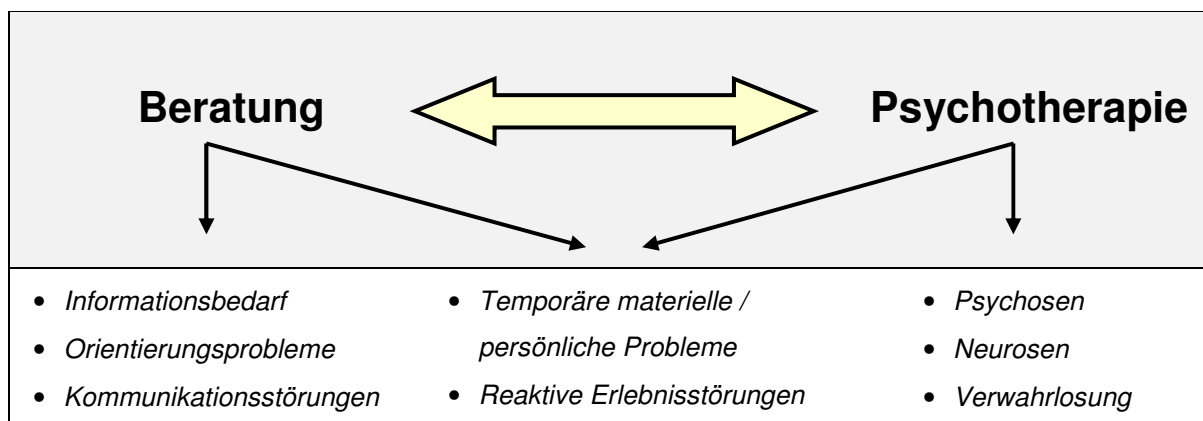


Abb. 1: Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie (Eigene Darstellung nach Mrochen, 2010)

Brem-Gräser (1993, S. 1) vertritt diesbezüglich die Meinung, dass „...trotz unscharfer Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie ... eine als Akzentuierung gedachte Unterscheidung nicht nur möglich, sondern geboten“ ist. Damit unterstützt sie die Möglichkeit, Beratung als eigenständige Hilfsform mit „spezifischen Möglichkeiten und Grenzen“ zu sehen, die eine entsprechende Ausbildung bedingt.

Wesentlich eindeutiger sieht Houben (1975, S. 14) die Unterschiede von Beratung und Therapie und hält dazu fest: „...Obwohl es wahrscheinlich nicht möglich ist, zwischen den Tätigkeiten der zwei Aktivitäten eine klare Unterscheidung zu treffen, sind jedoch die

Unterschiede im allgemeinen ersichtlich“ und führt folgende Unterschiedskriterien zur Psychotherapie an: Dauer des Prozesses, die Häufigkeit des Kontaktes, das Ausmaß, in dem Erfahrungen der Vergangenheit betont werden und Grad des Gebrauchs einer Patientinnen bzw. Patienten – Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten-Beziehung (vgl. ebd.).

Unter Bezugnahme einer auf die Psychotherapie bezogene Gesetzgebung in Österreich und Deutschland berufspolitisch geführten breiten Diskussion lässt sich festhalten, dass jene Aspekte die nicht eindeutig der Psychotherapie zugeordnet werden konnten, als in der Beratung verortet klassifiziert wurde. Der geführte Diskurs bezieht sich auf ein die Szene veränderndes Ereignis: den Erlass (1991) von Psychotherapiegesetzen in Österreich und Deutschland, sowie die entsprechenden kassenpolitischen Folgen mit der Etablierung wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren. Danach wird eine deutliche und pragmatische Trennung vom Gesetzgeber vorgenommen.

Während die Psychotherapie die *„Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen“* (Psychotherapiegesetz §1 Abs.1) bezeichnet, umfasst die Beratung eine in höherem Maße problemzentrierte und zielorientierte Betreuung von Menschen, die kein Krankheitsbild in medizinischem Sinne aufweisen (vgl. Stumm et al., 2000, S.569).

Beratung soll den Klientinnen bzw. Klienten die nötige Aufklärung und Orientierung bieten um sich gegebenenfalls für eine Psychotherapie entscheiden zu können (vgl. Bundesministerium für Familien und Senioren, 1993, S. 12). Fließende Übergänge beschreibt und bestätigt das Gesetz folgendermaßen: *„Häufig erleben Ratsuchende durch das Beratungsgespräch schon eine Entlastung vom Leidensdruck. Sie fühlen sich erleichtert und können die Problemsituation und alternative Lösungen aus einer gewissen Distanz heraus sehen. Dies alles ist im Sinne des Wiedergewinnens von personalen Entscheidungsmöglichkeiten positiv, aber es ist nicht Ergebnis einer Psychotherapie“* (ebd., S. 13).

2.4 Methoden der Beratung

Um den Begriff der Beratung näher bestimmen zu können wird versucht, die verschiedenen Ansätze und Theorien zur selben zusammenzufassen und kritisch zu betrachten. Dieser Schritt ist notwendig, da sich dadurch die besondere Bedeutung der Beratung im Rahmen der Pflege erklärt bzw. diese im weiteren Verlauf der Erarbeitung daraus abgeleitet werden kann. Vorgestellt werden sollen zunächst die vier großen psychotherapeutischen Schulen umso die Inhärenz unterschiedlicher Charakteristika zu explizieren und Verständnis für die Komplexität der Thematik erzeugen zu können. Es sei an dieser Stelle jedoch erwähnt, dass die Wissenschaft von Beratung mit dem Ziel der Erforschung noch sehr jung ist, weshalb diese Tatsache in der Beleuchtung der Thematik nicht vergessen werden darf.

2.4.1 Psychoanalytische - psychodynamische Konzepte

Wie erwähnt entwickelte Freud die Psychoanalyse, weshalb sich nunmehr auch der psychodynamische Beratungsansatz darauf zurückführen lässt. Die zentrale Grundannahmen psychoanalytisch – psychodynamischer Beratung sind, dass der Mensch sich in einem Dauerkonflikt zwischen Es, Über-Ich und Ich befindet und dieser Konflikt nur dann auszuhalten ist, wenn Abwehrmechanismen eingesetzt werden (vgl. Rauchfleisch, 2006, S. 163ff.). Die wahren Triebkräfte des Menschen sind diesem unbewusst. Am Beginn einer solch ausgerichteten Beratung steht der Beziehungsaufbau, die beratende Person findet Zugang zur inneren Welt der ratsuchenden Person und ist dabei sensibel für jene Gefühle, die mit der Beratung verbunden sind (z.B. Scham oder Versagen). Die beratende Person tätigt Interpretationsangebote an unbewusste Gründe und stellt so einen Rahmen für das Erarbeiten förderlicher Bedingungen her (vgl. ebd.). Dabei steht ein Ringen um ein diagnostisches Arbeitsbündnis (Eltern als Mitverursacher und Expertinnen bzw. Experten) im Vordergrund. Parallel zu allen diesen Schritten achtet die beratende Person im Sinne einer Gegenübertragung penibel auf eigene Gefühle (vgl. ebd.).

Von Beginn an haben sich die tiefenpsychologischen Methoden stets weiterentwickelt, neue Trends haben sich vollzogen. Einerseits die zeitlich begrenzten Methoden mit der veränderten, aktiven Beraterrolle und den zentralen Themen wie Bindung und Verlust (McLeod, 2004, S. 88). Einen anderen Trend beschreibt das von Hobson, Meares und

anderen englischen Wissenschaftlern entwickelte „Gesprächsmodell“ mit seinen drei enthaltenen Hauptkomponenten: Bedeutung und Rolle der Sprache, begrenzte Anzahl von Sitzungen und Nachweis der Effektivität mittels Studien. Der Kern dieses Gesprächsmodells ist „...die Vorstellung, dass Menschen dazu fähig sein müssen, über ihre Gefühle zu sprechen“ (ebd.).

Auf die pflegeprofessionelle Disziplin bezogen meint Koch-Straube (2008, S. 109) zu tiefenpsychologischen Konzepten in der Anwendung für die Beratung in der Pflege: „*Im Aufdecken und Durcharbeiten ... liegt die Aufgabe tiefenpsychologischer Therapie*“ und meint damit, dass auch für eine Beratung in der Pflege das Fundament nicht in der Tiefenpsychologie gelegt werden kann.

2.4.2 Verhaltenswissenschaftliche Methoden

Das Grundkonzept verhaltenswissenschaftlicher Methodik wiederum umfasst die Beschäftigung mit fassbaren bzw. beobachtbaren Verhaltensweisen und Überzeugungen (Kognitionen) bei implizierter Vorstellung eines sich selbst organisierten Menschen, der über instrumentelle Ziele und Absichten verfügt, die er zu erreichen versucht (Selbstmanagement). Dabei liegt der Schwerpunkt auf Betonung von Lernprozessen, die zu bestimmten Verhaltensweisen und Kognitionen führen. Verhaltensdeterminierende Zusammenhänge werden mit „funktionalen Analysen“ (Problemanalysen) in „wissenschaftlicher“ Manier aufgedeckt (vgl. Nestmann et al., 2007a; vgl. McLeod, 2004;).

Behavioristinnen und Behavioristen sehen für das Erlernen von Verhaltensänderungen zwei grundlegende Lernprinzipien: Die klassische und die instrumentelle Konditionierung (vgl. Borg-Laufs, 2009, S. 185). Die heutige Verhaltenstherapie zeichnet sich durch ihre Grundlagen (Lernpsychologie, kognitive Psychologie), Interventionsmethoden, Transparenz und Information, funktionale Verhaltensanalyse statt Konstruktion von Krankheitsbildern und Einbezug der sozialen Umwelt aus. Borg-Lauf (2007, S. 637) betont dabei ganz besonders die Transparenz als ethisches Prinzip. Es wird besonderer Wert darauf gelegt, dass die Klientinnen bzw. Klienten das Veränderungsprinzip auch verstehen, womit automatisch immer ein hoher Anteil an Information gegeben wäre.

Koch - Straube (2008, S. 108) meint hierzu, dass wenn verhaltenstherapeutische Konzepte „...in der Regel nicht wie in einer Verhaltenstherapie zielorientiert und systematisch eingesetzt werden...“, sie den Patientinnen bzw. Patienten „... keine Chance, neue Verhaltensweisen und Einstellungen zu erlernen ...“ bieten, „... die der Bewältigung ihres Krankseins und dessen Folgen dienen“ würden. Sie erwähnt jedoch auch die Tatsache, dass verhaltenstherapeutische Konzepte in der Medizin konkretisiert werden und Patientinnen bzw. Patientenschulungen weitgehend auf diese Konzepte zurückgreifen (vgl. ebd.). Daher soll auch bereits an dieser Stelle angemerkt werden, dass viele Behandlungskonzepte in der Arbeit mit autistischen Kindern verhaltenstherapeutisch angelegt sind und Eltern dabei als Co-Therapeutinnen und -therapeuten fungieren. In Hinblick auf diese Tatsache wäre es demnach sinnreich, würden Pflegende zumindest die Grundkonzepte der Verhaltensberatung kennen lernen.

2.4.3 Humanistische Konzepte

Zentrale Grundannahmen humanistischer Konzepte, im Konkreten der klientenzentrierten Beratung sind, dass der Mensch eine Ganzheit aus Körper-Seele-Geist und Spiritualität ist, es eine Entwicklungslogik hin zur Bedürfnisbefriedigung gibt und es Ziel ist, eine Selbstverwirklichung zu ermöglichen (vgl. Fuhr, 2003, S. 104). Als Gründer und wichtigster Vertreter ist hier Carl Rogers zu nennen. Seine Hauptthese beinhaltete, das therapeutisch Tätige mehr begleitend und fördernd für die persönliche Entwicklung der Klientinnen bzw. Klienten sein sollten, als durch Expertisen problemlösend. Damit wandte er sich ganz massiv gegen die expertenorientierten Verfahren (vgl. Schmid, 1999, S. 170), welche die Grenzen zwischen Beratung und Therapie als fließend beschreiben (vgl. Fuhr, 2003, S. 104). Auch hierzu hat Koch- Straube (2008, S. 105) eine Meinung geäußert: „Das bekannteste und meist verbreitete Verfahren im Bereich der sozialen Arbeit, einschließlich der Pflege, ist die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bzw. die nicht-direktive Beratung. In der Ausbildung zur Kranken- und Altenpflegerin bildet sie häufig den Hintergrund für das Training in Gesprächsführung. Die Grundhaltungen Echtheit, Akzeptanz, einführendes Verstehen können als Basis für hilfreiche Beziehungen auch außerhalb therapeutischer Verfahren angesehen werden....“.

2.4.4 Systemische Konzepte

Die Familientherapie als systemisches Konzept verweist in ihrem Ursprung auf systemtheoretische und kybernetische Konzepte um damit Probleme und Sichtweisen neu zu verstehen und auch zu lösen (vgl. Guntern, 1980, S. 2ff). Als Weiterentwicklung wären Chaos- und Komplexitätstheorie, der Konstruktivismus mit von Försters Arbeiten zur Kybernetik zweiter Ordnung, das Selbstorganisationskonzept von Maturana & Varela sowie die von Bateson beschriebene binokulare Theorie des Wandels zu nennen (vgl. ebd.).

Systemisches Denken „... *basiert auf dem Postulat, dass das Verhalten von Elementen sich aus den Relationen zwischen diesen Elementen, nicht aus ihren inneren Eigenschaften heraus erklärt*“ (Schweitzer & Weber, 2000, S. 209). Zirkularität, Konstruktivismus sowie Kybernetik gehören zu den zentralen Grundannahmen dieser Schule. Systemisch arbeitende Therapeutinnen und Therapeuten bemühen sich um eine Veränderung individueller und/oder sozialer Wirklichkeitskonstruktionen, wodurch eine Veränderung im Verhalten und Erleben bedingt und umgekehrt werden kann. Dabei ist die Kommunikation, nämlich das wie und worüber gesprochen wird, ein tragendes Element welches die Veränderung bewirkt. Dabei zeichnet sich die systemische Therapie bzw. Beratung durch eine ressourcenorientierte Grundhaltung aus und schließt sich damit dem Konzept der Salutogenese mit den drei wesentlichen Merkmalen, Bedeutsamkeit, Gestaltbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Ereignisse an (vgl. Schiepek, 1999, S. 53).

Über die Nützlichkeit für die Beratung in der Pflege lässt sich feststellen, dass „... *eine systemische Perspektive einzunehmen, ... für die Analyse von Pflegesituationen und die Gestaltung beratender Interventionen durchaus hilfreich sein*“ kann (Koch-Straube, 2008, S. 110; vgl. Kleve, 2005, S. 173ff.).

2.4.5 Lösungsorientiertes Beratungsmodell

Das lösungsorientierte Beratungsmodell wurde aus dem lösungs- und kurzzeittherapeutischen Ansatz von Steve de Shazer entwickelt. Das Modell wurde in einer schwierigen Beratungsstunde geboren, als die ratsuchende Familie das Beraterteam mit all seinen Problemen überschüttete. Diese fragten nach einiger Zeit verzweifelt nach, ob und was

denn überhaupt noch funktioniere. Daraufhin begann die Familie sich auf Gelungenes zu konzentrieren, wodurch eine Veränderung des Beratungsprozesses resultierte (vgl. Bamberger 2001, S. 12).

Im Fokus der lösungsorientierten Beratung stehen die Förderung von Autonomie und Selbstwirksamkeit, welche vor allem auch – wie später zu erkennen sein wird – in der Pflege eine zentrale Bedeutung einnimmt. Die Maxime dieser Art von Beratung fokussiert nicht die Analyse von Problemen, sondern die Konstruktion von Lösungen (vgl. Bamberger 2001, S.12ff.). Sie ist grundsätzlich keine neue Methode, sondern zeichnet sich durch einen speziellen zugespitzten Methoden – Blickwinkel aus (vgl. Nestmann, 2004, S. 788 zit. n. Schmidt-Nohl, 2006, S. 13).

Zusammenfassend sei betont, dass die jeweiligen Interventionen noch so kunstvoll sein können, sie jedoch in der Beratung von Klienten als passend und sicher erlebt werden müssen. Ansonsten verfehlen bzw. lösen sie auch dysfunktionale Wirkungen aus (vgl. Schmidt, 2004, S. 80).

Beratung war schon seit jeher eklektisch-integrativ orientiert und beratende Personen wählten schon seit jeher aus unterschiedlichen Angebote mit Bedacht und Wissen für die Anwendung ihrer Beratungen aus (vgl. Nestmann et al., 2007b, S. 789). Thompson (1996, zit. n. Nestmann et al., 2007b, S. 788) führt diese sog. „Dekade des Eklektizismus“ auf den wachsenden Wechsel und auf Veränderungen von Gesellschaft und die vielfältigen Bedürfnisse – und Erwartungen von Klientinnen bzw. Klienten zurück. Mrochen (2010) verbalisiert in diesem Zusammenhang einen *„verantwortungsvollen Eklektizismus und beschreibt wie er diesen Prozess subjektiv erlebt „...wenn ich merke, ich probier was aus, und es sich mit Leichtigkeit wiederholen lässt, es gut zusammenpasst, und ich habe das Gefühl von Integrität, ich spüre es körperlich und habe entsprechende innere Bilder dazu, ich kann nicht Satir oder Farelly kopieren, ich muss meinen eigenen Stil finden“.*

2.5 Merkmale von Beratung

Bereits erläutert, dass nicht nur Technik und Wissen einer erfolgreichen bzw. „guten“ Beratung dienlich sind, stellt sich die Frage nach den Merkmalen einer solchen Beratung. Die Beschäftigung mit dieser Fragestellung soll im weiteren Verlauf der Explikation darauf zurückzuführender Kompetenzen zuträglich sein.

Schon 1961 beschäftigten sich Nestmann et al. (2007b, S. 790) mit dieser Frage und definierten vier gemeinsame Eigenschaften effektiver Hilfeprozesse: „Art der Beziehung“, einen „Helferort“, die Behandlungstheorie und die spezifischen „Aktivitäten oder Verfahren“. Erklärt sei, dass vordergründig zunächst ein funktionierender Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung unabdingbar ist, so dass die Klientinnen und Klienten sich in einem dafür vorgesehenen Raum Zeit und Konzentration finden, sich mit eigenen Problemen und Verhaltensweisen auseinander zu setzen.

Die Behandlungstheorie und damit die fachliche Kompetenz der beratenden Person gibt den Klientinnen und Klienten Erklärung und Orientierung und lässt sie optimistisch für die Lösungssuche. Das Verfahren dient dazu, dass die Klientin bzw. der Klient sich seinem „Fehlverhalten“ zuwenden kann, ohne dieses legitimieren zu müssen. Durch Bestandhalten des Beratungsflusses und die sich vollziehende Veränderung, die Korrektur und das Neulernen wird der Aufbau von Selbstbewusstsein fokussiert (vgl. ebd.). Auch Grawe (1994), der Schulen übergreifende Handlungsbereiche wie Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung als rudimentäre Wirkfaktoren im Rahmen einer Metaanalyse zu definieren versuchte, stellte fest, dass alle vier – für eine gelingende und tragende Beziehung zwischen beratenden und beratenem Subjekt erforderlichen – Wirkfaktoren in den Beratungsprozess eingeflochten werden müssen. Belegt wird diese Erkenntnis ferner durch andere Studien der Beratungsforschung, da sich lediglich die Beratungsbeziehung als durchgängige Wirkungsgröße eines erfolgreichen Beratungsprozesses erwiesen hat (vgl. Nestmann et al., 2004, S. 791). Ermutigung, Humor und Konfrontation seien zudem für die Beziehungspflege wesentliche Beitragsfaktoren, da ohne diese sämtliche Techniken und Interventionsstrategien ohne Effektwirkung blieben (vgl. Hain, 2001, S. 53).

Für Stierlin (2001, S. 109) bedeutet erfolgreiche Beratung bzw. Therapie ein „... *sich ankoppeln an das jeweilige System, dass man verstanden wird..., also immer wieder checken, sind wir auf der gleichen Wellenlänge.*“ Beratungsempathie und Zuversicht sind zudem Attribute, die Stierlin (1994 zit. n. Hain, 2001, S. 110) zur Beschreibung einer „guten“ Beraterin bzw. eines „guten“ Beraters heranzieht, wobei Fromm (1972 zit. n. Hain, 2001, S. 79) ein intensives, empathisches Einlassen auf die zu beratenden Personen ebenso einfordert und außerdem fürsorgliche und nicht feindselige Eigenschaften für das beratende Verhalten einfordert.

Beratung ist also – so kann festgehalten werden – prozess-, ziel- und ressourcenorientiert, bei der alle systemischen Variablen Berücksichtigung finden und Freiwilligkeit dabei einen Arbeitsfaktor darstellt. Beratung passt sich den Bedürfnissen (Sprache) und dem Weltbild der Ratsuchenden an, motiviert und bemüht sich um das Verstehen von Problemen. Sie nützt auch konfrontierende Momente, ist informationsgenerierend, arbeitet kooperativ und stellt somit günstige Bedingungen für eine bio-psycho-soziale Musterveränderung her. In der Annahme, dass das Subjekt der zu beratenden Person selbstverantwortlich ist, ist das Raumgeben unabdingbar und stellt so ein Qualitätskriterium professioneller Beratung dar.

2.6 Beratungskompetenzen

Um die für eine pflegeprofessionelle Beratung erforderlichen Kompetenzen explorieren bzw. diesbezügliche Schlussfolgerungen ziehen zu können, wird zunächst die Beratung im Allgemeinen untersucht, um im Späteren die pflegewissenschaftliche Perspektive hierauf nachvollziehbar darlegen zu können. Eine literaturgestützte Exploration von für eine erfolgreiche Beratung erforderlichen Kompetenzen soll daher dazu beitragen, dieselben in den Kontext der pflegefachlichen Disziplin zu stellen.

Wie schon erkennbar wurde, sind es eine Reihe an Fähigkeiten bzw. Kompetenzen, über die eine Beraterin bzw. ein Berater zu verfügen hat. Das Repertoire ist umfassend und beinhaltet persönliche Fähigkeiten, Kommunikations- und Feldkompetenzen sowie die Fähigkeit bestimmte Techniken gezielt anzuwenden (vgl. McLeod, 2004, S. 455f.). Rei-

chel (2005, S. 48), der Professionalität im Spannungsfeld von Rolle, Handeln und Setting sieht, setzte dieselbe mit qualitätsvollem Handeln gleich und unterscheidet so vom Dilettantismus. Ob jemand dieses Handeln auch als professionell wahrnimmt, hängt wiederum von den Rahmenbedingungen und dem Setting (Ort, Dauer, Kosten...) ab (ebd.).

Das Erlernen von Beratung betrachtend wird erkennbar, welcher Kompetenzerwerb mit diesem angestrebt wird, weshalb Reichels (2005, S. 118ff.) Beschreibung von Abschnitten des Lernprozesses eine Extraktion von Kenntnissen über Erfordernisse ermöglichen soll:

- 1. Aufnahmebedingungen, die sich einerseits aus formalen Voraussetzungen und andererseits aus der persönlichen Eignung resultieren*
- 2. Selbsterfahrung, dazu gehört die reflektierte persönliche Weiterentwicklung wie auch die Reflexion wichtiger Lebensthemen*
- 3. Lernen im Gruppenprozess meint das gegenseitige stützen, üben und reflektieren in der Gruppe. Es ist normal das Gruppen bestimmte Phasen erleben, diese sind auch mit Konflikten und Krisen behaftet*
- 4. Lernen von Fachwissen, das Lernen von Konzepten, Theorien in und außerhalb der Gruppe*
- 5. Reflektierte Praxis meint das geplante anwenden des Gelernten unter Anleitung und Supervision von Fachkolleginnen bzw. Fachkollegen*
- 6. Überprüfung und Abschluss: die erste Überprüfung findet bereits in der Aufnahme statt. Mindestens eine zweite findet im Rahmen der schriftlichen und/oder mündlichen Abschlussarbeit und Feedback statt.*

Rogers (1999, S. 224) meint zur Frage der Ausbildung eines Beraters bzw. einer Beraterin, dass Ausleseverfahren die persönlichen Qualitäten in den Vordergrund rücken und

die inhaltlichen Lerneinheiten zu einem „fundamentalen Verständnis der menschlichen Beziehung“ führen sollten. Biologische Entwicklung, genetische und Entwicklungspsychologie, Psychologie des Kindes, des Jugendlichen und Erwachsenen und Genese von Anpassungsproblemen sollten die Fachinhalte darstellen. Ferner sollten Inhalte zu Forschungsmethoden und zu Techniken der Beratung von einer begleitenden supervidierenden Praxis abgerundet werden (vgl. ebd.).

Da – so wie für andere Themengebiete auch – für die Beratung verschiedene Formalisierungsgrade unterschieden werden, ist es verständlich, dass eine Anwendung von entsprechenden Kompetenzen und Fähigkeiten in unterschiedlichen Graden zur Ausübung der Beratung erforderlich sind (Nestmann et al., 2007a, S. 548f). Beginnend mit der informellen alltäglichen Beratung meinen Nestmann et al. (2007a) damit Beratung, die zwischen zwei Personen (entweder aus dem privaten, kollegialen oder beruflichen Kontext) im Sinne eines „Zur-Seite-Stehens“ vollzogen wird, während Berufe mit Beratung als genuinen Anteil ihrer Profession halbformalisierte Beratung vollziehen (vgl. ebd.). Beratung ist hier ein oftmals wichtiger Anteil der eigenen Tätigkeit und findet auf Basis von Erfahrungswissen, Fachexpertise im Handlungsfeld und durch Fort- bzw. Weiterbildungen erworben statt. Formalisierte Beraterinnen und Berater verstehen sich hierbei als methodisch und inhaltlich ausgebildete Fachleute. Die Frage jedoch, welche konkreten Kompetenzen für die Beratung im Kontext Pflege als erforderlich beschrieben werden, blieb bisher unbeantwortet und wird im Fokus der Bearbeitung als Teil der pflegewissenschaftlichen Perspektive behandelt werden.

2.7 Nationale Situation der Beratung

Um die Bedeutung von Beratung für Gesellschaft, Individuum und letztlich die Pflege erkennen und daraus Rückschlüsse ziehen zu können, soll im Folgenden auf die Situation derselben und deren historischen Implikationen eingegangen werden. Durch skizzenhafte Beschreibung eines Status quo der seine Geschichte hat, wird eine später vorzulegende Ableitung von Folgen für das pflegfachliche Setting angestrebt.

Beratung als eigenständiges Gebiet erst in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden, muss auf Kenntnisse der Psychotherapie und –analyse bzw. deren Geschichte zurück greifen, um eine Verbindung zur Beratung herstellen zu können (McLeod, 2004, S. 49). Mit Anfang des 20. Jahrhunderts wurde spezifisches Wissen über fortschreitende Kenntnisse der Psychotherapie von den USA nach Europa transferiert und partiell im Berufsbild der Ehe- und Familienberatung verankert. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges gründeten zunächst vor allem die klerikalen Träger Europas verschiedenste Familienberatungsstellen. In Wien zeichneten sich hierfür vordergründig Alfred Adler (Begründer der Individualpsychologie) und Wilhelm Reich (Leiter des Seminars für Psychoanalytische Therapie) verantwortlich. Erziehung, Sexualerziehung und Geburtenkontrolle sowie gesundheitliche Fragestellungen stellten dabei die zentralen Themen der Beschäftigung dar (vgl. Gutmann, 2007, S. 16f.).

Die nun folgenden Veränderungen wie bspw. die Zeit der „vaterlosen Gesellschaft“, Emanzipation, Empfängnisverhütung u.v.m. führten zu gesellschaftlichen Spannungen und erschwerten das familiäre Zusammenleben. Sie führten 1974 zur Einführung der staatlich geförderten Familienberatung (ebd., 18-22). Familienberatungsstellen sollten dem Bundesgesetzblatt Nr. 80 (Familienförderungsgesetz) entsprechend *„...für Angelegenheiten der Familienplanung sowie für wirtschaftliche und soziale Belange werdender Mütter zur Verfügung stehen. Sie könnten auch zur Klärung allgemeiner Familienangelegenheiten rechtlicher und sozialer Natur ... aufgesucht werden“* (ebd., S. 23).

Dem Endbericht eines Forschungsberichtes (vgl. Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie, 1997, S. 14) zufolge, hat sich bis zum Jahr 1995 die Zahl der Beratungsstellen verfünffacht, die Aufwendung der Finanzmitteln versechsfacht und die Anzahl der Beratungsgespräche vervierzigfacht.

Als Resümee wird festgehalten, dass das Familienberatungswesen einen gesellschaftlichen Wachstumsbereich darstellt und der Bedarf daran mit ziemlicher Sicherheit noch steigen wird – auch in Hinblick auf Fragen der Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und der Prophylaxe (vgl. ebd.). Gutmann (2007, S. 24) bezeichnet die heutigen Beratungsstellen als *„Kompetenzzentrum für soziale Anliegen und Krisensituationen“* deren primären

Ziele eine individuelle Suche nach Problemlösung, Information, Begleitung oder Weiterleitung an andere Professionen darstellen. Neben der Familienberatung haben sich viele andere psychosoziale Interventionsformen gebildet. Unter anderem die Lebens- und Sozialberatung die 1990 ein gebundenes Gewerbe wurde. 1991 wurde auch die Psychotherapie gesetzlich geregelt, Supervision und Mediation finden nun auch in Bildung, Politik und Wirtschaft vermehrt im Sinne einer Beratungsform Einsatz (vgl. ebd.). Diese Entwicklungen entsprechen ganz den Aussagen Luhmanns (1971a, S. 23 zit. n. Treibel, 2006, S. 30) wenn er sagt, dass „... *durch die wachsende funktionale Differenzierung ... die Individuen immer weniger Überblick und Wissen über vieles sie Betreffende*“ haben. In diesem Kontext stehend wird der Beratungsbedarf ein immer größerer werden und sowohl den Informationsbereich als auch die emotionale Ebene betreffen. Die Tatsache einer immer größer werdenden Bedeutung von Beratung im gesellschaftlichen Kontext betrachtet, bestätigt auch Hofko (1993, S. 43) indem er sagt: „... *je vielschichtiger und komplexer die Gesellschaft wird – und vor allem auch, je schneller Veränderungen in ihr vor sich gehen – desto eher wird beratende Funktion wertvoll und notwendig*“.

3 Beratung in der Pflege

Beratung in einem ersten Schritt allgemein und in therapeutischem Kontext betrachtet, soll diese nun mit Blick auf das pflegeprofessionelle Setting beleuchtet und analysiert werden. Da der Begriff der Beratung auch in Postulaten pflegewissenschaftlicher Natur ein vielseitiger ist, der ferner eine Spannweite möglicher Bedeutungsinhalte offen lässt, wird dieser zunächst aus eben dieser Perspektive beleuchtet und analysiert. Zudem werden die Kennzeichen pflegeprofessioneller Beratung im Allgemeinen beschrieben und der pflegerische Beratungsprozess sowie die Rolle der Pflegeperson erläutert. Dadurch soll eine Darstellung der gegenwärtigen Position der Beratung innerhalb der Gesundheits- und Krankenpflege als auch eine Exploration von dafür notwendigen Kompetenzen möglich werden. Die folgende Beleuchtung der österreichischen Situation pflegeprofessioneller Beratung dient der Orientierung und nicht der expliziten Beantwortung einer handlungsleitenden Fragestellung.

3.1 Pflegewissenschaftliche Perspektive

„Der Begriff Pflegeberatung müsste verboten werden“, weil sich hinter dem Begriff „...völlig unterschiedliche Konzepte und Dimensionen...“ verbergen (Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 11). Beratung von Patientinnen und Patienten über einzelne Pflegemaßnahmen, rechtlich-strukturelle Beratung, Hausbesuche, Beratung von Pflegenden bis hin zur Beratung in Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung sehen Zegelin-Abt und Huneke (1999, S. 11) als dem Begriff Pflegeberatung immanente Faktoren an. Daher sei es nicht sinnvoll, den Begriff „Pflegeberatung“ als Oberbegriff für verschiedene Beratungsformen zu verwenden sondern, diesen „...im Zusammenhang mit Pflegehandeln für die Beratung zur direkten Pflege zu verwenden“ (ebd., S. 17).

