

**Untersuchung zum Stand der Beratung
von Angehörigen in der Kinderkrankenpflege
- Konsequenzen für die Fortbildung**

Diplomarbeit an der Ev. Fachhochschule
Rheinland-Westfalen-Lippe
im Studiengang Pflege

von
Julia Koch

Referent: Prof. Dr. Koch-Straube
Koreferent: Prof. Dr. Kunstmann

Bochum, 10. Februar 2005

Für meine Lieblingskommilitoninnen,
mit einem Zwinkern zu `Du-weißt-schon-wem'¹!

¹ Vgl. Rowling, Joanne K. (1998): Harry Potter und der Stein der Weisen. Hamburg: Carlson

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	1
2 Problemaufriss	5
2.1 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im historischen Kontext	5
2.2 Das Berufsprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	7
2.3 Fragestellung	9
3 Das Verständnis der Beratung	10
3.1 Beratung in der Pflege	10
3.1.1 Beratung in der Pflege als Aufgabe von Pflegenden	11
3.1.2 Theoretische Grundlage	12
3.1.3 Definition von Beratung	13
3.1.4 Ziel von Beratung in der Pflege	16
3.2 Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	17
3.2.1 Literaturüberblick	19
3.2.2 Kritische Stellungnahme	22
4 Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	24
4.1 Zielsetzung und Fragestellung	25
4.2 Die Evaluation	26
4.2.1 Die Einrichtung	28

4.2.2	Die Teilnehmende Beobachtung	30
4.2.2.1	Methode	30
4.2.2.2	Auswertung	32
4.2.2.3	Ergebnisse	33
4.2.3	Das Gruppengespräch	44
4.2.3.1	Methode	44
4.2.3.2	Auswertung	46
4.2.3.3	Ergebnisse	47
4.3	Diskussion der Ergebnisse	59
5	Konsequenzen für die Fortbildung	68
5.1	Baustein 1: Familienbezogene Sichtweise als professionelle Grundlage in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	70
5.2	Baustein 2: Kommunikation – Konzepte und Modelle	74
5.3	Baustein 3: Klientenzentrierte Gesprächsführung	77
5.4	Baustein 4: Leiborientierte Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	79
6	Zusammenfassung der Arbeit	82
	Anhang 1	V
	Anhang 2	VI
	Literaturverzeichnis	VII

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Räumliche Dimensionen der Beobachtungen.....	34
Abbildung 2: Häufigkeit des Auftretens der Kategorien (n=193) in der gesamten Beobachtung	35
Abbildung 3: Beziehungsgefüge zwischen Kinderkrankenschwester, Eltern und Kind (<i>Knigge-Demal 1994, S.427</i>).....	71
Abbildung 4: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (<i>Friedemann 1996, S.1</i>)	73
Abbildung 5: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (<i>Schulz von Thun 1992, S.30</i>)	76
Abbildung 6: Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (= Kontext) (<i>Petzold 1988A, S.85</i>)	80
Tabelle 1: Zeitliche Dimensionen der Beobachtungen.....	34
Tabelle 2: Beispiel 1	40
Tabelle 3: Beispiel 2	41
Tabelle 4: Beispiel 3	43

Abkürzungsverzeichnis

AKIK	Aktionskomitee Kind im Krankenhaus e.V. Bundesverband
B	Bruder
BeKD e.V.	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
G	Gesprächsleiterin
Iap	Institut für angewandte Pflegeforschung. Universität Bremen
K	krankes Kind
Kat	Kategorie
M	Mutter
O	Großmutter
RSK	Reichsverband der Säuglings- und Kleinkinderschwestern
S	Schwester
Vgl.	Vergleiche

1 Einleitung

„Nach Ansicht der Experten wird sich im Bereich der Beratung der größte Markt für Pflegende erschließen“ (*iap 2004, S.108*), heißt es in einem Artikel des Instituts für angewandte Pflegeforschung, in dem die Ergebnisse einer Delphi-Studie zum Thema „Innovative Potentiale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege“ vorgestellt werden.

Beratung ist eine originär pflegerische Handlung. Diese zeigt sich in der Definition von Pflege, die dieser Arbeit zugrunde liegen soll: „Pflege ist das Erkennen und Behandeln der menschlichen Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme auf der Grundlage des Aufbaus, der Entwicklung und der Gestaltung der professionellen Beziehung als Kern pflegerischer Arbeit.“ (*Engelke, Schreiner 2002, S.22*). Engelke und Schreiner haben hier die Definition der ‘American Nurses Association’ von Pflege² um die Ergebnisse des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ergänzt. Beratung als pflegerische Tätigkeit spiegelt sich in der Gestaltung der professionellen Beziehung wider. Der Diskussions- und Entwicklungsbedarf dieses wesentlichen Aufgabenbereiches von Pflege hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Gründe dafür sind unter anderem gesellschaftliche Prozesse, wie der Wandel der Rolle vom leidenden, unkundigen hin zum mündigen Patienten³, gesundheitspolitische Forderungen nach

² „Pflege ist das Erkennen (diagnosis) und Behandeln (treatment) der menschlichen Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme.“ (*Definition der ANA in: Bartholomeyczik 1999, S.158*).

³ Der Begriff Patient umfasst in dieser Arbeit kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen aller Altersstufen. Männliche, weibliche oder sächliche Sprachformen werden kontextbezogen unterschiedlich benutzt, es sind jedoch immer beide Geschlechter gemeint.

mehr Prävention⁴ und die durch die krisengeschüttelte Finanzierungslage des Gesundheitswesens entstandenen Veränderungen der Versorgungsstrukturen. Patienten und ihre Angehörigen müssen eigene Beiträge zur medizinischen und pflegerischen Versorgung aufbringen. Um dies in einem Rahmen leisten zu können, der ihren Erwartungen und Wünschen aber auch den medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten entspricht, benötigen sie Beratung.

Zusätzlich hat sich der Druck auf die Entwicklung von angemessenen Konzepten zur Beratung von Patienten und deren Angehörigen durch die normativen Veränderungen im 4. Krankenpflegegesetz – gültig seit dem 1.01.2004 – erhöht. Dort heißt es in § 3 Absatz 2, dass Pflegende dazu befähigt werden sollen, „Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“ (*Bundesgesetzblatt Nr.55 2003, S.3*) auszuführen. Dies ist eine eigenverantwortliche Aufgabe von Pflege (*vgl. Bundesgesetzblatt Nr.55 2000, S.2-3*).

Aus den dargestellten Veränderungen der Rahmenbedingungen von Pflege ergibt sich die Forderung nach Konzepten zur Beratung. Das impliziert, den Blick auf die Gestalt von Beratung in der täglichen Arbeit mit Patienten und deren Angehörige zu richten.

Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unterscheidet sich von der Beratung in der Pflege Erwachsener durch ein Spezifikum: Zu einem Kind gehören Bezugspersonen, in der Regel die

⁴ Vgl. z.B. die Strategie 'Gesundheit 21' der WHO. In dieser Strategie sind 21 Ziele für das 21. Jahrhundert festgelegt, die einen Handlungsrahmen für die einzelnen Mitgliedsstaaten abbilden, so dass sie ihre eigene Gesundheitspolitik darauf ausrichten können. Die zwei Hauptziele von Gesundheit 21 lauten: „Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens“ und „Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.“ (*WHO 2000, S.1*).

Eltern⁵. Kinder sind systemimmanent mit einer oder mehreren Personen verbunden. Kinder sind abhängig von der Liebe und Fürsorge ihrer Eltern oder anderen Bezugspersonen.⁶ So muss Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in einem Rahmen stattfinden, der Eltern oder Bezugspersonen mit einbezieht.⁷ Die Integration von und die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der ambulanten und stationären⁸ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ist keine Besonderheit, sie muss alltägliches Handeln sein. Es liegt also nahe, hier nach den Konzepten zur Beratung von Angehörigen zu suchen. Doch in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gibt es diesbezüglich kaum bestehende Konzepte, wissenschaftlich fundierte Grundlagen oder Forschungsergebnisse.⁹ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege scheint eben doch ein „Stiefkind der Pflegeforschung“ (Beier 2003A, S.63) zu sein.

Im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße in Köln Riehl soll ein Konzept zur Beratung von Angehörigen entwickelt und eine Fortbildung zur Beratung von Angehörigen für Pflegende angeboten werden. Für die Konzeptentwicklung wünschte sich die Pflegedienstleitung pflegewissenschaftliche Begleitung. Da, wie oben erläutert, nicht auf empirische Studien oder bestehende Konzepte zurückgegriffen werden konnte, wurde in einem ersten Schritt eine Ist-Analyse zum Stand der Beratungssituation im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße beispielhaft auf einer pädiatrischen Station

⁵ Wenn im weiteren Verlauf der Arbeit teilweise nur der Begriff Eltern verwendet wird, sind andere Bezugspersonen dabei stets inbegriffen.

⁶ Je jünger ein Kind ist, desto abhängiger ist es von seinen Eltern/Bezugspersonen.

⁷ Der Berufsverband der Kinderkrankenpflege Deutschland (BeKD e.V.) beschreibt diese Tatsache als Charaktereigenschaft der Kinderkrankenpflege: „Charakteristisch für die kinderkrankenpflegerische Praxis ist die Komplexität der pflegerischen Beziehung: Unterstützung der Selbstpflegekompetenz, Anleitung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen.“ (BeKD e.V. 2003, S.4).

⁸ Seit Anfang der 70er Jahre ist die Mitaufnahme von Eltern oder Bezugspersonen in Krankenhäusern und Kinderkliniken möglich und mittlerweile zu einer Selbstverständlichkeit geworden (vgl. Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS e.V. (AKIK) 1997, S.5/6).

⁹ vgl. Kapitel 3.2

erhoben. Diese empirische Untersuchung ist Teil der Diplomarbeit. Aus ihren Ergebnissen werden Konsequenzen für die Fortbildung von Pflegenden abgeleitet.

Im Anschluss an die Einleitung folgt in Kapitel 2 der Problemaufriss. Anhand der Darstellung des historischen Kontexts und der Veränderungen des Tätigkeitsbereichs der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege wird, als ein wesentlicher Aufgabenschwerpunkt, die Beratung von Bezugspersonen herausgearbeitet. Es werden Fragen abgeleitet, die den Hintergrund des Forschungsauftrages verdeutlichen.

Das Verständnis von Beratung, das dieser Arbeit zu Grunde liegt, wird in Kapitel 3 erläutert. Was macht Beratung in der Pflege aus? Welchen theoretischen Hintergrund und welche Ziele hat sie? Anschließend wird die Situation der Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege anhand der Ergebnisse einer Literatur- und Internetrecherche im deutschsprachigen Raum aufgezeigt. Die in Kapitel 3 erläuterten Definitionen von Beratung und den Beratungsaktivitäten Anleiten, Informieren und Empfehlen bilden den Ausgangspunkt der Forschungsarbeit.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit der Forschungsarbeit, indem zunächst Fragestellung, Methoden und Verlauf beschrieben werden. Dann werden die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dargestellt. Es folgt die kritische Stellungnahme und Diskussion der Ergebnisse. Aus ihnen werden in Kapitel 5 Konsequenzen für die Fortbildung abgeleitet. Es werden vier Bausteine vorgestellt, die mögliche Inhalte und Methoden einer Fortbildung beschreiben.

2 Problemaufriss

2.1 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im historischen Kontext

Die Entwicklung der Pflege kranker Kinder in Deutschland als eine besondere pflegerische Tätigkeit nahm ihren Anfang im 19. Jahrhundert. Zur Verbesserung der medizinischen Versorgung kranker Kinder und zur Senkung der hohen Mortalität wurden in Krankenhäusern die ersten Kinderabteilungen und eigene Kinderkrankenhäuser gegründet.¹⁰ Ende des 19. Jahrhunderts begann die Entwicklung der Pädiatrie als eigenständiges Fach innerhalb der Medizin.¹¹ Die hohe Sterblichkeit von Kindern, insbesondere von Säuglingen während der stationären Betreuung, erforderte Veränderungen der Situation in Kinderkrankenhäusern und Kinderabteilungen. Eine Möglichkeit der Verbesserung sahen Kinderärzte in der Ausbildung von speziellen Pflegekräften. Arthur Schlossmann (1867-1932) war 1899 der erste Kinderarzt, der „eine planmäßige Ausbildung zur Säuglingspflegerin“ (*Holch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.6*) in Dresden durchführte. 19 Jahre später konnten vier Pflegerinnen durch die Bemühungen von Jussuf Ibrahim (1877-1953) nach einjähriger Ausbildung in Jena im Großherzogtum Sachsen-Weimar-Eisenach die erste staatliche Prüfung zur Säuglings- und Kleinkinderpflegerin ablegen (*vgl. Elendt 1992, 10/12*). 1923 folgte in den meisten Ländern des deutschen

¹⁰ 1829: Eröffnung der ersten Kinderabteilung an der Charité Berlin (*vgl. Holch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999; S.8*).

¹¹ Dies ist ein Verdienst der Aufklärung. Ihr Interesse war es, die Kindersterblichkeit zu verringern. Zunächst geschah dies Ende des 18. Jahrhunderts mit Veröffentlichungen von Werken zur Gesundheitserziehung für Eltern, Ammen und Pädagogen. Die besondere Rolle von Bezugspersonen, bezogen auf die Gesundheit und Krankheit von Kindern, wird hier deutlich. Selbst wenn es sich dabei mehr um den „aufklärerisch-pädagogischen Auftrag“ (*Seidler 1993, S.155*) handelt (*vgl. Seidler 1993, 153-157*).

Reiches die staatliche Anerkennung der Ausbildung über zwei Jahre.¹² Mit der Gründung des Reichsverbandes der Säuglings- und Kleinkinderschwestern (RSK) am 12. November 1927 unter der Leitung von Antonie Zerwer (1873-1956) konnte der Beruf zusätzlich gestärkt werden. Zerwer beschäftigte sich nicht nur mit inhaltlichen und politischen Themen zur Ausbildung, sondern kümmerte sich in gleichem Maße um die Beratung von Müttern von Säuglingen und Kleinkindern. So schrieb sie die 'Säuglingsfibel' für Mütter und junge Frauen und initiierte Mutterschulkurse, deren Inhalte sich auf die sachgemäße Pflege von Säuglingen und Kleinkindern bezogen. Später richtete sie Mütterabende ein, die zur Diskussion und zum Austausch einluden (vgl. *Scharnoffske 2002, S.365*).

1930 erfolgte der „Beschluss über die reichseinheitliche Ausbildung und staatliche Prüfung von Pflegerinnen und Schwestern für die Säuglings- und Kleinkinderpflege.“ (*Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.8*). 1939 kam es zum Erlass der Verordnung zur Ausbildung von Säuglings- und Kinderschwestern und zum staatlichen Schutz der Berufsbezeichnung, nachdem 1934 das nationalsozialistische Regime den RSK aufgelöst hatte.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden in der Deutschen Demokratischen Republik Säuglings- und Kinderkrankenschwestern zunächst zwei Jahre an unterschiedlichen Schulen ausgebildet. Von 1961 bis 1974 erfolgte die Ausbildung dann an der Berufsschule, ab 1974 bis 1991 als Studium an Medizinischen Fachschulen mit dem Abschluss 'Kinderkrankenschwester'.

In der Bundesrepublik Deutschland änderte sich durch das 1. Krankenpflegegesetz im Jahr 1957 die Berufsbezeichnung. Die Bezeichnung 'Kinderkrankenschwester' wurde staatlich geschützt, die

¹² „Erstes Jahr: zur Säuglings- und Kleinkinderpflegerin
Zweites Jahr: zur Säuglings- und Kleinkinderkrankenpflegerin.“ (*Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.8*)

Ausbildungsdauer betrug drei Jahre mit einem theoretischen Anteil von 400 Stunden (vgl. *Stöcker 2002, S.113*) an einer Kinderkrankenpflegeschule. Diese Schulen sind seitdem an Krankenhäuser und Kinderkrankenhäuser angegliedert. Die Veränderungen im 2. (1965) und 3. Krankenpflegegesetz (1985) brachten eine Erhöhung der theoretischen Stunden über 1200 zu 1600 Stunden mit sich. Zusätzlich wurde im 3. Krankenpflegegesetz die Berufsbezeichnung 'Kinderkrankenpfleger' staatlich geschützt. 1991 gründete sich aus dem Arbeitskreis für Kinderkrankenschwestern/Kinderkrankenpfleger der Berufsverband für Kinderkrankenschwestern und -pfleger (BeKD e.V.).

Den Abschluss der bisherigen geschichtlichen Entwicklung bildet das 4. Krankenpflegegesetz vom 1.1.2004, in dem die Anzahl der theoretischen Stunden auf 2100 erhöht wurde. Die Berufsbezeichnung lautet nun Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (vgl. *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) §1 Absatz 2*).

2.2 Das Berufsprofil der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Seit der ersten staatlichen Ausbildung und Prüfung in der Kinderkrankenpflege im Jahr 1917 haben sich nicht nur Ausbildungsdauer und Berufsbezeichnung geändert.

Ende des 19., Anfang des 20. Jahrhunderts erfüllte die Kinderkrankenschwester durch die Trennung des kranken Kindes von der Mutter „über viele Jahrzehnte die Rolle der >>Ersatzmutter<<¹³“

¹³ „...und im Rahmen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Erkrankung jene der sachkundigen Helferinnen der Ärztin/des Arztes aus.“ (*Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.16*).

(Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.16). Die Absolventinnen der Ausbildungseinrichtungen, so heißt es, zeichneten sich durch Eigenschaften wie Wärme, Sensibilität, Geduld, Opferbereitschaft, Liebe zum kranken Kind und soziales Engagement aus. Der Beruf war Berufung, das kranke Kind oftmals wie ein eigenes Kind, und Frauen, die diesen Beruf ausübten, waren häufig unverheiratet und kinderlos (vgl. *ebenda*).

Heute hat sich die Betreuung kranker Kinder zu einer vielseitigen Aufgabe entwickelt. Das Pflegepersonal in der Pädiatrie arbeitet in einem multidisziplinären Team nicht mehr nur mit dem Arzt zusammen, sondern auch mit Sozialarbeitern, Erziehern und Physiotherapeuten, um hier nur einige Disziplinen zu nennen. Zusätzlich führten offene Besuchszeiten und die Mitaufnahme von Bezugspersonen im Krankenhaus¹⁴ – beginnend in den 70er Jahren – zu grundlegenden Veränderungen des Kompetenzprofils der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. So steht heute im Mittelpunkt des Geschehens die gesamte Familie: das erkrankte Kind mit seinen Angehörigen, Eltern oder Bezugspersonen, möglichen Geschwistern, Großeltern und anderen. Originär pflegerische Tätigkeiten, wie das Wickeln, Baden und Füttern der Kinder, sind in den Aufgabenbereich der Eltern zurückgegeben worden. Stattdessen werden soziale und interpersonale Kompetenzen gefordert, um Eltern als Ressourcen zu fördern. Sie zu unterstützen, anzuleiten und zu nutzen, ist im Hinblick auf gesundheitspolitische Forderungen wie 'ambulant vor stationär', 'Prävention vor Therapie' und 'Rehabilitation vor Pflege' von besonderer Bedeutung (vgl. Gehrke 2002, S.9). Dies gilt sowohl für die pflegerische Versorgung in Kinderkrankenhäusern, in denen die

¹⁴ Besuchszeiten gibt es so gut wie gar nicht mehr in deutschen Kinderkliniken. Die Mitaufnahme einer Bezugsperson wird in vielen Fällen gewährleistet, bei medizinischer Indikation ist die Mitaufnahme eine Leistung der Krankenversicherung (vgl. SGB V §11, Absatz 3). Wenn Eltern nicht auf der Station übernachten können, wird ihnen oft ein Zimmer in einem so genannten Elternhaus in der unmittelbaren Umgebung der Kinderklinik angeboten.

Betreuung der kranken Kinder durch eine die meiste Zeit anwesende Bezugsperson mittlerweile zum Alltagsgeschehen gehört, als auch für die stetig wachsende ambulante, häusliche Kinderkrankenpflege.

„Kinderkrankenpflege definiert sich heute als eine spezielle, selbständige, pflegerische Fachdisziplin, in deren Mittelpunkt, das einzelne Kind/der einzelne Jugendliche in seinem unmittelbaren physischen, psychischen, sozialen und kulturellen Lebensprozess steht. Kinderkrankenpflege umfasst die Betreuung akut und chronisch kranker sowie behinderter Kinder aller Altersstufen vom Früh- und Neugeborenen bis zur/zum Jugendlichen. Das pflegerische Handeln ist dabei darauf gerichtet, das Kind/den Jugendlichen und dessen Bezugsperson zu begleiten und Hilfestellungen zur Genesung und/oder Problemlösung zu geben (vgl. BeKD e.V. 1994).“ (*Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.10*).

Die Integration von Bezugspersonen ist also Teil des Pflegeauftrages in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Die neuen Tätigkeitsprofile lauten: „Anleiten, Beraten, Unterrichten, Diagnostizieren und Begutachten“ (*Holoch 2000, S.505*). Es hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen, von der Rolle der Ersatzmutter hin zur „neuen Rolle als BeraterIn, UnterstützerIn oder auch als Lehrende/r gegenüber den Bezugspersonen.“ (*Holoch, Gehrke, Knigge-Demal, Zoller 1999, S.17*).

2.3 Fragestellung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Stand der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Dazu muss zunächst geklärt werden, was Beratung in der Pflege ausmacht und welche Besonderheiten der Beratung in der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege zugeschrieben werden. Durch die empirische Untersuchung auf einer pädiatrischen Station im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße sollen zum einen die Fragen geklärt werden, ob Beratung stattfindet und wie sie im Alltag einer pädiatrischen Station ausgestaltet wird. Zum anderen wurde untersucht, wie Pflegende ihre neue Rolle als Berater wahrnehmen und ausführen. Aus den Ergebnissen der empirischen Untersuchung werden Konsequenzen für die Fortbildung abgeleitet.

3 Das Verständnis der Beratung

3.1 Beratung in der Pflege

Bevor die Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege dargestellt wird, ist es notwendig, zu klären, was Beratung in der Pflege bedeutet.

Der Begriff Beratung umfasst in der Pflege viele unterschiedliche Bereiche und Disziplinen: Pflegerische Beratung wie Stillberatung, Ernährungsberatung, Diabetikerberatung, Stoma- und Inkontinenzberatung und Wundberatung aber auch Pflegeberatung im Sinne des § 7 Absatz 1 und 2 im SGB 11¹⁵.

Der Beratungsbegriff wird unterschiedlich genutzt und „oft in einem Atemzug mit Informationsvermittlung, Anleitung, Schulung, Beistand geben oder auch Therapie genannt und gleichgesetzt“ (Schieron 2003, S.2). Aufgrund seiner unterschiedlichsten Facetten kann der Begriff

¹⁵ „(1) Die Pflegekassen haben die Eigenverantwortung der Versicherten durch Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.“

(2) Die Pflegekassen haben die Versicherten und ihre Angehörigen den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen, sowie über die Leistungen und Hilfe anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten.“ (SGB XI §7 Absatz 1&2).

Beratung inhaltlich kaum in einer allgemeingültigen Definition gefasst werden.

Im Gegensatz zur pflegerischen Beratung und Pflegeberatung soll die Wortwahl Beratung in der Pflege auf den weitgespannten Aspekt der Beratung im Rahmen pflegerischer Tätigkeiten hinweisen. Hierfür gilt es eine Definition zu geben, die der empirischen Untersuchung zu Grunde gelegt werden kann.

