

# Beratung in der Pflege – eine Skizze \*

Ursula Koch-Straube

**Beratung ist historisch und pflegetheoretisch ein wichtiger Aufgabenbereich professioneller Pflege. Im pflegerischen Alltag werden immer wieder Beratungskompetenzen benötigt. Dennoch gibt es nicht genügend Aufmerksamkeit für die Entwicklung solcher Kompetenzen.**

**Engl. Abstract** – In care history and nursing theory counselling is an important domain of professional nursing. Counselling competences are needed in every nursing interaction. Yet there is not sufficient attention to the development of such competences.

## Übersicht

- Verluste im Laufe der Geschichte
- Anforderungen in Pflegemodellen und Pflegetheorien
- Beratung in der Pflege
- Beratung im Alltag der Pflege

Beratung in der Pflege: ein Nebenschauplatz, eine Selbstverständlichkeit, ein zentraler Bereich der Pflege? Stelle ich mich – zum Beispiel auf einer Tagung – mit dem Schwerpunkt meiner Professur „Beratung und Supervision vor“, so muß ich dies nicht selten erläutern. Den meisten Fachfremden, aber auch manchen Kolleginnen/Kollegen erscheint es nicht unmittelbar einleuchtend, einen Fokus innerhalb der pflegewissenschaftlichen Studiengänge auf Beratung zu richten. Entweder sind Gespräche führen, beraten, anleiten, gut zureden, trösten, informieren ohnehin die Begleitmusik jedweden pflegerischen Handelns und bedürfen aus diesem Grunde keiner besonderen Beachtung oder – das andere Extrem – Beratung ist Aufgabe von Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Psychologen, Psychotherapeuten, Seelsorgern und auch Ärzten.

So wird auch andernorts, in anderen Pflegestudiengängen, das für die Pflege als notwendig erachtete Maß an Gesprächsführungs- bzw. Beratungskompetenz von Nachbardisziplinen, wie der Sozialarbeit/Sozialpädagogik eingekauft und dort von Psychologen, Psychotherapeuten oder Sozialarbeitern/Sozialpädagogen mit Zusatzausbildung unterrichtet. Aber kann das ausreichend sein? Trifft eine solche Konstruktion die spezifischen Belange der Pflege?

## Verluste im Verlaufe der Geschichte

Ein Blick zurück in die Geschichte der Pflege zeigt uns, daß Pflegende – z.B. als weise Frauen oder später ab dem 19. Jahrhundert als Angehörige eines diakonieorientierten Krankenpflegesystems – neben körperbezogenen Handlungen wie Wunden verbinden, Medizin verabreichen, waschen und kleiden, Ratgeberinnen ihrer Patienten waren und ihnen in schwierigen Lebenssituationen Beistand leisteten. Bis in die jüngste Geschichte reichen unsere Erfahrungen mit Gemeineschwesterinnen, die in ihren überschaubaren Bezirken geachtete „Institutionen der Pflege“ darstellten und die ihre Patienten, ihre Lebenslagen, ihr soziales Umfeld so gut kannten, daß sie den Kranken und ihren Familien mit Rat und Tat weit über körperbezogene Handlungen zur Seite standen.

Doch insgesamt hat sich bereits im 19. Jahrhundert, mit der Trennung der Heilkunde in ärztliche und nicht-ärztliche Berufe und der Unterordnung der Pflege unter die Medizin schleichend der Abschied von Sichtweisen der Heilung als einem ganzheitlichen Prozeß vollzogen. (vgl. Bischoff-Wanner 1997). In dem Maße, in dem sich die Medizin zu einer naturwissenschaftlich-technischen Disziplin entwickelte, waren Pflegende dazu aufgefordert, den „Rest“ zu übernehmen, nämlich Verständnis für die Kranken zu zeigen und emotionalen Beistand zu leisten. Die Handlungsspielräume wurden jedoch von

den medizinischen Erfordernissen bestimmt, ihnen untergeordnet. Ihnen wurde auch aus einem anderen Grunde keine eigenständige Bedeutung zugemessen: „Die für die emotionale Begleitung notwendigen Tugenden – Geduld, Einfühlungsvermögen, Fürsorglichkeit, Anteilnahme und Wärme – werden, in Übertragung privater und familiärer Beziehungsmuster, als wesentlicher Teil der Persönlichkeitsstruktur von Frauen angesehen und nicht dem beruflichen Arbeitsvermögen zugeordnet. Sie sind nicht Teil der erworbenen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten, sondern sie werden, als Zugabe oder Dreingabe selbstverständlich von Frauen geleistet und von anderen erwartet.“ (Koch-Straube 1997, S. 363; vgl. auch Bischoff 1992). Gehört ein solches Denken gänzlich der Vergangenheit an?

