

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens ¹
Bzgl.	Bezüglich
DRGs	Diagnostic Related Groups
Kap.	Kapitel
KMK	Kultusministerkonferenz
KrPflAPV 2004 (oder 1985)	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege vom 01.01. 2004 (oder aus dem Jahr 1985) kurz: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung
KrPflG 2004 (oder 1985)	Gesetz über die Berufe der Krankenpflege vom 01.01.2004 (oder aus dem Jahr 1985) kurz: Krankenpflegegesetz
MMR	Monika Meyer-Rentz
o. ä.	oder ähnliches
Pat.	Patient/ Patientin ²
Pat.	Patientin/ Patient/ Patienten

¹ Vgl. Kellnhauser et al (2004), S. 51f

² *Zugunsten der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text nur die männliche Form „Patient“ gewählt. Es impliziert selbstverständlich auch Patientinnen. Gleiches gilt für Kunde/ Kundinnen; Klient / Klientinnen, Pflegeberater/ Pflegeberaterinnen, Lehrender/ Lehrende etc.*

Pfleg. Ang.	Pflegende Angehörige ^{3 4}
Pflegebed. Mensch	Pflegebedürftiger Mensch ⁵
PIZ	Patienteninformationszentrum
PK	Pflegekraft (examiniert, Krankenschwester und Krankenpfleger)
PKs	Pflegekräfte (examiniert, Krankenschwester und Krankenpfleger)
s. o.	Siehe oben
s. u.	Siehe unten
S-A-B	Schulung, Anleitung und Beratung
s-a-b	schulen, anleiten, beraten
TN	Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung
u. a.	unter anderem
z. Z.	zur Zeit

³ Definition entsprechend §19 SGB XI

⁴ *Im nachfolgenden Text sind mit den geschlechtsneutralen Begriffen „Pflegende“, „Pflegerkräfte“ oder „Pflegerpersonal“ dreijährig ausgebildete, examinierte Krankenschwestern und Krankenpfleger gemeint. Pflegende Angehörige (pfleg. Ang.) werden als solche immer benannt. Dabei umschreibt dieser Begriff nicht nur ein verwandtschaftliches Verhältnis, sondern greift freundschaftliche, nachbarschaftliche o. ä. Beziehungen mit auf.*

⁵ Definition „pflegebedürftig“ entsprechend § 14 SGB XI

Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1 „Haus“- orientierte Evaluation	62
Abb. 2 „Hand“- orientierte Evaluation	72
Abb. 3 „Brief“- Evaluation in der Kleingruppe	72
Übersicht Das Lernfeld „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger“	Anhang

1. Einleitung

1.1 Problemstellung

Schulung, Anleitung und Beratung (S-A-B) sind Aspekte, die im Berufsstand der Pflege aus gesetzlichen, gesellschaftlichen und berufspolitischen Gründen (vgl. Kap.2.2.2) einen immer größeren Raum einnehmen. Doch insbesondere „der lebensweltliche Bezug der Pfl egetätigkeit“⁶ lässt die Pflege für die Übernahme von beratenden und anleitenden Aufgaben im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit auch als besonders prädestinierte Gruppe erscheinen. So sind Pflegenden den kranken und pflegebedürftigen Menschen sowie ihren Angehörigen oftmals über weite Strecken am nächsten und haben am ehesten Einblick in die spezifische (Lebens-) Situation und die Lebensgewohnheiten der von ihnen betreuten Menschen.⁷ Damit ist eine besonders gute Grundlage für individuelle Schulung, Anleitung und Beratung gegeben.

S-A-B sind entsprechend *Koch– Straube* „integrale Bestandteile“⁸ der Pflege, deren Chance über die „reine“ Wissensvermittlung hinaus darin besteht, dass der Patient selber den Weg zur Lösung seiner Pflege- und Gesundheitsprobleme findet und damit eine Entwicklung hin zum Selbstmanagement seiner Gesundheitseinschränkung bzw. dem Pflegearrangement vollzieht.⁹ Ein Ergebnis der Begleituntersuchung des Modellprojektes der *Techniker Krankenkasse (TKK)* zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen ergab diesbezüglich, dass die auf individuelle Bedürfnisse und Bedarfslagen abgestellte Pflegeberatung sinnvoll und nützlich ist und von den Adressaten auch entsprechend positiv gewürdigt wird¹⁰.

Jedoch scheint es der Pflege für die Erarbeitung von Patientenschulungsprogrammen oder beratenden Konzepten an den dazu erforderlichen wissenschaftlichen und konzeptionellen Voraussetzungen zu fehlen. Ebenso mangelt es an einer entsprechenden qualifikatorischen Basis für die Übernahme edukativer¹¹ oder beratender¹² Aufgaben.

Nicht verwunderlich ist daher, dass Pflegekräfte Beratungsanlässe und -notwendigkeiten im Pflegealltag meist weder wahrnehmen¹³ noch aufgreifen.¹⁴ Gleichsam beschreiben *Knelange* und

⁶ Vgl. Müller-Mundt, Schaeffer in v. Reibnitz et al (2001), S. 228

⁷ Vgl. ebd.

⁸ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 72

⁹ Vgl. Nestmann in Koch–Straube (2001), S. 72f

¹⁰ Vgl. Institut für Empirische Soziologie (1995), S. 295

¹¹ Vgl. Müller–Mundt (2001), S. 99

¹² Vgl. Herbig, Hösl–Brunner (1997), S. 158ff

¹³ Vgl. ebd., S. 114

¹⁴ Vgl. Koch–Straube (2000), S. 2; vgl. ebenso Abt–Zegelin in: London (2003), S. 23

Schieron in ihren Untersuchungen, dass Pflegekräfte bzgl. Schulung, Anleitung und Beratung ein „Wissens- und Kompetenzdefizit beklagen und sich in manchen Beratungssituationen hilflos und überfordert fühlen.“¹⁵

Herbig und Hösl-Brunner stellen in ihrer qualitativen Studie u. a. dar, dass „die Frage, ob Pflegeberatung in der bisherigen Krankenpflegeausbildung thematisiert wurde, von den Pflegekräften überwiegend verneint wird.“¹⁶ Die Ausbildung wird im Hinblick auf Qualifizierung für S-A-B als „nicht ausreichend“ bewertet.¹⁷ *Müller-Mundt* untermauert dieses Ergebnis durch eine entsprechende Untersuchung vorherrschender Lehrpläne, Curricula, Lehrbücher und Artikel in der Fachpresse, die insgesamt bestätigen, dass der Stellenwert von Patienten- und Angehörigenbildung in der Pflegeausbildung „ziemlich ernüchternd ist.“¹⁸

Ewers pointiert im Rahmen einer Literaturanalyse, „dass sich, gemessen am internationalen Entwicklungsstand, in Deutschland die Diskussion über pflegerische Edukationsaufgaben noch auf vergleichsweise niedrigem Niveau bewegt.“¹⁹

Mittlerweile wird die Diskussion um „Beratung in der Pflege“ in §3 Abs.2 (1c) des am 01.01.2004 in Kraft getretenen Krankenpflegegesetzes als Teilziel der Krankenpflegeausbildung aufgegriffen. Bundesweit gilt, dass zukünftig Gesundheits- und Krankenpflegerinnen aller Bereiche (stationär und ambulant)²⁰ eigenständig Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patienten sowie ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit fachlich beherrschen müssen.²¹ Doch leider stimmen „Ist- und Sollzustand“ der pflegerischen Schulungs-, Leitungs- und Beratungskompetenz momentan nicht überein.²² Dieses Defizit der pflegerischen Beratung wird in dem Modellprojekt der *TKK* gerade von pflegenden Angehörigen bestätigt.²³

In der „pflegerischen Fachwelt“ werden drei verschiedene Qualifizierungsstränge gefordert und diskutiert²⁴, die dem Bedarf nach Kompetenzerweiterung bzgl. Schulung, Anleitung und Beratung der Pflegekräfte²⁵ Rechnung tragen.

Eine Lösung wäre es, dass in Pflegestudiengängen neben den Fachrichtungen „Pflegerpädagogik“ und „Pflegemanagement“ auch „Pflegeberatung“ angeboten wird, insbesondere dann, wenn

¹⁵ Vgl. Knelange, Schieron (2000), S. 4ff; vgl. ebenso Abt-Zegelin, (2003d), S. 108

¹⁶ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 87 u. 153

¹⁷ Vgl. ebd., S. 163

¹⁸ Vgl. Müller-Mundt (2001), S. 99ff

¹⁹ Vgl. Ewers (2001), Abstract

²⁰ *Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 wird insbesondere in der ambulanten Pflege eine stärkere Auseinandersetzung mit edukativen Aufgaben diskutiert. Vgl. §7 und §45 SGB XI;*

Vgl. ebenso Müller-Mundt (2001), S. 97

²¹ Vgl. §3 KrPflG 2004

²² Vgl. Christmann et al (2004), S. 165ff

²³ Vgl. Institut für Empirische Soziologie (1995), S. 292

²⁴ Vgl. Zegelin-Abt in: Canobbio (1998), Geleitwort; vgl. ebenso Koch-Straube, (2003), S. 87;

vgl. ebenso Müller-Mundt (2001), S. 96ff

²⁵ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 37ff

Pflegende dezidiert als „Pflegerberaterinnen“ ausgebildet werden.²⁶ Doch das löst nicht die Probleme, die hier und heute Pflegekräfte infolge des neuen Krankenpflegegesetzes beschäftigt. Zum andern wäre „es für eine Übergangsphase, bis sich Studiengänge für Pflegerberater etabliert haben, auch denkbar, dass Weiterbildungen (...) diese Aufgabe übernehmen“²⁷ bzw. extra „geschaffen“²⁸ und Fortbildungen angeboten werden. Festzuhalten bleibt drittens, dass die gesetzlich geforderten Schulungs-, Anleitungs- und Beratungskompetenzen der Pflegekräfte als integrale und eigenständige Bestandteile einer professionellen Pflege fortan in der Ausbildung einen theoretischen und praktischen Schwerpunkt erhalten und verstärkt vermittelt werden müssen.

Doch welche Kompetenzen benötigen Pflegekräfte, die im Rahmen der täglichen Arbeit schulen, anleiten oder beraten? Und wie (im Sinne von Didaktik und Methodik) können diese Kompetenzen vermittelt, erlernt und geübt werden?

In der vorliegenden Arbeit soll am Beispiel des Bedarfs und der Notwendigkeit von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger, die mit der Übernahme der Pflege eines pflegebedürftigen Menschen am Anfang stehen, eine mögliche Antwort im Rahmen eines Fortbildungskonzeptes für Pflegekräfte gegeben werden.

Vierorts²⁹ wird von den vielfältigen Informationsdefiziten, dem Wunsch nach praktischen Anweisungen für Pflegehandlungen, aber auch den Ängsten und Unsicherheiten der pflegenden Angehörigen berichtet, die den Bedarf nach individueller Schulung, Anleitung und Beratung noch im Rahmen des Klinikaufenthaltes des zu pflegenden Menschen untermauern.

Nicht nur Patienten, sondern auch Angehörige sind im Anschluss an die Diagnose einer chronischen Krankheit oder beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit einer Vielzahl von Fragen konfrontiert. Da die Krankheit des zu pflegenden Menschen weit reichende Auswirkungen auf sämtliche Lebensbereiche auch des pflegenden Angehörigen haben kann, ergeben sich entsprechende Unsicherheiten oder Befürchtungen.³⁰ Diese beziehen sich auf Verlaufsprognosen, Behandlungsmöglichkeiten und „pflegerisches Handling“. Weitere Fragen nach Persönlichkeitsveränderungen (z.B. bei Demenz, Parkinson, MS...) der Betroffenen und deren Bedeutung für die Beziehung zwischen dem Betroffenen und dem pflegenden Angehörigen drängen sich auf. Darüber hinaus ergibt sich zeitgleich ein Informationsbedarf über Beratungs- und Betreuungsangebote für die Betroffenen – und ebenso für die Angehörigen.³¹ Zukunfts- und

²⁶ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 187

²⁷ Vgl. ebd.

²⁸ Vgl. Christmann et al (2004), S. 172

²⁹ Vgl. Thomas, Wirmitzer (2001), S. 469; vgl. ebenso Steimel, Richter–Kessler (2001), S. 562; vgl. ebenso Hedtke-Becker, Hoevens in: Hedtke–Becker et al (2003), S. 12; vgl. ebenso Institut für Empirische Soziologie (1995), S. 291

³⁰ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 37ff

³¹ Vgl. Institut für Empirische Soziologie (1995), S. 292

Überforderungsängste können auftreten. Für Angehörige entsteht somit ein Konglomerat aus medizinisch - therapeutischen, rechtlichen, emotionalen und alltagspraktischen Befürchtungen und Fragen.³²

Doch neben dem Bedarf an Schulung, Anleitung und Beratung seitens der pflegenden Angehörigen besteht „im Gesundheitswesen auch Übereinstimmung, dass die Einbeziehung von und Abstimmung mit den Angehörigen pflegebedürftiger und/ oder chronisch kranker Menschen wesentlich zu einem günstigeren Krankheitsverlauf beiträgt.“³³ Somit erscheinen Schulung, Anleitung und Beratung geradezu notwendig. Beispielhaft sei erwähnt, dass „Drehtüreffekte“³⁴ infolge Einbeziehung, Anleitung und Beratung von Angehörigen verringert werden könnten. Pflegekräfte sollten also bereits vor der Entlassung des zu pflegenden Patienten ein besseres Verständnis für die Bedürfnisse und Fähigkeiten der pflegenden Angehörigen gewinnen, um hier wirksame Unterstützung leisten zu können.³⁵

Außerdem bietet sich in dieser Situation die Möglichkeit, Laienpflegende, die sonst keinen Kontakt zu professionell Pflegenden suchen würden, frühzeitig anzusprechen.³⁶

Abt – Zegelin argumentiert, dass in Abgrenzung zu anderen Berufen, die sich ebenfalls im Rahmen von „Pflegeberatung“ etablierten (vgl. Sozialdienst), der Pflege exklusiv die Begleitung und Edukation - von Anfang an -, nämlich noch in der Phase der klinischen Versorgung bleibt. Es wäre gut, wenn Pflegende diesen wichtigen Bereich ausdrücklicher besetzen und Patienten-bzw. Familienedukation zum normalen Bestandteil des Pflegeprozesses machen³⁷ und „die Pflegezeit diesbezüglich intensiver nutzen würden“.³⁸

Das Ziel dieser Diplomarbeit ist deshalb, ein curriculares Rahmenkonzept (vgl. Kap. 3.2.3) für die Fortbildung von Pflegepersonal in Kliniken zu entwickeln, welches im Hinblick auf die Problemlage und unter Berücksichtigung der vorhandenen Modalitäten pflegender Angehöriger entsprechende Schulungs-, Leitungs- und Beratungserfahrungen von Pflegekräften aufgreift und die notwendigen Kompetenzen fördert.

³² Vgl. Graef et al (2003), S. 924

³³ Vgl. W. u. U. George (2003), S. 24; vgl. ebenso Hoevels et al in: A. Hedtke–Becker et al (2003), S. 74

³⁴ *Wiedereinweisung von gerade entlassenen Patienten z.B. weil die Versorgung zu Hause nicht gewährleistet war* vgl. Hedtke-Becker et al (2003), S. 13

³⁵ Vgl. Dash et al (2000), S. 90

³⁶ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 166

³⁷ Vgl. Abt–Zegelin (2003c), S. 109

³⁸ Dies. in F. London (2003), S. 21

1.2 Aufbau der Arbeit

Der erste Teil der Arbeit (Kap. 2) entspricht einer Bedarfsanalyse. Hier wird zunächst eine Zusammenfassung der in der Literatur mancherorts³⁹ beschriebenen Situation pflegender Angehöriger dargestellt und über die vielfältigen Unsicherheiten, Ängste und Belastungen, die sich aus der Übernahme der Pflege ergeben, informiert. Die Kenntnis solcher relevanter Krisensituationen ist für Pflegekräfte erforderlich, um mit den pfleg. Ang. systematisch Bewältigungsstrategien zu entwickeln und diese in eine professionelle Pflege-schulung, -anleitung und -beratung eingehen zu lassen.⁴⁰

Im Blickwinkel der Problemlage pflegender Angehöriger stehen in dieser Arbeit ausschließlich die Belastungen, welche aus somatischen Erkrankungen der zu pflegenden Menschen resultieren. Die Themen „Demenz“, „Depression“, andere psychische oder psychiatrische Erkrankungen müssen an einem anderen Ort Berücksichtigung finden, da „Beratung im Bereich der Pflege von Menschen mit dementiellen Störungen ein gesondertes Thema ist. Sie bedarf anderer Herangehensweise und Perspektiven.“⁴¹

Im weiteren Verlauf des zweiten Kapitels werden neben der notwendigen Klärung und Abgrenzung der drei zentralen Begriffe „Schulung, Anleitung und Beratung“ sowie ihrer Legitimation im Rahmen von professioneller Pflege vorhandene Forschungsergebnisse zum Problemfeld „Beratung in der Pflege“ dargestellt.⁴² Explizit wird auf den Schulungs- Anleitungs- und Beratungsbedarf der pflegenden Angehörigen eingegangen und dieses dem Forschungsstand zur Beratungskompetenz der Pflegekräfte gegenübergestellt.

Die grundlegenden Gedanken der Konzeptentwicklung finden sich zu Beginn des dritten Kapitels. Im Rückgriff auf das zweite Kapitel werden übergeordnete Ziele der Fortbildung abgeleitet, die Strategie der Konzeptentwicklung erläutert und die Inhalte der Fortbildung bestimmt.

Die formale Gestaltung und der didaktische Hintergrund des curricularen Rahmenkonzepts dieser Fortbildung orientieren sich dabei am Lernfeldkonzept (vgl. Kap. 3.2.4.).

Die einzelnen Bausteine des Lernfeldes „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger“ stellen in dieser Arbeit Lerneinheiten dar.

³⁹ Vgl. Hedtke-Becker (1999); Fuchs (2000); Lubkin (2002); Schnepf (2002); Steimel (2003); George (2003)

⁴⁰ Vgl. „Frauen als pflegende Angehörige“, S. 78

⁴¹ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 176

⁴² *Ein internationaler Vergleich findet sich bei Müller–Mundt (2001); Koch – Straube (2001); Ewers (2001)*

Im Rahmen der fünf Lerneinheiten

1. Die Situation pflegender Angehöriger
2. Pflegende Angehörige schulen
3. Pflegende Angehörige anleiten
4. Pflegende Angehörige beraten
5. Evaluation der Fortbildung

werden Vorschläge für die Themen- und Zeitverteilung sowie für das Lehr- und Lernarrangement aufgeführt.

Für die Entwicklung dieses Fortbildungskonzeptes sind die Aspekte

- Bedarfsgerechtigkeit und Handlungsorientierung für die Lernenden sowie
- Nachvollziehbarkeit in der Umsetzung für Lehrende

maßgebende Kriterien.

Hierunter ist zu verstehen, dass sowohl der theoretisch fundierte Bedarf (vgl. Kap.2.2.3) und das praktische, sich aus der Lerngruppe heraus ergebene reale Lernbedürfnis der Pflegekräfte zum Thema Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger in der Fortbildung Berücksichtigung finden. Dazu werden Lehrziele formuliert (vgl. Kap. 3.1), Kompetenzen differenziert (vgl. Kap. 3.3.1), eine Vorabevaluation empfohlen (vgl. Kap. 3.2.5) und Handlungsziele ermittelt (vgl. Kap. 3.2.5 und 3.4).

Das Prinzip der Handlungsorientierung kennzeichnet, dass die Teilnehmer der Fortbildung auf Situationen vorbereitet werden, in denen „später“, d.h. im beruflichen Alltag, real gehandelt wird.⁴³ Didaktische Überlegungen wie die Theorie – Praxis - Vernetzung oder das Umsetzen einer an der Ermöglichungsdidaktik orientierten Gestaltung der Fortbildung sollen den Weg der Handlungsorientierung bahnen (vgl. Kap. 3.2.1).

Das Fortbildungskonzept richtet sich insbesondere an Lehrende der inner- und außerbetrieblichen Fortbildung für Klinikpflegepersonal, um die Wichtigkeit und Bandbreite der Inhalte zum Thema Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel der pfleg. Ang. aufzuzeigen.

Es dient gleichzeitig als Grundgerüst und möglicher Ideenlieferant für Unterrichtskonzeptionen. Dabei soll das Fortbildungskonzept insgesamt für Lehrende praktisch möglich und nützlich sein und nicht wie ein „unrealistisches didaktisches Feuerwerk“ erscheinen.

Im Rahmen der Reflexion (Kap. 4.) werden die Überlegungen zum Fortbildungskonzept erneut in den Gesamtzusammenhang von Schulung, Anleitung und Beratung in der Pflege gestellt und abschließend diskutiert.

⁴³ Vgl. Sieger in: Schneider et al (2003), S. 8

2. Bedarfsanalyse

2.1 Die Situation pflegender Angehöriger

2.1.1 Wer sind die pflegenden Angehörigen?

Alle zwei Jahre wird von den *Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder* die Pflegestatistik erhoben. Die aktuellen Zahlen aus dem Jahr 2003 verlauten u. a. folgende Ergebnisse: „Im Dezember 2001 waren 2,04 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (69%) waren Frauen. 81% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 35% von ihnen sind 85 Jahre und älter. Mehr als zwei Drittel (70% bzw. 1,44 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 1 Million Pflegebedürftige erhielten ausschließlich Pflegegeld. Das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt. Weitere 435.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. 30% (604.000) der pflegebedürftigen Menschen wurden in Pflegeheimen betreut. Gegenüber 1999 hat die Zahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 1,2% (24.000) zugenommen.“⁴⁴ Der Hilfe- oder Pflegebedarf ergibt sich hauptsächlich aus Behinderungen, die sich aus Funktionsstörungen innerer Organe (33%), fehlenden Gliedmaßen, Lähmungen oder Muskelerkrankungen (28%), geistiger Behinderung/ geistigem Abbau (17%) oder Beeinträchtigungen aufgrund von Sinnes Einschränkungen (10%) ableiten (Sonstige 12%).⁴⁵ In diesem Zusammenhang muss ebenso erwähnt werden, dass der Anteil chronisch kranker Menschen in der bundesdeutschen Bevölkerung ca. 40% ausmacht und die Tendenz steigend ist. 20% davon leiden sogar an zwei oder mehr Erkrankungen.⁴⁶ Diese Folge des Fortschritts in der Medizin führt dazu, dass es mehr chronisch Kranke in mittleren und höheren Lebensjahren gibt, die ggf. pflegebedürftig sind oder werden.

Die Angehörigen, die als Haupt - Pflegepersonen fungieren, sind in der Regel Frauen.⁴⁷

„Soweit eine Hauptpflegeperson vorhanden ist, ist dies bei der jüngsten Altersgruppe die Mutter (...). In der Gruppe der 65 – 79 jährigen Pflegebedürftigen, die eine Hauptpflegeperson haben, sind dies vornehmlich die Ehe- oder Lebenspartner (zu 61%), aber auch die Töchter (zu 24%). Bei den hochbetagten Pflegebedürftigen (über 79 Jahre) mit Hauptpflegeperson nehmen vor allem die Töchter (44%) und Schwiegertöchter(17%) diese Rolle ein; in nur noch 17% der Fälle kann der

⁴⁴ Statistisches Bundesamt (2003a): Bericht: Pflegestatistik 2001, S. 3

⁴⁵ Vgl. Buijssen (1996), S. 8

⁴⁶ Vgl. Rosenbrock (2002) in: Hedtke-Becker et al (2003), S. 12

⁴⁷ Vgl. Hedtke-Becker (1999), S. 16; vgl. ebenso „Frauen als pflegende Angehörige“

Ehepartner die Hauptpflege übernehmen“⁴⁸ Der größte Teil der pfleg. Ang. (Frauen) befindet sich im Alter zwischen 45 – 64 Jahre⁴⁹, so dass der Beginn der Pflege häufig mit dem Auszug der Kinder zusammen trifft und viele Frauen im Anschluss an die Versorgung der Kinder zur Versorgung des Partners bzw. der (Schwieger-) Eltern übergehen.⁵⁰ Im Allgemeinen ist zu beobachten, dass ältere pfleg. Ang. über mehr Zeit für die Pflege und Betreuung verfügen als jüngere, jedoch weniger Kraft und Energie aufweisen. Jüngere Pflegende hingegen stehen unter zeitlichen Zwängen, weil sie sich auch um die eigenen Familien kümmern müssen, einer Berufstätigkeit nachgehen, bestimmte soziale Funktionen wahrnehmen oder andere Verpflichtungen haben⁵¹ (Mehrfachbelastung).

Die Gründe, weshalb Angehörige die Pflege eines chronisch kranken, alten und/ oder pflegebedürftigen Menschen übernehmen, sind vielfältig⁵². Studien haben im Wesentlichen die Motivation von Töchtern und Schwiegertöchtern untersucht.⁵³ Am häufigsten wird auf das Element der Selbstverständlichkeit hingewiesen, welches normative und moralische Vorstellungen ausdrückt, die in Form von Schuldgefühlen, wenn man es nicht täte, verinnerlicht sind. Hinter dieser Selbstverständlichkeit scheint ein Pflichtgefühl zu stehen, für die Pflege der Eltern verantwortlich zu sein. Schließlich ist „man als Kind auch von ihnen versorgt worden“. Weitere Gründe leiten sich aus der Liebe und Zuneigung zum Pflegebedürftigen ab; aus dem Gefühl, „etwas wieder gut machen zu wollen“ – insbesondere dann, wenn die nun pflegebedürftigen Eltern bei der Betreuung der eigenen Kinder Unterstützung leisteten und somit eine Berufstätigkeit der Frau möglich machten. Nicht zu übersehen sind eine finanzielle Motivation (vgl. Übergabeverträge landwirtschaftlicher Betriebe oder der finanzielle Anreiz durch das Pflegegeld entsprechend SGB XI), ein gegebenes Versprechen, Glaubensüberzeugungen oder das Gefühl, mit der Übernahme der Pflege einen (neuen) Sinn im Leben zu haben. Die Motivation zur Übernahme der Pflege kann ein Gegengewicht zur Belastung (s. u.) sein und hilft, die tägliche Pflege zu bewältigen. So kann es leichter sein, einen Menschen, den man liebt zu pflegen, als einen Menschen zu versorgen, zu dem ein schlechtes Verhältnis besteht.⁵⁴

Der hilfreich-konsolidierende, heilsame,⁵⁵ somit positive Einfluss der pfleg. Ang. auf die Situation des zu pflegenden Menschen wurde bereits in der Einleitung erwähnt. Doch den pfleg. Ang.

⁴⁸ Schneekloth et al (1996), S. 145

⁴⁹ Ebd., S. 155

⁵⁰ Vgl. Mayring in: Faltermaier (2002), S. 156

⁵¹ Vgl. Lubkin (2002), S. 402

⁵² Vgl. Hedtke–Becker (1999), S. 26ff; vgl. ebenso Gröning (2004), S. 51ff

⁵³ Vgl. ebd., S. 26

⁵⁴ Vgl. Brink in: Schnepf (2003), S. 223

⁵⁵ Vgl. George (2003), S. 23

können noch weitere wesentliche Bedeutungen⁵⁶ bzw. Fähigkeiten⁵⁷ zugeschrieben werden. Offensichtlich sind ihre praktischen, auch als „innovativ“ zu bezeichnenden Fähigkeiten bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), die sie während der Pflege des Angehörigen zum Teil bzw. gänzlich für diesen übernehmen. Auf diese Weise vermitteln sie dem Pflegebedürftigen Zugehörigkeit, Individualität und Kontinuität trotz der Erkrankung. Ferner fungieren sie als „Koordinatoren, Steuerungszentrale und/ oder Schnittstellenmanager“ für das ganz alltägliche und krankheitsbedingte Leben rund um den zu Pflegenden (bzw. der Familie). In Kombination mit ihren Aufgaben als „Pflegekraft, Krankenbeobachter, Arzthelferin, Co-Therapeutin usw.“ wird deutlich, dass pfleg. Angehörige nicht nur dem Pflegebedürftigen, sondern auch der Gesellschaft einen enormen Dienst erweisen. Es scheint offensichtlich, dass jene pflegenden Frauen „kostengünstig“ diese Aufgaben bewältigen und zukünftig eine noch wichtigere Rolle im Gesundheitswesen spielen (müssen).

Abschließend lässt sich sagen: „Angehörige sind in ihren Möglichkeiten und in ihren Belastungen machtvolle Partnerinnen in der Pflegesituation. Sie verfügen über zentrale Ressourcen: Sie sind „Expertinnen“ des Familiennetzwerkes⁵⁸ und verantworten es. Sie gestalten das Milieu, in dem sich Pflege vollzieht. Sie regeln die Beziehung nach außen. Über sie ist vermittelt, was angenommen wird an Pflege und Hilfeleistungen, wie Vorschläge umgesetzt werden. Ihr Einfluss zu ermöglichen wie zu begrenzen ist beträchtlich.“⁵⁹

Die Unterschiede der pfleg. Ang. beziehen sich auf das Alter der Pflegenden, ihrer Beziehung zu den Angehörigen und dem Leiden, wovon diese betroffen sind. Gemeinsamkeiten ergeben sich aus den Gefühlen, Sorgen und Belastungen, die pfleg. Ang. haben.

