

Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?

Darstellung zweier qualitativer Studien aus stationären Bereichen der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege

Christel Knelange und Martin Schieron

In der Befragung von Pflegekräften der psychiatrischen und somatischen Krankenpflege zeigt sich, daß Beratung zwar als Aufgabenbereich der Pflege gesehen wird, aber der Beratungsbegriff häufig verkürzt verstanden wird. Daraus ergeben sich Folgerungen für die Aus- und Weiterbildung und die praktische Anwendung.

Engl. Abstract – Nurses in psychiatric and somatic hospitals view communication and counselling as domains of professional nursing but they frequently curtail the idea of counselling. From here some conclusions are given to nursing education and practical studies.

Übersicht

- Einleitung
- Was verstehen wir unter Beratung?
- Untersuchungsdesign
- Ergebnisdarstellung
- Untersuchungsübergreifende Ergebnisse
- Ausblick

Einleitung

Im Rahmen unseres Studiums zum Diplom-Pflegewissenschaftler [1] (FH) an der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe Bochum beschäftigten wir uns schwerpunktmäßig mit dem Beratungsaspekt in pflegerischen Zusammenhängen. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema führte uns zu einer selbstkritischen Betrachtungsweise unseres eigenen Pflegealltags. Ist Beratung eine pflegerische Aufgabe? Wenn ja, wird sie ausgeübt? Wie wird sie ausgeübt? Diese Fragen erschienen uns so interessant, daß wir beschlossen, sie zum Thema unserer Diplomarbeiten zu machen. Dabei konzentrierte sich die Arbeit von Christel Knelange auf den stationären psychiatrischen Bereich, während Martin Schieron dies in der stationären somatischen Pflege untersuchte.

Beratung als pflegerisch relevantes Thema findet bisher nur geringe Beachtung in Fachzeitschriften und Lehrbüchern. Dies steht jedoch im Gegensatz zu der von uns formulierten

These, daß Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist. Aus diesem Grund und weil unsere Schlußfolgerungen jede einzelne Pflegekraft betreffen, halten wir es für sinnvoll, unsere Ergebnisse einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen.

Zu Beginn unseres Artikels stellen wir heraus, was wir unter Beratung verstehen. Danach folgt eine kurze Beschreibung unseres Untersuchungsdesigns. Im Anschluß daran werden die Ergebnisse der beiden Diplomarbeiten dargestellt, um danach gemeinsame Erkenntnisse zu diskutieren. Mit einem Ausblick auf notwendige Veränderungen in der deutschen Pflegelandschaft beenden wir diesen Artikel.

Was verstehen wir unter Beratung?

Für Dorsch ist Beratung „ein vom Berater nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozeß, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt/optimiert bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben/des Problems verbessert werden.“ (Dorsch 1982, 88) Dieser Definition können wir uns gut anschließen, zeigt sie doch, daß Beratung mehr

sein muß als reine Informationsvermittlung. Zudem ist klar erkennbar, daß Beratung keine lenkende Ratgebung ist, da bei einem Ratschlag die Eigenbemühungen des Ratsuchenden weder optimiert noch unterstützt werden. Ergänzend möchten wir jedoch festhalten, daß wir Beratung als ein professionelles, d.h. beruflich ausgeübtes Geschehen betrachten, daß vom Berater Kompetenzen auf verschiedensten Gebieten verlangt und somit erlernt werden muß. Neben diesen Kompetenzen (z.B. Methodenvielfalt, Fachwissen, Feldkompetenz) muß sich der Berater zusätzlich ethische Grundwerte aneignen, die sich am deutlichsten über die Beratungsvariablen Empathie, Kongruenz und Akzeptanz (vgl. u.a. Rogers 1983) erklären.

Diese Ausführungen zeigen unserer Ansicht nach deutlich die Unterschiede zu reiner Informationsvermittlung und Alltagsgesprächen. Die Abgrenzung zum therapeutischen Bereich bedarf jedoch noch einer genaueren Betrachtung. Während viele Autoren der Ansicht sind, daß zwischen Beratung und Therapie ein fließender Übergang bestünde, zeigen andere Autoren klare Unterschiede auf. So betrachtet Nestmann (1997, 15ff.) Beratung eher als ressourcenorientiert, während er die Psychothera-

pie als rein defizitorientiert beschreibt. Grenzen zwischen Therapie und Beratung gibt es grundsätzlich im Schweregrad der Störungen, über die hinaus eine Beratung nicht mehr indiziert ist (vgl. Großmaß 1997, 116). Speziell für die psychiatrische Pflege, aber übertragbar auch auf die Pflege im somatischen Bereich könnte dies bedeuten, daß das pflegerische Beratungsgespräch eher die Auswirkungen der Krankheit beinhaltet, das ärztliche oder psychotherapeutische Gespräch eher die Krankheit selbst (vgl. Schädle-Deininger/Villinger 1996, 49).

Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung unserer Fragestellungen erschien uns der qualitative Forschungsansatz am sinnvollsten, da er die ganzheitliche Würdigung der Erfahrungen des Einzelnen zuläßt, ohne ohne diese durch vorgegebene Antworten einzuschränken. Qualitative Forschung verläßt sich weniger auf Zahlen und Messungen als auf zwischenmenschliche Kommunikation.

Als Methode der Datengewinnung wurden leitfadengestützte Experteninterviews gewählt, weil wir davon ausgingen, daß der Interviewpartner über einen komplexen Wissensstand zum Thema der Untersuchung verfügt. Dies bedeutet, daß die interviewten Pflegekräfte als repräsentative Experten für ihr eigenes Arbeitsfeld betrachtet wurden. Die geführten Interviews wurden mit Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Nähere Informationen zur Auswahl der Interviewpartner geben wir aufgrund unterschiedlich gesetzter Schwerpunkte zu Beginn der einzelnen Ergebnisdarstellungen. Die Auswertung des Datenmaterials erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1996, 91). Hierbei wird sprachliches Material systematisch und schrittweise in Einheiten zerlegt und die herausgefilterten Analyseaspekte in Kategoriensysteme eingeordnet. Der letzte Arbeitsschritt bestand in der interpretativen Diskussion der gewonnenen Daten, die mit Hilfe verschiedenster

theoretischer Erkenntnisse geführt wurde.

Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden getrennt voneinander dargestellt, da die Schwerpunkte der Studien unterschiedlich gelagert waren, was sich u.a. auch auf die Auswahl der Interviewpartner auswirkte.

a) Ergebnisse zur Beratung in der psychiatrischen Pflege[2]

Im Vordergrund dieser Studie stand die Frage, ob das Führen von Gesprächen und im besonderen die Beratung ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege sei. Zudem war von Interesse, ob sich Pflegekräfte in der Psychiatrie durch ihre Ausbildung für diese Bereiche befähigt und qualifiziert fühlen.

Anzahl der geführten Interviews	11
Alter der Befragten	zwischen 28 und 49 Jahren
Geschlecht	7 x weiblich 4 x männlich
Ausbildung	dreijährige Ausbildung als Krankenschwester, davon 6 mit psychiatrischer Fachweiterbildung
Berufserfahrung in der Psychiatrie	von 2 bis 29 Jahren

Für die Untersuchung war es bedeutsam Pflegekräfte zu interviewen, die mindestens zwei Jahre auf einer psychiatrischen stationären Abteilung, angeschlossen an ein Allgemeinkrankenhaus, tätig waren. Weiterhin sollten die Pflegekräfte über eine dreijährige Ausbildung in der Krankenpflege sowie ein Teil der Befragten über eine psychiatrische Zusatzausbildung verfügen.

Die Ergebnisse werden anhand der gebildeten Kategorien dargestellt und diskutiert.

Gesprächsführung und Beratung – Aufgabenbereiche der psychiatrischen Pflege

Das Führen von Gesprächen wird in der Psychiatrie-Personalverordnung und in der psychiatrischen Pflegeelite-

ratur als ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege beschrieben. Auch die befragten Pflegekräfte sehen das Führen von Gesprächen als wesentlichen Aufgabenbereich. Dies ist erstaunlich, da aus einer Untersuchung von Sanson-Fisher et al. aus dem Jahr 1978 hervorgeht, daß Pflegekräfte auf einer psychiatrischen Station in einem Allgemeinkrankenhaus in der Zeit von 9 bis 21 Uhr lediglich 21,5 % ihrer Arbeitszeit in der Interaktion mit dem Patienten verbringen. Diese Untersuchung wurde bis heute nicht widerlegt (vgl. Schädle-Deininger/Villinger 1996, 87). Eine Pflegekraft merkte an, daß sie administrative Aufgaben gerne aus dem psychiatrischen Pflegealltag ausgrenzen würde. Sie gab jedoch zu bedenken, daß andere Pflegekräfte diese Aufgaben nutzen, um nicht mit dem Patienten in enger Verbindung zu stehen. Die Ergebnisse der genannten Unter-

suchung und die Aussage der Pflegekraft erscheinen im Vergleich zu dem hohen Stellenwert, den die befragten Pflegekräfte der Kommunikation mit dem Patienten beimessen, paradox. Dies könnte zum einen daran liegen, daß administrative Aufgaben und sonstige patientenfremde Tätigkeiten in der Pflege immer mehr zunehmen, somit die Zeit für den Patienten verloren geht. Es könnte jedoch auch daran liegen, daß Pflegekräfte eine intensive Beziehung zu dem Patienten in unterschiedlichen Situationen verunsichert, überfordert, erdrückt oder auslaugt. Aus diesem Grund könnte vermutet werden, daß patientenfremde Tätigkeiten als Regenerationsphase gebraucht werden.

Auffällig ist weiterhin, daß eine Pflegekraft die Zeit, in der sie sich mit

dem Patienten und seinen Problemen verbal auseinandersetzt, nicht als Pflege betrachtet. Scheinbar reduziert sich das Berufsbild ‚Pflege‘ für einige professionell Pflegende immer noch auf pflegetechnische Maßnahmen. Das Gespräch wird vermutlich nicht als Arbeit empfunden, obwohl es in der psychiatrischen Pflege einen hohen Stellenwert erlangt hat. Doch auch hier erscheint die Gefahr groß, daß Pflege an dem gemessen wird, was man produktiv sieht, zum Beispiel ein sauberes Bett, einen ordentlich aussehenden Patienten und ähnliches.

Obwohl Beratung nicht explizit in der Psychiatrie-Personalverordnung als Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege erwähnt wird und dieser Begriff in der psychiatrischen Pflegeliteratur nur selten auftaucht, sind alle befragten Pflegekräfte der Meinung, daß Beratung ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege sei. Dies erstaunt bei Pflegekräften mit psychiatrischer Zusatzausbildung wenig, da Beratung in der Fachweiterbildung, zumindest in NRW, im Alltagsgeschehen mit dem Patienten und in der kollegialen Kommunikation Beachtung findet. Bei Pflegekräften ohne psychiatrische Zusatzausbildung ist dieses Ergebnis auffälliger, da Beratung in der Krankenpflegeausbildung keinen Raum einnimmt. An dieser Stelle läßt sich mutmaßen, daß Pflegekräfte neben Konversation und Alltagsgesprächen durch Beratung ihrem eigenen Anspruch gerecht werden wollen, auf problemorientierte Gesprächsbedürfnisse adäquat reagieren zu können. Eine Pflegekraft thematisierte auch die unscharfe Grenze zwischen pflegerischer Beratung und Psychotherapie.

Als Beispiele für pflegerische Beratung, die über die normale Gesprächsführung hinausgeht, wurde überwiegend die Angehörigenarbeit genannt, ferner die Unterstützung der Patienten in ihrem Alltag und bei der Bewältigung einer neuen Lebenssituation, sowie die Informationsvermittlung in Bezug auf die Erkrankung eines Patienten und seiner Medikamenteneinnahme. Fast alle Pflegekräfte verstanden unter Beratung vor allem: zu informieren, aufzuklären, Tips zu geben, konkrete Hilfestellung bis hin

zur Ratschlagerteilung. Lediglich eine Pflegekraft mit psychiatrischer Zusatzausbildung sah in der Beratung eine Begleitung, eine Unterstützung des Patienten in seinem Vorhaben, Probleme zu erkennen und selber zu lösen.