## Anforderungen in Pflegemodellen und Pflegetheorien

Die im angelsächsischen Raum entwickelten Pflegetheorien und -modelle, und hier ganz besonders die interaktionsorientierten (wie u.a. King, Travelbee, Benner, Orlando) sprechen jedoch eine andere Sprache. Sie stellen die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten in den Mittelpunkt pflegerischen Handelns. So schreibt zum Beispiel Meleis über die Theorie von King: „King behandelte Fragen zum Wesen der Interaktionsprozesse, die zur Zielerreichung führen und Fragen nach der Bedeutung der jeweiligen Zielsetzung für

das Erreichen der Pflegeziele. (... ) Sie (die Annahmen der Theorie; Anm. der Verf.in) beziehen sich auf die Bedeutung der Beteiligung von Patientinnen und Patienten an ihrer pflegerischen Versorgung, aber auch auf den Prozeß der Entscheidungsfindung, auf die Wichtigkeit der Zusammenarbeit und die humanitäre Seite der Pflegekraft-Patient-Begegnung. Es ist außerdem wichtig festzustellen, daß Kings Annahmen auch die Wahrnehmungen, Ziele, Bedürfnisse und Werte der Pflegekraft umfassen, nicht nur die der Patientin oder des Patienten und davon ausgegangen wird, daß diese den Interaktionsprozeß, aber auch die Ergebnisse beeinflussen.“ (Meleis 1999, S. 520).

Hier wird exemplarisch deutlich, ohne auf eine differenzierte kritische Auseinandersetzung mit den einzelnen Theorien eingehen zu können, daß zur Zielerreichung Beratung dringend erforderlich ist. Aber was soll eigentlich unter Beratung im allgemeinen und Beratung in der Pflege im besonderen verstanden werden?

## Beratung – in der Pflege

Anders als in den USA, wo es anerkannte Ausbildungs- und Anerkennungsprogramme für Beratung an Colleges und Universitäten gibt und Counseling eine Spezialdisziplin der psychologischen Professionen geworden ist (vgl. Nestmann in Nestmann 1997, S.161) stellt sich in Deutschland die Beratung eher als die „kleine Schwester der Therapie“ dar, die ihre Konzepte und das methodische Repertoire aus den therapeutischen Schulen ableitet. In der neueren Diskussion sind jedoch verstärkt Bemühungen zu erkennen, die „Beratung vom Beigeschmack der ‚kleinen Therapie‘ zu befreien.“ (vgl. Nestmann, a.a.O., S.15). Nestmann definiert Beratung als eine „professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozeß der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psychosoziale Ressourcen und sozialökologische und -ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten

und aufeinander zu beziehen. Ziel psychosozialer Beratung ist es, die Entfaltung von Einzelnen in formellen und informellen sozialen Systemen zu ermöglichen; selbstbestimmtes und selbstkontrolliertes Gestalten von Alltag und Leben, die Bearbeitung ihrer Anforderungen und die Nutzung ihrer Entwicklungschancen zu sichern sowie Belastungen und Krisen zu verhindern, möglichst früh anzugehen sowie deren Folgen für Personen und Systeme konstruktiv zu bewältigen.“ (Nestmann, a.a.O. S. 33-34).

Hier finden sich „Stichworte“ aus interaktionistischen Pflege-theorien wieder, wie zum Beispiel der gemeinsame Prozeß des Aushandelns, Ressourcenorientierung, Krisenbewältigung, Selbstständigkeit, Prävention. Und ohne Mühe – jedoch mit anderen Schwerpunktsetzungen und Ergänzungen – läßt sich diese Beschreibung von Beratung als Folie über die Erfordernisse von Pflege legen.