3.1.1 Beratung in der Pflege als Aufgabe von Pflegenden

Beratend tätig¹⁶ zu sein, ist eine Aufgabe von Pflegenden. Diese begründet sich in der Arbeit mit dem kranken und/oder pflegebedürftigen Menschen. Dabei wird der Mensch als Körper-Seele-Geist-Subjekt gesehen. Zur Beschreibung dieser übergreifenden Sichtweise des Menschenseins wird der Begriff Leib verwendet, der die Trennung zwischen Gefühlen, Gedanken einerseits und körperlichen Reaktionen andererseits aufhebt (vgl. Koch-Straube 2001, S.74).¹⁷

„Pflegerische Arbeit wird sichtbar im unmittelbaren Handeln an der Person und in der handwerklichen Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der alltäglichen Lebensbewältigung. Dieser sichtbare Anteil pflegerischer Arbeit leitet sich ab aus dem Aufbau, der Entwicklung und Gestaltung einer professionellen Beziehung als Kern pflegerischer Arbeit.“ (Sachverständigenrat 1997, S.3). Pflege gestaltet initiativ die Beziehung zwischen Leibsubjekten. Durch die Berührung, den Kontakt zum Leib in seiner Mehrdimensionalität in einer Krisensituation, wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit, kann es zur leiborientierten Wahrnehmung und der Chance der leiborientierten Beratung kommen. Berühren Pflegende Patienten, sehen und fühlen

¹⁶ Tschudin unterscheidet nach Watts die professionellen Berater von Personen, die in ihrem Handlungsfeld „beratend wirkend“ tätig sind (vgl. Tschudin 1990, S.14).

¹⁷ Gegensätzlich dazu ist zum Beispiel die medizinische Sichtweise, die sich hauptsächlich auf den Körper und dessen Störungen bezieht (vgl. z.B. Pschyrembel 1994, S.824).

sie nicht nur deren körperliche Gebrechen, sondern nehmen sie im Sinne der Leiblichkeit auch mit ihren Gedanken, Gefühlen und Lebenserfahrungen¹⁸ wahr. Davon bleiben Pflegende selber nicht unberührt. Aus dieser Interaktion¹⁹ zwischen zwei Subjekten resultiert der Auftrag von Pflege, beratend tätig zu sein (vgl. Koch-Straube 2001, S.74). Um diesen Auftrag zu erfüllen, bedarf es der ‚Pflegekundigen Sorge‘. Sie nimmt den Beratungsansatz auf, ist aber mehr als dieser. ‚Pflegekundige Sorge‘ ist eine Grundhaltung, die auf der philosophischen Annahme beruht, dass Sorge die Basis aller menschlichen Beziehungen darstellt. Gemeint sind die Beziehungen des Menschen zu sich selber, seinen Mitmenschen und den Dingen dieser Welt (vgl. Schnepf 1996, S. 13).

3.1.2 Theoretische Grundlage

Ein theoriegeleitetes Rahmenkonzept für die Beratung in der Pflege bietet die Integrative Beratung, die sich aus der Integrativen Therapie²⁰ abgeleitet hat. Integration meint dabei sowohl die Verbindung verschiedener Beratungsansätze, als auch die Einbindung kritischer Lebensereignisse in das Leben. Die Attraktivität der Integrativen Beratung für die Beratung in der Pflege liegt zum einen in dem Konzept der Leiblichkeit, zum anderen in dem zentralen Konzept der Ko-respondenz²¹.

¹⁸ Lebenserfahrungen resultieren aus dem Lebenskontext des Menschen. Der Mensch als „Leib-Geist-Seele-Subjekt in seinem jeweiligen soziologischen Kontext und im zeitlichen Kontinuum seines Lebens“ (Rahm 2000, S.175).

¹⁹ Interaktion ist das „aufeinander bezogenen Handeln zweier oder mehrere Personen, Wechselbeziehung zwischen Handlungspartnern“ (Fremdwörterlexikon 1994, S.644).

²⁰ Die Integrative Therapie hat sich aus den humanistisch orientierten Verfahren abgeleitet und integriert die psychotherapeutischen Richtungen Gestalttherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Dabei bildet die Frage nach dem Menschen die Basis der Zusammenführung (vgl. Koch-Straube 2001, S. 109).

²¹ Die Wortschöpfung „Ko-respondenz“ geht auf Petzold zurück. „Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes.“ (Petzold 1978, S.35, in Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Jollenbach 1993, S.148).

Die Ko-respondenz unterstreicht das Grundlegende der Pflege, nämlich die Beziehung. Sie ist die notwendige, existentielle Beziehung zwischen dem Ich und dem Anderem, die wir brauchen, damit wir uns selbst als eigenständige Einheit erleben können. Sie gewährleistet, dass der integrative Ansatz nicht an den Bedürfnissen der Menschen, die ko-respondierend ihre Wirklichkeit schaffen und gestalten, vorbei geht (vgl. *Petzold 1988, S.329*). Das Ziel von Ko-respondenz ist die „Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden kann, die von Konsensgemeinschaften getragen werden und für diese zur Grundlage von Kooperation werden“ (*Rahm 2004, S.148*). Um Ko-respondieren zu können, braucht das Individuum Empathie, das ‚Sich-einfühlen‘ in die Situation des Gegenübers. Aus Empathie entwickelt sich die Intersubjektivität. Diese Grundvoraussetzung der Ko-respondenz beschreibt die innere Haltung des Menschen, dass die Weltsicht des Gegenübers anders aussieht als die eigene Sicht auf die Welt. Für diese Haltung bedarf es den Zuspruch von Freiheit und Individualität (vgl. *Rahm, Otte, Bosse, Ruhe-Hollenbach 1993, S.81/82*).

Zusammenfassend lässt sich sagen: Mit der philosophischen Annahme der pflegekundigen Sorge und der holistischen Sichtweise auf den Menschen, gefasst in dem Begriff Leiblichkeit, können Pflegende die Beziehung, „die Ko-respondenz (im Sinne von wechselseitigem und wechselwirksamen Austausch) über die Situation, die Probleme, die Fragen, die Gefühle des Patienten“ (*Koch-Straube 2001, S.112*) aufbauen. Daraus ergibt sich die beratende Tätigkeit pflegerischer Arbeit.

3.1.3 Definition von Beratung

Um Beratung in der Pflege zu definieren, können Erkenntnisse aus sozialwissenschaftlichen Disziplinen genutzt werden. Nestmann definiert psychosoziale Beratung als eine „professionelle

Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psycho-soziale Ressourcen von Personen und sozialökologische und -ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisation und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Ziel psychosozialer Beratung ist es, 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 1997, S.33-34).

Unter Berücksichtigung der Definition psychosozialer Beratung²² und anhand der Begründung für und der theoretischen Auseinandersetzung mit Beratung in der Pflege, soll für diese Arbeit folgende Definition für die leiborientierte Beratung in der Pflege gelten:

„Beratung ist [...] ein gemeinsamer und gemeinsam verantworteter Prozess des Suchens und Verstehens, in den die KlientInnen ihr Wissen, ihre Kompetenz, ihre Sicht von der Welt und ihrem Leben, ihre Erfahrungen einbringen und die Pflegenden ihr fachbezogenes Wissen und ihre Kompetenz, ihre Erfahrungen und die Fähigkeit, den Beratungsprozess zu initiieren, zu gestalten und zu einem Abschluss zu bringen.“ (Koch-Straube 2003, S.86). *Suchen* ist das gemeinsame Verstehen von potenziellen Problemlösungen, *Verstehen* meint die Sensibilisierung für ein Problem und dessen Ordnung.

²² „Hier finden sich „Stichworte“ aus interaktionistischen Pflegetheorien wieder, wie zum Beispiel der gemeinsame Prozess des Aushandelns, Ressourcenorientierung, Krisenbewältigung, Selbstständigkeit, Prävention.“ (Koch-Straube 2000, S.2).

Anleitung, Information und Empfehlung können als Beratungsaktivitäten in der professionellen Pflege festgelegt werden.

Anleitung ist die Vermittlung von pflegerischen Tätigkeiten. Dabei geht es um das Erlernen eines Handlungsablaufes. „Ein Klient bedarf einer Anleitung, wenn er noch nicht völlig eigenständig dazu in der Lage ist, bestimmtes Wissen anzuwenden oder/und eine begründete Wahl von Lösungsalternativen zu treffen bzw. einen Handlungsablauf folgerichtig anzuwenden.“ (Schneider 2002, S.4).

Information bedeutet die Vermittlung von Wissen in gezielten Mitteilungen.²³ Es beinhaltet Hilfestellung bei Recherchen und die Bereitstellung von Medien (vgl. Abt-Zegelin 2003, S.103).

Empfehlungen werden im Sinne eines Rates erteilt, wobei die Entscheidung, Empfehlungen anzunehmen oder abzulehnen, ganz auf der Seite der zu Beratenden liegt.

Beratung ist ein Prozess, der Aktivitäten wie Anleiten, Informieren und Empfehlen mit einbezieht, um Individuen und deren Familien während des 'Krankseins' zu unterstützen und zu begleiten. Anleitung, Information und Empfehlung, aber auch Trost spenden und Zuhören machen eine Beratungssituation jedoch noch nicht aus. Sie erreichen nicht die subjektive Bedeutung des Geschehens und lassen Emotionen außen vor. Sie sind feste Bestandteile pflegerischen Handelns und können Teil im Beratungsprozess sein, „erschöpfen sich jedoch nicht darin“ (Koch-Straube 2001, S.80).

²³ Zum Beispiel die Erklärung von medizinischen Begriffen, des weiteren Verlaufs einer Therapie, das Informieren über die anstehende Untersuchung oder den Verlauf der letzten Nacht.

3.1.4 Ziel von Beratung in der Pflege

Sozialwissenschaftliche Beratungskonzepte zielen auf die sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen des Einzelnen ab. Von der Annahme geleitet, dass Menschen über Ressourcen verfügen, mit denen sie alleine und im sozialen Gefüge ihr Leben gestalten können, geht es dabei um die Förderung dieser Ressourcen mit dem Ziel, Autonomie und Mündigkeit zu erreichen (vgl. *Belardi 2001, S.52*). Beratung in der Pflege wendet sich nun den kranken und pflegebedürftigen Menschen zu. Autonomie und Mündigkeit sind ebenfalls Ziele leiborientierter Beratung. Diese können erreicht werden, indem:

1. ein Problem überwunden oder beseitigt wird (vgl. *Brealey, Birchley 1995, S.1*). Der kranke oder pflegebedürftige Mensch wird sich des Problems bewusst und findet für sich Möglichkeiten, dieses zu lösen;

oder

2. ein unüberwindbares Problem, zum Beispiel eine unüberwindbare Krankheit, integriert wird. Damit ist das Annehmen und Einordnen des Problems in den individuellen Lebenskontext gemeint (vgl. *Koch-Straube 2001, S.111-114*).

In der professionellen Beziehung ist Beratung ein kontinuierliches Angebot und damit alltagsnah. Pflegende müssen die Atmosphäre offen gestalten, so dass jederzeit der Einstieg in eine Beratung möglich ist. Diese Offenheit sowie Intuition sind Voraussetzungen für leiborientierte Beratung. Dabei ist mit Intuition der Zusammenfluss von „Wissen, Erfahrung, Können und dem ganzheitlichen Erfassen

einer konkreten Situation“ (*Koch-Straube 2001, S.90*) gemeint.²⁴ Zusätzlich müssen Pflegende über Methodenkompetenz verfügen, um leiborientierte Beratung durchführen zu können. Die Methoden hierfür kommen aus dem verbalen, nonverbalen und kreativen Bereich. Sie dienen der Distanzherstellung – Distanz zum Problem, der Krankheit, dem Konflikt – oder der zeitlichen Entfernung vom Hier und Jetzt.

Entscheidend im Beratungsprozess ist die Beziehung. Sie „muss von grundsätzlicher Akzeptanz und Wertschätzung der Persönlichkeit geprägt sein und sich als Ko-respondenz gleichberechtigter PartnerInnen vollziehen“ (*Koch-Straube 2001, S.119*).

3.2 Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Mit der Öffnung der Kinderkrankenhäuser für die Eltern in den 70er Jahren wurde die traditionelle duale Beziehung zwischen Schwester und Kind aufgehoben. Die Integration²⁵ von Eltern in die pflegerische Versorgung ihrer Kinder rückte ins Blickfeld (*vgl. Bachmann 2001, S.136-139*). Integration von Eltern heißt aber nicht nur ihre Gegenwart zu dulden, sondern „bedarf eines aktiven Umgangs und eines tieferen Verständnisses für die Bedürfnisse des kranken Kindes und seiner Familie“ (*Bachmann 2001, S.139*). Tätigkeiten wie Beraten, Anleiten, Unterrichten und Begutachten rücken in das Handlungsfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Dafür erforderlich sind

²⁴ Vgl. dazu auch Benner 'Stufen zur Pflegekompetenz'. Die höchste Stufe ist die Pflegeexpertin, der Pflegeexperte, der/die nicht mehr einzelne Teile einer Situation analysiert, um daraus mögliche Handlungen abzuleiten, sondern die gesamte Situation intuitiv beurteilt und „direkt auf den Kern des Problems“ (*Benner 1994, S. 50*) stößt (*vgl. Benner 1994, S.50-57*).

²⁵ Integration: aus dem Lateinischen 'Wiederherstellung eines Ganzen'; „2. Einbeziehung, Eingliederung in ein größeres Ganzes“ (*Fremdwörterlexikon 1994, S.643*).

personale, soziale und methodische Kompetenzen auf Seiten der Pflegenden (vgl. *Holoch 2002B, S.43*). Neben der Fachkompetenz gehören also Beratungs- und Anleitungskompetenzen zum Berufsbild der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.²⁶ Über den Begriff der Patientenorientierung nähert sich Jutta Beier²⁷ in ihren Veröffentlichungen dem Thema Beratung. Patientenorientierung ist ein modernes Schlagwort, ein Schlüsselbegriff für ein verändertes Betreuungskonzept auch in der Kinderkrankenpflege. Im Mittelpunkt pflegerischer Versorgung steht der Mensch, der krank oder/und pflegebedürftig ist.²⁸ In der Kinderkrankenpflege muss sich der Blick jedoch weiten. Patientenorientierung mit den Komponenten Autonomie, Expertentum, Ressourcenorientierung, Ganzheitlichkeit (vgl. *Beier 2003B, S.106*) ist in der Kinderkrankenpflege mit Angehörigenorientierung verbunden. „Eltern sind gewissermaßen das Medium, über das und durch das Patientenorientierung gewährleistet werden kann.“ (*Beier 2003A, S.6*). Information und Beratung von pflegenden Angehörigen, so Beier, gewährleisten also Patientenorientierung in der Kinderkrankenpflege.²⁹

Einen anderen Begründungszusammenhang für Beratung in der Kinderkrankenpflege liegt in der Pflgetheorie von Orem (vgl. *di Piazza 2001*). Die dort festgelegten Aufgaben der Pflegenden, „die Entwicklung bzw. Erweiterung der elterlichen Fürsorge, den

²⁶ Jutta Beier unterstreicht dies in ihren Artikeln 'Information und Beratung von pflegenden Angehörigen in der Häuslichen Kinderkrankenpflege' sowie 'Patienten- und Familienorientierte Information und Beratung in der Häuslichen Kinderkrankenpflege in Deutschland – ein Stiefkind pflegewissenschaftlicher Forschung?' (vgl. *Beier 2003A/2003B*).

²⁷ Prof. Dr. Jutta Beier, Professorin an der Humboldt Universität zu Berlin, Medizinische Fakultät Charité, Institut für Medizin-Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

²⁸ Beier „stellt den Patienten als Subjekt ins Zentrum von Betreuung und Therapie, deren Ausgangspunkt und Initiator der Patient selbst ist. Nicht die Erkrankung steht im Mittelpunkt, sondern der betroffene Patient“ (*Beier 2003, S.106*).

²⁹ Die Diskussion um Patientenorientierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege muss mit der Diskussion um Autonomie und Expertentum von Kindern in verschiedenen Altersstufen einhergehen sowie der Frage: Welchen Anteil Kinderkrankenpflege bei der ‚Erziehung‘ künftiger mündiger Patienten zu leisten“ hat (vgl. *Beier 2003B, S. 106*).

situativen Selbstpflegebedarf ihres Kindes zu (er)kennen und zu erfüllen“ sowie bei jüngeren Kindern die „Unterstützung beim Erkennen und Umsetzen der Selbstpflegeerfordernisse“ (*di Piazza 2001, S.7*) können durch die Beratung von Eltern erfüllt werden.

Doch: Wie setzen Pflegende Beratung, Anleitung und Information in der Praxis um? Welche Konzepte für Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gibt es?

3.2.1 Literaturüberblick

In der deutschsprachigen Literatur lässt sich nur wenig zum Thema Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege finden. Vier deutschsprachige Artikel, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Beratung, Information und Anleitung erfolgt, sowie eine Diplomarbeit mit dem Titel 'Beratung in der Kinderkrankenpflege – Eine empirische Untersuchung zu den Erwartungen von Eltern chronisch kranker Kinder'³⁰ sind das Ergebnis einer Literaturrecherche. Zusätzlich zu den zitierten Artikeln von Jutta Beier sollen der Artikel von Simone di Piazza³¹ 'Beratung in der Kinderkrankenpflege' und der Artikel von Corinna Fillies³² 'Gesundheitsförderung in der Kinderkrankenpflege' hier in Augenschein genommen werden.

Fillies beschreibt die Möglichkeit zur Gesundheitsförderung und Familienorientierung in der häuslichen Kinderkrankenpflege mit Hilfe von Beratung nach Empowerment³³ orientierten Ansätzen. Die theoretische Grundlage bildet hier die psychosoziale Definition von Beratung nach Nestmann, mit ihrem Ziel der Ressourcenförderung, der Stärkung der Bewältigungskompetenz hin zur Autonomie, zur

³⁰ Auf diese Diplomarbeit wird in der Diskussion der Ergebnisse, Kapitel 4.3, näher eingegangen. An dieser Stelle wird sie der Vollständigkeit halber nur genannt.

³¹ Simone di Piazza ist Diplom Pflegewissenschaftlerin (FH).

³² Corinna Fillies ist Kinderkrankenschwester und studiert Master of Public Health.

³³ Das Empowermentkonzept orientiert sich an den Ressourcen über die der Betroffene verfügt. Dabei geht es zum Beispiel um die Stärkung seiner Kompetenzen und Rechte (*vgl. Nestmann 1997, S.28*).

unabhängigen Lebensführung der Familie. Beratung in der Kinderkrankenpflege soll Eltern stärken, „damit sie mit Problemen und ihren gesundheitlichen Folgen besser umgehen können“ (*Fillies 2004, S.291*).

Laut Fillies ist Gesundheitsförderung mit Veränderungen des Verhaltens eng verbunden, denn so können Gesundheitsprobleme verbessert und vermieden werden. Beratung in der Kinderkrankenpflege zielt daher auf Verhaltensveränderungen ab, nicht ohne die Eigenverantwortlichkeit des Ratsuchenden zu berücksichtigen. So formuliert auch Beier das Ziel von Beratungsgesprächen. Dabei geht es um die Vermittlung persönlicher Kompetenz, „damit Menschen befähigt werden, selbst sachkundig Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen und somit in die Lage versetzt werden, eigene Entscheidungen in Bezug auf ihre persönliche Situation zu treffen“ (*vgl. Beier 2003B, S.108*). Di Piazza geht ebenfalls auf die Verhaltensveränderung ein. Für sie ist Beratung ein Teil des Erziehungsprozesses (*vgl. di Piazza 2001, S.7, 10*). Sie unterstreicht den Begriff des Lernens und beschreibt den Prozess der Beratung als Lehr- und Lernprozess. Bezogen auf die Gesundheitsförderung heißt es: „Haben Eltern im Beratungsprozess gelernt, sind sie in der Lage, zukünftig anders zu reagieren. In einem von Eltern als erfolgreich betrachteten Beratungsprozess kommt es zu einer Verhaltensänderung.“ (*di Piazza 2001, S.7*).

Mit den Beratungsaktivitäten Informieren/Empfehlen, Anleiten und Beraten lassen sich die Ziele von Beratung in der Kinderkrankenpflege – die Förderung der elterlichen Ressourcen, der Problemlösungskompetenz und der Verantwortlichkeit für Gesundheit – realisieren. (*vgl. di Piazza 2001, S.8*). Diese Ziele können durch direktive oder/und nicht-direktive³⁴ Beratung erreicht werden. Dabei versteht sich Beratung in der Kinderkrankenpflege „als eine Unterstützung der Eltern beim Finden eines gemeinsamen

³⁴ Vgl. Rogers, C. (2001): Die nicht-direktive Beratung. 10. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer.

Lösungsweges und unterstützt diese bei der Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Die Lösung bezieht sich auf ein Pflegeproblem des Kindes“ (*di Piazza 2001, S.7*).

Während für di Piazza verschiedene Beratungsaktivitäten eine Beratung ausmachen, grenzt Fillies Information und Anleitung von Beratung deutlich ab. Informieren und Anleiten können einen Beratungsbedarf aufzeigen oder Anteile in der Beratung sein. Sie alleine machen Beratung aber nicht aus (*vgl. Fillies 2004; S.592/593*).

Werkzeuge des Empowerment-Ansatzes können zur gesundheitsfördernden Beratung der ganzen Familie genutzt werden. Dabei kann auf der Individualebene und der Gruppenebene gearbeitet werden.³⁵ Voraussetzung für die Empowermentarbeit in der häuslichen Kinderkrankenpflege ist die Annahme, dass die Familie ein gleichberechtigter Partner für Pflegende ist, damit eine Beziehung des wechselseitigen Lernens und Veränderns entsteht (*vgl. Fillies 2004, S.591/592*).

Für Beier ist die Information das „Element [...], das allen professionell betreuenden und pflegenden Tätigkeiten immanent ist. Alle Pflegehandlungen werden mehr oder weniger bewusst von Information begleitet“ (*Beier 2003B, S.107*). So ist Information eine Grundlage von Beratung, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Ratsuchende Informationen bekommt (*vgl. Beier 2003B, S.107*). Beier leitet im Fazit pflegepädagogische Prinzipien einer patienten- und familienorientierten Information und Beratung von Angehörigen in der Kinderkrankenpflege ab:

³⁵ Auf der Individualebene wird mit Hilfe der Werkzeuge Unterstützungsmanagement, Selbstnarration und Kompetenzdialog versucht, „notwendige, verloren gegangene Kräfte, Ressourcen und Kompetenz wieder zu entdecken“ (*vgl. Fillies 2004, S.592*), um sie zur weiteren Lebensführung zu nutzen. Auf der Gruppenebene wird mit Hilfe von Netzwerkanreicherung und Netzwerkförderung versucht, soziale Netze zu stabilisieren oder wieder aufleben zu lassen, sowie Unterstützungsnetzwerke, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, aufzuzeigen.

- Prinzip der Dominanz der Pflege- bzw. Betreuungssituation
- Prinzip der Wechselwirkung von Laienkompetenz (Patienten, Angehörige/Familie) und Expertenkompetenz (Professionelle)
- Prinzip von Gesundheits- und Krankheitsorientierung/Stärkung von Gesundheitsressourcen
- Prinzip der Vermittlung subjektiver Handlungskompetenzen
- Prinzip der Lebens- und Erfahrungsbezogenheit

(vgl. *Beier 2003B, S.108-110*).

3.2.2 Kritische Stellungnahme

Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im häuslichen wie stationären Umfeld gestaltet heute die Beziehung zwischen Kindern und ihren Eltern. In diesem Beziehungsgefüge³⁶ müssen Eltern als bedeutsame Bezugspersonen und Experten für das Kind wahrgenommen werden (vgl. *Knigge-Demal 1994, S.427*). Um Eltern in ihren Bewältigungsmöglichkeiten zu unterstützen, mit dem Ziel ihr Familienleben autonom gestalten zu können, bedarf es der Beratung von Eltern. Dazu gehören auch Informieren und Anleiten der Eltern in der medizinischen und pflegerischen Versorgung des kranken Kindes. Aber das allein reicht nicht aus. In der Krise der Krankheit ihres Kindes benötigen Eltern emotionale Unterstützung und Hilfe (vgl. *Bachmann 2001, S.140/141*). Leiborientierte Beratung kann dies leisten.