Erkennen von Gesprächsbedarf und Beratungsbedarf am Fallbeispiel

Zur plastischeren Gestaltung des Interviews wurden die Pflegekräfte mit einem Fallbeispiel konfrontiert, auf das sie reagieren sollten. Alle befragten Pflegekräfte würden der beschriebenen Person ein Gespräch anbieten, das heißt, sie erkannten einen für sie relevanten Gesprächsbedarf.

Eine Pflegekraft gab zu bedenken, daß es manchmal schwierig sei, sofort Zeit und auch Räumlichkeit für ein Gespräch zu finden. Auf psychiatrischen Stationen gibt es häufig wenig räumliche Möglichkeiten, in welche Pflegekräfte sich mit dem Patienten zurückziehen können. In Zwei- und Dreibettzimmern kann es schwierig sein, eine ungestörte Atmosphäre zu schaffen, da diese jederzeit durch den Bettnachbarn unterbrochen werden kann.

Ein weiteres Problem ist der Zeitfaktor. Pflegekräfte haben keinen definierten Zeitrahmen zur Verfügung, um Gespräche führen zu können. Der Gesprächsbedarf wird von den Patienten bestimmt und an die Pflegekräfte herangetragen. Diese müssen in der Situation entscheiden, ob sie auf die Gesprächsanfrage eingehen können, oder ob sie in diesem Moment durch akute Pflegeaufgaben (z.B.: aggressiver Schub eines Patienten) belegt oder verhindert sind. Dadurch ist es für die Pflege phasenweise schwierig, eine ruhige Atmosphäre zu schaffen, in der es dem Patienten möglich ist, über sich zu sprechen.

Das bereits erwähnte Fallbeispiel wurde an dieser Stelle um eine implizite Beratungsanfrage erweitert. Hier zeigte sich, daß die meisten Pflegekräfte den Beratungsbedarf der Patientin nicht erkannten bzw. darauf nicht reagierten. Die einen würden ein beruhigendes Gespräch anstreben, die

anderen sagten, sie würden der Patientin einen Vor- oder Ratschlag machen.

Lediglich drei Pflegekräfte, zwei mit und eine ohne psychiatrische Zusatzausbildung, erkannten annähernd den Beratungsbedarf der Patientin. Sie würden die Patientin nicht bevormunden oder Ratschläge geben, sondern sie darin unterstützen, ihre Probleme vollständiger wahrzunehmen und eine eigene Lösung zu finden.

Überforderung in Gesprächssituationen

Die meisten Pflegekräfte fühlten sich unsicher bei aggressiven Patienten, bei Patienten mit suizidalen Gedanken und wenn sich das Gespräch mit dem Patienten im Kreise drehe, immer wieder die gleichen Probleme angesprochen würden. Diese Angaben wurden sowohl von Pflegekräften mit als auch ohne psychiatrische Zusatzausbildung gemacht. An dieser Stelle läßt sich mutmaßen, daß eine psychiatrische Zusatzausbildung alleine nicht vor Überforderung schützt. Schlechte Arbeitsbedingungen (Funktionspflege, keine Teamarbeit etc.) und ein nicht definierter Zeitrahmen könnten bei Überforderungen des Pflegepersonals eine Rolle spielen. Weiterhin könnte das Thema selbst (Suizidalität, Aggressivität etc.) und die eigene Betroffenheit darüber zur Unsicherheit beitragen.

Woher haben Pflegekräfte ihre Qualifikation in Gesprächsführung und Beratung?

Die Pflegekräfte mit psychiatrischer Zusatzausbildung haben ihre Qualifikation zur Gesprächsführung hauptsächlich aus ihrer psychiatrischen Fachweiterbildung gewonnen. Dort nimmt Kommunikation und Gesprächsführung einen hohen Stellenwert in den Unterrichtsinhalten ein. Die Pflegekräfte ohne psychiatrische Zusatzausbildung bezogen sich hauptsächlich auf ihre Berufs- und Lebenserfahrung. Keine der Pflegekräfte hatte die Qualifikation, Gespräche zu führen, durch die Krankenpflegeausbildung erworben. Dies könnte zum einen an den geringen Unterrichtsstunden im Bereich Kommunikation und Gesprächsführung in der Kran-

kenpflegeausbildung liegen. Zum anderen läßt sich vermuten, daß viele Pflegekräfte das Führen von Gesprächen nicht als eine direkte pflegerische Handlung erkennen, die man ebenso erlernen muß wie pflegetechnische Maßnahmen. Jeder führt Gespräche, und mit zunehmender Berufs- und Lebenserfahrung gewinnen Pflegekräfte mehr Sicherheit darin. Welche Qualität diese Gespräche haben, bleibt unersichtlich. Aussagen wie die einer Pflegekraft, daß das Gefühl und das Verständnis, um Gespräche zu führen, „so ein bißchen angeboren, so eine Vererbungssache in Anführungsstrichen“ ist, bestätigen die Annahme, daß für viele Pflegekräfte das Führen von Gesprächen scheinbar nicht erlernt werden muß.

Noch deutlicher tritt das Defizit bei der Frage nach dem Erwerb von Beratungskompetenzen hervor. Pflegekräfte ohne psychiatrische Zusatzausbildung haben keinerlei bzw. nur wenig Kenntnisse in Bezug auf die Beratung. In der Krankenpflegeausbildung ist Beratung kein Thema. Die Pflegekräfte mit psychiatrischer Zusatzausbildung, von denen sich zwei als ausreichend für Beratung qualifiziert einschätzten, waren der Meinung, daß Fortbildungen alleine nicht ausreichten, um die Kenntnisse der Beratung in die Praxis umzusetzen. Sie wünschten sich vermehrt Übungsmomente, entweder an einem konkreten Beispiel Beratungstechniken zu erlernen, einen ‚Profi‘ über einen längeren Zeitraum zu begleiten oder in ein bestehendes Team hineinzuwachsen, in das eine kompetente Mitarbeiterin die Pflegekraft einarbeiten würde.

