

1 Voraussetzungen für die Beratung als pflegerische Aufgabe

Der Themenbereich „Beratung als pflegerische Aufgabe“, wie er sich heute gestaltet, ist ein relativ neuer Arbeitsbereich. Es ist ein Theorie- und Praxisbereich, der sich noch in der Entwicklung befindet. Für die Beratung in der Pflege sind in den letzten Jahren einige konzeptionelle Vorschläge erarbeitet worden. Wir befinden uns aber in einer Situation, in der es noch keine verbindlichen Vorgaben gibt.

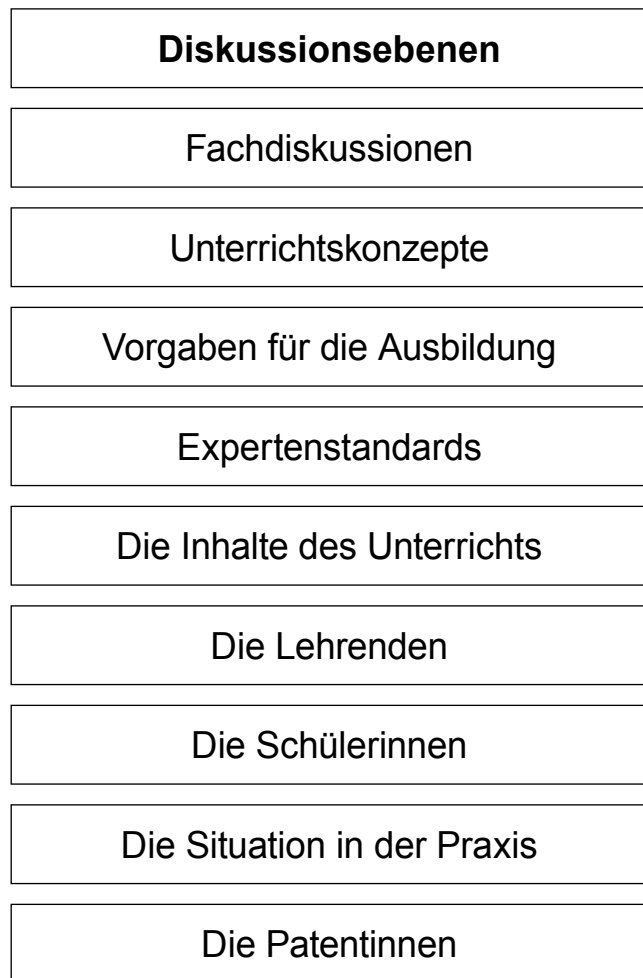
Die aktuelle Situation über die Beratung in der Pflege könnte man mit dem Bild des vorsichtigen Tastens beschreiben. Theoretikerinnen, Lehrende und andere Professionelle tasten sich langsam an die Frage heran, was Beratung in der Pflege sein kann, wie sie zu psychologischen Modellen steht, wie das Verhältnis von Theorie und Praxis zu handhaben ist und wie überhaupt der Unterricht gestaltet werden kann. Es ist auch unklar, welche Ziele in der Ausbildung angestrebt werden sollen. Erprobte und verbindliche Lösungsangebote sowie eindeutige Handlungsanweisungen liegen bislang nicht vor.

Um den Themenbereich zu strukturieren und die verschiedenen Diskussionslinien zu verdeutlichen, werden neun Ebenen voneinander unterschieden (siehe Abbildung). Um die Ansatzpunkte und Problemfelder der Beratung als pflegerische Aufgabe zu verdeutlichen, werden die unterschiedlichen Ebenen und die Ausgangssituation aus der jeweiligen Perspektive kurz beschrieben.

1.1 Fachdiskussionen

Die Entwicklung der Fachdiskussion zum Thema „Beratung als pflegerische Aufgabe“ ist durch vielschichtige Beiträge begründet und begleitet worden. Die Notwendigkeit, dass Pflegekräfte nun auch offiziell Beratungsleistungen übernehmen sollen, hat theoretische, berufspolitische, gesellschaftliche und politische Hintergründe.

Innerhalb der Akademisierung der Pflege werden Konzepte diskutiert, die den Menschen nicht mehr als vorwiegend medizinisch betrachten, sondern als ein soziales Wesen in einer Körper-Seele-



Geist-Gesamtheit ansehen. Bedarfslagen von Patientinnen werden nicht mehr auf Krankheit und deren Beseitigung bezogen, sondern mit dem Ansatz der Salutogenese werden die Ressourcen und Fähigkeiten von Patientinnen in den Betrachtungsmittelpunkt gerückt. Wir befinden uns in einem Paradigmenwechsel der Theorie über Pflege.