Wenn Eltern „Experten ihrer Kinder“ sind³⁷, darf das Ziel von Beratung nicht, wie Fillies, Beier und di Piazza festlegen, die Verhaltensänderung sein. Sie kann es sein. Aber auch das bewusste Ablehnen einer Verhaltensveränderung und/oder das Annehmen einer

³⁶ Vgl. dazu S.71, Abbildung 3: Das Beziehungsgefüge zwischen Kinderkranken-schwester, Eltern und Kind.

³⁷ Diese Annahme spiegelt sich auch in der Diskussion um Patienten- und Angehörigenorientierung wider (vgl. *Beier 2003B, S.105/106; Beier 2003A, S.6*).

bestimmten Situation können erfolgreiche Schritte einer Beratung sein. Letztlich bestimmt in einem von Offenheit geprägten Beratungsprozess der zu Beratende selber, was Inhalt und Ziel der Beratung sind.

Ebenfalls muss die Aussage von di Piazza, Beratung sei „im Erziehungsbegriff enthalten“ (*di Piazza 2001, S.10*), kritisch betrachtet werden. Der von di Piazza beschriebene Lehr-/Lernprozess spiegelt sich in der Anleitung wider, in der es um das Erlernen eines Handlungsablaufes geht. Beratung mit den Zielen, Eltern zu stärken und zu befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen, Gegebenheiten akzeptieren zu können, Ressourcen zu aktivieren (*vgl. di Piazza 2001*), lässt sich mit diesen pädagogischen Begriffen jedoch nicht ausreichend fassen. In einer Beratung, in der es um die gemeinsame Lösungsfindung gehen soll (*Fillies 2004, S.591*), darf es keine Lehrer und keine Schüler geben. Im Mittelpunkt einer Beratung mit diesen Zielen muss die Beziehung, die Ko-respondenz stehen, die von Intersubjektivität und Empathie geprägt ist.

Die Mitaufnahme der Eltern, aber auch die Information und Beratung der Eltern, sind auf den meisten pädiatrischen Stationen zu einer Selbstverständlichkeit geworden (*vgl. Beier 2003A/B; di Piazza 2001, Fillies 2003*). Kommunikation mit Eltern findet tagtäglich statt. Trotzdem lassen sich kaum wissenschaftliche Studien oder Konzepte zum Thema Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege finden.³⁸ Daher sind die Fragen zu beantworten:

³⁸ Auch unter den Stichworten Zusammenarbeit mit Eltern, Elternintegration, Elternarbeit konnten im Rahmen eines Referates im SS 2003 mit dem Titel 'Pflege in geteilter Verantwortung im Setting Kinderkrankenpflege – Von der nicht ganz einfachen Suche nach Konzepten zur Zusammenarbeit von Eltern und Kinderkrankenschwestern/-pfleger. Eine Literaturrecherche' nur wenige Konzepte, wissenschaftliche Studien und Projekte gefunden werden (*vgl. Seminarunterlagen 2003*).

Zum Thema Kooperation zwischen Eltern und Pflegenden schreibt Elisabeth Holoch, dass sich Kooperation im Alltag durch individuelles Engagement und dem „Gefühl aus dem Bauch heraus“ gestaltet und „weniger auf der Grundlage eines einheitlichen Berufsbildes von Kinderkrankenpflege oder dezidierten Verständnisses vom Auftrag der Berufsgruppe“ (*Holoch 2002A, S.171*).

Wie wird Beratung gelebt? Wie wird sie ausgestaltet? Findet Beratung überhaupt statt?

Fillies beschreibt Beratung als niederschwelliges Angebot der häuslichen Kinderkrankenpflege, sie findet in Alltagssituationen des häuslichen Umfeldes der Familie statt. Wird Beratung in der Pflege als leiborientierte Beratung verstanden, so ist das Angebot permanent, unabhängig vom pflegerischen Setting, in dem sie stattfindet. Eine offene Atmosphäre und leiborientierte Wahrnehmung machen den Einstieg in eine Beratung jederzeit möglich. Grundvoraussetzung dafür ist, dass Pflegende den Beratungsbedarf als solchen wahrnehmen. So muss also auch hinterfragt werden: Wie nehmen Pflegende Beratung wahr?

4 Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurde eine Untersuchung zum Stand der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße in Köln Riehl durchgeführt. Es sollte untersucht werden, wie sich Beratung im Alltag auf einer Station, in der täglichen Interaktion zwischen Pflegenden und Angehörigen gestaltet. Der Untersuchung liegen die in Kapitel 3.1 formulierten Definitionen von Beratung und den Beratungsaktivitäten zu Grunde.

Im Folgenden werden Zielsetzung und Fragestellungen der Untersuchung sowie das Forschungsfeld und die Methoden zur Erhebung und Auswertung mit ihren Ergebnissen beschrieben. Eine Diskussion der Ergebnisse bildet den Schluss dieses Kapitels.

4.1 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der Untersuchung ist die Erhebung der Ist-Situation der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege am Beispiel einer pädiatrischen Station im Kinderkrankenhaus.

Aus der Zielvorgabe lassen sich folgende erkenntnisleitende Fragestellungen ableiten, die die in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeiteten Fragen widerspiegeln. Unter den einzelnen Fragestellungen sind, zur besseren Übersicht, die ausgewählten Erhebungsmethoden aufgelistet.

1. Findet Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege statt? Welche Art von Beratung findet statt?

Die Fragen beziehen sich auf die leiborientierte Beratung und beinhalten auch die Beratungsaktivitäten Empfehlung, Information und Anleitung. Zusätzlich sollen Themen und Inhalte der stattfindenden Beratung erhoben werden.

Methoden: Daten analysieren (Pflegedokumentation), Teilnehmende Beobachtungen planen, durchführen, auswerten und analysieren.

2. In welchem Setting³⁹ findet Beratung statt?

Der Begriff Setting umfasst Raum, Zeit, parallele Handlungen und angewandte Methoden.

Methoden: Institutionelle Rahmenbedingungen kennen lernen, Teilnehmende Beobachtungen planen, durchführen, auswerten, Ergebnisse bereitstellen.

³⁹ „engl. Setting, eigentlich „Rahmen, Umgebung“, die Umgebung in der etwas stattfindet, die jemanden umgibt.“ (*Fremdwörterlexikon 1994, S.1250*).

3. Welche Bedeutung hat Beratung für die Pflegenden? Wird Beratung von den Pflegenden wahrgenommen und kommuniziert?

Diese Fragen beziehen sich auf das subjektive Erleben der Pflegenden in Bezug auf Beratung als professionelles Handeln.

Methoden: Dokumente analysieren (Pflegedokumentation), Teilnehmende Beobachtungen durchführen und gleichzeitig interpretieren, danach auswerten und analysieren.

Gesprächsrunden vorbereiten, durchführen, auswerten und interpretieren.

Die Ergebnisse der Untersuchung sollen vom Kinderkrankenhaus als Diskussionsgrundlage genutzt werden und ein erster Denkanstoß für eine Konzeptentwicklung zur Beratung von Eltern sein. In dieser Diplomarbeit werden aus den Ergebnissen Konsequenzen für die Fortbildung von Pflegenden abgeleitet, um deren Kompetenzen in der Beratung von Angehörigen zu verbessern. Dies erscheint notwendig, um den gestiegenen Anforderungen im komplexen Arbeitsbereich der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege⁴⁰ gerecht zu werden.

4.2 Die Evaluation

Pflegewissenschaft zieht Bezugswissenschaften heran, wobei sie eher den Sozialwissenschaften, die ihren Blick auf den Menschen als soziales Wesen richten, als den Naturwissenschaften zuzuordnen ist (vgl. Remmers 1999, S.386). Somit kann in der Pflegeforschung auf verschiedene Methodologien dieser Bezugswissenschaften zurückgegriffen werden. Die Pflegeforschung zeichnet sich nämlich nicht durch die Entwicklung neuer Methoden aus, sondern durch ihren

⁴⁰ Vgl. Kapitel 2

spezifischen Blick auf den Menschen und die daraus resultierenden Fragestellungen (vgl. *Bartholomeyczik 2000 S.69*).

Für die Untersuchung wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. Die Prinzipien der qualitativen Sozialforschung⁴¹ gewährleisten das Erfassen der sozialen Wirklichkeit. Dabei wird dem Prinzip der Offenheit laut Lamnek die höchste Bedeutung zuteil. Die Offenheit als Grundhaltung des Forschers gegenüber der Untersuchungsperson, der Untersuchungssituation und den anzuwendenden Methoden (vgl. *Lamnek 1995A, S.22*) fordert die explorierende Felderkundung und das hypothesengenerierende Verfahren. Die qualitative Feldforschung lebt „von der Mischung aus Beschreiben und wissenschaftlicher Reflexion und Analyse“ (*Friebersthäuser 1997, S.503*).

Im Verlauf der hier vorgelegten Untersuchung stellte sich heraus, dass teilweise eine Quantifizierung der erhobenen Daten sinnvoll ist, um Anteile und Inhalte der Beratungsaktivitäten sowie die Orte der Interaktionen zwischen Pflegenden und Eltern zu verdeutlichen. Die so entstandene Kombination von qualitativen und quantitativen Verfahren widerspricht nicht dem qualitativen Paradigma, sondern ist zumindest in der Feldforschung eine traditionelle Vorgehensweise (vgl. *Friebersthäuser 1997, S.505*).

Für die Untersuchung wurden die Teilnehmende Beobachtung und das Gruppengespräch als zentrale Methoden gewählt.⁴² Zusätzlich wurden zur Vorbereitung der Erhebungsinstrumente die institutionellen Rahmenbedingungen untersucht und eine Dokumentenanalyse, bezogen auf die Pflegedokumentation, durchgeführt. Dieser so genannte Methoden-Mix hat den Vorteil, dass Daten aus

⁴¹ Prinzipien qualitativer Sozialforschung: Offenheit, Forschung als Kommunikation, der Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation und Flexibilität (vgl. *Lamnek 1995A, S.21-29*).

⁴² Die Teilnehmende Beobachtung wurde Ende August 2004, die Gruppengespräche im September 2004 durchgeführt.

verschiedenen Quellen erhoben und ausgewertet werden können, um sie dann miteinander zu vergleichen und zu ergänzen (vgl. *Friebertshäuser 1997; Lamnek 1995B*). Auch können schon erhobene Daten zur Vorbereitung und Durchführung einer anderen Methode genutzt werden. So wurden die Daten der Untersuchung der Institutionellen Rahmenbedingungen während einer Hospitation⁴³ und die Sichtung der Dokumente⁴⁴ genutzt, um die Teilnehmende Beobachtung vorzubereiten. Erste Ergebnisse dieser Beobachtung konnten für die Erstellung des Gesprächsleitfadens genutzt werden.

4.2.1 Die Einrichtung

Um die tatsächliche 'Beratungskultur' in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege beschreiben zu können, war es sinnvoll, vor Ort, das heißt auf einer Kinderstation, zu forschen. Dafür wurde von der Pflegedienstleitung des Kinderkrankenhauses Amsterdamerstraße in Köln Riehl die Station A2 ausgewählt.

Das Kinderkrankenhaus gehört zu den größten Kinderkliniken Deutschlands und hat 250 Betten, davon 166 in der Pädiatrie und 83 in der Chirurgie. Auf der Station A2 werden Kinder aller Alterstufen mit Infektionskrankheiten sowie kardiologisch erkrankte Kinder versorgt. Die Station hat 22 aufgestellte Betten in zwölf Zimmern, davon sechs Mutter-Kind-Zimmer⁴⁵, zwei 'Säle', in denen je vier Kinder schlafen können, zwei Zimmer für Säuglinge und zwei Zimmer, die über eine

⁴³ Hier wurden Anfang August 2004 die zeitlichen und räumlichen Strukturen der Station kennen gelernt.

⁴⁴ Für die Dokumentenanalyse wurden sämtliche Pflegedokumente eines Tages auf Begriffe wie Eltern (oder andere Angehörige), Beratung, Kommunikation u.ä. durchsucht. In der weiteren Arbeit wird die Dokumentenanalyse nicht weiter berücksichtigt, da ihre Ergebnisse für die Fragestellung der Untersuchung nicht relevant sind.

⁴⁵ Mutter-Kind-Zimmer sind Einzelzimmer, in denen das Kind mit einem Elternteil übernachten kann. Das Zimmer ist ausgestattet mit einem Kinderbett, einem Bett für Erwachsene sowie einer Zeile mit einem Wickeltisch, einer Säuglingsbadewanne und einem Waschbecken.

Schleuse⁴⁶ zu erreichen sind. Insgesamt bildet die Station ein Rechteck, an dessen schmalen Seiten die Station betreten werden kann. Der Flur unterteilt die Station in ein inneres und äußeres Rechteck. Im Äußeren liegen die Patientenzimmer sowie das Behandlungs-, Arzt- und Schwesternzimmer. An der Kopfseite befindet sich die Zentrale. Diese wirkt durch ihre Glasfront wie ein offener Raum, der vom Flur aus von zwei Seiten zugänglich ist. Hier sind auf der einen Seite das Büro mit sämtlichen Akten, Formularen und Patientenkurven und auf der anderen Seite die Stationsküche untergebracht. Im inneren Rechteck befinden sich drei Patiententoiletten, der Schmutzraum sowie zwei Abstellräume und ein Badezimmer mit Schließfächern für die Eltern.

Auf der Station arbeiten 18 Pflegekräfte, davon sind zehn Mitarbeiterinnen in Vollzeit und acht Mitarbeiterinnen in Teilzeit mit unterschiedlichen Stellenanteilen beschäftigt. Alle Pflegekräfte sind weiblich und führen die Berufsbezeichnung Kinderkrankenschwester.

Die Möglichkeit für Eltern, ihr Kind im Krankenhaus zu begleiten, besteht in jedem Zimmer.⁴⁷ Eltern müssen sich auf der Station selbst versorgen. Dazu steht ihnen die Cafeteria des Kinderkrankenhauses zur Verfügung. Zusätzlich gibt es auf dem Flur der Station eine so genannte 'Elternecke'. Hier stehen ein Schrank mit Geschirr, ein Kühlschrank und eine Mikrowelle zur Verfügung.

Die Annäherung der Untersuchenden an das Feld – die Station und die Mitarbeiterinnen – erfolgte in mehreren Schritten, um eine Akzeptanz

⁴⁶ Ein so genanntes Schleusenzimmer dient zur Isolierung von Kindern mit Infektionskrankheiten (zum Beispiel Windpocken). Das Zimmer hat ein separates Bad und WC und ist durch zwei Türen vom Flur getrennt (vgl. Wichmann 1991, S.498).

⁴⁷ Jeweils ein Elternteil kann über Nacht bei dem Kind bleiben. Eltern schlafen entweder auf einer Liege oder (bei Mitaufnahme, Schwangerschaft oder in den Mutter-Kind-Zimmern) in einem Bett im Zimmer. Dabei können bis zu vier Kinder und vier Elternteile in einem Zimmer liegen.

auf Seiten der Pflegenden zu erreichen. Die Schwestern⁴⁸ der Station wurden zunächst über die Pflegedienstleitung von dem Untersuchungsvorhaben informiert. Es folgte die Vorstellung der Person und der Inhalte des Projektes. Dabei wurde der Fokus auf die Kommunikation, als verbales und nonverbales Instrument einer Interaktion, zwischen Pflegenden und Angehörigen und nicht auf die Beratung von Angehörigen gesetzt, um eine Beeinflussung der Schwestern in ihrem pflegerischen Handeln zu vermeiden. Zum besseren Kennenlernen und um eine vertrauensvolle Atmosphäre für das Vorhaben zu schaffen, hat die Untersucherin drei Tage auf der Station hospitiert.⁴⁹

4.2.2 Die Teilnehmende Beobachtung

4.2.2.1 Methode

Gegenstand von Teilnehmender Beobachtung⁵⁰ in der qualitativen Sozialforschung ist das soziale Handeln. Dabei wird die Teilnehmende Beobachtung in der „natürlichen Lebenswelt der Untersuchungspersonen“ (Lamnek 1995B, S.249) eingesetzt. In der vorliegenden Untersuchung stand das pflegerische Handeln in Bezug auf die Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege im Blickfeld. Dafür wurde der Blick auf die Interaktion zwischen Pflegenden und Angehörigen gelenkt, denn hier kann Beratung stattfinden. Die Methode der Teilnehmenden

⁴⁸ Im Verlauf der Arbeit wird auch der Begriff Schwester im Zusammenhang mit den untersuchten Personen benutzt.

⁴⁹ „Die Akzeptanz des Forschers hängt fast ausschließlich von seiner *Persönlichkeit* und seinem Verhalten im alltäglichen Umgang mit den Mitgliedern des zu untersuchenden sozialen Feldes ab.“ (Lamnek 1995B, S.279). In diesem Zusammenhang war die Tatsache, dass die Untersucherin auch Kinderkrankenschwester ist, von Vorteil. So konnte zusätzlich eine gute Akzeptanz erreicht werden, da der Untersuchenden das Verhalten im alltäglichen Umgang bekannt war.

⁵⁰ Beobachtungsverfahren als Kernelement der Feldforschung haben in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Das soziale Handeln, die Situation in ihrer Eigendynamik soll beobachtet und verstanden werden, um in einem induktiven Verfahren gesellschaftliche Ordnungen zu zeigen (vgl. Scheffer 2002, Lamnek 1995B; Friebertshäuser 1997).

Beobachtung diente der Datenerhebung aller drei untersuchungsrelevanten Fragestellungen. Die Beobachtung kann wie folgt mit den gängigen, in der Literatur beschriebenen Kriterien (vgl. *Lamnek 1995B, S.239-317*) charakterisiert werden:

Es handelt sich um eine passiv teilnehmende und direkte Beobachtung. Die Beobachterin⁵¹ war Teil der beobachteten Situation (direkte Beobachtung), partizipierte eher passiv. Dass heißt, sie nahm an der Situation teil, hielt sich jedoch im Hintergrund und übernahm zusätzlich zum Beobachten keine anderen Aufgaben (passiv teilnehmende Beobachtung).⁵² Die Beobachtung wurde offen durchgeführt. Alle Beteiligten wurden vorab über die Beobachtung informiert. Zusätzlich wurde den Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeit gegeben, eine solche Beobachtung abzulehnen. Davon machte jedoch niemand Gebrauch. Vier Pflegende wurden, verteilt auf zwei Frühdienste und zwei Spätdienste, beobachtet.⁵³ Die Auswahl der Pflegenden erfolgte über die Festlegung der Beobachtungstermine aus der Gruppe der Pflegenden, die an diesen Tagen arbeiteten. Dabei überließ die Untersucherin aus organisatorischen Gründen die Auswahl der Stationsleitung oder dem Team.⁵⁴ Während eines Dienstes begleitete die Beobachterin die Pflegende. Jede Interaktion zwischen dieser Schwester und Angehörigen bzw. Schwester und Kind mit Angehörigen bildete dabei eine Beobachtungseinheit. „Die Beobachtungseinheiten bezeichnen denjenigen Teilbereich sozialen Geschehens, der konkreter Gegenstand der Beobachtung sein soll.“

⁵¹ Beobachterin und Untersuchende waren ein und dieselbe Person. „Diese Personalunion ist wegen der Einmaligkeit der Beobachtungssituationen und wegen des fehlenden Beobachtungsschemas zwingend.“ (*Lamnek 1995B; S.309*). Da es kein Beobachtungsschema gab, konnte nur die Forscherin mit ihrem Vorwissen durch die Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten, den strukturellen Rahmenbedingungen des Feldes und der Hospitation im Feld zuverlässige Informationen erheben (vgl. *Lamnek 1995B, S.309*).

⁵² Dabei sind soziale Umgangsformen, wie zum Beispiel das Grüßen oder Halten von Gegenständen, durchaus erlaubt und erwünscht, auch um die gesamte Situation des Beobachtens „natürlicher“ zu gestalten.

⁵³ Frühdienst: 6:00 Uhr-14:12 Uhr, Spätdienst: 12:48 Uhr- 21:00 Uhr

⁵⁴ Da pro Schicht zwei bis vier Schwestern arbeiteten, mussten organisatorische Kriterien wie Schichtleitung, Mentorenarbeit und Ähnliches berücksichtigt werden. Die Freiwilligkeit blieb jedoch immer oberstes Gebot.

(Atteslander 2000, S.84). Die Interaktionen wurden mit Hilfe eines Beobachtungsbogens (vgl. Anhang 1) in Form eines Gedächtnisprotokolls dokumentiert. Dabei konnten während der Beobachtung oder unmittelbar danach Stichpunkte notiert werden. Der Bogen machte eine Unterteilung in die Beobachtung der Situation auf der einen Seite und die Emotionen und Gedanken der Beobachterin auf der anderen Seite möglich. „Wichtig wird bei der Erstellung von Berichten die Trennung zwischen einer Beschreibung des tatsächlich Beobachteten und den Interpretationen, Gedanken und Klassifikationen des Beobachters.“ (Friebertshäuser 1997, S.524).⁵⁵ Zusätzlich konnte in einer Spalte die Zeit der Beobachtung festgehalten werden. Da der Bogen lediglich eine Unterteilung auf Seiten der Beobachterin zwischen emotionaler und kognitiver Beobachtung vornahm und keine Einteilungen für die Interaktionsprozesse vorgab, kann die Beobachtung als unstrukturiert bezeichnet werden.

4.2.2.2 Auswertung

Die Teilnehmende Beobachtung wurde qualitativ und quantitativ ausgewertet. Quantitativ wurden in Form einer beschreibenden Statistik (vgl. Atteslander 2000, S.273ff.) die zeitlichen und räumlichen Dimensionen der Beobachtungseinheiten erschlossen.

Die qualitative Auswertung unstrukturierter, teilnehmender Beobachtung beginnt im laufenden Forschungsprozess, in dem schon während der Feldarbeit erste Interpretationen durch die Beobachterin vorgenommen werden (vgl. Atteslander 2000, S.105; Friebertshäuser 1997, S.513). Dabei werden Interaktionen und deren Interpretationen festgehalten (vgl. Lamnek 1995B, S.310) und unmittelbar nach der

⁵⁵ Diese Trennung erschien als zusätzlicher Kontrollmechanismus notwendig, da die Beobachterin ebenso wie die zu Beobachtenden Kinderkrankenschwester ist und den Studienschwerpunkt Beratung in ihrem Studium verfolgt. So erhöhte sich die Gefahr, dass sich rationale Beobachtung und emotionale Interpretationen und Bewertungen vermischen und es damit zu einer Verfälschung der Ergebnisse kommt.

Beobachtung protokolliert. Im Anschluss an die Erhebungsphase werden die Betrachtungen analysiert, miteinander verglichen und unter Berücksichtigung der erkenntnisleitenden Fragestellungen zueinander in Bezug gesetzt (vgl. Girtler 1992, S.149).

In der vorliegenden Untersuchung wurden zunächst sämtliche Beobachtungsprotokolle als Flusstext betrachtet und nach ihrem Inhalt kategorisiert. Damit konnten Form und Inhalt der stattgefundenen Kommunikation ermittelt werden. Dann wurden einzelne Interaktionen herausgestellt, gesondert betrachtet und in Bezug auf die Fragestellungen der Arbeit analysiert.⁵⁶

4.2.2.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Auswertung spiegeln in Tabelle 1 den Anteil der Interaktionen der Pflegenden mit Angehörigen in Bezug auf den Beobachtungszeitraum wider. Abbildung 1 zeigt, an welchen Orten die Interaktionen stattfinden und setzt diese in ein prozentuales Verhältnis zueinander. Dabei wurde Pflegende 4 von beiden Auswertungen ausgeschlossen, um eine Verfälschung der Ergebnisse zu vermeiden. Dies begründet sich darin, dass bei ihr der Beobachtungszeitraum kürzer war und eine geringe Anzahl von Interaktionen zu beobachten waren. An dem Tag dieser Beobachtung befanden sich nur wenige Kinder in stationärer Behandlung. Pflegende 4 betreute zu Beginn der Erhebungszeit drei Patienten. Von ihnen wurden innerhalb der ersten zwei Stunden zwei entlassen. Bei dem Kind, das weiter von der Pflegenden betreut wurde, waren an diesem Tag keine Angehörigen anwesend. Aus diesen Gründen wurde die Beobachtung nach 2 Stunden und 42 Minuten abgebrochen.