Wie können sich Pflegekräfte der Psychiatrie für die Beratung qualifizieren?

Obwohl die Beratung ein Aufgabenfeld der psychiatrischen Pflege ist und auch die befragten Pflegekräfte dieser Aussage zustimmten, hat dieser Bereich noch keinen sicheren Platz eingenommen. Es ist anzunehmen, daß die Schwierigkeit bezüglich der praktischen Umsetzung der Beratung in der Pflege an der fehlenden Etablierung festzumachen ist. Daraus könnte sowohl die mangelnde theoretische als auch praktische Ausbildung in diesem Bereich resultieren. Daher stellt sich die Frage, wie Pflegekräfte hinreichend für Beratungstätigkeiten qualifiziert werden

können. Fort- und Weiterbildung können sicher einen Grundstock zur theoretischen Ausbildung darstellen, jedoch fehlt meist die praktische Anleitung im Arbeitsalltag. Pflegekräfte haben selten die Möglichkeit, durchgeführte Beratungen zu evaluieren und so auf ihre Qualität hin zu überprüfen. Weiterhin ist anzunehmen, daß Beratung nicht alleine durch Berufs- und Lebenserfahrung erlernbar ist. Es ist denkbar, daß Pflegekräfte im Laufe ihres Berufslebens auf verschiedene und schwierige Situationen reagieren mußten. Dementsprechend erschienen ihnen viele Situationen bekannt. Sie könnten auf einen möglicherweise reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen und fühlten sich deshalb in den meisten Situationen sicher. Gerade für die Beratung muß diese erworbene Sicherheit ergänzt werden durch systematische Ausbildung und praktische Anleitung.

b) Ergebnisse zur Beratung in der stationären somatischen Pflege [3]

Ausgehend von der These, daß Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist, vermutete ich, daß dies von Pflegekräften des stationären somatischen Bereiches nicht so klar gesehen wird. Fokus meiner Untersuchung waren dementsprechend die Fragen: „Wird Beratung als Arbeitsauftrag gesehen?“ und „Fühlen sich die Pflegekräfte einer solchen Aufgabe gewachsen?“.

Auswahlkriterien für die InterviewteilnehmerInnen waren die abgeschlossene dreijährige Krankenpflegeausbildung ohne weitere Zusatzqualifikation und eine aktuelle Berufstätigkeit ausschließlich auf allgemeinen Pflegestationen.

Die nun folgende Darstellung der Untersuchungsergebnisse orientiert sich an den von mir während der Analyse des Datenmaterials aufgestellten Kategorien. Diese werden jedem Abschnitt in Frageform vorangestellt.

Kategorie 1: Was verstehen Pflegekräfte unter Beratung?

Unter diesem Begriff verstehen die befragten Pflegekräfte zunächst das Vermitteln von Informationen oder das Erklären von fachspezifischen Fragen oder aber eine in speziellen Institutionen erbrachte Dienstleistung. Den Pflegekräften erscheint der Beratungsbegriff in Bezug auf die kommunikativen Anteile ihrer eigenen Arbeit sehr fremd. Dies können sie nicht miteinander in Verbindung bringen und bevorzugen zum Beschreiben ihrer Gespräche mit Patienten Begriffe wie ‚Schwätzchen halten‘, ‚Hilfe geben‘ oder ‚auf den Patienten eingehen‘. Diese Bezeichnungen entsprechen besser ihrer persönlichen Beziehung zum Patienten. Dies läßt vermuten, daß die inhaltlichen Dimensionen des Beratungsbegriffes nicht bekannt sind, was wohl u.a. an seiner noch recht seltenen Verwendung in Verbindung mit der Pflege zu liegen scheint.

Kategorie 2: Wie ordnen Pflegekräfte diesen Aspekt ihrer Tätigkeit unter professioneller Sichtweise ein?

Nachdem den Pflegekräften drei Beratungsformen – Alltagsberatung/gespräch, psychosoziale Beratung [4], klinische Beratung (vgl. Belardi 1996,

Anzahl der geführten Interviews	12
Alter der Befragten	zwischen 22 und 41 Jahren
Geschlecht	10 x weiblich 2 x männlich
Berufserfahrung seit Examen	zwischen 1,5 und 17 Jahren
berufliche Position	Krankenschwester/-pfleger im Stationsdienst
Fachrichtung	6 x Pneumologie 2 x HNO 1 x Allgemeinchirurgie 1 x allgemeine Innere Medizin 1x Gynäkologie/Geburtshilfe 1 x Neurologie

34ff.) – vorgestellt wurden, sollten sie die von Ihnen geführten Gespräche diesen Begriffen zuordnen. Von einem Drittel der Befragten wird ausschließlich die Alltagsberatung genannt, während ein weiteres Drittel sich ausschließlich bei der psychosozialen Beratung wiederfindet. Das letzte Drittel sieht sowohl Anteile der Alltagsberatung, der psychosozialen Beratung, aber auch z.T. der klinischen Beratung in der eigenen Arbeit.

Hierbei läßt die starke Betonung der Alltagsberatung zwei Schlüsse zu. Zum einen muß gefragt werden, ob in Gesprächen mit Patienten und Angehörigen nicht der Wert gesehen wird, den diese ihren Fragen an das Pflegepersonal beimessen (vgl. u.a. Cassier-Woidasky 1998) und der für eine deutliche Positionierung der Pflege als eigenständiger Profession wichtig ist (vgl. Seidl 1993, 102). Andererseits läßt sich vermuten, daß viele Beratungsanfragen von Pflegekräften als für sie alltäglich angesehen werden und sie so zu dieser Zuordnung kommen. Dies läßt verschiedene Schlüsse zu. Der wichtigste scheint zu sein, daß Pflegekräfte oft den Berufsalltag nicht vom alltäglichen Privatleben – das berufliche Verhältnis zum Patienten nicht vom persönlichen Verhältnis zum Patienten – trennen. Wäre dem so, müßte dies wiederum bedeuten, daß die kommunikativen Anteile der pflegerischen Arbeit nicht primär als berufliches Geschehen bewertet werden, sondern als ‚privater Bereich‘ im Berufsleben. Dies deutet auf eine mangelnde Reflexion der eigenen beruflichen Rolle hin.