Später postuliert Zegelin-Abt (2002) die Verwendung des Terminus „Patientenedukation“, da dieser nicht nur die Beratung als dialogischen Prozess zur Problemlösung, sondern auch die Information als gezielte Mitteilung und die Schulung als zielorientierte und strukturierte Wissensvermittlung meint. Sie spricht vom „Wittener Konzept“ der pflegebezogenen Edukation wenn sie meint, dass sich Information, Schulung und Beratung in

ihren Aktivitäten verschränken, sich aber auch gut in den Ansätzen unterscheiden lassen (vgl. Zegelin-Abt, 2002). Das Nachschlagewerk „Pflege heute“ (2007, S. 202) klassifiziert Patienteninformation, -schulung und -beratung als der Edukation inhärent und weist auf die internationale Gebräuchlichkeit des Begriffes hin. Gittler-Hebestreit (2006, S. 38) jedoch macht deutlich, „...*dass Anleitung, Information und Schulung einen Teil von Beratung ausmachen oder in eine Beratungssituation überleiten können*“. Beratung im engeren Sinne bleibt jedoch ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in dem eine Problemlösung individuell erarbeitet wird (vgl. Allwicher, 2010, S. 111).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden die Begriffe „Edukation“ und „Beratung“ in einem gleichzusetzenden Sinne betrachtet, da die Beratung - wie erwähnt - von jeher eklektisch-integrativ orientiert war und sich verschiedener Ansätze bedient (vgl. Nestmann et al., 2007b, S. 789). Diese Tatsache scheint angesichts der sich verändernden Gesellschaft und vielfältiger Bedürfnisse auch sinnvoll (Thompson, 1996 zit. n. Nestmann et al., 2007b, S. 788). Es resultiert eine ebenso notwendige umfassende Deutung des Begriffes „Beratung“, wie dies für den Begriff „Edukation“ verlangt wird (Zegelin-Abt, 2002). Jedoch sei unter Bezugnahme auf Zegelin-Abt und Huneke (1999, S. 11) auf den Verzicht der Silbe „Pflege“ und die alleinige Verwendung des Terminus „Beratung“ (in der Pflege bzw. in einem pflegerischen Kontext) hingewiesen.

Der Beratungsbegriff aus pflegewissenschaftlicher Perspektive und in den verschiedenen Definitionen impliziert immer eine „...*Befähigung der Betroffenen zur Krankheitsbewältigung in der Gesundheitsversorgung...*“ (Müller-Mundt et al., 2000, S. 42). Die Förderung der Fähigkeit zum Selbstmanagement wird systemisch betrachtet als zentral bewertet, um so eine effektive und effiziente Versorgung zu gewährleisten (vgl. ebd., S. 43). Lorig (1996) betont, dass Patientenedukation mehr ist als eine bloße Unterweisung im Sinne reiner Wissensvermittlung (vgl. Lorig, 1996 zit. n. Müller-Mundt et al., 2000, S. 43). Sie sieht die Aufgabe von Beratung in einer Befähigung zur Verhaltensänderung, hin zu einem gesundheitsgerechten und -förderlichen Lebensstil (ebd.). Auch für Potter (1996, S. 1 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 64) ist die Veränderung des Verhaltens der Beratung immanent, wenn sie diese in Anlehnung an Roylance et al. und Johnes als Versuch zur Veränderung von Denken und Fühlen einer Person definiert.

London (2003, S. 28) beschreibt Beratung als Instrument, welches Patientinnen und Patienten bei der Interpretation ihrer Erkrankung helfen soll. Ferner soll Beratung die Voraussetzung schaffen, die individuellen Krankheitserfahrungen mit all ihren Implikationen in das Leben integrieren zu können (vgl. ebd.).

Bis 1999 noch den Begriff „Pflegeberatung“ verwendend, schlagen Zegelin-Abt und Huneke (1999, S. 17) folgende eingrenzende Definition dafür vor: *„Pflegeberatung ist die Tätigkeit, in der eine pflegekompetente Beraterin mit einem (oder mehreren) Klienten bezüglich eines direkten Pflegeproblems, mit dem der Klient berührt ist und für das er eine Lösung sucht, kommuniziert, wobei die Lösung ein Ergebnis des beidseitigen Austauschprozesses ist“*. Auch in späteren Postaten konzentriert sich Zegelin-Abt (2002) auf die Notwendigkeit zur Beratung aufgrund von durch Gesundheitsstörungen veränderten Lebensumständen.

Knelange und Schieron (2000) beziehen sich bei der Darstellung zweier qualitativer Studien zur Beratung in der Pflege auf eine Definition von Dorsch (1982, S. 88 zit. n. Knelange & Schieron, 2000, S. 4), der Beratung als einen von beratenden Personen nach methodischen Gesichtspunkten gestalteten Problemlösungsprozess beschreibt, *„...durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben/des Problems verbessert werden“*. Knelange und Schieron (2000, S. 4) ergänzen, dass sie Beratung als ein *„...professionelles, d.h. beruflich ausgeübtes Geschehen betrachten, dass vom Berater Kompetenzen auf verschiedensten Gebieten verlangt und somit erlernt werden muss“*.

Auch Engel (2006) sieht Beratung im Fokus der Problemorientierung wenn sie Beratung, insbesondere die Gesundheitsberatung als Prozess definiert, bei dem *„...die Zusammenarbeit mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder potentiellen Problemsituationen die den Gesundheitszustand der Patienten betreffen, erarbeitet werden“* (Engel, 2006, S. 35). Die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten steht dabei im Zentrum wenn sie schreibt, dass es sich bei Beratung in der Pflege um *„...eine verbindliche, systematische, professionelle pflegerelevante Beratung von Patienten zur Bewältigung von Problemsituationen oder Verhinderung potentieller Problemsi-*

tuationen handelt“ (ebd., S. 34). Bei einer solchen Problemorientierung besteht allerdings die Gefahr, die Gesundheitsberatung aus dem Aufgabenprofil der Pflege auszuschließen (vgl. Huber, 2002, S.66). Anzumerken ist, dass Engel (2006, S. 34) die Beratung nicht als integralen Bestandteil einzelner Pflegehandlungen ansieht, sondern sie als eigenständige und von einem konkreten Beratungsbedarf ausgehende Handlung heraus hebt. Dass Beratung in der Pflege bzw. Patientenedukation überwiegend in einer pathogenetischen Ausrichtung gesehen wird, lässt sich auch mit einer Publikation von Imbery und Sailer (2009, S. 150) beantworten, die die Ursachen für einen diesbezüglichen Bedarf vor allem in chronischen Erkrankungen sehen.

Beratung in der Pflege als Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Böhm, 2000, S. 62 zit. n. Huber, 2002, S. 66) bzw. dem Selbst- bzw. Krankheitsmanagement dienend, geht von Lernbedürfnissen und einer Lernbereitschaft der Klientinnen bzw. Klienten aus und meint letztlich Aktivitäten, die zu einer Wissens- und Verhaltensänderung führen (vgl. Petermann, 1997, S. 5). Die Einsicht in die Unfähigkeit, aus eigener Kraft eine Harmonisierung zu erzeugen, führt zu einem Beratungsbedarf. Dieser „...*assimiliert intrapersonales Geschehen (Denken, Empfinden) mit einer Intersubjektivität, also der Bedingtheit des Einzelnen in einem sozialen Kontext*“ (Eck, 1993 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 12).

Nestmann et al. (2004, S. 34) bezeichnen Beratung als eine „Querschnittsmethode“ die „...*nahezu sämtliche Berufsfelder und alle anderen beruflichen Interventionen, wie Betreuung, Pflege, Einzelfallhilfe...*“ durchzieht. Darauf Bezug genommen, klassifizieren Nestmann et al. (2004, S. 34) die Beratung nach Formalisierungsgraden: a) informelle alltägliche Beratung im freundschaftlichen Gespräch (= alltäglich Unprofessionelle), b) halbformalisierte Beratung als genuiner Anteil in verschiedenen Berufen (= Semiprofessionelle), c) stark formalisierte Beratung durch Beraterinnen und Berater mit ausgewiesener Beratungskompetenz in speziellen Beratungsstellen durchgeführt (=Professionelle).

Unter Bezugnahme auf die vielfach in der Beratungsdefinition verortete Förderung des Selbstmanagements beschreibt Lorig (1996) drei diesbezügliche Eckpunkte: a) Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit sozio-psychosomatischen Konsequenzen der Erkrankung, b) Stärkung des Selbstvertrauens und c) Aufbau einer partnerschaftlichen Ar-

beitsbeziehung (vgl. Lorig, 1996 zit. n. Huber, 2002, S. 66). Bei Deklaration dieser Eckpunkte als punktuelle, auf die akute Erkrankung bezogene Beratungsangebote wird jedoch die Frage gestellt, ob Beratungstätigkeit nicht eher kontinuierlich über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen müsste, um einen gesundheitsfördernden Lebensstil bei Patienten zu fördern (vgl. Huber, 2002, S. 66). Eventuell könnte hier eine systemtheoretische Betrachtung der Beratung im pflegeprofessionellen Kontext eine Antwort geben, da Kleve (2005) beispielsweise die These aufstellt, dass eine solche Betrachtung Ansatzpunkte für die Entwicklung und Reflexion von professioneller Beratung im Pflegebereich offeriert (vgl. Kleve, 2005, S. 172). Jedenfalls betont auch Müller-Mundt et al. (2000, S. 44), dass es in der Patientenedukation um die Unterstützung von Patientinnen und Patienten geht, damit diese „...*selbstbestimmt Entscheidungen über die Ausgestaltung der Therapie und von Versorgungsarrangements auf der Grundlage adäquater Informationen...*“ treffen können.

Wenn Zegelin (2002) jedoch von „pflegebezogener Edukation“ spricht, so möchte sie insbesondere drei Aktivitäten darunter verstanden wissen: Information, Schulung und Beratung. Es stellt sich jedoch nicht erst hier die Frage, wie sich Beratung vom bloßen Informieren oder auch von Schulungen abgrenzt. Zegelin (2002) versteht unter Information eine gezielte Mitteilung, die Bereitstellung verschiedener Medien, die Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot oder auch die Recherchehilfe. Auch Pflege Heute (2007, S. 203) beschreibt Information als Erklärung eines Sachverhaltes bzw. gezielte Informationsgabe. Als Schulung wird ein „*zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten*“ (Zegelin, 2002) bzw. ein „...*schrittweiser geplanter Prozess...*“ (Pflege Heute, 2007, S. 203) zur Vermittlung von Inhalten und Fertigkeiten bei einem definierten Ziel verstanden (vgl. ebd.). Beratung ist im Ergebnis offen und dialogisch mit dem Ziel einer individuellen und bedürfnisgerechten Problemlösung (Zegelin, 2002).

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden eindeutige Bekenntnisse für die Beratung als originäre Aufgabe der Pflege abgegeben (vgl. bspw. Rennecke, 2000, S. 6; Ewers, 2001, S. 26; Görres & Böckler, 2004 zit. n. Gittler-Hebestreit, 2006, S. 18; Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 11; Allwicher, 2010, S. 104). Auch für Benner (2000) ist die

Beratung Aufgabe der professionellen Pflegepraxis und beschreibt fünf Leitgedanken einer beraterischen Tätigkeit: a) Unterstützung zur Bewältigung und Integration von Krankheit oder Behinderung, b) Mobilisierung von Kräften zur Genesung, c) Motivation zur Übernahme von Verantwortung, d) Erhalt der Selbstbestimmung, und e) aktive Einbeziehung der Lebenswelt (vgl. Benner, 2000, S. 90 ff).

Beratung als ergebnisoffener, dialogischer Prozess, in welchem eine individuelle und bedürfnisgerechte Lösung vorbereitet wird, hat zum Ziel, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ihre Situation unabhängig von Expertinnen oder Experten zu bewältigen. Beratende Unternehmungen dienen damit der Bildung und Selbstbestimmung der Person (vgl. Zegelin-Abt, 2002). Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Patientinnen bzw. Patienten verlangt dabei Entscheidungen, „...*die von den Betroffenen nur auf der Grundlage kompetenter und ausführlicher Informationen getroffen werden können*“ (Imbery & Sailer, 2009, S. 150).

Norwood (2002, S. 45) beschreibt Pflegeberatung jedoch im Fokus zuerst auf die professionell Pflegenden (die „Beratenen“) ausgerichtet, welche sich aber im Endzweck auf die Patientinnen bzw. Patienten, die sie Kunden bezeichnet, auszuwirken hat. Collins (1989 zit. n. Norwood, 2002, S. 48) zufolge kämen hier allerdings die Begriffe „Counseling“ oder „Consulting“ zur Anwendung, da hier „...*einer Person oder einer Gruppe direkt ein Ratschlag in der Absicht erteilt wird, deren Selbstständigkeit zu unterstützen, bei der Lösung eines Problem zu helfen und emotionales und persönliches Wachstum zu fördern*“. Die Pflegeberatung wäre eine „...*indirekte Dienstleistung für Kunden und bezieht sich auf Themen rund um den Arbeitsplatz*“ (Norwood, 2002, S. 48), während die Beratung im pflegepraktischen Kontext oder als pflegeprofessionelle Aufgabe von Pflegeexpertinnen bzw. Pflegeexperten ausgeübt wird (vgl. ebd., S. 46). Die Begrifflichkeit der Pflegeberatung meint in diesem Sinne also Beratung von Pflegefachpersonal, während Counseling/Consulting sich in direkter Interaktion mit den Klientinnen bzw. Klienten vollzieht.

Ein Blick auf die gegenwärtige nationale Situation der Beratung durch Pflegenden zeigt, dass beide Ansätze, also sowohl das von Collins (1989) beschriebene Counseling, als auch der Ansatz der Pflegeberatung als Beratung von Beratenen, also professionell Pfl-

genden (Norwood, 2002, S. 48) zur Anwendung kommen. Im späteren Verlauf dieser Erarbeitung wird der Stellenwert der Beratung im Sinne der Umsetzung in Österreich noch näher beleuchtet. Es sei an dieser Stelle deutlich gemacht, dass die in dieser Auseinandersetzung verwendeten Beratungsbegriffe (Beratung in der Pflege, pflegeprofessionelle Beratung, Patientenedukation) stets ein Geschehen zwischen Patientin bzw. Patient oder Angehörigen und Pflegeperson beschreiben und hier nicht als Personal-, oder Organisationsberatung zu verstehen sind. Denn allen Erklärungen und Definitionen ist ohnehin gemein, dass Patientinnen bzw. Patienten, deren Angehörige bzw. das familiäre System Ziel der Nutzbringung von Beratung sind, ob nun in direkter Interaktion oder über eine Vermittlung durch „Beratene“ (Pflegepersonen) geschehend.

Letztlich wird deutlich, dass Problemlösung und die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung als pflegeprofessionelle Aufgabe erkannt wird. Dass diese Erkenntnis jedoch keine neue ist, bestätigt Florence Nightingale bereits im Jahre 1859 mit den Worten: *„Ich maße mir nicht an Ihnen zu sagen was Sie zu tun haben. Das müssen Sie selbst herausfinden, aber dabei möchte ich Ihnen helfen!“* (Florence Nightingale, 1859 zit. n. Busch, 2005, S. 135).

Diesem Beratungsverständnis, dessen Kern die zwischenmenschliche Beziehung mit kooperativer Haltung seitens der beratenden Person ist, lokalisiert sich vorwiegend im Bereich der psychologisch-pädagogisch-sozialen Arbeit. Es findet sich jedoch auch in der professionellen Pflege in Verbindung mit Fachwissen über Gesundheit und Krankheit wider (vgl. Busch, 2005, S. 145). So stellen die im angelsächsischen Raum entwickelten – vor allem interaktionsorientierten - Pflegetheorien und -modelle die Beziehung zwischen pflegender und gepflegter Person in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns. Imogene King beispielsweise behandelte Fragen zum Wesen der Interaktion die zur Zielerreichung führen und Fragen nach der Bedeutung der jeweiligen Zielsetzung für das Erreichen der Pflegeziele. Die Annahmen der Theorie beziehen sich Meleis (1999, S. 520) zufolge auf die Bedeutung der Patientenbeteiligung an ihrer pflegerischen Versorgung, aber auch auf den Prozess der Entscheidungsfindung, auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und die humanitäre Seite der Pflegeperson-Patientin bzw. Patient-Begegnung. Anzumerken ist, dass Kings Annahmen auch die Wahrnehmungen, Ziele, Bedürfnisse und Werte der Pfl-

geperson umfassen und diese sehr wohl auch den Interaktionsprozess und damit das Ergebnis beeinflussen (vgl. ebd.). Koch-Straube (2000, S. 2) stellt hinsichtlich festgesetzter Pflegeziele fest, dass ohne professionelle Beratung eine Zielerreichung nicht möglich ist.

Auch andere interaktionsorientierte Pflegetheorien stellen den interpersonalen Prozess zur Erreichung von Zielen in den Fokus ihrer Thesen. So weist Peplau explizit auf die Entwicklung von Fähigkeiten zur Problemlösung durch interpersonale Prozesse hin und klassifiziert diese im Schwerpunkt als erzieherisch, therapeutisch oder kollaborativ (vgl. Meleis, 1999, S. 311). Klug-Redman (2009, S. 48) sieht Interpersonalität unter anderem als eigene Rubrik der Edukation, sieht dabei jedoch nicht nur Interventionen, sondern auch den Prozess des Diagnostizierens als der Patientenedukation inhärent an. Sie stellt zudem eine starke Bewegung hin zum Selbstmanagement von Krankheit fest, weshalb beratende Kompetenzen zunehmend an Bedeutung erlangen werden (ebd., S. 174).

Der Beratung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachtet, liegen vielfältige Dimensionen inne und es stellt sich heraus, dass die Fokussierung auf deren Leistung vom jeweiligen Standpunkt abhängig ist. Die eklektisch-integrative Orientierung wie sie Nestmann et al. (2007b, S. 789) beschreiben wird hier deutlich und mündet in begrifflicher Vielfalt. Es lässt sich aber zusammenfassen, dass Beratung in der Pflege als ein dialogischer Prozess verstanden werden kann (vgl. Zegelin-Abt, 2002; Allwicher, 2010, S. 11), der eine Krankheitsbewältigung (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 42; Knelange, Schieron, 2000, S. 4) und Verhaltensänderung (vgl. Lorig, 1996 zit. n. Müller-Mundt et al., 2000, S. 43) zum Ziel haben und zum Selbst- und Krankheitsmanagement (vgl. Petermann, 1997, S. 5) befähigen sollte. Pflegerische Interaktionstheorien wie jene von King und Peplau bestätigen diesen Auftrag vor allem dann, wenn die Entwicklung von Problemlösefähigkeiten (vgl. Meleis, 1999, S. 311 und S. 520) anvisiert wird.

Der Begriff der Pflegeberatung wie ihn Norwood (2002, S. 45) beschreibt, vollzieht sich nicht in direkter Patientenbeteiligung, weshalb diese als Organisations- und nicht als Patientenberatung zu verstehen ist. Dass Beratung von Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen jedoch ein Aufgabengebiet der Pflege ist, kann nicht von der Hand gewiesen

werden. Trotzdem erscheint es erforderlich, dasselbe zu legitimieren und zu begründen, weshalb dieses aufgabenbezogene Immanenz besitzt.

3.2 Beratung als pflegeprofessionelle Angelegenheit

Derzeit sind 22% der Bevölkerung über 60 Jahre alt oder älter, bis zum Jahr 2040 wird dieser Anteil auf 33% ansteigen (Them et al., 2009, S. 6). Noch stärker verändern wird sich künftig die Zahl der derzeit 662.000 über 75-jährigen Personen, die bis zum Jahr 2030 ein Kollektiv von etwa einer Million Menschen bilden werden (Statistik Austria, 2010). Dies wird das Gesundheitssystem, insbesondere das Pflegewesen im Kontext einer zunehmenden Pflegebedürftigkeitswahrscheinlichkeit (80-85-Jährige: 21,4%, 90-jährige: 60%) vor große Herausforderungen stellen (Meyer, 2003, S. 331 zit. n. Schneider et al., 2006, S. 2ff). Hinzu kommt eine anhaltende Zuwanderung, die nicht nur das Geburtendefizit kompensiert, sondern auch für kulturelle Herausforderungen sorgen und die Bundeshauptstadt Wien in besonderem Maße treffen wird (Statistik Austria, 2010).

Pflegerische Beratungsangebote können hier – vor allem bei frühzeitiger Nutzung – sehr hilfreich für die Entwicklung eines Pflegearrangements und die Entlastung pflegender Angehöriger sein (vgl. Allwicher, 2010, S. 151). Dass Beratung gerade im Bereich häuslicher Pflege in besonderem Maße von Nöten ist, beweist eine Befragung des Institutes für empirische Soziologie Nürnberg (1995 zit. n. Schnepf, 2002, S. 337). Es stellte sich nämlich heraus, dass sich 76% der befragten pflegenden Angehörigen ihr Wissen selbst angeeignet haben. Interessant dabei ist, dass sich 1% ihre Kenntnisse durch genaue Beobachtung der noch im Krankenhaus stattfindenden Pflege oder im Austausch mit anderen informell Pflegenden erworben haben (vgl. ebd.). Hier sollte pflegeprofessionelle Beratung ansetzen, um dadurch den Kenntnisstand der Betroffenen zu erhöhen und situationsbewältigende Verhaltensänderungen herbeizuführen (vgl. Lubkin, 2002, S. 521).

Besondere Anforderungen ergeben sich auch durch den gesellschaftlichen Wandel der gekennzeichnet ist durch „...*vielfältigere Formen des familiären Zusammenlebens und Konfrontationen mit neuen Gesundheitsgefahren als Kennzeichen dieses Wandels der Gesellschaft*“ (Schüßler, Thurnes, 2005, S. 28). Die Veränderung dieser gesellschaftli-

chen Strukturen geht mit einer Zunahme an Komplexität für das Individuum einher, wobei diese sich u.a. an gesteigerten Anforderungen an die beruflich-fachliche Qualifizierung und an veränderten Ansprüchen an die Sozial-, Kommunikations-, und Selbstkompetenzen zeigt (ebd., S. 29). Im Besonderen werden diese auch in beratenden Situationen mit Kindern, deren Eltern oder auch der ganzen Familie benötigt. Denn die Zahl an chronischen Erkrankungen und deren Bandbreite haben – wie Zahlen des Robert-Koch-Instituts belegen – gerade bei Kindern stark zugenommen (vgl. Bachmann, 2010, S. 35). Und chronische Erkrankungen zeigen speziell bei Kindern und Jugendlichen große Auswirkungen auf das familiäre System: *„Die alltäglichen Belastungen, die veränderten Zukunftsperspektiven, die existentiellen Aspekte, die eine Krankheit mit sich bringt, erfordern vielfältige Strategien der gesamten Familie, deren ganzer Alltag auf die Bedürfnisse des kranken Kindes ausgerichtet ist“* (ebd.). Begleitende und vor allem niedrigschwellige Beratungsangebote können aber einen Beitrag zur Normalisierung des Familienalltags leisten (vgl. ebd., S. 36). Darauf Bezug nehmend, konstatieren Wright und Leahey (2010, S. 29) die ethische und moralische Verpflichtung Pflegender, die ganze Familie in die Gesundheitsversorgung mit einbeziehen und die Familienzentrierung als integralen Bestandteil der pflegerischen Arbeit wahrzunehmen.

Zunehmender pflegeprofessioneller Beratungsbedarf ergibt sich jedoch nicht nur aus den beschriebenen Dynamiken, sondern auch aus zunehmenden medizinisch-pflegerischen Möglichkeiten und der Einflussnahme politischer Systeme. So führte die Umstellung der Finanzierung von Krankenhäusern zu einer kürzeren stationären Verweildauer (Gesundheit Österreich GmbH, 2009), die durch einen früheren Entlassungszeitpunkt den Umgang mit komplexen Pflegesituationen im eigenen Haus verursacht (vgl. Bösing et al., 2001, S. 127).

Kürzere Krankenhausaufenthalte, ambulante Durchführung von invasiven Maßnahmen als auch die extramurale Pflege von schwerstkranken und pflegebedürftigen Menschen – zuweilen unter Einsatz intensivmedizinischer Apparatur – setzen eine angemessene Beratung von Betroffenen und deren Angehörigen voraus (vgl. Müller-Mundt, 2000, S. 49).

Als Reaktion auf die sich verändernden Rahmenbedingungen wurde die Aufgabe der Beratung explizit als pflegerische Aufgabe definiert. Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, BGBl. 108/1997) hält hierzu fest, dass die „...*Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege...*“ als auch die „...*Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen*“ eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist (GuKG §14 Abs. 1 und 2). In der interdisziplinären Dimension des gesetzlich vorgeschriebenen Aufgabenbereiches wird ferner nicht nur die Gesundheitsberatung, sondern auch die „...*Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung*“ festgehalten (GuKG §16 Abs. 3).

In diesem Kontext stehend, hat das Bundesministerium für Gesundheit gem. § 11 Abs. 3 leg. cit. der Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung (BGBl. Nr. 453/2006) curriculare Empfehlungen für die Weiterbildung mit der Bezeichnung „Pflege und Erziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie“ abgegeben. Unter dem Aspekt des Kennenlernens theoretischer Konzepte für die Pflege von Kindern und Jugendlichen in stationärer psychiatrischer Behandlung werden u.a. folgende Lehr-Lern-Inhalte gelistet: themenzentrierte Interaktion, klientenzentrierte Gesprächsführung, kongruente Beziehungspflege, Patientinnen bzw. Patienten/Angehörigenedukation, Beratungskonzepte, ... Beratung wird damit – neben der gesetzlichen schon verankerten Dimension – auch von politischen Entscheidungsträgern als inhärenter Bestandteil des pflegerischen Aufgabenspektrums anerkannt und die Aneignung von Kompetenzen in diesem Bereich gefordert.

Information als Teil von Beratung wird aber auch in den Richtlinien des Ethik-Kodex des International Council of Nurses (ICN) als Aufgabenelement der Pflege verankert. Hierzu wird gefordert, dass Pflegende in Management und Praxis den Patientinnen bzw. Patienten ausreichend informieren, „... *so dass er in vollem Bewusstsein der Sachlage seine Zustimmung zu einer Behandlung geben oder sie ablehnen kann*“ (ICN, 2001). Diese Passage wird nicht zuletzt in verschiedenen, die Patientenrechte schützenden Gesetzen (z.B. Bundeskrankenanstaltengesetz) und Richtlinien (EU-Charta der Patientenrechte) aufgegriffen. Dass Beratung ein Aufgabenaspekt der Pflege ist, wird ferner durch die

Weltgesundheitsorganisation postuliert. Sie fordert die politische Unterstützung zur Einbindung der Pflege in das Public-Health-Geschehen, die Gesundheitsförderung sowie curriculare Schwerpunkte zur Thematik (WHO, 2009, S13f).

Diese hier beschriebenen Ausführungen sollen erkennbar machen, dass Beratung ein integraler Bestandteil professioneller Pflege und als derselben immanent zu betrachten ist (vgl. Müller-Mundt et al., 2000, S. 44). Ohne nun einen Diskurs über die Pflege als Profession zu beginnen sei erwähnt, dass Spichiger et al. (2006, S. 51) unter dem pflegeprofessionellen Begriff auch „...klinische, pädagogische, wissenschaftliche sowie Führungsaufgaben...“ verstehen, „...die ergänzend von Pflegenden mit einer Grundausbildung und solchen mit unterschiedlichen Fort- und Weiterbildungen, von GeneralistInnen und SpezialistInnen wahrgenommen werden“. Und da das Ziel aller pflegerischen Bemühungen die Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung von Gesundheit als eigenständiger Beitrag der Pflege ist (vgl. Weber, 2000, S. 38), sind obig dargelegte Aufgaben eben in diesem Kontext zu betrachten. Obgleich sich jedoch edukative Aufgaben keinem konkreten pflegerischen Feld zuordnen lassen, sind sie stetig da und in variabler und der Situation angepassten Form zu erfüllen.

Beratung ist ein Aufgabengebiet der pflegefachlichen Disziplin. Dieses Postulat generiert sich nicht nur aus Gesetzen wie dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und den daraus resultierenden Verordnungen, sondern gründet auch auf verschiedenen Empfehlungen und Richtlinien (WHO, 2009, S. 13f.; ICN, 2001). Zudem wird die pflegeprofessionelle Beratung als ethisch-moralische Verpflichtung verstanden, die ein integraler Bestandteil jeglicher Pflege ist, die sich in einem System wie dem der Familie vollzieht (Wright, Leahy, 2010, S. 4). Die hierbei anzustrebenden Ziele und vorhandenen Determinanten bilden die Grundlage jeglicher pflegerischen Arbeit, da nur so ein darauf ausgerichtetes Handeln möglich wird. Vor diesem Hintergrund sei sich nun folgend mit der handlungsorientierten Ausrichtung von Beratung im pflegerischen Setting befasst, womit die Komplexität der Thematik nochmals offenbar wird.

3.3 Kennzeichen und Ziele von Beratung in der Pflege

Beratung im Kontext der Pflege bzw. Beratung setzt an den Bedürfnissen, den krankheitsbedingten Problemlagen und den Fertigkeiten des zu beratenden Menschen an (vgl. Petermann, 1997, S. 5). Beratungsbedarf entsteht bei Vorhandensein dysfunktionaler Interaktionsmuster, die sich durch misslungene Problemlösungsversuche der betroffenen Personen auszeichnen und die Überwindung einer IST-SOLL-Diskrepanz verhindern (vgl. Bamberger, 1999, S. 15 zit. n. Schneider, 2005, S. 392).

Professionelle Beratung ist ein Prozess, der als kybernetischer Regelkreis stets dem Strukturmuster eines Problemlöse- oder Handlungsprozesses unterliegt (vgl. Schwarzer/Posse, 1986, S. 635 zit. n. Schneider, 2005, S. 395). Unabhängig von der Anzahl der beschriebenen Phasen des Prozesses (je nach Autor vier bis zwölf), ist das Modell des rationalen Handelns allen Prozessmodellen implizit (vgl. Ellebracht et al., 2002, S. 51 zit. n. Schneider, 2005, S. 395). Dabei handelt es sich um die Prozessschritte der Problemanalyse, der Ausführung und zuletzt der Kontrolle bzw. Evaluation (vgl. ebd.). Eine andere Form von Handlungsschritten ist bspw. jene von Bamberger (1999, S. 129 zit. n. Schneider, 2005, S. 411) der den Beratungsprozess in fünf Phasen aufteilt und dabei auf die Aktivierung von Ressourcen und die Konstruktion von Lösungen und nicht die Problemanalyse fokussiert (Abb. 2).

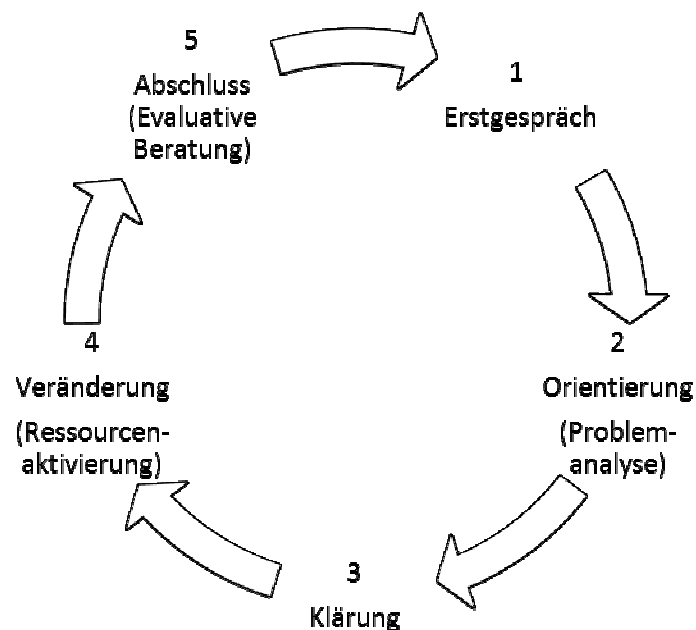


Abb. 2: Beratungsprozess und lösungsorientierte Beratung n. Bamberger (1999 in eigener Darstellung)

Hummel-Gaatz und Doll (2007a zit. n. Bükler, 2009, S. 95) haben ein allgemeines Beratungsschema vorgestellt, welches aus schon existierenden Modellen (u.a. Buijssen 1997; Koch-Straube, 2001) abgeleitet wurde und aus sechs Phasen besteht (Abb. 3).

Unabhängig von der konkreten Form des Beratungsprozesses ist es ein wesentliches Ziel, den Patientinnen und Patienten Wissen zu vermitteln, welches ein neues Bewältigungsverhalten ermöglicht (ebd.). Darauf bezogen, beschreiben Sauter et al. (2006, S. 521f) das Wesen der Beratung vor dem Hintergrund prozesshaft-pflegerischen Wirkens als Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfe, als aufklärend und die Problemeinsicht, Bewältigungskompetenzen sowie Selbstbewusstsein und Eigenverantwortung fördernd.