Die übrigen drei Pflegenden wurden 16 Stunden und 7 Minuten beobachtet. In dieser Zeit ergaben sich 85 Beobachtungseinheiten.

⁵⁶ Dabei werden für die Interpretationen nicht nur die Beobachtungsdaten genutzt, sondern auch „ergänzende Informationen und Erkenntnisse berücksichtigt“ (Lamnek 1995B, S.311).

Diese beobachteten Interaktionen machten einen prozentualen Anteil von 23,4 Prozent aus, was bezogen auf die Gesamtheit 3 Stunden und 46 Minuten entspricht.

Beobachtungsperson	Beobachtungszeitraum in Stunden	Anzahl der beobachteten Interaktionen	davon: beobachtete Interaktionen in Stunden	Anteil in Prozent
Pflegende 1	06:30:00	36	01:38:00	25,13%
Pflegende 2	05:01:00	22	01:06:30	22,09%
Pflegende 3	04:36:00	27	01:02:00	22,46%
Gesamt	16:07:00	85	03:46:30	23,42%

Tabelle 1: Zeitliche Dimensionen der Beobachtungen

Abbildung 1 zeigt die Aufteilung der 85 Beobachtungseinheiten. Die Interaktionen fanden zu 86,5 % in einem Zimmer, zu 4,9 % in der Zentrale, zu 6,4 % im Flur oder zu 2,2 % in anderen Räumen statt.

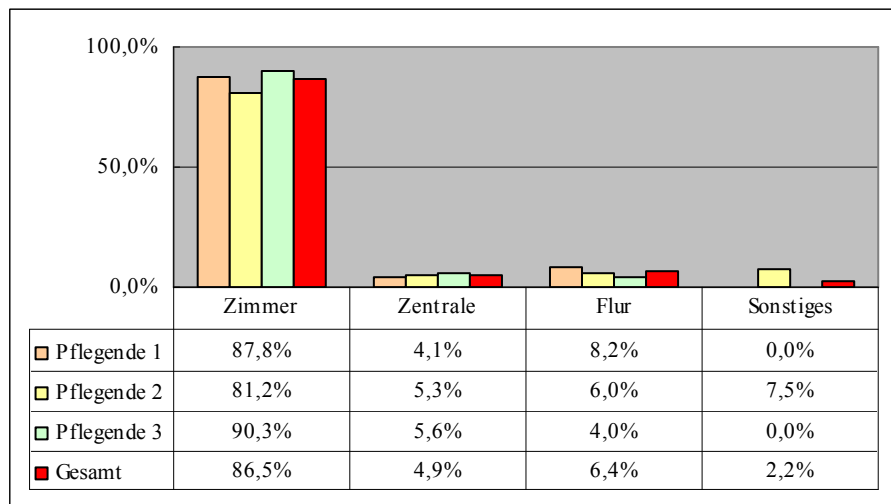


Abbildung 1: Räumliche Dimensionen der Beobachtungen

Aus den Beobachtungen konnten fünf Kategorien gebildet werden, die die Formen der Kommunikation in den Interaktionen zwischen Pflegenden und Angehörigen beschreiben:

- Informieren
- Erklären
- Anleiten
- Alltagsgespräche führen
- Tätigkeiten ausüben

Bevor die Inhalte der Kategorien erläutert werden, verdeutlicht Abbildung 2 die Häufigkeit des Auftretens dieser Kategorien während der gesamten Beobachtungen. Insgesamt konnten 193 Textteile den Kategorien zugeordnet werden.⁵⁷

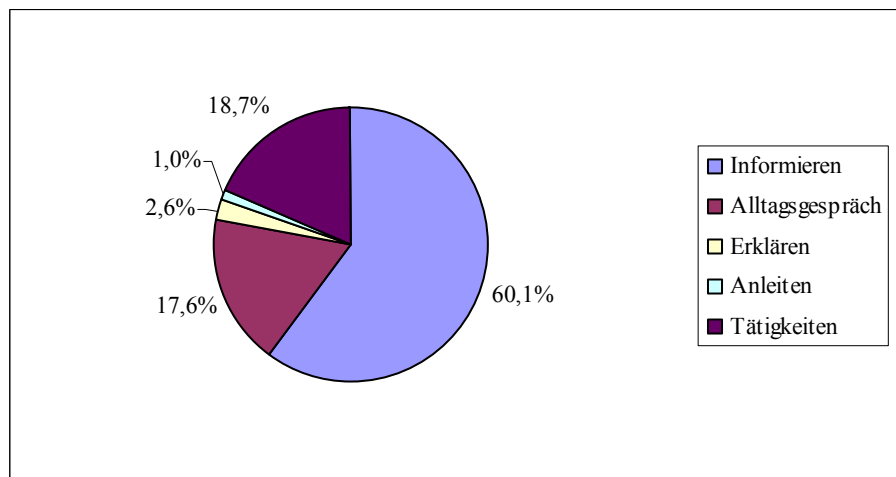


Abbildung 2: Häufigkeit des Auftretens der Kategorien (n=193) in der gesamten Beobachtung

Den Hauptanteil der Kommunikation in den Interaktionen hat die Kategorie Informieren⁵⁸. Information beinhaltet sowohl die Vermittlung von Wissen der Pflegenden in gezielten Mitteilungen, als auch Fragen von Angehörigen, die sich auf bestimmtes Wissen oder auf die Fertigkeiten von Pflegenden beziehen, und deren Antworten. Die Kategorie Informieren kann darüber hinaus Informationen, die

⁵⁷ Es wurden 201 Textteile kategorisiert, davon fielen acht unter die Kategorie Sonstige.

⁵⁸ Die Kategorien Informieren und Anleiten entsprechen in ihren Inhalten den Definitionen der jeweiligen Beratungsaktivitäten Information und Anleitung.

Angehörige an Pflegende vermitteln, enthalten. Teilweise konnte beobachtet werden, dass von den Schwestern Informationen an die Bezugsperson über das Kind vermittelt werden, ohne die anwesende Mutter in der gesamten Situation direkt anzusprechen.⁵⁹ Die Inhalte dieser Kategorie umschließen Informationen und Fragen zu folgenden Themen:

1. Informationen und Fragen zur pflegerischen Versorgung des Kindes

Beispiele:

- M (Mutter) bittet noch um Tee oder Wasser, damit sie K (Kind) den Mund anfeuchten kann.
- V (Vater) steht in der Tür zur Zentrale und teilt S (Pflegerin) die Temperatur von K mit. S wiederholt diese.
- S stellt M einige Fragen zur Pflege und Entwicklung des Kindes. M wirkt entspannt und antwortet ruhig und überlegt. S schreibt sich etwas auf den Pflegebogen, während M spricht.

2. Informationen und Fragen zu organisatorischen Belangen

Beispiele:

- Eine Frau steckt den Kopf in die Tür zur Zentrale und meldet sich von der Station ab, indem sie in den Raum sagt: 'Ich gehe mal eben in die Cafeteria'. S, die am Schreibtisch sitzt, guckt auf und sagt 'Alles klar'.
- S trifft M und K auf dem Flur. S sagt, dass die Beiden jetzt zum Sonographie könnten.
- S führt M über die Station und zeigt die Toiletten und Duschen, die Elternecke und die Küche. M nickt häufiger und sagt: 'Na ist ja alles ganz schön gemacht'.

3. Informationen und Fragen zur Therapie des Kindes

Beispiele:

- M fragt S, ob der Blutdruck besser geworden sei. Die Antwort von S geht im Geschrei des Kindes unter. M wendet sich dem Kind zu. S verlässt den Raum.
- S erklärt, dass der Sauerstoff angestellt wird, wenn die Sättigung unter 90% liegt. M hört zu, nickt zwischendurch und sagt: 'Das kenne ich ja auch schon'.
- S fragt M nach möglichen Allergien von K. M verneint.

⁵⁹ Beispiel: 'Guck mal, was ich Deiner Mutter mitgebracht habe'.

Erklären und Anleiten bilden zwei weitere Kategorien. Dabei grenzt sich die Erklärung von der Anleitung ab, indem sie auf der sprachlichen Ebene bleibt. In der Anleitung wird zusätzlich zur Erklärung auch praktische Anleitung gegeben. Die folgenden Beispiele aus den Beobachtungsprotokollen verdeutlichen den Unterschied.

Erklären:

- Beispiel: S betritt Zimmer D. K schläft, M steht vor dem Bettchen. S erklärt M, wie sie mit dem Kind inhalieren soll. S beschreibt, wie M mit dem Gerät umgehen und wie lange sie die Maske vor das Gesicht des Kindes halten soll. M nickt und stellt keine Fragen. S verlässt den Raum.

Anleiten:

- Beispiel: O (Großmutter) sagt, dass sie dies noch nie gemacht habe. S tritt an das Bett heran, in dem der Säugling gerade gewickelt wird und zeigt O das Thermometer und erklärt die technischen Möglichkeiten in einem sehr ruhigen und sachlichen Ton. S steht am Bett, O daneben. Dann zeigt S, wie sie beim Säugling Temperatur misst. O guckt auf die Aktionen von S und scheint sehr interessiert. Währenddessen fängt das Baby an zu schreien, S und O beschäftigen sich gemeinsam mit dem Kind. Als die Messung vorüber ist, zeigt S, wo man die gemessene Temperatur ablesen kann und wie man danach das Thermometer desinfizieren muss. Diese Erklärung geht im Geschrei des Säuglings etwas unter. O beschäftigt sich wieder mit dem Säugling.

Insgesamt wurden vier Situationen unter der Kategorie Erklären und zwei Situationen unter der Kategorie Anleiten beobachtet.

Alltagsgespräche zwischen Pflegenden und Angehörigen beziehen sich zum einen auf das Kind, zum anderen auf die Angehörigen selber. In all diesen Situationen sind es die Angehörigen, die etwas erzählen.

- Beispiel: Danach fängt M im Beisein von O an, S zu erzählen, wie es dem Kind jetzt mit seiner Lunge und den Cortisongaben, die es bekommen hatte, geht. 'Die Ärzte haben schon von Cortisonabhängigkeit gesprochen. Am Wochenende war es mit 6 Litern Sauerstoff besonders schlecht mit der Lunge...'. M ist sehr aufgeregt, ihr Tonfall klingt sorgenvoll. S hört zu, nickt zwischendurch und sagt 'Hm' oder 'Ja'. Dann wechselt S das Thema

auf Fotos, die die Mutter mitbringen wollte. Kurz reden M, O und S über die Fotos, dann steht S auf und verlässt den Raum.

Anders verhält es sich bei dem Thema Kontakt, das ebenso zu dieser Kategorie gezählt wurde. Hier ergreifen die Pflegenden bei der Begrüßung und Vorstellung zu Dienstbeginn oder bei der Verabschiedung am Ende der Arbeitszeit die Initiative.

- Beispiel: Kontaktaufnahme zu den Kindern und Angehörigen, die von S versorgt werden. S geht in Zimmer B, hier sind zwei Säuglinge und zwei weibliche Personen anwesend. Beide Frauen stehen und haben die Säuglinge auf dem Arm. S stellt sich vor. Sie tritt auf eine Person zu, sagt ihren Namen und fragt, ob alles in Ordnung sei. Dabei nimmt sie Körperkontakt zum Säugling auf, indem sie dessen Arm streichelt. So verfährt S auch bei der anderen Frau mit Säugling. Beide Personen stellen sich als die jeweiligen Omas vor, die Mütter kämen gleich wieder.

Unter der Kategorie Tätigkeiten ausüben wurden alle Handlungen zur pflegerischen und medizinischen Versorgung des Kindes zusammengefasst. Zum einen wurden Situationen beobachtet, in denen Pflegende und Angehörige gemeinsam arbeiten. In diesen Situationen (wiegen, Blutdruck messen, Verband wechseln u.a.) wenden sich beide dem Kind zu, meistens spricht dabei die Bezugsperson mit dem Kind, spendet Trost, hält es eventuell fest und hilft so der Schwester bei der Ausübung einer Tätigkeit.

- Beispiel: S betritt Zimmer D. M steht am Wickeltisch, K sitzt darauf. S sagt, dass sie gerne den Verbandswechsel bei K machen möchte und K wiegen möchte. M nickt, sie könne K dann direkt etwas anderes anziehen. Beim Verbandswechsel und beim Wiegen fängt K an zu schreien, so laut, dass eine Unterhaltung unmöglich ist. S und M reden mit K. M streichelt es, während S den Verbandswechsel macht. Nachdem K gewogen worden ist, nimmt M ihr Kind auf den Arm. Kurzer Blickwechsel zwischen M und S. S verlässt schnell den Raum. 'Damit K nicht mehr weiße Kittel sehen muss'.

Zum anderen gibt es Tätigkeiten, die Pflegende alleine ausüben, wie zum Beispiel Abendessen bringen, Betten machen. Die

Kommunikation, die in dieser Kategorie bei Angehörigen und Pflegenden entsteht, richtet sich oft an das Kind.

Zusammenfassend zu diesem Zeitpunkt der Auswertung lässt sich feststellen, dass die Kommunikation der Pflegenden im Vergleich zueinander keine großen Unterschiede aufweist. Informieren bildet den Hauptteil der Kommunikation, das Zimmer ist mit 86,5% der Hauptort der stattfindenden Kommunikation. Erklären grenzt sich als Kommunikationsaktivität von der Kategorie Anleiten ab.⁶⁰ Beratung als eine Form von Kommunikation konnte nicht beobachtet werden. Inhaltlich wird hauptsächlich auf der sachlichen Ebene kommuniziert. Auf der emotionalen Ebene findet Kommunikation nur auf Seiten der Angehörigen statt, Pflegende nehmen diese Emotionen nicht in das Gespräch auf und bleiben sachlich (vgl. Beispiel zur Kategorie Alltagsgespräche).

Obwohl keine Beratung stattfand, konnten elf Situationen beobachtet werden, in denen der Einstieg einer Beratung möglich gewesen wäre. Davon sind sechs Situationen aus der Kategorie Alltagsgespräche, drei aus der Kategorie Informieren und zwei aus der Kategorie Tätigkeiten ausüben. Drei dieser Situationen werden beispielhaft vorgestellt, um die mögliche Chance der Beratung zu erläutern.⁶¹

⁶⁰ Inwieweit das Erklären zur Kategorie Informieren zuzuordnen ist, bleibt zu diskutieren. Für diese Arbeit wurde ihm eine eigene Kategorie eingeräumt, da es sich für die Untersuchende in der Beobachtung durch die zeitliche Länge der Informationen zu einem Thema von der Kategorie Informieren abgrenzte.

⁶¹ „In Projekten qualitativer Sozialforschung ist die beispielhafte Zitation von Interviewpassagen oder Beobachtungen, die der Autor für besonders eindrücklich oder typisch hält, ein wichtiges und meist auch das einzige Mittel zur Dokumentation seiner Aussagen.“ (Lamnek 1995B, S.197).

Beobachtungseinheit:	Eigene Gedanken, Emotionen...
S betritt Zimmer B und setzt sich zu O auf die Liege und fragt, ob sie irgendetwas braucht? O redet von zu Hause, und dass sie gerne wieder nach Hause wollen. Vermehrt stellt O die Frage/Feststellung `Das geht doch auch zu Hause`?! S verweist darauf, dass dies der Arzt entscheiden müsse.	<i>Ich hab das Gefühl, O erwartet eine Bestätigung durch S. Verpasste Beratungschance??</i>

Tabelle 2: Beispiel 1⁶²

Die dargestellte Situation ist der Kategorie Alltagsgespräche entnommen. Die Situation entsteht aus einem offenen Angebot der Schwester `Ob O irgendetwas braucht?`. Die Schwester setzt sich hin.⁶³ Vielleicht vermittelt diese Körperbewegung der Großmutter, die Schwester hat Zeit. Die Großmutter erzählt von zu Hause und äußert mehrmals die Feststellung `Das geht doch auch zu Hause`. Die Schwester reagiert darauf, indem sie auf den Arzt verweist, nur er könne das entscheiden. Damit signalisiert die Schwester: Dafür bin ich nicht zuständig. Darüber brauchen wir nicht zu reden. Doch was bedeutet das für die Großmutter? Ihr Wunsch mit dem Kind nach Hause zu gehen, wurde abgewiesen, aufgeschoben. Die Pflegende signalisierte keine Anteilnahme, kein Interesse und kein Verständnis für den Wunsch. Für die Entscheidung an sich ist die Pflegende tatsächlich nicht verantwortlich, aber sie hätte der Großmutter die Gelegenheit geben können, über das Thema zu sprechen. Die Schwester hätte für die Großmutter eine Atmosphäre schaffen können, in der sie ihren Wunsch hinterfragen und für sich und das Kind eine Entscheidung treffen kann. Vielleicht ist das Verlangen, nach Hause zu gehen, so groß, dass dieser Wunsch die Probleme, die es dabei

⁶² Die Darstellungsform der Beispielen in den Tabellen 2 – 4 ist aus den Gedächtnisprotokollen der Teilnehmenden Beobachtung entnommen.

⁶³ Es gibt noch zwei weitere Interaktionen, in denen sich eine Schwester hinsetzt. Auch aus ihnen entstehen Situationen, in denen ein Einstieg in die Beratung möglich gewesen wäre.

geben könnte, überdeckt. In einer Atmosphäre, in der es zu einem wechselseitigen und wechselwirksamen Austausch über die Situation zu Hause, die Situation des Kindes und den Wunsch, entlassen zu werden, kommt, kann die Großmutter sich der Schwierigkeiten bewusst werden und für sich einen Weg erkennen, wie ihr Ziel erreicht werden kann. Eventuell heißt das, für sich zu entscheiden, noch im Kinderkrankenhaus zu bleiben. Oder die Großmutter würde in einer solch klärenden Atmosphäre merken, dass es für sie und das Kind wichtig ist, nach Hause zu gehen, und dieses im Rahmen ihrer Möglichkeiten liegt. Ihre Entscheidung wäre dann reflektiert und bewusst. In einem Gespräch mit dem Arzt könnte die Großmutter ihre Position deutlich vertreten.

Beobachtungseinheit:	Eigene Gedanken, Emotionen...
<p>In Zimmer C: M hat noch einige Fragen zur Visite. Man hat ihr dort von einem Keim erzählt, der das Ekzem des Kindes ausgelöst hat. M ist sehr verunsichert. Fragt, 'woher denn dieser Keim kommt? Ob er gefährlich ist? Wie das passieren konnte?' S spricht sehr ruhig und erklärt etwas zu diesem Keim. S sagt noch mal, dass K jetzt nicht mehr aus dem Zimmer darf, weil die anderen Kinder sonst angesteckt werden. Dann geht S direkt auf die befallenen Hautstellen am Körper über und leitet so das Thema auf den Verbandswechsel, der jetzt ansteht. Mit M gemeinsam versorgt S das Kind. Dabei wird mit K gesprochen. Dann verlässt S das Zimmer.</p>	<p><i>M traurig, besorgt</i></p> <p><i>Beratungssituation wird nicht wahrgenommen.</i></p>

Tabelle 3: Beispiel 2

Diese Situation entstammt der Kategorie Informieren. So wie in diesem Beispiel konnte auch in anderen Interaktionen beobachtet werden, dass Pflegende nach der Visite häufig eine Erklärer- oder Vermittlerrolle für Angehörige übernehmen. In der dargestellten Situation wirkt die Mutter verunsichert und reiht mehrere Fragen aneinander. Die Schwester nimmt die Verunsicherung oder Aufgeregtheit wahr und reagiert mit einer ruhigen Stimme. Sie beantwortet die Fragen der Mutter, indem sie die Wirkung des Keimes erklärt. Auf die emotional gestellten Fragen der Mutter folgt eine sachliche Erklärung. Vielleicht will die Mutter tatsächlich etwas über den Keim wissen, aber das kann die Pflegende zu diesem Zeitpunkt nicht wissen. Mindestens ebenso wahrscheinlich ist – ohne die Erregung der Mutter wahrzunehmen, – dass die Fragen einen viel tieferen emotionalen Hintergrund haben. Eine Möglichkeit, auf diese Situation zu reagieren, wäre auf die Verunsicherung einzugehen, bzw. sie „abzufragen“. Mit einem Satz wie „Ich merke, Sie sind sehr unsicher“ oder „Sie sind sehr aufgeregt“ könnte sie eine Atmosphäre schaffen, in der die Mutter ihre Gefühle, Gedanken und Fragen äußern kann. Vielleicht hat die Mutter alles verstanden, was der Arzt erklärt hat, aber sie hat Angst und weiß nicht, wie sie damit umgehen soll. Gibt es noch Geschwisterkinder, und sie hat Angst, dass diese sich ebenso angesteckt haben könnten? Oder wächst ihr gerade alles über den Kopf, weil sie eigentlich damit gerechnet hat, schnell nach Hause zu können? Diese vielen Spekulationen verdeutlichen, dass der Schlüssel zu einer umfassenden Beratung die Mutter selbst ist, damit sich für sie die Situation klärt. Beratung geschieht auf der Grundlage von Intersubjektivität, also dem Einnehmen einer inneren Haltung, dass das Gegenüber eine andere Sicht auf die Welt hat. Von dieser Annahme geprägt, würde die Schwester zunächst die von ihr wahrgenommenen Emotionen verbalisieren und damit der Mutter ermöglichen, sich ihrer Sicht (Gedanken, Gefühle) auf die Situation bewusst zu werden. Ein Teil eines solchen Beratungsprozesses könnte

die Erklärung einer Krankheit sein. Doch sie ist nicht der wichtigste Teil der Beratung und bestimmt diese nicht. Indem die Schwester jedoch nach ihrer Erklärung direkt zu einem anderen Thema wechselt, lässt sie für die emotionale Situation der Mutter keinen Platz.

Beobachtungseinheit:	Eigene Gedanken, Emotionen...
<p>Dann erscheint auf dem Balkon B (Bruder). M macht die Tür auf und befiehlt B auf dem Balkon stehen zu bleiben. Dann wendet sich M an S und erklärt, warum B über den Balkon kommt. Sie hat Angst, dass er sich auch ansteckt. Sie weiß nicht: 'Wohin darf er, wohin nicht. Was ist gefährlich, was nicht'? Während sie redet, bewegt sie viel die Arme, so unterstreicht sie ihr Gesagtes. S nickt und wiederholt manchmal Schlagworte von M. Dann sagt S, dass sich B natürlich anstecken kann, auch bei anderen Kindern. 'Er könne sich aber ruhig in diesem Zimmer aufhalten und über den Flur gehen'. M nickt und sagt: 'Ja Ja'. S verlässt das Zimmer.</p>	<p><i>Der Balkon geht um das Gebäude herum; man kann ihn also auch als 'Flur' benutzen.</i></p> <p><i>S spiegelt.</i></p> <p><i>Beratungssituation</i></p> <p><i>Ich habe das Gefühl, dass für die Mutter die Sorgen nicht weniger geworden sind.</i></p>

Tabelle 4: Beispiel 3

Diese Situation ist der Kategorie Alltagsgespräche entnommen. Die Mutter erzählt der Schwester von ihrer Angst um den Bruder des kranken Kindes, der zu Besuch gekommen ist. Aufgrund der Ansteckungsgefahr erlaubt die Mutter ihrem Kind nicht, über den Stationsflur zu gehen und ins Zimmer zu kommen. Die Schwester hört der Mutter aufmerksam zu, teilweise spiegelt sie das von der Mutter Gesagte. Dann weist sie darauf hin, dass der Bruder sich zwar

anstecken könnte, aber er dürfe dennoch ins Zimmer der Kranken. In Bezug auf die Sorgen der Mutter erscheint diese Antwort unangemessen, denn die Schwester beantwortet die Emotionen der Mutter ausschließlich sachlich. Sie geht nicht auf den Kern der Verunsicherung ein. Wie hätte die Schwester anders reagieren können? Die Schwester hätte der Mutter eine Möglichkeit eröffnen müssen, ihre Sorgen zu artikulieren, um diese im weiteren Beratungsgespräch annehmen oder aufheben zu können. Die Offenheit einer Reaktion wie zum Beispiel: 'Sie machen sich Sorgen', blockt die Emotionen der Mutter nicht ab und stärkt die Grundvoraussetzung der Beratung als einen ergebnisoffenen Prozess.