Berufspolitische Diskussionen finden parallel zu dieser Entwicklung statt. Pflege grenzt sich deutlich von medizinischen Betrachtungsweisen ab und entwickelt eine eigene berufliche Identität, die sich zunehmend als gleichwertige Partnerinnen zu Ärzten und Ärztinnen positionieren. Die Diskussionen über die Beratung als pflegerische Aufgabe sind aber auch durch gesellschaftliche Veränderungen begleitet und begründet. Die demografische Alterung und die steigende Anzahl von alten und hochaltrigen Menschen verdeutlicht

die Notwendigkeit einer kompetenten Versorgung durch Pflegekräfte. Im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung sind die Erwartungshaltungen der Bevölkerung an Pflegekräfte gestiegen. Es gilt nicht nur die reine, praktische pflegerische Versorgung von Patientinnen zu übernehmen, sondern darüber hinaus auch begleitend und beratend zur Seite zu stehen. Die Anspruchshaltung und das Anspruchsniveau sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen.

Zusätzlich haben sozialpolitische Veränderungen die Diskussion über die Beratung als pflegerische Aufgabe beeinflusst. Nicht nur die Implementierung des Pflegeversicherungsgesetzes sieht die Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen vor, sondern auch die Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und die verkürzte Verweildauer im Krankenhaus begründen intensive Beratungen von Patientinnen und deren Angehörigen.

1.2 Unterrichtskonzepte

In der Literatur sind nur wenige Veröffentlichungen mit Unterrichtskonzepten zum Thema Beratung in der Pflege zu finden. Sonja Hummel-Gaatz und Axel Doll (2007) haben in dem Buch „Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerlevanten Fragen fachkundig gewährleisten“ einen Vorschlag ausgearbeitet. Sie selbst haben ein systemisches Beratungsmodell mit dem Namen HUGADO entwickelt, mit dem sie Aspekte verschiedener psychologischer Ansätze auf die Pflege transferieren. Darin unterscheiden sie ein System der „Lebenswelt Patient“ von einem „Betreuungssystem“. Der Beratungsprozess stellt die Interaktionen zwischen der Pflegekraft, also dem „Betreuungssystem“ und dem System „Lebenswelt Patient“ dar. Dieser Prozess wird als dynamisch und interdependent verstanden und nicht als statisch, linear und eindimensional. Hummel-Gaatz und Doll (2007) beschäftigen sich aber auch mit der Umsetzung von Beratungswissen in der Ausbildung. Sie gehen auf Bedingungen, die inhaltliche Darstellung, die Didaktische Analyse sowie die Umsetzung und Evaluation des Unterrichts zur Beratung ein. Ziel des Unterrichts ist die Vermittlung

folgender Kompetenzbereiche (vgl. Hummel-Gaatz/Doll 2007, S. 50-54):

- Fachkompetenz
- Methodenkompetenz
- Sozialkompetenz
- Personalkompetenz

1.3 Vorgaben für die Ausbildung

„In der Pflege gewinnt das Thema Beratung seit Jahren an Bedeutung. Als Teil des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege findet sie beispielsweise ihren Niederschlag in den Inhalten der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und den neuen Qualitätsniveaus der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS). Beratung nimmt hier als pflegerisches Angebot einen wichtigen Stellenwert ein. Auch in der Rahmenberufsordnung, die der Deutsche Pflegerat im Jahr 2004 vorgelegt hat, wird Beratung der ‚Leistungsempfänger‘ und ihrer Bezugspersonen nicht nur als eigenständige Aufgabe professionell Pflegenden aufgeführt, es wird darüber hinaus eine Pflicht zur Beratung dieser Personengruppen postuliert“ (Koch-Straube 2008, S. 211-212).

Nach dem neuen Krankenpflegegesetz von 2004 gewinnt die Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen eine besondere Bedeutung in der Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege. Im Krankenpflegegesetz § 3 Abs. 2 steht folgende Formulierung:

„(2) Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen, 1. die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen: [...] c) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (www.juris.de).

In der Sozialgesetzgebung erlangt die Bedeutung der Beratung als pflegerischer Aufgabe einen zunehmenden Stellenwert. „Zu nennen sind hier die Beratung im ambulanten Bereich gemäß Rahmenempfehlung von § 132 SGB V, die Beratungseinsätze durch ambulante Pflegedienste bei Bezug von Pflegegeld nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die Beratung pflegender Angehöriger nach § 45 SGB XI und die Arbeit der Pflegeberatungsstellen. Krankenhäuser sind durch die Rahmenempfehlung nach § 112 SGB V ebenfalls zur Beratung der Patienten verpflichtet. Auch wenn Pflege dort nicht explizit genannt wird, muss sie sich als größte Berufsgruppe dieser Beratungspflicht im Krankenhaus stellen“ (Koch-Straube 2008, S. 212).