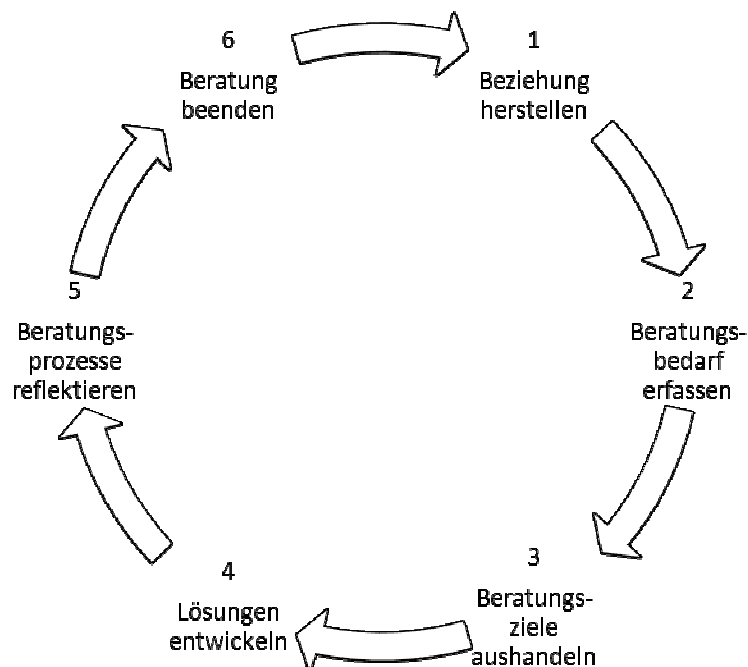


Abb. 3: Beratung als Problemlösungsprozess (Hummel-Gaatz, Doll, 2007 zit. n. Bükler, 2009, S. 95)

Auch verschiedene Pflege-theoretikerinnen und Pflege-theoretiker haben sich mit der Pflege und ihrer beratenden Funktion auseinander gesetzt. Für Hildegard Peplau, deren Pflege-theorie der Denkschule der Interaktion zuzuordnen ist (vgl. Meleis, 1999, S. 308f) war das zentrale Ziel von Beratung „...die Förderung von Erfahrung, die zur Gesundheit führt“ die durch die Bewusstwerdung von Gesundheitsvoraussetzungen erreicht werden

kann (Sauter et al., 2006, S. 522). In Offenbarung Peplaus Sicht auf die Pflege, wird diese Position erklärlich. Für sie ist Pflege nämlich „...ein *therapeutischer, interpersonaler, regelmäßiger und zielorientierter Prozess*...“ der eine gesundheitsorientierte interpersonale Beziehung verlangt (Meleis, 1999, S. 309).

Als Merkmale für die pflegerische Beratung nennt Peplau (vgl. Sauter et al., 2006, S. 523): a) Beobachtung und Zuhören als Grundlagen für das Rat geben, b) Selbstentdeckung der Patientinnen bzw. Patienten durch Zuhören und c) Interpretationen, die von Patientinnen bzw. Patienten selbst getätigt werden, da sonst Ängste, Panik oder Wut ausgelöst werden könnten.

Pflege-theoretikerinnen wie King, Orlando, Paterson und Zderad, Travelbee und Wiedenbach gehören wie Peplau der interaktionistischen Denkschule an und stellen den interpersonalen Dialog bzw. intersubjektive Transaktionen in das Zentrum ihrer Abhandlungen. Einige gemeinsame Annahmen steuerten die Entwicklung der Interaktionstheorien und liefern dabei wichtige Grundlagen für eine beratende pflegeprofessionelle Tätigkeit (Meleis, 1999, S. 313): „a) *Die Integrität des Menschen muss bewahrt bleiben, b) Menschen haben ein Bewusstsein von sich selbst und können deshalb ihre Bedürfnisse identifizieren, c) Menschen streben nach Selbstverwirklichung, d) Lebensereignisse sind unvermeidliche menschliche Erfahrungen, die zum Erreichen der nächsten Entwicklungsstufe notwendig sind, und e) die Pflegekraft kann sich menschlich nicht vom Akt der pflegerischen Fürsorge abtrennen – sie ist integraler Bestandteil von Pflege*“.

Auch die Arbeitsgruppe Patientenedukation der Universität Witten/Herdecke formuliert Kennzeichen der Beratung im interaktionistisch orientierten Kontext, die am ersten Hochschultag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften im November 2010 vorgestellt wurden (vgl. AG Patientenedukation, 2010).

Der Arbeitsgruppe zufolge ist Beratung immer ein Gespräch, ein dialogischer Prozess, gemeinsame Sache, ergebnisoffen, individuell und bedürfnisgerecht, sowie patientinnen- bzw. patienten- bzw. familienorientiert (vgl. ebd.). Zudem werden im Vortrag Aktualität und Situationsgebundenheit (oft ad hoc, handlungsableitend, kurze Gespräche, großes

Themenspektrum), aber auch eine hohe Vertrauensstellung zur Pflegeperson und die Kommunikation auf Augenhöhe als determinierende Aspekte beschrieben (vgl. ebd.).

Unter Begleitung von Angelika Zegelin und Günther Bamberger (2010) hat die Arbeitsgruppe das pflegerische Verhalten in Beratungsgesprächen phänomenologisch untersucht und fünf zentrale Beratungsmodalitäten identifiziert, die in dem sog. Double-Care-Ansatz (Abb. 4) zusammengefasst werden. Diesem Ansatz wohnt jeweils eine pflegeprofessionelle und patientenindividualistische Perspektive inne, in welcher es verschiedene Dimensionen an Aufgabenstellungen gibt.

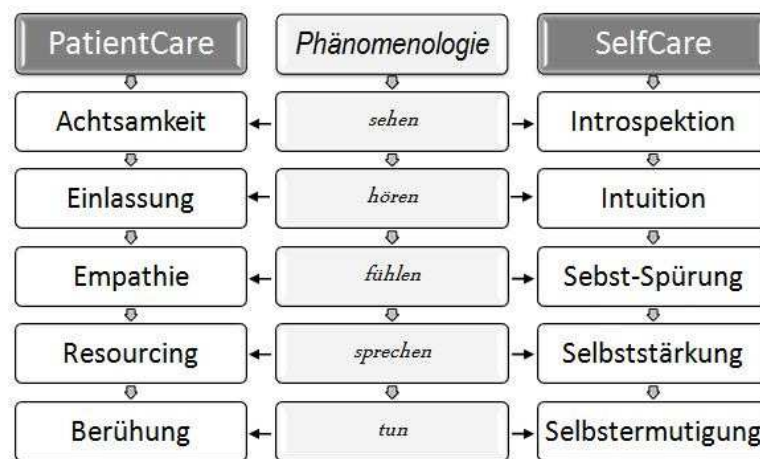


Abb. 4: Double-Care-Ansatz (eigene Darstellung nach AG Patientenedukation, 2010)

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich interaktionistische Pflege-theorien auf die Dyade Pflegeperson-Patientin bzw. Patient konzentrieren und so die sozial- bzw. geisteswissenschaftlichen Aspekte der Pflege fokussieren. Bedingungen die aus der Umwelt auf die Pflegesituation einwirken, stehen nicht im primären Blickpunkt der Pflege (vgl. Koch-Straube, 2001, S. 30). So wie das Verständnis von Beratung von der eingenommenen analytischen Perspektive abhängig ist, so können auch die diesbezüglichen Ziele im Blickfeld einer pflegetheoretischen, soziologischen oder philosophischen Dimension stehen.

Koch-Straube (2001, S. 64) unternimmt den Versuch, universale Ziele der Beratung in der Pflege darzulegen: „*dialogische Kommunikation, Achtung vor der Einzigartigkeit der*

Würde des Menschen, Wahrnehmen der Kompetenz der Pflegebedürftigen, Förderung der Ressourcen, Respekt vor der Selbstbestimmung, Wahl ermöglichen, Umweltbedingungen einbeziehen, vom biographischen Gewordensein und den Zukunftsperspektiven ausgehen“.

Culley (1996 zit. n. Sauter et al., 2006, S. 523) wiederum versucht in seinem Beratungsmodell eine Darstellung des pflegerischen Aufgabenbereiches nach Zielen, Strategien und Fertigkeiten aufzubauen und teilt diese den verschiedenen Phasen der Beratung zu. In allen Modellen und Ansätzen ist die Beziehung und deren besondere Bedeutung ein immanenter Faktor im pflegerischen Beratungs- bzw. Betreuungsprozess. Vor allem zu Beginn steht der Aufbau einer Beziehung im Vordergrund, gilt es doch zunächst einen Arbeitsvertrag zu formulieren. Ein folgendes Ziel stellt die Problemklärung und die -bewertung dar. Können Lernerfolge und Veränderungen in die Lebenswelt des Betroffenen transferiert werden, so ist das höchst möglich zu erreichende Ziel erreicht (vgl. Culley, 1996 zit. n. Sauter et al., 2006, S. 523).

Mit Blick auf die patientenbezogene Beratungsfunktion der Pflege stellt Salvage (1993, S. 16f zit. n. Müller-Mundt et al., 2000, S. 42) zunächst die Einschätzung der individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit als Aufgabe in den Vordergrund. Die Vorbereitung und Darbietung von Information auf einem angemessenen Niveau und die Organisation und Mitwirkung an Gesundheitserziehungsprogrammen unter Anwendung akzeptierter und angemessener kultureller, ethischer und professioneller Standards sind weiterer Bestand des pflegerischen Profils (vgl. ebd.). Die Prozesse der Genesung und des Mündigwerdens können dabei durch äußere Einwirkung nicht erzwungen werden. Vielmehr können sie nur gelingen, wenn ein Mindestmaß an Bereitschaft zum Mitwirken im Patientensubjekt geweckt wird (vgl. Wolf, 1987, S. 19). Patientinnen bzw. Patienten müssen sich in ihrer Hilfsbedürftigkeit annehmen lernen, sich notwendigerweise die eigene Situation sinnvoll erklären können. Sinngebung kann jedoch nicht vorgegeben werden, sie muss gesucht werden, um sie muss „...*sich in dauernder Anstrengung bemüht werden*“ (ebd.).

Vor dem Hintergrund von zu vermittelnden differenzierten Krankheits- und Behandlungswissen, soll bei den Klientinnen bzw. Klienten ein neues Bewältigungsverhalten initiiert werden, welches ein aktives und eigenverantwortliches Mitwirken bei der Krankheitsbewältigung ermöglicht. Als Endzweck postuliert Petermann (1997, S. 6) drei globale Ziele der Beratung [im Kontext von Patientenschulung] und bringt dabei eine neue Perspektive mit ein. Neben der Verbesserung der Compliance und der Erhöhung der Lebensqualität, soll auch die Reduktion von Kosten im Gesundheitswesen ein Ziel in der Effektbetrachtung sein. Eine quantitative Untersuchung der Katholischen Fachhochschule Freiburg im Breisgau, die sich mit dem Stellenwert der Gesundheits- und Krankenpflege in der Beratung beschäftigte zeigte jedoch, dass keine einzige Pflegeperson unter den Befragten (n=99) zu finden war, die diese ökonomische Dimension als Antwort auf die Frage nach dem Ziel von Beratung in Erwägung zog (vgl. Köberich et al., 2006, S. 135).

Die durch Beratung möglich zu reduzierenden Kosten in Proportion zu den durch Beratung möglich verursachenden Kosten sind jedoch auch pflegewissenschaftlichen Abhandlungen einen Absatz wert. So beschreibt London (1999, S. 31), dass eine Analyse von Studien die Kostenersparnis eindeutig belegt: „*Im Durchschnitt brachte jeder in die Patientenberatung investierte Dollar eine Ersparnis von drei bis vier Dollar!*“ (London, 1999, S. 30 zit. n. Bartlett, 195, S. 89). Eine 2011 durchgeführte Recherche in den Datenbanken *Cinahl*, *Pubmed* und *Academic Search Elite* konnte zu dieser Thematik leider keine neueren Studien identifizieren. Es liegen jedoch aus verschiedenen Wissenschaftsbereichen Befunde vor, die den Sinn einer edukativen Unterstützung empirisch belegen. Zegelin (2007, S. 560) führt hier u.a. Selbstwirksamkeits- und Stressmodelle, Ansätze der Befähigung oder auch subjektive Theorien an. Für die Pflege oftmals aktiviert wurden das Trajektmodell (Corbin, Strauss, 2004) und der Ansatz der Salutogenese (Antonowsky, 1987 zit. n. Zegelin, 2007, S. 560).

Für im Gesundheitswesen und an Patientinnen und Patienten Tätige stehen jedenfalls - der Untersuchung der Fachhochschule Freiburg zufolge - vier Ziele der Beratung im Gesundheitswesen im Vordergrund: Prävention, Rehabilitation, Prophylaxe und Therapie (vgl. Köberich et al., 2006, S. 135). Damit diese Ziele erreichbar sind, muss Beratung die Betroffenen in die Lage versetzen können, ihre Situation unabhängig von den Profis be-

wältigen zu können, denn „...*letztlich geht es darum, dass durch Gesundheitsstörungen, durch veränderte Lebensumstände neue Strategien erforderlich werden und Ratsuchende zusätzliches Wissen in ihr eigenes Weltbild, in ihren Lebensalltag integrieren müssen, wenn sie wieder unabhängig von den Professionellen sein wollen*“ (Zegelin, 2006, S. 16).

Die beratende Pflegeperson stellt sich mannigfaltigen Herausforderungen und Aufgaben, da sie für den biomedizinischen Bereich zwar die Expertise stellen, es aber im sozialgeisteswissenschaftlichen Kontext geboten ist, sich anzupassen und die Patientin bzw. den Patienten in ihrem bzw. seinem Expertensein zu bestärken. Nur Betroffene allein sind in der Lage, ihre Lebenssituation angemessen zu beurteilen (vgl. Käppeli, 1993, S.19 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 29). Zudem muss die Pflegeperson stets in Bedacht haben, dass sich Identität, Selbstkonzept und Einschätzung der eigenen Lebenssituation und Perspektive in einem permanenten Dialog mit dem anderen, dem Gegenüber bildet (Mead, 1968; Buber, 1992 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 29). Und gerade in einer Krankheitsphase sind Pflegende wichtige Dialogpartnerinnen und -partner für interpretative Prozesse zu Krankheit, Krankheitserleben und zukünftigen Perspektiven (vgl. ebd.).

Wenn man die Ziele der Beratung in der Pflege in Patientenorientierung betrachten möchte, kommt man nicht umhin, sich mit der patienteneigenen Perspektive auseinander zu setzen. Wie schon erwähnt, spielt die Selbstbestimmung der Patientinnen bzw. Patienten und die Wahrung der Integrität eine besonders große Rolle im Beratungsprozess (vgl. bspw. Koch-Straube, 2001, S. 30; Meleis, 1999, S. 313; Salvage, 1993, S. 16f; Wolf, 1987, S. 19). Betroffene wünschen sich nämlich, „...*Vorschläge und Tipps zur Gesundung, zur Vermeidung von Rückschlägen, nicht nur ein [sic] Bericht mit lateinischen Fachausdrücken für den Hausarzt, sondern Anregungen sich selbst zu helfen*“ (Patient, 2007 zit. n. Imbery/Sailer, 2009, S. 150).

Der Wunsch sich selbst helfen zu wollen, beschreibt das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Die Befriedigung dieses Bedürfnisses verlangt jedoch nach Entscheidungen, die von den Betroffenen nur auf der Grundlage kompetenter und ausführlicher Informationen getroffen werden können (vgl. Imbery/Sailer, 2009, S. 150).

Eine besondere Bedeutung im pflegerischen Beratungsprozess nimmt die Förderung von Ressourcen ein. Besonders deutlich wird dies in einer Definition von Nestmann (1997, S. 33f zit. n. Koch-Straube, 2000, S. 2), der Beratung – vor allem im psychosozialen Kontext – definiert als eine „...*professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozeß [sic] der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, biopsychosoziale Ressourcen und sozialökologische und –ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Ziel psychosozialer Beratung ist es, die Entfaltung von Einzelnen in formellen und informellen sozialen Systemen zu ermöglichen; selbstbestimmtes und selbstkontrolliertes Gestalten von Alltag und Leben, die Bearbeitung ihrer Anforderungen und die Nutzung ihrer Entwicklungschancen zu sichern sowie Belastungen und Krisen zu verhindern, möglichst früh anzugehen sowie deren Folgen für Personen und Systeme konstruktiv zu bewältigen*“. In dieser Definition können auch interaktionistische Aspekte der Beratung abgeleitet werden, die als deren Kennzeichen zu konstatieren sind. So handelt es sich hierbei beispielsweise um den Prozess des gemeinsamen Aushandelns, die Orientierung an Ressourcen und dem Individuum, Krisenbewältigung, Selbstständigkeit und auch um präventive Handlungsdimensionen (vgl. Koch-Straube, 2000, S. 2).

Kleve (2005, S. 179), der Beratung im „Pflegesystem“ aus systemtheoretischer Perspektive betrachtet, fokussiert andere Bedeutungsstrukturen, wenn er für die Pflege drei autopoietische Systemklassen nennt: biologische, psychische und soziale Systeme. Er meint, Beratung fände vor dem Hintergrund einer gegenseitigen Irritation dieser Systeme statt, wodurch zunächst eine strikte Entkoppelung dieser Systeme von einander erfolgen muss. Erst in einem zweiten Schritt könne gefragt werden, wie diese drei Systeme sich zueinander verhalten und welche Relevanzstrukturen sie haben (vgl. Kleve, 2005, S. 180).

Konzepte der Beratung „...*könnten das Verhältnis pflegender Handlungen zu diesen Systemen genau hiervon ausgehend beobachten*“. „Pflege [im Kontext der Beratung] ist damit nicht mehr und nicht weniger als eine Anregung, ein Angebot in der sozialen Umwelt von als pflegerelevant geltenden biologischen, psychischen und sozialen Systemen – gewiss mit dem Ziel, diese Systeme (in positiver Hinsicht) so zu irritieren, dass ihr Verhält-

nis zueinander krankheitshemmend bzw. –beseitigend oder gesundheitsförderlich wird“ (ebd).

So, wie verschiedene Pflgeetheoretikerinnen (bspw. King, Orlando, Paterson und Zderad, Travelbee, Wiedenbach), weist auch Kleve unter Bezugnahme auf Luhmann der Interaktion als eine von mindestens drei sozialen Systemarten (Interaktion, Organisation und Gesellschaft) eine für die Beratung besonders hohe Wichtigkeit zu (Luhmann, 1997 zit. n. Kleve, 2005, S. 180).

Die Ziele der Beratung stehen jedoch auch in Abhängigkeit zu den ausführenden Personen und den zur Anwendung kommenden Beratungsansätzen. Ziel verhaltensorientierter Ansätze beispielsweise ist es, durch Erlernen von Verhaltensänderungen das bestehende Problem der Patientin bzw. des Patienten zu lösen (vgl. Warmbrunn, 2006, S. 18). Die Betroffenen sollen in die Lage versetzt werden, durch Anpassung an krankheitsbedingte Veränderungen ihre Situation in Autonomie meistern zu können (vgl. ebd.). Das Ziel von humanistischen personenzentrierten Beratungsansätzen wiederum ist kausal orientiert, will Blockaden lösen und die Freisetzung der intrapersonalen Selbstheilungskräfte erreichen. *„Das zentrale Moment des humanistischen Ansatzes ist die Hilfe zur Selbsthilfe bzw. die Unterstützung bei der Selbstbefähigung des Beratenen zur eigenständigen Problemlösung“* (ebd., S. 19).

Sind ganze Familien von Erkrankung betroffen, so lautet das oberste Ziel derselben – so zeigen aktuelle Forschungsergebnisse – „Normalisierung des Familienalltags“ (vgl. Bachmann, 2010, S. 36). Aber auch hier sollten – wie im späteren Verlauf dieser Arbeit noch ausführlicher beschrieben wird - Lösungen im Vordergrund stehen, die der Familie eine selbstständige Bewältigung der Situation ermöglichen (vgl. ebd.).

Das Hinführen zur Autonomie, die Interaktion und die Förderung von Ressourcen scheinen in der Conclusio Aspekte mit zentralen Positionen innerhalb der pflegeprofessionellen Beratung zu sein. Pflegende einer psychiatrischen Tagesklinik in Norwegen bestätigen dies auch in dem sie bekunden, dass sie ihre vorwiegenden Aufgaben in der Pflege, Interaktion und Beratung sehen mit dem Ziel, das Sammeln von Erfahrungen zu fördern, so

dass die Patientinnen und Patienten wieder ihre Unabhängigkeit und Autonomie zurück erlangen können (vgl. Saeterstrand, 2010, S. 19).

Stickley (2002, S. 301) jedoch konnte belegen, dass sich professionell Pflegende nicht ausreichend kompetent genug fühlen, um die Beratungsaufgabe zielführend bewerkstelligen zu können. Werden Fähigkeiten der Beratung nicht gefördert, scheinen sie in „...*a cycle of incompetence*“ gefangen zu sein (ebd.) weshalb sich die Frage stellt, welche Kompetenzen für eine professionelle Beratung im Kontext Pflege denn benötigt werden.

3.4 Kompetenzen in der pflegeprofessionellen Beratung

Um an dieser Stelle und in Fortführung der Darlegung allgemeiner Kompetenzumschreibungen näher auf die für die Beratung im pflegfachlichen Kontext spezifisch erforderlichen Kompetenzen eingehen zu können, werden u.a. in Orientierung an Zegelin-Abt und Huneke (1999, S. 17) Grundsätze einer erfolgreichen Beratung dargelegt und resultierende Kompetenzen, die zuvor begrifflich definiert werden, abgeleitet. So sollen Nachvollziehbarkeit und Verständnis für die Vorgangsweise der Argumentation erzielt werden.

„Kompetenz“ (lat. *competere*, „zusammentreffen“, „zu etwas fähig sein“) bedeutet sinngemäß Fähigkeit, die erst durch einen Perspektivenwechsel - ausgelöst durch „tief greifende gesellschaftliche Veränderungen“ - einen vielschichtigen und kontroversen Charakter gewann (vgl. Onus, 2005, S. 7). Der Kompetenzbegriff ist ein vielschichtiger, welcher je nach Blickwinkel variierende Aspekte fokussiert. Bezugnehmend auf die Verschränkung von Kompetenz mit dem pflegerischen Fachgebiet lässt sich Kompetenz aber als ein „...*Zusammenwirken von in einer Person verankerten Komponenten des Wissens, des Könnens, der Erfahrung und der Fähigkeiten*“ (Olbrich, 2010, S. 106) verstehen. Eine Person wird erst durch eine Bezugssetzung kompetent, was bedeutet, dass pflegerische Kompetenz im Rahmen eines Gesamtgeschehens gesehen wird, das Pflegeperson, Patientin bzw. Patient und Umfeld inkludiert (ebd.). Die Frage, welche Kompetenzen prinzipiell für eine erfolgreiche Beratung nötig sind, bleibt dadurch freilich noch unbeantwortet, bildet aber den Motivationsrahmen für nachfolgende Ausführungen.

Zu Beginn der Beratung sollte zunächst einmal der Patientenbegriff präzise sein. Es werden hier die Fragen danach gestellt, wer auftraggebendes und betroffenes Subjekt ist, und wer die aktiv für den Veränderungsprozess erforderlichen Personen sind (vgl. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17). Ferner sollte klar sein, dass Beratung immer ein dialogisches bzw. Beziehungsgeschehen ist, bei welcher es aus konstruktivistischer Perspektive darum geht, die Wirklichkeitskonstruktion der Patientin bzw. des Patienten „...mit einer auch für die Umwelt akzeptablen Wirklichkeit in Zusammenhang zu bringen“ (ebd.). Huber (2002, S. 68) beschreibt hier die Erfordernis zur Fähigkeit des Handelns in vernetzten Bezügen und sieht diese als wesentliche Voraussetzung für eine Beratungstätigkeit.

Ein hoher Grad an Empathie wird für den Prozess der ständigen Interaktion abverlangt, denn hier werden Theorie und Praxis einer Synthese zugeführt (vgl. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17). Pflegekräfte sollten zudem in der Lage sein, ihre soziale Bedeutung für das Interaktionsgeschehen einzuschätzen, um davon ausgehend konkrete beratende Interaktionsangebote machen zu können (vgl. Kleve, 2005, S. 180). Dabei spielt die Bereitschaft Patientinnen und Patienten als Menschen mit eigenen Ziel- und Wertvorstellungen zu akzeptieren eine entscheidende Rolle im Bereich der sozialen Kompetenz (vgl. Bösing et al., 2001, S. 129). Hier sollte aber darauf geachtet werden, dass Kongruenz dem Set ethischer Verhaltensweisen angehört (vgl. Huber, 2002, S. 69). Die gemeinsam im Beratungsprozess erkannte Wirklichkeit sollte als „...pragmatischer Kompromiss für Handlungsschritte...“ (Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17) genutzt werden.

Die beratende Person gewinnt durch den Aktions-Reflexions-Wechsel zunehmende Kompetenz (vgl. Benner, 1984 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17) die sich vor allem dadurch zeigt, dass sie über die Fähigkeit verfügt, den Beratungsprozess auf einer Abstraktionsebene zu reflektieren (vgl. Abb. 11/Kap. 7.3). Bösing et al. (2001, S. 129) beschreiben in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit zur Humankompetenz der Selbstreflexion und zum Entdecken eigener Ressourcen. Außerdem soll die beratende Person berufliche Entwicklungschancen nicht nur erkennen, sondern auch entwickeln können (vgl. ebd.). Stickleys (2002, S. 302) Erkenntnisse zum Rollenverständnis von beratend tätigen Pflegepersonen bestätigen dies, da neben einem mannigfaltigen Rollenverständnis als Praktikerin bzw. Praktiker, Lehrerin bzw. Lehrer, Freundin bzw. Freund etc.

der beratenden Aktivität nur eine Rolle inhärent ist: die einer zuhörenden Person, die Gefühle und Bedeutungen reflektiert und einer Interpretation zuführt. Nevis (1987 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 18) stellt ferner fest, dass die Beratende bzw. der Beratende für alle rundherum laufenden Prozesse aufnahmefähig sein muss, d.h. sie bzw. er muss über eine für das spezifische Feld besondere Bewusstheit verfügen. Die Erfassung der spezifischen Situation ist Grundlage für sämtliche Beratungsschritte (vgl. Huber, 2002, S. 69). Als tragender Aspekt liegt der Fokus auf dem Bestreben Unabhängigkeit und Autonomie der Patientin bzw. des Patienten zu erreichen (vgl. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 18). Dafür ist es erforderlich, dass die Beratende bzw. der Beratende immer wieder aus dem Prozess aussteigt und der Patientin bzw. dem Patienten die Verantwortung überlässt.

Das Vorhandensein umfangreichen Spezialwissens im spezifischen Bereich ist dabei Voraussetzung, da nur so ein Set an Methoden zur Weiterentwicklung des Prozesses zur Anwendung kommen kann und jene Grenzen wahrgenommen werden, an denen andere Feldkompetenzen unabdingbar sind (vgl. ebd.). Das sieht auch Benner (2000, S. 90ff.) so, da sie Beratung als durch Pflegeexpertinnen bzw. Pflegeexperten durchgeführte Tätigkeit insinuiert, die sich die Fähigkeit angeeignet haben, „...in äußerst schwierigen Situationen zu kommunizieren und aufklärend zu wirken...“ und dabei gefordert sind, „...sich selbst einzubringen – ihre persönlichen Einstellungen, den Tonfall ihrer Stimme, ihren Humor, ihr Talent und eine Vielfalt verschiedener Arten, auf einen Patienten zuzugehen“ (ebd.).

Benner (2000, S. 92ff.) fordert fünf Kompetenzaspekte, wobei sie einräumt, dass diese „...nur einen Bruchteil der Beratungs- und Betreuungskompetenzen ausmachen“ um den Ansprüchen an eine pflegeprofessionell durchgeführte Beratung gerecht zu werden. Pflegenden müssen ihr zufolge den Zeitpunkt erfassen können, „...an dem sich der Patient auf neue Erfahrungen einlassen kann“, „dem Patienten dabei helfen, die Folgen seiner Krankheit in sein Leben zu integrieren“, „den Patienten sein Krankheitsverständnis aussprechen lassen und seine Sichtweise nachvollziehen“ können, „dem Patienten eine Deutung seines Zustands anbieten und Eingriffe erklären“ sowie „kulturell heikle Aspekte der Krankheit zugänglich und verstehbar machen“ können. Beratungsleistungen in Bezug auf die Förderung von Gesundheit bzw. die Prävention von Krankheiten sind Benners (2000)

Darlegungen nicht zu entnehmen, können jedoch als impliziter Bestandteil ihrer Ausführungen interpretiert werden.

Als unentbehrlichen Teil des Kompetenzprofils einer beratenden Person konstatiert Norwood (2002, S. 91) diagnostische Fähigkeiten und zählt punktuell einige Aktionsaspekte auf: *begriffliche Erfassung eines Problems, Bewertungsansätze und -techniken, Zielsetzung, Datenanalyse und -auslegung, Problemlösung, politische Gewandtheit, Vorstellungskraft und Risikobereitschaft*. Norwood (2002, S. 92) erachtet es als besonders wichtig, dass Pflegeberaterinnen und -berater wissen, welche Informationen sie benötigen und woher sie diese bekommen können. Damit wichtige Quellen nicht übersehen werden, muss die Beraterin/der Berater sich gut in jenen Gebieten auskennen, die mit dem Problem zu tun haben könnten. Man muss sich „...*der Multikausalität eines Problems bewusst sein*“ (ebd.).

Einer deutschen Studie zufolge sind es vor allem Kompetenzen und Fähigkeiten wie Kontaktfähigkeit, Kommunikationskompetenz, Empathie und vertrauensbildende Maßnahmen, die von beratenden Personen als sehr wichtig erachtet werden (vgl. Köberich et al., 2006, S. 137). Kommunikationsfähigkeit wird hierbei als Voraussetzung betrachtet, „...*da Beratung in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichem Ziel stets kommunikative Komponenten beinhaltet*“ (ebd.). Jedoch: Hier wird der größte Handlungsbedarf gesehen. Görres et al. (2003 zit. n. Köberich et al., 2006, S. 137) stellen in einer Delphi-Studie fest, dass für beratende Tätigkeiten als „neue“ pflegerische Dienstleistungsdimension weitere Qualifizierungen im Bereich sozialer Kompetenzen (Kommunikations-, Kontakt – und Teamfähigkeit sowie psychologische Kompetenzen) nötig sind. Kommunikationskompetenz äußert sich der Autorin Herzig-Walch (2010, S. 518) zufolge vor allem in Reflektiertheit, Kommunikationssituationsdifferenzierung und Deutungskompetenz. Für eine erfolgreiche Beratung im pflegeprofessionellen Kontext auch nicht zu vernachlässigen sind Kenntnisse im Bereich des Allgemeinwissens, die je nach Beratungsumfeld variieren können (vgl. Norwood, 2002, S. 94).

Unter Bezugnahme auf die Persönlichkeit beschreibt Belkin (1984 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 184) die Erfordernis von Selbstvertrauen und Angstfreiheit der beratenden Per-

son, als auch Mut und Courage, um Abhängigkeiten der Patientinnen bzw. Patienten zuzulassen, auszuhalten und wieder aufzulösen. In allen beratenden Handlungen sind nicht nur Echtheit und Empathie, sondern auch ein positiver Skeptizismus Voraussetzung, um ein zielgerichtetes Handeln zu ermöglichen (Bardon, Bennett, 1974 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 184).

Wenn es um die Entwicklung einer systematischen Beratungskompetenz geht, ist jedenfalls die Überwindung einer „technizistischen Einstellung“ in der Begegnung mit dem zu Beratenden nötig (vgl. Weidner, 1995, S. 237 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 183). Fehlende professionelle Distanz oder Nähe führt in beiden Fällen zu Misserfolg oder gar Schaden (vgl. Koch-Straube, 2001, S. 183).

Es lässt sich festhalten, dass für beratende Aufgaben ein umfangreiches und differenziertes Kompetenzportfolio unerlässlich ist. Dieses sollte neben Fähigkeiten im kommunikativen Bereich, auch über Selbst-, Human- und Fachkompetenzen, Diagnosefähigkeiten, Technische Kompetenzen und Fach- sowie Allgemeinwissen verfügen. Für das Gelingen beratender Interventionen sind ferner auch viele andere Determinanten verantwortlich: Zeitpunkt, Vorwissen, manuelle/kognitive Möglichkeiten der Betroffenen, Krankheitsverarbeitung und -erfahrung, seelische Verfassung/Motivation, Umfeldbedingungen, Lernstile und -interessen u.v.m. (vgl. Zegelin, 2006, S. 18f). Sie zeigen die Komplexität der pflegerischen Beratung und stellen Rahmenbedingungen für dieselbe dar. Ohne eine detaillierte Erläuterung zu rezipieren, hat London (2003, S. 50ff) bereits ausgewählte Vorschläge zur Beeinflussung des Umfeldes beschrieben und legt hierbei den Schwerpunkt auf die Verbesserung von Systemkomponenten (bspw. edukative Konsistenz und Kontinuität bewahren, beratungsfördernde Strukturen einführen, Kommunikation fördern, ...).

3.5 Problemstellungen in der pflegeprofessionellen Beratung

Beratung erfordert ganz bestimmte Rahmenbedingungen um erfolgreich sein zu können. Dem Lernen kommt hierbei ein besonders hoher Stellenwert zu, soll doch eine optimale Anpassung an nunmehr veränderte Außenbedingungen erreicht werden. Zu den häufigen Problemen von Lernenden zählen mangelnde Bereitschaft, körperliche und emotionale

Hemmnisse, Sprachbarrieren und fehlende Motivation (vgl. Lubkin, 2002, S. 524). In diesem Zusammenhang ist auch festzustellen, dass nur selten geeignetes Lehr-Lern-Material für die pflegerische Beratung vorhanden ist (vgl. Zegelin, 2006, S. 19). Aber auch das Entwicklungsstadium und der Lebenszyklus können möglicherweise Probleme darstellen. Es ist festzustellen, dass der Lehr-Lern-bzw. Beratungsprozess auf das jeweilige Entwicklungsstadium anzupassen ist. Verwiesen sei in diesem Kontext auf die von Orem getroffene Bedürfnisklassifikation, die – bezogen auf die Pflege – neben universellen und krankheits- bzw. gesundheitsdefinierten, auch entwicklungsgebundene Bedürfnisse beschrieben hat (Arets et al., 1997, S. 136).