2.1.2 Belastungen der pflegenden Angehörigen

Die Übernahme der Pflege eines Angehörigen verursacht beim Pflegenden Stress. Sobald die Anforderungen dieser Aufgabe d.h. die Belastungen⁶⁰ die für den Pflegenden verfügbaren Ressourcen aus subjektiver Sicht übersteigen, werden sie als Stress empfunden. Als objektive Last wird dabei der Umfang der Pflege, der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Schwere der Erkrankung sowie die Aufgaben der Pflegenden, die zusätzlich zur Pflege wahrgenommen werden müssen

⁵⁶ Vgl. George (2003), S. 22ff

⁵⁷ Vgl. Hedtke–Becker in: Arnold, Hedtke–Becker (2000), S. 57

⁵⁸ *Familiäre Netzwerke stellen einen eigenen Lebensraum dar, der bestimmten Spielregeln, Ritualen oder Lebensgewohnheiten folgt. Für Außenstehende sind sie unsichtbar. Für den am Netzwerk Beteiligten sind es machtvolle und spürbare Kräfte. Vgl. Steiner-Hummel in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 43*

⁵⁹ Steiner-Hummel in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 43

⁶⁰ *Psychische Belastung = Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommt und psychisch auf ihn einwirkt. Zitiert nach Greif (1991a) in: Zimbardo; Gerrig (1999), S. 730*

(Kinder, Beruf, Ehe), bezeichnet. Die subjektive Last kennzeichnet das individuelle Belastungsempfinden der pfleg. Ang., welches nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der objektiven Last stehen muss.⁶¹ Wurde z.B. die Pflege „selbstverständlich“ oder gar „unter Druck“ übernommen, so erhöht sich das subjektive Belastungsempfinden erheblich.⁶²

Pfleg. Ang. stehen somit vor der Aufgabe, ein Gleichgewicht herzustellen zwischen den Anforderungen der Pflege Tätigkeit (Belastung) und ihrer Fähigkeit, mit diesen Anforderungen ohne zu hohe Kosten und destruktive Folgen fertig zu werden⁶³. Eine Bremer Studie ergab, dass insbesondere die Anfangsphase der Pflege von hoher Beanspruchung geprägt ist, da sie mit einem Verlust der gewohnten Alltagsroutine, fehlender Pflegekompetenz und dem Zwang zu einer Neudefinition von Rollen geprägt ist. 95% der pfleg. Ang. fühlen sich in dieser Situation überfordert.⁶⁴ „Die Belastung wird verstärkt, wenn wegen unvorbereiteter Krankenhausentlassung nicht rechtzeitig ein tragfähiges Pflegearrangement entwickelt werden konnte.“⁶⁵

Doch Angehörige, die die Pflege eines Menschen gerade beginnen, überschätzen leicht ihre eigene Leistungsfähigkeit und gleichzeitig unterschätzen sie die auf sie zukommende Pflegebelastung. Nicht selten führt dann dieser, je nach Pflegesituation unterschiedlich lang andauernde Stress zu dem Gefühl überbürdet zu sein und physische und psychische Erschöpfungsmerkmale bis hin zum Burn-out Syndrom treten auf.⁶⁶ Etwa die Hälfte aller pfleg. Ang. leiden an gesundheitlichen Problemen.⁶⁷

Die vielfältigen Belastungen, mit denen die Übernahme der Pflege Tätigkeit verbunden ist, können vier Bereichen zugeordnet werden. Je nach Blickwinkel sind sie eher psychischer, physischer, sozialer oder finanzieller Art.⁶⁸ Doch sind sie letztlich alle miteinander verwoben und bedingen einander. Pfleg. Ang. geben allerdings an, dass die psychosozialen Belastungen am schwersten wiegen.⁶⁹

Zu Beginn der Pflegesituation rechnen wohl die wenigsten pfleg. Ang. damit, dass sie Jahre ihres Lebens mit der Pflege des Angehörigen verbringen werden. So wird aufgrund der Pflegesituation die eigene Lebensplanung verändert oder zurückgestellt. Kostbare Zeit verrinnt, die sich die pfleg. Ang. eigentlich ganz anders vorgestellt haben. Wut und Aggression gegen den zu pflegenden Menschen, gegen andere Familienmitglieder, die sie nicht unterstützen oder einfach gegen all

⁶¹ Vgl. Hedtke-Becker (1999), S. 29

⁶² Vgl. Fuchs (2000), S. 74

⁶³ Vgl. Lazarus in: Phillip (1981), S. 201

⁶⁴ Vgl. „Frauen als pflegende Angehörige“, S. 78

⁶⁵ Hedtke-Becker in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 54

⁶⁶ Vgl. Steimel (2003), S. 55

⁶⁷ Vgl. „Frauen als pflegende Angehörige“, S. 78

⁶⁸ Vgl. Krolzik (1997), S. 12

⁶⁹ Vgl. Buijssen (1996), S. 9; vgl. ebenso Krolzik (1997), S. 12; vgl. ebenso Fuchs (2000), S. 75

diejenigen, die ihr Leben frei gestalten, können auftreten.⁷⁰ Pflegende Frauen beschreiben ferner die ausschließliche Zuständigkeit, die permanente zeitliche Beanspruchung (vor allem auch nachts) und das Gefühl des „Angebundenseins“ als hohe Belastung.⁷¹

Viele pfleg. Ang. kämpfen mit Schuldgefühlen. Diese entstehen u. a. als Reaktion auf Aggressionen gegen die zu pflegende Person insbesondere dann, wenn die Pflegende dem zu Pflegenden in Gedanken den Tod wünscht. Schuldgefühle sind auch das Resultat aus dem ständigen Gefühl, nicht genug zu pflegen und gleichzeitig andere Familienmitglieder zu vernachlässigen, so dass das Ehe- und Familienleben beeinträchtigt ist.⁷²

Ebenso wird von Angstgefühlen berichtet, die pfleg. Ang. haben.⁷³ Dabei geht es um Verschlechterungen im Krankheitsbild des pflegbed. Menschen, welche von der pfleg. Ang. und der Familie immer wieder neue Anpassungsprozesse erfordert und Gefühle der Hilflosigkeit, aber auch des Ekels und der Abscheu hervorrufen kann.

Finanzielle Sorgen bereiten Existenzangst, da infolge der Erkrankung und/ oder Pflegebedürftigkeit die Erwerbsunfähigkeit des Erkrankten oder die Berufsaufgabe des Pflegenden möglich, die Anschaffung medizinisch-pflegerischer Geräte und bauliche Umbaumaßnahmen notwendig sind. Das Erlernen der Durchführung von „praktischer Pflege“ oder der Umgang mit pflegerischen oder anderen medizinisch- therapeutischen Fachkräften kann ebenfalls mit Angst besetzt sein.

Pfleg. Ang. erfahren tagtäglich, dass ihre Arbeit bei anderen Familienmitgliedern, in der Gesellschaft und/ oder auch beim Pflegebedürftigen selber wenig anerkannt wird.⁷⁴ Dabei wird insbesondere die fehlende Anerkennung durch den pflegbed. Menschen als Kritik an der Pflege oder als Undankbarkeit empfunden.

In diesem Zusammenhang hat jede Pflegesituation wiederum ihre eigene Geschichte, die bis weit in die Vergangenheit hineinreichen kann. Selten lassen sich aus der momentanen Situation hinreichende Erklärungen für das oft schwierige Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegtem finden (vgl. „familiäre Netzwerke“ s. o.).⁷⁵

Infolge einer lang anhaltenden Pflegesituation, durch die Immobilität des Kranken und durch die Konzentration auf die Erkrankung und ihre Bewältigung isoliert sich nicht nur die betroffene Person, sondern auf der pfleg. Ang. Denn infolge der steigenden Pflegeanforderungen, ggf. auch durch die Zunahme von Beziehungskonflikten zwischen dem pfleg. Ang. und dem pflegbed. Menschen traut sich die Pflegeperson kaum noch aus dem Haus und vernachlässigt soziale Kontakte.

⁷⁰ Vgl. Reck-Hog, Leisz-Eckert (1998), S. 7 vgl. ebenso Fuchs (2000), S. 75f

⁷¹ Vgl. Hedtke-Becker (1999), S. 30ff

⁷² Vgl. Fuchs (2000), S. 82

⁷³ Vgl. Lubkin (2002), S. 408f

⁷⁴ Vgl. Gröning et al (2004) S. 27; vgl. ebenso Hedtke-Becker (1999), S. 33; vgl. ebenso Fuchs (2000), S. 78

⁷⁵ Vgl. Hedtke-Becker (1999), S. 35f

Innerhalb der Dyade zwischen pfleg. Ang. und pflegebed. Menschen sind Probleme möglich, die sich durch einen Wechsel der sozialen Rollen bedingen. So kann sich die vormals klassische Rollenaufteilung zwischen Mann und Frau in einer Beziehung umkehren, wenn der nun pflegebedürftige Mann dem Management der Frau „folgen muss“ und diese in die Rolle des „Haushaltsvorstands“ schlüpft. Auch zwischen Eltern und Kindern ist ein problematischer Rollentausch denkbar, wenn die Eltern pflegebedürftig werden. Bereits bestehende zwischenmenschliche Probleme werden durch die Pflegesituation potenziert. Tabus wie der Grundsatz zur Wahrung der elterlichen Intimität werden bei der Pflege aufgehoben und führen zu emotionalen Spannungen. Geschwister sehen sich ebenso einer veränderten Rolle gegenüber stehen, wenn die Eltern pflegebedürftig werden. Rivalitäten der Kindheit treten hervor und finden z.B. erneute Nahrung darin, wie die Eltern gepflegt, versorgt und medizinisch betreut werden sollen.⁷⁶

Die Erkrankung des zu pflegenden Menschen und seine jahrelange Pflege können bei den Angehörigen eine Vielzahl körperlicher Beschwerden bis hin zu Krankheiten auslösen, denn Pflege kann „Knochenarbeit“ sein. Insbesondere die Belastung des Rückens durch andauerndes Heben, Tragen, Stützen und Umlagern liegt auf der Hand. „Einige der befragten Frauen konnten seit Jahren nicht mehr in den Urlaub fahren. Eine der grundlegenden Barrieren hierfür stellt die Weigerung der pflegebedürftigen Angehörigen dar, während dieser Zeit in eine stationäre Einrichtung der Kurzzeitpflege zu gehen.“⁷⁷ An dieser Stelle schließt sich der Kreis bzw. die Verwobenheit der unterschiedlichen Belastungen.

Es scheint unglaublich, dass pfleg. Frauen ihre eigene Belastungsgrenze erst im Zusammenhang mit einem körperlichen und psychischen Zusammenbruch definieren und deshalb Äußerungen von Dritten (z.B. Hausarzt) anführen, um zu belegen, dass sie „wirklich nicht mehr können“.⁷⁸

Das Thema der bestehenden und noch zu schaffenden Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige wird jedoch an anderer Stelle umfassend erörtert.⁷⁹

Der Bedarf und die Notwendigkeit von Schulung, Anleitung und Beratung der pfleg. Ang. wird anhand der aufgezeigten vielfältigen Belastungen deutlich und nachfolgend explizit diskutiert.

⁷⁶ Vgl. Fuchs (2000), S. 92ff

⁷⁷ Reck-Hog, Leis z-Eckert (1998), S. 2

⁷⁸ Vgl. Fuchs (2000), S. 73

⁷⁹ Vgl. O.V. (1991) Dokumentation Fachforum. Die Unterstützung von Angehörigen älterer Menschen; vgl. ebenso: Döhner (2001); Fuchs (2000); Hedtke-Becker (1999); Bähr (1999); Schnepf (2002); Steimel (2003); Verbraucherzentrale NRW (2002 u. 2003)

2.1.3 Bedarf und Notwendigkeit „pflege“- professioneller Schulung, Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen zu Beginn der Pflegetätigkeit

Verschiedene Untersuchungen⁸⁰ und Erfahrungen⁸¹ kennzeichnen den hohen Informations- und Beratungsbedarf pflegender Angehörige. Dabei wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass insbesondere bei der Übernahme der Pflege bzw. zu Beginn der Pflegebedürftigkeit der Wunsch bei pfleg. Ang. vorherrscht, dem Mangel an Informationen und Fertigkeiten sowie der Unsicherheit und Angst vor der neuen Situation durch Schulung, Anleitung und Beratung abzuhelpfen.

Hedtke – Becker ist der Meinung, dass dem hohen Beratungsbedarf (potentiell) Pflegenden noch nicht genügend Rechnung getragen wird. Gerade in der wichtigen Phase vor oder zu Beginn der Pflege, in der im Prinzip über Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit entschieden wird, greift Beratung durch Pflegekräfte noch zu kurz.⁸²

Abt – Zegelin weist auf, dass die nachakute klinische Phase ein gutes Zeitfenster bietet, um Patienten/ Familien zu informieren und zu schulen, da dann die schlimmsten Symptome vorbei sind und Motivation vorhanden ist.⁸³

Es zeigte sich aber auch, dass der Schulungs-, Anleitungs- und Beratungsbedarf der Angehörigen individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt ist und die Notwendigkeit einer gründlichen Planung jeder einzelnen Schulung erfordert.⁸⁴ Außerdem wird der Wunsch nach Wiederholung der Pflegeberatung in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen von pfleg. Ang. vorgetragen.⁸⁵

Ebenso äußern (potentiell) pfleg. Ang. ihr Bedürfnis, während des Krankenhausaufenthaltes des zu Pflegenden in die Pflegesituation mit einbezogen zu werden⁸⁶ und nicht, wie es lange Zeit noch üblich war (ist), das Zimmer verlassen zu müssen.

Nach Meinung der pflegenden Angehörigen kennzeichnet eine gute Versorgung u. a. die freiwillige Weitergabe von Informationen und Auskünften sowie ein Kümern um Angehörige und deren Belange.⁸⁷ Die Anleitung und Vorbereitung von Angehörigen auf eine Pflege zu Hause scheint also erst „keimhaft“ vorhanden zu sein.⁸⁸ In Anbetracht der wachsenden Bedeutung der Angehörigenpflege in unserer Gesellschaft ergibt sich jedoch die Notwendigkeit, dem Bedarf pflegender Angehörige zu entsprechen und Schulung, Anleitung und Beratung auszubauen.

⁸⁰ Vgl. Institut für empirische Soziologie (1995), S. 123ff, 182, 291f;

vgl. ebenso Herbig, Hösl-Brunner (1997), 37ff; vgl. ebenso Schnepf (2002)

⁸¹ Vgl. Bükler (2002 – 2003), S. 13, 16f;

vgl. ebenso Hedtke–Becker in: Arnold, Hedtke – Becker (2000), S. 55ff

⁸² Vgl. Hedtke–Becker in: Arnold, Hedtke – Becker (2000), S. 56

⁸³ Vgl. Abt–Zegelin (2000), S. 3

⁸⁴ Vgl. Bükler (2002 – 2003), S.13

⁸⁵ Vgl. Institut für empirische Soziologie (1995), S. 291

⁸⁶ Vgl. Horn (2002), S. 276ff

⁸⁷ Vgl. Schnepf (2002), S. 29

⁸⁸ Vgl. Joosten (1997), S. 80

Wie in den vorausgegangenen Kapiteln beschrieben erwartet pflegende Angehörige nicht unbedingt eine kurze Zeit der Pflege. Die veränderte Lebenssituation und die anhaltende Pflegebedürftigkeit führen zumeist zu den beschriebenen psychischen, physischen, sozialen oder finanziellen Problemen. Oft unterschätzen Angehörige die Belastungen der Pflegearbeit, wenn sie sich für die Übernahme der häuslichen Pflege entscheiden.⁸⁹ Allein hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, pflegende Angehörige schon bei der Übernahme der Pflegetätigkeit über individuelle Entlastungs- und Hilfsangebote zu beraten, denn die im Vorfeld der Klinikentlassung erprobte Beratung und Unterstützung ist zentral für die Bewältigung der krisenhaften Lebenssituation.⁹⁰

Doch es sollte nicht ausschließlich darüber nachgedacht werden, wie den pflegenden Angehörigen Aufgaben abgenommen werden können. Wesentlich erscheint es, pfleg. Ang. für die Aufgabe stark zu machen, ihnen für die Übernahme der Pflegetätigkeit Anerkennung zu schenken, Ressourcen zu fördern und Kompetenzen auszubauen, damit diese Aufgabe „gesund“ bewältigt werden kann.

Eine weitere Notwendigkeit für die Schulung, Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen ergibt sich aus dem Aspekt des „Drehtüreffektes“. Es kommt häufig zur stationären Wiederaufnahme von pflegebedürftigen Menschen infolge von Unsicherheit und mangelnden Kenntnissen der Angehörigen in der häuslichen Pflege.⁹¹ Es bietet sich also geradezu an, vor und nach der Krankenhausentlassung dem Angehörigen in der ihn überfordernden und ungeklärten Situation für einen bestimmten Zeitraum Hilfe und Unterstützung anzubieten,⁹² so dass die kontinuierliche Pflege und adäquate Versorgung des pflegebed. Menschen gesichert sind. Konzepte der Entlassungsplanung und Überleitungspflege greifen diesen Aspekt auf.⁹³

Herbig und Hösl – Brunner stellen in ihrer Untersuchung fest, dass die Einbeziehung der Angehörigen in die Pflegesituation zumeist erst bei bevorstehender Entlassung des zu pflegenden Menschen angestrebt wird. Das lässt den Schluss zu, dass Beratung von Angehörigen im stationären Klinikalltag, unabhängig von der Entlassungssituation, eher eine untergeordnete Rolle spielt.⁹⁴

Auffallend ist, dass Pflegeberatung scheinbar aus Zeitgründen nur dann stattfindet, wenn Patienten oder Angehörige danach fragen.⁹⁵ *Buijssen* ist in diesem Kontext der Meinung, dass Angehörige nicht um Rat fragen mögen, weil sie befürchten, lästig zu sein und/ oder es ihnen schwer fällt, für

⁸⁹ Vgl. Thomas, Wirnitzer (2001), S. 469; vgl. ebenso Steimel, Richter-Kessler (2001), S. 562

⁹⁰ Vgl. Höhmann (1999), S. 203

⁹¹ Vgl. Joosten (1997), S. 13

⁹² Vgl. Wolf in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 170

⁹³ Vgl. Dash et al (2000) S. 90

⁹⁴ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 35

⁹⁵ Vgl. ebd., S. 71

Hilfe oder Ratschläge zu einem Experten zu gehen. Er empfiehlt daher eine Beratung, die von sich aus auf die pflegenden Angehörigen zugeht.⁹⁶

Der konkrete Bedarf und die Notwendigkeit von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehörige zu Beginn der Pflgetätigkeit werden bei der (keinesfalls vollständigen) Auflistung potentieller Themen deutlich:

- Grundsätzliches Abklären der Pflegebereitschaft des/ der Angehörigen:
 - Persönliche Situation, Ressourcen, Belastungen, eigene Gesundheit
 - Die Konstellation des familiären Netzwerks, Möglichkeiten und Grenzen, Gefühle...
 - Die Rolle des pflegenden Angehörigen – Was kommt da auf mich zu?
- Das Krankheitsbild und seine Folgen:
 - Symptome, Therapiemöglichkeiten, Komplikationen der Krankheit
 - Auswirkungen auf und Konsequenzen für das tägliche Leben durch das Kranksein
 - Information über die Krankheitsverlaufskurve⁹⁷ des pflegbed. Menschen
- Potentielle psychische, physische, soziale oder finanzielle Belastungen im Verlauf der Pflgetätigkeit (vgl. Kap. 2.1.2)
- Verständnis für die Situation des pfleg. Ang. und Anerkennung der erbrachten und zu erbringenden Leistung sowie partnerschaftliche Behandlung der Angehörigen als „Experten“ der Situation
- Die Pflegeversicherung - „Wegweisung durch den Dschungel der Zuständigkeiten und Rechte“⁹⁸
- Die praktische Pflgetätigkeit
 - Pflegerisches Handling
 - Pflegeprinzipien
 - Information über Pflegekurse und Patienteninformationszentren
 - Vorstellung von/ Umgang mit Hilfsmitteln oder technischen Geräten
 - Hilfsangebote in der persönlichen Umgebung (Pflegedienste, Essen auf Rädern, Sanitätshäuser...) und Kontaktherstellung
- Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen und Kontaktherstellung
- Angst vor der neuen Lebenssituation, vor Überforderung, vor Verschlechterung des Krankheitsbildes...
- Ermutigung „ICH, NEIN oder SCHLUSS“ zu sagen⁹⁹

⁹⁶ Vgl. Buijssen (1996), S. 61 u. 67

⁹⁷ Vgl. Corbin, Strauss (1993), S. 29ff; vgl. ebenso Höhmann et al (1998), S. 146ff

⁹⁸ Born in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 179

⁹⁹ Vgl. ebd.

- Umgang mit Sterben und Tod
- Die Beziehung zwischen pflegbed. Menschen und pfleg. Ang.:
jetzt – vorher und in Zukunft
- Das Leben außerhalb der Pflegetätigkeit und Pflegebedürftigkeit
- ...

Mit der Einrichtung von Patienteninformationszentren (PIZ, Krankenhaus in Lippstadt und Lüdenscheid¹⁰⁰), der Einführung von individueller stationärer Angehörigenschulung (ISAS, katholisches Krankenhaus Hagen¹⁰¹) oder dem Konzept der Angehörigenprechstunde¹⁰² wird versucht, dem Bedarf der Angehörigen nach individueller und auf die familiäre Situation bezogener Schulung, Anleitung und Beratung nachzukommen. Auch andernorts wurden in Städten oder Kommunen bzw. an Kliniken, im Zusammenhang mit Krankenkassen oder als Angebot von ambulanten Pflegediensten Pflegeberatungszentren, u. a. mit dem Angebot der häuslichen Pflegeschulung, eröffnet.

Doch viele Beratungskonzepte scheinen noch ausschließlich von Informationsdefiziten seitens der pfleg. Ang. auszugehen und geben eher pflegetechnische oder rechtliche Hilfestellungen (Pflegeversicherung). Diese Konzepte wirken zu rational und bieten weniger wirkungsvolle Antworten auf die Widersprüche und Spannungsmomente, denen pfleg. Ang. in ihrem familiären Netzwerk ausgesetzt sind.¹⁰³

Hedtke – Becker fordert deshalb dazu auf, „Trampelpfade“ der Angehörigenarbeit zu verlassen. „Beratung kann für die Perspektive entlastender Lebensweisen mehr tun, als nur Belastungen reflektieren, Beziehungen und Gefühle klären, Informationen vermitteln. Kompetente professionelle Beratung kann einen umfassenden Bewusstseinsprozess ermöglichen auf eigenes Altern und die Gesundheit der Pflegenden (= pfleg. Ang., MMR) hin. Sie kann vermittelnde Hilfe leisten, sie kann Anliegen transportieren, sie kann Kontakte herstellen, sie kann die Hilfelandschaft für den Benutzer ordnen, sie kann durch Selbsthilfeangebote Handlungsfelder erschließen. Beratung kann lernen ermöglichen, Leben begleiten und bei praktischen Problemen helfen.“¹⁰⁴

An dieser Stelle wird deutlich, wie weit reichend der Beratungsbegriff gefasst wird und dass eine inhaltliche Differenzierung und Tätigkeitsbeschreibung der Begriffe Schulung, Anleitung und Beratung notwendig ist.

¹⁰⁰ Vgl. Abt-Zegelin (2000); vgl. ebenso: Abt-Zegelin (1999); Büker (2002 – 2003); Büker, Steinbock (2002)

¹⁰¹ Vgl. Steimel, Richter-Kessler (2001); vgl. ebenso Steimel (2003)

¹⁰² Vgl. George (2003), S. 69ff

¹⁰³ Vgl. Steiner-Hummerl in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 45; vgl. ebenso Christmann (2004), S. 172

¹⁰⁴ Hedtke-Becker in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 109

2.2 Schulung, Anleitung und Beratung von pflegenden Angehörigen im beruflichen Alltag der Pflege

2.2.1 Abgrenzung der Begriffe

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden die Begriffe Schulung, Anleitung und Beratung selten voneinander abgegrenzt und in der pflegerischen Praxis synonym verwendet.¹⁰⁵ Das mag darin begründet sein, dass es der Beratung in der Pflege - trotz Berücksichtigung im neuen Krankenpflegegesetz¹⁰⁶ als eigenständiger pflegerischer Aufgabenbereich - noch einer klar definierten Zielsetzung ermangelt¹⁰⁷ und es an geeigneten Materialien und Konzepten fehlt.¹⁰⁸ Da Beratung, Schulung und Anleitung zum Teil unterschiedliche Handlungen von Pflegekräften erfordern, ist es wesentlich, diese Begriffe voneinander und von anderen, in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffen abzugrenzen. Gleichzeitig dienen die aufgeführten Erläuterungen als Verständnisgrundlage für das zu entwickelnde Fortbildungskonzept.

Eine „**Schulung**“ kennzeichnet laut *Schneider* den Versuch, durch dargebotene Informationen Defizite in der vorhandenen Wissensstruktur eines Menschen zu schließen oder ihm Fähigkeiten und Fertigkeiten für eine pragmatisch neu zu erlernende Handlung zu vermitteln.¹⁰⁹ Für den affektiven Bereich, der schwerpunktmäßig an Einstellungen und Haltungen arbeitet, ist eher die (Prozess-) Beratung (s. u.) geeignet, da sie weder fertige Handlungsmuster vorgibt, noch auf ein bestimmtes Ergebnis abzielt. Beim Schulungsprozess handelt es sich demnach um einen Lehr-Lernprozess, der an einzelnen Personen oder Gruppen vollzogen werden kann. *Schneider* empfiehlt zur Umsetzung des Schulungsprozesses einen Verlauf, der durch die Phasen

- Einschätzung der Schulungssituation
- Zielvorgabe
- Durchführung der Lernsituation und
- Erfolgsüberprüfung

gekennzeichnet ist.

„Ein komplexes System von Motivations-, Lehr- und Lernmodellen wird in diesem übergeordneten Prozeßmodell verwendet.“¹¹⁰

¹⁰⁵ Vgl. *Schneider* (2002), S. 2

¹⁰⁶ Vgl. §3 KrPflG (2004) und §§2, 14, 15, 17 KrPflAPrV (2004)

¹⁰⁷ Vgl. *Stratmeyer*, 2001, S. 1

¹⁰⁸ Vgl. *Abt-Zegelin, Steinbock* (2003), S. 36

¹⁰⁹ Vgl. *Schneider* (2002), S. 5ff

¹¹⁰ *Klug-Redman* (1996), S. 11

Eine Schulung ist stets ziel- und ergebnisorientiert. *Stratmeyer* kennzeichnet diesen „Pflegerberatungsansatz“ als „lerntheoretisch“¹¹¹ bzw. später als „vermittlungsorientiert.“ Nach einem Schulungsprozess kann es vorkommen, dass ein Klient für bestimmte Handlungsanteile oder Wissensbereiche noch Anleitung (s. u.) benötigt.

Petermann kennzeichnet das Ziel von **wissenschaftlich überprüften Patientenschulungen**(im Rahmen chronischer Erkrankungen) u. a. mit verbessertem Krankheits- bzw. Selbstmanagement, da Krankheits- und Behandlungswissen die Bewertung der Krankheit verändern kann.¹¹²

„Patientenschulung setzt an einem neuen Verständnis von Gesundheitsversorgung an, indem die Beteiligten partnerschaftlich miteinander kooperieren. (...) Patienten werden als Experten der Selbstversorgung angesehen, wobei professionelle Helfer (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal) die Vorgänge zur Gesundheitsförderung steuern. Durch Patientenschulung und Patientenberatung wird versucht, eine stärkere Eigenbeteiligung der Patienten herzustellen und damit Kosten zu reduzieren. Patientenschulung bedeutet deshalb, Patienten durch professionelle Helfer Kompetenzen zur Bewältigung ihrer chronischen Krankheiten bzw. krankheitsbedingten Einschränkungen zu vermitteln.“¹¹³ Dieses Verständnis geht über die „lerntheoretische Schulung“ hinaus und setzt an individuellen Verhaltensmustern an. *Stratmeyer* spricht vom „verhaltensorientierten Pflegerberatungsansatz.“¹¹⁴ *Koch – Straube* umschreibt es als „verhaltenswissenschaftliches Konzept“¹¹⁵ im Rahmen von psychologischen Beratungskonzepten. *Müller – Mundt* greift auf *Hurrelmann* zurück und fasst zusammen, dass Patientenschulung heute weit mehr ist als Unterweisung im Sinne der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten (autoritatives Konzept der Verhaltensänderung¹¹⁶), sondern auf der Ebene der Befähigung zur Verhaltensänderung hin zu einem gesundheitsgerechten bzw. –förderlichen Lebensstil ansetzt und in entsprechenden Konzepten die Erweiterung und Stärkung der Selbstpflege- und Selbstbehandlungskompetenzen zugrunde liegen.¹¹⁷ „Adäquate Unterstützung zu bieten bei den erforderlichen Anpassungsleistungen im Sinne der Änderung des Lebensstils und der Therapieentscheidungen kann nur gelingen, unter Berücksichtigung der individuellen und sozialen Ressourcen der Betroffenen und bei der bedarfsweisen Einbeziehung von zentralen Bezugspersonen.“¹¹⁸ (Partizipatives Konzept der Kompetenzförderung¹¹⁹)
An dieser Stelle wird eine Art „fließender Übergang“ von Schulung im eigentlichen Sinne (s. o.) und Beratung (s. u.) deutlich.