In den USA entdeckte Watkins (vgl. Nestmann, a.a.O. S. 162-163) neben den klassischen Tätigkeitsfeldern von BeraterInnen auch Community-Health-Zentren, Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken, ambulante Dienste der Gesundheitsversorgung und Medical Schools.

## Beratung im Alltag der Pflege

Im Brennpunkt dieses Aufsatzes soll jedoch nicht die Spezialtätigkeit einer zur Beraterin, zum Berater ausgebildeten Pflegekraft stehen, sondern die Beratung im Verbund alltäglichen Pflegens und im Rahmen spezifischer Pflegeaufgaben. Anlässe und Notwendigkeiten gibt es genug, auch wenn sie im Pflegealltag meist nicht wahrgenommen oder aufgegriffen werden: die verbal oder non-verbal geäußerten Ängste vor der Operation, die Sorge um die nicht mehr ausreichend versorgte Familie oder die versäumte Arbeit, die Hemmungen und Schwierigkeiten, sich im Medizinbetrieb zurechtzufinden, die Furcht vor der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, ganz besonders bei Behinderungen und chronischen Krankheiten, (... ).

Zuhören und tröstende Worte (die Beistand signalisieren) oder gute Ratschläge, als die gängigsten interaktiven Reaktionen von Pflegenden (vgl. Koch-Straube 1997) können hilfreich sein, reichen jedoch nicht aus. Sie bleiben an der Oberfläche und beziehen den Menschen in seiner besonderen Lebenssituation, in seinem vielfältigen Eingebundensein in seiner Lebenswelt außerhalb der Institution, seine biografischen Prägungen und seine Zukunftserwartungen nicht ein.

An einem Beispiel – an der Schnittstelle zwischen Kranken- und Altenpflege verortet – möchte ich dies verdeutlichen: Frau Mehring, 82 Jahre alt, liegt wegen der Folgen eines Oberschenkelhalsbruches im Krankenhaus. Ärzte, Pflegenden und Sozialdienst kommen zu der Überzeugung, daß eine direkte Übersiedlung ins Pflegeheim unumgänglich ist. Die Angehörigen werden über die Einschätzung informiert und stimmen unter dem Gewicht der professionellen Argumente trotz leisen Zweifels zu. Der Krankenhaus-Sozialdienst ist bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz behilflich und erfolgreich. Frau Mehring – geschwächt durch Krankheit und leicht desorientiert – wird in den Entscheidungsprozeß nur in der Weise wahlmeinenenden Informierens und Zuredens involviert. Frau Mehring zieht zum festgesetzten Zeitpunkt in das Pflegeheim um und teilt das Zimmer mit einer ihr gänzlich unbekanntem Frau.

Die hier knapp skizzierte Art und Weise einer Übersiedlung in ein Pflegeheim ist Normalität, das Räderwerk der institutionellen Abläufe funktioniert. Doch wo finden wir die Unterstützungsleistungen für die Patientin bzw. Bewohnerin und ihre Angehörigen, um diese plötzliche und einschneidende Umwälzung im Lebensgefüge persönlichkeitsorientiert und sozialökologisch zu entscheiden und zu bewältigen? Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim wären und sind enorme Anstrengungen erforderlich, die das Appellieren an Vernunft und Einsicht oder die freundliche Begrüßung im Pflegeheim, die gut gemeinten Fragen nach Gewohnheiten und besonderen Wünschen und die zuvorkommende Rücksichtnahme in den ersten Tagen und

Wochen bei weitem übersteigen. Auch das (einmalige) Ausfüllen der Rubrik „Biographie“ in der Pflegedokumentation reicht nicht aus.

Ist hier nicht dezidiert und gezielt Beratung gefragt, die selbstverständlich Information und Anleitung von Patienten, Bewohnern und Angehörigen beinhaltet, aber wesentlich auch bio-psycho-soziale Bewältigungshilfen? Gerade im Vollzug der alltäglichen Begegnungen und Hilfestellungen liegt die besondere Chance der Pflege darin, in minimaler, aber gleichwohl wirkungsvoller Weise diese Unterstützung zu leisten. Die vergleichsweise (mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen) zeit- und beziehungsmaßig hohe Dichte des Kontaktes, die teilweise lange Dauer der Pflege, die Körperorientierung, die Konfrontation mit existentiellen Fragen, diese Mischung der Faktoren prädestinieren zu beratendem Tätigsein. (Nicht jedoch übersehen werden darf, daß aus diesen Besonderheiten auch Schwierigkeiten erwachsen, die zu Grenzen der Beratung durch Pflegende führen.)