4.2.3 Das Gruppengespräch

4.2.3.1 Methode

Die 3. Fragestellung, die in der Untersuchung beantwortet werden soll, betrifft die Bedeutung und Wahrnehmung von Beratung auf Seiten der Pflegenden. Für die Erhebung der Ist-Situation auf der Kinderstation wurde die Methode des Gruppengesprächs ergänzt, um bei den Pflegenden die bewusste Wahrnehmung und die Bedeutung von Beratung zu erheben. Dabei fiel die Wahl auf das Gruppengespräch, um sowohl über die Meinung des Einzelnen⁶⁴, aber auch über gruppenspezifische Meinungen und Haltungen (vgl. *Lamnek 1995B, S.134*) gegenüber der Arbeit mit Eltern und ihrer Beratung etwas zu erfahren. Die in dieser Untersuchung genutzte Methode ist sowohl an die Gruppendiskussion von Lamnek als auch an Phasen des problemzentrierten Interviews (vgl. *Lamnek 1995B, S. S.74-78*) angelehnt.

⁶⁴ Die Entscheidung, das Gruppengespräch als Methode zu nutzen, wurde auch von der Annahme geprägt, dass sich in der Diskussion, im Gespräch einer vertrauten Gruppe einzelne Meinungen besser herauskristallisieren. Ebenso wurde angenommen, dass in einer fremden Einzelsituation, wie im Interview, der Redefluss stocken könnte.

Zwei Gespräche fanden in Gruppen zu je drei Teilnehmerinnen statt. Die Gruppen konnten als real existierend und homogen bezeichnet werden, da alle Teilnehmerinnen als Schwestern auf derselben Station arbeiteten. Die Auswahl der Teilnehmerinnen erfolgte nach dem Prinzip der Freiwilligkeit. So wurden die Gesprächstermine auf der Station ausgehängt und die Schwestern konnten sich dann in die Listen eintragen.

Für die Gruppengespräche wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt. Die Struktur dieses Leitfadens beinhaltet:

1. Die emotionale Einstimmung; das 'Warm up'
2. Die Operationalisierung des Themas und folgend die Detaillierung
3. Die Vertiefung
4. Die Ausleitung

Der Leitfaden (siehe Anhang 2) enthielt keine ausformulierten Fragen, sondern Stichpunkte als Hilfe für die Gesprächsführung, um daraus offene Fragen oder Aufforderungen zu formulieren.⁶⁵ Für die Erstellung des Gesprächsleitfadens konnten Erfahrungen aus der Hospitation und erste Ergebnisse aus der Teilnehmenden Beobachtung genutzt werden. So wurden die Teilnehmerinnen nach dem Warm up der Gesprächsrunde zunächst aufgefordert, Situationen zu beschreiben, in denen sie Eltern als schwierig⁶⁶ empfunden haben. Anhand dieser Beispiele sollten mögliche Grenzen von Kommunikation erörtert werden. Damit endete die Phase der Operationalisierung. Daran anschließend beschrieb die Gesprächsleiterin in der Vertiefungsphase eine Situation, in der eine Schwester auf eine aufgeregte Mutter trifft. Sie forderte die

⁶⁵ Damit wurde dem Prinzip der Flexibilität der qualitativen Sozialforschung Rechnung getragen.

⁶⁶ Der Begriff 'schwierige Eltern' wird auf der Station von den Pflegenden genutzt und benennt Eltern, mit denen die Schwestern Konflikte haben oder mit denen die Zusammenarbeit Probleme aufwarf.

Teilnehmer der Gesprächsrunde auf, sich in die Schwester hineinzusetzen und ihre möglichen Reaktionen auf die Mutter zu beschreiben. Dazu wurde das Beispiel 3 der Teilnehmenden Beobachtung (vgl. Tabelle 4) genutzt. Im weiteren Verlauf beschrieb die Gesprächsleiterin eine mögliche Reaktion, mit der die Schwester die Mutter auf ihre Emotionen ansprechen könnte. Über diese Möglichkeit sollte dann unter den Teilnehmenden gesprochen werden, wobei sich die Untersuchende durchaus bewusst war, dass sie eine solche Reaktion während der Teilnehmenden Beobachtung nicht gesehen hat. Abschließend wurden in der Ausleitungsphase die Wünsche der Pflegenden an mögliche Inhalte einer Kommunikationsfortbildung thematisiert.

4.2.3.2 Auswertung

Die Gruppengespräche wurden in Anlehnung an die Auswertung und Analyse qualitativer Interviewdaten von Lamnek (*Lamnek 1995B; S.107-110*) und die Auswertung des Experteninterviews nach Meuser und Nagel (*Meuser, Nagel 1997, S.488-489*) ausgewertet.⁶⁷ Die Auswertung erfolgte in fünf Schritten.

1. Transkription: Die Gesprächsrunden wurden auf Tonband aufgezeichnet und anschließend abgehört und verschriftlicht. Nonverbale Merkmale der Gespräche wie Pausen, Lachen, etc. konnten durch eigens aufgestellte Transkriptionsregeln ins Dokument mitaufgenommen werden.
2. Kategorienbildung: Aus den Inhalten der Gesprächsrunden wurden 15 Kategorien gebildet. Dabei ging es um thematische

⁶⁷ In der qualitativen Sozialforschung gibt es keine bestimmte Auswertungsmethode, die bei bestimmten Verfahren angewendet werden muss. So soll die Auswertungsmethode dem Thema und den Methoden des Projektes entsprechend ausgesucht oder modifiziert werden (vgl. *Lamnek 1995B, S.114ff. & Lamnek 1995A, S.197ff.*). Die Gesprächsrunden sollten Aufschluss über die Wahrnehmung und Bedeutung von Beratung und Kommunikation der Pflegenden geben. Also können die Pflegenden als Teilnehmer der Gesprächsrunde durchaus als Experten ihrer Wahrnehmung angesehen werden.

Einheiten aus Textpassagen, die inhaltlich zusammengehören, und nicht um „Sequenzialität von Äußerungen“⁶⁸ (Meuser, Nagel 1997; S.488) in den Gesprächsrunden.

3. Verdichtung des Textes: Füllwörter und Redundanzen wurden aus dem vorhandenen Textmaterial gestrichen.
4. Überprüfung der Kategorien: Die einzelnen Textteile wurden aus den Kategorien genommen, erneut als Fließtext behandelt und die Inhalte mit den dazugehörigen Kategorien überprüft. Dabei konnten einige Kategorien zusammengefasst werden. Insgesamt blieben acht Kategorien bestehen.
5. Übergreifende Auswertung: In diesem Schritt wurden die Ergebnisse der beiden Gesprächsrunden ineinander überführt.⁶⁹

4.2.3.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Gruppengespräche werden in acht Kategorien (A-H) abgehandelt:

- (A) Die Beispielsituation
- (B) Kommunikation
- (C) Regeln
- (D) Rahmenbedingungen
- (E) Strategien
- (F) Fortbildung
- (G) Eigene Rolle/Position
- (H) Eltern

⁶⁸ Sequenz hier definiert als: „Aufeinanderfolge, Folge, Reihe“ (vgl. *Fremdwörterlexikon 1994, S. 1247*).

⁶⁹ In sieben von acht Kategorien war dies gut möglich, da sich die Ergebnisse untereinander ergänzten oder übereinstimmten. Lediglich in einer Kategorie erschien es sinnvoll, die Ergebnisse der Gruppen im Einzelnen zu belassen.

Die Kategorie 'Die Beispielsituation' fasst die Reaktionen der Pflegenden auf die von der Gesprächsleiterin erzählte Situation in der Vertiefungsphase des Gruppengesprächs zusammen. Im Gegensatz zu den anderen Kategorien, bei denen die Ergebnisse der einzelnen Gesprächsrunden miteinander ergänzt werden konnten, werden hier aufgrund der unterschiedlichen Reaktionen die einzelnen Ergebnisse der Gesprächsrunden getrennt aufgeführt. Zum besseren Verständnis sind in dieser Kategorie auch die Anregungen und Fragen der Gesprächsleiterin (G) mitaufgeführt.

(A) Die Beispielsituation

G: Seit elf, zwölf Tagen ist in einem von den Sälen eine Mutter mit einem zweijährigen kranken Kind. Die Mutter hat noch ein fünf Jahre altes Kind. Im Zimmer sieht die Schwester das gesunde Geschwisterkind auf dem Balkon und die Mutter im Zimmer stehen, sie unterhält sich mit dem Geschwisterkind. Die Mutter dreht sich um, sieht die Schwester und sagt, „sie würde das Kind immer über den Balkon in das Zimmer schicken, also gar nicht über den Flur lassen, sondern immer nur über den Balkon. Das Kind sollte auch immer auf dem Balkon stehen bleiben. Man weiß ja nicht, was da für Krankheiten sind. Eine andere Schwester hätte ihr schon gesagt, das Kind dürfte da ruhig rüberlaufen, aber man weiß ja nicht. Sie wäre sich unsicher und deshalb sollte das Kind lieber auf dem Balkon bleiben“. Die Mutter ist sehr aufgebracht, gestikuliert viel.

Wie könnte man darauf als Schwester reagieren?

Gruppe 1: Ich finde, das ist keine gute Idee, das *ist*⁷⁰ gefährlich für das Kind. Das kann den Balkon runterstürzen, gerade mit fünf Jahren klettern die schon mal gerne.

Wenn ich Kritik ausübe, versuche ich, dass es nicht als Schimpfen rüberkommt, den Satz einzubringen: 'Ja, ich kann verstehen, dass Sie sich Gedanken machen. Aber ihm kann nichts passieren. Sie können ruhig mit ihm ins Zimmer gehen. Das, was Sie da machen, ist gefährlicher. Ich würde mir eher Sorgen machen, dass er darunter

⁷⁰ Kursiv gedruckte Wörter in den Kategorien sind von der Untersuchenden zum Sinnverstehen der Aussagen dem Aussagetext hinzugefügt worden.

stürzt. Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen, das Kind kann ruhig auf die Station kommen´.

Wenn es nicht in andere Zimmer geht, ist es auch nicht gefährdet. Wenn ihr das zu unsicher wäre, würde ich ihr die Geschwisterbetreuung anbieten. Die sorgen für ihn. Er könnte spielen, während sie sich um das andere Kind kümmert.

Gruppe 2: Es wäre ungünstig, wenn da mehrere Kinder in dem Zimmer sind. Dann sagen wir schon: `Also, das ist schlecht, die Kinder sollen eigentlich gar nicht auf die Station´. Wir wissen ja nicht, ob das Geschwisterkind irgendeine Krankheit in sich trägt. Das würde ich mit der Mutter besprechen.

Es ist nicht unsere vorrangige Sorge, dass sich das Geschwisterkind bei anderen ansteckt. Wir müssen auf die kranken Kinder achten.

Man kann das schlecht beurteilen, es kommt auf das Erkrankungsbild an, wie man es regeln kann. Generell erst sachlich klären, dann ergibt es sich.

Ich würde fragen, ob sie das nicht anders regeln kann. Ob sie nicht jemanden in der Familie hätte, der das Geschwisterkind betreuen kann. Wenn sie keinen hat, dann müssen wir das regeln. Ob man Geschwisterbetreuung anbietet oder das Kind vorne an unseren Würfel setzt, um die anderen Kinder nicht zu gefährden.

Wir kümmern uns um Geschwister, wenn wir das Gefühl haben, die sind nicht optimal versorgt. Dann nehmen wir die zum Teil mit auf. Man bietet der Mutter Hilfe an. Oft bringt der Vater sie morgens, dann bleiben sie tagsüber bei uns. Die kriegen auch schon mal ein

Butterbrot, ganz eng sehen wir das nicht, wenn es gar nicht anders geht.

G: Wenn man sagen würde: 'Sie machen sich Sorgen um ihr Kind'. Wie könnte das Gespräch weiterlaufen?

Gruppe 1: Könnte sein, dass es positiver verläuft. Vielleicht erklärt sie ihre Sorgen, sagt vielleicht, dass er ein schwaches Immunsystem hat und sie Angst hat, dass er sich ansteckt. Man weiß ja nicht, was hinter der Angst steckt.

Gruppe 2: Das kann man so pauschal nicht sagen. Das kommt darauf an, wie sich das Gespräch entwickelt. Ist die Mutti zugänglich, hört sie zu oder wehrt sie gleich ab? Entweder sie erzählt gleich, warum und weshalb, dann ergibt sich ein anderes Gespräch. Oder sie ist eher zugeknöpft und will nur das Nötigste erzählen. Dann wird man nicht weiter bohren. Sie will vielleicht nicht.

Man müsste klären, ob *die Mutter* Angst hat, weil sie aufgefallen ist, weil wir dazu gekommen sind. Oder hat sie Angst, dass sich dieses Kind auch ansteckt. Dass man klärt, was das überhaupt für Kinder sind. Wenn das Enteritiskinder sind, ist das nicht gut, dass das Kind dazu kommt.

Vielleicht hat die Mutter generell Beaufsichtigungsprobleme. Normalerweise haben Mütter nicht so Ängste. Das würde schon auffallen. Da würde man nachfragen, wenn die sich so verhält. 'Warum haben sie Angst? Ist ihr Kind gefährdet?' Das Kind geht doch auch in den Kindergarten und läuft auf dem Spielplatz rum.

(B) Kommunikation

Wir führen reichlich Gespräche, um den Eltern *etwas* klar zu machen. Das große Programm gleich bei der Aufnahme: Der Ablauf und die Räumlichkeiten werden gut erklärt.

Wenn Eltern ins Krankenhaus kommen, nehmen die leider gar nicht alles auf, was wir vermitteln. Bei der Aufnahme beschäftigen sich Eltern mit allem, nur nicht mit dem, was die Schwester sagt. Die haben den Kopf voll, haben ein krankes Kind. Da gehen die Gedanken kreuz und quer, und unsere unruhige Atmosphäre macht es nicht einfacher. Ich fände *es* eine gute Idee, wenn man sich für dieses Aufnahmegespräch ein wenig Zeit nehmen und sich hinsetzen würde. Vom Grundprinzip weiß ich, wie eine vernünftige Kommunikation laufen sollte. Bei uns fehlt ein Raum, *in dem man* die Aufnahmenerhebung machen *kann und* wo mal ein bisschen andere Atmosphäre herrscht. Man kommt aus dieser hektischen Aufnahme auf eine hektische Station.

Das ist auch eine Sache, wie man was sagt. *Zum Beispiel:* Wenn Infektionskranke nicht auf den Flur sollen, sagt man denen, 'Sie müssen drin bleiben, ihr Kind ist ansteckend'. Das machen dann die wenigsten. Sagt man aber, 'Das Immunsystem ihres Kindes ist schlecht, das nimmt alles, was hier kreucht und fleucht schnell an', dann machen die das.

Eltern sind in der Kommunikation auf einer sachlichen Ebene. Ich habe heute ein Gespräch auf die emotionale Ebene gehoben. Aber: Wenn man sich auf die Mutter eingelassen hat, in ihren Sorgen, wurde sie immer emotionaler und erregter, und ich kam da gar nicht mehr raus. Wenn man ihr ganz klar verbal eine Grenze gab, dann wurde sie eingeschüchtert, und es klappte. Das ist schon komisch. Wenn es bessere Regeln gäbe, wäre die Kommunikation einfacher.

Durch den hohen Ausländeranteil *gibt es* immer noch häufig sprachliche Probleme. Eine richtige Stelle für Dolmetscher ist nie zustande gekommen, das lag am Geld. Wir haben einige türkische Kollegen im Haus, Putzfrauen oder die in einem Labor oder *der* Milchküche arbeiten. Das ist nur schwierig, wenn Entscheidungen schnell getroffen werden. *Eigentlich* sagt man den Leuten, die sollen jemanden mitbringen.

Oft ist das Problem, dass sie sich nicht trauen zuzugeben, dass sie nichts verstehen.

Antipathien, man sieht sich und denkt, geht nicht.

Ein Gespräch macht keinen Sinn, wenn Eltern wirklich frech werden.

Wenn eine Mutter wenig Vertrauen in das System und in das Krankenhaus hat, weiß ich nicht, was ich tun soll. Ich versuche, das in Gesprächen zu lösen, aber da ist schon sehr viel Angst mit im Spiel.

(C) Regeln

Regeln sind wichtig und müssen eingehalten werden, sonst gibt es ein Chaos. Am Wochenende kann man die Regeln ändern.

Eigentlich können Regeln gut vermittelt werden. Die werden am Anfang (*bei der Aufnahme*) klar gesagt. Das sind wenige, gut erkennbare, einsichtbare Regeln, *die* wir den Leuten versuchen zu erklären.

Es gibt Leute, die können keine Regeln akzeptieren, die es in einem Krankenhaus einfach gibt. Eltern, die von vorneherein fordern, machen die Regeln *selber*. Das haben wir nicht so gerne.

Für uns im Alltag ist es ganz schwer, dass es in diesem Haus – *bezogen auf den Speisesaal und die Geschwisterregelung* – keine klaren Regeln gibt. Das ist ein Rattenschwanz. Was sage ich da den Eltern?

Wir haben öfter Pech, dass Ärzte uns dazwischen funken, die Regel brechen. Der falscheste Weg überhaupt ist, dass man Sachen macht, nur um dem Ärger aus dem Weg zu gehen und Eltern ihren Willen kriegen.

Unser Problem ist *auch*, dass wir selber keine festen Regeln einhalten. Wir sind uns oft untereinander nicht einig. Auf der anderen Station reden die *Schwestern* von total zufriedenen Eltern. Da sind klar aufgestellte Regeln. Dadurch ist viel mehr Ordnung und Struktur drin. Dann werden die Eltern in ihre Schranken gewiesen, wissen direkt, wo es lang geht. Das macht bei uns keiner.

Es ist schwierig, man kann auch nicht zu strenge Regeln aufstellen. Es gibt Notsituationen. Man muss immer ein bisschen Spielraum haben. *Zum Beispiel:* Es ist ja auch nicht richtig, wenn man sagt, *dass* nur ein Elternteil übernachten darf. Da haben wir uns zwar drauf geeinigt, aber dann kommt so ein Fall, wie jetzt mit der Asylantenfamilie. Da muss man auf jeden Fall eine Ausnahme machen, weil man ja auch menschlich ist. Oder vor einer großen Herz-OP muss das auch sein. Dann drücken wir alle ein Auge zu, dann kann der Vater dabei bleiben. Man denkt selber, was sind das für Ängste, was geht in denen vor? Wenn das nicht so wäre, dann sind wir falsch.

In einfachen Dingen könnte man bessere Regeln aufstellen, die eingehalten werden müssen. Eine Regel haben wir immerhin, dass keiner in die Küche darf.

(D) Strategien

Wir versuchen immer eine gute Mitte zu finden. Wir (*Pflegende und Eltern*) müssen zusammen arbeiten, damit das Kind gesund wird. Das ist *unser beider* Interesse. Wir müssen einen Weg finden, wie kriegen wir dieses Kind gesund und nicht, wie knallen wir gegeneinander. Ich kenne Wege und bin dabei die einzuschlagen, *dabei* möchte ich nicht sagen: 'So, ich bin der Chef und ich habe das Sagen'.

Wenn man nicht miteinander auskommt, schickt man eine andere Schwester rein. Ein anderes Gesicht kann schon Wunder wirken.

Wenn man von dem vorherigen Dienst die Information bekommt, *dass* die Eltern schwierig sind, bemüht man sich, besonders freundlich zu sein. Manche Eltern sind dann dankbar, dass man denen noch mal eine Chance gibt. Die entschuldigen sich dann sogar.

Wenn es eskaliert, ist eine Methode, unseren Oberarzt anzurufen. Der ist größer *und* kräftiger. Wenn der mit Eltern spricht, sind die so klein mit Hut. Ich finde es ganz schlimm, dass man das nicht alleine klären kann *und* einen Oberarzt rufen muss.

(E) Fortbildung

Wenn man Fortbildungen zur Kommunikation macht, dann 1 ½ Stunden handfeste, realistische Sachen, die man anwenden kann und nicht große allgemeine Theorien.

Konfliktlösungen wäre ein Wunsch an eine Fortbildung. Wie ich mit Aggressiven zurecht komme, ohne mir einen Oberarzt zu suchen, dass ich damit alleine fertig werde.

Eine Anforderung an ein Seminar wäre, gemeinsame Regeln aufzustellen.

(F) Rahmenbedingungen

Mit vier Patienten und vier Patienteneitern sind die Zimmer gut gefüllt. Wenn dann noch Besucher kommen, geht das einfach nicht. Dann gehen die Beschwerden los. Das eskaliert oft.

Räumlich ist bei uns schlecht, dass die Eltern sich nicht in ein Zimmer zurückziehen können. Wir müssen einen Aufenthaltsraum haben, wo Eltern wissen, hier habe ich ein bisschen Zeit für mich, und die Schwester hat mich jederzeit griffbereit. Es gibt im Krankenhaus Möglichkeiten, wo man sich hinsetzen könnte. Aber da gehen sie nicht hin, das ist zu weit. Eltern verlassen die Station nicht, da sind viele Ängste.

Wenn man ein Problem mit der Mutter hat, dann sitzt man im Schwestern- oder Arztzimmer. Da platzt ständig jemand rein. Das ist auch unter den Kollegen schwierig.

Am Anfang war man stolz auf die Mutter-Kind-Zimmer. Mittlerweile verfluchen wir sie oft. Das wird falsch verstanden. Es gibt Mütter, die liegen in ihren Betten, wie eine Prinzessin.

(G) Eigene Rolle/Position

Es gibt Menschen, die suchen einen Schuldigen, jetzt, wo ihr Kind krank ist. Wir Pflegenden sind unmittelbar am Kind. Dem Arzt wird natürlich nichts gesagt. Wir sind immer der Rammbock und Blitzableiter zwischen Eltern und Ärzten, weil wir Frauen sind, und

Ärzte sind immer noch Halbgötter *und* strahlen eine andere Autorität aus. Die Probleme, die sich anstauen, die werden mit uns besprochen.

Mich ärgert sehr, dass viele Eltern ihrem Kind suggerieren und vermitteln, bewusst oder unbewusst, dass wir die Bösen sind, dass wir denen wehtun, dass wir sie quälen, ärgern. Diese negativen Ausstrahlungen gehen auf das Kind über, da haben wir wenig Einfluss drauf.

Ein bisschen überheblich ist, dass jede Mutter machen kann, was wir drei Jahre gelernt haben. Unsere Ausbildung zählt nichts.

Es ist völlig klar, dass sich die Pflege in den letzten dreißig Jahren geändert hat. Ich habe Probleme damit, dass ich zeitweise gar nicht mehr das ausübe, was ich mal gelernt habe.

Unser Problem ist, *dass* wir nicht dafür ausgebildet sind und nicht die Zeit haben, die Problematik der Mutter *zu* lösen. Alles ist verdreht, es fehlt, dass es nicht mehr um das Kind geht. Natürlich haben Eltern auch Bedürfnisse, aber wir besinnen uns mehr auf das kranke Kind.

Es verändert sich sehr in den Servicebereich. Man hat den Eindruck, dass die meisten Eltern uns als besseres Dienstmädchen sehen. Diese Anspruchshaltung fällt mir schwer. Da fühle ich mich fremd drin.

(H) Eltern

Alle Eltern kommen ins Krankenhaus und haben Sorge. Die haben Angst um ihr Kind. Das kann man gut teilen und versuchen, dass weitmöglichst zu nehmen und mit den Eltern über die Sorge zu sprechen. Aber wenn Eltern ungehalten oder persönlich werden, verstehe ich es nur schlecht. *Zum Beispiel:* Ich habe eine Mutter

morgens geweckt und wurde mit den Worten begrüßt 'Raus, ich bin die ganze Nacht schon auf Trab gehalten worden. Keiner weiß, was er hier tut.' Da war ich entsetzt, bin rausgegangen, weil es mir schon überkochte. Ich hatte gar keine Chance für den Morgen bekommen. Ich gebe ihr ja auch eine Chance, obwohl ich von der Nachtschwester erfahren habe, wie schwierig es war. Manchmal kriegt man von den Eltern einen reingedrückt, da entschuldigt man sich, dass man überhaupt da ist.