¹¹¹ Vgl. *Stratmeyer*, 2001, S. 8; vgl. ebenso *Königstein* (2002), Anhang A

¹¹² Vgl. *Petermann* (1997), S. 3f

¹¹³ Ebd.

¹¹⁴ Vgl. *Stratmeyer*, 2001, S. 9; vgl. ebenso *Königstein* (2002), Anhang A

¹¹⁵ *Koch – Straube* (2001), S. 103f

¹¹⁶ *Hurrelmann* (2000) in: *Müller – Mundt* (2001), S. 92

¹¹⁷ Vgl. *Müller – Mundt* (2001), S. 91f

¹¹⁸ Ebd., S. 93

¹¹⁹ *Hurrelmann* (2000) in: *G. Müller – Mundt* (2001), S. 92

Der aus dem englischen Sprachgebrauch stammende Begriff der „**Eduktion**“ (education = Erziehung, Ausbildung, Bildung, Ausbildungsgang) wird im Rahmen von Pflege, Schulung und Beratung international gebraucht und sollte aufgrund der Übersetzung nicht ausschließlich mit (vermittlungsorientierter) Schulung gleichgesetzt werden, wenngleich laut *Evers* der Fokus auf Wissen, Fähigkeiten und Verhalten liegt.¹²⁰ Die verschiedenen Aktivitäten von Schulung, Anleitung und Beratung werden hierunter subsummiert.¹²¹ „Im angloamerikanischen Raum ist die Übernahme edukativer Funktionen etablierter Bestandteil professioneller Pflege und umfasst das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Eduktion von der Aufklärung, Anleitung und Beratung auf der Ebene der Gesundheitsförderung im Sinne von Primärprävention bis hin zur begleitenden Beratung und Anleitung schwerkranker, pflegebedürftiger Menschen und ihrer Bezugspersonen im häuslichen Setting.“¹²² Der Begriff taucht in der deutschen Literatur als Patienten-¹²³, Familien-¹²⁴ oder auch Angehörigenedukation¹²⁵ auf. Letzteres, um der Wichtigkeit der (pflegenden) Angehörigen Rechnung zu tragen.

Unter „**Information**“ geben wird in Anlehnung an *Abt – Zegelin und Steinbock* die gezielte Mitteilung, die Bereitstellung von Medien und die Vermittlung von Fakten verstanden.¹²⁶

Eine **Anleitung** wird laut *Schneider* dann nötig, wenn jemand noch nicht in der Lage ist, ein bestimmtes Wissen umzusetzen, eine begründete Wahl von Lösungsalternativen zu treffen oder eine Handlung folgerichtig durchzuführen.¹²⁷ Im Gegensatz zum komplexen Lernangebot einer vermittlungsorientierten Schulung geht es hier um ein selektives Angebot, welches meist in einer realen Situation entsteht. Auch Anleitung ist ein Prozess, der in Phasen verläuft :

- Einschätzung der Anleitungssituation
- Zielvereinbarung
- Durchführung der Lernsituation
- Erfolgsüberprüfung

Ewers differenziert Anleitung im Rahmen von Pflege zum einen hinsichtlich der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Pflegeberuf, zum anderen als Anleitung bezogen auf ein pflegerisches Leistungsangebot mit dem Ziel, dass Patienten und Angehörige sich alltagspraktische

¹²⁰ Vgl. *Evers* in Koch–Straube (2001), S. 84

¹²¹ Vgl. *Abt–Zegelin* in: London (2003), S. 21

¹²² Müller–Mundt (2001), S. 90

¹²³ Vgl. *Abt–Zegelin* (2000); vgl. ebenso Müller–Mundt (2001), S. 91f

¹²⁴ Vgl. *Abt–Zegelin* (2003c), S. 103f

¹²⁵ Vgl. London (2003), S.28

¹²⁶ Vgl. *Abt–Zegelin, Steinbock* (2003), S. 36

¹²⁷ Vgl. *Schneider* (2002), S. 4f

Handlungskompetenz aneignen, damit eine gesundheitsbedrohliche Situation bzw. mögliche Konsequenzen daraus (z.B. Pflegebedürftigkeit) optimal bewältigt werden können.¹²⁸

George beschreibt in diesem Zusammenhang Angehörigenanleitung als patientennahe Vermittlung definierter Pflorgetechniken und versorgungsbezogener Fertigkeiten.¹²⁹

Abt – Zegelin und Huneke vertreten die Meinung, dass der Begriff „**Pflegeberatung**“ verboten werden müsste.¹³⁰ Sie begründen ihre Ansicht damit, dass sich hinter diesem Begriff vielerlei völlig verschiedene Konzepte verbergen wie z.B. Beratung von Patienten, rechtliche Beratung im Rahmen der Pflegegesetze, Hausbesuche in der ambulanten Pflege, Beratung von Pflegenden im Rahmen von Qualitätssicherung und auch Personal- und Organisationsentwicklung. In den Veröffentlichungen von Norwood¹³¹, Donner¹³² oder Weber¹³³ ist dies augenscheinlich. In diesem Zusammenhang wären dann auch Coaching¹³⁴ und Supervision¹³⁵ näher zu differenzieren.

In der vorliegenden Arbeit geht es nicht um den weit gefächerten Begriff der Pflegeberatung und auch nicht um ein Weiterbildungskonzept zum „Pflegeberater“. Pflegekräfte haben im beruflichen Alltag im Umgang mit Angehörigen beratende Aufgaben und schlüpfen zeitweilig in die Rolle des Beraters. Somit geht es an dieser Stelle um „Beratung, die der Pflgetätigkeit immanent ist.“¹³⁶

In Abgrenzung zur **Alltagsberatung** (d.h. Ratschläge von Freunden oder hilfreiche Gespräche), die eher situativ und ungeplant geschieht, kennzeichnet Beratung im Allgemeinen, dass sie freiwillig von einem hilfebedürftigen Klienten aufgesucht und von einem professionellen Berater unter zeitlicher Begrenzung durchgeführt wird.

Unter dem Stichwort „**Beratung in der Pflege**“ wird in der vorherrschenden Pflegeliteratur wiederum ein Konglomerat aus Information geben, Schulung und Anleitung verstanden¹³⁷.

Das mag daran liegen, dass Informationsweitergabe, Schulung und Anleitung durchaus Elemente der Beratung sind und zwar in dem Maße wie sie Sachwissen und fachliche Orientierung bieten.

¹²⁸ Vgl. Ewers (2001), S. 6

¹²⁹ Vgl. George (2003), S. 101

¹³⁰ Vgl. Abt–Zegelin, Huneke (1999), S. 11

¹³¹ Vgl. Norwood (2002), S. 44ff

¹³² Vgl. Donner (2004), S.4, 11ff

¹³³ Vgl. Weber (2003), S.63f

¹³⁴ *Coaching ist eine Sonderform der individuellen Beratung, die vorwiegend auch als professionelle Managementberatung verstanden wird. Hier stehen die beruflichen Aufgaben, die berufliche Rolle sowie die Persönlichkeit des Klienten im Mittelpunkt des Prozesses.*

¹³⁵ *Supervision kann als emotionsorientiertes Lernen durch einen Beratungsprozess beschrieben werden, welches sich auf die Auseinandersetzung mit Arbeitsbeziehungen und die emotionalen Faktoren von Arbeit begrenzt. Supervision zielt auf die Förderung sozialer Kompetenzen ab. Einzel- und Gruppensupervisionen sind möglich. Ein professioneller Supervisor ist nötig.*

¹³⁶ Vgl. Abt–Zegelin, Huneke (1999), S. 11; vgl. ebenso Tschudin (1990), S. 14

¹³⁷ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 72 u. 84

Mancherorts wird dieser auf Schulung und Anleitung fußende Beratungsbegriff um das Element der „nicht –direktiven Beratung“ im Sinne *Rogers* erweitert.¹³⁸

Pflegekräfte selber umschreiben „Beratung“ mit Worten wie Information, Gespräch, Vermittlung in Konfliktsituationen, Rat geben, anleiten und unterstützen.¹³⁹

*Schneider*¹⁴⁰, *Abt – Zegelin und Huneke*¹⁴¹ führen an, dass Beratung unterschiedliche „Formen“ annehmen kann und weisen auf ein breites Spektrum hin, welches sich auf der Spannweite zwischen direkter (auch Expertenberatung) und nicht- direkter Beratung (auch Prozessberatung) bewegt (s. u.).

Elsbernd sieht Beratung durch Pflegende als zentralen Beitrag an, wirft aber auch das Problem auf, dass die Pflegefachwelt sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft einen erheblichen Klärungsbedarf hat, in welcher Form (Modelle und praktische Handlungskonzepte) sich Beratung vollzieht.¹⁴²

Es ist entsprechend *Stratmeyer*¹⁴³, *Müller-Mundt* und *Schaeffer*¹⁴⁴ sowie *Koch– Straube*¹⁴⁵ vorstellbar, dass Beratungsansätze aus der Psychologie und Sozialarbeit (z.B. *Culley*¹⁴⁶/ handlungsorientierte Pflegeberatung im Sinne einer nicht-direktiven Beratung oder auch *Weakland*¹⁴⁷/ systemtheoretische Pflegeberatung) in die Pflege transferiert werden können.

Auf die tiefenpsychologische Beratung wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen, da es sich hier um die Therapie von Persönlichkeitsstörungen handelt, für die es einer dezidiert therapeutischen Ausbildung des Beraters bedarf.

Koch – Straube nimmt in ihren Ausführungen die „integrative Beratung“¹⁴⁸ als einen Schwerpunkt der „leiborientierten Pflege“¹⁴⁹ auf. Die Affinität zu *Benner und Wrubels* Konzept der „Sorge“, deren praktische Umsetzung Pflege ist,¹⁵⁰ scheint offensichtlich. Beratung in der Pflege erschöpft sich laut *Koch – Straube* nicht in der Anwendung von Gesprächstechniken oder interaktiver Kompetenzen, sondern kennzeichnet einen Prozess der Begegnung und Unterstützung zwischen Pflegekraft und Patient/ Angehörigen, der auf der Basis einer gemeinsamen Analyse von

¹³⁸ Vgl. Donner (2004), S. 6ff; vgl. ebenso Rappold (o. J.), S. 3

¹³⁹ Vgl. Hösl Brunner, Herbig (1998), S. 79

¹⁴⁰ Vgl. Schneider (2002), S. 2ff

¹⁴¹ Vgl. Abt–Zegelin, Huneke (1999), S. 11ff

¹⁴² Vgl. Elsbernd, Abstract zum Podiumsbeitrag vom 07.11.2003

¹⁴³ Vgl. Stratmeyer (2001), S. 10f;

¹⁴⁴ Vgl. Müller-Mundt, Schaeffer in v. Reibnitz et al (2001), S. 234

¹⁴⁵ Vgl. Koch–Straube (2003), S. 86 oder (2001), S. 99ff

¹⁴⁶ Vgl. Culley (2002)

¹⁴⁷ Vgl. Weakland (1992)

¹⁴⁸ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 108ff

¹⁴⁹ Vgl. ebd., S. 92

¹⁵⁰ Vgl. Benner, Wrubel (1997), S. 11

komplexen Lebenssituationen (z.B. Eintritt von Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes) – einschließlich des sozioökologischen Kontextes und ihrer Verankerung in der Vergangenheit und Zukunft – therapeutisch wirksam ist.¹⁵¹ „Eine leiborientierte Beratung von Patienten (...) und Angehörigen ist nicht nur eine herausgehobene Situation, sondern durchzieht als unbedeutend erscheinende oder größere Intervention den Alltag der Pflege, die als Sorge bezeichnet werden kann.“¹⁵²

Im Hinblick auf die zu konzipierende Fortbildungseinheit, die Grundlagen der Beratung in einem realistischen d.h. auch begrenzten Stundenkontingent vermitteln soll, findet dieser Beratungsansatz zunächst keine Berücksichtigung, wenngleich der Autorin bewusst ist, dass sowohl die „sorgende Haltung“ als auch die „integrative leiborientierte Beratung“ der Pflege immanente Elemente sind. Hier zeigt sich insbesondere, dass Beratung in der Pflege wesentlicher Inhalt der pflegerischen Grundausbildung und einer umfassenderen Weiterbildung bzw. eines Studiums sein muss und Anlass für weitere Forschungsarbeiten bietet (vgl. Kap. 4.).

Zusammenfassend bleibt festzuhalten: Es gibt im Moment keine originär pflegerischen Beratungskonzepte.

Der Fokus des Fortbildungskonzeptes liegt hinsichtlich des Stichworts „Beratung“ im Wesentlichen auf der grundlegenden Abgrenzung zwischen direkter und nicht – direkter Beratung (vgl. Kap. 3.5.4). Deshalb soll an dieser Stelle eine genauere Differenzierung erfolgen.

Bei der **direktiven Beratung** erbittet der Klient einen Lösungsvorschlag für oder Informationen über ein bestehendes Problem (z.B. Pflegebedürftigkeit – Welche Pflegemaßnahmen sollen durchgeführt werden?). Die Expertenberatung muss also immer eine gewisse Aufklärung (Wissensinput, vgl. Information) liefern¹⁵³ und ist durch eine Abhängigkeit des Ratsuchenden vom Ratgeber gekennzeichnet.¹⁵⁴ Der Ratsuchende hat jedoch die Wahl, dieser Beratung zu folgen oder nicht.¹⁵⁵

Nicht - direktive Beratung setzt ein, wenn Alltagskompetenzen, Strategien und kognitive Strukturen nicht mehr ausreichen bzw. nicht entsprechend vorhanden oder erschöpft sind¹⁵⁶ (z.B. Pflegebedürftigkeit – die Bedeutung und Auswirkung auf das persönliche Leben).

¹⁵¹ Vgl. Koch–Straube (2003), S. 85f

¹⁵² Dies. (2001), S. 113

¹⁵³ Vgl. Schneider (2002), S. 2

¹⁵⁴ Vgl. Rogers (2001), S. 119

¹⁵⁵ Vgl. Abt–Zegelin, Huneke (1999), S. 13

¹⁵⁶ Vgl. Schneider (2002) S. 2

In solchen Krisen und bei unlösbar erscheinenden Lebensfragen ist professionelle Begleitung notwendig und nicht, in Abgrenzung zur Psychotherapie (s. o.), die Arbeit an tief verwurzelten Persönlichkeitsstrukturen.¹⁵⁷ Beratung ist somit nicht die Therapie einer Krankheit, sondern dient dazu, eine Krise, die durchaus infolge einer Erkrankung entstehen kann, zu bewältigen.

Die Durchführung nicht – direkter Beratung durch Pflegekräfte zielt darauf ab, dass der Klient selber den Weg zur Lösung seiner (Pflege- oder Gesundheits-) Probleme findet und damit eine Entwicklung hin zum Selbstmanagement seiner Gesundheitseinschränkung bzw. dem Pflegearrangement - letztlich seines Lebens vollzieht. Hierbei stehen Ressourcenförderung und Entwicklungsmöglichkeiten des Klienten im Vordergrund, anstatt den Blickwinkel schwerpunktmäßig auf seine Defizite oder Bedürftigkeit zu lenken.

Eine humanistische Grundhaltung ist für die nicht – direkte Beratung kennzeichnend.

Dieser Beratungsprozess läuft ebenfalls in Form eines Regelkreises ab, der durch folgende Phasen gekennzeichnet sein kann:

- Kontaktaufnahme
- Diagnose
- Interventionsdurchführung
- Reflexion und Abschluss.¹⁵⁸

Somit wird an dieser Stelle deutlich, dass die Prozesse von Schulung, Anleitung und Beratung in das Regelkreismodell der Pflege (Pflegeprozess) integrierbar sind.

Zu klären bleibt die Frage, inwieweit sich diese Tätigkeiten im Rahmen von Pflege legitimieren.

¹⁵⁷ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 70

¹⁵⁸ Vgl. Schneider (2002), S. 4

2.2.2 Legitimation professioneller Schulung, Anleitung und Beratung in der Pflege

Der Auftrag der Pflege, im Rahmen von Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit beratend (auch im Sinne von Schulung und Anleitung) tätig zu sein, begründet sich aus unterschiedlichen Blickrichtungen:

1. Pflegekräfte sind die dafür prädestinierte Berufsgruppe.

Wenn es um Beratungsinhalte aus dem Bereich von Pflegebedürftigkeit und Versorgung pflegebedürftiger Menschen geht, sollte auch die auf diesem Gebiet spezialisierte Berufsgruppe die Beratung Betroffener ausüben. In welchem anderen Beruf wäre es denkbar, dass Kollegen andere Professionen es übernehmen, die Beratungsbedürfnisse des Mandanten/ Kunden zu befriedigen?

Ferner haben Pflegekräfte durch den unmittelbaren lebensweltlichen Bezug¹⁵⁹, durch die Alltagsnähe¹⁶⁰ und infolge der „Leiborientierung“¹⁶¹ einen besonderen und zeitnahen Einblick in die individuelle (Krisen-) Situation von dem Pflegebedürftigen und dem pflegenden Angehörigen. Dieses geschieht nicht punktuell, sondern eher dauerhaft, so dass sie den Betroffenen auf dem Weg des Krankheitsverlaufs bzw. im Rahmen der Pflegebedürftigkeit von allen beteiligten Berufsgruppen am nächsten sind.

Abt – Zegelin argumentiert ferner, dass Pflegekräfte ihre Arbeit auf die Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen gründen und hohes Vertrauen genießen.¹⁶²

In der aufgeführten Argumentation liegen gleichsam die Chance und die Notwendigkeit zur Beratung in der Pflege durch Pflegende.

2. Schulung, Anleitung und Beratung gehören zum Berufsbild der Pflege und sind in der Tradition der Pflege fest verankert. S-A-B werden in Richtlinien pflegerischer Organisationen¹⁶³, Pflege-theorien¹⁶⁴ und in Expertenstandards¹⁶⁵ als wesentliche Aufgaben der Pflege aufgeführt und als Kompetenzen gefordert. Die Übernahme edukativer Funktionen wird von der *WHO (Weltgesundheitsorganisation)* als Kernbereich professioneller Pflege betrachtet.¹⁶⁶ Sich entwickelnde Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche der Pflege wie Gesundheitserziehung und Prävention, Ausbau ambulanter Schwerpunkte, Casemanagement usw. bedingen Beratungskompetenzen der Pflegekräfte¹⁶⁷.

¹⁵⁹ Vgl. Müller-Mundt, Schaeffer in: v. Reibnitz (2001), S. 228

¹⁶⁰ Vgl. Koch-Straube (2001), S. 51ff

¹⁶¹ Vgl. ebd., S. 76

¹⁶² Vgl. Abt-Zegelin (2004b), S. 708

¹⁶³ Vgl. London (1999) S. 26; vgl. ebenso ICN Ethik Kodex für Pflegende in: „Pflege“, Thieme Verlag (2004), S. 8; vgl. ebenso Berufsbild des DBfK (1993), S. 4

¹⁶⁴ Vgl. Marriner-Tomey (1992) z.B. Henderson, Benner, Orem

¹⁶⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004), S. 39 u. 47 und (2002), S. 10, 13ff

¹⁶⁶ Vgl. Müller-Mundt (2001), S. 89

¹⁶⁷ Vgl. George (2003), S. 70

Außerdem treten Patienten und Angehörige mit dem Anspruch an Pflegekräfte heran, informiert und angeleitet zu werden (vgl. Kap. 2.1.3), um die Autonomie und Selbstkontrolle im täglichen Leben zu wahren.

3. Die Pflege ist aufgrund gesetzlicher Anforderungen zur Beratung verpflichtet.
Es wurde schon das am 01.01. 2004 neu in Kraft getretene Krankenpflegegesetz erwähnt, welches erstmals der Pflege einen eigenständigen Aufgabenbereich zuschreibt, der das Element der „Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ erhält.¹⁶⁸ Bis dato galt „nur“, dass Pflegekräfte bei der Verhütung, Erkennung und Heilung von Krankheiten mitwirken sollten. Die Ausbildung war u. a. darauf ausgerichtet, gesundheitsförderliches Verhalten anzuregen und anzuleiten.¹⁶⁹
Ferner ergeben sich aus den Anforderungen des Krankenversicherungsgesetzes (SGB V¹⁷⁰) und des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI¹⁷¹) Argumente für die Durchführung von professioneller S-A-B durch Pflegekräfte.

4. Gesellschaftliche Veränderungen erfordern Beratung durch Pflegekräfte.
Unübersehbar bleibt auch, dass infolge demographischer Entwicklungen (z.B. wachsende Zahl älterer, chronisch kranker und/ oder pflegebedürftiger Menschen; vgl. Kap 2.1) und der Strukturveränderungen im Gesundheitswesen (DRGs, kürzere Verweildauer im Krankenhaus) sowie der Zunahme der medizinischer und pflegerischer Technik bei pflegebedürftigen Menschen zu Hause, der Notwendigkeit nach Schulung, Anleitung und Beratung durch professionelle Pflegekräfte eine große Bedeutung zukommt.

Im nachfolgenden Text soll nun aufgezeigt werden, inwieweit Pflegekräfte z. Z. dem Bedarf und der Notwendigkeit von kompetenter S-A-B nachkommen können.

¹⁶⁸ §3 KrPflG (2004); §§ 2,14, 15, 17 KrPflAPrV (2004)

¹⁶⁹ §4 KrPflG (1985)

¹⁷⁰ Vgl. §§ 1, 23, 43, 65, 112 SGB V

¹⁷¹ Vgl. §§ 7, 37, 45 SGB XI

2.2.3 Die Beratungskompetenz der Pflegekräfte

Weidner stellte in seiner empirischen Untersuchung zum Thema „Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege“ fest, dass Pflegekräfte trotz häufiger Zeitnot Angehörige in pflegerische Arbeiten einweisen und anlernen. „Dies erfolgt durch Imitationslernen oder durch Erklärungen von Einzelfragen. Bisweilen wird auch ein Lernen durch Einsicht angestrebt. Die Einbeziehung der Bezugsperson in die Pflegesituation bedeutet aber auch, dass sie teilweise beraten und mitunter getröstet werden.“¹⁷²

Ähnliches stellen Koch – Straube¹⁷³ und Klein et al¹⁷⁴ fest. Beratung „geschieht“ von jeher in der Pflegepraxis in Form von aufmerksam zuhören, trösten, informieren, empfehlen oder Rat geben. Allerdings geschieht diese Beratung häufig „nebenbei“ bzw. „situativ“ in Form einer Alltagsberatung mit dem Fokus auf Wissensvermittlung, Ausbau von praktischen Fähigkeiten oder Ratschlägen zur Verhaltensänderung.

Vierorts wird die derzeitige Beratungskompetenz von professionellen Pflegekräften jedoch überaus defizitär beschrieben:

- Die Pflege ist „weit davon entfernt, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen.“¹⁷⁵
- „Beratung wird in der Pflege zur Zeit in den wenigsten Fällen professionell geleistet.“¹⁷⁶
- „Die Pflege in Deutschland ist zur Wahrnehmung der Patienten- und Angehörigenedukation wenig vorbereitet.“¹⁷⁷
- Professionelle Patientenberatung ist ein „Randphänomen.“¹⁷⁸
- Die Edukation informeller Helfer (Laien, pfleg. Ang.) ist als „Schwachstelle der Pflege“ zu bezeichnen.¹⁷⁹
- Pflegerische Edukation befindet sich in Deutschland im Vergleich zum internationalen Standard auf niedrigem Niveau¹⁸⁰

Die Literaturrecherche ergab ferner, dass die Liste der Probleme im Rahmen von Schulung, Anleitung und Beratung durch professionelle Pflegekräfte eine ähnliche Länge und inhaltliche

¹⁷² Weidner (1995), S. 319

¹⁷³ Vgl. Koch–Straube (2001), S. 35; vgl. dies. (2003), S. 81

¹⁷⁴ Vgl. Klein et al in: Koch–Straube (2001), S. 165

¹⁷⁵ Huber (2002), S. 70

¹⁷⁶ Knelange, Schieron (2000), S. 10

¹⁷⁷ Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2002), S. 43

¹⁷⁸ Vgl. Müller–Mundt (2001), S. 98

¹⁷⁹ Vgl. Ewers (2001), S. 30

¹⁸⁰ Vgl. Ewers (2001); vgl. ebenso Müller–Mundt (2001)

Weite ergibt wie die Auflistung potentieller Themen, die den Beratungsbedarf der pfleg. Ang. (Kap. 2.1.3) widerspiegelt. Leider laufen damit der Beratungsbedarf der Angehörigen und die Beratungskompetenz der Pflegekräfte völlig konträr, so dass die Notwendigkeit von entsprechenden Fortbildungen für PKs mehr als deutlich wird.

Die Probleme im Rahmen von Schulung, Anleitung und Beratung durch Pflegekräfte (insbesondere in Kliniken) können wie folgt zusammengefasst beschrieben werden:

- PKs fehlt die Kompetenz zur Durchführung von S-A-B.
Es ist in der Pflegeausbildung nicht genügend „unterrichtet“ worden.
PKs äußern den Bedarf nach Fort- und Weiterbildung zum Thema S-A-B.
Sie wünschen sich „Übungsmomente“.¹⁸¹
- S-A-B kam in der vorherrschenden Pflegeliteratur wenig vor und wird eher dem Handlungsfeld der in der häuslichen Pflege tätigen PKs zugeschrieben.
Patienten- und Familienedukation hatten in Curricula zur Pflegeausbildung einen eher geringen Stellenwert. So scheint es nicht verwunderlich, dass PKs wenig Verständnis für die Notwendigkeit von Patientenedukation haben und unzureichende Kompetenzen diesbezüglich besitzen.¹⁸²
- Beratung wird erst allmählich vom Pflegeberuf entdeckt und spielt in der Fort- und Weiterbildung noch nicht ihre gebührende Rolle.¹⁸³
- PKs fühlen sich in Beratungssituationen unsicher und überfordert.
Es mangelt z.B. an theoretischen und praktischen Grundlagen zur Gesprächsführung, pädagogischem Geschick oder fachlichem Wissen.¹⁸⁴
- S-A-B- wird von PKs nicht als originäre Pfl egetätigkeit wahrgenommen, ist deshalb mit einem niedrigen Stellenwert versehen und wird wenig durchgeführt. PKs nehmen den Beratungsauftrag nur ungenügend wahr, es sei denn, es geschieht auf Anordnung des Arztes.¹⁸⁵
- PKs halten aufgrund rechtlicher Gegebenheiten (Verantwortungsbereiche) S-A-B für die Aufgabe des Arztes oder des Sozialdienstes.¹⁸⁶
- S-A-B in der Pflege hat nur geringe pflegewissenschaftliche Voraussetzungen.
Es gibt keine theoretisch fundierten pflegerischen Beratungskonzepte.
S-A-B in der Pflege fehlt es an Systematik. Pflegekräfte beraten eher intuitiv.¹⁸⁷

¹⁸¹ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 86, S. 163 oder Knelange (1999), S. 76

¹⁸² Vgl. Müller-Mundt (2001), S. 47f, 99, 101; vgl. ebenso Ewers (2001), S. 26; vgl. ebenso Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 12

¹⁸³ Vgl. Abt-Zegelin, Steinbock (2003), S. 36

¹⁸⁴ Vgl. Knelange, Schieron (2000), S. 5f; vgl. ebenso Koch – Straube (2001), S. 177

¹⁸⁵ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 32, 44, 56; vgl. ebenso Abt-Zegelin (2004a), S. 100

¹⁸⁶ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997) Int So2, Int So3 oder Koch-Straube (2001)

¹⁸⁷ Vgl. Müller – Mundt et al (2000), S. 47; vgl. ebenso Koch-Straube (2001), S. 71

- Beratung in der Pflege (in Kliniken) geschieht im Gegensatz zu anderen professionellen Beratungen eher situativ anstatt professionell geplant.
Es gibt keine Beratungsräume, keine formale Gestaltung von Beratung, keinen Beratungsvertrag, keine terminlichen Absprachen.¹⁸⁸
- S-A-B- ist wenig individuell, selten maßgeschneidert oder in den Pflegeprozess integriert.
Durchgeführte Beratung wird selten dokumentiert.¹⁸⁹
- S-A-B beachtet nicht die Ressourcenförderung oder Beratung zur Krankheitsbewältigung.¹⁹⁰
- Beratung muss von Angehörigen eingefordert werden.
Pfleg. Ang. kommen konzeptionell in der professionellen Pflege (in Kliniken) nur randständig vor. PKs unterschätzen den Bedarf der Angehörigen nach S-A-B.¹⁹¹
- Pat., pfleg. Ang. sowie andere Berufsgruppen nehmen den Berufsstand der Pflege nicht als Berater wahr.¹⁹²

Aufgrund der beschriebenen derzeitigen Beratungskompetenz der Pflegekräfte und dem Bedarf und der Notwendigkeit der pfleg. Ang. bzgl. Schulung, Anleitung und Beratung (vgl. Kap. 2.1.3) können Anforderungen an Pflegekräfte abgeleitet werden, die für die Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehörige notwendig und gleichsam als übergeordnete Ziele einer solchen Fortbildung für Pflegekräfte erscheinen. Damit ist der Fortbildungsbedarf festgestellt¹⁹³ und die Konzeptentwicklung beginnt.