Der Mangel an Kooperationsbereitschaft wird vor allem bei chronisch kranken Menschen als eines der Hauptprobleme genannt (vgl. Lubkin, 2002, S. 529). Ley (1982), Parcel, Bartlett und Bruhn (1986 zit. n. Petermann, 1997, S. 31) postulieren in diesem Zusammenhang eine ausreichende Information und die hinreichende Verfügbarkeit von kognitiven und affektiven Funktionen als elementare psychologische Grundvoraussetzungen jeder Compliance. Es sei darauf hingewiesen, dass bei Manifestation einer Erkrankung und Verschlechterung der Prognose ein generell erhöhter Beratungsbedarf festgestellt werden kann (vgl. Petermann, 1997, S. 17).

Die Komplexität der Faktoren die Einfluss auf die Compliance ausüben, wurde ausführlich untersucht, ein mögliches erklärendes Konstrukt ist möglicherweise der „locus of control“ (vgl. ebd.). *„Es beruht auf der Annahme, dass die Überzeugungen eines Individuums hinsichtlich der gesundheitsbeeinflussenden Faktoren mit den Verhaltensweisen des Betreffenden in Zusammenhang stehen“* (Christensen et al., 1991; Miller, 1991 zit. n. Lubkin, 2002, S. 530). Menschen mit einem internen „locus of control“ sind davon überzeugt, dass ihr Gesundheitszustand überwiegend von ihnen selbst beeinflusst wird, während hingegen Menschen mit einem externen „locus of control“ glauben, dass ihre Gesundheit von Faktoren beeinflusst werde, die sich ihrer Kontrolle entziehen (vgl. Lubkin, 2002, S. 530). Es ist daher erforderlich die Kontrollüberzeugungen des zu Beratenden zu identifizieren und seine Strategie danach auszuwählen.

Compliance bzw. der Grad an Selbstbestimmung wird nicht zuletzt auch durch sozioökonomische Einflüsse determiniert. Miller (1991 zit. n. Lubkin, 2002, S. 530) verweist allerdings darauf, dass mangelnde Kooperationsbereitschaft in allen gesellschaftlichen Schichten zu finden sei. Mangelnde finanzielle Ressourcen und hoher Zeitaufwand können die Kooperationsbereitschaft jedoch reduzieren (vgl. Lubkin, 2002, S. 530). Geraten Kranke in Konflikte die aus dem Widerstreit zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit oder Rollenverlusten erwachsen, kann es zu einer Schädigung des Selbstwertgefühls kommen. Dadurch entsteht möglicherweise ein Hindernis zum Erwerb von Selbstversorgungskompetenzen (vgl. ebd, S. 531).

„Wahrscheinlich steht und fällt eine edukative Maßnahme mit dem Verhalten der Familie des Klienten und seiner wichtigen Bezugspersonen“ (Haggard, 1989 zit. n. Lubkin, 2002, S. 531). Für Haggard (1989) ist die Familie das ausschlaggebende Unterstützungssystem das maßgeblich auf die Krankheitsbewältigung Einfluss nimmt. Das kann in fördernder oder hinderlicher Weise passieren. Es kann zu Strategien der Krankheitsverleugnung ebenso kommen, wie zu Überbehütung oder zur Entscheidungsfindung mit der Familie ohne Einbeziehung des Patienten (vgl. Haggard, 1989 zit. n. Lubkin, 2002, S. 532).

Unzureichendes Assessment, Versäumnisse bei der Vereinbarung von Zielen, Überforderung der betroffenen Person, unzutreffende Annahmen über die Patientin bzw. den Patienten u.v.a. sind Faktoren, die Probleme in der Beratung darstellen, allerdings von den beratenden Pflegepersonen selbst ausgehend sind. Ferner sind auch eine inadäquate Gestaltung des Lehr-Lern-Prozesses und die Unfähigkeit, Beschränkungen oder Differenzen in der Beziehung zum Lernenden zu überwinden Ausgangspunkte für mögliche Problementwicklungen (vgl. Lubkin, 2002, S. 532).

Pflegekräfte sind im Umgang mit Patientinnen bzw. Patienten oft verunsichert und es gibt häufig Mängel in der Ausbildung, unzureichende theoretische Fundierung der Beratung, fehlende Vorbilder und mangelnde professionelle Begleitung die Schwierigkeiten in diesem Bereich verursachen (vgl. Huber, 2002, S. 69). Nicht selten existiert zudem kein definierter Zeitrahmen für Beratungsgespräche, so dass diese im Rahmen von pflegerischem Handeln stattfinden. Dies kann zu einer Doppelbelastung und Rollenkonflikten führen, da

das spontane Beratungsgespräch zwar für Pflegebedürftige eine zeitnahe bedürfnisgerechte Maßnahme darstellt, die Pflegeperson aber unter Zeitdruck steht und dem Beratungsbedürfnis versucht gerecht zu werden (vgl. Warmbrunn, 2006, S. 25). Vor allem mangelnde Kenntnisse über den eigenen Umgang mit Belastung führen zu einem übergroßen Anstieg derselben und dazu, dass Beratungsanfragen gar nicht mehr beantwortet werden (vgl. Knelange, Schieron, 2000, S. 8).

Die im Pflegekontext beratenden Personen tragen die Verantwortung für die Durchführung und die von ihnen beeinflussbaren Bedingungen der Durchführung wie Raumtemperatur, Schutz der Privatsphäre, Beleuchtung etc. Räumliche Unzulänglichkeiten die den Schutz der Privatheit oftmals nicht zulassen sind relevante Störfaktoren die es zu vermeiden gilt (vgl. Lubkin, 2002, S. 535). Aber auch mangelnde intra- und interprofessionelle bzw. interdisziplinäre Unterstützung, soziokulturelle Unterschiede zwischen Beratenden und zu Beratenden oder ungenügende Evaluationen können Problemstellungen sein, die vermehrt Beachtung erfordern und im Beratungskonzept Berücksichtigung finden müssen (vgl. ebd.).

Pflegeprofessionelle Beratung, die Information und Anleitung, aber wesentlich auch biopsychosoziale Bewältigungshilfen inkludiert, hat gerade im Vollzug der alltäglichen Begegnung eine Chance, in minimaler aber gleichwohl wirkungsvoller Weise Unterstützung zu leisten (vgl. Koch-Straube, 2000, S. 3). Aus der vergleichsweise hohen Dichte des Kontaktes, der Dauer der Pflege und der Konfrontation mit existenziellen Fragen können zwar Schwierigkeiten entstehen, prädestinieren aber auch zu Beratung (vgl. ebd.).

3.6 Nationale Situation der Beratung in der Pflege

Bezugnehmend auf die beschriebenen erforderlichen Kompetenzen, Merkmale und Ziele einer Beratung im pflegerischen Kontext, soll an dieser Stelle deren gegenwärtige nationale Situation exploriert und beschrieben und damit Orientierung in diesem Feld hergestellt werden.

Zehn Jahre sind nun vergangen, seit die Pflegeberatung erstmalig in einem österreichischen Krankenhaus in Form einer Stabsstelle eingerichtet wurde (vgl. Smoliner, 1999, S. 16 zit. n. Herbst, 2011). Zu dieser Zeit – obgleich im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (BGBl. 108/1997) explizit als Aufgabenbereich definiert – bestand keine Möglichkeit sich in diesem Bereich weiterbilden zu lassen. Gegenwärtig kann konstatiert werden, dass die Implementierung der – in diesem Kontext zumeist als Pflegeberatung bezeichneten – Beratung schon weit fortgeschritten ist und mehrere Institutionen die Einrichtung von Stabsstellen oder funktionalen Besetzungen bereits abgeschlossen haben (vgl. Herbst, 2011). An den Universitätskliniken des Allgemeinen Krankenhauses Wien beispielsweise wurde die Pflegeberatung mit Hilfe eines Pilotprojekts, durchgeführt in den Jahren 2002 bis 2004 in Anlehnung an das Inselspital Bern, eingeführt (vgl. Schobesberger, 2008). Die Implementierung pflegeprofessioneller Beratung fand ihre Begründung in der Entlastung von „Knotenpunkten“ (Stations- und Bereichsleitungen) und in dem Ziel, evidenzbasiertes Wissen für die Patientinnen bzw. Patienten lebbar zu machen sowie vorhandene personelle Ressourcen bestmöglich zu nützen (vgl. ebd.). Diese Umsetzung von Beratung im Pflegekontext entspricht auch der bereits beschriebenen Feststellung von Norwood (2002, 44ff.), die bei dem Begriff Pflegeberatung in erster Linie die Pflegenden als Beratene fokussiert und Patientinnen bzw. Patienten als Kunden und letztlich „Nutznießer“ ans Ende des Beratungsprozesses stellt.

Das Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel in Wien verankert den Aufgabenbereich der dort tätigen Pflegeberaterinnen und -berater in einer Stellenbeschreibung (vgl. Vencour, 2008). In Anlehnung an Friedemann (1997, S. 86ff. zit. n. Vencour, 2008) konzentriert sich auch hier die Beratung vordergründig auf die Unterstützung des Pflegepersonals. Die konkrete Tätigkeit passiert hierbei in Vernetzung mit anderen Bereichen (bspw. Qualitätsmanagement, Pflegedirektion, Stations- und Bereichsleitungen,...), und äußert sich in Aufgaben wie: Identifizieren und Stärken von Kompetenzen und Ressourcen im Pflegebereich, Beratung und Unterstützung der Führungen bei der Einführung von Neuerungen, Weiterentwicklung und Umsetzung des Pflegeprozesses, praktische Anwendung evidenzbasierten Wissens, Literaturrecherchen, Mitarbeit in multiprofessionellen Arbeits- und Projektgruppen u.v.m. (Vencour, 2008).

In Oberösterreich wird die pflegerische Beratung angehörigenzentriert durchgeführt. Eine „Mobile Pflegeberatung“ bietet pflegenden Angehörigen kompetente Beratung an und begleitet in speziellen Pflegesituationen (vgl. Fonds Gesundes Österreich, o.J.). Das Ziel ist hier die Unterstützung von Angehörigen und die Schaffung eines Gesundheitsbewusstseins (vgl. ebd.). Auch in Salzburg kommen Pflegeberaterinnen und -berater zum Einsatz. Zwei Drittel der Ratsuchenden sind hierbei Frauen, die zumeist zu Pflegegeld oder Leistungen sozialer Dienste, Hauskrankenpflege oder Haushaltshilfen befragen (vgl. ORF Salzburg, 2008).

Interessant die Aktion der Caritas Steiermark, welche ebenfalls eine mobile Pflegeberatung, unter anderem in Einkaufszentren anbietet. Die Pflegeberaterinnen und -berater geben Rat bei der Suche nach einer passenden Lösung für sich oder die Angehörigen (vgl. Caritas, 2009). Bei der Vorstellung des Projektes unterstrich Caritas-Präsident Franz Küberl deren Bedeutung: *„Einer guten Entscheidung muss eine ausführliche Beratung voraus gehen, damit maßgeschneiderte und lebensnahe Lösungen gefunden werden können. Wir wollen hier keinesfalls nur Telefonnummern austeilern, sondern unsere Beraterinnen nehmen sich Zeit für praktische Informationen“* (ebd.).

Pflegeprofessionelle Beratung findet auch im Rahmen von Schulungen statt, oder lässt sich – wie der Blick auf Internetpräsenzen verschiedener österr. Krankenhäuser zeigt – unter der Bezeichnung der Kontinenz-, Stoma- oder auch Diabetesberatung finden. Der Beratung in der Pflege scheinen also nicht nur multiple Aufgabenspektren, sondern auch verschiedene Zielgruppen inhärent zu sein. Die Komplexität der Beratung im pflegerischen Feld spiegelt sich auch in der Ausbildung des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wider. Durch Verabschiedung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG, BGBl. 108/1997), welches Beratung sowohl im eigenverantwortlichen als auch im interdisziplinären Tätigkeitsbereich verortet, wurde die Entwicklung eines daran ausgerichteten Ausbildungscurriculums erforderlich, welches heute in offener Form und im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen durch das ÖBIG (Österr. Bundesinstitut für Gesundheitswesen) entwickelt, vorliegend ist. Aspekte der Beratung sind zumeist allen beschriebenen Grobzielen, Qualifikationen bzw. Themenschwerpunkten immanent, werden aber im Speziellen im dritten und letzten Aus-

bildungsjahr der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege explizit erwähnt (vgl. ÖBIG, 2003, S. 268ff.). Abb. 5 stellt einen curricularen Auszug der Verankerung pflegeprofessioneller Beratung dar und macht deutlich, dass sie hohe Anforderungen an das Kompetenzprofil stellt und mit vielen anderen Fachbieten vernetzt ist bzw. in diesen eine bedeutsame Rolle spielt.

Eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Pflegeberatung existiert in Österreich seit 2002. Erstmals in Österreich als „Weiterbildung zur Pflegeberaterin bzw. zum Pflegeberater“ am Rudolfinerhaus Wien angeboten (vgl. Herbst, 2011), haben sich seit dieser Zeit bereits mehrere Angebote manifestiert.

Grobziel/ Qualifikation	Themenschwerpunkt/ Inhalt	Querverweis	Didaktischer Kommentar
> Phänomene aus Pflegesituationen herausarbeiten, beurteilen, ggf. priorisieren und ein Pflegekonzept entwickeln sowie auf Anwendbarkeit überprüfen > den Begriff „Beratung“ für die GuK bestimmen > Beratungsmodelle erläutern, auswählen und deren Anwendung begründen > das Handlungsschema „Beratung“ chronologisch darstellen und argumentieren > Rolle und Qualifikation der Beraterin erklären und Indikationen für Beratung begründen > die Berücksichtigung ethischer Prinzipien in Beratungssituationen argumentieren und sich der Verantwortung bewusst sein	- L Entwicklung von Pflegekonzepten – bedeutsame Problemstellung – Kriterien zur Auswahl – Aufbau und Systematik * Beratung - L Begriffsklärung - L Beratungsmodelle – partnerschaftliche – etc. - L Einschätzung von Einzelpersonen/ Gruppe – Kriterien – Ressourcen – etc. - L Aufbau einer Beratung – Inhalt / Ausführlichkeit – Einzel- oder Gruppenberatung – Broschüren, Video, Plakate, ... - L Ablauf und Ziele – Selbstpflegeinterventionen – Selbstkontrolle – etc. - L Rolle der Beraterin/ des Beraters – Aufgaben – Haltung – Verantwortung – Kongruenz – Konsequenzen – etc.	- Pflege alter Menschen (2. AJ) - L Haltungen und Interventionen - Palliativpflege (3. AJ) - L Pflege- und Betreuungskonzepte - Kommunikation (3. AJ) - L Beratungsgespräch - Soziologie (2. AJ) - L Handlungsstrategien im professionellen System/ Unterstützungssysteme für Patienten - Kommunikation (3. AJ) - L Beratungsgespräch - Berufskunde (2. AJ) - L Motive des Handelns	Die Vernetzung mit anderen Pflegefächern wird im Sinne des fächerübergreifenden Prinzips empfohlen. Der fachdidaktische Ansatz der Problemorientierung soll dabei zur Anwendung kommen.

Abb. 5: Auszug auf dem österr. Ausbildungscurriculum für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (ÖBIG, 2003, S. 268f.)

Die Akademie für Fortbildungen und Sonderausbildungen – Bereich Pflege des Wiener Krankenanstaltenverbundes bietet bspw. eine berufsbegleitende Weiterbildung an, die 440 Unterrichtseinheiten und 160 praktische Ausbildungsstunden umfassend ist (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 2011). Auch hier gibt es zwei beratungsrelevante Zielgruppen: Patientinnen bzw. Patienten und/oder deren Angehörige sowie Pflegepersonen. Die Inhalte dieser Weiterbildung reichen von angewandten Konzepten, Theorien und Modellen der Pflege über Grundlagen der Wissenschaftstheorie bis hin zu pädagogisch-didaktischen Grundlagen, Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit (vgl. ebd.).

Die Donauuniversität Krems bietet auch eine Weiterbildung, allerdings mit der Bezeichnung „Gesundheits- und Pflegeberatung“ und auf universitärem Niveau in drei Stufenmodellen, als „Certified Program“ über ein Semester (Zeugnis, 20 ECTS) oder als Universitätslehrgang über zwei (akad. PflegeberaterIn, 40 ECTS) oder fünf Semester (Master of Science, 120 ECTS) an (vgl. Donauuniversität Krems, 2011). Diese Weiterbildungen werden in Kooperation mit „Vienna-Med“ (Verein zur Förderung von Gesundheit, Team Pflegenetz) durchgeführt und fokussieren als thematisches Bezugsfeld die patientenorientierte Pflege. Der Kompetenzerwerb soll „Hilfe zur Selbsthilfe“ und damit eine möglichst umfassende Autonomie ermöglichen (vgl. ebd.).

Neben den hier dargestellten Angeboten, gehören auch zahlreiche Veranstaltungen zum Erwerb einer pflegerischen Fachexpertise zum Spektrum der Bildungslandschaft. In Orientierung an Benner (2000, S. 90ff.) bildet diese die Grundvoraussetzung für Beratungsleistungen und dient damit dem Erwerb von Beratungskompetenz. Universitäre und nicht-universitäre Weiterbildungen zu den beispielhaft genannten Themen Wundmanagement, Schmerzmanagement, Case- und Caremanagement, Entlassungsmanagement lassen sich ebenso dazu zählen, wie gesetzlich verpflichtend zu absolvierende Sonderausbildungen (Intensiv-, Anästhesiepflege, Pflege bei Nierenersatztherapie, Führungs- und Lehraufgaben u.v.a.).

Unabhängig vom Angebot, welches hier auszugsweise und damit nicht vollständig dargestellt wurde, ist die Beratung und Information von Leistungsempfängern im Gesundheitswesen ein Recht, welches in verschiedensten gesetzlichen Texten verankert wurde.

Neben der schon dargelegten juristischen Bedeutung pflegeprofessioneller Beratung im Kontext des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, finden sich auch entsprechende Passagen u.a. im ABG (Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch), dem KAG (Krankenanstaltengesetz) oder auch dem Ärztegesetz.

2007 hatten bereits mehr als 60 Personen eine Weiterbildung auf dem Gebiet „Beratung in der Pflege“ abgeschlossen, welche danach begannen, ein Netzwerk als Basis für Erfahrungsaustausch und Wissensnutzung zu gründen (vgl. Herbst, 2011). Das Ziel der pflegefachlichen Beratung definierten sie mit der Unterstützung der Selbstständigkeit und Autonomie von Patienten, der Stärkung der Pflegekompetenz von Pflegenden und deren Begleitung bei Reflexionen ihres Handelns (vgl. Netzwerk PflegeberaterInnen, 2007, S. 3ff. zit. n. Herbst, 2011).

Beratung als Aufgabe der Pflege hat in Österreich somit nicht nur legislative Bedeutung, sondern wird auch zunehmend Teil des Handlungsspektrums. Allerdings lässt sich das Einsatz- und konkrete Aufgabengebiet als variierend und eine zunehmende Manifestation als eigenständige Disziplin neben Beratung als pflegeimmanente Tätigkeit beschreiben.

4 Autismus

Um mit Hilfe einer Fallanalyse zum Schwerpunkt Autismus allgemeine Beratungsaspekte für die Pflege ableiten zu können, muss dieses Krankheitsbild zunächst beschrieben und hinsichtlich seiner Bedeutung für die pflegeprofessionelle Beratung untersucht werden.

Aus diesem Grunde wird zunächst der Begriff „Autismus“ – vordergründig die frühkindliche Form (vgl. Kanner, 1943) – anhand der International Classification of Diseases (ICD) definiert und die Begriffsentstehung historisch erläutert werden. Dies soll das Verständnis um die aktuelle Definition und den Entwicklungsstand fördern. Eine Übersicht zu epidemiologischen Daten wird helfen, ein Verständnis für die Bedeutung des Autismus in der Pflege zu entwickeln.

Die Beschreibung ätiologischer Faktoren soll einen möglichen kontextbestimmten und umweltdeterminierten Einfluss auf die Erkrankung aufzeigen, wodurch Rückschlüsse auf nötig zu vermeidende Verhaltensweisen möglich gemacht werden sollen. Zur Strukturierung werden die verschiedenen Formen von Autismus klassifiziert, um im Anschluss die verschiedenen Symptome bzw. Symptomkomplexe einordnen zu können.

Die Darlegung charakteristischer Störungen im Sozialverhalten eines Menschen mit Autismus soll das Verständnis um die spezielle Bedürfnissituation und um die Erforderlichkeit adäquaten pflegerischen Handelns fördern. Zuletzt wird auf den derzeitigen Forschungsstand zu den Ursachen des autistischen Störungsbildes eingegangen und wissenschaftlich abgesicherte und begleitende Therapievarianten erörtert.

4.1 Definition und geschichtlicher Hintergrund

Erstmals wurde der Begriff „Autismus“ von Bleuler (1911 zit. n. Remschmidt et al., 2008, S. 183) in den psychiatrischen Fachdiskurs eingebracht. Bleuler (1911) beobachtete und beschrieb bei schizophren erkrankten Personen den oftmals stattfindenden sozialen Rückzug in sich selbst und die eigene Gedankenwelt (vgl. ebd.). Später, 1943, beschrieb der Jugendpsychiater Leo Kanner (1943 zit. n. Remschmidt & Martin, 2008, S. 183) den

von ihm „entdeckten frühkindlichen Autismus“, für welchen er ein typisches Verhalten der Zurückgezogenheit beschrieb. Kanner (1943) ging davon aus, dass der Mangel an Sozialkontakten angeboren sei bzw. sich durch eine Stoffwechselstörung manifestiere (vgl. ebd.). Das beschriebene Syndrom bezeichnete er als „early infantile autism“, den frühkindlichen Autismus (vgl. Frith, 1991, S. 104). Gleichzeitig und unabhängig von Kanner beschrieb der Wiener Kinderarzt und Heilpädagoge Hans Asperger (1943/1944 zit. n. Sallaberger, 1996, S.3) in seiner Habilitationsschrift eine Reihe von (männlichen) Kindern, die einerseits den Fällen von Kanner sehr ähnelten, andererseits Spezialbegabungen zeigten.

Asperger (1952) veröffentlichte seine Beobachtungen in dem deutschsprachigen Magazin „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ unter dem Titel „Autistische Psychopathen des Kindesalters“. In seinen Veröffentlichungen betonte er u.a. die Bedeutung des Endogenen und somit eine genetische Disposition als auch die Determinanz von Umwelteinflüssen.

Beide Forscher, Kanner (1944) als auch Asperger (1952) beschäftigten sich damit unabhängig voneinander mit demselben Krankheitsbild und beschrieben ähnliche Symptome, von denen nach Nissen (1989, S. 430) die „...*extrem autistische Abkapselung aus der menschlichen Umwelt...*“ ein Kardinalsymptom des frühkindlichen Autismus darstellt.

Wing und Gould (1979 zit. n. Dodd, 2007, S. 95) beschäftigten sich eindringlich mit den Betrachtungsweisen beider Forscher und stellten die Hypothese auf, dass beide Zustände Varianten autistischer Störungen sind. 1996 entstand dann der von Wing geprägte Begriff „Autismus Spektrum Störung“ (vgl. ebd.).

Heute wird Autismus, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine tiefgreifende Entwicklungsstörung klassifiziert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert und Störungen in den Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und in einem eingeschränkten repetitiven Verhalten (klassische Triade) zeigt (Dilling et al., 2000, S. 282).

4.2 Symptomatik

Filme wie „Rainman“ und andere populärwissenschaftliche Quellen haben ein seltsames Bild vom autistischen Menschen geschaffen. In der täglichen Arbeit mit autistischen Kindern und Erwachsenen lässt sich diese Art der Betrachtung rasch als Mythos entlarven. Autisten sind – wie die Erfahrung der Verfasserin zeigt – fähig, mit der österreichischen Autistenhilfe Kontakt aufzunehmen und als handelnde Personen in dieser Welt zu agieren, sie tun dies allerdings auf ihre ganz besondere Art und Weise.

Das symptomatische Bild wurde zu sogenannten „Symptom- oder Merkmalslisten“ (Dzikowski, 1996, S. 11ff.) zusammengefasst. Dabei variiert die Gesamtzahl der Einzelmerkmale je nach Verfasser und Publikation. Dzikowski (1996, S. 12f.) beispielsweise beschreibt fünf Symptomkomplexe, die er näher ausführt. Auffälligkeiten in der Wahrnehmungsverarbeitung nehmen dabei eine zentrale Stellung ein, wie zum Beispiel ein mangelnder Blickkontakt, das Bevorzugen von bestimmten Tönen und Lautstärken, das Erzeugen von besonderen Geräuschen, mangelnde Reaktion auf andere Menschen. Des Weiteren reagieren autistische Menschen unterschiedlich auf Veränderung, entweder angstvoll-panisch oder distanzlos – neugierig. Zudem haben sie eine Vorliebe für Details sowohl im visuellen Bereich bei der Beobachtung als auch bei der Wiedergabe von Themen die sie interessieren. Im taktilen Bereich zeigen sie Schwierigkeiten beim Berühren von unterschiedlichen Materialien und sowie beim Berührtwerden selbst (vgl. ebd.).

Als zweites Symptom beschreibt er die sprachlichen Einschränkungen, da die betroffenen Kinder die Sprache oftmals erst spät oder niemals erlernen. Sie verständigen sich unter Umständen mit „Ein-Wort-Sätzen“ und wenn sie einen Wunsch ausdrücken wollen, verwenden Sie die Hand einer zweiten Person als Werkzeug (vgl. ebd.). Wenn Sprache vorhanden ist, klingt diese meist monoton und stereotyp. Die vom Autismus betroffenen Kinder sprechen von sich selbst in der zweiten und dritten Person, das Spielverhalten ist auffällig. Sie können weder Rollenspiele ausführen noch „so tun als ob Spiele“ spielen. Zumeist benutzen sie das Spielzeug im zweckentfremdeten Sinne oder verwenden Teile davon um sich monoton zu beschäftigen (vgl. ebd.). Die beeinträchtigte Motorik bildet für Dzikowski (1996, S. 12f.) einen weiteren Symptomkomplex. Vielfach kommt es zu stereotypen Bewegungen der Finger, Hände oder des kompletten Körpers, zum Grimassie-

ren, Augenrollen und - auf Grund von Gleichgewichtsproblemen - zu ungeschickten Bewegungen und anderem motorischem Fehlverhalten (vgl. Remschmidt, 2005, S. 49). Die zwei dort sekundär beschriebenen Symptomkomplexe sind die Angst vor Veränderung (auch bei harmlosen Situationen) bei gleichzeitigem Fehlen von Furcht bei realen Gefahren sowie ein zwanghaftes Verhalten (Vorliebe für Rituale). Andererseits kann es auch zur Entwicklung spezieller Interessen und Fertigkeiten kommen, wie zum Beispiel das Zählen und Merken von Geschichtszahlen, Gedichten etc.

Zu dieser Darstellung der Symptomkomplexe ist letztlich kritisch anzumerken, dass Menschen mit autistischer Wahrnehmung Verhaltensauffälligkeiten sehr häufig auf Grund der davor als sekundär beschriebenen Symptome zeigen und zwängliches Verhalten als Schutz- und Sicherheitsstrategie eingesetzt wird.

4.3 Diagnostik

Bölte (2010, S. 81) stellte fest, dass „...*psychiatrische Diagnosen nach ICD – 10 und DSM-IV-TR ... einem operationalisierten, verhaltensbasierten Verständnis von Psychopathologie...*“ folgen und „...*die Störung ... aus dem Zusammenspiel von Symptomen...*“ erschlossen werden kann.

Remschmidt und Kamp-Becker (2008, S. 135) beschreiben vier Kriterien als sog. Kernsymptome des frühkindlichen Autismus, die eine qualitative Beeinträchtigung von wechselseitigen Aktionen und der Kommunikation, sowie eingeschränkte Interessen und stereotype Verhaltensmuster umfassen. Hinzu kommen unspezifische Probleme wie Befürchtungen, Phobien, Schlaf – und Essstörungen, Wutausbrüche, Aggressionen und Selbstverletzungen. Die Symptome können im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt sein und sich kurrent verändern. Die Manifestation der Symptome beginnt vor dem dritten Lebensjahr (vgl. ebd.).

Nach dem gängigen Diagnoseschlüssel ICD – 10 (Dilling et al., 2000) wird Autismus in den Komplex der tiefgreifenden Entwicklungsstörungen eingereiht. Zu diesen zählen der frühkindliche Autismus (F.84.0), das Asperger-Syndrom (F.84.5), der atypische Autismus

(F84.1), das Rett-Syndrom (F84.2) und andere desintegrative Störungen des Kindesalters (F84.3). Im angloamerikanischen Sprachraum umfasst der Begriff „Autismus-Spektrum Störung“ (ASS) den frühkindlichen Autismus, das Asperger- und Rett-Syndrom, Desintegrationsstörungen und unspezifische Entwicklungsstörungen (vgl. Bernard-Opitz, 2005, S. 13).

4.3.1 Diagnostische Kriterien nach ICD – 10

Um Verständnis für die spezielle Bedürfnislage von Angehörigen autistisch erkrankter Kinder generieren zu können, werden nun folgend charakteristische Störungen im Sozialverhalten in Anlehnung an die International Classification of Diseases (ICD) – 10 (Freyberger & Cooper, 2006) vorgestellt, um so die Erfordernis zum adäquaten pflegeprofessionellen Handeln nachvollziehbar argumentieren zu können.

Heute wird Autismus, von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine tiefgreifende Entwicklungsstörung klassifiziert, die sich vor dem dritten Lebensjahr manifestiert und Störungen in den Bereichen der sozialen Interaktion, der Kommunikation und in einem eingeschränkten repetitiven Verhalten (klassische Triade) zeigt (Dilling et al., 2000, S. 281).

4.3.1.1 Frühkindlicher Autismus (F84.0)

Insgesamt müssen jeweils mindestens sechs Symptome der klassischen Triade (1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion, 2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation, 3. Stereotypes, repetitives Verhalten) vorliegen, davon mindestens zwei Beeinträchtigungen der sozialen Interaktion und mindestens eine kommunikative Störung sowie ein Symptom repetitiven Verhaltens.

1. Qualitative Beeinträchtigung der sozialen Interaktion

- Unfähigkeit, Blickkontakt, Mimik, Körperhaltung und Gestik zur Regulation sozialer Interaktionen zu verwenden
- Unfähigkeit, Beziehungen zu Gleichaltrigen aufzunehmen mit gemeinsamen Interessen, Aktivitäten und Gefühlen

- Mangel an sozio-emotionaler Gegenseitigkeit, die sich in einer Beeinträchtigung oder devianten Reaktion auf die Emotionen anderer äußert oder Mangel an Verhaltensmodulation entsprechend dem sozialen Kontext
- Mangel, spontan Freude, Interessen oder Tätigkeiten mit anderen zu teilen

2. Qualitative Beeinträchtigung der Kommunikation

- Verspätung oder vollständige Störung der gesprochenen Sprache, die nicht begleitet ist durch einen Kompensationsversuch durch Gestik und Mimik als Alternative zur Kommunikation
- Relative Unfähigkeit, Kontakt zu beginnen oder aufrechtzuerhalten
- Stereotype oder repetitive Verwendung der Sprache
- Auffällige Sprachmelodie, auffälliges Sprechverhalten (Echolalie, Phonogramphismus, Pronominalumkehr, Neologismen, Eigensprache)
- Mangel an verschiedenen spontanen Als-ob- Spielen oder sozialen Imitationsspielen

3. Eingeschränktes, stereotypes, repetitives Interesse – und Aktivitätsrepertoire

- Umfassende Beschäftigung mit gewöhnlich mehreren stereotypen und abgegrenzten Interessen, die in Inhalt und Schwerpunkt abnorm sind oder ein oder mehrere Interessen ungewöhnlicher Intensität und Begrenztheit
- Offensichtlich zwanghafte Anhänglichkeit an spezifische, nicht-funktionale Handlungen oder Rituale
- Stereotype und repetitive motorische Manierismen mit Hand- und Finger oder des gesamten Körpers
- Vorherrschende Beschäftigung mit Teilaspekten oder nicht funktionalen Elementen des Spielmaterials wie Geruch, Oberflächenbeschaffenheit, Geräusch

4.3.1.2 Asperger –Syndrom (F 84.5)

1. Es fehlt eine klinisch eindeutige allgemeine Verzögerung der gesprochenen oder rezeptiven Sprache oder der kognitiven Entwicklung. Die Diagnose verlangt, dass einzelne Worte bereits im zweiten Lebensjahr oder früher und kommunikative Phrasen im dritten Lebensjahr oder früher benutzt werden. Selbsthilfefertigkeiten,

adaptives Verhalten und Neugier an der Umgebung sollten während der ersten drei Lebensjahre einer normalen Entwicklung entsprechen. Allerdings können gewisse Rückstände in der motorischen Entwicklung auftreten und eine motorische Ungeschicklichkeit ist ein häufiges diagnostisches Merkmal. Isolierte Spezialfertigkeiten, oft verbunden mit einer auffälligen Beschäftigung sind häufig, aber für die Diagnose nicht erforderlich.

2. Qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktion (entsprechend der Kriterien für Autismus)
3. Ein ungewöhnlich intensives umschriebenes Interesse oder begrenzte, repetitive und stereotype Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (entsprechend dem Kriterium für Autismus).

Um den frühkindlichen Autismus (Kanner) von einer autistischen Psychopathie (Asperger) unterscheiden zu können, seien in der folgenden Übersicht (Tab. 1) die wichtigsten Kennzeichen einander gegenübergestellt (vgl. Remschmidt, 2005, S. 23).

Tab. 1: Differentialdiagnose autistischer Syndrome (vgl. Remschmidt, 2005, S. 23)

	Frühkindlicher Autismus	Autistische Psychopathie
Erste Auffälligkeiten	Meist in den ersten Lebensmonaten	Markante Auffälligkeiten etwa vom dritten Lebensjahr an
Blickkontakt	Zunächst oft fehlend, später selten, flüchtig, ausweichend	Selten, flüchtig
Sprache	Später Sprachbeginn, häufig sogar Ausbleiben einer Sprachentwicklung (ca. 50%) Stark verzögerte Sprachentwicklung Die Sprache hat anfänglich keine kommunikative Fähigkeit (Echolalie)	Früher Sprachbeginn, rasche Entwicklung einer grammatischen und stilistischen hochstehenden Sprache. Die Sprache hat immer eine kommunikative Funktion, die allerdings gestört ist (Spontanrede)
Intelligenz	Meist erheblich eingeschränkte intellektuelle Leistungen, charakteristische Intelligenzstruktur	Gute, bis durchschnittliche intellektuelle Leistungen, Intelligenzschwäche selten
Motorik	Keine Einschränkungen, sofern nicht eine zusätzliche Erkrankung vorliegt	Auffällige Motorik: Motorische Ungeschicklichkeit, grob- und fein motorische Koordinationsstörungen, Ungelenke und linksische Motorik

4.3.1.3 Atypischer Autismus (F 84.1)

Der atypische Autismus unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus dadurch, dass Kinder entweder nach dem dritten Lebensjahr erkranken (atypisches Erkrankungsalter) und nicht alle Symptome aufweisen (atypische Symptomatik), oder sowohl nach dem dritten Lebensjahr erkranken als auch nicht alle Symptome aufweisen (atypisches Erkrankungsalter und atypische Symptomatik). Autistische Kinder mit atypischen Erkrankungsalter zeigen hinsichtlich der Symptome das Vollbild des frühkindlichen Autismus, welches sich bei ihnen jedoch erst nach dem dritten Lebensjahr manifestiert (vgl. Poustka et al., 2004, S. 76). Am häufigsten tritt atypischer Autismus bei Kindern mit schwerster Intelligenzminderung auf, dadurch ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire besitzen oder auch bei schweren umschriebenen Entwicklungsstörungen der rezeptiven Sprache (vgl. Dilling et al., 2000, S. 283f.).

4.3.1.4 Rett-Syndrom (F 84.2)

Das Rett-Syndrom, bislang nur bei Mädchen beschrieben, beschreibt einen typischerweise teilweisen oder vollständigen Verlust von erworbenen Fähigkeiten im Gebrauch der Hände und der Sprache zwischen dem siebten und 24. Lebensmonat nach einer weitgehend normalen frühen Entwicklung. Zwar bleibt meist eine Art „soziales Lächeln“ bestehen, ein Interagieren in der frühen Kindheit jedoch ist nicht möglich. Später erst entwickeln diese Kinder eine bessere soziale Fähigkeit, Selbstverletzungen und komplexe stereotype Bewegungen oder Rituale sind im Gegensatz zum Autismus nur sehr selten vorhanden (vgl. Dilling et al., 2000 zit. n. Probst, 2003, S. 474).

Ab dem zweiten Lebensjahr kann Klicpera & Innerhofer (1999, S. 270) zufolge eine hohe Treffsicherheit in der Diagnosestellung gewährleistet werden. Schwieriger gestaltet es sich in der Zeit davor, da die sprachliche und kognitive Entwicklung noch nicht so testfähig sind. Baron-Cohen et al. (1992/1996 zit. n. Klicpera & Innerhofer, 1999, S. 122f.) entwickelten ein Screening Instrument und dieses konnte bei Vorsorgeuntersuchungen für Kinder ab 18 Monaten eingesetzt werden. Dabei werden die Beobachtungen der Eltern berücksichtigt.

Die Diagnosestellung unterstützend, kommt die sogenannte „checklist for autism in Toddlers“ (CHAT), 1992 von Baron-Cohen entwickelt, als Erkennungsinstrumentarium zur Anwendung. Einsatz findet dieses Assessment speziell bei Kindergarten-, Lehr-, Gesundheits- und Krankenpflege als auch ärztlichem Personal. Anhand von fünf Verhaltensweisen können mit großer Wahrscheinlichkeit Verdachtsmomente festgestellt werden, die im späteren Verlauf in einer Diagnose münden sollten (vgl. Bernard-Opitz, 2005, S. 15f.). Angesichts eines umfassenden und ausführlichen Diagnosegeschehens bei autistischen Erkrankungsbildern, ist Beratung durch erfahrene Psychologinnen bzw. Psychologen und Diagnostikerinnen bzw. Diagnostiker in allen Stadien der Diagnosefindung von zentraler Bedeutung. Und da im Rahmen klinischer Diagnosefindungsprozesse vielfach stationäre Aufenthalte unumgänglich sind, brauchen auch professionell Pflegende Fachkenntnis und Beratungskompetenz, um ihrerseits Eltern und Kindern hilfreich unterstützen, begleiten und beraten zu können.

4.3.2 Differenzialdiagnosen

Wie Poustka et al. (2004) aufgezeigt haben, kann frühkindlicher Autismus durch Erfahrung und eingehende Diagnostik zuverlässig klassifiziert bzw. von anderen psychiatrischen Störungen differenziert werden. Es handelt sich den Autoren zufolge um vier Abgrenzungsdimensionen (Abb. 6).

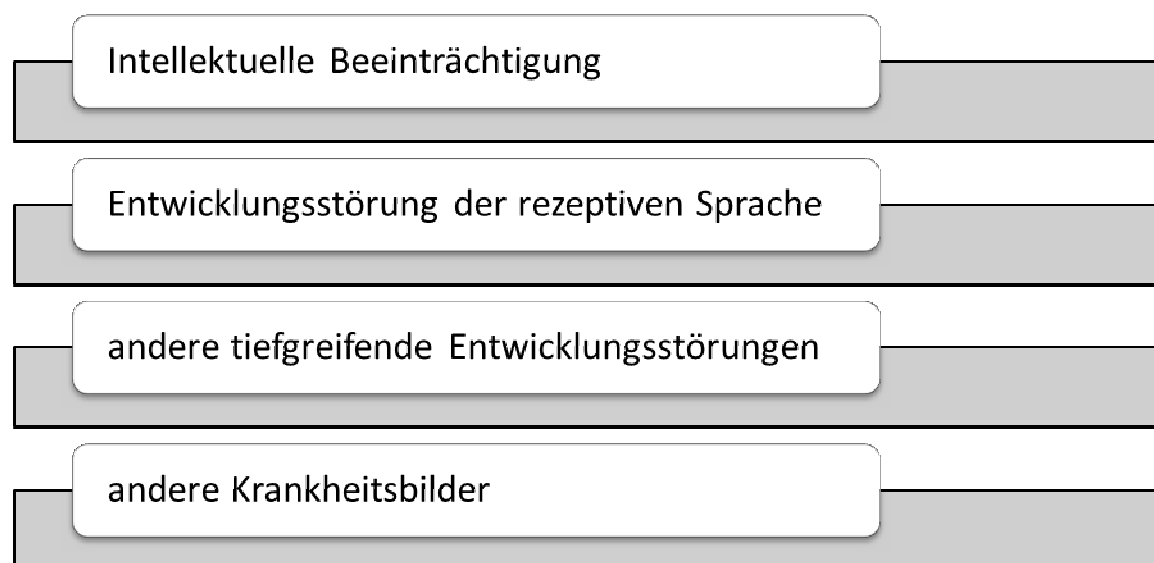


Abb. 6: Differentialdiagnostische Abgrenzungsdimensionen zum Autismus (Eigene Darstellung)

1. Abgrenzung zur intellektuellen Beeinträchtigung: Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal zwischen autistischer Störung und der intellektuellen Beeinträchtigung ist das deutlich beeinträchtigte und qualitativ andersartige soziale und kommunikative Verhalten.
2. Abgrenzung zur Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache: Im Unterschied zu Kindern mit autistischer Wahrnehmung haben jene mit rezeptiver Sprachbeeinträchtigung einen meist „normalen“ sozialen Austausch, ein „normales“ „So tun als ob Spiel“, einen „normalen“ Gebrauch der Gestik und zeigen „normale“ Reaktionen auf elterlichen Zuspruch.
3. Abgrenzung zu anderen tiefgreifenden Entwicklungsstörungen: Hierzu zählt vor allem das Rett-Syndrom, obgleich die Abgrenzung besonders zu leichten Fällen von Autismus als schwierig beschrieben wird.
4. Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern: Die Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern bedeutet vordergründig psychiatrische Erkrankungen wie bspw. Schizophrenie, Mutismus oder Angstsyndrome auszuschließen.

Der ICD – 10 entsprechend, sind folgende Differentialdiagnosen von Bedeutung (vgl. Freyberger & Cooper, 2006):

- *Andere tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.2)*
- *Intelligenzminderung (ohne Autismus) (F72, F73)*
- *Expressive, rezeptive Sprachstörungen und Landau – Kleffner-Syndrom (F80.1, F80.2)*
- *Deprivation (Z62.4, Z62.5)*
- *Schizophrenie (F20)*
- *Schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)*
- *Mutismus (F 94.0)*
- *Bindungsstörungen (F94.1, F 94.2)*
- *Angststörungen (F41)*

4.4 Komorbiditäten bei frühkindlichem Autismus

Um einen Einblick in die Komplexität autistischer Entwicklungsstörungen gewähren zu können und schließlich die Folgerung denkbarer und notwendiger Beratungskompetenzen für die pflegeprofessionelle Disziplin zu ermöglichen, erfolgt im Weiteren eine rudimentäre Darlegung von Komorbiditäten.

Führende Forschungsgruppen haben sich bereits mit der Frage nach validen und zuverlässigen Methoden zur Identifikation psychiatrischer Komorbiditäten bei Autismus (Tab. 2) beschäftigt (vgl. Leyfer et al., 2006, S. 850; vgl. Towbin et al., 2005, S. 452), wobei in einer Studie über die Begleitsymptomatik tiefgreifender Entwicklungsstörungen festgestellt werden konnte, dass insgesamt betrachtet, Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungen und einer Intelligenzminderung ein Mehr an somatischen Begleiterkrankungen, insbesondere Epilepsie, und ein Mehr an Auffälligkeiten bei der psychosozialen Anpassung zeigten, als jene ohne Intelligenzminderung (vgl. Noterdaeme & Hutzelmeyer, 2010, S. 269). Poustka (2004, S. 63) konstatiert in diesem Zusammenhang eine ungefähre Zahl von 20 Prozent an Epilepsie erkrankten Kindern bei gleichzeitigem Bestehen von frühkindlichem Autismus. Unabhängig von der Intelligenz, konnten etwa bei der Hälfte der untersuchten Personen motorische Auffälligkeiten erkannt werden (vgl. Noterdaeme & Hutzelmeyer, 2010, S. 270).

Tabelle 2 soll einen Überblick über Häufigkeiten anzutreffender Komorbiditäten bei Autismus geben und so Rückschlüsse auf Zusammenhänge bei Bestehen von Autismus ermöglichen.

Tab. 2: Komorbiditäten bei autistischen Kindern (vgl. Leyfer et al., 2006 zit. n. Sinzig, 2011, S. 54ff.)

Häufigkeit (%)	Komorbidie Symptome
~50-60	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
~44-80	Schlafstörungen
~10-40	Angststörungen
~35	Zwangsstörungen
~10	Oppositionelle Störung des Sozialverhaltens
~3-4	Bipolare Störung

4.5 Erklärungsgenese und Therapieansätze

Ursprünglich nahm Kanner (1943, S. 217) an, dass Autismus eine angeborene Erkrankung sei. Diese These verwarf er zu Gunsten einer neuen Hypothese, in welcher die Eltern als Schuldträger, im Konkreten als „Eiskasteneltern“ bezeichnet wurden. Als die Forschung mehr und mehr biologische Faktoren als mögliche Ursachen identifizierte, entschuldigte sich Kanner ausdrücklich bei Eltern und Kollegen, da letztere (z.B. Gillberg & Schaumann, 1982; Cox et al., 1975; Rutter et al., 1999 zit. n. Poustka et al., 2004, S. 94) das angebliche Schuldverhalten der Eltern widerlegen konnten. Insbesondere belegt wurde, dass autistische Kinder gesunde Geschwister haben, es keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen Elternverhalten und Autismus gibt und deprivierte Kinder sich nach einer Adaptierung des Umfeldes wieder normalisieren (vgl. Poustka et al., 2004, S. 94).

Eltern werden heute als wichtiger Teil in allen therapeutischen Interventionen gesehen. Besonders Klicpera & Innerhofer (1999, S. 264) betonten die Wichtigkeit eines familienbezogenen Behandlungsplans indem sie den zentralen Teil des pädagogisch-therapeutischen Bemühens darin sehen, der Familie zu helfen mit einem autistischen Kind zu leben, wie auch später noch ausführlicher dargelegt werden wird. *„Wichtig ist, das Kind und Familie stets zu ermutigen, zu unterstützen und das Bestmögliche für die betroffenen Kinder und deren Familien zu erreichen“* (Poustka et al., 2004, S. 92).

Gegenwärtige Therapien setzen in der Früherkennung an und beginnen somit mit einer Frühförderung des Kindes um primären Entwicklungsstörungen entgegenwirken, und vorhandene Ressourcen entdecken zu können (vgl. Kusch & Petermann, 2002, S. 432). Ferner wird bei der Erforschung von Autismus der Blick verstärkt auf Stärken und Schwächen, als auf die Erklärung des autistischen Defizits gerichtet. Diese Perspektive wiederum kann zu neuen Interventionsformen mit dem Ziel führen, die Fähigkeiten und Ressourcen des betroffenen Kindes zu fördern und Defizite zu verringern (vgl. Golan & Baron – Cohen, 2010, S. 135).

Freitag (2010), die sich in einer Übersichtsarbeit mit empirisch überprüften Frühfördermethoden bei autistischen Störungen beschäftigte, verwies darauf, dass lediglich die individuelle Verhaltenstherapie, verhaltenstherapeutisch basierte Gruppentherapien und fami-

lienbasierte verhaltenstherapeutische Interventionen ausreichend empirisch überprüft sind. Da aber vergleichenden Studien zu den einzelnen Förderprogrammen fehlen, können auch keine Empfehlungen ausgesprochen werden (vgl. Freitag, 2010, S. 256).

(Klein-)Kinder lernen vor allem über das Spiel. Finden in der Spielentwicklung Verzögerungen oder Beeinträchtigungen (wie z.B. quantitative oder qualitative Einschränkungen des funktionellen oder Symbolspiels) statt, so beeinträchtigt diese Tatsache auch die kognitive wie soziale Weiterentwicklung des Kindes (vgl. ebd., S. 250).

Fallstudien von Goldstein, Kaczmarek, Pennington und Schafer (1992 zit. n. Jenny, 2010, S. 198) haben bewiesen, dass es bei non-verbalen und verbalen Kindern mit autistischer Störung eine verbesserte soziale Interaktion im Spiel mit Gleichaltrigen gibt. Es ist zudem eine wissenschaftlich bestätigte Tatsache, dass sich die sozialen und kommunikativen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen mit autistischen Störungen verbessern lassen (vgl. ebd.). Ergänzende Maßnahmen stellen die Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie dar. Sie können bereits im Kontext der Frühförderung eingesetzt werden und helfen bei der Entwicklung von motorischen Fähigkeiten und Sprache (Poustka et al., 2004, S. 52ff.).

Die medikamentöse Therapie kann ebenso ein wichtiger Teil eines umfassenden Therapieprogramms sein, wie bspw. bei der Behandlung von Begleitsymptomen (z.B. aggressives Verhalten, Ängste, Anfallsleiden, ...) bei Krisen oder Selbstverletzungen. Unabdingbar ist eine sorgfältige Indikationsstellung und ein kontinuierliches Monitoring sowie diverse Untersuchungen (vgl. ebd.).

Jedenfalls von Bedeutung ist, dass die Eltern ausreichende Information über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen erhalten, da nur so die Grundlage für eine gemeinsame Arbeit und Akzeptanz geschaffen wird. Die Erfordernis hierfür ergibt sich nicht zuletzt aus Ergebnissen einer Studie (Puttich, 1987 zit. n. Dinges & Worm, 2003, S. 287) die besagt, dass von 82 Eltern mit autistischen Kindern 81% skeptisch gegenüber Medikamenten eingestellt sind.

Das autistische Erkrankungsbild ist ein vielschichtiges und komplexes. Schwierigkeiten in der Diagnostik bzw. Abgrenzung zu anderen Störungen und mannigfaltige Therapie- bzw. Betreuungsansätze erfordern umfangreiche Sachkenntnis. Die Auswirkungen auf das familiäre System stehen hierbei im Fokus des pflegefachlichen Aktionsradius, weshalb diese im Zentrum der nachfolgenden Ausführungen stehen. Nur so wird ein bedürfnisgerechtes Handeln für die betreuenden Individuen und Gruppen möglich.

5 Situation von Angehörigen autistischer Kinder

Die bisherigen Darlegungen versuchten, Nachvollziehbarkeit für eine besondere Bedürfnislage von Angehörigen (Eltern) autistischer Kinder zu erzeugen bzw. zu gewährleisten. Um jedoch als Conclusio dieser literatur- und fallgestützten Auseinandersetzung konkrete pflegerelevante Kompetenzen für die Beratung der Angehörigen – der Eltern im Speziellen - extrahieren zu können, muss die Bedürfnislage als Folge einer autistischen Erkrankung näher betrachtet werden. Diesbezüglich erfolgte bereits eine erste Zusammenschau zur Komplexität von Beratung im Kontext autistisch erkrankter Kinder. Die Auswirkungen auf das familiäre System spielen dabei eine zentrale Rolle.

5.1 Auswirkungen auf Familie und informelles Pflegesystem

Wie schon zu anfanglich erwähnt, haben *„Pflegernde ... den Auftrag sowie die ethische und moralische Verpflichtung, Familien in die Gesundheitsversorgung miteinzubeziehen“* (Wright & Leahey, 2009, S. 29). Die vielen Publikationen wie z.B. die Monografie *„The Family Nurse: Frameworks for Practice“* von Madrean Schober und Fadwa Affara (2001) weisen auf die immense Bedeutung der Familie für die Pflege hin. Innerhalb einer Familie bestehen unterschiedliche Beziehungen und komplexe reziproke Abhängigkeiten, die es hinsichtlich einer fundierten, darauf abgestimmten Beratung im Kontext Familie und Pflege zu berücksichtigen bzw. als Fundament der praktischen Arbeit zu betrachten gilt (vgl. Eckert, 2002, S. 22 zit. n. Tilg, 2008, S. 31). Eine explizite Forderung nach Berücksichtigung der Eltern findet sich mittlerweile auch in fast allen Ansätzen der kindertherapeutischen Praxis (vgl. Ritterfeld, 1997, S. 77).

Miller (1997 zit. n. Tilg, 2008, S. 32) bezeichnete das Leben mit einem erkrankten Kind als „harte Probe“, vor allem für eine Partnerschaft, wobei letztere ganz besondere Bedeutung für den Familienprozess hat (vgl. Eckert, 2002, S. 23 zit. n. ebd.). Die Familie nimmt nämlich bei der Bewältigung einer Erkrankung eine zentrale Funktion ein. Insbesondere bei der Angehörigen- oder informellen Pflege müssen gewohnte Muster und Abläufe innerhalb einer Familie neu strukturiert werden (vgl. Seidl et al., 2007b, S. 19 zit. n. Schefel, 2009, S. 86). Ein autistisches Kind zu haben im speziellen bedeutet Willensstärke und ambitioniertes Verhalten, denn allein die Frage nach der Wohnsituation und der Verfüg-

barkeit von Betreuungs- und Therapieeinrichtungen stellt eine Herausforderung dar und bedarf weitreichender Überlegungen (vgl. Lerchenberger, 2010, S. 23). Die Bedürfnisse des erkrankten Kindes bestimmen hierbei die Routinen und Alltagsstrukturen (vgl. Bachmann, 2010, S. 35). Wie ein familiäres System aussieht und sich Beziehungen darin gestalten bzw. zu anderen Systemen verhalten soll in Abb. 7 veranschaulicht werden. Was dabei unter dem Begriff Familie verstanden wird, hängt letztlich vom begrifflichen Verständnis der Betroffenen ab (vgl. Schnepf, 2006, S. 62 zit. n. Scheffel, 2009, S. 84). Robinson (1995 zit. n. Kean, 2001, S. 54) stellt dazu fest, dass eine Person stets in mehreren Bereichen einer Familie koexistiert, weshalb das Subjekt und die Familie als in sich verflochtene Systeme beschrieben werden können. Festzuhalten ist, dass sich Familien durch zirkuläre Interaktionsmuster und eine familienspezifische Organisationsstruktur auszeichnen (vgl. Kean et al., 2001, S. 37) und ein Familiensystem mehr ist, „...als die Summe seiner Teile“ (ebd., S. 33).

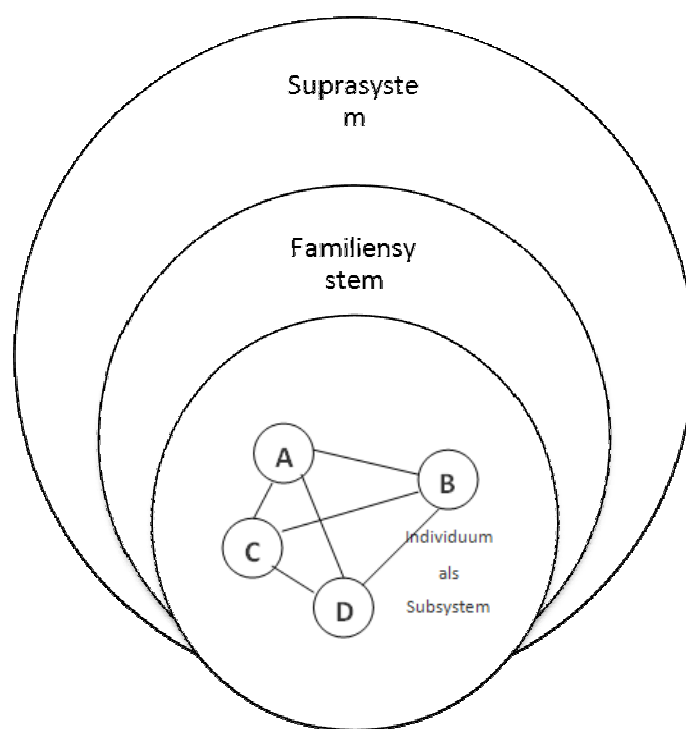


Abb. 7: Das familiäre System (eigene Darstellung nach Wrights & Leahey, 2009, S. 49)

Als besonders einschneidend und existentiell beschreiben Eltern jedenfalls die Zeit der Diagnosestellung. „Sie schildern Gegenwarts- und Zukunftsängste, Hilfslosigkeit, innere Leere, Frustration, Angst vor Behinderung sowie Selbstmitleid und den Wunsch nach

Isolation“ (ebd.). Alleine die Äußerung einer Verdachtsdiagnose löst bei Eltern tiefe Beunruhigung aus, wie die Aussage einer Mutter im Rahmen eines qualitativen Interviews von Bumba (2010, S. 73) zeigt: „...*das ist eine gewisse Beunruhigung, weil so lustig ist das auch nicht, wenn man sich vorstellt, dass es vielleicht etwas ist, was wohl nicht weggeht...*“. Die endgültige Diagnose ist aber wichtig, um endlich Klarheit und Struktur im Leben gewinnen und sich auf die veränderte Lebenssituation adäquat einstellen zu können (vgl. ebd., S. 74). Sobald allerdings die Anforderungen die sich aus der Versorgung eines autistisch erkrankten Kindes ergeben die zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigen, geraten pflegende Angehörige zusätzlich unter Stress (McCarty, 1996; White et al., 1992; Eisdorfer, 1991; Cohen et al., 1990; Pruchno & Resch, 1989 zit. n. Lubkin, 2002, S. 405). Stress lässt sich vor diesem Hintergrund als „...*Störung von Bedeutungs- und Sinnzusammenhängen...*“ verstehen, „...*so dass Schaden, Verlust oder Herausforderung erfahren werden und Trauer, Interpretation und der Erwerb neuer Fertigkeiten notwendig sind*“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 85).

Elternteil eines Kindes mit autistischer Störung zu sein bedeutet Stress, weil mit der Erkrankung zahlreiche Herausforderungen verbunden sind, die mit dem Syndrom in Zusammenhang stehen. Die Herausforderungen ergeben sich u.a. aus der erforderlichen Veränderung der Kommunikation und der unentwegt nötigen Wachsamkeit dem Verhalten des Kindes gegenüber (Aggressionen, stereotype Bewegungen, mangelnde Selbstpflegefähigkeiten, ...) (Phetrasuwan & Miles, 2009, S. 158). Gerade für Mütter stellen autistisch erkrankte Kinder eine zu bewältigende Aufgabe dar, schließlich sind sie die primären pflegenden Angehörigen (Bumba, 2010, S. 34; Phetrasuwan & Miles, 2009, S. 158). Und wenn Mütter Stress erleben, fällt es ihnen besonders schwer, Gefühle auszudrücken, unterdrücken ihre Affekte, wodurch wiederum eine rascher eintretende Überforderungsemotion provoziert wird (vgl. Duarte et al., 2005 zit. n. Bumba, 2010, S. 34). Und da die Stressdosis nicht nur von der individuellen Bewertung abhängig ist, sondern auch von der Häufigkeit und Intensität, sind die Mütter aber auch alle anderen pflegenden Angehörigen einem hohen gesundheitlichen Risiko ausgesetzt, wenn keine entsprechenden Coping-Strategien bzw. professionelle Hilfe zum Einsatz kommen (vgl. Schwarz & Natour, 2006, S. 9). Diese Tatsache hat insofern Bedeutung, als „*dass der Pflegeaufwand...markant über der regulären Versorgung einer im allgemeinen Sinne pflegebedürft-*

tigen Person liegt“ (Fröhlich, 1986, S. 178 zit. n. Schnepp, 2002, S. 45). Mishels (1988a, 1990 zit. n. Lubkin, 2002, S. 405) Theorie der „krankheitsbedingten Ungewissheit“ hierauf anwendend muss angemerkt werden, dass sich der damit in Zusammenhang stehende Stress aus der Ungewissheit heraus entwickelt, wie lange der erhöhte Bedarf an nötiger Versorgung anhalten wird.

Durch die Übernahme der Pflege einer angehörigen Person kommt es zudem zu einer Veränderung von Rollen, Verantwortlichkeiten und Erwartungen innerhalb des bisherigen familiären Gefüges (vgl. Holuscha, 1992, S. 68 zit. n. Schwarz & Natour, 2006, S. 6). Gerade wenn Eltern die Hauptbetreuung eines autistisch erkrankten Kindes übernehmen, äußern gesunde Geschwister bspw. oftmals das Gefühl, zu wenig wahrgenommen zu werden und sind der Ansicht, unrealistische Forderungen der Eltern erfüllen zu müssen (vgl. Gallo, 1988 zit. n. Lubkin, 2002, S. 412f.).

Auch das gesellschaftliche Leben einer Familie mit einem autistisch erkrankten Kind wird durch individuelle Lebensbedingungen die im Kontext sozialer Netzwerke stehen charakterisiert. Wesentlich hierbei ist die Konfrontation mit mannigfaltigen, häufig belastenden Umweltreaktionen auf die Behinderung des Kindes (vgl. Tilg, 2008, S. 101f.). Auch daraus resultieren Veränderungen im Alltag, da die Gestaltung sozialer Netzwerke insgesamt nicht zuletzt durch Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber behinderten Menschen geprägt wird (vgl. ebd., S. 102).

Die Vermeidung öffentlicher Demütigung scheint häufig der gangbarste Weg für eine Familie zu sein, trägt allerdings nicht zur Integration autistischer Kinder bei (vgl. Larchenberger, 2010, S. 39). Das familiär aufgebaute Netzwerk bestehend aus Verwandten, Bekannten, Freunden u.a. hat in diesem Kontext im Sinne des Substitutionsprinzips besonders große Bedeutung. Das bedeutet, dass bei schwierigen und belastenden Lebenssituationen immer zuerst das Netzwerk des Betroffenen eingreift um die Probleme zu mindern und erst danach institutionell verankerte Hilfen zur Anwendung kommen (vgl. ebd.). Trotzdem ist für Angehörige bzw. Eltern von autistischen bzw. chron. kranken Kindern die Tatsache rechtlicher Unbeholfenheit bzw. die Nicht-Existenz einer individuellen, bedürfnisorientierten Pflegebegutachtung von besonderer Problematik (vgl. ebd.). Der im

österreichischen Gesetz fehlende Pflegebedürftigkeitsbegriff trägt hierzu bei, da sich dem österr. Pflegegeldgesetz (BGBl II Nr. 37/1999) entsprechend, der Pflegebedarf aus dem Betreuungs- und Hilfsbedarf zusammensetzt, die Pflegebedürftigkeit selbst jedoch keinen Stellenwert einnimmt.

Unumstritten ist die Tatsache, dass organisatorische Meisterleistungen im Alltag erbracht werden müssen, „...um notwendige Therapien für das autistische Familienmitglied, die Haushaltsführung, anfallende Termine und sonstige Anforderungen...“ (Lorenz, 2003, S. 361f. zit. n. Lerchenberger, 2010, S. 39). bewältigen zu können. Bei all diesen zu bewältigenden Anforderungen sind die dabei vorhandenen Bedingungen wie bspw. personelle oder finanzielle Ressourcen für das Ausmaß und die Art der Belastungen die die Familie zu bewältigen hat, ausschlaggebend.

Der Wunsch nach Normalität steht bei der Familie besonders im Vordergrund. Normalität bedeutet beziehungsweise auf chronisch kranke, also auch autistische Kinder, „...dass sich diese so verhalten können wie andere Kinder im gleichen Alter“ (Bachmann, 2010, S. 36). Aber genau das ist etwas, das bei einem autistischen Erkrankungsbild unwahrscheinlich ist, wie das später dargelegte Fallbeispiel verdeutlichen wird. DeGrace (2004 zit. n. Bumba, 2010, S. 35) zur Folge wird der Alltag einer Familie mit einem autistischen Kind zur Gänze auf die Behinderung ausgerichtet. Dies impliziert die Annahme einer familiären Identität namens Autismus. Es gilt, selbstpflegerische Bedürfnisse eines autistisch erkrankten Menschen ein Leben lang zu erfassen, wodurch gesundheitliche Einbußen ein häufiges Resultat darstellen. Die Hälfte der Familienmitglieder leidet zudem an psychologischen Problemen und es werden Störungen in der Familiendynamik empfunden (vgl. Bilgin et al., 2009 zit. n. Bumba, 2010, S. 37). Es besteht auch kein Zweifel daran, dass die Pflege eines autistischen Kindes zu Angstgefühlen führt (vgl. Patterson, 1988; Wade et al., 1986; Wellisch et al., 1983 zit. n. Lubkin, 2002, S. 408). „Diese Gefühle beziehen sich auf den Gesundheitszustand des Klienten, auf die eigenen Gefühle von Vulnerabilität und Kontrollverlust, auf die Auswirkungen der Krankheit und Pflege auf andere Familienmitglieder und schließlich auf die Erschöpfung finanzieller Mittel“ (Pederson & Valanis, 1988; Patterson, 1988 zit. n. Lubkin, 2002, S. 408).

Hinzu kommt das Erleben eines „Sich-selbst-verlierens“ infolge der Vereinnahmung durch die Rolle des Pflegenden (Skaff & Pearlin, 1992, S. 656 zit. n. ebd., S. 410). Damit einher gehen eine Verringerung des Selbstwertgefühls, eine Beeinträchtigung der emotionalen Stabilität und depressive Verstimmungen (vgl. ebd.). Ferner ist – vor allem unter Frauen – das Gefühl von Isolation weit verbreitet, denn die Familie wird als „...anders, isoliert und unverstanden...“ (Patterson, 1988 zit. n. Lubkin, 2002, S. 411) erlebt.