1.4 Expertenstandards

Historische Entwicklung

1999 wurde das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat (DPR) und mit finanzieller Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) als Pilotprojekt gegründet.

„Diesem Gremium aus Fachkollegen der Pflege wurde die Entwicklung, Konsentierung und Veröffentlichung von evidenzbasierten Nationalen Expertenstandards übertragen. Für die Durchführung wissenschaftlicher Projekte und Veröffentlichungen steht außerdem ein wissenschaftliches Team an der Fachhochschule Osnabrück zur Verfügung“ (Schmidt 2009, S. 3).

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung hat bisher sieben Expertenstandards erarbeitet und veröffentlicht (vgl. Schmidt 2009):

Veröffentlichte Expertenstandards

1. Dekubitusprophylaxe (2. Auflage 1999–2000)
2. Entlassungsmanagement (April 2004)
3. Schmerzmanagement (Mai 2005)
4. Sturzprophylaxe (Februar 2006)
5. Förderung der Harnkontinenz (April 2007)
6. Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (Juni 2008)
7. Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung (2007–2009).

Ziele von Expertenstandards

1. Berufliche Aufgaben und Verantwortungen zu definieren.
2. Innovationen in Gang zu setzen.
3. Eine evidenzbasierte Berufspraxis, berufliche Identität und Beweglichkeit zu fördern.
4. Grundlage für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen zu sein. (Schmidt 2009, S. 3)

Struktur eines Expertenstandards

- S 1 Risikoerhebung, Scening, Assessment
- S 2 Erforderliche Kompetenz
- S 3 Maßnahmenplanung
- S 4 Schulung und Beratung
- S 5 Kooperation
- S 6 Evaluation (ebd. S. 4)

Zur Struktur gehören die jeweilige Beschreibung der Prozesskriterien (P1–6) sowie die Ergebniskriterien (E1–6).

„Das DNQP verbindet mit der Beratung ein zentrales ethisches Prinzip, das verpflichtet, Patienten umfassend zu beraten und ihnen Entscheidungs- und Handlungsfreiraum zu eröffnen. Mehrere Handlungsalternativen sollten dem Bewohner [Patienten] vorgestellt werden und die Folgen und Gefahren diskutiert werden. Um eine gute Beratung durchführen zu können, sollte die beratende Fachkraft über spezielle Kompetenzen verfügen“ (Schmidt 2009, S. 8):

Beratungskompetenz

- Fundiertes Fachwissen
- Ggf. Spezialwissen
- Intuition
- Kommunikationsfähigkeit
- Problemlösekompetenz
- Erkennen der Selbstkompetenz des Patienten bzw. seiner Angehörigen (ebd.)

Beratungsziele

- Gesundheitsförderung
- Vermeidung von Krankheiten
- Dadurch Senkung von Behandlungskosten
- Beratungseinsatz nach SGB XI, § 37, 3:

- zur Sicherung der Qualität
- zur regelmäßigen Hilfestellung
- zur praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden (ebd.)

1.5 Inhalte des Unterrichts

Der Rahmenlehrplan gibt eine grobe Richtung, welche Inhalte im Unterricht behandelt werden sollen und welche Ziele angestrebt werden.

Ein zentrales Ziel darin ist die Ausbildung von Beratungskompetenz. Welche Beratungskonzepte gelehrt werden, wie die Inhalte in den anderen Fachunterricht integriert werden können und welche Anleitung in der Praxis notwendig ist, bleibt allerdings offen.

Letztendlich bleibt die inhaltliche Ausgestaltung des Unterrichts in der Hoheit jeder einzelnen Schule. In der Konsequenz müssen die Lehrenden ein eigenes Unterrichtskonzept erstellen und dies auch evaluieren. Es ist eine Situation, die eine hohe Fachkompetenz über die Beratung als pflegerische Aufgabe von allen Lehrenden erwartet ohne verbindliche Orientierungshilfen nutzen zu können. Das Positive an dieser Situation ist, dass ein großer Handlungsspielraum zur Gestaltung des Unterrichts möglich ist, der auch einen Raum für kreative Impulse ermöglicht.