Den Fragen, den Ängsten, den Hoffnungen, die die Atmosphäre von Krankenhäusern und Pflegeheimen oder auch die ambulante Pflege prägen, können die Pflegenden ohnehin nicht ausweichen, sie sind allgegenwärtig. Sie können sie nur bei sich selbst oder bei ihren Partnerinnen in der Pflege zu unterdrücken versuchen, letztlich jedoch zur psychischen Beschädigung für beide Seiten.

Das entwickelte Beispiel – Beratung an der Schnittstelle Krankenhaus und Pflegeheim – einschließend, aber auch darüber hinausweisend, können wir noch andere Orte der Beratung in

der Pflege entdecken. Sie sollen im Rahmen dieser Skizze nur noch angedeutet werden. Beratung ist Teil und Methode des Pflegeprozesses, des Case Management, der Überleitungspflege, der Arbeit mit Angehörigen. Wir begegnen ihr zwangsläufig in der Krisenintervention, der Sterbebegleitung. Beratung wird im Gesundheitsstrukturgesetz, in der Pflegepersonalregelung und im Pflegeversicherungsgesetz als pflegerische Leistung beschrieben.

Beratungskompetenzen werden darüber hinaus in der Führung und Begleitung von MitarbeiterInnen dringend gebraucht. Eine Weiterentwicklung über personen- und gruppenzentrierte Beratung hinaus, stellt die Organisationsberatung dar, zu der Pflegende, auf dem Hintergrund des Zieles einer weiteren Professionalisierung, Zugang finden müssen.

Die Pflegenden, das zeigt der Beitrag von Knelange und Schieron (in diesem Heft)\*\* sind sich ihrer Aufgabe, mit ihren Klienten hilfreiche Gespräche zu führen und sie zu beraten, im allgemeinen durchaus bewußt. Doch sie sind darin sehr verunsichert: durch restringierende Rahmenbedingungen, durch Mängel und Lücken in der Ausbildung, durch die unzureichende theoretische Fundierung der Beratung generell und der Beratung in der Pflege im besonderen, durch fehlende Vorbilder und durch vermißte professionelle Begleitung dieser Tätigkeit. Denn wer bio-psycho-soziale Beratung übernehmen will oder soll, braucht selbst ein offenes Ohr für das, was ihm an Fragen, Problemen und Grenzen begegnet. Er braucht professionelle Unterstützung, zum Beispiel durch Supervision.

*Prof. Dr. Ursula Koch-Straube*  
Ev. Fachhochschule RWL,  
Immanuel-Kant-Str. 14-20,  
44803 Bochum

\* Ein Buch zum Thema „Beratung in der Pflege“ werde ich Anfang 2001 im Verlag Hans Huber (Bern) veröffentlichen.

\*\* Siehe auch den Beitrag von Kerk-siek aus Patientensicht; die Redaktion.

## Literatur

**Bischoff, C. (1992):** Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrollen und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main.

**Bischoff-Wanner, C. (1997):** Berufskonstruktion der Krankenpflege im 19. Jahrhundert. In: Bundesausschuß der Länderearbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (Hrsg.): Bildung und Pflege. Stuttgart.

**Koch-Straube, U. (1997):** Fremde Welt Pflegeheim. Bern.

**Meleis, A. I. (1999):** Pflegetheorie. Bern.

**Nestmann, F. (1997):** Beratung als Ressourcenförderung. In: Nestmann F. (Hrsg.): Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis, Tübingen.

**Nestmann, F. (1997):** Big Sister ist Inviting You – Counseling and Counseling Psychology. In: Nestmann, F. (Hrsg.) a.a.O..

**Ziegler, Sh. M. (1997):** Theoriegeleitete Pflegepraxis. Wiesbaden.