Allwicher (2010, S. 101) fasst in einer Grafik wesentliche Belastungsformen für pflegende Angehörige im Allgemeinen zusammen und unterstreicht hierbei auch mögliche Variationen. Eine Reduktion seiner Darstellung soll die mannigfaltigen Probleme und die Determinanten für die Stärke des Auftretens aufzeigen (Abb. 8).

Belastungsfaktoren	Variationen subjektiven Belastungserlebens
• Überforderung zu Beginn des Pflegearrangements • Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit • Fehlende Hilfsmittel • Fehlende Anerkennung • Fehlende Beratung • Konflikt informelles-institutionelles System • Nachlassen sozialer Kontakte • Beziehungs- und Familienprobleme • Isolation, Entfremdung • Ökonomische Belastungen • Fehlende Freizeit	• Höhere Belastung bei höheren sozialökonom. Status • bei fehlender Pflegeerfahrung • bei fehlenden konstruktiven Coping Styles und Ressourcen

Abb. 8: Belastungsfaktoren und deren Variation (eigene Darstellung nach Allwicher, 2010, S. 101)

Die Grenzen zwischen Be- und Überlastung sind als fließend zu beschreiben, letztere kommt zum zumeist zum Vorschein, wenn Machtlosigkeit den Symptomen gegenüber empfunden wird (vgl. Bumba, 2010, S. 78). Die familiäre Situation bzw. jene pflegender Angehöriger autistisch erkrankter Kinder stellt sich also für die Beteiligten als Herausforderung dar, die es aber – anders als bei akuten Geschehen – ein Leben lang zu meistern gilt. Vorurteile der Gesellschaft, der Umgang mit den Symptomen von Autismus, Stress

durch z.B. auftretende Veränderungen im Alltag, gesundheitliche Probleme, Schuldgefühle, Ängste, finanzielle Konsequenzen, Einbußen in den sozialen Kontakten sind nur einige Beispiele für auf das Individuum und die Familie einflussnehmende Faktoren. Es sind Strategien gefragt, wie man zukünftig die Ressourcen pflegender Angehöriger unterstützen bzw. fördern kann. Vor diesem Hintergrund gilt es die Selbst- und informelle Pflegefähigkeit zu erhalten bzw. zu fördern, denn *„...primäre Aufgabe der Pflegenden ist es, ...die Menschen in ihrem Umfeld anzuleiten und sie zu befähigen“* (Blanc & Ackermann, 2003, S. 17).

5.2 Konsequenzen für den pflegeprofessionellen Beratungsprozess

Angehörige äußern zunehmend den Wunsch nach interdisziplinärer Begleitung im gesamten Verlauf der informellen Pflege (vgl. Scheffel, 2009, S. 90) und sehnen sich nach der „Hilfe aus einer Hand“ (vgl. Bachmann, 2010, S. 36). Die Eltern chronisch kranker Kinder wünschen sich vor allem familienentlastend wirkende Informationen, individuelle und wertschätzende Begleitung und Beratung, *„...sowohl in gesundheitlichen Fragen, als auch in erzieherischer und sozialpsychologischer Hinsicht“* (ebd.). Leider muss die gegenwärtige Unterstützung für Familien mit autistischen Kindern als mangelhaft beschrieben werden und *„...sie finden nur mit Mühe und Not geeignete und hilfsbereite Institutionen, die ihnen einen positiven Weg zeigen, mit der Behinderung umzugehen“* (Bumba, 2010, S. 98).

Hall (2005 zit. n. Ihle, 2008, S. 73) legt dem mit einer phänomenologischen Studie zugrunde, dass Eltern eine solche Situation vergleichen mit jener, *„...sich in einer Wildnis ohne Wegweiser zu befinden“*. *„Die Welt ist vollkommen fremd gegenüber dem, was die Eltern bislang kannten und erfahren haben. Sie wollen nahe bei ihrem Kind sein und suchen nach einer Erklärung, fühlen sich unerfahren und unsicher, sind jedoch zugleich aufmerksam und wachsam“* (Pelchat et al., 1998; Burke et al., 1997; Kruger, 1992 zit. n. Ihle, 2008, S. 73). Die frühzeitige Abklärung der individuellen Situation ermöglicht hier das rechtzeitige Erkennen von Problemen und das Aufzeigen von Entlastungsmöglichkeiten (vgl. Blanc & Ackermann, 2003, S. 17). Es gilt die Angehörigen u.a. bei der optimalen Krankheitsbewältigung zu unterstützen (vgl. Schaeffer et al., 2006a, S. 7 zit. n. Schef-

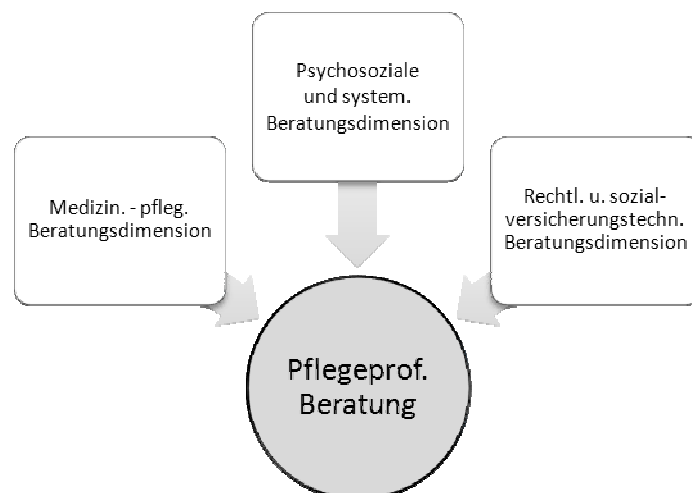
fel, 2009, S. 77) sowie die Autonomie zu stärken. Diese Autonomie und Eigenverantwortung kann nur auf der Basis ausführlicher und kompetenter Informationen entstehen (vgl. Imbery & Sailer, 2009, S. 150). Und da Beratung als Prozess zum Ziel hat, die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ihre Situation unabhängig von Expertinnen bzw. Experten zu bewältigen, wird damit auch die Selbstmanagement-, Selbstpflegefähigkeit der Person (Patienten, Angehörige) gefördert (vgl. Zegelin-Abt, 2002). „Im *Idealfall* wird ein Mensch mit Autismus während des ganzen Lebens begleitet und seine Umgebung auf diese Störung ausgerichtet...“ (Zoppetti, 2009, S. 18). Fest steht, dass Kinder mit Autismus und daher auch deren Angehörige unterschiedliche Bedürfnisse haben und ebenso differenziert die zu leistenden Angebote durch die Pflege dargelegt werden müssen (vgl. Aylott, 2001, S. 172). Hierzu ist es aber unabdingbar, ein bloßes medizinisches Verständnis von Autismus abzulegen und sich dieses Erkrankungsbild mit allen Konsequenzen von seinem sozialen Modell her anzusehen (vgl. ebd.). Staines (2009, S. 6) konstatiert dennoch, dass generell betrachtet, Pflegepersonen nicht immer in der Lage sein werden, die notwendige Betreuung von Menschen mit Autismus und deren Angehörigen anzubieten. Daraus folgend wird eine Verabschiedung von der Idealbetreuung und -beratung impliziert, weshalb umso mehr geboten ist, sich mit der Thematik auseinander zu setzen. Die Auseinandersetzung mit den pflegefachlichen Notwendigkeiten bildet daher die Grundlage für einen kompetenten Beratungsprozess, damit dieser nicht von fachlichen Grenzen determiniert wird (vgl. Beste, 2007, S. 31).

Bezug nehmend auf eine pflegeprofessionelle Beratung von Eltern autistischer Kinder hat Coplan (2000 zit. n. Schnur, 2005, S. 307) ein Modell beschrieben, dass auf vier Prämissen beruht, die im Beratungsprozess Beachtung finden sollten: a) Die Entwicklung ist atypisch und erfolgt auf einem Spektrum von leicht bis schwer, b) die phänotypische Expression von Autismus variiert mit dem Alter, c) jeder Schweregrad von Autismus kann in Kombination mit jedem Grad an Intelligenz auftreten, d) die Prognose steht stellvertretend für die Auswirkungen des Autismus. Einige der Vorschläge beinhalten einen Zeitplan für eine klare Kommunikation, die schrittweise Einführung von Veränderungen, die Planung körperlicher Aktivitäten und die Ermutigung zu positiven Rückmeldungen (vgl. Schnur, 2005, S. 307). Als hilfreich in der Beratung von Familien hat sich jedenfalls die antizipatorische Beratung etabliert, indem vorab versucht wird, mögliche Folgen und

Veränderungen zu ermitteln, so dass positive Anpassungen an die zukünftigen Auswirkungen erleichtert werden (vgl. Peters, 2002, S. 80f.). Dieses Ziel entspricht der Definition von Norwood (2002, S. 55), die den Pflegeberatungsprozess als systematische und auch wissenschaftliche Möglichkeit zur Problemlösung versteht, um eine Situationsverbesserung herbei zu führen. Es gilt dabei darauf hinzuweisen, dass sich zwar die schwerwiegenden Störungen nicht heilen lassen, gezielte erzieherische (d.h. auch pflegepädagogische) und verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Entwicklung von Potential jedoch unterstützend wirken können (vgl. Zoppetti, 2009, S. 18).

Wenn pflegeprofessionelle Beratung der Problemlärung und -bewertung dient, wie es Culley (1996 zit. n. Sauter et al., 2006, S. 523) formuliert, dann stellt die Situationsanalyse in Hinblick auf die individuelle Situation des autistisch erkrankten Kindes und dessen Familie ein fundamentales Beratungsmoment dar. Pflege und Beratung in deren Kontext handlungsorientiert betrachtet, hat hierbei die korrekte Ermittlung des vorhandenen Selbstpflege-Handlungsvermögens in Bezug auf den gegebenen Handlungsbedarf zum Ziel (vgl. Beste, 2007, S. 28). Das betrifft nicht nur das autistische Kind, sondern auch seine Angehörigen, wenn es sich nämlich um unterstützende Prozesse zur Belastungsreduktion und das Wohlbefinden der Beratenen handelt. Fachkompetenz auf dem Gebiet des Autismus ist – analog der verschiedenen Beratungsdimensionen (Abb. 9) – eine obligate Voraussetzung hierfür.

Abb. 9: Dimensionen pflegeprofessioneller Beratung (eigene Darstellung nach Allwicher, 2010, S. 161)



Formelle Beratung der Familienangehörigen, der Eltern im Speziellen, stellt ein prinzipiell flexibles, freiwilliges, nicht bevormundendes und niedrigschwelliges Interaktionsangebot dar, bei der die beratenden Pflegepersonen die zu Beratenden mit Einsatz kommunikativer Mittel und Regeln sowie unter Reflexion dieser Prozesse dabei unterstützen, in Bezug auf rechtliche, sozialversicherungstechnische, psycho-soziale, systemische und medizinisch-pflegerische Aspekte an Wissen, Autonomie, Orientierung und Coping- sowie Lösungskompetenz zu gewinnen (vgl. Allwicher, 2010, S. 149). Dadurch sollen die zuvor beschriebenen Belastungsfaktoren im Sinne einer Ausschöpfung vorhandener Ressourcen und unter Berücksichtigung der Bedingungen des informellen Pflegearrangements stabilisiert bzw. reduziert werden (vgl. ebd.). Das Angebot und das Wissen um familienentlastende Dienste spielen dabei eine nicht unbedeutende Rolle (vgl. Brealy & Davies, 2006, S. 32f.). Angehörige tragen allerdings selten Sorge für ihre Entlastung, weshalb die Vermittlung von Gesprächsgruppen helfen kann, mit emotionalen Belastungen umzugehen (vgl. Schnepf, 2002, S. 23).

Die Wissensvermittlung insgesamt ist insofern bedeutend, als dass so die Kompetenz der Eltern als informell Pflegende gestärkt und die primär asymmetrischen Positionen ausgeglichen werden (vgl. Allwicher, 2010, S. 153). Unter Reflexion und Bewusstmachung der Machtdimension (vgl. Siegrist, 1995 zit. n. Schnepf, 2002, S. 258) sollte die Gestaltung einer „Wir-Beziehung“ zwischen Angehörigen und beratendem Subjekt vor diesem Hintergrund angestrebt werden und kann durch persönliche – und Fachkompetenz, personelle Kontinuität, klare Aufgabenverteilung, gegenseitige Anerkennung, Zuverlässigkeit u.a. Faktoren erreicht werden (vgl. Schnepf, 2002, S. 292ff.).

Das Belastungserleben einer Familie mit einem autistisch erkrankten Kind betrachtend, könnten – aufgrund von analogen Mustern – die von Duijnste (1993 zit. n. Scheffel, 2009, S. 87ff.) für Angehörige von Demenzkranken beschriebenen Faktoren im Belastungserleben prägend für die Beratungsperspektive sein. Die Handhabung (den Umgang mit dem autistischen Kind), die Akzeptanz (Situationsannahme) und die Motivation (persönliche Beweggründe für die Übernahme der Betreuung) analysierend, werden so wesentliche Stützpfiler für den pflegeprofessionellen Beratungsprozess konstruiert (vgl.

ebd.). Tab. 3 gibt einen Überblick über diese beeinflussenden Faktoren und zugeordnete Variationen.

Tab. 3: Beeinflussende Faktoren im Belastungserleben nach Duijnste (1993 zit. n. Scheffel, 2009, S. 88)

Beeinflussende Faktoren	<i>Handhabung</i>	<i>Akzeptanz</i>	<i>Motivation</i>
Variationen	Anpassung	Übereinstimmung	Ausgleich
	Distanz	Burn-Out	Entschädigung
	Voraussicht	Rücksicht	Kongruenz

Neben einem fundierten Assessment kann die beratende Person motivieren und Rückhalt geben, indem sie die Leistungen in aller Form anerkennt und koordinativ tätig wird (USDHHS, 1990 zit. n. Lubkin, 2002, S. 423), da gerade bei Familien mit autistischen Kindern der Wunsch nach „Hilfe aus einer Hand“ besonders groß ist (vgl. Bachmann, 2010, S. 36). Und da pflegende Angehörige dazu neigen bei Konflikten endgültige Entscheidungen zu treffen (vgl. Thompson et al., 1993; Sankar, 1991 zit. n. Lubkin, 2002, S. 422), sollte diesen vorgebeugt und diese Tatsache im pflegerischen Beratungsprozess berücksichtigt werden. Generell aber ist von mündigen Menschen auszugehen und ein „informed consent“ anzustreben. Die differentiellen Merkmale, Persönlichkeitsstruktur, Befindlichkeit, Funktionstüchtigkeit, Wünsche, Umfeld gilt es in jedem Falle sowohl bei Kind als auch seinen Eltern in Pflege und Beratung zu beachten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Familien einer komplexen Situationsdynamik ausgesetzt sind und die Beratung sich an den Bedürfnissen orientiert. Dabei sollte die Beratung auf eine aktive Miteinbeziehung der zu beratenden Eltern bzw. Familienmitglieder im Sinne einer Stärkung der Autonomie abzielen. Es bedarf bedürfnis- und autonomieorientierter Methoden wie „...Aushandlung, Hilfe beim Verständnis der für die Eltern zur Verfügung stehenden Optionen, Einbringen sachlicher und objektiver Gesichtspunkte und die Einbeziehung lebensweltlicher Aspekte“ (Allwicher, 2010, S. 154). Von entscheidender Bedeutung sind dabei motivationale und affektive Komponenten um neue Verhaltensweisen aufzubauen, zu modifizieren oder zu beenden (vgl. Petermann, 1997, S. 32). Letztlich ist das individuelle familiäre System entscheidend für die Beratung und abhängig vom spezifischen Ausprägungsgrad des autistischen Erscheinungsbildes.

6 Einzelfalldarstellung

Die Darlegung der elterlichen Situation hat gezeigt, welche Determinanten für mögliche Beratungsmomente mit spezifischem Bedeutungsgrad im Rahmen fachpflegerischer Auftragserfüllung Berücksichtigung finden müssen. Die in der Literatur identifizierten Bedürfnisse von Angehörigen bzw. Eltern autistisch erkrankter Kinder haben gemeinsam mit jenen des Kindes Eingang in die pflegerische Beratung zu finden. Darum soll nun die Schilderung einer Fallgeschichte der Ableitung von zu erwartenden Bedürfnissen, speziellen Problemstellungen und Besonderheiten der autistischen Erkrankung dienlich sein, um so pflegespezifische Handlungskompetenzen daraus schließen zu können. Ferner wird durch die Darstellung und Interpretation eines Einzelfalles die Ermöglichung größerer Einsicht in das Krankheitsbild sowie Nachvollziehbarkeit für den Schweregrad der Bedürfnisse von Betroffenen und deren Angehörigen angestrebt.

6.1 Theoretische Vorüberlegungen

Die im nächsten Abschnitt beginnende Schilderung eines Einzelfalles orientiert sich – diesen als Untersuchungseinheit betrachtend (vgl. Kraimer, 2002, S. 213) – an verschiedenen Forderungen der qualitativen Methodologie (vgl. Hundenborn, 2007, S. 56ff.; Kraimer, 2002, S. 217ff.) und muss aufgrund der Ausrichtung am zu untersuchenden Subjekt (Hildenbrand 1991a, 1991b; Bude, 1988 zit. n. Kraimer, 2002, S. 219) als nicht standardisiert deklariert werden.

Ein Fall als „...möglichst wirklichkeitsgetreue Aufzeichnung eines Problems...“ (Kaiser, 1985, S. 441 zit. n. Hundenborn, 2007, S. 36) und als zeitlich sowie räumlich abgrenzbare Ereigniskomplexe (vgl. Flehsig, 1996 zit. n. Hundenborn, 2007, S. 36) beschäftigt sich mit der „...Beschreibung einer konkreten Situation aus dem Alltagsleben, die anhand bestimmter Tatsachen, Ansichten und Meinungen dargestellt wird, auf deren Grundlage eine Entscheidung getroffen werden muss“ (Kaiser, 1983, S. 20f zit. n. Hundenborn, 2007, S. 36). Der folgend hier geschilderte Einzelfall dient – bezugnehmend auf Steiner (2005, S. 20ff. zit. n. Hundenborn, 2007, S. 36) – als „Störfall“ zur Ableitung von Beson-

derheiten als auch als „Exemplum“ (vgl. ebd.) zur Veranschaulichung von Beschreibungen der Literatur.

Ein Fall hat der konkreten Wirklichkeit zu entsprechen, sollte überschaubar sein und mehrere Lösungsmöglichkeiten zulassen. Er steht für Exemplarität, Prägnanz und Multiperspektivität als Gegenstück zum linearen Denkmodell (vgl. Hundenborn, 2007, S. 57ff.) und berücksichtigt Regeln wie auch korrespondierende Konzepte, bspw. jene von Kleinig (1982, S. 230ff. zit. n. Kraimer, 2002, S. 219): a) Das Vorverständnis über die zu untersuchende Gegebenheit soll als vorläufig angesehen und mit neuen, nicht kongruenten Informationen überwunden werden; b) der Gegenstand ist erst nach erfolgreichem Abschluss des Findungsprozesses ganz bekannt; c) der Gegenstand soll von allen Seiten angegangen werden, d) die Analyse der Daten erfolgt auf Gemeinsamkeiten hin. Bedeutsam bei der Schilderung bzw. Darstellung des Gegenstandsfeldes ist „... *die dokumentarische Qualität ihrer textförmig vernetzten Daten*“ (Kraimer, 2002, S. 219) und lässt sich dem rekonstruktionslogischen Ansatz und so der objektiven Hermeneutik von Oevermann (1988; 1993; 1996a zit. n. Kraimer, 2002, S. 219) zuordnen. Dem Anspruch nach Modellhaftigkeit nach wissenschaftlichen Prinzipien wie sie Retz (o.J. zit. n. Hundenborn, 2007, S. 60) formuliert hat wird mit der folgenden Falldarlegung nicht vollends entsprochen, da diese lediglich exemplarischen und aufzeigenden Charakter haben soll, so dass die Besonderheiten unter Einbeziehung von Literatur identifiziert werden können. Die Fallschilderung ist somit additiv zu betrachten und keineswegs eine zentrale Dimension dieser Erarbeitung.

Der anonymisierten Schilderung liegen Protokolle der Familienberatungsstelle der Österreichischen Autistenhilfe aus dem Jahre 2007 zugrunde. Die Darstellung vollzieht sich objektiv aus auctorialer Perspektive (im Vergleich zur ICH- oder ER-Perspektive) in geordneter Reihe nach Ablauf der Ereignisse. Die auctoriale Erzählperspektive entspricht Stanzel (1984, S. 28) zur Folge dem Erzähler- und Reflektormodus, wobei das epische Präteritum Fiktionalität und Vergangenheit dort bedeutet, wo ein Erzähler von seinem Jetzt und Hier im Erzählakt aus den Ereignissen berichtet (vgl. ebd.). Die Schilderung erfolgt hierbei in sprachlicher Adaptation an erfolgte Äußerungen und Paraphrasierungen.

6.2 Fallbeispiel

Benni (B.), 16 Jahre

Medizinische Diagnose: Frühkindlicher Autismus

Vorstellungsgrund: Förderung im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter

Benni war ein hübsches, liebes Kind. Er war ein ruhiges Baby und wirkte trinkfaul. Die Mutter stieg rasch auf Flaschennahrung um. Da er keine neurologischen Auffälligkeiten zeigte, beruhigt sie der Arzt. In der Interaktion fiel der Mutter auf, dass B. sich nicht gerne angreifen ließ, dass er sich beim täglichen spielerischen Interagieren wegdrehte und sie nicht richtig anschaute.

Die Untersuchungen bei den Mutter-Kindpass-Kontrollen gestalteten sich als schwierig. Er weinte viel im Alltag und ließ sich nur schwer beruhigen. In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres zeigte er keine Freude beim Herannahen der Mutter. Häufig griff er zu harten Objekten. Robben und Krabbeln begann er erst mit 13 Monaten und dies in umgekehrter Reihenfolge. Die Mutter, die schon eine ältere Tochter hatte und so auf eine differierende Entwicklung aufmerksam wurde, wurde hellhörig und wandte sich an einen Kinderarzt. Sie wurde getröstet mit den Worten, Buben seien langsamer und mit allem später dran. Die Phase des Zeigens und Bringens von Gegenständen fiel ganz weg.

Benni konnte schließlich mit 18 Monaten aufstehen, die ersten freien Schritte machte er mit 22 Monaten. In seiner sprachlichen Entwicklung stellte der Arzt mit 18 Monaten eine Entwicklungsverzögerung fest. B. verbalisierte sich mit ein paar wenigen ein- und zweisilbigen Äußerungen.

Für kurze Zeit versuchte er für ihn wichtige Gegenstände mit zweisilbigen Wörtern zu benennen wie „Ato“ (Auto), „Mamam“ (Essen), „Wawa“ (Hund). Kurz nach seinem 2. Geburtstag hörte er allerdings wieder situationsbezogen zu sprechen auf. Hingegen begann er sich motorisch und sprachlich in stereotypen Mustern zu verlieren. Sein Essverhalten war selektiv und wurde als äußerst schwierig erlebt. Die Nahrung musste püriert werden und voneinander getrennt auf dem Teller liegen. Die Auswahl war einseitig und blieb auf wenige Dinge beschränkt. Auch im Kindergarten änderte sich sein Verhalten

nicht, er aß nur Schwarzbrot. Die Sauberkeitserziehung blieb trotz der Bemühungen des Kindergartens und der Mutter erfolglos. Bennis Spielverhalten stellte sich monoton dar. Er drehte an Rädern, versuchte die unterschiedlichsten Gegenstände als Kreisel zu drehen und beobachtete stundenlang die waschende Waschmaschine. Autos und Züge reihte er zu langen Schlangen aneinander.

Nach langem Suchen eines geeigneten Diagnosezentrums wurde im Alter von drei Jahren – durch psychologische Testung begründet – in einem Ambulatorium für Entwicklungsstörungen die Diagnose des Frühkindlichen Autismus nach ICD F 84.0 gestellt.

Anschließend begannen von der Mutter als lähmend erlebte Wartezeiten auf geeignete Therapien. Die Eltern bezahlten in der Übergangszeit förderliche Musik- und Ergotherapien aus dem privaten Haushalt. Mit vier Jahren konnte er „Ein-Element-Sätze“ nachsprechen. Eine logopädische Betreuung für den kontinuierlichen Spracherwerb brachte nur wenig.

Im Vorschulalter begann er zu zählen und kannte innerhalb kurzer Zeit den Zahlenraum zwischen 1 und 100. Über Operationen mit Zahlen begann er mehr und mehr zu kommunizieren. Die Mutter betrieb intensiv die häusliche Förderung – sie hielt ihn damals für ein Genie – und so erlernte er bis zu seinem sechsten Lebensjahr drei bis vier Elementsätze zu sprechen. Spontane Äußerungen reduzierten sich bei Wunschäußerungen auf „Zwei-Element-Sätze“ (z.B.: Bitte...den...; Bitte...das...).

B. wurde in eine Integrationsklasse mit sonderpädagogischen Förderbedarf in der deutschen Sprache eingeschult. Dank der sehr guten pädagogischen Führung durch die Volksschullehrerin, die die Diagnose berücksichtigte und auch mit dem Elternhaus kooperierte, schloss er die Volksschule mit einer durchschnittlichen Benotung ab. Der Übertritt in die Mittelstufe (Hauptschule) war ein schwerer Einschnitt und bedeutete für ihn einen Rückschritt. B. kam mit der größeren neuen Klasse und der größeren Anzahl der Lehrer nur schwer zurecht. Somatische Beschwerden wie Schweißausbrüche und Kopfschmerzen zeigten sich. Hinzu kamen Stereotypien wie Wutanfälle und er weigerte sich, mit seiner Mutter zu lernen. Er wurde nach einem Semester auf den Sonderschulstatus abgestuft und

nach dem ASO-Lehrplan (Lehrplan für allgemeine Sonderschulen) bis zur Beendigung des 9. Schuljahres unterrichtet.

Ein Fahrtentraining absolvierte er dann im letzten Schuljahr und tat somit einen beachtlichen Schritt in Richtung Autonomie. Nach einem Schnupperpraktikum arbeitete er zur Zeit des Beratungsgesprächs in einer Gärtnerei und strebt eine dort verortete Teillehre zum Gärtner an.

6.3 Dreidimensionale Fallbetrachtung

Da kein Fall wie der andere ist, aber auch innerhalb eines Falles die unterschiedlichsten Zugangsweisen variieren, besteht die Möglichkeit, auf die in der Literatur erwähnten Fallvarianten (vgl. Hundenborn, 2007, S. 63ff.) zurück zu greifen und vorliegenden Fall nach den mannigfaltigen Varianten zu bearbeiten. Da Erkenntnisse für nötige Beratungskompetenzen gewonnen bzw. exploriert werden sollen, beschränkt sich die Betrachtung dieses Einzelfalles auf drei Variationen (Abb. 10) mit methodischen Schwerpunkten, die die Problematik und Lösung derselben fokussiert (vgl. Kaiser, 1976 zit. n. Hundenborn, 2007, S. 69).

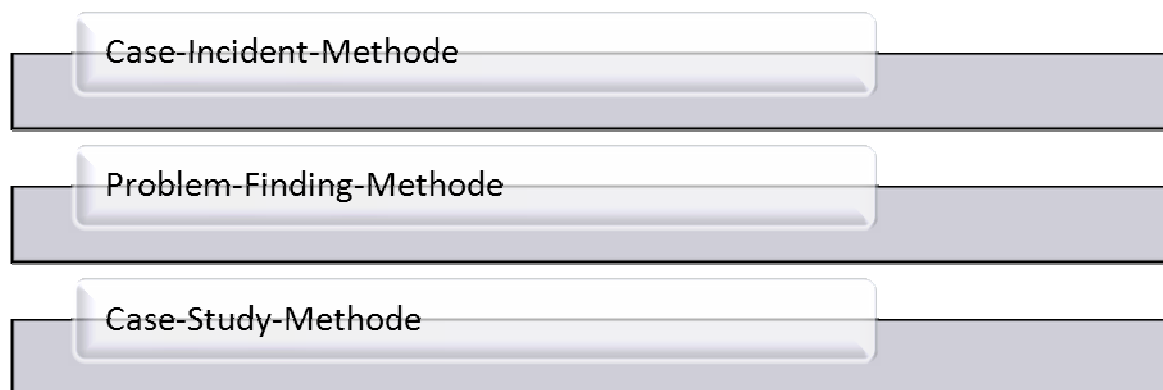


Abb. 10: Zur Anwendung kommende Varianten der Fallbetrachtung (eigene Darstellung)

6.3.1 Case-Incident-Methode

Die Case-Incident-Methode der Fallbearbeitung bzw. -betrachtung beschäftigt sich mit der Schilderung eines Ereignisses oder eines Vorfalles bei vorhandener Insuffizienz der Falldarstellung (vgl. Hundenborn, 2007, S. 68). Zur Vorbereitung und Lösung des Falles ist die Ermittlung von hierfür erforderlichen Daten unabdingbar, „...im Mittelpunkt steht demnach die Informationsbeschaffung“ (Thom, 2003, S. 6 zit. n. Heimerl, 2007, S. 387).

Im vorliegenden Fall können einige Ereignisse gegenwärtiger Lebensführung des von der Mutter beschriebenen Klienten Benni nach der Case Incident Methode analysiert werden. Der Vorstellungsgrund selbst beinhaltet eine sehr allgemeine Formulierung über Förderungsmöglichkeiten eines Jugendlichen. Nach genauerer Exploration ergeben sich folgende spezifische Ereignisse (Incidents):

- Mangelnde Autonomie in der Körperpflege (er duscht sich nicht, mangelnde Zahnhygiene)
- Mangelnde Einsicht für eine medizinische Behandlung („*Ich brauche keinen Arzt- bzw. Zahnarzt!*“)
- Mangelnde Einsicht als Notwendigkeit für gesunde Lebensführung (einseitige Ernährung mit Chips, Reis, Red Bull u.a.)
- Mangelnde Einsicht für Alltagstätigkeiten und keine ausgebildete Kompetenz in kognitiven und sozialen Bereichen („*Es muss ihm jeder Handgriff gesagt werden, er hilft mir nie von sich aus und er hat keine Freunde!*“), so die Mutter.

Eine Analyse solcher Art dient dem Gewinn bzw. der Ergänzung von Informationen und ermöglicht so eine umfassende Situations- und/oder Problemanalyse.

6.3.2 Problem-Finding-Methode

Bei der Problem-Finding-Methode handelt es sich um eine umfassende Situationsschilderung, die sämtliche für die Situations- und Problemanalyse notwendigen Informationen einschließlich die Schilderung relevanter Begleitumstände beinhaltet (vgl. Hundenborn, 2007, S. 69).

Auf den vorliegenden Fall angewandt muss mangelnde Einsicht für medizinische Behandlungen als Gefahrenfaktor für Benni festgestellt werden. Aus dem Protokoll: *„Die Mutter macht sich Sorgen. Benni verletzt sich bei der Arbeit und nimmt stillschweigend ein Pflaster aus dem dortigen Notfallkoffer. Zu Hause fragt die Mutter genauer nach und erfährt nach langem Nachfragen, dass er sich bei Erdarbeiten mit der Schaufel verletzt hat. Die Gefahren einer Infektion bzw. des mangelnden Impfschutzes kann er nicht einschätzen.“*

Die Problemanalyse (Aporetik) nach Hartmann (o.J. zit. n. Breil, 1996, S. 48) könnte im Sinne eines klassischen verhaltensanalytischen Ansatzes durchgeführt werden:

Tab. 4: Verhaltensanalyse nach Hartmann (eigene Darstellung)

Wer ist der Verletzte?	Benni
Was ist verletzt? (Lokalisation der Verletzung)	Rechter Unterschenkel
Wo ist es passiert?	Freiland
Wie, unter welchen Umständen ist es passiert?	Beim Umstechen
Wer war dabei?	Niemand
Wann war der Vorfall? (Wie viel Zeit ist vergangen?)	Zwei Stunden bevor es die Mutter entdeckte
Was war danach? (Frage nach der Versorgung)	Eigenversorgung mit Taschentuch und Pflaster

Bei detaillierter Auseinandersetzung lässt sich erkennen, dass der Klient ohne fremde Hilfe nicht in der Lage ist, adäquate medizinische Versorgung zu verlangen bzw. selbst zu organisieren. Damit sind die Sorgen der Mutter berechtigt.

6.3.3 Case-Study-Methode

Diese Form der Falldarstellung unterscheidet sich nicht von der Problem-Finding-Methode, ist jedoch umfangreicher und komplexer. Sie beinhaltet neben der Situationsanalyse und der Analyse aktueller und potentieller Probleme, die Entwicklung von Lösungsalternativen sowie das Treffen nachvollziehbarer und begründeter Entscheidungen. Die Schwerpunkte der Aufgabe liegen im Erkennen, Beschreiben und Analysieren der

teils offensichtlichen, teils latenten Probleme sowie in der Erarbeitung von Lösungsvorschlägen (vgl. Grohmann, 1997, S. 55 zit. n. Heimerl, 2007, S. 387).