¹⁸⁸ Vgl. Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 55, 61; vgl. ebenso Schneider (2002), S. 8

¹⁸⁹ Bohrer (2002), S. 18; vgl. ebenso Herbig, Hösl-Brunner (1997), S. 101

¹⁹⁰ Vgl. Müller-Mundt et al (2000), S. 49

¹⁹¹ Vgl. Ewers (2001), S. 34; vgl. ebenso Evers et al in: Arnold, Hedtke-Becker (2000), S. 91

¹⁹² Vgl. Abt-Zegelin (2003b), S. 642ff; vgl. ebenso Abt-Zegelin (2003c), S. 108;
vgl. ebenso Büker, Steinbock (2002), S. 36ff; vgl. ebenso Koch – Straube (2001), S. 177

¹⁹³ Vgl. Olfert (2003), S. 173

3 Das Konzept der Fortbildung Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger

3.1 Übergeordnete Ziele der Fortbildung

1. PKs nehmen den Bedarf und die Notwendigkeit nach S-A-B bei pfleg. Ang. wahr und berücksichtigen dieses bei ihrer Pflgetätigkeit.
2. PKs erkennen und anerkennen die Wichtigkeit der pfleg. Ang., akzeptieren sie als ebenbürtigen Partner und integrieren von sich aus Angehörige in ihr pflegerisches Denken und ihre tägliche Arbeit.
3. PKs führen gezielte, individuell geplante, fachlich fundierte S-A-B für pfleg. Ang. professionell und sicher durch.
4. PKs verstehen S-A-B als originäre Pflegeaufgabe.

3.2 Strategie der Konzeptentwicklung

3.2.1 Bildungstheoretische Grundlage der Fortbildung

Professionelle Pflegekräfte können sich aufgrund der medizinischen, politischen, und pflegerischen Entwicklungen im Gesundheitswesen nicht nur auf ihre durch die Ausbildung vermittelten Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten¹⁹⁴ stützen. Sie sollten das Angebot von Fort- und Weiterbildungen nutzen, sich selber weiterentwickeln und den beruflichen Erfordernissen anpassen, denn ein Stillstand im Lernen kommt durch die rasante Wissensentwicklung in der Pflege einem Rückschritt gleich.

Unter dem Begriff „Lernen“ wird in der vorliegenden Arbeit ein aktiver, konstruktiver und zielorientierter Prozess verstanden, der auf Vorwissen und Erfahrungen aufbaut. Diese Lerndefinition ist sehr umfassend und kennzeichnet „eigenständiges Lernen“. Außer dem inhaltlichen Wissen über einen Lerngegenstand sind auch Emotionen, Einstellungen, Haltungen und psychomotorische Fertigkeiten sowohl Lernergebnis als auch Auslöser von neuen Lernereignissen. Lernen geschieht lebenslang.

Fortbildungen sind Bildungsmaßnahmen, die auf der Ausbildung aufbauen und sich über kürzere Zeiträume, Tage und Wochen erstrecken. Sie haben zumeist einen thematischen Schwerpunkt oder

¹⁹⁴ Vgl. §4 KrPflG 1985

beziehen sich auf die Vermittlung von einzelnen praxisrelevanten Konzepten. *Olfert* unterscheidet verschiedene Arten von Fortbildungen. Das vorliegende Konzept kann als Anpassungs- und Erweiterungsfortbildung eingeordnet werden.¹⁹⁵

Die Konzeption der Fortbildung orientiert sich an den Erkenntnissen der Erwachsenenbildung und knüpft an didaktischen Prinzipien der konstruktivistischen Sicht¹⁹⁶ an.

In Anlehnung an *Siebert* sind dies:

- Der Teilnehmer der Fortbildung wird als „Subjekt“ anerkannt, der „selbst –bestimmt, eigen-sinnig“ und individuell denkt, lernt und handelt. Lernen und Leben geschieht allerdings in der Gemeinschaft mit anderen Menschen.
- Lernen ist ein rückbezüglicher Prozess auf vorangegangene Erfahrungen und bestehendes Wissen. Lernen im Erwachsenenalter ist „Anschlusslernen“. Der Mensch lernt nicht das, was ihm gesagt wird, sondern was für ihn bedeutsam, relevant und ins Leben integrierbar ist.
- Lernen geschieht ebenso durch Reflexion, so dass Selbsterkenntnis durch Evaluation des eigenen Fühlens, Denkens und Handelns ermöglicht wird und ggf. bestehende Deutungsmuster erneuert werden.
- Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln sind zirkuläre, rekursive Prozesse. Der Lernvorgang geschieht „ganzheitlich“.
- Der Lernende geht mit dem gelehrt Stoff aufgrund seiner Lernbiografie eigenständig um. Auch Lernverweigerungen können lebensgeschichtlich begründet sein.
- Auch die Lehrenden verfügen nicht über Wahrheiten, sondern vermitteln nur ihre Konstrukte bzw. Ansichten.

„Insgesamt verliert die traditionelle <Belehrungsdidaktik> an Bedeutung zugunsten einer <Ermöglichungsdidaktik>. Mit anderen Worten <erzeugt> der Lehrer nicht mehr das Wissen, das <in die Köpfe der Schüler soll>, er <ermöglicht> Prozesse der selbsttätigen und selbstständigen Wissenserschließung und Wissensaneignung.“¹⁹⁷ (vgl. Kap. 3.2.4)

Im weiteren Sinne gehört hierzu, dass eine Verknüpfung des theoretischen Wissens mit dem praktischen Handeln in der realen Situation ermöglicht werden soll (vgl. Praxisaufgaben in den Lerneinheiten, Kap. 3.5). Dazu bedarf es organisatorisch einer Kooperation des Lernortes „Fortbildung“ und des Lernortes „Arbeitsplatz“.

¹⁹⁵ Vgl. Olfert (2003), S. 172

¹⁹⁶ Vgl. Siebert (2003), S. 22ff

¹⁹⁷ Arnold in: Siebert (2003), S. 24

Die Theorie – Praxis Verknüpfung der Fortbildungsveranstaltung zielt in Anlehnung an *Brinker – Meyendriesch*¹⁹⁸ auf folgende Ergebnisse:

- Lernen kann erfolgen, wenn neue Erkenntnisse an Vorhandenes anknüpfen können. Das heißt z.B., dass die Lernenden in der Praxis Lernmöglichkeiten vorfinden, die in der Theorie inhaltlich und didaktisch vorbereitet sind.
- Biografisch erworbenes Wissen und Können sowie erworbene Haltungen werden in der Theorie oder in der Praxis rekonstruiert oder dekonstruiert.
- Lernen erfolgt besonders nachhaltig in lebendigen und authentischen Situationen.
- Lernen erfolgt effektiver, wenn es als nützlich und brauchbar wahrgenommen wird. Dafür bietet Lernen in der Praxis ideale Möglichkeiten.
- Lernresultate sind individuell. Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis können in reflexiven Auswertungsveranstaltungen der Fortbildung innerhalb der Lerngruppe veröffentlicht werden und stehen für andere Perspektiven und damit für weitere Lernschritte zur Disposition.

3.2.2 Organisatorischer Rahmen

Zur Zeit existieren in Deutschland keine standardisierten Bildungsangebote zum Erlernen von Pflegeberatung, die eine Planungsorientierung bieten würden. Stattdessen kann man auf wenige und völlig unterschiedliche Angebote von an einzelnen Tagen stattfindenden Kursen bis hin zu zweijährigen Weiterbildungen zurückgreifen.¹⁹⁹

Berufliche Fortbildung ist in Deutschland nicht durch ein einheitliches Bundesgesetz, sondern durch einzelne Landesgesetze geregelt. Eine Ausnahme bilden Sachsen, Thüringen, Bayern und Baden-Württemberg. In diesen Bundesländern gibt es bislang keine entsprechenden Gesetze. In den übrigen Bundesländern haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Anspruch auf fünf Tage Fortbildung pro Jahr.

Für die Konzeption dieser Fortbildung soll das Hamburger Bildungsurlaubsgesetz vom 21.01.1974 mit den Änderungen vom 16.04.1991 gelten²⁰⁰. Hierin heißt es „Jeder Arbeitnehmer kann innerhalb eines Zeitraums von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren Freistellung von der Arbeit zur Teilnahme an anerkannten Bildungsveranstaltungen beanspruchen. (...) Die Dauer der Freistellung,

¹⁹⁸ Vgl. Brinker–Meyendriesch in: Schneider et al (2003), S. 206ff

¹⁹⁹ Vgl. Huneke in: Norwood (2002), S. 16

²⁰⁰ Vgl. Hamburgisches Bildungsurlaubsgesetz

die ein Arbeitnehmer innerhalb von zwei Kalenderjahren beanspruchen kann, beträgt zehn Arbeitstage.²⁰¹

Aus diesem Grund – damit die Fortbildung auch als Bildungsurlaub anerkannt werden kann - wird die Dauer der theoretischen Fortbildung auf zehn Arbeitstage mit insgesamt 80 Stunden festgelegt. Fortbildungen, die im Betrieb selber im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung durchgeführt werden, können dabei nicht als Bildungsurlaub abgerechnet werden. Hier wäre eine länger dauernde Fortbildung aufgrund der umfassenden Inhalte durchaus wünschenswert.

Eine Anerkennung der Fortbildung als Bildungsveranstaltung muss im Sinne §15 des Hamburger Bildungsgesetzes beantragt werden.

Die oben beschriebene Verknüpfung von Theorie und Praxis (vgl. Kap. 3.2.1) soll auch in der organisatorischen Struktur der Fortbildung Berücksichtigung finden, so dass die Fortbildung in vier Blöcke aufgeteilt wird.

Theorieblock Nr.1 umfasst mit 32 Stunden (vier Tage) die größte Stundenzahl. Damit wird gewährleistet, dass eine Freistellung im Rahmen von Bildungsurlaub für den Arbeitnehmer gewährt werden kann.²⁰² In diesem Block ist insbesondere Gelegenheit, die Situation pflegender Angehöriger zu eruieren (vgl. Lerneinheit Nr. 1, Kap. 3.5.1), damit in den kürzeren folgenden Theorieblöcken (je 16, 24 und 8 Stunden) diese Erkenntnisse, Erfahrungen und ggf. erworbenen Haltungen zur Verfügung stehen bzw. vertieft werden können.

Im mehrwöchigen Zwischenraum der Theorieblöcke haben die Teilnehmer der Fortbildung Gelegenheit, sich mit einem praktischen Arbeitsauftrag zum in der Theorie vorangegangenen und/oder folgenden Teil der Lerneinheit im eigenen beruflichen Arbeitsfeld auseinander zu setzen. Während dieser Zeit ist es zweimal Aufgabe des Lehrenden, jeden Teilnehmer im Rahmen des Arbeitsauftrages zu visitieren und dabei zu reflektieren (vgl. Kap. 3.5.2. und Kap. 3.5.3.). Damit wird auch dem Wunsch von Pflegekräften entsprochen, praktische professionelle „Anleitung“ im beruflichen Alltag zu erfahren (vgl. Kap. 2.2.3).

Selbstverständlich müssen hier seitens des Fortbildungsveranstalters Kooperationsvereinbarungen mit den jeweiligen Arbeitgebern, pflegerischen und ärztlichen Leitungen und natürlich dem Patienten bzw. den pflegenden Angehörigen getroffen werden.

Im Anschluss an den dritten Theorieblock mit dem Schwerpunkt der Beratung (Lerneinheit Nr. 4, Kap. 3.5.4) findet keine Visitation durch den Lehrenden statt, da hier die intime, persönliche und vertrauensvolle Beratungssituation und Beziehung zwischen Pflegekraft und pfleg. Ang. geschützt und aufrechterhalten werden soll. Die Teilnehmer erhalten mit dem letzten einzelnen Theorietag (Lerneinheit Nr. 5, Kap. 3.5.5) die Möglichkeit, ihre Erfahrungen zu reflektieren.

²⁰¹ §3 u. §4 Hamburgisches Bildungsurlaubsgesetz

²⁰² Vgl. §9 Hamburgisches Bildungsurlaubsgesetz

Für die Zeit der zwei Besuche durch die Lehrenden wird (aufgrund der beruflichen Erfahrung der Autorin) insgesamt eine Zeit von ca. 6 Stunden veranschlagt. Diese Zeit soll als Arbeitszeit gelten.

Die Anzahl der teilnehmenden Pflegekräfte (Kursgröße) muss sich aus einer entsprechenden Kosten- Nutzen- Rechnung des Fortbildungsträgers errechnen. Hier gilt es, betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten mit pädagogisch -didaktischen Möglichkeiten abzuwägen.

3.2.3 Das curriculare Rahmerkonzept

Der Begriff „Konzept“ (lat. Concipere = erfassen) umschreibt einen Plan, ein Programm für ein Vorhaben, eine erste Fassung, einen Entwurf oder auch ein mentales Bild. Der Begriff ist wissenschaftlich nicht definiert und wird in unterschiedlichen Zusammenhängen in verschiedenen Bereichen verwendet. Gleiches gilt für den Begriff der „Konzeption“. Hierunter wird im Allgemeinen eine umfassende Zusammenstellung von Informationen und Begründungszusammenhängen für ein größeres Vorhaben oder umfangreiche Planungen verstanden. Eine Konzeption ist im Umfang der Vorüberlegungen und der theoretischen Auseinandersetzungen mit dem Planungsobjekt oder Thema sehr viel detaillierter als ein bloßes Konzept.

Für die vorliegende Arbeit gilt, dass es sich um das Konzept eines beruflichen Fortbildungs- d.h. Schulungsprogramms handelt, welches am Ende in der Art eines „offenen curricularen Rahmenkonzeptes“ zum Thema Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel der pflegenden Angehörigen vorliegt.

Zentrale Aspekte, die unter dem Begriff Curriculum (lat.: Lauf, zeitlicher Ablauf) im Gegensatz zur Lehrplangestaltung behandelt werden, sind - neben den Fragen bzgl. der Lerninhalte - auch Lernziele, methodisch - didaktische Lernorganisationen und die im Anschluss auf die Erprobung folgende Evaluation des Curriculums.²⁰³

„Geschlossene Curricula geben dem Lehrer alle Entscheidungen des Unterrichts vor, die er nur noch in die Praxis umzusetzen hat; offene Curricula beschränken sich auf die Vorgabe von Lernzielen und allenfalls Empfehlungen zu den übrigen Entscheidungen.“²⁰⁴ Die Konstruktion der noch zu beschreibenden Lerneinheiten (vgl. Kap. 3.5) berücksichtigt diesen Aspekt, indem Vorschläge für das Lehr- Lernarrangement aufgeführt werden, die als Ideenlieferant oder Strukturgeber für die Fortbildungsgestaltung gelten sollen. Das offene Curriculum ist ferner durch eine Problemorientierung und Individualisierung charakterisiert, die Teilnehmerinnen und

²⁰³ Vgl. Möller in Gudjons, (1993), S. 63; vgl. ebenso Frey (1972), S. 13

²⁰⁴ Peterßen (1992), S. 133 u. 225

Dozenten die Möglichkeit gibt, aktiv an der Gestaltung der jeweiligen Lerneinheit mitzuarbeiten. Hierbei werden keine vorgefertigten Konzepte angeboten, sondern Lehrende und Lernende werden zu <Curriculumkonstruktoren>.²⁰⁵ Dieser Gedankengang findet sich insbesondere zu Beginn eines jeden Theorieblocks der Fortbildung wieder, wenn es darum geht, dass die Teilnehmer Handlungsziele und/ oder Handlungsprodukte bestimmen, somit an der Auswahl von Inhalten und Methoden der Erarbeitung verantwortlich beteiligt sind. Meyer kennzeichnet die Ziele der Lernenden als „Handlungsziele“ (vgl. Kap. 3.4) und grenzt diese somit von den Lehrzielen - als Ziele des Lehrenden aufgrund von gesetzlichen, gesellschaftlichen und beruflichen Bedingungen (vgl. Kap. 3.1) - ab.²⁰⁶

Das curriculare Rahmenkonzept der Fortbildung wird somit inhaltlich und didaktisch grob abgesteckt, indem

1. Lehrziele aus der Bedarfsanalyse abgeleitet und vorgeschlagen werden (Kap.3.1),
2. eine „Vermischung“²⁰⁷ von Inhalten und Zielen erfolgt (vgl. Kap.3.3.1),
3. in der Folge didaktische Hinweise als Vorschläge zur Unterrichtsgestaltung aufgenommen (vgl. Kap. 3.5) und
4. Evaluationsmöglichkeiten für die Fortbildung vorgestellt werden (vgl. Kap.3.2.5)

Auf diese Weise lässt der Rahmen des Fortbildungskonzeptes dem Lehrenden und vor allem auch den Teilnehmern noch „freie Hand“ zur eigenen Unterrichtsgestaltung.²⁰⁸ Von einer umfassenden Konzeption der Schulung im Sinne eines engen (Teil-) Curriculums²⁰⁹ kann also nicht gesprochen werden. Die didaktische Selbstwahl als das Recht, die Lernschwerpunkte - hier im Rahmen von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger - selbst auswählen zu können, bleibt als Charakteristikum der Erwachsenenbildung (vgl. Kap. 3.2.1) in dieser Fortbildung erhalten.²¹⁰

²⁰⁵ Ertl-Schmuck (1993), S. 28

²⁰⁶ Vgl. Meyer (2003), S. 347ff

²⁰⁷ Vgl. „Lehrplan und Curriculum“

²⁰⁸ Vgl. Künzli, Hopmann (1998), S. 8

²⁰⁹ Vgl. Peterßen (1992), S. 133

²¹⁰ Vgl. Siebert in Ertl-Schmuck (1990), S. 28

3.2.4 Orientierung am Lernfeldkonzept

Die formale äußere Gestaltung dieser Fortbildungseinheit aber auch die didaktischen Überlegungen entspringen dem Lernfeldkonzept. „Lernfelder sind durch Zielformulierung, Inhalte und Zeitrichtwerte beschriebene thematische Einheiten, die an beruflichen Aufgabenstellungen und Handlungsabläufen orientiert sind.“²¹¹ Die Autorin setzt diese Fortbildung zum Thema „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger“ einem Lernfeld gleich und kommt mit der Orientierung am Lernfeldkonzept folgenden Überlegungen nach²¹²:

1. Förderung der Handlungskompetenz (vgl. Kap. 3.3.1)

Handlungskompetenz ist heute nicht nur Leitziel aller Schulformen des beruflichen Schulwesens, sondern dient auch innerhalb der Fort- und Weiterbildung als Bezugsbasis für Bildungsprozesse.²¹³ Handlungskompetenz wird hier als Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen verstanden, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln, sowie seine Handlungsmöglichkeiten ständig weiter zu entwickeln.²¹⁴ Um das Spektrum einer (beruflichen) Handlung zu bewältigen, sind unterschiedliche Kompetenzen erforderlich. Diese Teilkompetenzen wie Fach-, Sozial-, Methoden- oder personale Kompetenz sind nicht isoliert voneinander zu betrachten, sondern sind miteinander verwoben und stellen integrale Bestandteile der beruflichen Handlungskompetenz dar.²¹⁵ Mit dem neuen Krankenpflegegesetz orientiert sich jetzt auch die Ausbildung im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf an dieser Art von Zielbestimmung.²¹⁶

2. Umsetzung einer Ermöglichungsdidaktik (vgl. Kap. 3.2.1)

Die Ermöglichungsdidaktik ist dadurch gekennzeichnet, dass der Lehrende den Lernenden Prozesse der selbsttätigen und selbständigen Wissenserschließung und Wissensaneignung ermöglicht, indem er Lehrarrangements so konstruiert, dass Lernende angeregt werden, „ihre Konstruktion von Wirklichkeit zu hinterfragen, zu überprüfen, weiterzuentwickeln, zu verwerfen oder zu bestätigen.“²¹⁷ Im Rahmen der Fortbildung haben die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Wirklichkeit von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehörige zu hinterfragen, zu überprüfen oder weiterzuentwickeln. Im Gegensatz zur Belehrungs- oder Erzeugungsdidaktik besteht bei der

²¹¹ KMK (2000), S. 14

²¹² Vgl. Schneider et al (2003), S. 87

²¹³ Vgl. Bader, Müller in: Schneider et al (2003), S. 88

²¹⁴ Vgl. Bader, Ruhland in: Schneider et al (2003), S. 88

²¹⁵ Vgl. Schneider et al (2003), S. 90ff

²¹⁶ Vgl. §3 KrPflG 2004

²¹⁷ Werning in: Schneider et al (2003), S. 119

Ermöglichungsdidaktik nicht die Illusion der Machbarkeit, dass Lernprozesse durch Planung vollständig beherrschbar sind. Lernen ist vielmehr ein von subjektiven Erfahrungen, Lernstrategien und Interessen abhängiger Prozess,²¹⁸ der den didaktischen Prinzipien der konstruktivistischen Sicht entspricht (vgl. Kap. 3.1.1).

Durch den Paradigmenwechsel²¹⁹ von der Erzeugungs- zur Ermöglichungsdidaktik verändern sich in der Folge die Rolle des Lehrenden und die Rolle des Schülers.

3. Der Lehrer als Lernprozessgestalter und -begleiter und der Schüler als Mitgestalter und Akteur

Das traditionelle Bild des Lehrenden als Experte für Inhalt, Ziel und Methode des Unterrichts, der Wissen in die Köpfe der Schüler bringen muss, wird in der Ermöglichungsdidaktik bzw. der konstruktivistischen Erwachsenenpädagogik zu Gunsten eines weniger hierarchisch geprägten, eher partnerschaftlich orientierten Verständnisses der Lehrerrolle aufgegeben. Er ist nicht mehr nur Wissensvermittler und Bewerter, sondern auch Lernbegleiter, Moderator und Gestalter.²²⁰ Gleichsam wird aus dem passiven Schüler, dem Wissen „eingetrichtert“ wird, ein selbstverantwortlicher Akteur des eigenen Lernprozesses. Auf diese Weise werden Lehrer und Schüler zu Handelnden im Lernprozess, deren Interaktion durch intensive Kommunikations- und Abstimmungsprozesse geprägt ist.

“In der Ermöglichungsdidaktik werden „Laien“, (...) die über wenig Lernerfahrung mit handelndem Unterricht verfügen, sukzessive über die Methodenkomplexität zu einer Steigerung ihrer

- Planungs-, Durchführungs- und Evaluationskompetenz
- und ihrer Verantwortung für Ziel, Prozess, Ergebnis und Bewertung herangeführt.
- Des Weiteren kommt es zu einer Steigerung der Kopf-, Herz- und Handbeteiligung im Unterricht und nicht zuletzt zu einer stärkeren Berücksichtigung von Erfahrungs- und Berufsbezug.²²¹ Jenes prozesshafte Denken und Handeln, die „ganzheitliche“ Beteiligung der Teilnehmer und den Einbezug der eigenen (beruflichen) Erfahrungen strebt diese Fortbildung an und die didaktische Konstruktion der Lerneinheiten (Kap. 3.5) versucht die Basis dafür zu geben.

„Lernfelder sind zwar die curricularen Elemente eines Lehrplans bzw. Curriculums, aber das schulische und betriebliche Lehren und Lernen erfolgt in Lernsituationen, die curricular zu

²¹⁸ Vgl. Schneider et al (2003), S. 120

²¹⁹ Vgl. ebd.

²²⁰ Vgl. ebd. S. 94

²²¹ Ebd., S. 120

Lernfeldern zusammengefügt werden.²²² Sie stellen somit die kleinsten didaktisch aufbereiteten, thematischen Einheiten dar und beschreiben das Lehr- und Lernarrangement.²²³

Wittneben schlägt für die Struktur von Lernsituationen folgende Einteilung vor:²²⁴

- Nr. der Lernsituation
- Lerninhalt
- Kompetenzziele
- Zeitrichtwerte und Themenvorschläge
- Vorschläge für das Lehr – Lernarrangement
- Praxisaufgabe
- Literatur zur Wissensgrundlage
- Literatur zum Lehr-Lernarrangement

In Anlehnung an die Definition und Gestaltung von Lernsituationen unterteilt die Autorin das Lernfeld „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger“ in fünf Lerneinheiten und gestaltet diese entsprechend Lernsituationen (vgl. Kap. 3.5)²²⁵:

1. Die Situation pflegender Angehöriger
2. Pflegende Angehörige schulen
3. Pflegende Angehörige anleiten
4. Pflegende Angehörige beraten
5. Evaluation der Fortbildung

3.2.5 Evaluation der Fortbildung

Die Evaluation (engl. to evaluate) bestimmt den Wert oder Nutzen, welchen eine Maßnahme, ein Programm, eine Organisation oder ein Projekt hat. Laut *Zimbardo* wird Evaluationsforschung durchgeführt, um „die Effizienz und die Kosten von bestimmten sozialen Programmen, von Therapieformen, von Schulungsmaßnahmen oder ähnlichem zu beurteilen.“²²⁶

Sie dient im Zusammenhang von Bildungsveranstaltungen der Wirkungskontrolle bzw. der Überprüfung des Lehr- Lernerfolges, eines Curriculums oder einer Einrichtung.²²⁷

²²² Wittneben (2004), S. 15

²²³ Vgl. Schneider et al (2003), S. 86

²²⁴ Vgl. Wittneben (2004), S. 16

²²⁵ *Ein genauer Leitfaden als Planungs-, Durchführungs- und Evaluationsinstrument für die Gestaltung von Lernsituationen findet sich bei Schneider et al (2004) S. 56ff*

²²⁶ Zimbardo (1999), S. 37

²²⁷ Vgl. Siebert (2003), S. 311

Eine Reflexion (lat. reflectere) hingegen umschreibt das Nachdenken über (eigene) Handlungen. Die Evaluation geht demnach noch einen Schritt weiter als die Reflexion, dadurch dass nicht nur Erkenntnisse der Rückschau thematisiert werden, sondern auch Konsequenzen für neue (Lern-) Prozesse einbezogen werden.²²⁸

Laut Peterßen ist die Evaluation ein wesentliches Unterscheidungsmoment zwischen Lehrplan und Curriculum. So wohnt der prozessartigen Curriculumsentwicklung dieses strukturelle Element schon von Beginn an inne und baut auf die Rückmeldung seiner Wirksamkeit. Einem traditionellen Lehrplan fehlt die Absicht der Selbstüberprüfung.²²⁹

Es gibt eine Vielzahl von Evaluierungsformen,²³⁰ die hier in Gänze aufgrund fehlender Relevanz nicht vorgestellt werden sollen. Siebert unterscheidet eine Prozessevaluation (auch formative Evaluation) von einer Produkt- oder Ergebnisevaluation (auch summative Evaluation).²³¹

Die prozessorientierte Vorgehensweise zielt auf eine laufende Bewertung und Verbesserung des Leistungsgeschehens ab. „Der Forscher vergleicht die geplante mit der tatsächlich realisierten Intervention, indem er Zielvorstellungen und Aktivitäten verschiedener Akteure erhebt und den Programmablauf im Kontext seines spezifischen Organisationsumfeldes untersucht.“²³²

Die ergebnisorientierte Evaluation beurteilt und vergleicht Leistungen von Einrichtungen oder Akteuren hinsichtlich deren Wirksamkeit und Effizienz.

Die Fortbildung ist gekennzeichnet durch Lernprozessevaluationen, die im Verlauf der Veranstaltung - zu Beginn und am Ende der Theorieblöcke – durchgeführt werden (vgl. Kap. 3.5). Sie dienen gleichsam als Steuerungsinstrument zwischen Lehrendem und Lernenden für die weitere Vorgehensweise, denn mit dieser Hilfe werden entscheidungsrelevante Daten gesammelt. Es soll u. a. festgestellt werden, ob die Fortbildungsmaßnahme die Zielgruppe erreicht, welchen Bedarf (Handlungsziele) die Zielgruppe hat und wie es mit der Akzeptanz des Programms (der Fortbildung) sowie dem eigenen Lernprozess bestellt ist.²³³

An dieser Stelle wird wiederum jenes konstruktivistische Primat der Erwachsenenbildung aufgezeigt, das den Teilnehmer als Mitgestalter und Akteur des eigenen Lernprozesses beachtet (vgl. Kap. 3.2.4).