Kategorie 3: Liegen Beratungsanfragen im pflegerischen Verantwortungsbereich?

Die befragten Pflegekräfte werden mit vielen Beratungsanfragen konfrontiert. Nahezu alle im Krankenhaus vertretenen und mit der Pflege kooperierenden Berufsgruppen und natürlich Patienten und Angehörige wenden sich mit spezifischen Anfragen an sie.

Zuständig fühlen sie sich jedoch nur für Anfragen von Patienten/Angehörigen und aus der eigenen Berufsgruppe. Dies gilt jedoch auch nicht uneingeschränkt, da nur be-

stimmte Themen als dem eigenen Arbeitsauftrag zugehörig angesehen werden. Bezogen auf Kollegen aus der eigenen Berufsgruppe sind hier in erster Linie der arbeitsbezogene Informationsaustausch und der Austausch über problematische Arbeitssituationen zu nennen.

Mit Ausnahme der von Aufklärungsgesprächen über bevorstehende Untersuchungen und die nach dem Krankenhausaufenthalt anstehende häusliche Versorgung fühlen sich die Pflegekräfte für alle Anfragen von seiten der Angehörigen und Patienten verantwortlich. Allerdings werden diesen Beratungsaufgaben unterschiedliche Wertigkeiten – von ‚gehört halt dazu‘ bis zu ‚sehr wichtig‘ und ‚entscheidend für meine Berufswahl‘ – zugeschrieben. Dies zeigt, daß keine einheitliche Bewertung der genannten Beratungsaufgaben stattfindet und deshalb auch die Wahrnehmung dieser Aufgaben vom subjektiven Empfinden der einzelnen Pflegekraft abhängt. Ursachen hierfür scheinen persönliche Vorlieben für bestimmte Arbeitsaufgaben, mangelnde Ausbildung in diesem Bereich und Überforderung durch belastende Gespräche zu sein. Weiterhin ist zu vermuten daß der hohe subjektive Grad der Bewertung von Beratung auch Auswirkungen auf die Annahme von Beratungsanfragen hat. Gerade bei Anfragen, die weniger das vorhandene Fachwissen abfragen, sondern menschliche Zuwendung erfordern, bleibt es der einzelnen Pflegekraft überlassen, ob sie sich dieser Aufgabe annimmt, sie weiterleitet oder gar nicht bearbeitet (vgl. Voß 1999, 32).

Kategorie 4: Wie wurde die vorhandene Beratungskompetenz erworben?

Pflegekräfte kommunizieren täglich mit den unterschiedlichsten Menschen, daher wird vorausgesetzt, daß sie in diesem Bereich über Kompetenzen verfügen. Die befragten Pflegekräfte geben jedoch alle an, diese Kompetenzen nicht im Rahmen ihrer Ausbildung erlernt zu haben. Die meisten Pflegekräfte nennen Lebens- und Berufserfahrung als „Lehrmeister“. Einige Pflegekräfte sehen diese Kompetenzen als ‚in die Wiege gelegt bekommen‘ an. Auch hier zeigt sich

erneut ein hohes subjektives Potential. Jede Pflegekraft macht andere Erfahrungen und geht damit ganz individuell um. Oft werden jedoch einmal gemachte Erfahrungen auf andere Situationen übertragen. An dieser Stelle vermischen sich die wertvollen Erfahrungen der Pflegekräfte mit einem Kardinalfehler der Beratung, nämlich diese nicht als einmalig, speziell und individuell zu sehen (vgl. Brunner/Schönig 1990, 155). Als geradezu gefährlich erscheint jedoch die Ansicht, daß kommunikative Kompetenzen angeboren seien. Wäre dies der Fall, könnten diese Kompetenzen nicht als professionsdefinierend betrachtet werden, da sie nicht erlernbar wären. Dies würde ebenfalls bedeuten, daß kommunikative Aspekte der Pflege nicht als Arbeit gesehen zu werden bräuchten und sie entsprechend auch nicht entlohnt werden müßten.

Kategorie 5: Wodurch werden Pflegekräften bei Gesprächen mit Angehörigen/Patienten Grenzen gesetzt?

Von diesem Punkt an bezogen sich die Ausführungen der Pflegekräfte ausschließlich auf Patienten- und Angehörigengespräche. Dies läßt die Vermutung zu, daß gerade diese Gespräche für die Pflegekräfte bedeutsamer sind als z.B. Gespräche mit kooperierenden Berufsgruppen.

Grenzen beim Führen dieser Gespräche erfahren die Pflegekräfte zum einen durch äußere Faktoren – Zeitdruck, rechtliche Unsicherheiten („was darf ich sagen?“) – aber auch durch personenimmanente Aspekte. Hierzu zählen in erster Linie mangelnde Kenntnisse über den eigenen Umgang mit belastenden Gesprächen. Daß die persönliche Belastung als zu stark empfunden wird, führt oft dazu, daß Beratungsanfragen von Patienten/Angehörigen einfach nicht bearbeitet werden. Auch hier zeigt sich, daß mit diesem Aspekt sehr subjektiv umgegangen wird. Je mehr ertragen werden kann, desto mehr wird beraten. Nicht erlernte Selbstreflexionsfähigkeit muß auch hier von den Pflegekräften aus Gründen des Selbstschutzes durch Subjektivität ersetzt werden.