Es ist generell durch die Bank, dass kaum Respekt da ist. *Zum Beispiel:* Eine Mutter bestand darauf, dass die Infusion *bei ihrem Kind* sofort gelegt wird und hat nicht verstanden, dass das nicht oberste Priorität hat. Ich habe an Zahlen erklärt, dass wir viele schwerkranke Kinder auf Station haben. *Antwort:* 'Das interessiert mich aber nicht.' Die Leute sehen nur, dass ihr Kind krank ist. Das ist das Hauptproblem. Damit kann ich ganz schlecht umgehen.

Mich regt immer auf, dass gerade Eltern, die ein schwerkrankes Kind haben, meistens nicht schwierig sind. *Diese* Eltern sind selten fordernd, haben immer sehr viel Verständnis, verhalten sich angepasst. Hauptsächlich sind Eltern bei den Kindern fordernd, die für unsere Verhältnisse nichts haben, wo man sich fragt, warum die überhaupt ins Krankenhaus gekommen sind.

Eltern, die auf den Tisch hauen, super unmöglich sind und persönlich werden, die kriegen ihr Ding durch. Die verhalten sich beim nächsten Mal genauso.

Eltern wollen immer mehr. Wir haben den Neubau, da haben Eltern es gut, einen Elternkühlschrank und die Möglichkeit, auf jeden Fall bei ihren Kindern zu bleiben. Damit sind sie nicht zufrieden.

Manchmal fühlen *Eltern* sich nicht so gut betreut. Die sehen nicht, was wir mit dem Kind machen. Das ist für die nichts. Eltern kapieren nicht, dass wir viele Sachen an dem Kind beobachten müssen. Das ist nicht wie in der Chirurgie mit einem Verband oder Katheter. Da sind sie eher auf Hilfe angewiesen.

Die sehen alles anders wie wir. Wir haben schon sehr viele Kompromisse gemacht, und die Mutter hat überhaupt nicht erkannt, dass wir dem Kind helfen. Sie sieht alles nur als Angriff.

Eltern haben sich verändert. Was für unsere Arbeit wichtig ist, verstehen Eltern nicht. Wir kämpfen morgens schon um unseren Ablauf, weil wir die Eltern nicht geweckt bekommen. Man muss darum kämpfen, bitten und betteln, damit man ein Kind mal nackt sieht. Man hat gar keine Chance, eine vernünftige Grundpflege bei Kindern auszuführen. Egal, wann man hingeht, man ist immer unmöglich. Viele Eltern sind also unkooperativ. Das sind Arbeitsbedingungen, die es einem nicht einfach machen.

Die Mutter-Kind-Zimmer werden oft falsch verstanden. *Eltern* fühlen sich mit dem Kind krank. Sie sind nicht mehr da, *damit* das Kind gesund wird. Eltern gucken erst mal, wie geht es mir, und nicht, wie geht es dem Kind. Das kriegt immer so eine Priorität. Im Grunde versorge ich die Mutter mit dem Kind, wobei das Kind zweitrangig ist. Die Mutter ist mit Problemen völlig überladen, die kann ich nicht nehmen. Das empfinde ich als schwierig und sehr anstrengend. Davon fühle ich mich sehr belastet. Da stößt man auf seine Grenzen.

Ich muss ehrlich sagen, mir fehlt die Motivation, mich da hinzusetzen, weil es kommt immer ein Gegen: 'Ich mache das sowieso, egal, was du sagst'.

4.3 Diskussion der Ergebnisse

In der Zusammenarbeit mit Eltern zeichnen sich die beobachteten und befragten Pflegenden als Experten aus. Dabei möchten sie nicht in einer hierarchischen Struktur die Führung als Chef übernehmen, sondern „eine gute Mitte finden“ (vgl. *Kat. Strategien*). Für schwierige Situationen mit Eltern werden folgende Strategien benannt: Erstens eine andere Schwester hinzuziehen, „ein anderes Gesicht kann schon Wunder wirken“ (vgl. *Kat. Strategien*), zweitens ‚schwierigen Eltern‘ durch besondere Freundlichkeit noch mal eine Chance geben, und drittens in besonderen Situationen, „wenn es eskaliert“ (vgl. *Kat. Strategien*), den Oberarzt holen. In der Teilnehmenden Beobachtung konnte mehrmals beobachtet werden, dass Pflegende in Situationen, in denen sie sich nicht zuständig fühlen, auf den Arzt verweisen.⁷¹ Die Hilflosigkeit in den Situationen, in denen der Oberarzt gerufen wird, wird als „ganz, ganz schlimm“ (vgl. *Kat. Strategien*) empfunden. Das deckt sich mit dem Wunsch der Pflegenden nach einer Fortbildung über Konfliktlösungen.

Wie in der Teilnehmenden Beobachtung gesehen, reagieren Pflegende auf emotionale Äußerungen von Angehörigen sachlich. So auch nach der erzählten Beispielsituation in den Gesprächsrunden. Die einen Pflegenden versuchen zunächst beruhigend im Sinne eines Rates: „Sie brauchen sich keine Sorgen machen“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*), „Ihm kann nichts passieren“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*), auf die Mutter einzuwirken, um dann Lösungsmöglichkeiten, zum Beispiel die Geschwisterbetreuung, anzubieten. Die andere Gruppe reagiert abweisend, zunächst mit einer sachlichen Erklärung der institutionellen Rahmenbedingungen, „Die Kinder sollen eigentlich gar nicht auf die Station“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*) und dem Verweis auf die Nichtzuständigkeit „Das ist nicht vorrangig unsere

⁷¹ Vgl. zum Beispiel Tabelle 2 (Beispiel 1).

Sorge“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*). Auch hier werden Lösungsmöglichkeiten, wie Geschwisterbetreuung oder Mitaufnahme, angeboten, allerdings mit dem Bewusstsein des Zwangs zum Eingreifen: „Wenn sie keinen hat, dann müssen wir das regeln.“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*). Die Beispielsituation zeigt, dass Pflegende in der Lage sind, die Emotionen der Mutter, in diesem Beispiel die Sorgen, zu sehen, aber sie nehmen diese selten in ihre Kommunikation auf.

Nach dem Vorschlag der Gesprächsleiterin erweitert sich der Blick der Gesprächsrundenteilnehmer. Die Pflegenden der Gruppe 1 können sich vorstellen, wie ein solches Gespräch weiter laufen könnte: „Könnte sein, dass es positiver verläuft“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*), „Vielleicht erklärt sie mal ihre Sorgen“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*). Die andere Gruppe reagiert weder mit Abwehr, noch will sie den Vorschlag der Gesprächsleiterin aufnehmen, das Gespräch auf die Sorgen der Mutter zu lenken. Ob ein Gespräch zustande kommt, so die Pflegenden, hängt davon ab, wie zugänglich die Mutter ist und ob sie zuhört. Es macht sich Skepsis breit, was denn mit der Mutter ist: „Hat sie Angst,...weil wir dazu gekommen sind?“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*), „Normalerweise haben Mütter nicht so Ängste.“ (vgl. *Kat. Beispielsituation*).⁷²

Aus den Ergebnissen der Teilnehmenden Beobachtung geht hervor, dass Einstiege in Beratungssituationen möglich sind. Diese ergeben sich vor allem aus Alltagsgesprächen, die Eltern die Möglichkeit bieten, über sich zu erzählen. Dabei äußern Eltern Probleme und Schwierigkeiten. Solche Beratungseinstiege nehmen die Pflegenden nicht wahr. Auf die von Angehörigen geäußerten Schwierigkeiten und damit verbundenen Emotionen reagieren Pflegende mit ruhiger

⁷² In dieser Situation bleibt kritisch zu hinterfragen, ob die Teilnehmer der Gesprächsrunde gedacht oder gefühlt haben, die Gesprächsleiterin möchte etwas Bestimmtes hören. Diese Überlegung wäre eine mögliche Erklärung für die Skepsis der Teilnehmer.

Stimme, sie trösten und geben Rat, doch eine Beratung kommt nicht zustande. Die verbale Kommunikation von Pflegenden bleibt auf einer erklärenden, informierenden Ebene, Emotionen der Eltern werden nicht angesprochen.

Ebenso zeigt sich in den Gesprächsrunden, dass Emotionen der Eltern von Pflegenden wahrgenommen werden, zum Beispiel „Alle Eltern kommen ins Krankenhaus und haben Sorgen“ (vgl. *Kat. Eltern*). Eine Pflegende berichtet von einer Situation, in der sie das Gespräch mit einer Mutter auf eine emotionale Ebene gehoben hat. „Wenn man sich auf die Mutter eingelassen hat, in ihren Sorgen, wurde sie immer emotionaler und immer erregter, und ich kam da gar nicht mehr raus.“ (vgl. *Kat. Kommunikation*). Pflegende scheinen mit solchen Situationen überfordert zu sein. In dem Beispiel spiegeln sich Ängste wieder, die Pflegende gegenüber Beratungssituationen haben („ich kam da gar nicht mehr raus“) und es verdeutlicht den Bedarf, Methodenkompetenzen für solche Begegnungen mit Eltern zu erlernen.

Das Beispiel des Aufnahmegesprächs in der Kategorie Kommunikation verdeutlicht sehr gut die Diskrepanz zwischen der eigenen Einschätzung der Schwestern über ihre Kommunikation mit den Eltern, es wird alles „gut erklärt“ (vgl. *Kat. Kommunikation*), und den Annahmen der Schwestern über die Situation von Eltern. „Bei der Aufnahme beschäftigen sich Eltern mit allem, nur nicht mit dem, was die Schwester sagt. Die haben den Kopf voll.“ (vgl. *Kat. Kommunikation*). Auch hier zeigt sich der Gegensatz zwischen der erklärenden Kommunikation der Pflegenden und der Emotionalität der Eltern.

In den Aussagen der Pflegenden über ihre eigene Rolle und über die Eltern wird deutlich, warum keine Beratungssituation beobachtet werden konnte und Pflegende Situationen nicht als Beratungssituationen wahrnehmen. In den Äußerungen der

Schwestern überwiegt eine negative Beschreibung von Eltern. Eltern würden die Regeln und den Ablauf bestimmen wollen, sie seien oft verständnislos und verhielten sich respektlos und unkooperativ. Eltern würden nicht sehen, was in der Arbeit der Pflegenden und aus der Sicht der Pflegenden wichtig ist.

Pflegende bemerken, dass sich ihr Beruf und ihre Aufgaben in den letzten Jahren verändert haben. Heute müssen sie „darum kämpfen, bitten und betteln, damit man ein Kind nackt sieht. Man hat gar keine Chance, eine vernünftige Grundpflege durchzuführen.“ (vgl. *Kat. Eltern*). Pflegende fühlen sich überflüssig: „Ein bisschen überheblich ist, dass jede Mutter machen kann, was wir drei Jahre gelernt haben.“ (vgl. *Kat. Eigene Rolle/Position*). Solche Gefühle können zu Störungen in der Kommunikation führen. Sie hemmen die Schwestern in ihrer beratenden Rolle.

Dass Eltern sich selber in den Vordergrund schieben, empfinden Pflegende als anstrengend, ja belastend. „Im Grunde versorge ich die Mutter mit dem Kind, wobei das Kind zweitrangig ist. Die Mutter ist mit Problemen völlig überladen, die kann ich nicht nehmen.“ (vgl. *Kat. Eltern*). Sie fühlen sich nicht ausgebildet für die „Problematik der Mutter“ (vgl. *Kat. Eltern*). Die Pflegenden sehen das Kind im Mittelpunkt ihrer Arbeit ohne den Kontext, in dem das Kind steht, näher zu beachten. Die Teilnehmerinnen der Gruppengespräche bemerken, dass es nicht mehr nur um das Kind geht, und trotzdem richten sie ihren Fokus allein auf das kranke Kind. Diese Ambivalenz macht einen Einstieg in eine Beratung unmöglich. Für die Pflegenden ist das kranke Kind der Mittelpunkt professionellen Handelns. Dies zeigt sich auch noch einmal sehr deutlich in den beobachteten Situationen, in denen Pflegende mit den Kindern sprechen, aber die Botschaft der Nachricht eigentlich für die anwesende Mutter bestimmt ist.⁷³

⁷³ Vgl. Seite 36 dieser Arbeit

Tatsächlich wurden Pflegende in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege für die Beratung und das strukturierte Einbeziehen von Bezugspersonen bislang nicht ausgebildet. Den Schwerpunkt der Ausbildung bildete das kranke Kind, dessen pflegerische Versorgung und das medizinische Wissen um Krankheiten, deren Entstehung und Therapie. Erst mit Einführung des 4. Krankenpflegegesetzes im Januar 2004 rückte auch die Beratung von Angehörigen in den Fokus pflegerischer Arbeit. „Die Beratung von zu Pflegenden und ihren Bezugspersonen stellt gegenüber den bislang geltenden Ausbildungszielen eine neue Anforderung dar.“ (Dielmann 2004, S.90). Trotzdem muss die Frage gestellt werden, warum sich in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, in der seit mehr als dreißig Jahren Bezugspersonen integriert werden, Pflegende für deren Problematik nicht ausgebildet und nicht zuständig fühlen?⁷⁴ Julia Twigg⁷⁵ hat in ihrem Artikel 'Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship with Informal Carers?' drei Kategorien formuliert, mit denen Pflegende den Bezugsrahmen der Beziehung zu Angehörigen oder Laienpflegern typisieren. Zwar bezieht sich das Modell auf Pflegende in der Altenpflege, doch soll in dieser Diplomarbeit zunächst einmal davon ausgegangen werden, dass sich das Modell auf die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege übertragen lässt. So kann es hier genutzt werden, um den Blick der Pflegenden auf die Eltern zu verdeutlichen. Pflegende Bezugspersonen können demnach als Ressource, als Co-worker oder als Co-client gesehen werden (vgl. Twigg 1989). In den Aussagen der Teilnehmerinnen der Gesprächsrunden wird deutlich, dass diese die Eltern teilweise als Ressource oder als Co-worker sehen. Um aber Beratung in den beruflichen Alltag zu integrieren, erscheint es notwendig, dass sich Pflegende der Ressource Eltern und

⁷⁴ In diesem Zusammenhang wäre eine Untersuchung von Ausbildungseinrichtungen sicher aufschlussreich. Welche Vorstellungen von Gesundheits- und Kinderkrankenpflege existieren unter Lehrern und Lehrerinnen von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegesschulen? Welche Inhalte werden gelehrt?

⁷⁵ Julia Twigg ist Professor of Social Policy and Sociology an der University of Kent.

ihrer Mitarbeit bewusst werden und sie als Co-client wahrnehmen. Wird der Bezugsperson die Rolle des Co-client zugeschrieben, so liegt der Fokus der Professionellen gleichermaßen auf dem Patienten sowie auf der Bezugsperson mit dem Ziel, die Lebenssituation zu verbessern. Damit wird der familienbezogenen Sichtweise Rechnung getragen und die Beratung derer, die zu einer Familie gehören, rückt in das Blickfeld pflegerischen Handelns.

Eine andere Veränderung im Umgang und in der Kommunikation mit den Eltern ist für die Pflegenden die zunehmende Anspruchshaltung der Eltern. „Die meisten Eltern sehen uns als besseres Dienstmädchen.“ (vgl. *Kat. Eigene Rolle/Position*). Diese Empfindung steht im Gegensatz zu den Ergebnissen der Diplomarbeit von Sandra Bachmann⁷⁶. Sie fand heraus, dass Eltern chronisch kranker Kinder⁷⁷ sich zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes psychosoziale Unterstützung von den Pflegenden wünschen. Sie erhoffen sich, über ihre Ängste und Sorgen sprechen zu können. Dazu sollen Pflegende die Initiative ergreifen und Eltern ansprechen (vgl. *Bachmann 2001, S.140/141*). Möglicherweise ist diese Diskrepanz zwischen den Ergebnissen von Sandra Bachmann und den Aussagen der Teilnehmerinnen der Gruppengespräche durch die Schwere der Krankheit bedingt. Denn in der vorliegenden Untersuchung wird von Pflegenden darauf hingewiesen, dass die Arbeit mit Eltern schwer kranker Kinder leichter ist. Eine Einstellung der Eltern oder das Empfinden der Pflegenden, sie seien bessere Dienstmädchen, erschwert den Einstieg in eine Beratung zur Krankheits- und Situationsbewältigung und damit auch die Chance einer psychosozialen Unterstützung der Eltern durch die Pflegenden. Eine solche Empfindung löst bei den Pflegenden Gefühle der Fremdheit

⁷⁶ Sandra Bachmann ist Diplom Pflegepädagogin (FH).

⁷⁷ Inwieweit diese Wünsche auch von Eltern akut kranker Kinder beschrieben werden, bleibt zu erforschen. Anzunehmen ist jedoch, dass Eltern, die mit kranken Kindern ins Krankenhaus kommen, sich in einer außergewöhnlichen, kritischen und fremden Situation befinden, die mit Ängsten und Sorgen verbunden ist.

und Distanz aus, die eine erhebliche Schwierigkeit in der Kommunikation auslösen können. Ein Erklärungsansatz für eine Verunsicherung der Pflegenden durch eine derartige Zuschreibung ist, dass Pflegende ihre eigene Rollenerfahrung auf die Eltern projizieren⁷⁸. Ihnen scheint nichts von ihrem einst erlernten Beruf geblieben zu sein. Die Aufgaben der Ersatzmutter von früher sind an die Mutter zurückgegeben worden. Eltern üben die traditionell pflegerischen Tätigkeiten aus. Das führt dazu, dass Pflegende das Gefühl haben, dass sie nicht mehr dort gebraucht werden, worauf in ihrer Ausbildung ein Schwerpunkt gelegt wurde. Die Zusammenarbeit mit Eltern, in denen Pflegende die Rolle der Berater und Unterstützer innehaben und vielleicht weniger 'praktisch' zusammen arbeiten, erkennen die an der Gesprächsgruppe beteiligten Schwestern nicht als Pflegerisches Handeln an.

Zusätzlich empfinden sich Pflegende von Eltern in die Rolle von „Bösen“ gerückt, ihnen fehlt die Anerkennung als Helfende, die wichtig für die Genesung ihrer Kinder sind. Sie fühlen sich als „Rammbock“ und „Blitzableiter“ (*vgl. Kat. Eigene Rolle/Position*) und sehen ihre Position in dem Gefüge Kind, Eltern, Arzt und Pflegende negativ, weil sie wegen ihrer unmittelbaren Nähe zu Kindern und Eltern für die unangenehmen Seiten des Krankenhausaufenthaltes stehen. Diese Selbsteinschätzung hemmt Schwestern in der Kommunikation mit Eltern, denn „das Selbstwertgefühl beeinflusst in entscheidendem Maße die Wirksamkeit der sozialen Kommunikation“ (*Delhees 1994, S.57*).

In den Augen der Pflegenden kann die Kommunikation mit Eltern verbessert werden, wenn es bessere Regeln im Stationsalltag gäbe. So wird der Wunsch ausgesprochen, im Rahmen einer Fortbildung, Regeln zu erstellen. Den Pflegenden fehlen klare Strukturen und Regeln, die „die Eltern in ihre Schranken weisen“ (*vgl. Kat. Regeln*).

⁷⁸ Projektion definiert als „Übertragung der Missbilligung eigener Unzulänglichkeiten und unmoralischer Wünsche auf andere“ (*Zimbardo 1995, 488*).

Sie fühlen sich ohnmächtig, weil sie für sich nur noch wenige Handlungsspielräume erkennen.

Verbesserungsmöglichkeiten für die Kommunikation mit Eltern sehen Pflegende in der Veränderung von strukturellen Rahmenbedingungen. Sie wünschen sich einen zusätzlichen Raum, mehr Zeit und klare Regeln hin zu einer anderen, ruhigeren Atmosphäre. In den Interaktionen zwischen Pflegenden und Angehörigen kennzeichnen Formen wie Informieren, Anleiten und Erklären sowie Alltagsgespräche führen die Kommunikation zwischen ihnen. Diese Kommunikationsformen finden vorwiegend in den Patientenzimmern statt. Für eine Beratungssituation könnte das Zimmer einen 'geschützten' Raum darstellen, da sich auf der Station kein anderer ruhiger Raum für Gespräche befindet. Atmosphäre kann jedoch nicht alleine mit neuen räumlichen und zeitlichen Strukturen entstehen, auch inhaltliche Dimensionen müssen betrachtet werden. Eine andere, offenere Atmosphäre für das, was Eltern bewegt, könnte mit dem Bewusstsein um und die Kompetenz für die leiborientierte Beratung geschaffen werden. Diese Kompetenzen können zu der nötigen professionellen Distanz führen, um mit Eltern über deren Empfindungen zu sprechen.

In Bezug auf die Aussagekraft der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass nur vier Pflegende beobachtet wurden, von denen zusätzlich eine aus der quantitativen Auszählung ausschied. So können die Ergebnisse als Stichprobe angesehen werden und einen Trend aufzeigen. In einer empirischen Untersuchung sollte in größerem Umfang überprüft werden, ob sich die beobachteten Phänomene in einem größeren Kollektiv bestätigen lassen.⁷⁹ Obwohl auch die Ergebnisse der Gesprächsrunden nicht als repräsentativ

⁷⁹ Eine solche empirische Untersuchung könnte eine teilstrukturierte Teilnehmende Beobachtung beinhalten. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung könnten genutzt werden, um ein Beobachtungsschema festzulegen, mit dem auch weitere Beobachter die Beobachtung durchführen können.

eingestuft werden können, werfen sie die Frage auf, ob die Integration von Eltern in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zwar auf der organisatorischen Ebene gelebt wird⁸⁰, aber für die Pflegenden nicht Bestandteil ihres professionellen Handelns ist?

Beier bestimmt Information und Beratung von Eltern als ein wesensbestimmendes Merkmal beruflich qualifizierter Kinderkrankenpflege (vgl. *Beier 2003A, S.106*). Sie beschreibt die Differenz zwischen gelebtem Selbstverständnis in der Zusammenarbeit mit Eltern und pflegewissenschaftlicher Forschung wie folgt: „Weil scheinbar eine Selbstverständlichkeit, wurde dieses wesensbestimmende Merkmal von beruflich qualifizierter Kinderkrankenpflege bisher vorrangig auf praktischer Ebene gelebt sowie widergespiegelt, und bisher kaum pflegewissenschaftlich hinterfragt.“ (*Beier 2003A, S.63*). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen darauf hin, dass neue Wege gefunden werden müssen, damit Beratung nicht nur als ein wesensbestimmendes Merkmal von Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Kompetenzprofilen beschrieben, sondern dass sie ein immanenter Bestandteil pflegerischen Handelns wird. Wünschenswert sind weitere empirische Untersuchungen nicht nur im Feld der stationären Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, sondern auch in der ambulanten Versorgung und vor allen Dingen in Ausbildungseinrichtungen, um aufzuklären, wo Defizite sind. Eine intensive Auseinandersetzung mit den `neuen` Ausbildungsrichtlinien für die staatlich anerkannten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegeschulen in Nordrhein-Westfalen kann Aufschluss darüber geben, wie das Tätigkeitsfeld Beratung in Zukunft in den Lehrplan aufgenommen und vermittelt wird.

Bei diesen Überlegungen darf die Perspektive der Eltern in der Pflegeforschung nicht aus den Augen verloren werden, damit

⁸⁰ Zum Beispiel: offene Besuchzeiten, Möglichkeit der Mitaufnahme, Möglichkeiten für die Eltern sich und ihre Kinder zu versorgen...

wissenschaftlich fundierte Konzepte zur Beratung von Angehörigen nicht an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbei gehen.