²²⁸ Vgl. Schneider et al (2004), S. 81

²²⁹ Vgl. Peterßen (1982), S. 224f

²³⁰ Vgl. Saß (2004), S. 25ff

²³¹ Vgl. Siebert (2003), S. 311

²³² Schwartz (2003), S. 721

²³³ Vgl. Stockmann, EvaNet-Positionen 5/2004, S. 5

Am Ende der Fortbildungsveranstaltung soll eine Produktevaluation dem Lehrenden und Fortbildungsveranstalter dazu verhelfen, Maßnahmen zur Optimierung der Fortbildung einzuleiten. Dieses kann in Form eines anonymen Fragebogens - wie er bei *Saß* zu finden ist²³⁴ - geschehen.

Saß unterscheidet in Anlehnung an *Götz* weiterhin verschiedene Gegenstandsbereiche der Evaluation von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.²³⁵

So ist die Evaluation der Analyse- und Planungsebene eine Vorabevaluation, die vor der Durchführung der eigentlichen Bildungsmaßnahme stattfindet (vgl. „Bedarfsanalyse“ Kap. 2.) und (Handlungs-) Ziele sowie Eingangsvoraussetzungen der Teilnehmer, aber auch organisatorische, finanzielle, technische Rahmenbedingungen, ferner die inhaltliche und methodisch –didaktische Konzeption der Veranstaltung prüft. „Die Fortbildung ist nur dann erfolgreich, wenn der Mitarbeiter sich mit der Maßnahme identifizieren kann. Er muss aktiv an der Fortbildung mitwirken. Dies zu erreichen gelingt nur, wenn die Interessen des Mitarbeiters mit den sachlichen Notwendigkeiten in Übereinstimmung gebracht werden können.“²³⁶ Als Folge von Vorab – Evaluationen können notwendige Maßnahmen zur Veränderung der Bildungsveranstaltung ergriffen werden, bevor diese stattfinden.²³⁷ Aus diesem Grund sollte bei der Umsetzung des vorliegenden Fortbildungskonzeptes eine derartige Evaluation im Unternehmen Berücksichtigung finden.

Auf eine Lernerfolgsevaluation in Form von Wissensüberprüfung durch Kontrollmaßnahmen wie Tests oder Prüfungen wird im Rahmen dieser Fortbildungsveranstaltung aufgrund fehlender Relevanz für Teilnehmer, Lehrenden und Veranstalter verzichtet.

Der Autorin erscheint jedoch die Umsetzung des Gelernten in den beruflichen Alltag (Lerntransferevaluation) als wesentlich, denn hierin spiegelt sich der Nutzen, welchen die besuchte Bildungsmaßnahme für die praktische Arbeit hat. Eine Lerntransferevaluation einige Wochen nach der Fortbildungsveranstaltung zeigt u. a. auf, ob und wie das Gelernte in den beruflichen Alltag transferiert wurde und ob sich das transferierte Wissen in einem veränderten Arbeitsverhalten niederschlägt²³⁸ (z.B. „verbesserte“, „intensivere“, „häufigere“ Durchführung von S-A-B pfleg. Ang. im beruflichen Alltag). Auch hierzu findet sich bei *Saß* ein beispielhafter anonymer Fragebogen.²³⁹

²³⁴ Vgl. *Saß* (2004), Anhang

²³⁵ Vgl. ebd., S. 23ff

²³⁶ *Olfert* (2003), S. 173

²³⁷ Vgl. *Götz* in: *Saß* (2004), S. 24

²³⁸ Vgl. *Saß* (2004), S. 25

²³⁹ Vgl. ebd., Anhang

Doch es gibt eine Reihe von Faktoren, die den Wissenstransfer von Bildungsmaßnahmen in den beruflichen Alltag beeinflussen.²⁴⁰ Transfereffekte bleiben z.B. aus, wenn

- Bildungsmaßnahmen ungenügend in die Unternehmensstrategie eingebunden werden (z.B. Schulung, Anleitung und Beratung von pfleg. Ang. wird als Aufgabe der Pflege von Vorgesetzten nicht als wesentlich wahrgenommen oder anerkannt),
- Teilnehmern keine materiellen oder immateriellen Anreize gesetzt werden (materieller Anreiz: Gehaltserhöhung, immaterieller Anreiz: z.B. S-A-B wird als selbständiger Aufgabenbereich der Pflege im beruflichen Alltag von allen an Pflege und Therapie beteiligten Mitarbeitern anerkannt und unterstützt)
- Mitarbeiter die Bedeutung dieser Bildungsmaßnahme für sich und ihre Arbeit gar nicht als wichtig erkennen. (z.B. Beratung wird als Aufgabe der Ärzte und Sozialarbeiter verstanden.)

In der Fortbildungsveranstaltung werden Probleme der Umsetzung von S-A-B im beruflichen Alltag zu Beginn der Theorieblöcke (2 – 4) im Rahmen der Reflexion der Praxisaufgaben angesprochen und in Diskussionen im Verlauf der Lerneinheiten weiter erörtert (vgl. Kap. 3.5.3). Mit der Moderationsmethode der Zukunftswerkstatt können diese Aspekte noch vor Abschluss der Veranstaltung konkretisiert und realisierbare Umsetzungsstrategien erörtert werden (vgl. Kap. 3.5.5).

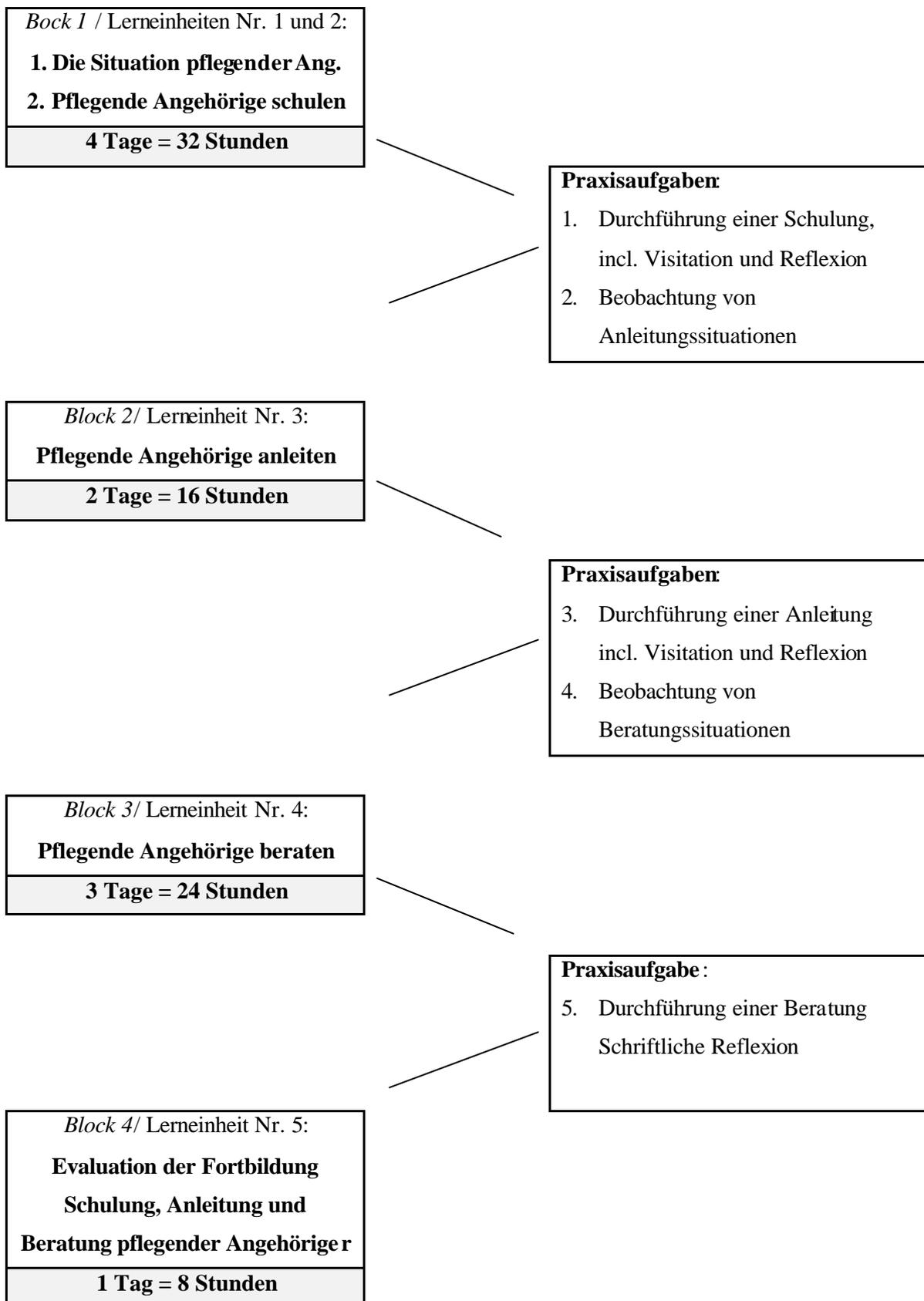
Saß schlägt ferner folgende Möglichkeiten vor:²⁴¹

- Durch ein Gespräch des Teilnehmers mit dem Vorgesetzten (Stationsschwester, Pflegedienstleitung) den Wissenstransfer in den beruflichen Alltag vorzubereiten und zu gestalten.
- Die „Strategie der Vorstellung der Fortbildungsinhalte im Team“ durchzuführen. Hierbei kann erlerntes Wissen der Schulungseinheit (z.B. mediale und didaktische Gestaltung einer Informationsveranstaltung; vgl. Kap. 3.5.2) geübt werden.
- Bei Bedarf Folgeveranstaltungen anzubieten.

²⁴⁰ Vgl. Saß (2004), S. 30ff

²⁴¹ Vgl. ebd., S. 49

3.2.6 Lerneinheiten, Praxisaufträge und Theorieblöcke – eine Übersicht



3.3 Die Entwicklung des Lernfeldes

3.3.1 Kompetenzkomponenten für die Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger

Die Zielformulierungen in curricularen Lernfeldkonstruktionen werden in Form von Kompetenzen beschrieben. Ihr Erwerb soll in den jeweiligen Lerneinheiten ermöglicht werden.²⁴² Mittels dieser Kompetenzen können die übergeordneten Ziele der Fortbildung genauer differenziert und gleichzeitig der didaktische Schwerpunkt und die Anspruchsebene des Lernfeldes gekennzeichnet werden. In der Literatur werden Kompetenzen für die Schulung, Anleitung und Beratung in der Pflege vielfach eingefordert.²⁴³

Um handlungskompetent²⁴⁴ (vgl. Kap.3.2.4) S-A-B für pflegende Angehörige durchführen zu können, benötigen Pflegekräfte fachliche, methodische, personale und soziale Kompetenzen²⁴⁵, die in einer entsprechenden Fortbildung auf der Basis ihrer Erfahrungen erörtert, vertieft und geübt werden können. Fachkompetenz ist die Disposition eines Menschen, geistig selbstorganisiert zu handeln, d.h. mit fachlichen Kenntnissen und fachlichen Fertigkeiten kreativ Probleme zu lösen, das Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten. Personale Kompetenz bezieht sich auf persönliche Dispositionen wie z.B. Werthaltungen, Selbstbilder u. Motive (auch Human-, Selbst-, Individualkompetenz). Sozialkompetenz bezieht sich auf die Disposition eines Menschen, sich mit anderen kreativ auseinander- und zusammensetzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, um gemeinsam neue Ziele und Pläne zu entwickeln. Methodenkompetenz zeichnet sich dadurch aus, dass der Mensch instrumentell selbstorganisiert handelt und damit auch bestimmte Aufgaben- und Problemstellungen durch geistiges Vorwegdenken lösen kann.²⁴⁶

„Kompetentes Handeln setzt voraus, dass der Handelnde Fähigkeiten hat.“²⁴⁷ (...) Kompetenz setzt sich (...) aus unterschiedlichen Komponenten und Fähigkeiten zusammen, die jedoch nicht summativ, sondern synergetisch und oft einmalig sind. (...) Kompetenz ist das Zusammenwirken

²⁴² Vgl. Schneider et al (2004), S. 10ff

²⁴³ Vgl. §3 Abs. 1 KrpflG 2004; vgl. ebenso Haas – Unmüßig (2001) S. 285; vgl. ebenso Knelange; Schieron (2000), S. 1

²⁴⁴ Vgl. Bader, Ruhland in: Schneider et al (2003), S. 88

²⁴⁵ Vgl. Schneider et al (2003), S. 90f; vgl. ebenso Olfert (2003), S. 167

²⁴⁶ Vgl. Schneider et al (2003), S. 90f

²⁴⁷ *Der Begriff der Fähigkeiten wird ebenso wie der Begriff der Kompetenz im allgemeinen Sprachgebrauch oft synonym verwendet. Selbst in Forschungen zum Thema Kompetenz ist selten eine explizite Differenzierung zu finden. Der Begriff „Fähigkeiten“ soll an dieser Stelle umfassen, Wissen anzuwenden, zu verstehen und zu analysieren. Es beinhaltet inhaltlich nicht, im Gegensatz zur Kompetenz, die Weite von Interaktion und Transaktion. Fähigkeiten sind demnach Teile der Kompetenz. (Vgl. Olbrich (1999), S. 90f)*

von in einer Person verankerten Komponenten des Wissens, des Könnens, der Erfahrung und der Fähigkeiten.“²⁴⁸

Diese Kompetenzkomponenten gilt es für das Lernfeld Schulung, Anleitung und Beratung zunächst zu eruieren und dann den einzelnen Lerneinheiten zuzuordnen.

In der nachfolgenden Übersicht findet eine differenzierte, durchaus noch erweiterbare Auflistung dieser Komponenten statt sowie eine Zuordnung zu den übergeordneten Zielen (vgl. Kap. 3.1.1), denn hieraus bedingt sich die inhaltliche und methodische Anpassung der zu entwickelnden Fortbildung.²⁴⁹ Die Autorin folgt damit den Forderungen von Haas- Unmüßig. Denn, um aus der informellen Beratungsarbeit in der Pflege, die als Alltagsberatung und aufgrund von Erfahrungswissen schon immer durchgeführt wurde, ein professionelles und eigenständiges Arbeitsfeld für Pflegekräfte zu entwickeln, müssen Pflegende dafür gezielte und klar beschriebene Kompetenzen erwerben bzw. reflektiert vertiefen.²⁵⁰

In Kap. 3.3.2 erscheint entsprechend der oben erwähnten Struktur (vgl. Kap. 3.2.4) das Lernfeld Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger. Die zuvor aufgeführten Kompetenzkomponenten werden dabei als Teillernziele dargestellt und der Fach-, Sozial-, Personal- oder Methodenkompetenz zugeordnet. Daraufhin wird der Gesamthalt dieser Schulung abgeleitet und benannt. Zwecks besserer Übersicht findet sich das Lernfeld auch am Ende der Arbeit (Anhang) als geschlossene Darstellung wieder.

²⁴⁸ Olbrich (1999), S. 91

²⁴⁹ Vgl. Ewers (2001), S. 4

²⁵⁰ Vgl. Haas–Unmüßig (2001), S. 285

Ziele der Fortbildung	Dafür notwendige Kompetenzkomponenten (Wissen, Können, Erfahrungen und Fähigkeiten)
<p>1. PKs nehmen den Bedarf und die Notwendigkeit nach S-A-B bei pfleg. Ang. war und berücksichtigen dieses bei ihrer Pfllegetätigkeit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Einfühlungs- und Wahrnehmungsvermögen bzgl. Gefühle, Krisen, Konflikte, familiäre Netzwerke... • Akzeptanz fremder Werte und Normen • Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. der Situation und Belastungen pflegender Angehöriger zu Beginn und im Verlauf der häuslichen Pflege • Kenntnis von Stressmodellen und Theorie der Bewältigung (Lazarus) • Reflexionsfähigkeit und –bereitschaft bzgl. der eigenen Pfllegetätigkeit • Wissen um Grundsätze der Kommunikation und Interaktion
<p>2. PKs erkennen und anerkennen die Wichtigkeit der pfleg. Ang., akzeptieren sie als ebenbürtigen Partner und integrieren von sich aus Angehörige in ihr pflegerisches Denken und ihre tägliche Arbeit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzende Grundhaltung • Kooperationsfähigkeit • Flexibilität und Belastbarkeit • Kritikfähigkeit • Mut zur Veränderung des eigenen Pflegeverständnisses, des Verständnis von Gesundheit und Gesundsein, Krankheit und Kranksein, Pflegebedürftigkeit • Ressourcenorientiertes Denken und Handeln • Erfahrung und Wissen bzgl. der Bedeutung der pfleg. Ang. für den zu pflegenden Menschen und für die Gesellschaft

Ziele der Fortbildung	Dafür notwendige Kompetenzkomponenten (Wissen, Können, Erfahrungen und Fähigkeiten)
<p>3. PKs führen gezielte, individuell geplante, fachlich fundierte S-A-B für pfleg. Ang. professionell und sicher durch.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inhaltliches Verständnis sowie Erfahrung von Schulung, Anleitung und Beratung • Verständnis von Beratung als prozesshaftes Geschehen, dass Entwicklung ermöglicht • Empathisches Verstehen • Prozessorientiertes Denken und Handeln • Kenntnis von und Erfahrung mit Beratungsansätzen • Gesprächsführungskompetenz wie z.B. aktives Zuhören • Pädagogische, methodisch - didaktische Grundkenntnisse und Erfahrung • Kompetenzen zur Leitung von Gruppen/ Moderationstechnik • Gestaltung von Edukationssettings • Pflegerisch – medizinisches und rechtliches Fachwissen und Erfahrung
<p>4. PKs verstehen S-A-B als originäre Pflegeaufgabe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines professionellen Beratungs- und veränderten Pflegeverständnisses im Sinne eines „inneren Standortwechsels“²⁵¹ • Erkennen der eigenen beruflichen und/ oder persönlichen Grenzen • Erkenntnis über Notwendigkeit stetiger Fortbildung und Reflexion von Beratungserfahrungen

²⁵¹ Vgl. Abt-Zegelin (1999), S. 67

3.3.2 Das Lernfeld Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger in der Übersicht

Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger				
Übergeordnete Ziele	<ol style="list-style-type: none"> 1. PKs nehmen den Bedarf und die Notwendigkeit nach S-A-B bei pfleg. Ang. wahr und berücksichtigen dieses bei ihrer Pflgetätigkeit. 2. PKs erkennen und anerkennen die Wichtigkeit der pfleg. Ang., akzeptieren sie als ebenbürtigen Partner und integrieren von sich aus Angehörige in ihr pflegerisches Denken und ihre tägliche Arbeit. 3. PKs führen gezielte, individuell geplante, fachlich fundierte S-A-B für pfleg. Ang. professionell und sicher durch. 4. PKs verstehen S-A-B als originäre Pflegeaufgabe. 			
Teilkompetenzen	Fachkompetenz	Personale Kompetenz	Sozialkompetenz	Methodenkompetenz
Kompetenzkomponenten	<ul style="list-style-type: none"> • TN vertiefen ihre Kenntnisse/ Erfahrungen bzgl. der Situation, Belastungen, Ressourcen und Hilfsangebote pflegender Angehöriger. • TN realisieren die Bedeutung der pfleg. Ang. für den zu pflegenden Menschen und die Gesellschaft. • TN erwerben Grundkenntnisse bzgl. Stress – und 	<ul style="list-style-type: none"> • TN sind bereit fremde Werte und Normen zu akzeptieren. • TN nehmen eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Menschen ein. • TN üben sich im empathischen Verstehen • TN zeigen Mut zur Veränderung des eigenen 	<ul style="list-style-type: none"> • TN nutzen die Gelegenheit um ihr eigenes Einfühlungs- und Wahrnehmungsvermögen bzgl. Gefühle, Krisen, Konflikte, familiäre Netzwerke zu schulen. • TN erwerben Kenntnisse bzgl. Grundsätze der Kommunikation und Interaktion. • TN entwickeln Gesprächsführungskompetenz. • TN verbessern ihre 	<ul style="list-style-type: none"> • TN denken und handeln prozessorientiert. • TN erwerben / vertiefen Kenntnis über Beratungsansätze (= auch Fachkompetenz). • TN wenden im Rahmen von S-A-B jeweils verschiedene didaktische bzw. kommunikative Methoden an.

	<p>Stressbewältigungstheorie .</p> <ul style="list-style-type: none"> • TN erwerben ein inhaltliches Verständnis von S-A-B • TN verstehen Beratung als prozesshaftes Geschehen, das Entwicklung ermöglicht. • TN erwerben und/ oder vertiefen pädagogische, methodisch – didaktische Grundkenntnisse und üben sich in der Umsetzung. • TN reflektieren ihr pflegerisch – medizinisches und rechtliches Fachwissen sowie Erfahrungen und ziehen entsprechende Konsequenzen. 	<p>Pflegeverständnis und entwickeln ein professionelles Beratungsverständnis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • TN denken und handeln ressourcenorientiert. • TN erkennen eigene berufliche/ persönliche Grenzen. • TN erkennen die Notwendigkeit von steter Fortbildung und Reflexion der Beratungserfahrungen. • TN entwickeln Kritikfähigkeit. • TN zeigen Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Pflgetätigkeit zu reflektieren. 	<p>Kooperationsfähigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TN gestalten praxisrelevante Settings für die S-A-B pfleg. Ang.
--	--	--	---	---

Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • Die Situation pflegender Angehöriger zu Beginn und im Verlauf der Pflgetätigkeit <ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen, Belastungen, Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsangebote - Reflexion der individuellen Erfahrungen der TN - Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien - Stress und Bewältigung am Beispiel pfleg. Ang. • Klärung der Begriffe „Schulung“, „Anleitung“ und „Beratung“ im Kontext der Pflegeprofession <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Erfahrungen der TN und Reflexion des eigenen Pflege – und Beratungsverständnisses - Inhaltliche Differenzierung und Abgrenzung zu artverwandten Tätigkeiten anderer Professionen • Regelkreismodell • Schulungen planen und durchführen <ul style="list-style-type: none"> - Reflexion eigener Erfahrungen der TN - Bedingungs- bzw. Ist- Analyse der Situation des pflegenden Angehörigen - Ziele bestimmen und formulieren - Schulungsmaßnahmen methodisch und medial planen, durchführen, evaluieren und reflektieren - Moderationstechniken • Anleitungen planen und durchführen <ul style="list-style-type: none"> - Reflexion eigener Erfahrungen der TN - Bedingungen der Situation des pflegenden Angehörigen und zu pflegenden Menschen klären - Ziele bestimmen und formulieren - Anleitungsmaßnahmen planen, durchführen, evaluieren und reflektieren
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungssituationen planen und durchführen <ul style="list-style-type: none"> - Reflexion eigener Erfahrungen der TN - <i>C. Rogers</i>: Unterschied zwischen direkter – nicht direkter Beratung; Grundhaltung: Empathie, Akzeptanz, Wertschätzung - Kommunikationsgrundsätze und Gesprächsführung/ Aktives zuhören - <i>S.v.Thun</i>: „Vier Seiten einer Nachricht“ - Beratungsansätze z.B. <i>S. Culley, J.H. Weakland</i> - Planen, gestalten evaluieren und reflektieren von Beratungssettings
Gesamtstundenzahl	80 Stunden in vier Blöcken

3.4 Didaktische Reduktion

Es scheint unmöglich, die Fülle der Inhalte, wie sie sich für diese Fortbildung ergeben, in 80 Stunden zu unterrichten und damit dem Anforderungsprofil einer kompetent beratenden Pflegekraft zu entsprechen. Es muss also eine quantitative und qualitative didaktische Reduktion des Inhalts innerhalb der einzelnen Lernsituationen erfolgen. Dabei erfordert die quantitative didaktische Reduktion eine gezielte Auswahl des Inhalts (Mengenbegrenzung), während die qualitative Reduktion eine Vereinfachung auf wesentliche d.h. bedeutsame Aussagen vornimmt, ohne dass ihr Gültigkeitsumfang verloren geht. Das Ziel der Reduktion ist es, Sachverhalte überschaubar und begreifbar zu machen.

Orientierung bieten dabei der Bedarf (vgl. Kap. 2.2.3) und die Bedürfnisse der Teilnehmer dieser Fortbildungsveranstaltung (vgl. „Vorabevaluation“ in Kap. 3.2.5) sowie die „Gesellschafts- und Fachrelevanz“ des Inhalts.²⁵² Die Gesellschaftsrelevanz eines Inhalts umschreibt die Gegenwarts- und Zukunftsbedeutung, die das Thema für eine Gemeinschaft hat. Hier sei auf die in Kap. 2.2.2 beschriebene gesellschaftspolitische Legitimation professioneller Pflegeberatung verwiesen. Die Fachrelevanz repräsentiert den jeweiligen fachwissenschaftlichen Anspruch, der bzgl. Schulung, Anleitung und Beratung in der Pflege noch in den Kinderschuhen steckt (vgl. Kap. 2.2.1).

Es bietet sich an, die didaktische Reduktion auf der Basis der Handlungsziele der Teilnehmer zu Beginn und im Verlauf der Fortbildung (vgl. Kap. 3.2.3) in Verknüpfung mit einer Vorabevaluation (vgl. Kap. 3.2.5) bzgl. Wünsche, Erwartungen und Bedingungen der Teilnehmer durchzuführen.

„Die Unterscheidung von Lehr- und Handlungszielen hat den Zweck, die subjektiven Schülerinteressen stärker in die Unterrichtsvorbereitung einzubeziehen und dadurch einerseits zu einer realistischen Planung zu kommen (...), andererseits aber auch den Schüler als aktives und handelndes Subjekt des Unterrichts zu berücksichtigen. (...) Ein Handlungsziel ist die möglichst konkrete Beschreibung der Absichten und Gründe, derentwegen sich die Schüler am Unterricht beteiligen oder die Beteiligung verweigern wollen. Es ist Ausdruck der situationsabhängigen Interessen und Bedürfnisse der Schüler und in der Regel auf ein Handlungsergebnis bezogen.“²⁵³ Für die Fortbildung bedeutet dieses, auf die vorhandenen Erfahrungen, Bedürfnisse, Wünsche und aktuellen und realen Kompetenzdefizite der Pflegekräfte im Hinblick auf Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger einzugehen und die jeweiligen Schwerpunkte der Lerneinheiten gemeinsam mit den Teilnehmern dementsprechend festzusetzen.

²⁵² Vgl. Klafki in Jank u. Meyer (1991), S. 133ff

²⁵³ Meyer (2003), S. 348

Lernangebote, die stark erfahrungsbezogen orientiert sind, lassen sich für Erwachsene besser bewältigen. Es wird als Hauptmerkmal des Lernens Erwachsener angesehen, dass dem Praxisbezug des Lernangebots größte Bedeutung beigemessen wird und dass das Gelernte „am besten schon morgen“ in die Praxis umgesetzt werden kann. Praxisbezug in der Fortbildung bedeutet, dass die Analyse und Planung von Arbeitsprozessen (S-A-B) in teilnehmerzentrierten Lehr-Lernverfahren wie Gruppen-, Partner- oder Einzelarbeit durchgeführt werden. So können Beispiele, Fälle und eigene Erfahrungen in den Unterricht eingebaut, Übungen, Simulationen und Rollenspiele Bestandteile des Unterrichts sein.²⁵⁴

Die Autorin empfiehlt deshalb auch, die Fortbildung inhaltlich auf Schulung, Anleitung und Beratung einzelner pflegender Angehöriger zu begrenzen. Die Durchführung von Gruppenschulungen folgt zwar derselben Struktur wie die Schulung einzelner Personen. Zu vermuten ist jedoch, dass diese im pflegepraktischen Alltag zur Zeit weniger vorkommen (Ausnahme: Familienedukation im Rahmen der Psychiatrie, bei speziellen Krankheitsbildern wie z.B. Diabetes).

Derartige methodisch-didaktische und inhaltliche Überlegungen bedingen exemplarisches Arbeiten - somit wiederum eine quantitative und qualitative Reduktion des Inhalts der jeweiligen Lerneinheiten.

²⁵⁴ Vgl. Döhring, Ritter-Mamczek (1997), S. 181

3.5 Die Lerneinheiten

3.5.1 Lerneinheit Nr. 1 – Die Situation pflegender Angehöriger

Lerninhalt

Die Situation pfleg. Ang. zu Beginn und im Verlauf der Pfllegetätigkeit

- Ressourcen und Belastungen
- Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsangebote (vor Ort)
- Reflexion der individuellen Erfahrungen der TN
- Ergebnisse von wissenschaftlichen Studien
- Stress und Bewältigung am Beispiel pfleg. Ang.