Da die Beratung als pflegerische Aufgabe auf sehr unterschiedliche Pflegesituationen und sehr unterschiedliche „Pflegeinhalte“ zu beziehen ist, müssen sich die unterschiedlichen Dozentinnen optimal miteinander vernetzen. Der Unterricht zur Beratung setzt daher eine hohe Form der Kooperation zwischen den Dozentinnen voraus.

Gleichzeitig wird mit dem Inhalt über die Beratung die Frage zum Verhältnis zur Praxis aufgeworfen. Beratung gilt es sowohl theoretisch als auch praxisorientiert zu vermitteln und zu üben.

Die Schwerpunkte der inhaltlichen Gestaltung des Unterrichts werden mit diesem Buch systematisiert. Grundsätzlich ist es darüber hinaus sinnvoll, den Unterricht in vier Schwerpunkte zu unterteilen: Die Theorie der Beratung, der Fachunterricht, die Praxisanleitung und die Praxis. Die

einzelnen Schwerpunkte können dann mit Fallbesprechungen vernetzt vermittelt und gelernt werden.

1.6 Lehrende

Die Lehrenden in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sind nun gefordert, die gesetzlichen Vorgaben und die Rahmenlehrpläne umzusetzen. Sie sind mit spezifischen Zielsetzungen des Gesetzgebers konfrontiert, aber der Weg zu diesen Zielen bleibt sowohl in der Fachdiskussion als auch in den Unterrichtskonzepten doch etwas im Dunkeln. Die Tatsache, dass es relativ wenige Unterrichtsmaterialien zur Beratung in der Pflege gibt, ist ein Indiz für das Schattendasein dieses Themas.

Das Ziel Beratungskompetenz bei den Schülerinnen aufzubauen, kann aus der Sicht der Lehrenden unterschiedlich verstanden und umgesetzt werden. Während eine Sichtweise an der Ausbildung von Sozialpädagoginnen orientiert ist und Selbsterfahrung als einen zentralen Baustein zum Erlernen von Beratungskompetenz bewertet, orientieren sich andere eher am traditionellen Unterricht zur Pflege, die aus einer Kombination von Theorie und Praxisanleitung besteht.

Die Lehrenden befinden sich in einem Tastfeld, das zwischen den gesetzlichen Zielen, ihren Erfahrungen in der Lehre, den Ressourcen der Schülerinnen und den potenziellen Bedürfnissen von Patientinnen einen Weg zur Beratung als pflegerische Aufgabe finden soll.

Ein Anker sind die Beratungskonzepte, die aus dem psychologischen und sozialpädagogischen Bereich stammen. Die Lehrenden und auch die Schülerinnen erkennen relativ schnell die Möglichkeiten aber auch die Grenzen dieser Konzepte im Transfer auf die Pflegepraxis. Sie müssen dann den Schülerinnen die Diskrepanz zwischen psychologischer und pflegerischer Beratung sowie die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis kompetent verdeutlichen. Fallbesprechungen bieten dabei eine Möglichkeit, den Nutzen für die Pflegepraxis aufzuzeigen. Der direkte Bezug zwischen Theorie und Praxis kann damit hergestellt werden,

sodass die Diskrepanzen der Umsetzung so gering wie möglich bleiben.

An dieser Stelle wird deutlich, dass ein erheblicher Forschungsbedarf zu diesem Thema besteht. Für die Lehrenden müsste die Pflegeforschung Anregungen, Strukturierungshilfen und methodische Vorschläge für den Unterricht anbieten.

1.7 Schülerinnen

Die Schülerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege sind in der Regel junge Erwachsene, die zu Beginn der Ausbildung wenig Wissen und Erfahrung zur Beratung mitbringen. Sie sind gefordert, sich inhaltliches Wissen zur Pflege von Patientinnen anzueignen und sollen parallel dazu Beratungskompetenz erwerben. Das heißt, dass sie das in der Ausbildung erworbene Wissen, Handeln und Verstehen in der Beratung von Patientinnen weitergeben sollen. In den Beratungen müssen sie nicht nur über kompetentes Fachwissen sondern auch über hohe kommunikative Fähigkeiten und methodische Kompetenz verfügen.

Aus der Perspektive der Schülerinnen entstehen nun mehrfache Diskrepanzen: Zum einen erleben sie einen kaum überwindbaren Gegensatz zwischen Theorie und Praxis. Sie erlernen Beratungswissen, das in der Praxis nur schwer umsetzbar ist. Parallel dazu lernen sie manchmal auf den Stationen Pflegekräfte kennen, die Beratung in der Pflege nicht als ihren Aufgabenbereich definieren. Die Schülerinnen finden nur wenige Vorbilder für eine optimale Beratung.