**Kategorie 6:
Wie wichtig ist die Beziehung zum
Gesprächspartner beim Führen
beruflicher Beratungsgespräche?**

Die Intensität von Beratungen hängt für die Pflegekräfte sehr eng mit der Person des Ratsuchenden zusammen. Dies heißt, Beratung scheint nur dann im vom Ratsuchenden gewünschten Maß stattzufinden, wenn die Beziehung zu ihm als stimmig empfunden wird. Ist dies nicht der Fall, so fällt die Beratung ‚...schon etwas anders aus...‘. Erneut zeigt sich hier die große Subjektivität beim Führen von Beratungsgesprächen – diesmal bedingt durch Sympathie und Antipathie. Hier stellt sich die Frage, was passiert mit Angehörigen und Patienten, die einem ganzen Stationsteam unsympathisch sind?

**Kategorie 7:
Wie fühlen sich Pflegekräfte in
belastenden Gesprächssituationen?**

Die befragten Pflegekräfte fühlen sich, wenn es dann doch zu intensiven Beratungsgesprächen (z.B. über Tod, Krebs, allgemeine Ängste) kommt, oft hilflos, zwiespältig und überfordert. Dies liegt u.a. daran, daß sie für den Ratsuchenden etwas tun möchten, dessen Ergebnis für ihn und für sie selber sichtbar ist. Dieses Problemlösungsverhalten basiert vermutlich auf der sehr auf manuelle Pflegetätigkeiten ausgerichteten Ausbildung. Trotzdem erscheint es erstaunlich, daß Gesprächen kaum oder keine Wirkung zugesprochen wird. Für sich selbst empfinden die Pflegekräfte die Möglichkeit zum Gespräch in schwierigen Situationen nämlich sehr wohl als entlastend. Andererseits empfinden viele Pflegekräfte die geballten Emotionen eines solchen Gespräches als für sich selbst sehr belastend und wissen damit nicht umzugehen.

**Kategorie 8:
Wie verarbeiten Pflegekräfte
diese Belastungen?**

Hierbei wird von zwei Personen die für sie gegebene Möglichkeit zur Supervision als entlastend beschrieben. Alle anderen Pflegekräfte müssen auf individuelle Verarbeitungsmechanismen wie z.B. Gespräche im privaten Umfeld, eigene Fähigkeit zur Distanzierung aber auch die Möglich-

keit der Teilzeitarbeit zurückgreifen. Dies zeigt, daß dem größten Teil der Pflegekräfte von Seiten des Arbeitgebers keine Möglichkeit gegeben wird, berufliche Probleme am Ort des Entstehens zu bearbeiten. Sie werden mit diesen Belastungen alleine gelassen und müssen sich auf sich selbst verlassen. Dies scheint für einige ausreichend zu sein, andere jedoch leiden darunter sehr.

**Kategorie 9:
Welche Hilfen wünschen sich
Pflegekräfte, um mit diesen
Belastungen klarzukommen?**

Hierzu äußerten sich nur die Pflegekräfte, die mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht zufrieden waren (2/3 der Befragten). Diese würden die Möglichkeit zum vermehrten kollegialen Austausch, bevorzugt unter Anleitung einer professionellen Fachkraft, z.B. Supervisor, sehr begrüßen. Die Pflegekräfte scheinen also gut zu wissen, was ihnen potentiell helfen könnte, diese Belastungen zu verarbeiten. Erstaunlich erscheint jedoch, daß die Möglichkeit der eigenen Fort- und Weiterbildung nur von einer Person genannt wird. Dies könnte bedeuten, daß die Pflegekräfte durch die vielseitigen Belastungen ihres Berufes so beeinträchtigt sind, daß die Kraft fehlt, sich selbst um Abhilfe zu bemühen und Hilfen darum ausschließlich von Vorgesetzten eingefordert werden.

Abschließende Betrachtung

Beratung wird von Pflegekräften durchgeführt, wobei nicht klar herauskommt, ob dies als beruflicher oder eher persönlicher Auftrag im Rahmen der Pflege gesehen wird. Entscheidend ist jedoch, daß die befragten Pflegekräfte z.Zt. noch nicht in der Lage sind, Beratung professionell auszuüben. Hierzu fehlt es ihnen insbesondere an Fähigkeiten zur Reflexion des eigenen beruflichen Handelns und der eigenen Person. Dies führt dazu, daß Pflegekräfte Verdrängungsmechanismen einsetzen müssen, um die scheinbar unüberwindbare Lücke zwischen dem eigenen Anspruch, Beratung leisten zu können und dadurch gleichzeitig stark belastet zu sein, überwinden helfen (vgl. Schmidbauer 1992, 97). Hierbei entwickelt je-

de einzelne Pflegekraft subjektive Strategien, um diese Situation ertragen zu können. Dies spricht einerseits für ein hohes Maß an persönlicher Kompetenz in Bezug auf die Verarbeitung der individuell schwierigen Situation, betont jedoch die bereits mehrfach erwähnte Subjektivität und somit Unprofessionalität bezogen auf beruflich ausgeübte Beratungstätigkeiten.

**Untersuchungsübergreifende
Ergebnisse**

Wesentliche gemeinsame Erkenntnis unserer Studien ist, daß Beratung von Pflegekräften faktisch durchgeführt wird. Allerdings scheint Beratung in der Somatik weniger als offizieller Arbeitsauftrag betrachtet zu werden denn als persönlicher Auftrag für die einzelne Pflegekraft. Im Gegensatz dazu sehen die Pflegekräfte in der psychiatrischen Pflege die kommunikativen Anteile ihrer Arbeit schon als offiziellen Arbeitsbestandteil.

Desweiteren fühlt sich keine der befragten Pflegekräfte durch die allgemeine dreijährige Krankenpflegeausbildung für diesen Aspekt pflegerischer Arbeit genügend vorbereitet, wohingegen sich die Pflegekräfte mit psychiatrischer Fachweiterbildung zumindest theoretisch durch ihre Zusatzqualifikation für diese Aufgaben gewappnet fühlen. Für die in der somatischen Pflege tätigen Krankenpflegekräfte scheint dies auch nicht ganz so wichtig, da sie ihren beruflichen Schwerpunkt in der „manuellen“ Versorgung der Patienten sehen. Das Eingehen auf Beratungsanfragen wird eher als eine, durch ihre und die Persönlichkeit des Patienten/Angehörigen bedingte, private Zusatzleistung betrachtet. Darum erscheint ihnen die durch Lebens- und Berufserfahrung gewonnene Sicherheit bei Gesprächen mit Patienten/Angehörigen als Qualifikation ausreichend. Dies wird jedoch auch von einem großen Teil der psychiatrischen Pflegekräfte so gesehen.