Kompetenzziele

- TN vertiefen ihre Kenntnisse/ Erfahrungen bzgl. der Situation, Belastungen, Ressourcen und Hilfsangebote pfleg. Ang.
- TN realisieren die Bedeutung der pfleg. Ang. für den pflegbed. Menschen und die Gesellschaft.
- TN sind bereit, Werte und Normen der pflegenden Angehörigen zu akzeptieren.
- TN erwerben Grundkenntnisse bzgl. der Stress- und Stressbewältigungstheorie am Beispiel pfleg. Ang.(vgl. Lerneinheit Nr.4).
- TN nutzen die Gelegenheit, um ihr eigenes Einfühlungs- und Wahrnehmungsvermögen bzgl. Gefühle, Krisen, Konflikte, familiäre Netzwerke zu schulen (vgl. Lerneinheit Nr.4).

Zeitrichtwerte

Dieser Theorieblock umfasst 32 Stunden Unterricht verteilt auf vier Tage bzw. zwei Lernsituationen (vgl. Lerneinheit Nr. 2). Der jeweilige Umfang der Themenschwerpunkte ist in Absprache mit den Teilnehmern und ihren Handlungszielen abzusprechen. Folgende Orientierung wird für die erste Lerneinheit angeboten:

Thema	Stunden a 45 Min
<ul style="list-style-type: none"> • Kennen lernen der Teilnehmer • Abklären und dokumentieren von Motivation, Erwartungen, Handlungs- und Kompetenzziele n (vgl. Lerneinheit Nr. 5) • Ggf. Einigung auf ein Handlungsprodukt für die Fortbildung • Aufgreifen der individuellen S-A-B Erfahrungen, Wünsche und Bedürfnisse (vgl. Lerneinheit Nr. 2) 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Situation der pfleg. Ang. zu Beginn und im Verlauf der Pflege • Grundlagen Stress und Stressbewältigung (auch in Lerneinheit Nr. 4 möglich) • Ressourcen, Entlastungs- und Hilfsmöglichkeiten (vor Ort) 	4

Vorschläge für das Lehr- Lernarrangement

Die Gestaltung dieser Fortbildung insgesamt kann übergeordnet entsprechend des handlungsorientierten didaktischen Ansatzes nach *Meyer* konzipiert und durchgeführt werden. Wesentliche Elemente dieser Unterrichtsgestaltung sind hier das Eruiere n von Handlungszielen der Teilnehmer, die gemeinsame Planung der Fortbildung und das Festlegen eines gemeinsamen Handlungsproduktes²⁵⁵ (vgl. auch Prinzipien der Erwachsenenbildung Kap.3.2.1).

Vorschläge für potentielle Handlungsprodukte :

- Schulung, Anleitung und Beratung praktisch durchführen
- Eine Mappe zusammenstellen, in der neben wesentlichem „theoretischen Handwerkszeug“ (z.B. in Form von Leitfäden) für die Durchführung von Schulung, Anleitung und Beratung auch Anschriften von Hilfsangeboten und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu finden sind
- Der Entwurf eines „Beratungsbogens“ für die Pflegedokumentation
- Ein Reflexionsbogen, nach welchem die Durchführung einer Schulung in der Praxis besprochen wird (vgl. Praxisaufgabe Lerneinheit Nr. 2).

Es bietet sich an, die Problematik der Situation (zukünftig) pfleg. Ang. mittels des erfahrungsbezogenen didaktischen Ansatzes von *Scheller* aufzuarbeiten, da hier bisher unreflektierte Erlebnisse aus dem eigenen Berufsfeld zu Erfahrungen „verarbeitet“ werden können

²⁵⁵ Vgl. Jank, Meyer, (1995), S. 362ff

und der didaktische Ansatz auf die Reflektion oder Entstehung einer Haltung abzielt²⁵⁶ (vgl. Kompetenzziele).

Wenn es dem Bedarf der Teilnehmer und den Möglichkeiten des Fortbildungsträgers entspricht, können Experten zu bestimmten Themengebieten eingeladen werden. Z.B.

- Vertreter der örtlichen Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen
- Vertreter/ Kollegen von Institutionen, an welchen Schulung, Anleitung und Beratung von pfleg. Ang. gezielt durchgeführt wird
(Patienteninformationszentrum/ Angehörigensprechstunde/
Angehörigenintegration)
- Kollegen aus ambulanten Pflegediensten, die die häusliche Situation pfleg. Ang. besonders gut kennen und erleben, so dass ein Austausch über notwendige Schulungsinhalte stattfinden kann.

Praxisaufgaben

Siehe Lerneinheit Nr. 2

Literatur zur Wissensgrundlage

- Hedtke-Becker, Astrid (1999): Die Pflegenden pflegen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Frankfurt a.M. (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Eine Arbeitsmappe. Herausgegeben von Karen Arnold und Astrid Hedtke-Becker. Erschienen im Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge. Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt a. M.
- Fuchs, Susanne (2000): Arbeitshilfe für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen. Manchmal wünschte ich, er wäre schon tot. Hagen: Brigitte Kunz Verlag
- George, Wolfgang u. George, Ute (2003): Angehörigenintegration in der Pflege. München; Basel: Ernst Reichardt Verlag
- Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V. (Hrsg.) (2003): Pflegefall – Was tun? Informationen und Tipps für Betroffene und Pflegepersonen. 4. Auflage. Zu beziehen unter folgender Anschrift: Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V. Mintropstr. 27; 40215 Düsseldorf

²⁵⁶ Vgl. Martens et al (1996), S. 48ff

Literatur zum Lehr- Lernarrangement

- Meyer, Hilbert (2003): Leitfaden zur Unterrichtsvorbereitung. 12. Auflage, Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor
- Scheller, Ingo (1987): Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie. Frankfurt a.M.: Scriptor
- Döring, Klaus; Ritter-Mamczek, Bettina (1997): Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierte Leitfaden. Weinheim: Beltz Deutscher Studienverlag
- Dauscher, Ulrich (1998): Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. 2. Auflage, Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand

3.5.2 Lerneinheit Nr. 2 – Pflegende Angehörige schulen

Lerninhalt:

Klärung der Begriffe S-A-B im Kontext der Pflegeprofession

- Individuelle Erfahrungen der TN und Reflexion des eigenen Pflege – und Beratungsverständnisses
- Inhaltliche Differenzierung und Abgrenzung zu artverwandten Tätigkeiten anderer Professionen

Regelkreismodell

Schulungen planen und durchführen

- Reflexion eigener Erfahrungen der TN
- Bedingungs- bzw. Ist- Analyse der Situation des pfleg. Ang.
- Ziele bestimmen und formulieren
- Schulungsmaßnahmen methodisch und medial planen, durchführen und evaluieren
- Moderationstechniken

Kompetenzziele

- TN erwerben ein inhaltliches Verständnis von Schulung, Anleitung und Beratung im Sinne eines Überblicks.
- TN erwerben und/ oder vertiefen pädagogisch, methodisch – didaktische Grundkenntnisse und Erfahrungen, so dass sie individuelle Kurzschulungen für pfleg. Ang. in Form eines praxisrelevanten Settings planen und durchführen können.
- TN denken und handeln im Hinblick auf Schulung pfleg. Ang. ressourcen- und prozessorientiert.
- TN reflektieren ihr pflegerisch – medizinisches und rechtliches Fachwissen sowie ihre Erfahrungen im Rahmen von Schulungsplanungen und ziehen entsprechende Konsequenzen.

Zeitrichtwerte

Dieser Theorieblock umfasst 32 Stunden Unterricht verteilt auf vier Tage bzw. zwei Lernsituationen. Der jeweilige Umfang der Themenschwerpunkte ist in Absprache mit den Teilnehmern und ihren Handlungszielen abzusprechen (vgl. Lerneinheit Nr. 1).

Folgende Orientierung wird angeboten:

Thema	Stunden a 45 Min
<ul style="list-style-type: none"> • Begriffliche Abklärung von Schulung, Edukation, Anleitung, Beratung • Regelkreismodell • Verortung von S-A-B pfleg. Ang. als Aufgabe der Pflege (vgl. Lerneinheit Nr. 3) • Rechtliche Grundlagen 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Kurzschulungen theoretisch planen, praktisch üben und reflektieren <ul style="list-style-type: none"> - Ist – Analyse der Situation des pfleg. Ang. / Ressourcen und Probleme erkennen - Sachanalyse - (Lern-) Zielformulierung und -bestimmung - Methodische und mediale Planung der Schulung - Durchführung und Reflektion einer Schulung als praktische Übung in der Gruppe / Aufstellen von Reflexionskriterien - Möglichkeiten der Evaluation von Schulungen 	18
<ul style="list-style-type: none"> • Anbieten und Absprechen der Praxisaufgabe • Reflexion des gesamten Theorieblocks • Lernprozessevaluation 	2

Vorschläge für das Lehr-Lernarrangement

Zur Verdeutlichung der Struktur einer Schulung (Ist – Analyse, Zielbestimmung, Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation) kann z.B. auf den didaktischen Ansatz von *Grell/ Grell*²⁵⁷ zurückgegriffen werden, indem die „Informationen“ zur Struktur vom Lehrenden in die Gruppe mittels Lehrervortrag und medialer Unterstützung (Folien, Informationsblätter) hinein gegeben werden. Die Teilnehmer erhalten durch die Bearbeitung und Ausgestaltung der einzelnen Schulungselemente - mittels Mitbestimmung bei den Arbeitsaufträgen - in Einzel- Partner- oder Gruppenarbeit die Möglichkeit „Erfahrungen“ mit den Inhalten zu machen, so dass „Lernen“ ermöglicht wird (Grell: Information + Erfahrung = Lernen).²⁵⁸ Das Ergebnis dieser Phase kann die Konzeption einer Kurzschulung für eine pflegende Angehörige zu einem bestimmten Wissensproblem sein.

²⁵⁷ Vgl. Grell, (1991), S. 103ff

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 172

In der Folge (Weiterverarbeitung) bietet sich

1. die Vorstellung/ Vorführung der Kurzschulungen im Plenum und/ oder
2. die Gegenüberstellung zum Regelkreismodell des Pflegeprozesses an.

Auf diesen Zusammenhang wird ebenfalls in den Lernsituationen Anleitung und Beratung zurückgegriffen.

In Rahmen dieser Sequenz ist auch die Diskussion bzgl. des Stellenwertes „Beratung in der Pflege“ möglich (vgl. auch Lerneinheit Nr. 3).

Von den Teilnehmern durchgeführte Übungsschulungen könnten auf Video festgehalten werden, damit sie sequenziell von der Gruppe reflektiert werden.

Gleiches gilt für die Durchführung einer Schulung im Praxiseinsatz. Unter Einhaltung der rechtlichen und persönlichen Belange (Intimsphäre, Einverständnis aller Beteiligten, Schweigepflicht, Datenschutz...) wäre es vorteilhaft, die Schulungssituation auf Video aufzuzeichnen und im anschließenden Gespräch zwischen Lehrendem und Teilnehmer zur Reflexion heranzuziehen.

Vorschlag für die methodische Gestaltung der Lernprozessevaluation: „Haus-orientierte Evaluation“²⁵⁹ (vgl. Abb.1, S. 62)

PraxisaufgabenNr. 1 und Nr. 2

1. Theoretische Planung, schriftliche Fixierung, praktische Durchführung und anschließende Reflexion einer Kurzschulung (maximal 45 Min) für eine pflegende Angehörige anhand des individuell bestehenden Wissensdefizits.

Die an der Fortbildung teilnehmende Pflegekraft nimmt in ihrem Arbeitsbereich die individuelle Problematik einer (zukünftig) pflegenden Angehörigen wahr und greift diese auf, indem sie anbietet, eine entsprechende Kurzschulung zu einem Wissensdefizit (Problem) zu planen und durchzuführen. Mit dem Einverständnis der betroffenen Angehörigen geschieht die praktische Durchführung der Schulung in Anwesenheit und nach Absprache mit dem Lehrenden.

Im anschließenden „Vier– Augen –Gespräch“ mit dem Lehrenden wird die Kurzschulung beiderseits anhand der im Theorieblock (ggf.) gemeinsam erarbeiteten Kriterien reflektiert.

2. Wahrnehmung und Beobachtung von Anleitungssituationen im beruflichen Alltag
Wie, wann, wo, womit ... führe ich (der Teilnehmer) selber Anleitungen für pfleg. Ang. durch?
Wie, wann, wo, womit führen Kollegen Anleitungen für pfleg. Ang. durch?

²⁵⁹ Vgl. Schneider et al (2004), S. 81

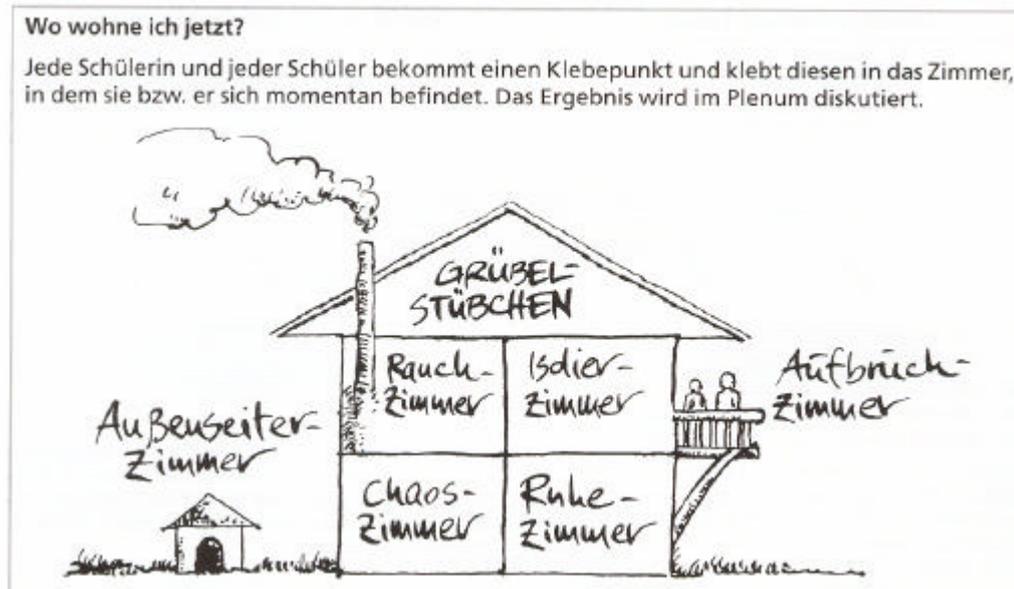
Literatur zur Wissensgrundlage

- Steimel, Roland (2003): Individuelle Angehörigenschulung. Eine effektive Alternative zu Pflegekursen. Hannover: Verlag Schlütersche
- Schneider, Kordula (2002): Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definitorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung. In: Unterricht Pflege 4/2002, Brake: Prodos Verlag, S. 2 - 8
- Klug – Redman, Barbara (1996): Patientenschulung und –beratung. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby
- Abt – Zegelin, A. (2003): Patienten- und Familienedukation. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Mabuse-Verlag, S. 103 - 115

Literatur zum Lehr- Lernarrangement

- Grell, Jochen und Monika (1991): Unterrichtsrezepte. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Seifert, Josef K. (2001): Visualisieren Präsentieren Moderieren. 16. Auflage, Offenbach: Gabal Verlag.
- Welling, Karin (2004): Kompetenzförderung im Sinne der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – aufgezeigt am Beispiel des Beratungsgesprächs und der Schulung. In: Unterricht Pflege, Brake: Prodos Verlag, 9. Jahrgang, Heft 2, Mai 2004, S. 21 – 27

Abb. 1 „Haus“- orientierte Evaluation²⁶⁰



²⁶⁰ Schneider et al (2004), S. 81

3.5.3 Lerneinheit Nr. 3 – Pflegende Angehörige anleiten

Lerninhalt

Anleitungen planen und durchführen

- Reflexion eigener Erfahrungen und Beobachtungen (vgl. Praxisaufgabe Nr. 2) der TN
- Bedingungen der Situation des pflegenden Angehörigen und des zu pflegenden Menschen klären
- Ziele bestimmen und formulieren
- Anleitungsmaßnahmen planen, durchführen, evaluieren und reflektieren

Kompetenzziele

- TN erwerben ein inhaltliches Verständnis von Angehörigenanleitung und gestalten gezielte, individuell geplante somit praxisrelevante Anleitungen für pfleg. Ang.
- TN denken und handeln im Hinblick auf Anleitung pfleg. Ang. ressourcen- und prozessorientiert.
- TN sind bereit, fremde Werte und Normen zu akzeptieren (vgl. familiäre Netzwerke, Kap. 2).
- TN haben eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Menschen.
- TN zeigen Bereitschaft und Fähigkeit, die eigene Pflgetätigkeit im Rahmen der Anleitung von pfleg. Ang. zu reflektieren und setzen Kritik im Rahmen von Anleitungsübungen konstruktiv um.
- TN verbessern ihre Kooperationsfähigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit im Umgang mit und bei der Anleitung von pfleg. Ang.
- TN reflektieren ihr pflegerisch- medizinisches und rechtliches Fachwissen sowie ihre Erfahrungen im Rahmen von Anleitungsplanungen und ziehen entsprechende Konsequenzen.

Zeitrichtwerte

Dieser Theorieblock umfasst 16 Stunden Unterricht verteilt auf zwei Tage. Der jeweilige Umfang der Themenschwerpunkte ist in Absprache mit den Teilnehmern und ihren Handlungszielen abzusprechen. Folgende Orientierung wird angeboten:

Thema	Stunden a 45 Min
<ul style="list-style-type: none"> • „Ankommen“ der Teilnehmer im Theorieblock Nr. 2 • Aufgreifen und Reflexion der Praxisaufgabe Nr.1 (ggf. Reflexion mittels Videoaufzeichnung) unter Berücksichtigung von <ul style="list-style-type: none"> a) persönlichen Erfahrungen und Lernzuwachs b) Reaktion der pfleg. Ang. und des pflegebedürftigen Menschen c) Klären von offenen Fragen und Problemen • Handlungs- und Kompetenzziele für den zweiten Theorieblock abstimmen 	2 – 4
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Anleitungssituation planen, durchführen, evaluieren und reflektieren <ul style="list-style-type: none"> - Ist-Analyse der Situation des pflege. Ang. (Probleme, Ressourcen, häusliche Bedingungen, familiäre Netzwerke...) - Sachanalyse - Zielformulierung und -bestimmung - Vorbereitung von Material und Raum - Das Prinzip „Vormachen – Nachmachen“ - Durchführung von Anleitungssequenzen - Evaluationsmöglichkeiten in/ nach Anleitungssituationen - Reflexionskriterien für die Anleitung aufstellen 	4 - 6
<ul style="list-style-type: none"> • Einen Schulungs- und Anleitungsbogen zwecks (Pflege-) Dokumentation entwerfen 	4
<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion: Schulung und Anleitung von pfleg. Ang. im beruflichen Alltag <ul style="list-style-type: none"> - Notwendigkeit oder lästiges Übel des Berufes? - Grenzen und Möglichkeiten der Schulung und Anleitung - Kompetenzen und Defizite der Pflege - Der Pflege-, der Schulungs-, der Anleitungs- und der Problemlösungsprozess 	2
<ul style="list-style-type: none"> • Anbieten und Absprechen der Praxisaufgabe • Reflexion des Theorieblocks • Lernprozessevaluation 	2

Vorschläge für das Lehr-Lernarrangement

Für die Fortbildung zum Thema Anleitung bietet sich z.B. die Orientierung am problemorientierten didaktischen Ansatz *Roths*²⁶¹ an.

Die Teilnehmer können auf ihre „Erfolge“ bei den Erfahrungen mit Schulungssequenzen zurückgreifen und haben Anleitungssituationen beobachtet ggf. selber schon im beruflichen Alltag durchgeführt (Stufe der Motivation).

Sie stehen jetzt vor dem Problem, „wie“ Anleitungen durchgeführt werden oder „worin“ der richtige Weg besteht. Eine Diskussion innerhalb der Gruppe ist zu erwarten (Stufe der Problemwahrnehmung und der Schwierigkeiten). Den Teilnehmern wird daraufhin angeboten, in Gruppenarbeit mittels Legetechnik an Stellwänden eine Struktur für Anleitungssituationen (vgl. Themenübersicht: Eine Anleitungssituation planen, durchführen, evaluieren und reflektieren) zu diskutieren und zu erstellen (Stufe der Lösung).

Damit werden Reflexionskriterien für die Praxisaufgabe Nr. 3 geschaffen.

Anhand eines konkreten Beispiels aus der Praxis (Stufe des Tun und Ausführens) z.B.

- Anleitung einer pfleg. Ang. zur Mobilisation eines pflegebedürftigen Menschen aus dem Bett
 - Anleitung einer Angehörigen zur Blutzuckeruntersuchung mittels Testgerät
 - Anleitung einer Angehörigen bei der Unterstützung des Pflegebedürftigen beim Essen/ Trinken
- wird dann eine Anleitungssituation in der Gruppe geplant, anschließend im Plenum z.B. auch in Form eines Rollenspiels vorgestellt und diskutiert (Stufe des Einübens und Behaltens).

Materialien zur realistischen Gestaltung der Anleitungssituation sind wichtig.

Ein (Wissens-) Transfer in die Praxis könnte u. a. darin bestehen, dass ein Schulungs- und Anleitungsbogen für die (Pflege-) Dokumentation konzipiert wird, so dass auch hier wiederum eine Diskussion um Schulung und Anleitung von pfleg. Ang. im beruflichen Alltag möglich ist.

Vorschlag für die methodische Gestaltung der Lernprozessevaluation: „Hand- orientierte Evaluation“ oder „Brief“- Evaluation in der Kleingruppe (vgl. Abb. 2 u. 3, S. 72).²⁶²

Praxisaufgaben Nr. 3. und Nr. 4

3. Theoretische Planung, schriftliche Fixierung, praktische Durchführung und anschließende Reflexion einer Anleitungssequenz (maximal 45 Min) für eine pflegende Angehörige anhand des individuell bestehenden Wissensdefizits.

Die an der Fortbildung teilnehmende Pflegekraft nimmt in ihrem Arbeitsbereich die individuelle Problematik einer (zukünftig) pflegenden Angehörigen wahr und greift diese auf, indem sie anbietet, eine entsprechende Anleitungssequenz zu einem Handlungsdefizit

²⁶¹ Vgl. Roth, (1963); vgl. ebenso Martens et al (1996), S. 40

²⁶² Vgl. Schneider et al (2004), S. 92

(Problem) zu planen und durchzuführen. Mit dem Einverständnis der betroffenen Angehörigen und des zu pflegenden Menschen geschieht die praktische Durchführung der Anleitung in Anwesenheit der Lehrenden.

Im anschließenden „Vier– Augen –Gespräch“ mit der Lehrenden wird die Anleitung beiderseits anhand der im Theorieblock (ggf.) gemeinsam erarbeiteten Kriterien reflektiert.

4. Wahrnehmung und Beobachtung von Beratungssituationen im beruflichen Alltag
 - Wann und in welcher Form erlebe ich (Teilnehmer) eine Beratungssituation mit pflegenden Angehörigen in meinem beruflichen Alltag?
 - Wie fühle und wie reagiere ich?

Literatur zur Wissensgrundlage

- Siehe Lernsituation „Pflegende Angehörige schulen“
- Steimel, R., Richter-Kessler, R. (2001): Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben. In: Pflegezeitschrift 8/ 2001, S. 562 – 563
- Thomas, B., Wirmitzer, B. (2001): Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle. In: Pflegezeitschrift 7/ 2001, S. 469 – 473
- George, U., George, W. (2003): Angehörigenedukation. Mit den Betroffenen die Pflege gestalten. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 42 Jahrg.,12/2003, S. 966 - 970
- Rösing, Silvia (2000): Angehörigenanleitung. Konzept im Umgang mit Angehörigen, In: Die Schwester/ Der Pfleger 39. Jahrg., 09/00, S. 772 - 775
- Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Oktober 2001. Veröffentlicht unter:
http://www.uni-bielefeld.de/IPW/publikationen/ipw_115.pdf
- Mensdorf, Birte (1999): Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe, Konzepte, Probleme, Lösungen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 33 – 56

Literatur zum Lehr- Lernarrangement

- Siehe Lernsituation „Pflegende Angehörige schulen“
- Roth, Heinrich (1963): Pädagogische Psychologie des Lehren und Lernens. 7. Auflage, Hannover: Schroedel Verlag
- Rüller, Horst (1998): Theorie – Praxis – Vernetzung in der Pflegeausbildung. In: Unterricht Pflege, 3. Jahrgang, Heft 3, Juli 1998, Brake: Prodos Verlag, S. 2 - 13

3.5.4 Lerneinheit Nr. 4 – Pflegende Angehörige beraten

Lerninhalt

Beratungssituationen planen und durchführen

- Reflexion eigener Erfahrungen der TN
- *C. Rogers*: Unterschied zwischen direktive und nicht direktive Beratung
Grundhaltung: Empathie, Akzeptanz, Wertschätzung
- Kommunikationsgrundsätze und Gesprächsführung
- Aktives Zuhören
- *S.v.Thun*: „Vier Seiten einer Nachricht“
- *S.v.Thun*: Situationsmodell
- Beratungsansätze z.B. *S. Culley, J.H. Weakland*
- Planen, gestalten, evaluieren und reflektieren von Beratungssettings

Beratung von Angehörigen im Kontext der Pflegeprofession

Kompetenzziele

- TN erwerben ein inhaltliches Verständnis von Beratung; planen und gestalten individuelle Beratungssettings für pflegende Angehörige.
- TN zeigen Mut zur Veränderung des eigenen Pflegeverständnisses und entwickeln ein professionelles Beratungsverständnis.
- TN erwerben/ vertiefen Kenntnisse über Beratungsansätze.
- TN verstehen Beratung als prozesshaftes Geschehen, das Entwicklung ermöglicht und auf vorhandenen Ressourcen aufbaut.
- TN nehmen eine wertschätzende Grundhaltung gegenüber Menschen ein und können den pfleg. Ang. diese Anerkennung ihrer Person spüren lassen.
- TN üben sich im empathischen Verstehen.
- TN sind bereit, fremde Werte und Normen zu akzeptieren (vgl. familiäre Netzwerke, Beziehungen und Bindungen in Familien, Familiengeschichten...).
- TN nutzen die Gelegenheit, um ihr eigenes Einfühlungs- und Wahrnehmungsvermögen bzgl. Gefühle, Krisen, Konflikte, familiäre Netzwerke zu schulen.
- TN verbessern ihre Gesprächsführungskompetenz.
- TN vertiefen ihre Kenntnisse bzgl. Grundsätze der Kommunikation und Interaktion.
- TN erkennen eigene berufliche/ persönliche Grenzen.

Zeitrichtwerte

Dieser Theorieblock umfasst 24 Stunden Unterricht verteilt auf drei Tage. Der jeweilige Umfang der Themenschwerpunkte ist in Absprache mit den Teilnehmern und ihren Handlungszielen abzusprechen. Folgende Orientierung wird angeboten:

Thema	Stunden a 45 Min
<ul style="list-style-type: none"> • „Ankommen“ der Teilnehmer im Theorieblock Nr. 3 • Aufgreifen und Reflexion der Praxisaufgabe Nr.3 (ggf. Reflektion mittels Videoaufzeichnung) unter Berücksichtigung von <ul style="list-style-type: none"> a) persönlichen Erfahrungen und Lernzuwachs b) Reaktion der pfleg. Ang. und des pflegebedürftigen Menschen c) Klären von offenen Fragen und Problemen • Handlungs- und Kompetenzziele für den dritten Theorieblock abstimmen 	2 - 4
<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Erlebnisse mit Beratung von pflegenden Angehörigen <ul style="list-style-type: none"> - Erlebnisse der TN aus beruflichen Alltag bzw. infolge Praxisaufgabe Nr. 4 - Beratungskompetenz der Pflegekräfte - Beratungsanlässe/ Beratungsbedarf pflegender Angehöriger - ggf. Stress, Krise, Bewältigungsstrategien und Ressourcen im Zusammenhang mit der Übernahme von Pflege (vgl. Lerneinheit Nr.1) 	2 - 4
<ul style="list-style-type: none"> • Beratung: Begriffliche Klärung und Abgrenzung von artverwandten Tätigkeiten wie Coaching, Supervision, Psychotherapie, Alltagsberatung und Gespräch... • Kennzeichen und Ziel direkter (Experten-) Beratung • Kennzeichen und Ziel nicht – direkter (Prozess-) Beratung im Sinne <i>Rogers</i> <ul style="list-style-type: none"> - Grundhaltung: Empathie, Akzeptanz, Wertschätzung - Humanistisches Menschenbild • Gestaltung von Beratungssettings • Beratung in der Pflege <ul style="list-style-type: none"> - Ziele nicht – direkter Beratung im Zusammenhang mit pfleg. Ang. - Möglichkeiten der Gestaltung von Beratung pfleg. Ang. im beruflichen Alltag - Der Sozialdienst im Krankenhaus – Konkurrent oder Partner? 	