Lösungen sind gebunden an die Entwicklung von Zielen auf die die Lösungen und Entscheidungen auszurichten sind. Das Setzen von Prioritäten, das Gewichten von unterschiedlichen Zielen sowie das Ausbalancieren nicht miteinander vereinbarer Ziele sind Bestandteile dieses Prozesses (vgl. Hundenborn, 2007, S. 70).

Mit der vorliegenden Fallbeschreibung wird versucht, Probleme, die sich in unterschiedlichen Entwicklungsphasen zeigen, verhaltensanalytisch zu bearbeiten, um so ein umfassenderes Bild dieses Falles zu eröffnen und die Basis für Lösungsschritte zu konstruieren. Meilensteine in der Entwicklung, die so genannten Grenzsteine (vgl. Straßburg, 2008, S. 59), die von 90% eines Normalkollektivs erreicht werden, dienen dabei als Vergleichsgrundlage. Straßburg (2008, S. 59) betont, dass ein Abweichen noch keine krankhafte Störung bedeuten muss, eine Diagnose wird erst durch Verhaltensbeobachtungen möglich. Tabelle 5 nimmt darauf Bezug und stellt die Entwicklung des Klienten in einem Vergleich mit Entwicklungsphasen anderer Altersstufen dar.

Tab. 5: Verhalten des Klienten im Vergleich (eigene Darstellung)

Erstes Lebensjahr			
Entwicklung Benni	Normale Entwicklung	Med./Psy./Therap. Interventionen	Elternberatung
Schreit nicht wenn hungrig	Schreit kräftig	Kinderarzt beruhigt	Beratungsbedarf (1)
Gestörte Mutter-Kind-Interaktion, Baby dreht sich weg, kein Blickkontakt, weint viel	Lässt sich aufnehmen, freut sich über Zuwendung, Unterscheidung von bekannten und fremden Personen	Untersuchungen bzgl. taktiler Abwehr schwierig	Beratungsbedarf (2)
Vokalisiert nicht	Bildet Silbenketten	Feststellung einer verzögerten Sprachentwicklung	Beratungsbedarf (3)

Fortsetzung Tab. 5: Verhalten des Klienten im Vergleich (eigene Darstellung)

Kleinkindalter			
Entwicklung Benni	Normale Entwicklung	Med./Psy./Therap. Interventionen	Elternberatung
Verzögerte Sauberkeitserziehung	Toilettenbenützung im zweiten/dritten Lebensjahr		Beratungsbedarf (4)
Gestörtes Sprachverhalten	Wesentliche Sprachstrukturen mit drei Jahren vorhanden	Sprachl. Stereotypien	Beratungsbedarf (5, 6)
Gestörtes Essverhalten	Isst im wesentlichen alles		
Gestörtes Spielverhalten: dreht Räder, reiht Dinge aneinander, krei-selt	Motorische Spiele wie Klettern, Ballspielen, Konstruktions- und Rol-lenspiele	Diagnose mit drei Jah-ren, Therapie-empfehlung mit langen Wartezeiten	
Vorschulalter			
Kaum Sprache, jedoch Zahlen von Bedeutung; Erste Interaktion über Mathematik	Kann Regeln einhalten, nimmt Rücksicht.	Mehrfache Spitalsauf-enthalte wg. Mittelohr-entzündung; Diagno-se: Schwerhörigkeit; Entwicklung von hy-perkinetischen Verhal-ten im 5. Lj. – Med. Therapie	Beratungsbedarf (6, 7)
Schulalter			
Integrationsklasse, sonderpäd. Förderbe-darf in Deutsch, in Ma-thematik ein normaler Lehrplan; Echolalie und sprachl. Stereotypien;	Eintritt in die Volksschule - Regelklasse	Kontrolle bzgl. Medika-tion; Ernährungsbera-tung (Mutter experi-mentiert mit gluten-freien Lebensmitteln und anderen Diäten);	Beratungsbedarf (Anm.: Geburt eines Geschwisterkindes - dadurch tlw. Entfall der Bezugsperson) (8)
Wehrt sich beim Lernen; Aufmerksamkeit stark reduziert; Lernt schrei-ben und rechnen nach Sonderschullehrplan; starke Bindung an Mut-ter; fehlende Sozialkon-takte zu Gleichaltrigen;	Hauptschulabschluss; autonomes Lernen; Ablö-sung vom Elternhaus; zunehmende Wichtigkeit von Peergroups; Berufs-orientierung;	„Verweigerung“ zu jeglicher Gesundheits-vorsorge (Zahnarzt,..)	Beratungsbedarf (9)

Fortsetzung Tab. 5: Verhalten des Klienten im Vergleich (eigene Darstellung)

Aktuelle Problematik: Benni, 16 Jahre			
Entwicklung Benni	Normale Entwicklung	Med./Psy./Therap. Interventionen	Elternberatung
Mangelnde med. Obsorge ausgeprägter als in Hauptschulzeit (Analyse durch Problem-Finding, Case-Incident-Methode);	Zunahme von autonomen Handlungsweisen im Alltag und in zwischenmenschlichen Beziehungen (Freundschaft, Sexualität, ...)	Siehe oben	Beratungsbedarf (9, 10)

Der den obig dargelegten Situationen immanente Beratungsbedarf und daraus resultierende Konsequenzen sind im Kontext der Case-Study-Methode abzuleiten und wurden im Protokoll der Familienberatungsstelle der Österreichischen Autistenhilfe (2007) festgehalten:

Ad 1) Die Sorgen der Mutter hätten in einem Beratungskontext ernst genommen und detailliert exploriert (Unterschiedsfindung im Schreiverhalten) werden können. Ein konstruktiver Umgang mit dem Verhalten des Kindes (Menge und Zeit der Zuwendung) hätte die Klientin in der Beratung finden und somit ihre Kompetenz als Mutter stärken können.

Ad 2) Die Mutter- Kind – Pass Kontrollen enthalten erst seit 2007 vier Fragen zum autistischen Spektrum – Störungsbild. Diesen Fragenkatalog gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht. Die Anzeichen für eine taktile Abwehr hätten schon als „Wahrnehmungsbeeinträchtigung“ beachtet und therapiert werden können. Babymassage und Ergotherapie mit motopädagogischen Ansätzen wären zu empfehlen gewesen.

Ad 3) Eine umfassende Aufklärung über eine verzögerte Sprachentwicklung wäre in einer Elternberatung in einem Entwicklungsambulatorium möglich gewesen.

Ad 4) Im Kontext von Beratung wäre es möglich gewesen, eine Anleitung zu einem gezielten Toilettentraining zu verfassen.

Ad 5) Die Möglichkeit einer mobilen Frühförderung, die am verzögerten Sprachverhalten und am gestörten Spielverhalten entwicklungsfördernd hätte eingreifen können, hätte in Erwägung gezogen werden müssen.

Ad 6) Die Eltern hätten nicht in eine lähmende Warteschleife gedrängt werden dürfen. Es wäre eine differenzierte Aufklärung (vgl. Weissensteiner, 1987, S. 24) über die Art der Störung notwendig gewesen, in dem Sinne, dass das Verhalten und die Erziehung der Eltern nicht kausal für die Störung verantwortlich sind (Vererbung, Belastung der Familie insgesamt, Möglichkeiten der Therapie, finanzielle Unterstützung der Familie durch öffentliche Gelder, ...). Differenzierte Familienberatungsstellen mit Schwerpunkt-Hilfe für das autistische Kind und deren Familien haben diese Aufgabe übernommen und die Eltern professionell und umfangreich informativ zu begleiten (Ziele und Leitfaden der österreichischen Autistenhilfe). Langzeitziele in allen Therapien sollten jedenfalls sein: Verstehen und Aufbau von Kommunikation und Sprache, Förderung von altersadäquaten Spielverhalten, Initiieren von Reaktionen auf Interaktionen, Festigung des Gelernten zu erzielen und die Motivation des Kindes aufrecht zu erhalten und zu steigern.

Ad 7) Sehr häufig treten Komorbiditäten im Ohrbereich, Darmstörungen und hyperkinetisches Verhalten auf, die zu längeren Spitalsaufenthalten führen können. Eine sensible fachpflegerische Beratung könnte helfen, die Ängste der Angehörigen abzubauen und einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen zu finden. Informationen über die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung sollten gegeben werden. Medikamente bieten für Betroffene die Möglichkeit, eine erhöhte Compliance im Setting zu finden.

Ad 8). In allen Krisensituationen (z.B. Geburt des Geschwisterkindes) wäre das Aufsuchen einer Beratung sinnvoll gewesen. Das Familiensystem (Mutter, wie auch das Kind selbst) hätte beraten werden können. Folgende Themen könnten hierbei eine zentrale Bedeutung haben: veränderte Zuwendung und mütterliche Aufmerksamkeit, da Veränderungen jeglicher Art große Ängste verursachen, Geschwisterrivalitäten und Aggressionen.

Ad 9) Hier wäre Beratungsbedarf zunächst in der schulischen Verweigerung zu suchen. Lernen mit der Mutter sollten hierbei als Ansätze für Eigenständigkeit und autonomes

Verhalten betrachtet werden. Die erhöhte Sorge der Mutter bei der speziellen Symptomatik der hohen Antriebslosigkeit hätte entschärft werden können (z.B. durch Lernhilfen und Lernangebote außerhalb des Familiensystems). Dies hätte der Ablöse vom Elternhaus eher entsprochen.

Ad 10) Die in der Case-Incident und Problem-Finding Methode beschriebenen Problemstellungen zeigen die Komplexität der Symptomatik und die extremen Schwierigkeiten bei Lösungsversuchen auf. Sie bieten in ihren punktuellen detaillierten Ansätzen weitere wichtige Informationen für eine umfassende Problem- und Situationsanalyse.

Es lässt sich festhalten, dass mangelnde autonome Handlungsweisen in sämtlichen Bereichen des Lebens einen Eintritt in ein selbstständig geführtes Erwachsenenleben schier unmöglich erscheinen lassen, jedoch kann manches Verweigern als natürliches pubertierendes Verhalten interpretiert werden. Beratungsbedarf wäre aber vom ersten Lebensjahr an vorhanden gewesen und es ist anzunehmen, dass sich dieser in Bezug auf das gesamte familiäre System nicht verändern werden wird.

7 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen

Die vorliegende Abhandlung verfolgte in erster Linie das Ziel der Identifikation von Kompetenzen die für einen Umgang mit Eltern autistisch erkrankter Kinder im Kontext einer adäquaten pflegeprofessionellen Beratung erforderlich sind. Die daraus sich entwickelnde literaturgestützte Grundlage soll im weiteren curriculare Konstruktionen, juristische Implikationen und andere berufsrelevante Richtlinien ermöglichen. Drei zentrale Fragestellungen gaben die Richtung der Literaturarbeit an, weshalb nun letztlich eine explizite Beantwortung derselben nicht ausständig bleiben darf.

7.1 Kennzeichen professioneller Beratung im pflegfachlichen Kontext

Die Frage der Kennzeichen pflegeprofessioneller Beratung betrachtend fällt auf, dass diese stets eine Befähigung zur Bewältigung impliziert (vgl. Müller-Mundet et al., 2000, S. 42) und der Förderung von Selbstmanagement durch Verhaltensänderung (vgl. ebd., S. 43; Petermann, 1997, S. 5; Lorig, 1996; Potter, 1996, S. 1) als auch der Integration von Krankheitserfahrungen mit all ihren Implikationen in das systemisch zu betrachtende Leben dienlich sein (vgl. London, 2003, S. 28; Kleve 2005, S. 179) soll. Die systemtheoretische Perspektive hat hier insofern Bedeutung, als dass sich die biologischen, psychischen und sozialen Systeme der zu beratenden Individuen in ihren Systemen gegenseitig irritieren und dies im pflegeprofessionellen Beratungsprozess berücksichtigt werden muss (vgl. Kleve, 2005, S. 179; Benner, 2000, S. 90ff.). Die Beratenden im Pflegesetting haben letztlich die Verpflichtung zur familiensystemischen Positionierung (vgl. Wright & Leahy, 2009, S. 29).

Beratung als gesetzlich verankerte (GuKG, BGBl 108/1997) und pflegeimmanente Aufgabe betrachtend, vollzieht sich als kybernetischer Prozess der Problemlösung (Hummel-Gaatz, Doll, 2007 zit. n. Büker, 2009, S. 95; Schwarzer/Posse, 1986, S. 635 zit. n. Schneider, 2005, S. 395) und unterstützt die Eigenbemühungen der Ratsuchenden (vgl. Engel, 2006, S. 35; Knelange & Schieron, 2000, S. 4; Norwood, 2002, S. 92). Autonomie und Handlungsfähigkeit stehen hierbei stets im Vordergrund (vgl. Warmbrunn, 2006, S.

18; Saeterstrand, 2010, S. 19; Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 18; Imbery & Sailer, 2009, S. 150; Bamberger 2001, S.12ff.; Benner 2000, S. 90ff.).

Beratung im pflegeprofessionellen Kontext hat nicht nur Kompetenzen im Umgang mit sozio-psychosomatischen Konsequenzen der Erkrankung zu vermitteln, sondern auch das Selbstvertrauen zu stärken und ein partnerschaftliches Verhältnis aufzubauen (Lorig, 1996 zit. n. Huber, 2002, S. 66). Letzteres vor allem auch deshalb, weil sich Beratung als dialogischer Prozess vollzieht (vgl. Zegelin-Abt, 2002) und im Ergebnis offen bleiben sollte (AG Patientenedukation, 2010). Der Bedarf entsteht bei Vorhandensein dysfunktionaler Interaktionsmuster, die sich durch misslungene Problemlösungsversuche der betroffenen Personen auszeichnen (vgl. Bamberger, 1999, S. 15 zit. n. Schneider, 2005, S. 392).

Kennzeichnend für beratende Prozesse als eigenständige pflegefachliche Aufgabe (vgl. bspw. Rennecke, 2000, S. 6; Ewers, 2001, S. 26; Görres & Böckler, 2004 zit. n. Gittler-Hebestreit, 2006, S. 18; Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 11) sind - Peplau (vgl. Sauter et al., 2006, S. 523) folgend - ferner die Beobachtung und das Zuhören als Grundlage für das Rat geben können, die Förderung der Selbstentdeckung und die Ermöglichung von selbst getätigte Interpretationen der Klientinnen und Klienten.

Information und Schulung können ebenfalls Teil eines beratenden Prozesses in der Pflege sein, kennzeichnen ihn auch (nicht ausschließlich) und verschränken sich ineinander (vgl. Gittler-Hebestreit, 2006, S. 38; Zegelin-Abt, 2002). Determinierend für die pflegeprofessionelle Beratung im Besonderen ist die Problemstellung, womit die Fähigkeit zur Bewältigung einer Erkrankung gemeint ist (Müller-Mundt et al., 2000, S. 42). Die schon erwähnte Einbeziehung von individuellen Krankheitserfahrungen ist von Bedeutung für den Erfolg (vgl. London, 2003, S. 28).

7.2 Besonderheiten in der Elternberatung autistisch erkrankter Kinder

Besonderheiten in der Beratung von Eltern autistischer Kinder als Antwort auf die zweite zentrale Fragestellung gründen nicht nur auf der Symptomatik, sondern auch auf dem

familiären System und dem umgebenden Umfeld (Gesellschaft, Politik, ...). Die Verpflichtung zur Berücksichtigung der Systemkomponente ist Teil der Professionalität Pflegenden (vgl. Wright & Leahey, 2009, S. 29), weshalb es erforderlich ist, die reziproken Abhängigkeiten im familiären System bei Prozessen der Beratung von Angehörigen zu berücksichtigen. Gerade bei einem autistisch erkrankten Bild kommt es zu Rollenveränderungen (vgl. Holuscha, 1992, S. 68 zit. n. Schwarz & Natour, 2006, S. 6) innerhalb der familienspezifischen Organisationsstruktur mit ihren zirkulären Interaktionsmustern (vgl. Kean et al., 2001, S. 37).

Wenn Beratung es sich zur Aufgabe macht, Autonomie zu fördern und bei der Krankheitsbewältigung zu helfen, dann gilt es vor dem Hintergrund eines autistischen Kindes dabei zu helfen, gewohnte Muster und Abläufe neu zu strukturieren (vgl. Seidl et al., 2007b, S. 19 zit. n. Scheffel, 2009, S. 86). Ausgangspunkt sind hier die Bedürfnisse des Kindes mit seinen Routinen und Alltagsstrukturen (vgl. Bachmann, 2010, S. 35). Der Wunsch nach Normalität steht bei einer Familie mit einem autistisch erkrankten Kind jedenfalls stetig im Vordergrund (vgl. ebd., S. 36), weshalb diese Sehnsucht als Prämisse des beratenden Prozesses bzw. als Zielausrichtung und Orientierung bieten kann. Die Unterstützung in organisatorischen Belangen hat dabei ebenso Bedeutung wie die physische Komponente selbstpflegerischer Erfordernisse, die es (vollständig, teilweise oder unterstützend) im Rahmen der informellen Pflege zu kompensieren gilt. Belastungsfaktoren sind dabei zu erfassen und in reduktive Prozesse überzuführen.

Primäre Aufgabe der Pflege – nicht nur in diesem Setting – ist die Anleitung und Befähigung (vgl. Blanc & Ackermann, 2003, S. 17), allerdings interdisziplinär praktiziert (vgl. Scheffel, 2009, S. 90), mit Blick auf die Stärkung von Autonomie und Eigenverantwortung und auf Basis kompetenter Informationen (vgl. Imbery & Sailer, 2009, S. 150). Antizipatorisch konzipiert ist es so möglich, frühzeitig Folgen und Veränderungen für die Angehörigen einzuschätzen (Problemanalyse) und eine Adaptation vorzunehmen (vgl. Peters, 2002, S. 80f.).

Die Protokolle der Familienberatungsstelle für Autisten (2007) setzen hier an und ermöglichen durch ein vorangeschaltetes Assessment die Schlussfolgerung, dass vor allem

Schilderungen von Entwicklungsverzögerungen rechtzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden müssen. Das Ernstnehmen von Sorgen und Anleitungen zur Sauberkeitserziehung, Kenntnisse über Komorbiditäten, medikamentöse Behandlungsformen, Therapien und Sprachförderung sind nur einige wenige Beispiele für konkrete Anforderungen an eine Beratung im Kontext Pflege bei einem autistisch erkrankten Kind und dessen Umfeld. Fachkompetenz ist dementsprechend Grundvoraussetzung für eine adäquate pflegerische Beratung.

Besondere Aufmerksamkeit muss den Aspekten Geschwisterrivalität (vgl. Gallo, 1988 zit. n. Lubkin, 2002, S. 412f.), Stress (vgl. Phetrasuwan & Miles, 2009, S. 158), gesellschaftliche Teilhabe (vgl. Tilg, 2008, S. 101f.; Lerchenberg, 2010, S. 39), Angst (vgl. Patterson, 1988; Wade et al., 1986; Wellisch et al., 1983 zit. n. Lubkin, 2002, S. 408), Selbstwert (vgl. Skaff & Pearlin, 1992, S. 656), Isolation (vgl. Patterson, 1988 zit. n. Lubkin, 2002, S. 411) und der Machtdimension (vgl. Siegrist, 1995 zit. n. Schnepf, 2002, S. 258) gewidmet werden.

Rechtliche, sozialversicherungstechnische und psychosoziale Problemstellungen sind ferner erkrankungs- und familienspezifisch zu lösen, weshalb sich ein umfassendes Kompetenzprofil für Pflegenden mit autismusbezogenem Beratungsauftrag daraus ergibt. Hierzu den Begriff der pflegerischen Handlungskompetenz betrachtend kann festgestellt werden, dass die beratenden Pflegepersonen jeweils ein Mandat von dem zu beratenden Subjekten erhalten um stellvertretend Handlungsprobleme zu lösen. *„Das Handeln der Pflegekraft ist dabei darauf ausgerichtet, so viel Autonomie so schnell wie möglich zurückzugeben“* (Raven, 2006, S. 25). Dass die Orientierung an einem Modell (Bsp.: Tandemmodell von Weerenbeck & Bungter, 1997 zit. n. Huber, 2002, S. 68) eine nicht hinreichende Bedingung pflegerischen Handelns hierbei ist, stellt nicht nur Koch-Straube (2006, S. 10) fest, sondern begründet sich zudem in der Tatsache, dass in den mannigfaltigen Beratungssettings auch dann Handlungsaktionen stattfinden müssen, wenn keine eindeutigen Begründungsregeln vorliegen (vgl. Raven, 2006, S. 25). Hierfür sind jedoch Kompetenzen unabdingbar die es galt, im Rahmen der hier beschriebenen literaturgestützten Auseinandersetzung zu explorieren.

7.3 Kompetenzen in der pflegeprofessionellen Beratung von Eltern autistisch erkrankter Kinder

Kompetenz als Inbegriff einer intrapersonalen Verzahnung von „...*Komponenten des Wissens, des Könnens, der Erfahrung und der Fähigkeiten*“ (Olbrich, 2010, S. 106) kann erst durch Inbezugsetzung einer aussagekräftigen Betrachtung unterzogen werden. Der Bezug entsteht aber erst durch den Beratungsauftrag im Setting der Gesundheits- und Krankenpflege bei vorab definierten Akteuren (vgl. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17).

Für eine professionelle (kompetente) pflegfachliche Beratung ist regelgeleitetes Handeln das auf Fachwissen beruht – Olbrichs (2001) Theorie der Pflegekompetenz folgend – dabei ebenso von Bedeutung, wie situativ-beurteilendes Handeln, da nur so eine auf die zu beratende Person und deren Umfeld zugeschnittene Betreuung und Beratung möglich wird. Letztlich ist es auch die Befähigung zu reflektiertem und aktiv-ethischem Handeln, dass pflegfachliche Kompetenz determiniert, wobei festgehalten werden muss, dass Kompetenz ihrem Wesen nach transaktional und relational, als auch Ausdruck einzelner Komponenten der Pflegeperson in ihrer Gesamtheit ist. Die nötige pflegerische Kompetenz „...*gestaltet sich in einem Zusammenwirken mit dem Patienten, einschließlich des Umfeldes beider Personen*“ (Olbrich, 2001, S. 152). In allen pflegerischen Beratungsinterventionen ist es letztlich nur wenig sinnvoll, „...*sich einem beratungstheoretischen Ansatz zu verschreiben, sinnvoller ist ein angepasster Methodenmix*“ wie Koch-Straube 2006 (S. 10) artikuliert.

Für Reichel (2005, S. 118ff.) jedenfalls ist neben umfangreichem Fachwissen die Fähigkeit zur Selbsterfahrung bzw. -reflexion eine erforderliche Voraussetzung, um weg vom Dilettantismus qualitätsvolle Beratung ausüben zu können. Er spricht von einer reflektierten Praxis als supervidierendes Geschehen, während Rogers (1999, S. 224) ein „*fundamentales Verständnis der menschlichen Beziehung*“ abverlangt. Bedeutend hierbei ist die Erkenntnis von Benner (1984 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17), wonach der Kompetenzstatus einer Person mit der Häufigkeit von Aktionen und Reflexionen korrespondiert (Abb. 11). Ein hoher Grad an Empathie ist für das Gelingen der Beratung dabei grundsätzlich ausschlaggebend (vgl. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17). Die Fähigkeit

zur Akzeptanz der Angehörigen bzw. Eltern spielt zudem eine entscheidende Rolle im Bereich der sozialen Kompetenz (vgl. Bösing et al., 2001, S. 129).

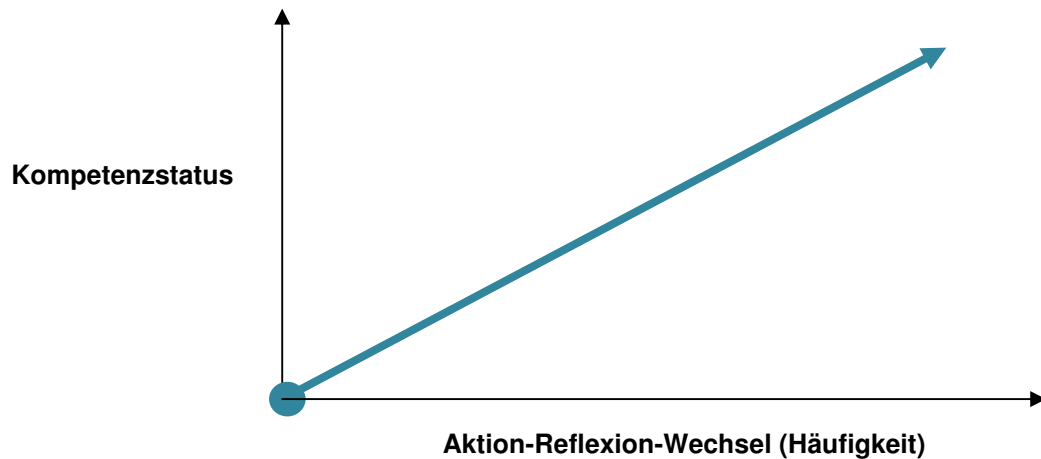


Abb. 11: Korrespondenz von Aktions-Reflexions-Wechsel und Kompetenzstatus (vgl. Benner, 1984 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17)

Zentral für die Zielerreichung im Beratungsprozess als pflegeimmanente Aufgabe ist auch die Fähigkeit zur Aufnahme nebenbei ablaufender Prozesse, die gerade bei einem autistischen Kind ein geschärftes Bewusstsein abverlangen (vgl. Huber, 2002, S. 69). Dieses ist – im Sinne der Erfassung der spezifischen Situation – unentbehrlich als Teil diagnostischer Fähigkeit (vgl. Norwood, 2002, S. 91) wie auch die Falldarstellung gezeigt hat. Einer deutschen Studie zufolge sind es aber vor allem Fähigkeiten wie Kontaktfähigkeit, Kommunikationskompetenz, Empathie und vertrauensbildende Maßnahmen die von Beratern als wichtig erachtet werden (vgl. Köberich et al., 2006, S. 137).

Auch nicht zu vernachlässigen sind Kenntnisse auf dem Gebiet des Allgemeinwissens, die je nach Setting und Zielgruppe variieren können. Selbstvertrauen, Angstfreiheit, Mut und Courage sind nötig, um Abhängigkeiten der beratenen Personen zulassen zu können (vgl. Belkin, 1984 zit. n. Koch-Straube, 2001, S. 184).

Betrachtet man verschiedenste Ausbildungskonzepte bzw. Lehrpläne dann wird deutlich, dass selbstverständlich auch pädagogisch-didaktische Fähigkeiten nötig sind, um nicht nur beraten, sondern auch adäquat informieren und schulen zu können (vgl. Wiener Krankenanstaltenverbund, 2011).

Bei der Beratung von autistisch erkrankten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bzw. deren Umfeld, stehen nicht nur Bedürfnisse und Begleitung im Vordergrund, schließlich handelt es sich um Beratung von und in „komplexen Systemen“. Damit ist gemeint, dass besonders auf die Stärkung des Familiensystems – insbesondere auf die Hauptbezugspersonen des Betroffenen – geachtet werden muss. Vielfach fühlen sich Eltern schuldig und haben ein schlechtes Gewissen dem betroffenen Kind, dem Partner und den Geschwisterkindern gegenüber. Als Hauptbezugsperson(en) haben sie nicht nur die Funktion der Elternschaft, sondern sind gleichzeitig Betreuerinnen bzw. Betreuer, Pflegende, Freundinnen bzw. Freunde und Managerinnen bzw. Manager für das tägliche Leben, die Schule und die Therapien sowie (Co) Therapeutin bzw. Therapeut..., und das 24 Stunden am Tag. Daher sollte Familienberatung und -begleitung insbesondere auch Themen wie Entschuldung, Delegieren von Aufgaben, das Recht auf eigene Bedürfnisse und ein eigenes Leben sowie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit beinhalten.

Aus den hier gewonnenen Erkenntnissen generiert sich ein umfangreiches Kompetenzportfolio, welchem nicht nur die pflegefachliche und diagnostische Expertise beinhaltet, sondern dessen Entwicklung und Ausgestaltung maßgeblich von den personalen und sozialen Fähigkeiten beeinflusst wird.

8 Schlussfolgerungen und Ausblick

Beratung im Setting Gesundheits- und Krankenpflege – das wurde hinreichend dargelegt – stellt sich als zentrale Aufgabenstellung pflegerischer Handlung dar und sollte als solche im Bewusstsein Pflegender verankert sein. Das komplexe Aufgabenprofil der Beratung erfordert umfangreiche Kompetenzen, weshalb es unabdingbar erscheint, die berufliche Erstausbildung auch darauf auszurichten. Wie beschrieben ist jedoch auch umfassendes Allgemeinwissen ein Aspekt, der die pflegerische Beratungssituation determiniert und den Erfolg maßgeblich beeinflussen kann. Deshalb liegt der Schluss nahe, dass eine ausreichende vorberufliche schulische Vorbereitung auf die pflegeberufliche Ausbildung die Bedingung ist, um anschließend darauf aufbauen und erworbene Kenntnisse in der Pflegefachpraxis einsetzen zu können.

Ogleich die nationale Situation von Beratung als pflegefachliche Aufgabe in den letzten Jahren bereits einen Trend skizziert, der die Erkenntnis um ein eigenständiges Aufgabengebiet bestätigt, scheint Beratung nicht der pflegefachlichen Tätigkeit inhärent, sondern als Aufgabenfeld isoliert zu sein. Besondere Bedeutung erlangt diese Schlussfolgerung bei der Betreuung von autistisch erkrankten Kindern bzw. im Umgang mit deren Eltern, da Pflegekontakte häufig auch außerhalb der psychiatrischen bzw. pädiatrischen Fachdisziplin stattfinden und auch dann eine adäquate, professionelle Betreuung stattfinden muss.

Es gilt also, um die Bedürfnisse von Eltern deren Kinder an Autismus erkrankt sind, Bescheid zu wissen und resultierend zu einer Normalisierung des Familienalltages beizutragen. Voraussetzung dafür ist jedoch das Vorhandensein von Fachexpertise, diagnostischer, sozialer und letztlich personaler Kompetenz.

Beratung wurde als pflegefachliche Aufgabe erkannt und erste Schritte für eine Manifestierung wurden unternommen. Indessen besteht die Notwendigkeit, das Pflege- und Selbstverständnis anzupassen, damit auch autistisch erkrankte Kinder und deren Angehörige jederzeit und disziplinunabhängig entsprechend betreut und beraten werden können.