Es scheint, als ob dies mit einer berufspolitischen Sinn- und Identitätsfrage verknüpft ist, die diametral den Vorgaben zur Ausbildung gegenübersteht. „Weshalb sollen wir nun auch noch die Patientinnen beraten, dafür haben wir doch gar keine Zeit“; „Das mit der Beratung, das machen wir so zwischendurch“; „Wenn es einem Patienten schlecht geht, dann können wir den psychologischen Dienst einschalten“. Es scheint, als ob die Beratung in der Pflege noch nicht als zentraler Bestandteil pflegerischer Tätigkeit angekommen ist und noch nicht die berufspolitische Identität bestimmt.

Irgendwie müssen dann die Schülerinnen einen Weg zwischen den Anforderungen zur Ausbildung und dem in der Praxis gängigen Umgang mit dem Thema Beratung finden. Um die Ausbildungsziele zu erreichen, müssen sie mehr oder weniger in individueller Verantwortung einen Weg finden, die Diskrepanzen zu bewältigen. Hier sind insbesondere die Lehrenden aber auch die in der Praxis Verantwortlichen gefordert, Hilfen zur Bewältigung anzubieten.

1.8 Situation in der Praxis

Der Berufsalltag im Krankenhaus ist durch eine hohe Arbeitsdichte mit vielfältigen Aufgaben verbunden. Zeitdruck und hohe Anforderungen an die Auszubildenden und examinierten Pflegekräfte lassen ausführliche Gespräche mit Patientinnen selten zu. Bei einigen examinierten Pflegekräften liegt eine Mentalität vor, nach der Gespräche mit Patientinnen als „Luxus“ bewertet werden. Beratungsgespräche werden nicht als arbeitsbezogene pflegerische Tätigkeit aufgefasst. Selten sind Pflegekräfte auf den Stationen in Gesprächsführung oder Methoden der Beratung geschult.

Es kann auch eine Mentalität vorherrschen, in der alle Beratungsleistungen an andere Berufsgruppen abgegeben wird. Patientinnen mit Diabetes Mellitus werden in die Hände der Ernährungsberaterinnen gegeben oder solche mit einem Schlaganfall werden den Krankengymnastinnen zugeordnet. Bei psychischen Schwierigkeiten wird der psychologische Dienst eingeschaltet und bei Fragen zur sozialen Situation wird die Case Managerin oder der Sozialdienst mit Beratungsdienstleistungen beauftragt.

Die Situation in der Praxis ist den „Vorgaben zur Ausbildung“ im Grunde diametral entgegengesetzt. Damit die Schülerinnen Beratungskompetenz entwickeln können und Beratung in der Pflege als zentralen pflegerischen Aufgabenbereich lernen und bewerten können, bräuchten wir im Grunde ganz andere Voraussetzungen in der Praxis.

Auf einer organisatorischen Ebene wären Beratungsnetzwerke und Beratungsvisiten sinnvoll.

Auf einer personellen Ebene wären Fortbildungen in Beratung für examinierte Pflegekräfte notwendig. Es wäre auch zu überlegen, Mentoren zur Beratung auszubilden, die Schülerinnen in der Praxis zu Beratungen anleiten und begleiten.

Zu berücksichtigen ist auch der immense Beratungsbedarf im Übergang vom Krankenhaus in das häusliche Umfeld. Die Beratung sollte sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Pflegebereich ausgerichtet sein. Es scheint derzeit, dass Pflegekräfte im ambulanten Bereich viel selbstverständlicher Beratungsleistungen erbringen als im stationären Umfeld von Krankenhäusern. Hier kann die stationäre Pflege noch einiges verbessern.

1.9 Patientinnen

Wir haben es in der Praxis mit den verschiedensten Menschen zu tun. Bei der systematischen Betrachtung von Patientengruppen sollten u. a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Alter (Säuglinge, Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, hochaltrige Menschen)
- Geschlecht
- Bildungsstand
- Kulturelle Identität
- Religiöse Zugehörigkeit
- Sexuelle Orientierung
- Krankheitsbilder
- Soziale Situation
- Bewältigungsstrategien
- Finanzielle Situation etc.

Die Beratung in der Pflege sollte diese unterschiedlichen Aspekte, die die Persönlichkeit von Patientinnen kennzeichnen, berücksichtigen und personenzentriert darauf eingehen können. Das ist sicherlich eine immense Anforderung an die Theorie und Praxis der Beratung, aber nur durch die Berücksichtigung dieser Aspekte kann Beratung überhaupt zieldienlich sein.