- Beratung nur auf Arztanordnung? Die Eigenständigkeit und Profession der Pflege im Hinblick auf Beratung pfleg. Ang.	4
<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation – die Basis der Beratung <ul style="list-style-type: none"> - Verbale Kommunikation /Sender – Empfänger Modell - <i>Schulz v. Thun</i>: - Das Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation - Die Anatomie einer Nachricht/ „Vier Schnäbel“ (Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung, Appell) - Mit „vier Ohren“ empfangen - Kommunikationsstörungen • Non – verbale Kommunikation (Körpersprache) 	2 - 4
<ul style="list-style-type: none"> • Grundlegende Fertigkeiten der Beratung²⁶³ <ul style="list-style-type: none"> - Präsent sein - Beobachten - Aktives Zuhören²⁶⁴ - Reflektierende Fertigkeiten (Wiederholen, Paraphrasieren, Zusammenfassen) - Sondierende Fertigkeiten (Fragen, Fragetechnik, Feststellungen treffen) - Konkretisieren 	2 - 4
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeiner Gesprächsverlauf und Gesprächsphasen²⁶⁵ • <i>S. v. Thun</i>: Das Situationsmodell²⁶⁶ • <i>S. v. Thun</i>: Innere Teamkonferenz²⁶⁷ • Das Beratungsgespräch/ Allgemeine Phasen eines Beratungsgespräches²⁶⁸ 	2 - 4
<ul style="list-style-type: none"> • Beratungsansätze <ul style="list-style-type: none"> - Der Beratungsansatz von <i>S. Culley</i> - Der systemische Beratungsansatz in Familien (<i>Weakland</i>) 	4 - 6
<ul style="list-style-type: none"> • Anbieten und Absprechen der Praxisaufgabe • Reflexion des Theorieblocks • Lernprozessevaluation 	2

²⁶³ Vgl. Culley, (2002), S. 64ff

²⁶⁴ Vgl. Schulz v. Thun et al, (2003), S. 70ff

²⁶⁵ Vgl. Benien (2004), S. 46ff

²⁶⁶ Vgl. Schulz v. Thun et al, (2003), S. 59ff

²⁶⁷ Vgl. ebd., S. 83ff; vgl. ebenso ders. (2003c)

²⁶⁸ Vgl. Benien (2004), S. 171ff

Vorschläge für das Lehr-Lernarrangement

Es bietet sich für den ersten Teil des Theorieblocks an, wieder erfahrungsbezogen (vgl. Theorieblock Nr. 1) einzusteigen und die Erlebnisse bzgl. Beratung pfleg. Ang. im beruflichen Alltag der TN z.B. mittels Kartenabfrage darzustellen. z.B.:

1. Welches „gute“ Erlebnis habe ich?
2. Welches Erlebnis lädt zur Bearbeitung in dieser Fortbildung ein?

Auf diese Weise werden die Erlebnisse reflektiert und können per Clusterung zusammengefasst, mit Oberbegriffen versehen und auch im Laufe des Theorieblocks an geeigneter Stelle immer wieder aufgegriffen werden.

Mittels der „Ein-Punkt-Abfrage“²⁶⁹ ist es möglich herauszufinden, welche Themen in welcher Reihenfolge bearbeitet werden sollen und dementsprechend werden die Schwerpunkte innerhalb dieser Fortbildungsveranstaltung gesetzt (vgl. Handlungsziele, Lernen Erwachsener).

Genauso kann die Darstellung und Reflexion der erlebten Beratungssituationen ein Einstieg in die Diskussion um Beratung (pfleg. Ang.) in der Pflege auslösen, so dass ggf. über eine systematisierende Erarbeitungsphase zu den Themen Beratungsanlässe, Beratungsbegriff, Kennzeichen und Ziele von direkter und nicht – direkter Beratung, der Beratungsprozess etc. (s. o.) notwendig wird. Auf diese Weise gelangen die TN über die Erarbeitung und Diskussion zu einer Haltung zum Thema Beratung pfleg. Ang..

Im Rahmen der Kommunikationsgrundlagen ist es sinnvoll, über einen informierenden Einstieg bzgl. der „vier Seiten einer Nachricht“ in die Erarbeitung zu gelangen. Denkbar wäre die Verdeutlichung der Anatomie einer Nachricht mit Sätzen wie: ...

1. Pflegekraft zur Angehörigen: „Ihr Ehemann ist jetzt ein Pflegefall.“
 2. Angehörige zur Pflegekraft: „Oh, Gott, was soll nur werden?!...“
- Der Transfer läge dann beim Umgang mit Kommunikationsstörungen.

Grundlegende Fertigkeiten der Beratung sollten nicht nur theoretisch erarbeitet, sondern auch praktisch geübt und reflektiert werden.

Die Erarbeitung des „Situationsmodells“, der „Inneren Teamkonferenz“, der „allgemeine Gesprächsverlauf“ sowie die „allgemeinen Phasen eines Beratungsgesprächs“ könnten in arbeitsteiliger Gruppenarbeit erarbeitet und dem Plenum unter in den vorherigen Blöcken erarbeiteten Kriterien von Schulung und Anleitung dargeboten werden.

²⁶⁹ Vgl. Seifert (2001), S. 116

Nach einer Erläuterung der Beratungsansätze (z.B. Culley, Weakland) könnten diese auf ihre Relevanz für die Pflege untersucht und diskutiert werden.

Vorschlag für die methodische Gestaltung der Lernprozessevaluation: „Hand“- orientierte Evaluation oder „Brief“- Evaluation in der Kleingruppe²⁷⁰ (vgl. Abb.2 u. 3, S. 72)

Praxisaufgabe Nr. 5

5. Individuelle Beratung einer pflegenden Angehörigen.

Die an der Fortbildung teilnehmende Pflegekraft nimmt in ihrem Arbeitsbereich die individuelle Krise/ Stresssituation/ Problematik einer pflegenden Angehörigen wahr und greift diese auf. Sie führt selbständig unter Berücksichtigung der erlernten Aspekte eine nicht – direktive Beratung durch. Anschließend dokumentiert und reflektiert sie schriftlich ihre Erfahrungen im Hinblick auf:

- Wie kam es zum Kontakt / Vorgeschichte?
- Was war das Problem?
- Wie verlief die Beratungssituation?
- Was war gut – was würde ich beim nächsten Mal anders machen?

Diese Erfahrung und Reflexion kann im vierten Theorieblock in der Gruppe bearbeitet werden.

Literatur zur Wissensgrundlage

- Abt-Zegelin, Angelika; Huneke, Michael J.(1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. In: PR-INTERNET, 01/ 1999, PÄDAGOGIK, S. 11 – 18
- Elsbernd, Astrid: Beratung in der Pflege. Beitrag zum Symposium „Beratung in der Pflege – Chance und Herausforderung“ im Dörthe – Krause – Institut, Herdecke am 07.11.2003
Zu beziehen über: Beratung in der Pflege e.V., Pfarrer – Krämer – Str. 15, 44794 Bochum
- <http://www.beratunginderpflege.de>
- Huber, Martin (2002): Patientenberatung und –edukation – welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt? In:
PR-INTERNET, 3/2002, PFLEGEMANAGEMENT, S. 65 – 72
- Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle:
Verlag Hans Huber
- Rogers, Carl R. (2001): Die nicht – direktive Beratung. 10. Auflage, Frankfurt a. M.: Fischer
- Bachmair, Sabine et al(1999): Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für
Anfänger und Fortgeschrittene. 2. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

²⁷⁰ Schneider et al (2004), S. 82

- Knelange, Christel; Schieron, Martin (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege. In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, April 2000, Heft Nr. 1. S. 4 - 11
- Culley, Sue (1996): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Weinheim; Basel: Beltz Verlag
- Weakland, J.H. (1992): Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern; Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber
- Benien, Karl (2004): Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs- Kritik- und Konfliktgespräche. 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Schulz von Thun, Friedemann (2003): Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 38. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Schulz von Thun, Friedemann (2003): Miteinander Reden 3. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Kommunikation, Person, Situation. 11. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Literatur zum Lehr- Lernarrangement

- Siehe vorherige Lerneinheiten

Abb. 2 „Hand“- orientierte Evaluation

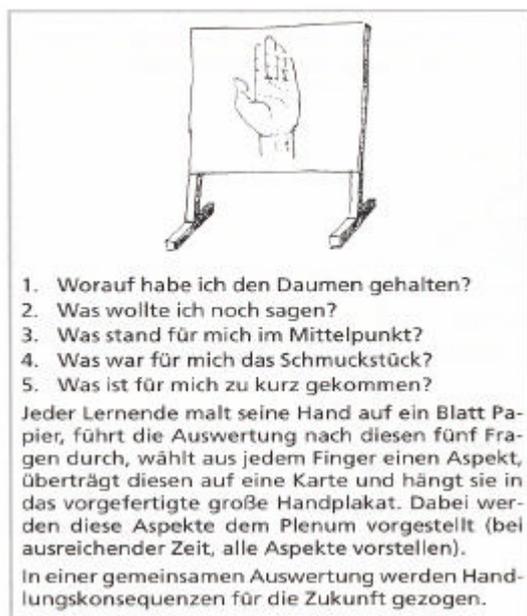
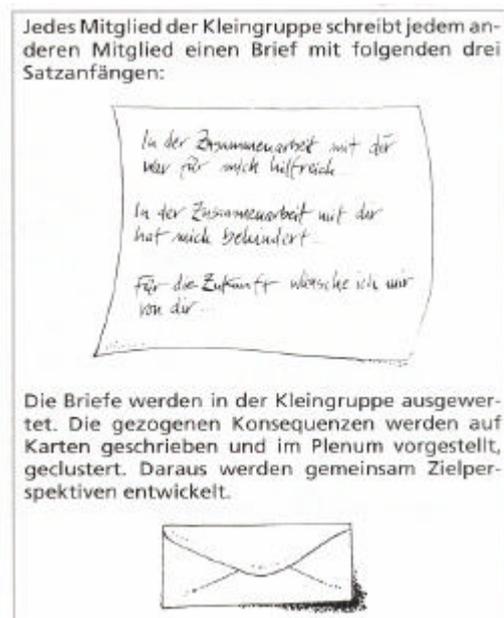


Abb. 3 „Brief“- Evaluation in der Kleingruppe²⁷¹



²⁷¹ Beide Abbildungen entnommen aus: Schneider et al (2004), S. 82

3.5.5 Lerneinheit Nr. 5 - Evaluation der Fortbildung

Lerninhalt

Der Lerninhalt ergibt sich aus dem Bedarf der Teilnehmer.

Beratungssituationen (Praxisaufgabe Nr. 5) werden vorgestellt und reflektiert.

Reflexion und Evaluation der Fortbildung.

Implementierung der Erkenntnisse und erworbenen Kompetenzen in den beruflichen Alltag.

Kompetenzziele

- TN erkennen die Notwendigkeit von steter Fortbildung und Reflexion der Beratungserfahrungen.
- TN zeigen Mut zur Veränderung des eigenen Pflegeverständnisses, sie entwickeln ein professionelles Verständnis von (Pflege-) Beratung und sind motiviert es in ihren beruflichen Alltag zu integrieren.

Zeitrichtwerte

Thema	Stunden a 45 Min
<ul style="list-style-type: none">• Ankommen der Teilnehmer im Theorieblock Nr. 4• Vorstellen der Erfahrungen mit Praxisaufgabe Nr. 5 und Reflexion• Klärung offener Fragen und Inhalte• Umsetzung der erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen in den beruflichen Alltag	6
<ul style="list-style-type: none">• Evaluation des eigenen Lernprozesses anhand der in Theorieblock Nr.1 eruierten Motivationen, Ziele und Erwartungen der Teilnehmer• Evaluation der gesamten Fortbildung (z.B. mittels Fragebogen)• Abschluss	2

Vorschläge für das Lehr-Lernarrangement

Jeder Teilnehmer sollte an diesem abschließenden Theorietag die Möglichkeit haben, seine Erfahrungen mit der Praxisaufgabe bzw. mit einer Beratungssituation darzustellen und gemeinsam mit der Gruppe (Kleingruppe) zu reflektieren.

Für das Thema „Umsetzung der erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen im beruflichen Alltag“ bietet sich die Moderationsform der „Zukunftswerkstatt“ an.²⁷² Hier wird über die Kritikphase, in welcher die „befürchtete Situation“ thematisiert wird (wie soll ich in der Hektik und unter den Gegebenheiten in der beruflichen Situation S-A-B- für pfleg. Ang. durchführen), zur Utopiephase gelangt, in der Wünsche und Möglichkeiten ohne Grenzen (von S-A-B- pfleg. Ang. im beruflichen Alltag) beschrieben werden, damit in der Realisierungsphase solche Wünsche und Möglichkeiten auf ihre Realisierbarkeit überprüft, Schwierigkeiten und Möglichkeiten des Wissenstransfers untersucht werden (vgl. Kap. 3.2.5). Konkret geht es hier um die Fragen:

- Wie geht es weiter?
- Wie lassen sich die neu erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen auf meiner Station umsetzen
- Wie kann Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger durch mich in meinem beruflichen Alltag verbessert werden?

Zu überlegen ist, ob Vorgesetzte der Teilnehmer während dieser Sequenz eingeladen werden, um einen Wissenstransfer in den beruflichen Alltag zu optimieren. (vgl. Kap. 3.2.5)

Für die Evaluation des Lernprozesses am Ende der Fortbildung bietet es sich an, die in Theorieblock Nr.1 dokumentierten Motivationen, Ziele und Erwartungen der Teilnehmer hervorzuholen und mit dem erreichten Lernstand bzw. dem Ablauf der Veranstaltung zu vergleichen.

Eine schriftliche Evaluation der Fortbildung im Sinne einer Produktevaluation ist mittels eines anonymen Fragebogens möglich.²⁷³

Eine Lerntransferevaluation erfolgt ebenfalls mittels Fragebogen einige Wochen nach der Veranstaltung.²⁷⁴

²⁷² Vgl. Dauscher (1998), S. 95ff

²⁷³ Vgl. Saß (2004), Anhang

²⁷⁴ Vgl. ebd., Anhang

Literatur zur Wissensgrundlage

- Götz, Klaus (1999): Zur Evaluierung beruflicher Weiterbildung. Band 1: Theoretische Grundlagen, 3. Auflage, Weinheim: Deutscher Studienverlag
- Saß, Peggy (2004): Einsatz von Transferstrategien im Rahmen von Bildungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte – Erprobung und Evaluation. Diplomarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Studiengang Pflege, vom 12.01.2004

Literatur zum Lehr- Lernarrangement

- Schneider, Kordua et al (2004): Vom Lernfeld zur Lernsituation – Pflege. Strukturierungshilfe zur Analyse, Planung und Evaluation von Unterricht. Troisdorf: Bildungsverlag EINS, S. 80ff
- Dauscher, Ulrich (1998): Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. 2. Auflage, Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand

4. Reflexion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Bedarfsanalyse und das entsprechende Konzept einer Fortbildungsveranstaltung für Pflegekräfte in Kliniken zum Thema „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger“.

Der Grund für die Entwicklung und Durchführung einer solchen Fortbildung leitet sich aus zwei Aspekten ab:

1. Es besteht ein Schulungs-, Leitungs- und Beratungsbedarf im Rahmen von Pflege seitens pflegender Angehöriger gerade zu Beginn der Pflegetätigkeit.
Diesem Bedarf wird von professionellen Pflegekräften nur unzureichend entsprochen.
2. Pflegekräften ermangelt es zur Zeit an der entsprechenden Kompetenz zur Durchführung von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger.

Aus dem konkreten Bedarf der Angehörigen und den eruierten Kompetenzdefiziten der Pflegekräfte wurden übergeordnete Ziele einer solchen Fortbildung abgeleitet und in hierfür notwendige Kompetenzen differenziert, damit darüber hinaus die Inhalte für diese Fortbildung bestimmt werden konnten.

Es entstand das Lernfeld „Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger.“

Unter Berücksichtigung der Prinzipien konstruktivistischer Erwachsenenbildung, der Ermöglichungsdidaktik, der Förderung der Handlungskompetenz sowie der Theorie–Praxis–Verknüpfung formierten sich aus didaktischer Sicht die Inhalte zu fünf Lerneinheiten, die mit ihrer Struktur die Gesamtheit des curricularen Rahmenkonzeptes dieser 80-stündigen Fortbildung darstellen. Somit ist das Ziel dieser Diplomarbeit erreicht.

In der Einleitung wurden als maßgebende Kriterien für das Fortbildungskonzept Bedarfsgerechtigkeit und Handlungsorientierung für die Lernenden sowie Nachvollziehbarkeit in der Umsetzung für die Lehrenden bestimmt.

Dem Bedarf der Pflegekräfte wird auf zweierlei Weise in dieser Arbeit entsprochen.

Zum einen werden die in Kap. 2.2.3 beschriebenen Probleme im Rahmen von Schulung, Anleitung und Beratung durch Pflegekräfte im Fortbildungskonzept berücksichtigt. Beispielfhaft sei erwähnt, dass der Wunsch nach Übungsmomenten beachtet wird, theoretische und praktische Grundlagen der Gesprächsführung ebenso wie die methodische Gestaltung von Schulungs-, Leitungs- und Beratungssettings thematisiert werden. Auch an der Wahrnehmung der Notwendigkeit pflegerischer Beratung wird gearbeitet und die pflegeprofessionelle Relevanz des Themas diskutiert. Zum anderen werden die realen, individuellen und aktuellen Probleme, aber auch Erfahrungen der Teilnehmer berücksichtigt, indem eine Vorabevaluation (vgl. Kap. 3.2.5)

durchgeführt werden sollte und zu Beginn jedes Theorieblocks die Handlungsziele der Teilnehmer konkretisiert, Inhalte und Methoden abgestimmt werden (vgl. Kap. 3.5).

Auf diese Weise birgt die Fortbildung nicht nur größtmögliche Lernchancen für die Teilnehmer in sich, sondern lässt auch einen Wissenstransfer in die Praxis erwarten.²⁷⁵

Das Prinzip der Handlungsorientierung – als Vorbereitung auf Situationen, in denen im beruflichen Alltag real gehandelt wird – findet u. a. dadurch Berücksichtigung, dass die Teilnehmer im Rahmen von Praxisaufgaben Gelegenheit haben, diese realen Situationen zu üben und zu reflektieren. Auch der Einbezug der individuellen Erfahrungen der Teilnehmer sowie die Vorbereitungen zum Wissenstransfer von der Fortbildung in die Praxis unterstützen dieses Prinzip.

Inwieweit die Umsetzung des Fortbildungskonzeptes für die Lehrenden persönlich und/ oder organisatorisch möglich ist, wird sich in Gänze wohl erst bei einer konkreten Planung, Durchführung und Evaluation dieser Fortbildung abzeichnen. Als Ideengeber und Strukturlieferant für die inhaltliche, organisatorische und didaktisch– methodische Gestaltung einer solchen Fortbildung erfüllt es als curriculares Rahmenkonzept aufgrund seines Konkretisierungsgrades in den einzelnen Lerneinheiten jedoch seinen Zweck.

Denkbar ist zudem, dass dieses Konzept auch im Rahmen der Ausbildung Gewinn bringend ist und hierhin transferiert werden könnte. Die Autorin weiß aus eigener Erfahrung, dass die Konstruktion von Lernfeldern zur Zeit ein drängendes Problem der Gestaltung der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung ist.

Die fachliche, didaktische, organisatorische und soziale Kompetenz eines Lehrenden beeinflusst den Lernerfolg und den Wissenstransfer der Teilnehmer entscheidend.²⁷⁶ Aus diesem Grund fordert das vorliegende Fortbildungskonzept vom Lehrenden Kompetenzen und Einstellungen wie:

- Ausgeprägtes Moderations- und Methodenrepertoire
- Flexibilität in der Didaktik/ Unterrichtsgestaltung
- Bereitschaft „in die Praxis zu gehen“ und „vor Ort Reflektionen mit dem Teilnehmer durchzuführen“
- Berufsverständnis im Sinne eines Lernprozessbegleiters
- „Schüler“- Verständnis als selbstverantwortlicher, aktiver Mitgestalter des Lernprozesses

²⁷⁵ Vgl. Saß (2004), S. 79

²⁷⁶ Vgl. Oesterle in Saß (2004), S. 32

Als Teilnehmer dieser Fortbildung sind Pflegekräfte aus Kliniken vorgesehen, da insbesondere die Problematik von Angehörigen zu Beginn der Pflegebedürftigkeit thematisiert wird. Die Teilnahme von Pflegekräften aus dem ambulanten Bereich oder aus Pflegeheimen scheint jedoch genauso möglich, wenn nicht sogar bereichernd zu sein, da auf diese Weise komplementäre Erfahrungen ausgetauscht und Schnittstellenprobleme angesprochen werden können.

Die übergeordneten Ziele der Fortbildung fokussieren nicht nur die praktische „handwerkliche“ Durchführung von Schulung, Anleitung und Beratung im Rahmen der belastenden Situation pflegender Angehöriger, sondern stellen darüber hinaus diese Tätigkeiten in den Gesamtzusammenhang ihrer pflege- professionellen und gesellschaftlichen Bedeutung. Eine veränderte Wahrnehmung der Bedeutung pflegender Angehöriger und eine veränderte Haltung bzgl. Schulung, Anleitung und Beratung als originäre Pflegeaufgabe charakterisieren ebenso die Zielvorstellung. Dem zur Folge gestalten sich die Vorschläge zum Lehr- Lernarrangement der Fortbildung. Die vorgeschlagenen didaktischen Ansätze zu den einzelnen Lerneinheiten und Methoden wie die Zukunftswerkstatt, Diskussionen oder Rollenspiele sollen das Erreichen dieser Lehrziele unterstützen.

Obwohl die Evaluation als fester Bestandteil bei der Implementierung eines Curriculums gesehen wird (vgl. Kap. 3.2.3), befindet sich die pädagogische Evaluation in Deutschland noch in der Anfangsphase.²⁷⁷ Die Evaluation von Bildungsmaßnahmen scheint schwierig und aufwendig zu sein. Evaluationen von Fort- und Weiterbildungen in Unternehmen finden zwar statt, jedoch wohl nicht systematisch und folgenreich.²⁷⁸

Das vorliegende Fortbildungskonzept berücksichtigt im Rückgriff auf die Veröffentlichung von Saß²⁷⁹ vier Gegenstandsbereiche der Evaluation, die als Evaluierungsprozess beschrieben werden können: die Vorabevaluation, die Lernprozessevaluation, die Produktevaluation und die Transferevaluation (vgl. Kap. 3.2.5). Es bleibt aber gleichzeitig eine eigene Konzeption von Evaluationsmöglichkeiten zur Fortbildung schuldig, da es in dieser Arbeit vorrangig um die inhaltliche und methodisch- didaktische Gestaltung der Fortbildung geht.

Der oben beschriebene fortlaufende Evaluierungsprozess kennzeichnet das Bestreben, den „Handlungsablauf“ von Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger –als Kunden des Unternehmens Krankenhaus - stetig zu verbessern. Auf diese Weise wird zum einen ein Beitrag zur Verbesserung der (Pflege-) Qualität im Unternehmen Krankenhaus geleistet, zum anderen die

²⁷⁷ Vgl. Götz in Saß (2004), S. 22

²⁷⁸ Vgl. Geldermann in Saß (2004), S. 22

²⁷⁹ Vgl. Saß (2004)

Organisationsentwicklung²⁸⁰ voran getrieben, so dass diese Bildungsmaßnahme durchaus als Beitrag zur wirtschaftlichen Sicherung eines Unternehmens gesehen werden kann.

Wenngleich das Stundenkontingent der über mehrere Monate angelegten Fortbildung zum Thema Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger weit mehr ist, als manch andere Fortbildungen zu diesem Thema einplanen, so muss doch folgende Aussage von *Koch-Straube* bedacht werden: „Beratung in der Pflege als Selbstverständlichkeit zu integrieren, wird nicht dadurch erreicht, dass Kurse in Gesprächsführung durchgeführt werden oder in der Aus-, Fort- und Weiterbildung Techniken der Beratung gelehrt werden. Auf diese Weise bliebe Beratung (weiterhin) nur ein Anhängsel der Pflege, die sich vorrangig als eine handwerklich–medizinorientierte Profession versteht.“²⁸¹

Die Integration von Schulung, Anleitung und Beratung in die Pfl egetätigkeit trägt dazu bei, der Pflege eine andere, eher eigene Gestalt zu geben.²⁸² Nicht mehr länger nur ausführendes Organ der Medizin ist sie bestrebt, im Rahmen von Gesundheit, Krankheit und Kranksein ihre Position und ihr Wirkungsfeld abzustecken. Doch dahin scheint es noch ein langer Weg zu sein und es bedarf der qualitativen und subjektorientierten Forschung auch auf dem Gebiet von Schulung, Anleitung und Beratung in der Pflege.²⁸³ Hierin besteht die Chance, orientiert an den lebensweltlichen Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen, die damit im Einklang stehende Pflegeintervention und -erfahrung zu untersuchen, um das „Originäre“ der Pflege zu entdecken und daraus „pflege-eigene“ Beratungsansätze, -strategien und -kompetenzen zu entwickeln.

Der Vorschlag, Pflegeberatung als Studiengang an Hochschulen zu etablieren, macht deshalb Sinn.²⁸⁴ Wenngleich der Grundstock für Beratung, die der praktischen Pfl egetätigkeit immanent ist, in der Ausbildung gelegt und in Fortbildungen vertieft werden sollte. Schließlich lässt sich aus eigener Erfahrung sagen, dass die Konfrontation mit Beratungsanlässen während der Pfl egetätigkeit mehrfach am Tag geschieht.

Es ist allerdings fraglich, ob die für eine professionelle Beratung und Anleitung von Patienten und ihren Bezugspersonen erforderliche breite und fundierte Wissensvermittlung edukativer

²⁸⁰ „Die Organisationsentwicklung definiert Jung als einen langfristigen, umfassenden Entwicklungs- und Veränderungsprozess von Organisationen und den in ihnen tätigen Menschen, der auf dem Lernen aller Betroffenen durch direkte Einwirkung und praktische Erfahrung beruht.

Die Ziele dieses Prozesses sind:

- Die Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Organisation

- Die Verbesserung der Arbeitssituation der Mitarbeiter.“ (*Olfert (2003), S 182*)

²⁸¹ Koch-Straube (2001), S. 181

²⁸² Vgl. dies. (2003), S. 87

²⁸³ Vgl. Benner (1994), S. 53ff

²⁸⁴ Vgl. Koch-Straube (2003), S. 187

Kompetenzen unter den gegebenen strukturellen Ausbildungsbedingungen leistbar ist.²⁸⁵

Müller- Mundt et al fordern deshalb in Anlehnung an internationale Erfahrungen, die gesamte Pflegeausbildung auf Master- bzw. Bachelor – Niveau zu setzen. „Angesichts der sozioepidemiologischen Entwicklung wird eine fundierte, durch die Pflege getragene Patientenanleitung künftig zentral sein für die Versorgungsqualität, und damit für die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen. Zudem zeigen die internationalen Erfahrungen, dass eine stärkere Akzentuierung auf Aufgaben der „Beratungspflege“ Kernbestandteil jeglicher Professionalisierungsbestrebungen bildet.“²⁸⁶

Abschließend lässt sich sagen, dass die Pflegenden den „Ruf der Stunde“ hören sollten und Schulung, Anleitung und Beratung als eigenständigen Aufgabenbereich wahrnehmen und optimieren müssen. Dabei sollte sich der spezifische Bereich der Pflegeberatung gegenüber anderen Berufsgruppen abgrenzen ohne diese auszugrenzen. Schulung, Anleitung und Beratung kann dann qualifiziert zum Wohl von Patienten, Angehörigen, der Gesellschaft und dem eigenen Berufsstand durchgeführt werden.

²⁸⁵ Vgl. Müller-Mundt et al (2000), S. 49

²⁸⁶ Ebd.

5. Literatur

Abt-Zegelin, Angelika (1999): Patienten- Edukation als Pflegeaufgabe. Planung und Aufbau von zwei Patienten – Informationszentren. In: Forum Sozialstation Nr. 96, Februar 1999, S. 66 – 68

Abt-Zegelin, Angelika; Huneke, Michael J.(1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. In: PR-INTERNET, 01/ 1999, PÄDAGOGIK, S. 11 – 18

Abt-Zegelin, Angelika (2000): Patientenedukation: Ein Beitrag der Pflege zum Empowerment von PatientInnen. Konferenzbeitrag zur 5. Österreichischen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Oktober 2000. Veröffentlicht unter:
<http://www.univie.ac.at/oengk/5-Konf-Beitrag-PDF/Zegelin%20PIZ%20Referattext.pdf>
02.07.2004

Abt-Zegelin, Angelika (2003a): Höchste Zeit für fundierte Programme. In: Forum Sozialstation Nr. 120, Februar 2003, S. 22-24

Abt-Zegelin, Angelika (2003b): Wer kommuniziert, pflegt. In: Pflege aktuell, Dezember 2003, S. 642 – 644

Abt – Zegelin, Angelika (2003c): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Mabuse – Verlag 2003, S. 103 – 115

Abt-Zegelin, Angelika; Steinbock, Sonja (2003): Angehörige informieren, schulen und beraten. In: Forum Sozialstation Nr. 121, April 2003, S. 36-38

Abt – Zegelin, Angelika (2004a): Epilepsie – Beratung und Information. In: Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrg., Februar 2004, S. 98 - 101

Abt – Zegelin, Angelika (2004b): Das Schweigen der Pflege. Psychosoziale Begleitung im Disease – Management – Programm „Brustkrebs“. In: Die Schwester Der Pfleger, 43. Jahrg., September 2004, S. 706 – 710

AOK – Bundesverband; Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung GmbH

(2002): Recherche und Bewertung von Schulungsprogrammen für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale, COPD und Brustkrebs in Deutschland, Endbericht. Veröffentlicht unter:

http://www.allgemeinmedizin.uni-kiel.de/lit/Bericht_pat.pdf 01.08.2004

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)

vom 10. November 2003. Veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil1, Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003.