Als paradox erscheint jedoch unter dieser Prämisse die Erkenntnis, daß viele Pflegekräfte Überforderungsmomente beschreiben, die in Zusammenhang mit dem Thema der Beratungsanfrage, äußeren Umständen (z.B. Zeitdruck, Funktionspflege ...) oder der

eigenen emotionalen Verfassung stehen. Während die meisten Pflegekräfte den genannten Aspekten ihre Überforderungsgefühle zuschreiben, vermuten wir jedoch weitere Ursachen. Beratung und erfolgreiche Kommunikation erfordern nicht nur theoretisches Wissen und praktische kommunikative Kompetenzen, sondern auch ein hohes Maß an professioneller Selbstreflexion. Diese scheint bei den meisten Pflegekräften nur sehr gering ausgeprägt zu sein, was ihnen jedoch auf keinen Fall alleine zur Last gelegt werden kann. Die allgemeine Krankenpflegeausbildung legt in ihrer derzeitigen Form nur wenig Wert auf die Entwicklung von Kompetenzen, die in erster Linie der Persönlichkeitsentwicklung zugeordnet werden können, z. B. den kritischen Umgang mit der eigenen Person und dem eigenen beruflichen Handeln. Selbst in der psychiatrischen Zusatzausbildung scheint diesem Bereich nicht der Stellenwert zugestanden zu werden, den wir ihm beimessen.

Wir sind aufgrund unserer Untersuchungen der Ansicht, daß Pflegekräfte durch diese Mängel in der Aus- und Fortbildung nicht ausreichend auf die kommunikativen Anteile ihres zukünftigen Aufgabenfeldes vorbereitet werden. Aus diesem Grund können ihnen diese Mängel nicht ausschließlich persönlich angelastet werden. Trotzdem sind sie vorhanden und zeigen sich in erster Linie in einem subjektiven Umgang mit Beratungsanfragen. Diese werden unter anderem nach momentaner persönlicher Befindlichkeit, akutem Arbeitsaufwand oder eigener Betroffenheit durch das Beratungsthema mehr oder weniger oder gar nicht bearbeitet. Selbst wenn sie bearbeitet werden, geschieht dies vornehmlich aus Intuition, Lebens- und Berufserfahrung und nicht aus professioneller Beratungskompetenz. Auf Grund dieser Feststellungen kommen wir zu der Ansicht, daß Beratung in der Pflege zur Zeit in den wenigsten Fällen professionell geleistet werden kann.

Ausblick

Beratung wird von uns als eine zentrale Aufgabenstellung der Pflege betrachtet. Dies bedeutet jedoch nicht, daß sich insbesondere die somatische Pflege vollständig von ihren

manuell zu verrichtenden Tätigkeiten abzuwenden hat. Krankenschwestern können nicht ausschließlich Beraterin sein. Pflege beinhaltet weiterhin sowohl manuelle wie auch beratende und betreuende Aufgaben. Nichts desto weniger muß an der akuten Beratungssituation in der Pflege etwas geändert werden.

Lösungsvorschläge für das von uns beschriebene Dilemma müssen an verschiedenen Punkten ansetzen. Eine zentrale Stellung nimmt hierbei die Pflegeausbildung ein. Eine Neuordnung der Ausbildungsinhalte mit einer stärkeren Betonung, z. B. der Bereiche Gesprächsführung und Persönlichkeitsbildung wäre als erster Schritt sinnvoll. Auf den Grundlagen der Gesprächsführung ließe sich die Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Beratung aufbauen. Hierbei ist jedoch festzuhalten, daß theoretische Kenntnisse alleine keinen ausreichenden Lernerfolg garantieren. Eine Verzahnung von Theorie und Praxis, ein moderiertes und begleitetes ‚Lernen am Arbeitsplatz‘ ist demnach sinnvoll und notwendig. Weiterhin gehören persönlichkeitsbildende Elemente zum reflexiven Umgang mit der beruflichen Rolle in das Ausbildungsprogramm.

„Für die Berufsausbildung muß deutlich sein, daß Kompetenzen zu erwerben, zu erhalten, zu fördern, zu reflektieren und situationsgerecht zu verändern als dynamischer, lebenslanger Entwicklungsprozeß zu sehen ist.“ (Gauss 1996, 115). Dies wird auch von führenden Pflgetheoretikerinnen erkannt. So ist z.B. für Peplau (vgl. Roth-Langhorst 1998) die Förderung der Pflegekraft zur reifen Persönlichkeit eine Aufgabe der Pflegeausbildung sowie des beruflichen Pflegealltags. Da eine solche Neuordnung der Ausbildung nur auf politischem Wege geschehen kann und meist mit einem großen Zeitaufwand verbunden ist, wird damit in Kürze nicht zu rechnen sein. Es stellt sich aus diesem Grund die Frage, welche akuten Ansatzpunkte sich heute schon bieten. Dies ist des weiteren von Bedeutung, weil es nicht ausschließlich um zukünftig Auszubildende gehen kann, sondern auch die aktuell in der Pflege arbeitenden Mitarbeiter in diesen Veränderungsprozeß einbezogen werden müssen.