5 Konsequenzen für die Fortbildung

Die Untersuchung der Ist-Analyse zum Stand der Beratung von Angehörigen durch Pflegende im Kinderkrankenhaus Amsterdamerstraße war darauf ausgelegt, aus den Ergebnissen, dem Wissen um die Situation in Hinblick auf Kommunikation und Beratung, mögliche Hilfestellungen zu erfahren. In diesem Sinne sollen nun Aussagen zur Fortbildung von Pflegenden abgeleitet werden, um die Beratung von Angehörigen zu verbessern. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass Beratung in Form und Qualität der leiborientierten Beratung im Alltagshandeln der Pflegenden bisher nicht stattfindet. Bezieht man die Tatsache mit ein, dass erstmalig im 4. Krankenpflegegesetz Beratung als eigenständige Aufgabe von Pflege definiert wird und so bis Ende 2003 die Ausbildungsrichtlinien in der Kinderkrankenpflege keine Beratungseinheiten vorsahen (vgl. *3.Krankenpflegegesetz 1985*), muss eine Fortbildung wahrscheinlich grundlegend und umfassend sein, da Pflegende für ihre Berührungspunkte mit Beratung bis jetzt anscheinend nicht ausreichend ausgebildet wurden.

Aus den Ergebnissen sowie aus dem Kapitel Beratung in der Pflege lassen sich Kompetenzen und Fachwissen ableiten, die Pflegende brauchen, um Beratung auszuüben.

- Interpersonale Kompetenzen
- Gesprächsführungskompetenzen
- Beratungskompetenzen

- Wissen zum Begriff der Familie und ihrer Systematik
- Wissen um familiale Kompetenzen

Aus diesen Punkten können nun Themen und Inhalte einer Fortbildung abgeleitet werden. Dabei kann es in dieser Arbeit nicht um die Entwicklung eines vollständigen Konzeptes einer Fortbildung gehen. Es sollen Vorschläge zu Inhalten und Methoden möglicher Fortbildungen gemacht werden. Diese werden in Bezug auf die erarbeiteten Kompetenzen in Form von Bausteinen vorgestellt.

- Baustein 1: Familienbezogene Sichtweise als professionelle Grundlage in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege.
- Baustein 2: Kommunikation – Konzepte und Modelle
- Baustein 3: Klientenzentrierte Gesprächsführung
- Baustein 4: Leiborientierte Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

In einer Fortbildung zur umfassenderen Beratung von Angehörigen sollen Pflegende neue Kompetenzen erlernen, die mit veränderten Rollenbildern und Haltungen⁸¹ einhergehen. Um diese zu vermitteln, müssen sich auch die Unterrichtenden und Referenten der Fortbildung mit den Rollenbildern identifizieren und die Haltungen selbst repräsentieren. Nur in der Auseinandersetzung mit der eigenen Persönlichkeit können die Teilnehmer einer Fortbildung neue Haltungen und Rollenbilder annehmen. Es bedarf „der geschickten und sensiblen Begleitung dieses Auseinandersetzungsprozesses“ (*Krüger 1993, S.59*), damit sich die Teilnehmer auf eine Konfrontation mit dem neuen Beratungsverständnis einlassen können, ohne zu meinen, dass sie sich und ihr Berufsbild verteidigen müssen.

⁸¹ Definition Haltung: „*Psychologie, Soziologie*: Durch frühere Erfahrungen und kulturelle, milieubedingte, erzieher. Einflüsse herausgebildete, verinnerlichte Haltung gegenüber allen sozialen, psych., kognitiven, normativen u.a. Phänomenen, die auf das Verhalten und Handeln einwirkt.“ (*Zeitlexikon 2005, S.85*).

In diesem Zusammenhang wäre eine supervisorische Begleitung für die Teilnehmer wünschenswert und sinnvoll. Hier kann der Prozess der Persönlichkeitsentwicklung reflektiert und distanziert betrachtet werden.

5.1 Baustein 1: Familienbezogene Sichtweise als professionelle Grundlage in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

„Die Voraussetzung für eine professionelle Beratung ist die Auseinandersetzung der Pflegenden mit Auftrag, Aufgaben, Inhalten und Zielen der Kinderkrankenpflege.“ *(di Piazza 2001, S.10)*.

Aus den vorliegenden Ergebnissen geht hervor, dass für die Beratung von Eltern eine Auseinandersetzung mit dem Begriff Familie und der Familienorientierung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege unumgänglich ist. So sollen in diesem Baustein zunächst Gründe dafür erarbeitet werden, warum Familie bzw. die Beziehung zwischen Eltern und Pflegenden ein Thema in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sein muss. Dieser Einstieg könnte mit einem Impulsreferat, abgeleitet aus Kapitel 2 dieser Arbeit, über den Wandel der Rolle in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege gestaltet werden. In einer anschließenden Diskussion innerhalb der Gruppe der Teilnehmer einer Fortbildung kann dann geklärt werden, in welcher Beziehung Pflegende zu Eltern und Kindern stehen. Was ist das Aufgabenfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin? Was für Kompetenzen sind dazu erforderlich? Was bedeutet und beinhaltet eine familienbezogene Sichtweise als professionelle Grundlage pflegerischen Handelns?

Das Beziehungsgefüge, wie in Abbildung 3 verdeutlicht, zwischen Kinderkrankenschwester, Eltern und Kind nimmt diese Diskussion auf und kann den Teilnehmern einer solchen Fortbildung einen systemischen Blick auf ihre Klienten bieten.

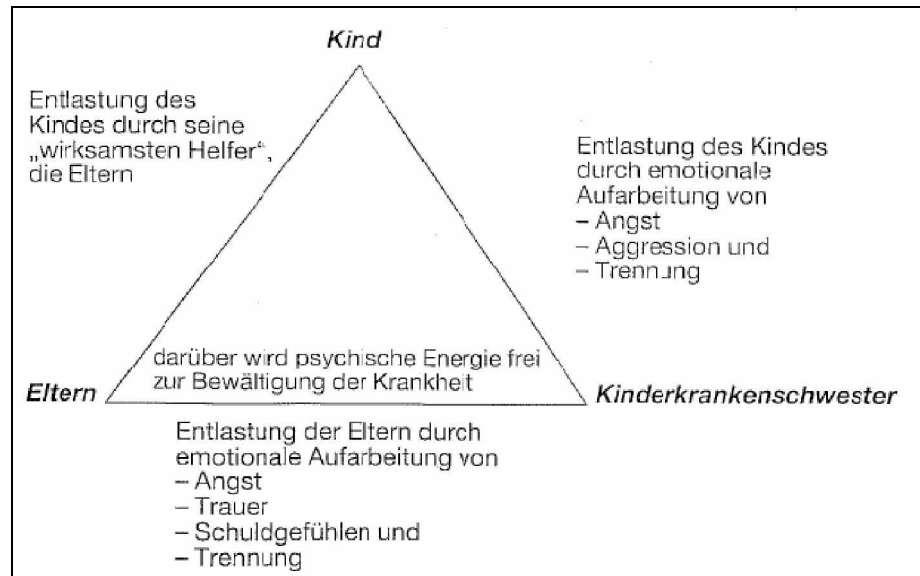


Abbildung 3: Beziehungsgefüge zwischen Kinderkrankenschwester, Eltern und Kind (Knigge-Demal 1994, S.427)

Dabei muss berücksichtigt werden, dass hier erst einmal nur die direkten Bezugspersonen aufgezeigt werden. Geschwister und andere Angehörige und Familienmitglieder bleiben außen vor. Doch kann die Abbildung des Beziehungsgefüges verdeutlichen, dass Beratung in den pflegerischen Auftrag von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegenden gehört. Die Entlastung der Eltern durch emotionale Aufarbeitung von Angst, Trauer, Schuldgefühlen und Trennung kann und sollte mit Hilfe der leiborientierte Beratung durch die Pflegenden erfolgen.

In einem nächsten Schritt geht es um die Vertiefung des Themas Familie. Eine allgemeingültige Definition für Familie zu bestimmen, gestaltet sich schwierig. Annäherungsweise könnte sie nach Gubrium und Holstein (1999) lauten: Familie ist gekennzeichnet durch „intra-

oder interpersonelle Beziehungen, durch Fürsorge und die Bereitschaft, Verantwortung für den anderen zu übernehmen“ (Gehring 2001, S. 25). In der Gesellschaft existieren verschiedene familiäre Lebensformen (vgl. Gehring 2001, S.18).⁸² Trotzdem hat die Idee von Familie in ihren unterschiedlichsten Facetten einen hohen Stellenwert (Holoch, Frech 2001, S. 438), unter anderem auch dadurch, dass sie verfassungs- und sozialrechtlich geschützt ist. Bevor in diesem Baustein auf die pflegetheoretische Sicht von Familie eingegangen wird, sollen die Teilnehmer sich zunächst über ihre eigenen Vorstellungen von Familie austauschen, um ein Bild davon zu bekommen, was Familie für jeden Einzelnen bedeutet. Danach gilt es, die Familie aus soziologischer Sicht zu beschreiben. Aus dieser Perspektive ist sie die kleinste gesellschaftliche Einheit mit großem Einfluss auf die Sozialisation des Individuums (vgl. Abels, Stenger 1989; Köhlen 2003).

Pflege beschäftigt sich mit dem Gesundsein und Kranksein eines Individuums im Kontext der Familie (vgl. Friedemann 1996, S.19). Dabei sollten sich die Teilnehmer der Fortbildung die Fragen stellen:

- „1. Welche Bedeutung hat die Familie als Ganzes für die Gesundheit bzw. für das Gesundwerden der einzelnen Familienmitglieder?
2. Welche Bedeutung hat die Gesundheit, eine Erkrankung oder das Gesundwerden eines Familienmitgliedes (z.B. des Kindes) für die Familie als Ganzes, also für die Familiengesundheit?“ (Holoch, Frech 2001, S.438/439).

Als pflegetheoretischer Bezugsrahmen kann auf die Familien- und umweltbezogene Pflege von Marie-Luise Friedemann zurückgegriffen werden. In der Theorie von Friedemann wird die Familie als System mit Subsystemen gesehen. Dabei versteht und unterstützt pflegerisches Handeln das System, dass nach innerem und äußerem Gleichgewicht (=Kongruenz) strebt (vgl. Holoch, Frech 2001, S.439).

⁸² Die klassische Kernfamilie, Alleinerziehende, Patchwork Familien, Homosexuelle Paare mit Kindern.

Die Familie ist gesund, wenn sie ihr Leben aktiv auf folgende Ziele ausrichten kann: Stabilität, Regulation/Kontrolle, Wachstum und Spiritualität (vgl. Friedemann 1996, S.21).

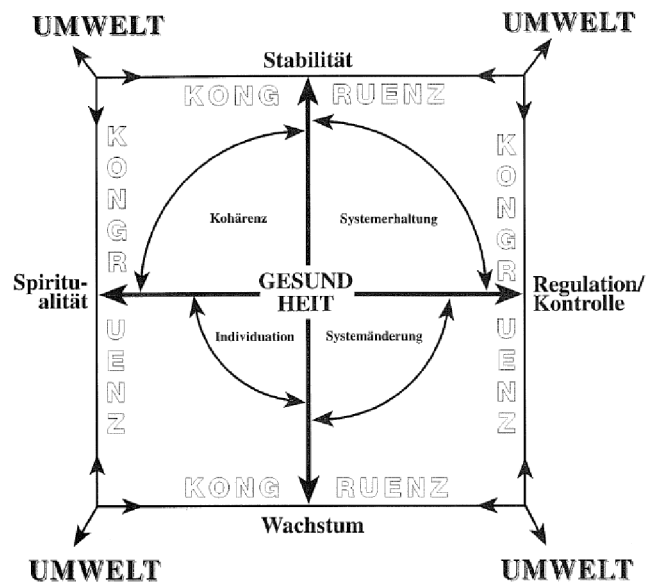


Abbildung 4: Diagramm des individuellen Systems und zugleich des Familiensystems nach der Theorie des systemischen Gleichgewichts (Friedemann 1996, S.1)

Wenn Störungen in dem Familiensystem auftreten, zum Beispiel durch die Erkrankung eines Familienmitglieds, kann es mit den Verhaltensmustern Systemerhaltung, Systemänderung, Individuation oder Kohärenz reagieren. Aufgabe von Pflegenden ist es, die Verhaltensweisen des Systems zu beobachten und diese mit Hilfe des Modells zu analysieren. „Gespräche sollen die Familie dabei unterstützen, zu erkennen, welche Prozesse beziehungsweise Verhaltensweisen helfen, die Kongruenz der Familie aufrecht zu erhalten bzw. wieder herzustellen und welche Prozesse und Verhaltensweisen dies verhindern“ (Holoach, Frech 2001, S.440). Für die leiborientierte Beratung in der Pflege ist das pflertheoretische Wissen um die Strukturen innerhalb einer Familie notwendig, um den ergebnisoffenen Beratungsprozess gestalten zu können.

5.2 Baustein 2: Kommunikation – Konzepte und Modelle

In diesem Baustein sollen den Teilnehmern einer Fortbildung Grundlagen der sozialen Kommunikation vermittelt werden. Dazu werden Konzepte und Ansätze aus den Bezugswissenschaften Soziologie und Psychologie genutzt.

Grundbedingung für pflegerisches Handeln ist der Aufbau und die Gestaltung einer Beziehung. Wie in Baustein 1 vermittelt, steht die Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin im Beziehungsgefüge mit dem Kind und den Bezugspersonen. In dieser Beziehung kommt es zu sozialen Interaktionen. Soziale Interaktionen werden definiert als: „Die durch Kommunikation (Sprache, Symbole, Gesten) vermittelten wechselseitigen Beziehungen zwischen Personen und Gruppen und die daraus resultierenden wechselseitigen Beeinflussungen ihrer Einstellungen, Erwartungen und Handlungen“ (*Fuchs-Heinritz, Lautmann, Rammstedt, Wienhold 1994, S.308*). Interaktionen bestehen aus den Elementen Sprache, Form des körperlichen Ausdrucks und Handlung (*vgl. Abels, Stenger 1989, S.135*). Dafür bedarf es sozialer Fähigkeiten wie zum Beispiel Zuhören, Kontaktfähigkeit, Integrationsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und kommunikativer Kompetenzen (*vgl. Krüger 1993, S.24*). Um soziale Interaktionen eingehen zu können, benötigt das Individuum nach Krappmann Rollendistanz, Empathie, Ambiguitätstoleranz und Ich-Identität (*vgl. Abels, Stenger 1989, S.135*).

Aufbauend auf der Tatsache, dass die Beratung von Eltern für Pflegende nicht in ihrem Aufgabenfeld liegt und dadurch die Notwendigkeit einer Beratungssituation unzureichend wahrgenommen wird, muss in diesem Baustein die eigene und die Fremdwahrnehmung der Pflegenden sensibilisiert werden. Denn Kommunikation beginnt im Inneren des Menschen (*vgl. Delhees 1994, S.74*). „Das Selbst ist das Bild, das ich mir aufgrund der

Reaktionen der anderen auf mein Verhalten mache; es ist das Bewusstsein der eigenen Identität.“(Delhees 1994, S.48). So muss in diesem Baustein auf das Selbstverständnis und Rollenverhalten eingegangen werden. Das Selbstverständnis eines Menschen in einer Interaktion steht in unmittelbarer Beziehung zu seinem Rollenverhalten (vgl. Delhees 1994). So könnten bekannte Definitionen zur Rolle und zur Position Diskussionsgrundlage sein und dabei helfen, dass sich die Teilnehmer der Fortbildung über ihre Position und ihre Rolle als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin austauschen.

In einem nächsten Schritt müsste der Blick auf das Bild vom anderen gelenkt werden. Wie sehe ich den anderen? Wie nehme ich die Bezugsperson des Kindes wahr? Sind Bezugspersonen für mich eine Ressource? Sehe ich die Familie oder das Kind als Individuum im Mittelpunkt meiner Arbeit?⁸³ Die Personenwahrnehmung ist ein wichtiger Bestandteil der sozialen Kommunikation (vgl. Delhees 1994). Dabei müssen sich Pflegende bewusst werden, dass Wahrnehmung nicht objektiv sein kann, da man nie Teil der Beziehung und unbeteiligter Beobachter zugleich ist. Aber eben dieses Bewusstsein schafft eine nötige Distanz, um Wahrnehmung zu objektivieren.⁸⁴

Darüber hinaus muss die verbale und nonverbale Kommunikation thematisiert werden. Eine Literaturgrundlage bieten dafür Watzlawick, Beavin, Jackson und Schulz von Thun.

Jede Kommunikation beinhaltet einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, wobei der Beziehungsaspekt den Inhaltsaspekt bestimmt (vgl. Watzlawick, Beavin, Jackson 2000, S.56). Schulz von

⁸³ Für diese Fragestellungen könnte der Aufsatz von Julia Twigg genutzt werden, um die verschiedenen Perspektiven zu verdeutlichen. Vgl. Kapitel 4.3.

⁸⁴ Vgl. Watzlawick 1976 'Wie wirklich ist die Wirklichkeit – Wahn – Täuschung – Verstehen'.

Thun hat dieses Axiom sowie das Axiom „man kann nicht nicht kommunizieren“ (ebenda, S.53) in seinem Vier-Seitenmodell einer Nachricht⁸⁵ umgesetzt.

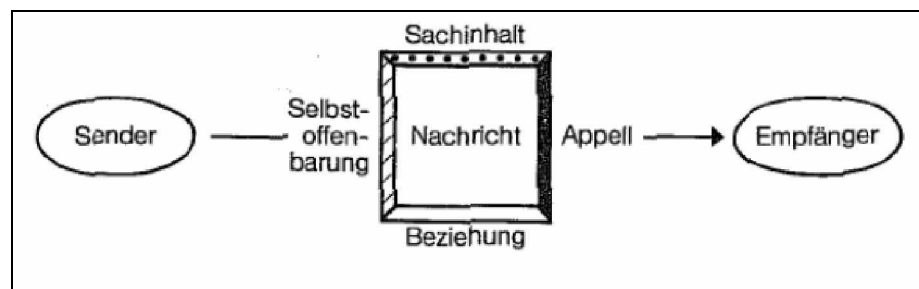


Abbildung 5: Die vier Seiten (Aspekte) einer Nachricht – ein psychologisches Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (Schulz von Thun 1992, S.30)

Jede Nachricht enthält über den Sach- und den Beziehungsinhalt hinaus einen Selbstoffenbarungsaspekt und einen Appell (vgl. Schulz von Thun 1992, S.25-43). Mit Hilfe dieses Modells lassen sich Störungen der Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen verdeutlichen sowie bearbeiten. Nach der theoretischen Vermittlung könnte die Anwendung des Vier-Seitenmodells geübt werden, um so die vier Ebenen einer Nachricht analysieren zu können. Dazu werden zunächst Beispielsituationen⁸⁶ erzählt. Nach der Vorstellung dieser Situationen werden die Teilnehmer aufgefordert, sich in Kleingruppen zu überlegen, welche mögliche Botschaft in der Situation an die Schwester gesendet wird.

Beispiel für eine solche Übung:

Es ist Morgen. Auf das Klingeln der Mutter hin betritt die Schwester das Zimmer. Die Mutter liegt im Bett, macht das Licht an und sagt: „Ich brauche Wasser!“ Dann löscht sie wieder das Licht.

⁸⁵ Eine Nachricht wird von einem Sender an einen Empfänger verschlüsselt weitergegeben. Der Empfänger entschlüsselt die Nachricht und gibt dann seinerseits (nun als Sender) ein verschlüsseltes Feedback an den Sender (jetzt Empfänger) zurück, welches dieser wiederum entschlüsselt.

⁸⁶ Diese Beispielsituationen können aus den Gesprächsrunden und der Teilnehmenden Beobachtung entnommen werden.

- Inhaltsebene: Worüber informiert mich die Mutter? – Sie braucht Wasser.
- Selbstoffenbarungsebene: Was gibt sie von sich selber kund? – Sie hat Durst.
- Beziehungsebene: Was hält sie von mir und wie stehen wir zueinander? – Sie denkt, ich bin ihr Dienstmädchen. Das stört unsere Beziehung. ODER: Sie denkt von mir, ich kann ihr helfen.
- Appell: Wozu möchte sie mich veranlassen? – Ich soll ihr Wasser bringen.

Durch die Auseinandersetzung mit diesen vier Ebenen reflektieren Pflegende die an sie gesendete Nachricht. Sie können analysieren, auf welcher Ebene die Nachricht gesendet und auf welcher sie empfangen wurde. So können Pflegende ihren Blick für Störungen in der Kommunikation mit Angehörigen schärfen und darauf reagieren. Dabei kann es um das reflektierte Belassen, das überlegte Zurücksenden einer Nachricht oder das Benennen von Störungen gehen. In einer abschließenden Runde werden Kompetenzen, die dafür nötig sind, zusammengetragen. Diese Kompetenzen finden sich im Konzept der klientenzentrierten Gesprächsführung.

5.3 Baustein 3: Klientenzentrierte Gesprächsführung

Die Grundannahme der klientenzentrierten Gesprächsführung entstammt der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers und lautet: Der Klient besitzt die Fähigkeit, „sich in konstruktiver Weise zu entwickeln (Rogers bezeichnet dies als *Selbstaktualisierungstendenz*)“ (Weinberger 1996, S.30). In der Fortbildung sollen die Grundlagen der klientenzentrierten Gesprächsführung von Weinberger

in Anlehnung an die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie von Rogers vermittelt werden. Dazu zählen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz.

Die Empathie ist das einführende Verstehen, was bedeutet, sich „in das Erleben des Anderen einzufühlen“ (Weinberger 1996, S.56).⁸⁷ Die Verwirklichung von Empathie geschieht über die Frage: Wie sieht die Situation des Gegenübers aus? Es geht nicht um Belehrungen, Bewertungen und Kritik oder Ratschläge erteilen, sondern um den „offenen und entspannten Umgang mit gefühlsmäßigen Erlebnisinhalten“ (Weinberger 1996, S.62). Zu einem gewissen Anteil bringen Pflegende diese Fähigkeit aus ihrem ‚Menschsein‘ heraus mit.⁸⁸ In der Fortbildung kann Empathie geübt werden. Dazu gehören das aufmerksame Zuhören und das Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte. Diese Gesprächstechniken sind Methoden der Beratung und sollten durch verschiedene Übungen geschult werden.

Akzeptanz bezeichnet die uneingeschränkte positive Wertschätzung des Gegenübers. Da es ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen ist, akzeptiert und anerkannt zu werden, ist diese Haltung eine wichtige Voraussetzung, damit der Klient Angst und Verteidigungsverhalten abbauen und offener sprechen kann (Weinberger 1996, S.45-52). Um den Menschen in diesem Sinne zu akzeptieren, bedarf es der Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen dem Anderen gegenüber. In dieser Phase der Fortbildung können die Teilnehmer auf ihr Wissen um Wahrnehmung, Rollenverhalten und Selbstbild sowie auf die Inhalte von Baustein 1 zurückgreifen.

Kongruenz ist die Basis der klientenzentrierten Gesprächsführung. Sie beschreibt die Echtheit des Therapeuten gegenüber dem Klienten. Für Pflegende bedeutet dies, auf Fassaden in der Interaktion zu verzichten

⁸⁷ Vgl. Kapitel 3.1. Empathie als das „Sich-Einfühlen“.

⁸⁸ Vergleiche zum Beispiel Tabelle 4 Beispiel 3: Die Schwester spiegelt.

und sich nicht hinter ihren Rollen zu verstecken (*vgl. Krüger 1993, S.105*). Pflegende müssen für ihr Gegenüber authentisch und glaubhaft sein. Dies erfordert eine Offenheit dem eigenen Erleben gegenüber, die Kenntnis um und über das Selbst. Kongruenz kann nicht von heute auf morgen erlernt werden, sondern durch persönliche Weiterentwicklung und die ständige Auseinandersetzung mit sich selbst. Innerhalb der Fortbildung bietet sich die Chance der Persönlichkeitsentwicklung für den Einzelnen in der Auseinandersetzung mit dem Berufsbild, den eigenen Rollen und dem Austausch mit Anderen.