Die Vielschichtigkeit von Beratungssituationen und auch der Beratungskompetenzen, die ge-

fordert sind, wird deutlich, wenn wir uns verschiedene Patienten anschauen. Es ist ein immenser Unterschied, ob wir eine Wöchnerin beim Stillen anleiten und beraten oder ob wir einen dementiell erkrankten hochaltrigen Mann begleiten.

Aber bei allen Unterschieden, die in der Beratungspraxis zu berücksichtigen sind, ist es möglich eine Grundstruktur oder Grundhaltung der Beratung zu implementieren. Die Grundhaltung von Auszubildenden und examinierten Pflegekräften sollte durch eine Haltung der Achtung, des Respekts und der Toleranz gekennzeichnet sein. Die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patientinnen sollte dabei durch Empathie, Wertschätzung und Echtheit von Seiten der Pflegekräfte gestaltet werden.

1.10 Ausblick

Beim Blick auf die unterschiedlichen Diskussions Ebenen zur pflegerischen Beratung fallen mindestens vier Spannungsverhältnisse auf:

Theorie versus Praxis

Die Theorieentwicklung zur Beratung in der Pflege verwendet zum größten Teil Ansätze aus der Psychologie oder Pädagogik. Beratungsansätze, die speziell den Bereich der Pflege berühren oder aus der Praxis der Pflege selbst entstanden sind, liegen nur im Ansatz von Ursula Koch-Straube (2001)/(2008) und Hummel-Gaatz/Doll (2007) vor. Problematisch ist, dass in der Praxis viele Voraussetzungen für eine gelungene Beratung nicht gegeben sind. Allein der Zeitdruck im Krankenhaus oder die fehlenden Räumlichkeiten sind Schwierigkeiten, die eine Beratung nach den Vorgaben der Theorie erschweren. Aber auch das berufspolitische Verständnis ist ein Problemfeld. Während ältere Pflegekräfte oft Beratung nicht als eine originär pflegerische Aufgabe betrachten und auch über wenig theoretische Kenntnisse zu den Beratungsansätzen verfügen, werden nun jüngere Generationen ausgebildet, bei denen Beratung einen deutlichen Schwerpunkt hat.

Ambulant versus stationär

In der ambulanten Pflege hat Beratung eine wesentlich höhere Bedeutung als in der stationären Versorgung. Dies wird durch die Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes deutlich. Beratung kann dort auch als spezielle pflegerische Leistung abgerechnet werden.

Akutkrankenhaus versus Langzeitpflege

Obwohl gerade in einem Akutkrankenhaus die Liegezeiten immer kürzer werden und die Anzahl chronisch Erkrankter zunimmt, also der Beratungsbedarf steigt, ist es momentan nicht vorgesehen, Beratungen durch Pflegekräfte institutionell zu verankern und zu finanzieren. In der Langzeitpflege so z. B. in Reha-Einrichtungen oder in der stationären Altenpflege hingegen ist die Bedeutung der Beratung wesentlich höher. Insbesondere der Einbezug von Angehörigen wird hier als

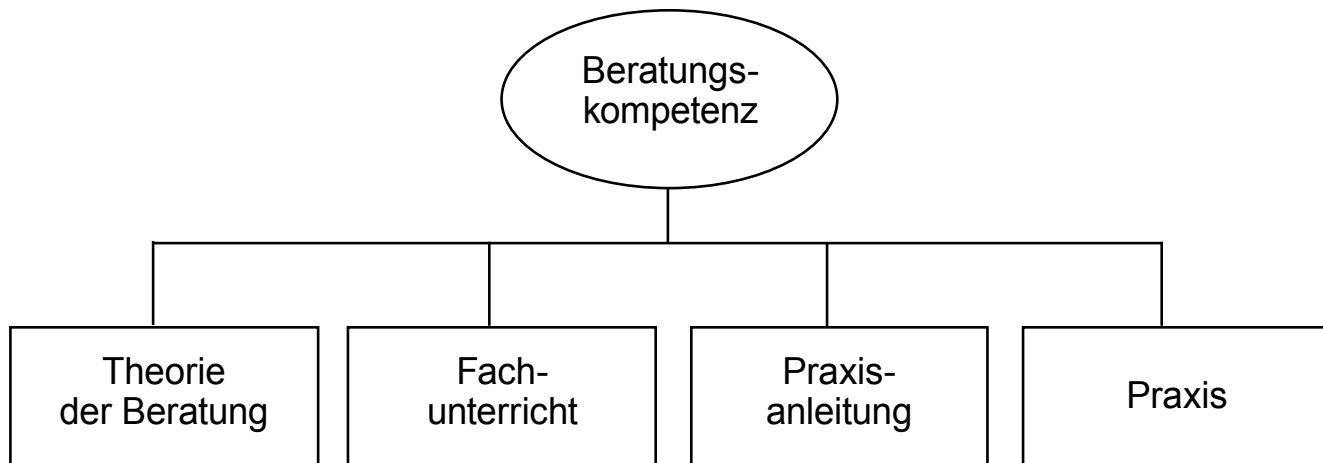
wichtig erachtet. Aufgrund der längeren Liegezeiten kann auch eine nähere Beziehung zu Patientinnen oder Heimbewohnerinnen aufgebaut werden, die dann für Beratungen in der Pflege ein engeres Vertrauensverhältnis schafft als bei kurzen Liegezeiten in einem Akutkrankenhaus. Eine Schwierigkeit ist dort, dass innerhalb kürzester Zeit und mit ganz geringem Zeitaufwand eine patientenorientierte Beratung erfolgen soll.