9 Literatur

Allwicher, V. (2010): Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige? Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive, BOD, Norderstedt

Arbeitsgruppe Patientenedukation (2010): Wittener Werkzeuge, Beratung in der Pflege – ein Double-Care-Ansatz, Vortrag am ersten Hochschultag der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Hannover am 19. 11. 2010

Arets, J., Obex, F., Vaessen, J., Wagner, F. (1997): Professionelle Pflege. Theoretische und Praktische Grundlagen, Band I, Eicanos Verlag, Bocholt

Asperger, H. (1944): Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 117, 76-136

Asperger, H. (1952): Heilpädagogik. Springer Verlag, Wien

Autismus Deutschland e.V. (2009): Autismus – der individuelle Weg, Tagungsbericht

Aylott, J. (2001): Understanding and listening to people with autism, in: British Journal of Nursing, 10 (3), 166-172

Benner, P. (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, 3. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Bern

Bachmann, S. (2010): „Wir meistern das irgendwie“. Wie Eltern chronisch kranker Kinder ihre Situation erleben, in: Dr.med.Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe, 35/184, 34-36

Bamberger, G. (2001): Lösungsorientierte Beratung, Beltz, Weinheim

Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., Cohen, D.J. (2000): Understanding other minds, Oxford University Press, Oxford

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., Plumb, I. (2001): The “reading the mind in the eyes” test revised version. a study with normal adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42, 241-251

Benner, P., Wrubel, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit, Verlag Hans Huber, Bern

Bernard – Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus – Spektrum – Störungen (ASS). Ein Praxishandbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer, Kohlhammer, Stuttgart

Beste, L. (2007): Autismus und Pflege. Die Gestützte Kommunikation: Bedeutung und Anwendung in der Pflege von autistischen Menschen mit schweren Handlungs- und Kommunikationsstörungen, in: Pflege, 20, 15-33

Blanc J., Ackermann, G. (2003): Pflegende Angehörige, in: Managed Care, 6, 16-17

Bölte, S. (2010): Diagnostik der Autismus-Spektrum-Störungen, in: Steinhausen, H.C., Gundelfinger, R. (Hrsg): Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Grundlagen der Praxis, Kohlhammer, Stuttgart, 81-102

Borg-Laufs, M. (2009): Erstkontakt und Beziehungsgestaltung mit Kindern und Jugendlichen, in: Schneider, S., Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Störungen im Kindes- und Jugendalter, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 183-192

Bösing, U., Lang, P., Zegelin-Abt, A. (2001): Patienten- und Familienedukation erfordern neue Kompetenzen, in: Pr-Internet, 6/01, 126-132

Brealy, J., Davies, B. (2006): So helfen sie ihrem autistischen Kind. Praktische Tipps für ein besseres Familienleben, Verlag Hans Huber, Bern

Breil, R. (1996): Kritik und System, Königshausen & Neumann Verlag GmbH, Würzburg

Brem - Gläser, L. (1993): Handbuch der Beratung für helfende Berufe. Reinhardt, München

Büker, C. (2009): Pflegende Angehörige stärken - Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege, Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Bumba, S. (2010): Wie ein Weltuntergang. Die Entstehung der Belastungssituation bei Müttern von Kindern mit der Diagnose frühkindlicher Autismus, Diplomarbeit, Universität Wien

Bundesministerium für Familien und Senioren (1993): Familien und Beratung. Gutachten des wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie und Senioren, Bundesministerium für Familien und Senioren, Bonn

Busch, M. (2005): Die fünf Schritte des gsh-Kontinuums der dritten Ebene, in: Herberger, G. (Hrsg.), Ganzheitlich beraten in der Pflege, 2. Aufl., Schlütersche Verlag- und Druckerei GmbH & Co. KG, Hannover

Caritas (2009): Pflegeberatung beim Einkaufen, URL: http://www.caritas.at/index.php?id=550&tx_ttnews%5BpS%5D=1272664800&tx_ttnews%5Btt_news%5D=1612&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1311&cHash=c2c6a76288, Zugriff am 23. 02. 2011

Chakrabarti, S., Fombonne, E. (2001): Pervasive developmental disorders in preschool children, JAMA, 285, 3093-3099

- Cheseldine, S., Manders, D., McGowan C. (2005): The Role of Consultation Clinics in Services for Children and Young People with Learning Disabilities and/or Autism, in: Child and Adolescent Mental Health, 10 (3), 140-142
- Cohen, K., Pichard, N., Tordjman, S., Baumann, c., Burglen, L., Excoffier, E. (2005): Specific genetic disorders and autism. Clinical contribution towards their identification, in: Journal of Autism and Development Disorders, 35, 877-900
- Dachverband österreichische Autistenhilfe, (2009): Autismus, Früherkennung & Frühförderung
- De Shazer, S. (1999): Supervision zu einem Rückfall-Patienten. Videoaufzeichnung vom Symposium „Ambulante und stationäre Lösungsmodelle für die effektive Kurzzeittherapie von Suchtproblemen“, Hofgrete, Heidelberg
- Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe – und Familienberatung (1985): Gemeinsame Grundsätze zum Verständnis von Jugend-, Ehe – und Familienberatung, Unveröffentlichte Broschüre, Unterföhring
- Di Piazza, S. (2001): Beratung in der Kinderkrankenpflege, in: Pflege, 14, 5-11
- Dietrich, G. (1991): Allgemeine Beratungspsychologie. Eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung, Hogrefe, Göttingen
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V(F), Klinisch diagnostische Leitlinien, Verlag Hans Huber, Bern
- Dinges, E., Worm, H.L. (2003): Autismus. Erscheinungsbild, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, 2.Auflage, Persen, Horneburg
- Dodd, S. (2007): Autismus. Was Betreuer und Eltern wissen müssen. Spektrum Akademischer Verlag, München
- Donauuniversität Krems (2011): Gesundheits- und Pflegeberatung, URL: <http://www.donau-uni.ac.at/de/studium/pflegeberatung/index.php>, Zugriff am 11. 05. 2011
- Dzikowski, S. (1996): Ursachen des Autismus, eine Dokumentation., 2.Auflage, Deutscher Studienverlag, Weinheim
- Engel, F., Nestmann, F., Sickendiek, U. (2004): Beratung. Ein Selbstverständnis in Bewegung, in: Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Band I, DGVT, Tübingen, 33-43
- Engel, F., Sickendiek, U. (2005): Beratung – ein eigenständiges Handlungsfeld mit neuen Herausforderungen, in: Pflege & Gesellschaft, 10(4), 163-171
- Engel, R. (2006): Gesundheitsberatung in der Pflege, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien

Familienberatungsstelle der Österreichischen Autistenhilfe (2007): anonymisiertes Beratungsprotokoll, Fall Benjamin, Wien

Folstein, S., Rosen-Scheidley, B. (2001): Genetics of autism: Complex aetiology for a hererogeneous disorder, in: Nature Review Genetics, 2, 943-955

Fonds Gesundes Österreich (o. J.): Mobile Pflegeberatung, URL: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_222062, Zugriff am: 12. 06. 2011

Freitag, C.M. (2010): Empirisch überprüfte Frühfördermethoden bei autistischen Störungen. Eine selektive Literaturübersicht., in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 34, 247-256

Freyberger, H.J., Cooper, J.E. (2006): Taschenführer zur ICD – 10 Klassifikation psychischer Störungen, Verlag Hans Huber, Bern

Frith, U. (1991): Asperger and his Syndrome, in: Frith, U. (Hrsg): Autism and Asperger Syndrome, Cambridge University Press, Cambridge, 1-36

Frith, U. (1989): Autism: explaining the enigma, Blackwell, Oxford

Fuhr, R. (2003): Humanistisch-psychologische Beratungsansätze, in: Krause, C., Fittkau, B., Fuhr, R., Thiel, H. U. (Hrsg.): Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung, Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn, 104-118

Gesundheit Österreich GmbH (2009): Gesundheitsbericht an den Nationalrat 2009, Berichtszeitraum 2005-2009, Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Gittler-Hebestreit, N. (2006): Pflegeberatung im Entlassungsmanagement, Schlütersche Verlag- und Druckerei GmbH & Co. KG, Hannover

Grawe, K. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen

Golan, O., Baron-Cohen, S. (2010): Systematisches Training zum Erkennen von Emotionen bei Erwachsenen mit Autismus-Spektrum-Störungen, in: Steinhausen, H.C., Gundelfinger, R. (Hrsg): Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Grundlagen der Praxis, Kohlhammer, Stuttgart, 135-159

Griffiths, C., Foster, G., Ramsay, J., Eldridge, S., Taylor, S. (2007): How effective are expert patient (lay red) education programmes for chronic disease?, in: BMJ, 16 (334), 1254-1256

Guntern, G. (1980). Die kopernikanische Revolution in der Psychotherapie: Der Wandel vom psychoanalytischen zum systemischen Paradigma, in: Familiendynamik, 5, 2-41

Gutmann, C. (2008). Wir machen Erfahrungen – Erfahrungen machen uns. Die Entwicklung der institutionellen Ehe,- Familien- und Lebensberatung in Österreich, in: Berufs-

verband Diplomierter EFL-BeraterInnen Österreichs (Hrsg.): Ich werden am Du. Beziehungs- und Prozessgestaltung in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung, S13-47, LIT, Wien

Hain, P. (2001): Das Geheimnis therapeutischer Wirkung, Carl-Auer-Verlag, Heidelberg

Happé, F. (1996): Studying weak central coherence at low levels. Children with autism do not succumb to visual illusions. A research note, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 873-877

Hechler, O. (2010): Pädagogische Beratung. Theorie und Praxis eines Erziehungsmittels, Kohlhammer, Stuttgart

Heimerl, P. (2007): Fallstudien als forschungsstrategische Entscheidung, in: Buber, R., Holzmüller, H. (Hrsg.): Qualitative Marktforschung, 1. Auflage, Gabler Verlag, Wiesbaden, 381-400

Herbst, H. (2011): Pflegeberatung trifft Pflegeberatung – ein Netzwerk entsteht, URL: [http://www.pflegenetz.at/index.php?id=78&tx_ttnews\[tt_news\]=103](http://www.pflegenetz.at/index.php?id=78&tx_ttnews[tt_news]=103), Zugriff am 23. 03. 2011

Herzig-Walch, G. (2010): Erwerb von Kommunikationskompetenz, in: Pflegewissenschaft, 10/10, 517-522

Hofer, M. (1996): Pädagogische Psychologie als Wissenschaft und beraterische Praxis, in: M. Hofer, E. Wild & B. Pikowsky (Hrsg.): Pädagogisch-psychologische Berufsfelder. Beratung zwischen Theorie und Praxis, 1-24), Huber Verlag, Bern

Hofko, A. (1993): Familienberatung. Eine Domäne privilegierter Sozialschichten? Analyse über den erschwerten Zugang der ungelernten Arbeiter zu Familienberatungsstellen mit anschließender Untersuchung über die aktuelle Lage in Oberösterreich, Diplomarbeit, Johannes Kepler Universität, Linz

Holzer D. (2004): Widerstand gegen Weiterbildung, Lit-Verlag, Wien

Houben, A. (1975): Klinisch-psychologische Beratung, E. Reinhardt, München

Huber, M. (2002): Patientenberatung und –edukation, Welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt?, in: Pr-Internet, 3 (02), 66-72

Hundenborn, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung, 1. Auflage, Elsevier GmbH, München

Ihle, J. (2008): Pflegerische Krisenintervention. Forschungsergebnisse-Unterrichtskonzept-Bearbeitung von Fallbeispielen, Facultas, Wien

Imbery, C., Sailer, M. (2009): Patientenedukation strukturieren, in: Pflegezeitschrift, 3 (62), 150-153

International Council of Nurses (2001): ICN-Ethikkodex für Pflegende

Jenny, B. (2010): Gruppentrainings für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen, in: Steinhausen, H.C., Gundelfinger, R. (Hrsg.): Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen. Grundlagen der Praxis, Kohlhammer, Stuttgart, 185-220

Kanner, L. (1943): Autistic disturbances of affective contact, in: Nervous Child, 2, 217-220

Kean, S. (2001): Family Nursing – Was ist das?, in: Gehring, M. et al. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 47-63

Kean, S. et al. (2001): Theoretische Grundlagen von Family (Systems) Nursing, in: Gehring, M. et al. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 33-46

Kleve, H. (2005): Beratung im Pflegesystem – eine systemtheoretische Perspektive, in: Pflege & Gesellschaft, 10 (4), 172-181

Klicpera, C., Innerhofer, P. (1999): Die Welt des frühkindlichen Autismus, 2.Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München

Klug-Redmann, B. (2009): Patientenedukation, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern

Knelange, C., Schieron, M. (2000): Beratung in der Pflege - als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?, in: Pflege & Gesellschaft, 5 (2), 4-11

Köberich, S., Bossle, M., Meier, M., Lipp, J. (2006): Beratung im Gesundheitswesen – Chance für die Pflege?, in: Pflegewissenschaft, 03/06, 133-139

Koch-Straube, U. (2000): Beratung in der Pflege - eine Skizze, in: Pflege & Gesellschaft, 5 (1), 1-3

Koch-Straube, U. (2003): Beratung in der Pflege, in: Deutscher Verein für Pflegewissenschaften e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen, Sonderausgabe, 81-89, Mabuse Verlag, Frankfurt

Koch - Straube, U. (2006): Was versteht „Beratung in der Pflege“ unter Beratung. URL: www.beratunginderpflege.de/pdf/berichte/symposium_april_2005/02_Vortrag_Prof_%20Dr_%20Ursula_Koch-Straube.pdf, Zugriff am 08. 02. 2008

Koch - Straube, U. (2008): Beratung in der Pflege, Hans Huber Verlag, Bern

Koehn, C., Cutcliffe, J. (2007): Hope and interpersonal psychiatric/mental health nursing: a systematic review of the literature – part one, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 134-140

Krause, C.,(2003): Pädagogische Beratung: Was ist, was soll, was kann Beratung? in: C. Kraus, Fittkau, B., Fuhr, R., Thiel H.U. (Hrsg.): Pädagogische Beratung. Grundlagen und Praxisanwendung, Ferdinand Schöningh, Paderborn

Kraimer, K. (2002): Einzelfallstudien, in: Qualitative Forschung, 2. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 213-232

Kusch, M., Petermann, F. (2002): Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, in: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, 5. Auflage, Hogrefe, Göttingen, 2002, 431-452

Lerchenberger, N. (2010): Familien mit autistischen Kindern. Eine vergleichende Untersuchung des Hilfsbedarfs mit vorhandenen Angebots- und Fördermöglichkeiten, Diplomica Verlag GmbH, Hamburg

Leyfer, O.T., Folstein S.E., Bacalman, S., Davis, N.O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H., Lainhart, J.E. (2006): Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders, in: Journal of autism and development disorders, 36, 849-861

London, F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten, Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation, Verlag Hans Huber, Bern

Lubkin, I. M. (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Verlag Hans Huber, Bern

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme, Suhrkamp, Frankfurt

McLeod, J. (2004): Counselling – eine Einführung in die Beratung, dgvt, Tübingen

Mc Mahon W.M., Baty, B.J., Botkin, J. (2006): Genetic counseling and ethical issues for autism, in: American journal of medical genetics, 52-57

Meleis, Afaf I.(1999): Pflege-theorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern

Mrochen, S. (2010): Interview, genauere Quellendarlegung

Müller-Mundt, G., Schaeffer, D., Pleschberger, S., Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation- (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?, in: Pflege & Gesellschaft, 5 (2), 42-53

Nestmann, F., Sickendiek, U., Engel, F. (2007a): Statt einer „Einführung“: Offene Fragen „guter Beratung“, in: Nestmann, F., Sickendiek, U., Engel, F. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Band 2, Ansätze, Methoden und Felder, dgvt, Tübingen, 599-607,

- Nestmann, F., Sickendiek, U., Engel, F. (2007b): Verhaltensberatung nach dem kognitiv-behavioristischen Modell, in: F. Nestmann, U. Sickendiek & F. Engel (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Band 2, Ansätze, Methoden und Felder, dgvt, Tübingen, 629-639,
- Nissen, G. (1989): Autistische Syndrome, in: Eggers, C., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P. (Hrsg.): Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Springer Verlag, Berlin, 428-443
- Norwood, S. (2002): Pflegeconsulting - Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern
- Noterdaeme, M.A., Hutzelmeyer, A. (2010): Begleitsymptomatik bei tief greifenden Entwicklungsstörungen. Genetische Syndrome und neurologische Begleiterscheinungen, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 38, 267-272
- ÖBIG (2003): Offenes Curriculum für die allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Olbrich, Ch. (2001): Theorie der Pflegekompetenz-eine empirische Untersuchung, in: PrInternet, 7-8/01, 150-154
- Olbrich, Ch. (2010): Pflegekompetenz, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern
- Onus, E. (2005): Was ist Kompetenz. Eine kritische Auseinandersetzung zur Begriffsdefinition, Grin-Verlag, Norderstedt
- ORF Salzburg (2008): Pflegeberatung, URL: <http://salzburg.orf.at/stories/317332/>, Zugriff am 12. 04. 2011
- Osborne, R., Elsworth, G., Whitfield, K. (2007): The health education impact questionnaire (heiQ). An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions, in: Patient education and counseling, 66 (2), 192-201
- Pasch, C. (2010): Schulungsprogramme für pflegende Angehörige, Diplomarbeit, Universität Wien
- Patterson, D. (2008): Ministry to Parents of Children with Autism, in: The Clergy Journal, 85 (2), 18-19
- Petermann, F. (1997): Patientenschulung und Patientenberatung, 2. vollst. überarb. und erw. Auflage, Hogrefe, Göttingen
- Petermann, F. (2002): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie – und psychotherapie, 5. korrigierte Auflage, Hogrefe, Göttingen

Peters, D. (2002): Der chronisch Kranke und seine Familie. Wachstum und Entwicklung, in: Lubkin, I. (Hrsg.): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe, Verlag Hans Huber, Bern, 55-92

Petzold, H. (1993): Integrative Therapie, Jungfermann Verlag, Paderborn

Pflege heute (2007), 4. Aufl., Elsevier-Verlag, München

Phetrasuwan, S., Miles, M. (2009): Parenting Stress in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorders, in: Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 14 (3), 157-165

Poustka, F., Bölte, S., Feineis-Matthews, S., Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 5, Hogrefe, Göttingen

Probst, P. (2003): Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Elterngruppen-Trainingsprogramms für Familien mit autistischen Kindern, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 52 (7), 473-490

Rauchfleisch, U. (2006): Tiefenpsychologische Grundlagen der Beratung, in: C. Steinebach (Hrsg.): Handbuch der Beratung, Clett-Cotta-Verlag, Stuttgart

Raven, U. (2006): Pflegerische Handlungskompetenz-Konsequenzen einer Begriffsklärung, in: PrInternet, 01/06, 22-27

Reichel, R. (2005): Beratung Psychotherapie Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft, Facultas, Wien

Remschmidt, H. (2005): Autismus. Erscheinungsformen, Ursachen, Hilfen, C.H. Beck, München

Remschmidt, H. (2008): Kinder – und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung, 5. Auflage, Thieme Verlag, Stuttgart

Remschmidt, H., Martin, M. (2008): Autistische Syndrome, in: Esser, G. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, 3. aktualisierte und erweiterte Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart, 183-190

Remschmidt, H., Kamp-Becker, I. (2008): Tiefgreifende Entwicklungsstörungen: Autismus-Spektrum-Störungen, in: Remschmidt, H., Mattejat, F., Warnke A. (Hrsg.): Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 134-147

Ritterfeld, U. (1997): Beschreibung als Diagnose?! Zur Analyse von Eltern-Kind-Interaktionen, in: Journal für Psychologie, 5 (1), 77-85

Rogers, S.J., Pennington, B.F. (1991): A theoretical approach to the deficits in infantile autism, in: Developmental Psychopathology, 3, 137-162

- Rumsey, J.M. (1985): Conceptual problem-solving in highly verbal, non-retarded autistic men, in: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 23-26
- Rutherford, M.D., Baron-Cohen, S., Wheelright, S. (2002): Reading the mind in the voice. A study with normal adults and adults with asperger syndrome and high functioning autism, in: *Journal of Autism and developmental Disorders*, 32, 189-194
- Saeterstrand, T. (2010): Sykepleiernes erfaringer med bruker-veiledning i psykiatriske dagsentra, in: *Vard i Norden*, 95 (30), 19-23
- Sallaberger, S. (1996): Das Asperger Syndrom. Ein einzelfallanalytischer Zugang zur Entwicklungsdynamik im Vorschulalter, Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I., Wolff, S. (2006): *Lehrbuch Psychiatrische Pflege*. 2. durchgesehene und ergänzte Aufl. Verlag Hans Huber, Bern
- Scheffel, S. (2009): Bewältigung von chronischen Krankheiten und deren Auswirkung auf die Lebensqualität, Diplomarbeit, Universität Wien
- Schiepek, G.(1999): *Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schmid, P. F. (1999): Personzentrierte Psychotherapie, in: Slunecko, T., Sonneck, G. (Hrsg.): *Einführung in die Psychotherapie*. UTB Facultas, Wien, 168-211
- Schmidt, G. (2005): *Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung*, Carl-Auer-Verlag, Heidelberg
- Schmidt-Nohl, H. (2006): Überlegungen zu einem professionellen Beratungsleitbild für die soziale Beratung vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen innerhalb der Beratungsforschung, Grin-Verlag, Norderstedt
- Schneider, K. (2005): Beratungskonzepte, in: M. Poser, K. Schneider (Hrsg.): *Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen*, Verlag Hans Huber, Bern, 387-424
- Schneider U., Österle A., Schober D., Schober C. (2006): *Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung*, Forschungsbericht 02/2006, Institut für Sozialpolitik, Wirtschaftsuniversität Wien
- Schneider, K., Brinker – Meyendriesch, E., Schneider, A. (2005): *Pflegepädagogik*, Springer-Verlag, Heidelberg
- Schnepp, W. (2002): *Angehörige pflegen*, Verlag Hans Huber, Bern
- Schnur, J. (2005): Asperger Syndrome in Children, in: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17 (8), 302-308

Schobesberger, B. (2008): Pflegeberatung als Organisationsentwicklungsmaßnahme der Zukunft, Präsentation eines Projekts am AKH der Stadt Wien, Universitätsklinken

Schuch, H.W. (2003): Geschichte und Psychotherapie, in: Leitner, A. (Hrsg): Entwicklungsdynamiken in der Psychotherapie, Krammer-Verlag, Wien, 13-56

Schüßler, I., Thurnes C. (2005): Lernkulturen in der Weiterbildung. Studentexte für Erwachsenenbildung, Bertelsmann Verlag GmbH & Co, Bielefeld

Schwarz, A., Natour, U. (2006): Beratung von pflegenden Angehörigen, Grin-Verlag, Norderstedt

Schwarzer, C., Buchwald, P. (2001): Beratung, in: A. Krapp, Weidemann, B. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie, 4.Auflage, 565-600, Beltz BVU, Weinheim

Schwarzer, C., Posse, N. (1986): Beratung, in: Weidenmann, B., Krapp, A. (Hrsg): Pädagogische Psychologie, Psychologie Verlags Union, München

Schweitzer, J., Weber, G. (2000): Systemische Familientherapie, in: Straub, J., Kochinka, A., Weber, G. (Hrsg.): Psychologie in der Praxis, 209-228, Deutscher Taschenbuch Verlag, München

Sebat, J., Lakshimi, B., Malhotra, D., Troge, J., Lese-Martin, C., Walsh, T. (2007): Strong association of de novo copy number mutation with autism, in: Science, 316, 445-447

Sinzig, J. (2011): Frühkindlicher Autismus, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., de Geest, S., Gruppe Zukunft Medizin Schweiz (2006): Professionelle Pflege. Entwicklung und Inhalte einer Definition, in: Pflege, 19, 45-51

Statistik Austria (2010): Bevölkerungsprognosen. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html, Zugriff am 12. 07. 2010

Staines, R. (2009): Autism Act paves the way for fresh approach to care, in: Learning Disability Practice, 12 (10), 6-7

Stanzel, F.K. (1984): Linguistische und literarische Aspekte des erzählenden Diskurses, Sitzungsberichte, Band 427, Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien

Stickley, T.(2002): Counselling and mental health nursing – a qualitative study, in: Journal of Psychiatric and Mental Nursing, 9, 301-308

Stumm, G., Deimann, P., Jandl-Jager, E., Weber, G. (1995): Psychotherapie, Beratung, Supervision, Klinische Psychologie. Ausbildung in Österreich. Falter Verlag, Wien

Stumm, G., Pritz, A., Voracek, M., Gumhalter, P. (2000): Wörterbuch der Psychotherapie. 2. Auflage, Springer Verlag, Wien

Swearingen, C., Hayes, J. (2009): Faculty Advising in Nursing Education – Necessary Evil or Opportunity for Excellence?, in: International Journal of Nursing Education Scholarship, 6 (1), 1-8

Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R., Bond, S., Risch, S. (1990): Asperger's syndrome and autism. Neurocognitive aspects, in: Journal of Autism and Developmental Disorders, 19, 213-225

Them, C., Deufert, D., Fritz, E. (2009): Die Haller Altersstudie, in: Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 8 (44), 6-15

Tilg, A. (2008): Autismus – Probleme und Strategien der Eltern von autistischen Kindern im partnerschaftlichen Kontext. Eine Bestandsaufnahme in Tirol und Vorarlberg, Diplomarbeit, Universität Wien

Towbin, K.E., Pradella, A., Gorrindo, T., Pine, D.S., Leibenluft, E. (2005): Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders, in: Journal of child and adolescent psychopharmacology, 15, 452-464

Treibel, A. (2006): Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart, 7. Aktualisierte Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Tschudin, V. (1990): Helfen im Gespräch. Eine Anleitung für Pflegepersonen, Recom, Basel

Vencour, M. C. (2008): Pflegeberatung im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel, Präsentation eines Projekts am Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

Warmbrunn, A. (2006): Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten, Elsevier, München

Watzlawick, P., Weakland J. H., Fisch, R. (2001): Lösungen. Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels, 6.unveränderte Auflage, Hans Huber Verlag, Bern

Weber, H. (2000): Pflege auf dem Professionalisierungsweg. Die Rolle der Pflegenden zwischen Bildungsanspruch und Praxisalltag, in: Printerne, 2, 37-45

Weissensteiner, G. (1987): Belastende Faktoren in der Frühsozialisation autistischer Kinder, Dissertation, Universität Wien

WHO (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F), Forschungskriterien, Verlag Hans Huber, Bern

WHO (2009): European Union Standards for Nursing and Midwifery – Information for Accession Countries, WHO Regional Office for Europe

Wiener Krankenanstaltenverbund (2011): Weiterbildung Pflegeberatung, URL: http://www.wienkav.at/kav/fanz/FANZ_inhalte_anzeigen.asp?kurskuerzel=13181&kursgruppe=0106020306&veranstalter=AKH-PFLEGE, Zugriff am 12. 06. 2011

Wright, L.M., Leahey, M. (2009): Familienzentrierte Pflege. Assessment und familienbezogene Interventionen, Verlag Hans Huber, Bern

Zegelin-Abt., A., Huneke, M. (1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung, in: PR-Internet, 01/99, 11-18

Zegelin-Abt, A. (2002): Patienten- und Familienedukation in der Pflege, Vortrag vom 28. 02. 2002, Berlin

Zegelin, A. (2006): Patienten- und Familienedukation in der Pflege, in: Österreichische Pflegezeitschrift, 01/06, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Wien

Zegelin, A. (2007): Klientenorientierte Information, Schulung und Beratung in der Pflege, in: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H.: Prävention und Versorgungsforschung, Springer Verlag, Wien

Zoppetti, A. (2009): Eine verkannte Krankheit, in: Horizonte, 03/09, 18

10 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

- Abb. 1** Abgrenzung von Beratung und Psychotherapie
(Eigene Darstellung nach Mrochen, 2010)
- Abb. 2** Beratungsprozess und lösungsorientierte Beratung n. Bamberger
(1999 in eigener Darstellung)
- Abb. 3** Beratung als Problemlösungsprozess
(Hummel-Gaatz, Doll, 2007 zit. n. Büker, 2009, S. 95)
- Abb. 4** Double-Care-Ansatz (eigene Darstellung nach AG Patientenedukation, 2010)
- Abb. 5** Auszug auf dem österr. Ausbildungscurriculum für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege (ÖBIG, 2003, S. 268f.)
- Abb. 6** Differentialdiagnostische Abgrenzungsdimensionen zum Autismus (eigene Darstellung)
- Abb. 7** Das familiäre System
(eigene Darstellung nach Wrights & Leahey, 2009, S. 49)
- Abb. 8** Belastungsformen und Variationen bei pflegenden Angehörigen
(eigene Darstellung nach Allwicher, 2010, S. 101)
- Abb. 9** Dimensionen pflegeprofessioneller Beratung
(eigene Darstellung nach Allwicher, 2010, S. 161)
- Abb. 10** Zur Anwendung kommende Varianten der Fallbetrachtung
(eigene Darstellung)
- Abb. 11** Korrespondenz von Aktions-Reflexions-Wechsel und Kompetenzstatus
(vgl. Benner, 1984 zit. n. Zegelin-Abt & Huneke, 1999, S. 17)
- Tab. 1** Differentialdiagnose autistischer Syndrome (vgl. Remschmidt, 2005, S. 23)
- Tab. 2** Komorbiditäten bei autistischen Kindern
(vgl. Leyfer et al., 2006 zit. n. Sinzig, 2011, S. 54ff.)
- Tab. 3** Beeinflussende Faktoren im Belastungserleben nach Duijnsteet
(1993 zit. n. Scheffel, 2009, S. 88)
- Tab. 4** Verhaltensanalyse nach Hartmann (eigene Darstellung)
- Tab. 5** Verhalten des Klienten im Vergleich (eigene Darstellung)

11 Anhang

Zusammenfassung

Beratung ist – nicht nur juristisch betrachtet – eine originär-genuine Aufgabe der Gesundheits- und Krankenpflege sowie interdisziplinäre Obliegenheit. Aussagen zur Definition innerhalb dieses Aufgabenbereiches und zu damit erforderlichen Kompetenzen werden jedoch kaum gemacht.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die Beratung bei psychischen Erkrankungen, wie bspw. dem Autismus ein, da gerade dieses Erkrankungsbild in den letzten Jahrzehnten bei Kindern erheblich zugenommen hat und die vielfältigen und sehr unterschiedlichen Ausprägungsvarianten zu einem häufigen Verkennen des Krankheitsbildes führen. Der häufige Kontakt von erkrankten Kindern und ihren Eltern mit medizinischen Einrichtungen macht es jedoch erforderlich, dass Pflegende über Kompetenzen und Fähigkeiten im Umgang mit diesem Krankheitsbild verfügen. Betroffene berichten allerdings immer wieder von mangelhafter Kenntnis, weshalb nun die Erfordernis resultiert, Kenntnisse über die Spezifika professioneller Beratung im pflegfachlichen Setting zu erwerben und diese in den Kontext autistischer Kinder und deren Eltern zu stellen.

Aus diesem Grunde verfolgte die hier vorliegende Arbeit das Ziel, die Besonderheiten in der pflegeprofessionellen Beratung von Eltern autistischer Kinder literaturbasiert zu explorieren, um schließlich die für den Beratungsprozess erforderlichen Kompetenzen ableiten zu können. Die Erkenntnisse wurden durch eine Einzelfalldarstellung gestützt bzw. durch diese verifiziert.

Es stellte sich heraus, dass es neben der erforderlichen Fachexpertise und der diagnostischen Kompetenz vor allem personale und soziale Fähigkeiten sind, die die Voraussetzung für eine gelungene Beratung als pflegeimmanente Aufgabe darstellen.

Abstract

Counseling is - not only from the legal point of view - a truly genuine task of healthcare, especially of nursing, and at the same time an interdisciplinary obligation. There are, however, few comments and statements in this area and on necessary respective competences.

Counseling takes a special role within psychiatry especially in the domain of autistic spectrum disorders because of their increasing frequency. It's high variability often leads to misjudging symptomatics.

Regarding the high percentage of consultations of parents and their sick children it is extremely important that the staff of medical institutions of special counseling and caretaking of people within this spectrum disorder disposes of respective competences and capacities.

Patients and their family members often report a lack of knowledge how these patients have to be treated. That's the reason why it is highly recommendable that the professionals of nursing get knowledge and special information in order to get along with the sick persons and their caregivers.

The aim of this thesis was - based on literature - to explore the specific points of counseling in a nursing setting for autistic children and their parents, so that professionals can gain necessary competences for such a counseling process with follow up settings. Finally a case-study verifies the results of the analysis .

It results, that in addition to knowledge and diagnostic competence of experts, particularly personal and social abilities are necessary for a successful counseling in a setting of nursing.

Lebenslauf

Name: Gabriele Thalhammer
Wohnort: Ennsgasse 1/23, 1020 Wien
Geburtsdatum: 10. April 1961
Geburtsort: Linz
Eltern: Karl Strummer, Kapitän
Katharina Strummer, Hausfrau
Familienstand: verheiratet mit Leopold Thalhammer, Versicherungsmakler

Schul Ausbildung und Berufsausbildung

1967 - 1971	Volksschule Mauthausen
1971 - 1975	Hauptschule Mauthausen
1975 - 1976	Polytechnischer Lehrgang Mauthausen
1976 - 1980	Krankenpflegeschule AKH Wien
1984 - 1985	Sonderausbildung für Allgemeine und Kinderintensiv und Dialyse
1992	Sonderausbildungskurs für leitendes Krankenpflegepersonal
1992 - 1995	Österr. Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und Sozialtherapie
1996 - 1999	Psychotherapeutisches Propädeutikum, Lehranstalt der Erzdiözese Wien
1998 - 1999	Ausbildung für die psychosoziale Akutbetreuung
1999 - 2003	Fachspezifikum, Lehranstalt für Systemische Familientherapie
2003	Berufsreifeprüfung
Seit 2004	Studium der Pflegewissenschaft

- 2004 - 2005 Weiterbildung für Hypnotherapie
- 2006 - 2008 Weiterbildung für Kinder und Jugendlichenpsychotherapie

Berufspraxis:

- 1980 - 1982 I. Chirurgie, Station 56, AKH Wien
- 1982 - 1983 II. Chirurgie, Intensivstation B200, AKH Wien
- 1983 - 1987 Kiefer- und Gesichtschirurgie, Intensivstation, AKH Wien
- 1987 - 1989 Stationsschwestervertretung, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Intensivstation, AKH Wien
- 1989 - 1991 Stationsschwester, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Intensivstation, AKH Wien
- 1991 - 1992 Oberpflegerververtretung für den Bereich Intensiv und Anaesthesie, AKH Wien
- 1992 - 2007 Anaesthesie, Intensivstation B 3, AKH Wien

Psychotherapeutische Praxis:

- 2001 - 2002 Psychotherapeutin i. Ausbildung unter Supervision an der Familien und Partnerschaftsberatungsstelle Wien Ost und in freier Praxis unter Supervision
- 2002 - 2004 Selbständige psychotherapeutische Tätigkeit an der onkologischen Tagesstation 14J, AKH
 - 2002 Mitarbeit und Mitverfasserin : Begleitbuch Onkologie
 - 2003 Psychotherapeutin in freier Praxis und in der Familien und Partnerberatungsstelle Wien Ost
- 2004 - 2010 Lehrbeauftragte beim Roten Kreuz, Gerontopsychologie und Stressmanagement für HeimhelferInnen, Seminare für Besuchsdienste, Angehörige zum Thema „der alte Mensch“

- 2005 Weiterbildungsreferentin beim VPA – Verein für psychosoziale und psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 2006 Psychotherapeutin in der Familienberatungsstelle der Autistenhilfe
- 2008 Vorsitzende des VPA – Verein für psychosoziale und psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung
- 2010 Leiterin der Familien und Partnerberatungsstelle Wien Ost