Bachmair, Sabine et al (1999): Beraten will gelernt sein. Ein praktisches Lehrbuch für Anfänger und Fortgeschrittene. 2. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Bähr, Matthias (1999): Pflegebedürftigkeit – Was nun? Wenn die Eltern älter werden. Wiesbaden: Ullstein Medical

Becker, Regina (1997): Häusliche Pflege von Angehörigen. Beratungskonzeptionen für Frauen. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag

Becker, Helmut et al (1977): Das Curriculum. Praxis, Wissenschaft und Politik. München: Juventa Verlag

Benien, Karl (2004): Schwierige Gespräche führen. Modelle für Beratungs- Kritik- und Konfliktgespräche. 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Aus dem Englischen übersetzt von Matthias Wengenroth, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Benner, Patricia; Wrubel Judith (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Irmela Erckenbrecht, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Boeger, Annette; Pickartz, Andrea (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie. Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, Bern: Hans Huber Verlag, 11. Jahrgang, Heft 11, S. 319 – 323

Bohrer, Annerose (2002): Beratung, Anleitung und Schulung – drei Fähigkeiten, ein „Fall“. In: Unterricht Pflege, 7. Jahrgang, Heft 4, Brake: Prodos Verlag, S. 18 - 19

Bohrer, Annerose; Rüller, Horst (2003): Praxiseinsatz prozessorientiert planen, durchführen, evaluieren. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Heft 14, Brake: Prodos Verlag

Bräutigam, Christoph (2003): Bericht zum Symposium „Beratung in der Pflege – Chance und Herausforderung“. Veröffentlicht unter:
<http://www.beratunginderpflege.de> 20.07.2004

Büker, Christa; Steinbock, Sonja (2002): Pflegeberatung zu Hause etablieren. In: Forum Sozialstation Nr. 116, Juni 2002, S. 36-38

Büker, Christa (2002 – 2003): Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung als neues Feld für Pflegende. Ein Projekt gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“. Veröffentlicht unter:
www.bosch-stiftung.de/download/02020301_20_schulung_pflegender_angehoeriger.pdf
01.07.2004

Cannobio, Mary M. (1998): Praxishandbuch Patientenschulung und –beratung. Wiesbaden: Ullstein Medical

Chaux, Christian de la; Sailer, Marcel (2002): Die konzeptionelle Verankerung der Patientenorientierung in Patientenschulungs- und –anleitungsprogrammen. In: PR-INTERNET, 10/ 2002, PFLEGEPÄDAGOGIK, S. 221 – 234

Christmann, Elli et al (2004): Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegende – Am Beispiel von PatientInnen nach Schlaganfall. In: Pflege 2004, 17, Verlag Hans Huber, S. 165 – 175

Corbin, Juliet M.; Strauss, Anselm L. (1988): Weiter Leben Lernen. Chronisch Kranke in der Familie, München; Zürich: Piper

Culley, Sue (1996): Beratung als Prozeß. Lehrbuch kommunikativer Fähigkeiten. Weinheim; Basel: Beltz Verlag

Darmann, Ingrid (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege: Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Dash, Kimberly et al (Hrsg.)(2000): Entlassungsplanung Überleitungspflege. München; Jena: Urban und Fischer Verlag

Dauscher, Ulrich (1998): Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. 2. Auflage, Neuwied; Kriftel; Berlin: Luchterhand

Deutscher Berufsverband für Krankenpflege (Hrsg.) (1993): Berufsbild. Eschborn

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2002): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse.

Sonderdruck. Zu beziehen unter:

DNQP Fachhochschule Osnabrück, Postfach 1940, 49009 Osnabrück

<http://www.dnqp.de>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung.2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie. Zu beziehen unter:

DNQP Fachhochschule Osnabrück, Postfach 1940, 49009 Osnabrück

<http://www.dnqp.de>

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Frankfurt a.M. (2000):

Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Eine Arbeitsmappe. Herausgegeben von Karen Arnold und Astrid Hedtke-Becker. Erschienen im Eigenverlag des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Am Stockborn 1-3, 60439 Frankfurt a. M.

Döhner, Hanneli (2001): Information und Beratung – Ein Beitrag zur Gesundheitsförderung und –versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34, S. 48 – 55

Döring, Klaus; Ritter-Mamczek, Bettina (1997): Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierte Leitfaden. Weinheim: Beltz Deutscher Studienverlag

Donner, Edith (2004): Die Pflegeberatung – Arbeitsschwerpunkte und Stellenbeschreibung. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Rahmen des ersten Weiterbildungslehrgangs „Pflegeberater“ am Rudolfinerkrankenhaus Wien.

Elsbernd, Astrid: Beratung in der Pflege. Beitrag zum Symposium „Beratung in der Pflege – Chance und Herausforderung“ im Dörthe – Krause – Institut, Herdecke am 07.11.2003

Zu beziehen über:

Beratung in der Pflege e.V., Pfarrer – Krämer – Str. 15, 44794 Bochum

<http://www.beratunginderpflege.de>

Ert-Schmuck, Roswitha (1990): Die Ausbildung zum Lehrer für Krankenpflege. Eine Analyse der Curricula und der didaktisch – methodischen Konzepte aus Sicht der Erwachsenenbildung. Melsungen: Bibiomed

Ewers, Michael (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse eine Literaturanalyse. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Oktober 2001. Veröffentlicht unter:

http://www.uni-bielefeld.de/IPW/publikationen/ipw_115.pdf 14.07.2004 22.15 Uhr

Faltermaier, Toni et al. (2002): Entwicklungspsychologie der Erwachsenenalters. Grundriss der Psychologie Band 14, 2. Auflage, Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer

Fischer – Epe, Maren (2004): Coaching. Miteinander Ziele erreichen. 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Frauen als pflegende Angehörige

<http://www.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap2/2htm> 22.04.2003

<http://www2.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap2/24.htm> 30.12.2004

Frey, Karl (1972): Theorien des Curriculums. 2. Auflage, Weinheim; Basel: Beltz Verlag

Fuchs, Susanne (2000): Arbeitshilfe für die Bildungsarbeit mit pflegenden Angehörigen.

Manchmal wünschte ich, er wäre schon tot. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Gehring, Michaela et al (2001): Familienbezogene Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle:

Verlag Hans Huber

George, Ute; George, Dr. Wolfgang (2003a): Angehörigenedukation. Mit den Betroffenen die

Pflege gestalten. In: Die Schwester Der Pfleger 42. Jahrg., 12/03, S. 966 – 970

George, Ute; George, Wolfgang (2003b): Angehörigenintegration in der Pflege. München; Basel:

Ernst Reichardt Verlag

George, Ute; George, Wolfgang (2004): Angehörigenedukation als Inhalt der Aus- und

Weiterbildung. In: Pflegepädagogik, PrinterNet 4/ 04, S. 210 – 214

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze. Veröffentlicht

unter: www.bag-

[mav.de/krankenhaus/Gesetz%20fcber%20die%20Berufe%20in%20der%20Krankenpflege.pdf](http://www.bag-mav.de/krankenhaus/Gesetz%20fcber%20die%20Berufe%20in%20der%20Krankenpflege.pdf)

07.08.2004

Gesundheits- und Pflegewissenschaftliches Institut St. Elisabeth: Modularer Fernlehrgang

Anleitung in der Pflege. Dieser Flyer ist veröffentlicht unter

<http://notesweb.uni-wh.de/wg/medi/wgmedi.nsf/name/pflege-weiterbildung-DE> 18.07.2004

Götz, Klaus (1999): Zur Evaluierung beruflicher Weiterbildung. Band 1: Theoretische

Grundlagen, 3. Auflage, Weinheim: Deutscher Studienverlag

Graef, Liane et al (2003): Dement – Was nun? Eine Auseinandersetzung mit der Beratungs- und

Informationssituation pflegender Angehöriger. In: Die Schwester Der Pfleger, 42 Jahrgang,

12 / 2003, S. 924 – 929

Grell, Jochen und Monika (1991): Unterrichtsrezepte. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Gröning, Katharina et al. (2004): In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder in der

häuslichen Pflege; Kassel: Mabuse Verlag

Gudjons, Herbert et al (Hrsg) (1993): Didaktische Theorien. Hamburg: Verlag Bergmann und Helbig

Haas-Unmüßig, Pia (2001): Kompetenzen in der Pflegeberatung: Neue Aufgaben erfordern umfassende Weiterbildung. In: Pflegezeitschrift 4/ 2001, S. 285 – 286

Hamburger Bildungsurlaubsgesetz vom 21.01.1974 mit den Änderungen vom 16.04.1991
Veröffentlicht unter: <http://www.bildungsurlaub-hamburg.de/gesetz.html> 29.11.2004

Haux, Erika: Beratung und Begleitung pflegender Angehöriger im Gesprächskreis – eine pflegerische Perspektive. Diplomarbeit in Studiengang Pflege- und Gesundheitswissenschaft an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt im Wintersemester 1996/ 97

Hedtke-Becker, Astrid (1999): Die Pflegenden pflegen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Hedtke-Becker, Astrid; Hoevels, Rosemarie; Schwab, Michael(Hrsg.) (2003):
(Familien-) Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell. Biopsychosoziale Behandlung chronisch kranker Menschen im internistischen Krankenhaus. Das KISMED – Projekt in der Praxis. Hockenheim: Larimar Verlag

Höhmann, Ulrike et al (1998): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag

Hösl-Brunner, Gabriele; Herbig, Christine (1997): Pflege und Beratung. Das Pflegeberatungsverständnis von Pflegefachkräften des ambulanten und stationären Bereichs. Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt a.M. im Fachbereich Pflege und Gesundheit. 30.04.1997.

Hösl – Brunner, Gabriele; Herbig, Christina (1998): Das Beratungsverständnis von Pflegefachkräften. Die Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Bereich sind beachtlich. In: Pflegezeitschrift, 10/ 1998

Horn, A. (2002): Wenn Angehörige pflegen – Neue Studie belegt, dass Pflegendе betroffene Familien unterstützen können. In: Pflege aktuell 5/2002, S. 276 – 280

Huber, Martin (2002): Patientenberatung und –edukation – welche Anforderungsprofile werden an die Pflege in Zukunft gestellt? In: PR-INTERNET, 3/2002, PFLEGEMANAGEMENT, S. 65 – 72

Informationsbroschüre der Weiterbildung /Universitätslehrgang „Pflegeberatung“ sowie Abstract – CD des Expertensymposium „Pflegeberatung“ vom 10.03.2004 in Wien
Unterlagen erhältlich bei: Pflegenetz, Kranzgasse 18/8, 1150 Wien / Österreich
www.pflegenetz.at

Institut für empirische Soziologie (1995): Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Ergebnisse der Begleituntersuchung eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen.
Projektleitung: Dr. R. Wasilewski. Zu beziehen unter folgender Anschrift:
Institut für empirische Soziologie, Marienstr. 2/IV, 90402 Nürnberg

Jank, Werner; Meyer, Hilbert (1995): Didaktische Modelle. Frankfurt a. M.: Cornelsen Verlag Scriptor

Joosten, Marly (1997): Die Pflege-Überleitung. Vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenheimpflege. „Von der Lücke zur Brücke“. Bremen: Altera Verlag

Kellnhauser, Edith et al (Hrsg.) (2004): Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Begründet von Liliane Juchli. 10. Auflage. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag

Kerksieck, Karin (2000): „Man hätt´ sich´ s, glaub ich, gewünscht, dass er bis zum Schluß dabei gewesen wär´ ...“ – Eine empirische Untersuchung zum Erleben von Patienten in der prä- und postoperativen Phase bei einem epilepsiechirurgischen Eingriff. In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrg., April 2000, Heft Nr. 1. S. 12 – 20

Klie, T; Krahmer, U. (Hrsg.) (1998): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar LPG – SBG XI, mit Kommentierung der wichtigsten BSHG – Regelungen sowie Anhang Verfahren und Rechtsschutz, Baden – Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Klug-Redman, Barbara (1996): Patientenschulung und –beratung. Berlin; Wiesbaden: Ullstein Mosby

Knelange, Christel (1999): Beratung – Ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege.

Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland – Westfalen – Lippe im Studiengang Pflegewissenschaft. 30.11.1999

Knelange, Christel; Schieron, Martin (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt? Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege. In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, April 2000, Heft Nr. 1. S.4 - 11

Koch – Straube, Ursula; Knelange, Christel; Uhlmann, Bärbel Was verstehen wir unter Beratung in der Pflege. Beitrag zum Symposium „Beratung in der Pflege – Chance und Herausforderung“ im Dörthe – Krause – Institut, Herdecke am 07.11.2003
Zu beziehen über:

Beratung in der Pflege e.V., Pfarrer – Krämer – Str. 15, 44794 Bochum

<http://www.beratunginderpflege.de>

Koch-Straube, Ursula (2000): Beratung in der Pflege – eine Skizze. In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, April 2000, Heft Nr. 1. S.1- 3

Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Koch – Straube, Ursula (2003): Beratung in der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft, Sonderausgabe: Das Originäre der Pflege entdecken, Fachtagung 2002, Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, S. 81 – 88

Königstein, Katja Barbara (2002): Beratung in der Pflege von Patienten mit der Erkrankung Ulcus cruris venosum im Krankenhaus. Diplomarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Studiengang Pflege.

Krolzik, Dietlind (1997): Hilfen für pflegende Angehörige älterer Menschen. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Situation pflegender Angehöriger. Diplomarbeit an der Fachhochschule Hamburg im Fachbereich Sozialpädagogik, im Februar 1997

Kultusministerkonferenz (2000): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Stand 15.09.2000. Veröffentlicht unter:

<http://www.lag-bawue.de/download/KMK.pdf> vom 05.11.2004

Künzli, Rudolf; Hopmann, Stefan (Hrsg.) (1998): Lehrpläne: Wie sie entwickelt werden und was von ihnen erwartet wird. Forschungsstand, Zugänge, Ergebnisse aus der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland. Nationales Forschungsprogramm 33, Wirksamkeit unserer Bildungssysteme, Chur; Zürich: Verlag Ruegger

Kurtenbach, Hermann, Golombek, Günter; Siebers, Hedi (1998): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege. 5. Auflage, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Lazarus, R.S. (1981): Streß und Streßbewältigung – Ein Paradigma. In: S.-H. Fillip (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse. München: Urban und Schwarzenberg, S. 198 – 232

Lehrplan und Curriculum. <http://www.ikud.de/edh/edh6.htm> 06.12.2004

London, Fran (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Aus dem Amerikanischen von Silke Hinrichs, herausgegeben von Angelika Abt – Zegelin, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Lubkin, Ilene Morof (2002): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Marriner-Tomey, Ann (1992): Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk. Basel: Recom Verlag

Martens, Monika; Sander, Kirsten; Schneider, Kordula (Hrsg.) (1996): Didaktisches Handeln in der Pflegeausbildung. Dokumentation des 1. Kongresses zur Fachdidaktik in der Gesundheit. Brake: Prodos Verlag

Mensdorf, Birte (1999): Schüleranleitung in der Pflegepraxis. Hintergründe, Konzepte, Probleme, Lösungen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Meyer, Hilbert (2003): Leitfaden zur Unterrichtsvorbereitung. Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor

Moers, Martin, Schiemann, Doris; Schnepf, Wilfried (Hrsg.) (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Mulke – Geisler, Marianne (1990): Erfahrungsbezogener Unterricht in der Krankenpflege. Neues und Wiederentdecktes für das gemeinsame Lernen. Berlin; Heidelberg et al: Springer Verlag

Müller-Mundt, Gabriele; Schaeffer, Doris; Pleschberger, Sabine; Brinkhoss, Petra (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, Juni 2000, Heft Nr. 2.

Müller-Mundt, Gabriele (2001): Schmerztherapie und Pflege: Anforderungen an Schmerzmanagement und Patientenedukation am Beispiel progredienter Erkrankungen – Ergebnisse einer Literaturanalyse, Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). April 2001 Veröffentlicht unter: http://www.uni-bielefeld.de/IPW/publikationen/ipw_111.pdf 14.07.2004

Norwood, Susan L. (2002): Pflegeconsulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Michael, J. Huneke, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Ohne Verfasser: Die Unterstützung von Angehörigen älterer Menschen. Damit Pflege nicht zur Last wird – Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Laien- und professionellen HelferInnen. Dokumentation Fachforum. 28. und 29. November 1991. Hamburg
Zu beziehen unter folgender Anschrift:
Die Brücke, Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen
Martinistr. 29, 20251 Hamburg

Olbrich, Christa (1999): Pflegekompetenz. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Reihe Pflegewissenschaft, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.

Olvert, Klaus (Hrsg.)(2003): Kompakt – Training Personalwirtschaft. 3. Auflage, Ludwigshafen: Kiehl Verlag

Ovretveit, John (2002): Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen. Aus dem Engl. von Klemens Felden, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Patienten-Informationen-Zentrum PIZ Lippstadt e.V. Projekt: Schulung pflegender Angehöriger in der häuslichen Umgebung als neues Handlungsfeld für Pflegende.

Abschlussbericht. Veröffentlicht unter:

<http://www.patientenedukation.de>

Peterßen, Wilhem H. (1992): Handbuch Unterrichtsplanung. Grundfragen Modelle Stufen Dimensionen, 5. Auflage, Linz: Veritas Verlag

Petermann, Franz (Hrsg.) (1997): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. 2. Auflage, Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag

Raiß, Manuela (2002): Projektierung eines Pflegeinformationssystems. Auseinandersetzungen mit dem Wesen der Beratung. In: PR-INTERNET, 11/2002, PFLEGEINORMATK, S. 131 – 137

Rappold, Elisabeth (o. J.): Evaluation der Beratung von PatientInnen nach Nierentransplantation.

Ein Forschungsprojekt der Abteilung Pflegeforschung d. IPG d. Universität Linz unterstützt vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband und dem Wiener Krankenanstaltenverbund. Veröffentlicht unter:

<http://www.oegkv.at/4-1/kon04/mit/rappold-elisabeth.pdf> 18.07.2004

Reck-Hog, U.; Leisz-Eckert, U. (1998): Bildungs- und Beratungsangebote für pflegende Angehörige. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Bedürfnisse von pflegenden Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern. Freiburg (Institut für Sozialforschung und Organisationsberatung). Veröffentlicht unter:

http://www.reck-hog/pfl_angh.htm 09.11.2004

<http://home.t-online.de/reck-hog/studipdf.htm> 30.12.2004

Reibnitz, Christine von et al (2001): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen; herausgegeben von Klaus Hurrelmann, Weinheim; München: Juventa Verlag

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996): Pflege braucht Eliten. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte der Pflege. 5. Auflage, Gerlingen: Bleicher Verlag

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2000): Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung. Stuttgart; New York: Schattauer

Rogers, Carl R. (2001): Die nicht – direkte Beratung. 10. Auflage, Frankfurt a.M.: Fischer

Rosenkranz, Doris (1996): Folgen des familiären Wandels für die Pflege älterer Menschen. Familiendemographische Überlegungen. In: Buba, Hans-Peter: Familie. Zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 209 - 215

Rösing, Silvia (2000): Angehörigenanleitung. Konzept im Umgang mit Angehörigen. In: Die Schwester Der Pfleger 39. Jahrg., 09/00, S. 772 – 775

Roth, Heinrich (1963): Pädagogische Psychologie des Lehren und Lernens. 7. Auflage, Hannover: Schroedel Verlag

Rüller, Horst (1998): Beratung von Klienten – Ein Unterrichtsbeispiel zur Theorie – Praxis – Vernetzung. In: Unterricht Pflege, Brake: Prodos Verlag 3. Jahrgang, Heft 3, Juli 1998, S. 9 -13

Rüller, Horst (1998): Theorie – Praxis – Vernetzung in der Pflegeausbildung. In: Unterricht Pflege, Brake: Prodos Verlag 3. Jahrgang, Heft 3, Juli 1998

Rüller, Horst (Hrsg.) (2002): Beratung Anleitung Schulung. Unterricht Pflege, 7. Jahrg., Heft 4, Oktober 2002, Brake: Prodos Verlag

Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/ 2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band1, Zielbildung, Prävention und Partizipation; Band 2, Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Kurzfassung des Gutachtens. Veröffentlicht unter: <http://www.svr-gesundheit.de> 30.07.2004

Schaeffer, Doris (2000): Versorgungsintegration und –kontinuität. Implikationen für eine prioritär ambulante Versorgung chronisch Kranker. In: Pflege und Gesellschaft, hrsg. vom Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Pflegeforschung e.V., 5. Jahrgang, Juni 2000, Heft Nr. 2.

Saß, Peggy (2004): Einsatz von Transferstrategien im Rahmen von Bildungsmaßnahmen für Pflegefachkräfte – Erprobung und Evaluation. Diplomarbeit an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fachbereich Sozialpädagogik, Studiengang Pflege, vom 12.01.2004

Scheller, Ingo (1987): Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie. Frankfurt a. M.: Skriptor

Scheu, Peter (2002): Pflegeberatung im Krankenhaus. Möglichkeiten und Grenzen, Hausarbeit im Fachbereich Gesundheitswesen der Evangelischen Fachhochschule Hannover im Studienbereich Pflegepädagogik vom 14.03.2002. Veröffentlicht unter:
www.mutzumhandeln.de/Beratung_im_Krankenhaus.pdf 01.07.2004

Schneekloth, Ulrich et al (1996): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Endbericht. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Band 111.2, Stuttgart; Berlin; Köln: Verlag W. Kohlhammer

Scheider, Kordula (2002): Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definatorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung. In: Unterricht Pflege, 7. Jahrg., Heft 4, 2/ 2002, Prodos Verlag, S. 2 - 8

Schneider, Kordula; Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Schneider, Alfred (2003): Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis, Berlin et al: Springer Verlag

Schneider, Kordula; Muster-Wäbs, Hannelore; Bohrer, Annerose; Thranberend, Timo (2004): Vom Lernfeld zur Lernsituation – Pflege. Strukturierungshilfe zur Analyse, Planung und Evaluation von Unterricht. Troisdorf: Bildungsverlag EINS

Schnepf, Wilfried (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber

Schulz von Thun, Friedemann (2003a): Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 38. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Schulz von Thun, Friedemann (2003b): Miteinander Reden 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differentielle Psychologie der Kommunikation. 23. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Schulz von Thun, Friedemann (2003c): Miteinander Reden 3. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation. Kommunikation, Person, Situation. 11. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Schulz von Thun, Friedemann et al. (2003): Miteinander Reden: Kommunikationspsychologie für Führungskräfte. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Seifert, Josef K. (2001): Visualisieren Präsentieren Moderieren. 16. Auflage. Offenbach: Gabal Verlag.

SGB Sozialgesetzbuch. Textausgabe mit ausführlichem Sachregister, Beck Texte im dtv, 26. Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH, Sonderausgabe, 2000

Siebert, Horst (2000): Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht. 3. Auflage, Neuwied; Krefeld: Luchterhand

Stäenke, Ekkehard (2001): Eigenpflege fördert die Selbständigkeit. In: Pflegezeitschrift, 8/2001, S. 564 – 567

Statistisches Bundesamt (2002): Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 1999. Bonn im September 2002

Veröffentlicht unter: <http://www.destatis.de/download/veroe/berpflege.pdf> 01.08.2004

Statistisches Bundesamt (2003a): Bericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Bonn, im Juni 2003

Veröffentlicht unter: http://www.destatis.de/allg/d/veroe/proser4fsoz_d.htm 01.08.2004

Statistisches Bundesamt (2003): 2. Bericht: Pflegestatistik 2001 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn, im September 2003
Veröffentlicht unter: http://www.destatis.de/allg/d/veroe/proser4fsoz_d.htm 01.08.2004

Steimel, Roland; Richter – Kessler, Richarda (2001): Schon vor der Entlassung die Zeit danach proben. In: Pflegezeitschrift, 8 / 2001, S. 562 – 563

Steimel, Roland (2003): Individuelle Angehörigenschulung. Eine effektive Alternative zu Pflegekursen. Hannover: Verlag Schlütersche

Stockmann, Reinhard (2004): Evaluationsforschung – Ansatz und Methoden. Veröffentlicht unter: <http://evanet.his.de/evanet/forum/pdf-psition/StockmannPosition.pdf> vom 05.11.2004

Stratmeyer, Peter(2001): Pflegeberatung zwischen Patientenschulung, sozialer Arbeit und Psychotherapie. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript, Vortrag vom 26.10.2001 an der Humboldt Universität Berlin.

Thomas, Birgit; Wirnitzer, Bruno (2001): Patienten und Pflegende in einer neuen Rolle. In: Pflegezeitschrift, 7/ 2001, S. 469 – 473

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

Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V. (Hrsg.) (2002): Pflegende Angehörige. Balance zwischen Fürsorge und Entlastung.
Zu beziehen unter folgender Anschrift:
Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V.
Mintropstr. 27; 40215 Düsseldorf

Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V. (Hrsg.) (2003): Pflegefall – Was tun? Informationen und Tipps für Betroffene und Pflegepersonen. 4. Auflage. Zu beziehen unter folgender Anschrift:
Verbraucherzentrale Nordrhein – Westfalen e.V.
Mintropstr. 27; 40215 Düsseldorf

Weakland, J.H. (1992): Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern; Stuttgart, Toronto: Verlag Hans Huber

Weber, Johanna (2003): ... und morgen kommt er (sie) heim. Durch ein pflegerisches Entlassungsmanagement soll der Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Betreuung optimiert werden. Abschlussarbeit im Rahmen des ersten Weiterbildungslehrgangs „Pflegerberater“ am Rudolfinerhaus Wien (2002 – 2004).

Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt a. M.: Mabuse – Verlag

Weinberger, Sabine (2004): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für Personen in psychosozialen Berufen. 9. Auflage, Weinheim; München: Juventa Verlag

Welling, Karin (2004): Kompetenzförderung im Sinne der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – aufgezeigt am Beispiel des Beratungsgesprächs und der Schulung. In: Unterricht Pflege, Brake: Prodos Verlag, 9. Jahrgang, Heft 2, Mai 2004, S. 21 – 27

Wittneben, Karin (2004): Pflege als Bildungsverständnis. Von der Wissenschaftsorientierung zur Handlungsorientierung, Vortrag im Rahmen der Fachtagung „Pflege bildet“ in den Räumen der Evangelischen Diakonissenanstalt Stuttgart, 15. Juli 2004 Veröffentlicht unter: www.diak-stuttgart.de/Texte/Wittneben.pdf vom 22.11.2004

Wolf, Christiane (2000): Konzept für häusliche Pflegeberatung. Ein praktikables und wirksames Instrument zur Unterstützung häuslicher Pflegearrangements, das kaum genutzt wird. In: Forum Sozialstation, Nr. 102, Februar 2000, S. 38 – 41

Wolf, Gerhard; Dörries, Andrea (2001): Grundlagen guter Beratungspraxis im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie

Wörmann, Michael (2003): Personenzentrierte Beratung durch Pflegenden. In: Schneider, Kordula et al: Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag, S. 57 - 76

www.definition-info.de

Zander, Christel: Von den Anfängen. Beitrag zum Symposium „Beratung in der Pflege – Chance und Herausforderung“ im Dörthe – Krause – Institut, Herdecke am 07.11.2003
Zu beziehen über:

Beratung in der Pflege e.V., Pfarrer – Krämer – Str. 15, 44794 Bochum

<http://www.beratunginderpflege.de>

Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J. (1999): Psychologie. 7. Auflage, Berlin; Heidelberg; New York: Springer Verlag

6. Anhang

Inhalt	Seite
6.1 Das Lernfeld „Schulung, Anleitung und Beratung pflegender Angehöriger“ in der Übersicht	100

Anmerkung zum Anhang der Diplomarbeit

In der gedruckt vorliegenden Diplomarbeit entspricht der Anhang dem Kap. 3.3.2. „Das Lernfeld Schulung, Anleitung und Beratung am Beispiel pflegender Angehöriger in der Übersicht“. Beides ist völlig identisch. Aus Gründen der Übersichtlichkeit für den Leser der Diplomarbeit wurde das Kapitel in Din A2 Kopie (Übergröße) in den Anhang der gedruckten Diplomarbeit erneut aufgenommen.

7. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, im Januar 2005

Monika Meyer-Rentz
geb. Martens