Bedarfsorientierung versus Budgetorientierung

Insgesamt ist zu erkennen, dass die Versorgung nach den Pflegestandards und einer patientenorientierten Pflege eher bedarfsorientiert ist. Im Gegensatz dazu ist die Ausrichtung der Träger im Gesundheitswesen budgetorientiert. Die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen stehen damit im Gegensatz zu ökonomischen Interessen.

2 Curriculum für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege

2.1 Ausbildungsbestandteile



Beratungskompetenz in der Pflege

In der Pflegeausbildung ist es sinnvoll, vier Lernbereiche miteinander zu verbinden:

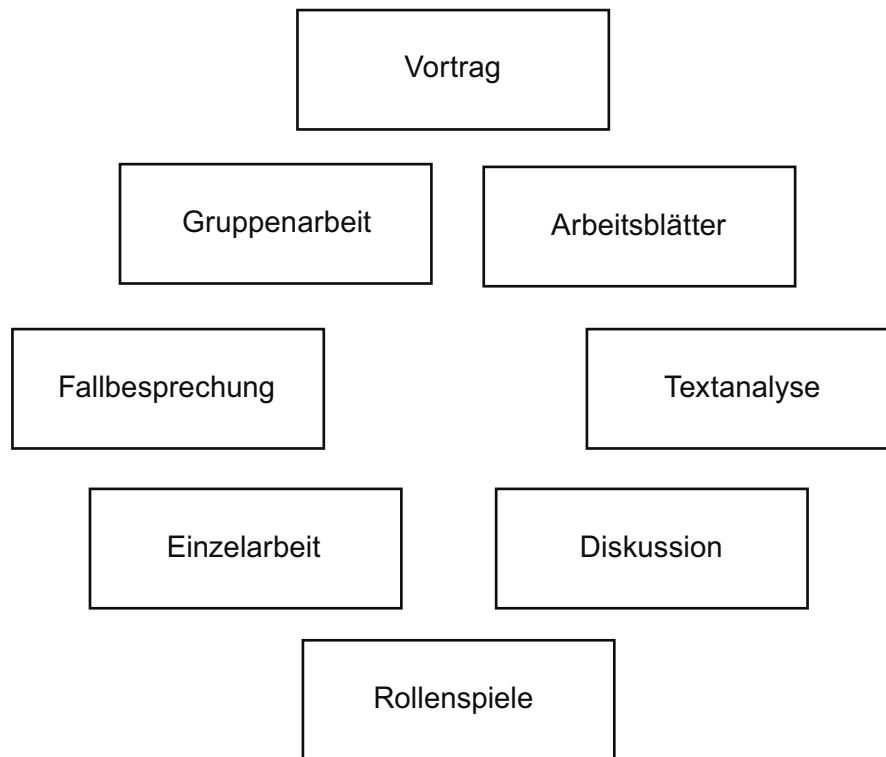
- die Theorie der Beratung,
- den Fachunterricht,
- die Praxisanleitung und
- die Ausbildung in der Praxis.