5.4 Baustein 4: Leiborientierte Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

Für die leiborientierte Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege können mehrere Begründungszusammenhänge angeführt werden. Im Fokus der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege steht die Familie als Co-client. Die familienbezogene Sichtweise bildet die professionelle Grundlage der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Auch in der integrativen Beratung gehört die Familie in den Kontext des Klienten. Das verdeutlicht die Abbildung „Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (= Kontext)“ von Petzold.

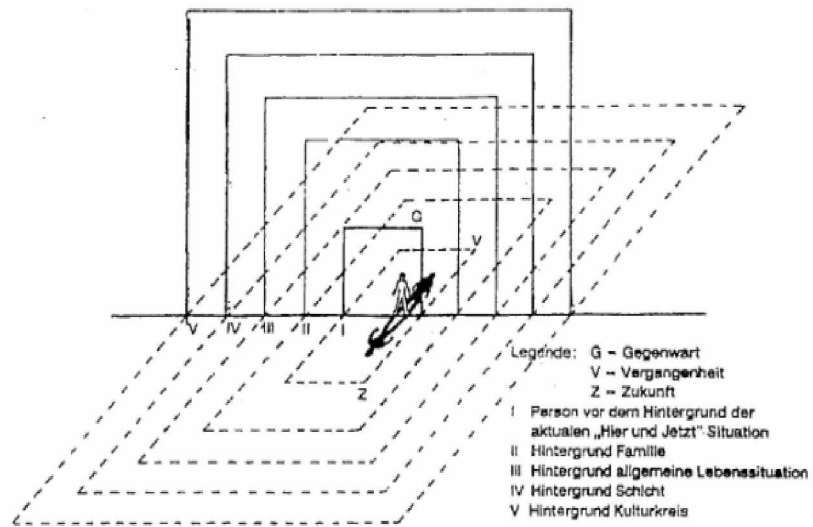


Abbildung 6: Die Person und ihr Umfeld als räumlich und zeitlich gestaffelte Figur/Hintergrund-Relation (= Kontext) (Petzold 1988A, S.85)

Gemeinsamer Ansatzpunkt von Pflegenden und Angehörigen ist der Leib, das heißt Körper, Seele und Geist, des Kindes. Der Auftrag, beratend tätig zu sein, ergibt sich in der Pflege aus der Begegnung, dem Kontakt zum Leib in einer Krisensituation. Die Berührung des Kindes schließt die Berührung der Bezugsperson mit ein. In dieser Interaktion liegt die Chance der leiborientierten Beratung.⁸⁹

Darüber hinaus ist die Sorge um das kranke Kind die Grundlage und der Anlass für die Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Auf der einen Seite ist sie eine Gemeinsamkeit von Eltern und Pflegenden. Andererseits beinhaltet sie auch die Abgrenzung der professionellen Pflege (‘Pflegekundige Sorge’⁹⁰) zur Laienpflege (Fürsorge). Die ‘Pflegekundige Sorge’ ist die Verbindung von handwerklicher pflegerischer Tätigkeit und Beratung. Über diese Begründungszusammenhänge gilt es in der Fortbildung zu diskutieren, damit Pflegende die leiborientierte Beratung als ihre Aufgabe wahrnehmen.

⁸⁹ Vgl. Kapitel 3.1.1

⁹⁰ Vgl. Kapitel 3

Im Verlauf einer Fortbildung müssen die Konzepte der leiborientierten Beratung aus Kapitel 3.1 vermittelt werden. Dazu gehören insbesondere die Leiblichkeit, die Ko-respondenz und die Intersubjektivität. Beratung soll als ergebnisoffener Prozess und grundlegender und unverzichtbarer Bestandteil von Pflege verstanden werden. So soll auf Grund der inneren Haltung eine Atmosphäre geschaffen werden, die die Wahrnehmung des Einstiegs in eine Beratung jederzeit möglich macht. Den Teilnehmern der Fortbildung müssen Methoden aus dem verbalen und nonverbalen (siehe Baustein zwei und drei) sowie dem kreativen⁹¹ Bereich vermittelt werden.

Zu erwarten ist, dass in diesem Baustein Teilnehmer Ängste vor und Widerstände gegen Beratung spüren und formulieren: Man könne etwas falsch machen (*vgl. Brearley, Birchley 1995, S.2*). Diese Sorgen müssen in einem Gespräch aufgenommen werden. Es muss vermittelt werden, dass ein Grundsatz der Beratung darin besteht, dass der zu Beratende für sich und sein Handeln selbst verantwortlich ist und bleibt. Es gilt: „Man folgt dem Klienten und zieht ihn nicht.“ (*vgl. Seminarunterlagen 2003A*).

Einen großen Anteil dieses Bausteines müssen praktische Übungssequenzen anhand von beispielhaften Beratungssituationen bilden. Dafür können zunächst Situationen aus der Teilnehmenden Beobachtung und den Gesprächsrunden entnommen werden. Später werden die Teilnehmer aufgefordert, eigene Situationen aus ihrem Alltag mit in das Geschehen einzubringen. Durch diese Rollenspiele kann nicht nur die beratende Tätigkeit geübt werden, sondern es kann, durch das Hineinversetzen in die Rolle des zu Beratenden, zu einem besseren Verständnis der Situation des Gegenübers kommen.

⁹¹ Hier können auch die Erfahrungen aus der Supervision genutzt werden.

Es bleibt offen, inwieweit im Rahmen einer Fortbildung umfassende Beratungskompetenzen vermittelt und eingeübt werden können. Mit dem Thema leiborientierte Beratung kann nicht nur das Definieren und Lehren von Konzepten gemeint sein, sondern es erfordert Diskussion, philosophischen Gedankenaustausch und die Bereitschaft zur reflexiven Auseinandersetzung über die beruflichen Rollen hinaus mit dem eigenen Selbst, dem Gegenüber und dem Umfeld.

6 Zusammenfassung der Arbeit

Im 4. Krankenpflegegesetz vom 1.1.2004 wird explizit ausgewiesen, dass Beratung sowohl des Kranken selbst, als auch dessen Bezugspersonen Aufgabe pflegerischen Handelns ist. Dies gilt im Besonderen für die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, in der Bezugspersonen im Zentrum der Beratung stehen. Der neue Begriff der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege schließt deutlicher als je zuvor den präventiven Ansatz der Pflege mit umfassender Beratung durch die Pflegenden ein.

In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst der Wandel der Rolle und die Veränderungen des Tätigkeitsfeldes in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege über die Darstellung des historischen Kontextes und des Berufprofils aufgezeigt. Daraus ergibt sich die Verortung von Beratung im Sinne einer leiborientierten Beratung im Aufgabenfeld der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Leiborientierte Beratung meint einen ergebnisoffenen Beratungsprozess, in dem zwei Subjekte miteinander ko-respondieren, um ihrem Gegenüber die Möglichkeit zu geben, in einen Austausch über seine Situation, Probleme, Gedanken und Gefühle, zu treten. Durch eine empirische Untersuchung sollte der Stellenwert der Beratung von Angehörigen in der Gesundheits- und

Kinderkrankenpflege aufgezeigt werden. Im Einzelnen wurden folgende Fragen beantwortet:

1. Findet Beratung in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege statt? Welche Art von Beratung findet statt?
2. In welchem 'Setting' findet Beratung statt?
3. Welche Bedeutung hat Beratung für die Pflegenden? Wird Beratung von Pflegenden wahrgenommen und kommuniziert?

Die Untersuchung fand im Feld der stationären Kinderkrankenpflege auf einer pädiatrischen Station statt. Innerhalb der Untersuchung wurden die Teilnehmende Beobachtung und das Verfahren der Gesprächsrunde als zentrale Methoden genutzt.

Mit Blick auf die Ergebnisse der Untersuchung, muss festgestellt werden, dass in der Beobachtungszeit innerhalb der Stichprobe leiborientierte Beratung nicht stattfindet. Die Elemente Informieren, Erklären, Anleiten und Alltagsgespräche führen können nicht als umfassende Beratungsaktivitäten erkannt werden, sondern bezeichnen die Formen der Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegenden. Diese Kommunikation fand größtenteils in dem „geschützten“ Raum des Patientenzimmers statt; über das Informieren, Anleiten und Erklären hinaus waren Alltagsgespräche möglich.

Durch die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung musste der dritten Fragstellung eine andere Dimension zugesprochen werden. In den anschließenden Gesprächsrunden wurde daher nicht mehr nach der Bedeutung von Beratung für die Pflegenden gefragt. Der Fokus wurde auf die Notwendigkeit der Beratung und die Wahrnehmung der Wünsche von Angehörigen nach Beratung gelegt. Um in diesen Runden nicht auf einer hypothetischen Ebene Beratung zu thematisieren, wählte die Gesprächsleiterin eine Alltagssituation aus

und erzählte diese der Gruppe. Der Wunsch der Angehörigen nach einer umfassenden Beratung und die Möglichkeit in der beispielhaften Situation die Beratungsaufgaben wahrzunehmen, wurde von den Teilnehmerinnen nicht erkannt, Begriff und Thema der Beratung wurden innerhalb der Gespräche nicht weiter diskutiert.

Es bleibt festzustellen, dass Pflegende die Grenzen der Kommunikation und der Zusammenarbeit mit Angehörigen wahrnehmen. Diese Schwierigkeiten in der Arbeit mit Eltern sowie die Verunsicherung im eigenen Rollenverständnis als Kinderkrankenschwester belasten die Pflegenden. Hier erfahren sie ihre eigenen Grenzen und suchen nach Veränderungsmöglichkeiten.

In einer Fortbildung müssen diese Erfahrungen aufgegriffen und die Ursachen für die Unsicherheiten aufgedeckt werden. Die eigenen Erfahrungen und der Wunsch nach Veränderungen können die notwendige Motivation für eine Fortbildung sein. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als Gesundheits- und Kinderkrankenschwester können Pflegenden Beratung erfahren, um selber leiborientiert beraten zu können.

Anhang1

Zeit	Beobachtungseinheit:	Eigene Gedanken, Emotionen...
	Interaktion zwischen der Pflegenden und einer/einem oder mehreren Angehörige/n	

Anhang 2

Gesprächsleitfaden

1. **Warm up!**
2. **Operationalisierung des Themas:** Stichwort: „schwierige Eltern“
Aufforderung Situationen zu beschreiben, in denen Eltern als „schwierig“ empfunden wurden.

Detaillierung: anhand von konkreten Situationen:

Was macht die Situation schwierig?

Wie wird die Kommunikation erlebt?

Was sind Grenzen von Kommunikation?

Phantasie: Wie hätten Situationen anders gestaltet werden können?

Raum, zeitliche Vorgaben, Dolmetscher, Art der Kommunikation?

3. **Vertiefung:** Anhand eines Beispiels soll eine Beratungssituation ausgemacht werden. Es geht um die emotionale Ebene versus sachliche Ebene.
Beispiel: Mutter lässt das Geschwisterkind des kranken Kindes immer über den Balkon in das Zimmer. Als die Schwester das sieht, sagt die Mutter: „Ja man kann ja nicht wissen, wo sich das Kind ansteckt. Ich weiß ja, dass es über den Flur laufen kann, aber die ganzen Krankheiten.“

Wie kann man auf die Mutter reagieren?

Und wenn man so reagieren würde: Schwester sagt darauf: „Sie machen sich Sorgen um ihr Kind.“ (in der beobachteten Situation reagiert die Schwester, in dem sie auf der sachlichen Ebene erklärt, wo das Kind hin darf und wo nicht.)??

Was passiert dann? Wie könnte das Gespräch weiter laufen?

Wie fühlt sich das an?

Was passiert aus der Sicht der Mutter?

4. **Ausleitung:** Gibt es noch Anregungen? Was sind Wünsche an ein Kommunikationsseminar?

Literaturverzeichnis

Abels, Heinz; Stenger, Horst (1989): Gesellschaft Lernen – Einführung in die Soziologie. 2. durchgesehene Auflage, Opladen: Leske Verlag und Budrich GmbH

Abt-Zegelin, Angelika (2003): Patienten- und Familienedukation in der Pflege. IN Deutscher Verein für Pflegewissenschaften e.V. (Hrsg.) (2003): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag. S.103-115

Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS e.V. – Bundesverband (AKIK) (Hrsg.) (1997): Was erwarten Familien im Kinderkrankenhaus. 2.unveränderte Auflage, Oberursel

Atteslander, Peter (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. neu bearb. Auflage, Berlin/New York: Walter de Gruyter

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.November 2003. IN Diehlmann, Gerd (2004): Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Frankfurt: Mabuse-Verlag. S.142-179

Bachmann, Sandra (2001): Beratung von Eltern chronisch kranker Kinder. IN Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. S.136-144

Bartholomeyczik, Sabine (1999): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. IN Pflege Jg.12/1999 Bern: Hans Huber Verlag. S.158-162

Bartholomeyczik, Sabine (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. IN Rennen-Allhoff, Beate; Schaeffer, Doris (Hrsg) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim/München: Juventa. S.67-106

Beck (2000): SGB – Textausgabe mit ausführlichem Sachregister. 26. vollständig überarbeitete Auflage, München: DTV

Beier, Jutta (2003A): Patienten- und familienorientierte Information und Beratung in der >>Häuslichen Kinderkrankenpflege<< in Deutschland – ein Stiefkind pflegewissenschaftlicher Forschung? Editorial IN Pflege Jg. 16/2003 Bern: Hans Huber Verlag. S.63-65

Beier, Jutta (2003B): Information und Beratung von pflegenden Angehörigen in der „Häuslichen Kinderkrankenpflege“. IN Kinderkrankenschwester Jg. 22/2003. S.105-110

Belardi, Nando; Akgün, Lale; Gregor, Brigitte; Neef, Reinhold; Pütz, Thomas; Sonnen Fritz Rolf (2001): Beratung – Eine sozialpädagogische Einführung. 3. unveränderte Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Benner, Patricia (1994): Stufen der Pflegekompetenz = From novice to expert. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans-Huber Verlag

Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.) (2003): Prinzip Pflegekompetenz. Stand (09/03).

Brealey, Gill; Birchley, Peter (1995): Beratung und Gesprächsführung bei Krankheit und Behinderung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil 1 Nr.55, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003

Delhees, Karl H. (1994): Soziale Kommunikation – Psychologische Grundlagen für das Miteinander in der modernen Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag

Dielmann, Gerd (2004): Krankenpflegegesetz und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege – Kommentar für die Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

di Piazza, Simone (2001): Beratung in der Kinderkrankenpflege. IN Pflege Jg. 14/2001 Bern: Hans Huber Verlag. S.5-11

Duden – Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.) (1994): Duden, Das große Fremdwörterbuch: Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag

Engelke, Monika; Schreiner, Frank (2002): Pflege im Wandel – Die geschichtliche Entwicklung von der Liebestätigkeit zum Beruf und zur Wissenschaft. Unveröffentlichtes Referat im Seminar 5.250 „Theorie – Praxis – Seminar“, SS 2002, EFH Bochum

Elendt, Erika (1993): Das kranke Kind und seine Pflegerin – Zur Geschichte der Kinderkrankenpflege in Jena von 1917-1987. Jena: Universitätsverlag Jena GmbH

Fillies, Corinna (2004): Gesundheitsförderung in der Kinderkrankenpflege. IN Pflege Aktuell; Jg. 58./2004 Berlin: DBfK-Verlag. S.590-594

Friebertshäuser, Barbara (1997): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. IN Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.) (1997): Qualitative Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa. S.503 – 534

Friedemann, Marie-Luise (1996): Familien- und umweltbezogene Pflege – Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag

Fuchs-Heinritz, Werner; Lautmann, Rüdiger; Rammstedt, Otthein; Wienhold, Hanns (Hrsg.) (1994): Lexikon zur Soziologie. 3, völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH

Gehring, Michaela (2001): Familie – eine Begriffsdefinition. IN Gehring, Michaela; Kean, Susanne; Hackmann, Mathilde; Büscher, Andreas (Hrsg.) (2001): Familienbezogene Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag

Gehrke, Ulrike (2002): Zur Expansion kinderkrankenpflegerischer Handlungsfelder – Historische und gesundheitspolitische Voraussetzungen. IN Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.) (2002): Zielsetzung und Kompetenzsicherung in der Kinderkrankenpflege. Neuauflage, Neuss. S.8-15

Girtler, Roland (1992): Methoden der qualitativen Sozialforschung: Anleitung zur Feldarbeit. 3. unveränderte Auflage, Wien: Böhlau

Holoch, E.; Gehrke, U.; Knigge-Demal, B.; Zoller, E. (Hrsg.) (1999): Lehrbuch Kinderkrankenpflege – Die Förderung und Unterstützung selbstpflegebezogenen Handelns im Kinder- und Jugendalter. Bern: Hans Huber-Verlag

Holoch, Elisabeth (2000): Aktuelle Anforderungen an die Kinderkrankenpflege – pflegepädagogische Antworten. IN Kinderkrankenschwester Jg. 19/2000. S.504-506

Holoch, Elisabeth (2002A): Gestaltungsräume – Berufliche Kompetenzen von Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern. IN Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD e.V.) (2002): Zielsetzung und Kompetenzsicherung in der Kinderkrankenpflege. Neuauflage, Neuss. S.42-49

Holoch, Elisabeth (2002B): Systematische Förderung der elterlichen Kompetenz im Umgang mit Erkrankungen ihrer Kinder – ein (v)erkannter Auftrag der Kinderkrankenpflege. IN Pr-Internet 10/02

Holoch, Elisabeth; Frech Susanne (2001): Familienorientierte Kinderkrankenpflege – Das Modell der familien- und umweltbezogenen Pflege von Marie-Luise Friedemann und seine Relevanz für die Ausbildung. IN Kinderkrankenschwester Jg.20/2001. S.438-443

Institut für angewandte Pflegeforschung (iap), Universität Bremen (2004): Innovative Potentiale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. IN Pflege Jg. 17/2004 Bern: Hans Huber Verlag. S.105-112

Knigge-Demal, Barbara (1994): Trennungängste von Eltern und Kindern im Krankenhaus. IN Die Kinderkrankenschwester Jg. 13/1994, Nr.2. S.42-427

Koch-Straube, Ursula (2000): Beratung in der Pflege – eine Skizze. IN Deutscher Verein für Pflegewissenschaften e.V. (Hrsg.) (2000): Pflege & Gesellschaft 5 Jg. Nr.1. S.1-3

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

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

Köhlen, Christina (2003): Häusliche Kinderkrankenpflege in Deutschland – Theorie und Praxis der Familienorientierten Pflege. Göttingen: V&R unipress GmbH mit Universitätsverlag Osnabrück

(3.) Krankenpflegegesetz vom 4.Juni 1985 IM Internet unter <http://home.t-online.de/home/Frank.Jakobs/kgp.htm> am 6.02.2004 18:45 Uhr

Krüger, Eberhard (1993): Kompetenz zur Vermittlung von humanen Haltungen im Ausbildungs- und Trainingsbereich Erwachsener. Neue Wissenschaft Nordrhein Westfalen Band 3, Moers: U. August Verlag

Lamnek, Siegfried (1995A): Qualitative Sozialforschung. Band I, Methodologie. 3. korrigierte Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Lamnek, Siegfried (1995B): Qualitative Sozialforschung. Band II, Methoden und Techniken. 3. korrigierte Auflage, Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1997): Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. IN Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.) (1997): Qualitative Sozialforschung in der Erziehungswissenschaft. Weinheim/München: Juventa. S.481-491

Nestmann, Frank (Hrsg.) (1997): Beratung: Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft. Tübingen: Dgvt-Verlag

Petzold, Hilarion G. (1988): Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“. Teil I: Anthropologische und konzeptuelle Grundlagen. IN Petzold, H. (Hrsg.): Integrative Therapie 4/88. Paderborn: Junfermann. S.325-364

Petzold, Hilarion G. (1988A): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie: ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Paderborn: Junfermann

Pschyrembel, Willibald (Hrsg.) (1994): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 257. neu bearbeitete Auflage, Berlin, New York: de Gruyter

Rahm, Dorothea; Otte, Hilka; Bosse, Susanne; Ruhe-Hollenbach, Hannelore (1993): Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann

Rahm, Dorothea (2000): Gestaltberatung – Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. 8. überarbeitete Auflage, Paderborn: Junfermann

Rahm, Dorothea (2004): Gestaltberatung – Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. 9. Auflage, Paderborn: Junfermann

Remmers, Hartmut (1999): Pflegewissenschaften und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. IN Pflege Jg.12/1999 Bern: Hans Huber Verlag. S.376-367

Rogers, Carl R. (2001): Die nicht-direktive Beratung. 10. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer

Rowling, Joanne K. (1998): Harry Potter und der Stein der Weisen. Hamburg: Carlson

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997): Pflegerischer Fortschritt und Wandel – Basispapier zum Beitrag „Wachstum und Fortschritt in der Pflege“. Band II Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Göttingen

Scharnofske, Ursula (2002): Kinderkrankenpflege von Anfang an. IN Kinderkrankenschwester Jg. 21/2002. S.363-372

Scheffer, Thomas (2002): Das Beobachten als sozialwissenschaftliche Methode – Von den Grenzen der Beobachtbarkeit und ihrer methodischen Bearbeitung. IN Schaeffer, Doris; Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg) (2002): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle: Hans Huber Verlag. S.351-374

Schieron, Martin (2003): Beratung – ein besonderer Auftrag für die Pflege. IN pflege-online.de Der Pflegebrief 08/2003 7.November 2003. S.2-4

Schneider, Cordula (2002): Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definitorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung. IN: Unterricht Pflege 7. Jahrgang, Heft 4, Oktober 2002; Prodosverlag; Brake. S.2-8

Schnepp, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. IN Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Pflege und Gesellschaft 2/96. Hannover: SchöneworthVerlag. S. 13-16

Schulz von Thun, Friedemann (1992): Miteinander Reden 1 – Störungen und Klärungen. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt

Seidler, Eduard (1993): Geschichte der Medizin und Krankenpflege. 6. neubearbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

Seminarunterlagen SS 2003: Pflege in geteilter Verantwortung: Von der nicht ganz einfachen Zusammenarbeit zwischen professionell Pflegenden und informellen Helfern. Dozentin: Prof. Dr. Kühnert, Bochum EFH Rheinland-Westfalen-Lippe

Seminarunterlagen SS 2003A: Einführung in die Gestaltberatung. Dozentin: Prof. Dr. Koch-Straube, Bochum EFH Rheinland-Westfalen-Lippe

Stöcker, Gertrud (2002): Bildung und Pflege: Eine berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung. Hannover: Schlütersche

Tschudin, V. (1990): Helfen im Gespräch – eine Anleitung für Pflegepersonen. Basel: Recom-Verlag

Twigg, Julia (1989): Models of Carers: How Do Social Care Agencies Conceptualise Their Relationship with Informal Carers? IN Journal of Social Policy 18,1 1989. S.53-66

WHO (2000): Pflegende und Hebammen für Gesundheit – Eine WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa. Kopenhagen

Watzlawick, Paul (1976): Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn – Täuschung – Verstehen. Sonderausgabe 2003, München: Pieperverlag

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson Don D. (2000): Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen Paradoxien. 10. unveränderte Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattler: Hans Huber Verlag

Weinberger, Sabine (1996): Klientenzentrierte Gesprächsführung – Eine Lern- und Praxisanleitung für helfende Berufe. 7. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag

Wichmann, Veronica (Hrsg.) (1991): Kinderkrankenpflege. 3.überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag

Zeitverlag Gerd Bucerus GmbH & Co.KG (Hrsg.) (2005): Die Zeit – das Lexikon. Band 04, Hamburg: Zeitverlag

Zimbardo, Philip G. (1995): Psychologie. 6.Auflage, Augsburg: Sonderausgabe für Weltbildverlag

Ich versichere hiermit, dass ich die vorstehende Arbeit selbstständig angefertigt habe und dabei nur die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

.....
Unterschrift, Datum