Für diese Pflegekräfte bieten sich gezielte Fort- und Weiterbildungen in Form von Fachberatung und Praxisanleitung (natürlich auch in der Ausbildung) an. Was ist unter dem Begriff Fachberatung zu verstehen? Wir verstehen darunter, daß Pflegekräfte mit entsprechender Aus- und Weiterbildung ihr Wissen an andere Pflegekräfte weitergeben. Dabei sollten jedoch nicht die Kontrolle und die Fehler einer Pflegenden im Vordergrund stehen, sondern ein gegenseitiges Lernen und gemeinsames Reflektieren gemachter Erfahrungen, um sich professionell weiterentwickeln zu können. Pflegenden bekommen in der Regel selten Gelegenheit, ihre Leistungen zu betrachten und zu beurteilen. Allerdings ist hierfür ein großes Maß an Vertrauen und Offenheit Voraussetzung. Um es noch einmal deutlich zu sagen: Eine Fachberatung dient einzig und alleine dazu, eigene Schwierigkeiten in Beratungssituationen zu erkennen, zu besprechen, daran zu arbeiten und zu lernen und nicht der Kontrolle.

Wer ist dafür verantwortlich, daß Pflegekräfte sich Fort- und Weiterbildungen in Form von Fachberatung und Praxisanleitung oder bekannten Weiterbildungsmodellen stellen? Diese Frage erscheint uns nicht eindeutig beantwortbar. Einerseits sehen wir, daß Pflegekräfte in ihrem Berufsalltag vielfältigen Belastungen ausgesetzt sind. Nichts desto weniger wollen wir sie nicht vollständig aus ihrer Eigenverantwortlichkeit entlassen. Viele Pflegekräfte beklagen sich, daß zu wenig Fortbildungen angeboten würden; andererseits werden viele Fortbildungen mit psychosozialen Themen aufgrund mangelnden Interesses von der Angebotsliste wieder gestrichen. Hier fordern wir mehr Eigeninitiative der Pflegekräfte bei der Wahrnehmung der bereits bestehenden Angebote.

Auf der anderen Seite wollen wir auch leitende Pflegepersonen, z.B. Pflegedienstleitungen, in die Verantwortung nehmen. Wenn ihre Mitarbeiter durch die starke Arbeitsbelastung gehemmt werden, sich fort- und weiterzubilden, liegt es im Aufgabenbereich der Leitung, das Bewußtsein für die Notwendigkeit solcher Weiterbildungen zu vermitteln und verstärkt

für die Teilnahme zu werben. Weiterhin müssen sie auch Möglichkeiten zur Verfügung stellen, ihren Mitarbeitern zu einer verstärkten Reflexion ihrer beruflichen Tätigkeit zu verhelfen. Dies könnte unabhängig von inhaltlichen Weiterbildungen über ein verstärktes Angebot an Supervision oder kollegialer Beratung/Intervision (vgl. Ostbomk-Fischer 1998) geschehen. Dies würde den Wünschen der von uns befragten Pflegekräften sehr entgegenkommen und gleichzeitig unserer Forderung nach einem verstärkten Angebot persönlichkeitsentwickelnder Maßnahmen Rechnung tragen. Allerdings können Supervisions- und Interventionsangebote nur unterstützend eingesetzt werden. Sie können und dürfen eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung im Bereich ‚Beratung in der Pflege‘ nicht ersetzen.

Die von uns vorgestellten Anregungen können nur der Anfang für ein verändertes Umgehen mit dem ‚Thema Beratung in der Pflege‘ sein. Wir hoffen, der aus unserer Sicht bis jetzt noch recht leisen Diskussion um dieses Thema zu etwas mehr Lautstärke verhelfen zu haben und sind gespannt auf die zukünftigen Entwicklungen in diesem Bereich.

Christel Knelange Diplom-Pflegewirtin

Martin Schieron, Diplom-Pflegewirt

*Fachhochschule RWL
Immanuel-Kant-Str. 14-20,
44803 Bochum*

Anmerkungen

- [1] An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, daß die Auswahl der männlichen oder weiblichen Schreibweise in diesem Artikel zufällig erfolgt. Das jeweils andere Geschlecht wird dabei nicht ausgeschlossen.
- [2] Christel Knelange, Beratung – ein Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege, unveröff. Diplomarbeit am FB Pflege der Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum 1999
- [3] Martin Schieron: Der Stellenwert der Beratung in der stationären somatischen Pflege – Eine Untersuchung zu Aufgaben und Belastungen des Pflegepersonals, unveröff. Diplomarbeit am FB Pflege der Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Bochum 1999
- [4] ‚Psychosoziale Beratung‘ wird von uns gleichgesetzt mit dem in Abschnitt 2 beschriebenen Beratungsbegriff. Im Zusammenhang mit meiner Befragung diente der Zusatz ‚psychosozial‘ insbesondere der Abgrenzung zu Alltagsberatung/-gespräch und klinischer Beratung/Psychotherapie.

Literatur:

Belardi, N. et al. (1996) Beratung – Eine sozialpädagogische Einführung; Weinheim.

Brunner, E.J./Schönig, W. (Hrsg.) (1990): Theorie und Praxis von Beratung – Pädagogische und psychologische Konzepte, Freiburg im Breisgau.

Cassier-Woidasky, A.-K. (1998): Was erwartet die Bevölkerung von ihrem Krankenhaus?: in *Pflege* 5/98, S. 248-254

Dorsch, F. (1982): Psychologisches Wörterbuch; Stuttgart.

Kunze H./Kaltenbach, L. (1992): Psychiatrie-Personalverordnung; Köln.

Mayring, P. (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung; Weinheim.

Nestmann, F. (Hrsg.) (1997): Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis; Tübingen.

Ostbomk-Fischer, E. (1998): Kollegiale Supervision: in *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 3/98, S. 181-187

Rogers, C.R. (1983): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie; Frankfurt am Main.

Roth-Langhorst, H. (1998): Persönlichkeitsentwicklung als zentrale Aufgabe: in *Altenpflege* 1/98, s. 39-42.

Schädle-Deiningner, H./Villinger, U. (1996): Praktische Psychiatrische Pflege; Bonn.

Schmidbauer, W. (1992): Hilflöse Helfer – Neuauflage, Reinbek bei Hamburg.

Seidl, E. (1993): Betrifft: Pflegewissenschaft Band 1, Wien-München-Bern.

Voß, A. (1999): Gesprächsführung mit Patienten: in *Mabuse* 117 (Januar/Februar 1999), S. 32-34.