Im Unterricht zur Beratungstheorie sollten zuerst Grundlagen der Beratung besprochen werden. Dazu sollte ein Verweis auf die Bedeutung der Kommunikation sowie der Bezug auf die Prävention und Gesundheitsförderung für Beratungssituationen verdeutlicht werden. Außerdem sollte die gesellschaftliche, berufspolitische aber auch individuelle Bedeutung der Beratung erläutert werden. Danach können Grundlagen der Gesprächsführung besprochen werden. Das Thema Anleitung in der Pflege baut darauf auf. Anschließend wird die Anleitung von Patienten und Angehörigen anhand von Fallbeispielen und Rollenspielen vertieft. Im Anschluss werden Beratungskonzepte vorgestellt. Es ist sinnvoll, nicht mehr als drei Konzepte vorzustellen, damit die Auszubildenden nicht überfordert werden. Es folgen

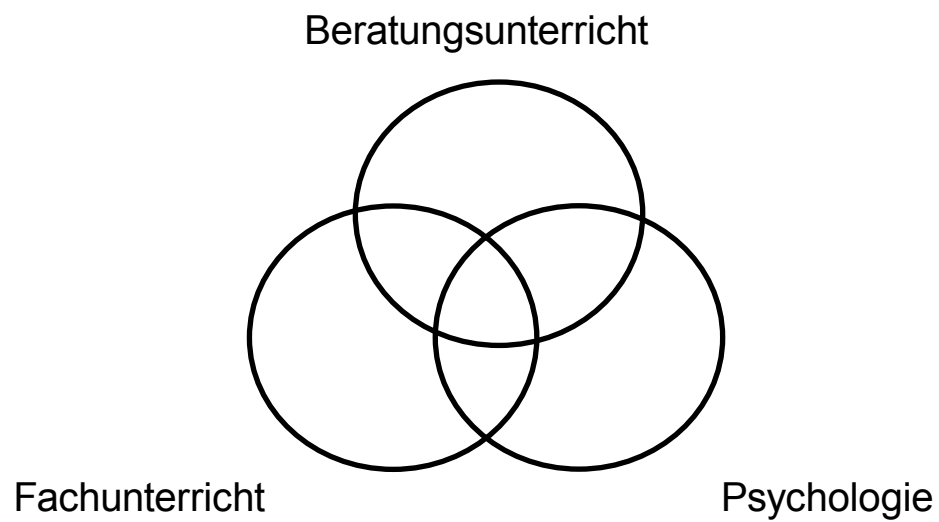
dann Fallbesprechungen und Rollenspiele zur Verknüpfung der Beratungskonzepte mit der Praxis. Gleichzeitig können die Schülerinnen dadurch einen ersten Zugang zur Planung und methodischen Gestaltung von Beratungssituationen erlangen.

Im Anschluss daran wird das Thema Beziehungs- und Konfliktmanagement näher vertieft. Die Beratungsansätze zur Begleitung von Pflegekräften schließen die theoretischen Grundlagen ab. Parallel dazu werden in den einzelnen Schwerpunktmodulen die Beratungskonzepte auf spezifische Problemsituationen wie Schmerzen, Rehabilitation, Frühgeborene, ältere Menschen, chronische Erkrankungen, psychische Erkrankungen, Demenz, Angehörige sowie onkologische Erkrankungen angewendet und mit Fallbesprechungen verdeutlicht. Das Curriculum bezieht sich auf den Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz (vgl. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz 2005).

2.2 Methoden des Unterrichts



Inhaltliche Verbindungen



2.3 Curriculum zur Anleitung und Beratung in der Pflege als Übersicht

1. Einheit	Grundlagen der Beratung	Modul 1	Einführungsblock	8 Std.
2. Einheit	Anleitung in der Pflege	Modul 4c	Block 2	16 Std.
3. Einheit	Bearbeitung eines Fallbeispiels	Modul 4b	Block 3	8 Std.
4. Einheit	Beratung in der Pflege	Modul 6c/ 8c/10c	Block 4	20 Std.
5. Einheit	Vertiefung und Reflexion	Modul 13c	Block 6/7	8 Std.
6. Einheit	Beziehungs- und Konfliktmanagement	Modul 15 a/b	Block 6/7	16 Std.
7. Einheit	Beratung für Pflegekräfte	Modul 22/23	Block 9/10	12 Std.

Becker/Schlier 2010

Modul 17c	Schmerzen	Block	8 Std.
Modul 18c	Rehabilitation	Block	8 Std.
Modul 24	Frühgeborene	Block	4 Std.
Modul 25	Ältere Menschen	Block	4 Std.
Modul 27	Chronische Erkrankungen	Block	4 Std.
Modul 28	Psychische Erkrankungen	Block	1 Std.
Modul 29	Demenz	Block	4 Std.
Modul 25/ 27/28/29	Angehörige	Block	16 Std. (Einarbeiten)
Modul 30	Onkologische Erkrankungen	Block	1 Std.