

Qualifizierungskonzept

für Gesundheitsberaterinnen und
Gesundheitsberater

Projekt
„Entlastungsprogramm bei Demenz“
EDe

Köln, Minden, im Juli 2009

Ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Projektträger

**PariSozial – gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH
im Kreis Minden-Lübbecke**

Wissenschaftliche Begleitung

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V., Köln

unter Mitarbeit von

Prof. Dr. Renate Zwickler-Pelzer

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Fachbereich Gesundheitswesen

Laag, U.; Weidner, F. (2009): Qualifizierungskonzept für Gesundheitsberaterinnen und
Gesundheitsberater, Förderprojekt des GKV-Spitzenverbands

Inhaltsübersicht

1 EINLEITUNG	2
2 INHALTLICHE UND DIDAKTISCHE ORIENTIERUNG.....	3
2.1 Anforderungen an eine präventive Arbeit im Gesundheitswesen.....	3
2.2 Kompetenzorientierung	5
2.3 Gestaltung der Qualifizierungsprozesse	7
2.4 Professionelle Fallarbeit in der Beratung	8
2.5 Voraussetzungen der Dozentinnen und Dozenten.....	12
3 AUSGESTALTUNG DER LERNBEREICHE	14
3.1 Lernbereich I – Inhaltliche und organisatorische Grundlagen	15
3.2 Lernbereich II – Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung	18
3.3 Lernbereich III – Beratungsintervention und Schulung	20
3.4 Lernbereich IV – Vermittlung und Koordination von Hilfen.....	25
3.5 Lernbereich V – Bewertung und Reflexion	29
4. LITERATURVERZEICHNIS	31

1 Einleitung

Das vorliegende Qualifizierungskonzept für Gesundheitsberaterinnen und -berater wurde im Projekt „Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede“ entwickelt. Dabei handelt es sich um ein vom GKV-Spitzenverband gefördertes Projekt zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI. Das Projekt hatte eine Laufzeit von Mai 2006 bis April 2009. Projektträger war die PariSozial gemeinnützige Gesellschaft für paritätische Sozialdienste mbH im Kreis Minden-Lübbecke, die wissenschaftliche Begleitung wurde durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip) durchgeführt.

Mehr als 300 Familien, in denen demenzerkrankte Angehörige betreut werden, haben an der 18-monatigen Feldphase teilgenommen. Neun eigens geschulte Gesundheitsberaterinnen und -berater haben anhand eines multidimensionalen und proaktiven Interventionsprogramms insgesamt mehr als 1400 Hausbesuche bei diesen Familien durchgeführt. Die dazu notwendigen Konzepte wurden durch das dip in Zusammenarbeit mit dem Projektträger entwickelt.

Ziel des Projekts EDe war die effektive Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger demenzerkrankter Menschen. Mit dem Einsatz individueller Unterstützungsprogramme sollten häusliche Pflegesituationen möglichst stabilisiert werden. Die Unterstützungsinterventionen beinhalteten Beratung, Schulung und das Ermöglichen zeitlicher Freiräume, neben zugehender Beratung und häuslichen Schulungen wurden die in der Region vorhandenen Unterstützungsangebote genutzt. Zentrale Akteure im Projekt waren neun Pflegefachkräfte, die als Gesundheitsberaterinnen und -berater auf der Grundlage der entwickelten Konzepte die Interventionsstrategien mit den regional vorhandenen Unterstützungsangeboten individuell verknüpfen sollten.

Für das komplexe Aufgabenfeld der Gesundheitsberaterinnen und -berater im Projekt waren eine pflegefachliche Qualifikation sowie eine gute Feldkenntnis im ambulanten Bereich von grundlegender Bedeutung. Das vorliegende Qualifizierungskonzept ist deshalb ausgerichtet auf Pflegefachkräfte im ambulanten Bereich, die über Erfahrungen im Umgang mit demenzerkrankten Menschen und deren Angehörigen verfügen. Es wurde entwickelt, um die Pflegefachkräfte im Projekt EDe für ihre Aufgabe, „Gesundheits- und Pflegeberatung in Familien, in denen demenzerkrankte Menschen gepflegt werden“, zu qualifizieren. Sie sollten umfassende Kompetenzen entwickeln können um Beratungen und Schulungen in häuslicher Umgebung professionell durchführen zu können.

Auch wenn das Konzept zielgruppenspezifische Anteile enthält, sind grundlegende Inhalte auch für Gesundheits- und Pflegeberatungen bei anderen Zielgruppen geeignet. Da ein wesentlicher Bestandteil der Tätigkeit der Gesundheitsberaterinnen und -

berater das Fallmanagement ist, werden im Konzept die Richtlinien zur Weiterbildung von Case Managerinnen und Case Managern der DGCC¹ berücksichtigt.

2 Inhaltliche und didaktische Orientierung

Das Projekt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ lässt sich dem Bereich der Pflegeprävention zuordnen. Damit muss sich das Qualifizierungskonzept inhaltlich grundlegend an den Voraussetzungen, die für eine effektive präventive Arbeit im Gesundheitswesen notwendig sind, orientieren.² Zudem sind die Bedarfe pflegender Angehöriger demenzerkrankter Menschen sowie spezielle Anforderungen zugehender Beratungen zu berücksichtigen.

Die vielfältigen Aufgaben und Anforderungen, denen die Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater in den Familien gegenüberstehen und die immer wieder ein individuelles Einlassen auf den Einzelfall und eine Auseinandersetzung mit dessen Besonderheiten erfordern, legen als curriculares Konzept die Kompetenzorientierung nahe. Dabei müssen die Lernprozesse so gestaltet werden, dass die professionelle Handlungskompetenz der Pflegefachkräfte für gesundheits- und pflegeberaterische Aufgaben gestärkt wird.

2.1 Anforderungen an eine präventive Arbeit im Gesundheitswesen

Zentrales Element gesundheitsförderlicher und präventiver pflegerischer Arbeit ist das Aufzeigen von Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit, von Be- oder Überlastungssymptomen durch häusliche Pflege, von den eigenen Ressourcen älterer Menschen oder pflegender Angehöriger und den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung. In anschließenden Schritten müssen dann die Fähigkeiten dieser Menschen, mit Risikofaktoren und Belastungen umzugehen, gefördert und die Kompetenzen für gesundheitsförderliches Handeln gestärkt werden. Dazu muss der Blick insbesondere bei demenzerkrankten Menschen und deren pflegenden Angehörigen auf die Bewältigung der Erkrankung und der dadurch bedingten Veränderungen im Alltag gerichtet werden.^{3 4 5} Dies sollte

¹ Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, Standards für die Weiterbildung (2004)

² Ströbel, A.; Weidner, F. (2003)

³ Vgl. Allenbach-Guntern, C. (2007), 2 ff.

⁴ Vgl. Poll, E.; Gauggel, S. (2009), 35

⁵ Vgl. Meier, D. et al. (1999), 94

innerhalb eines Beratungsprozesses auf der Grundlage einer strukturierten Bedarfseinschätzung mit einem evidenzbasierten multidimensionalen Assessmentinstrument erfolgen. Eine lösungsorientierte Beratungsstrategie ist dabei ebenso wichtig wie eine an den individuellen Bedarf angepasste Beratungskontinuität. Notwendig ist zudem eine interdisziplinäre fallbezogene Zusammenarbeit, die einrichtungs- und dienstleistungsübergreifende Kooperationen einschließt.⁶ Den Betroffenen ist es in der Regel nicht möglich, die zahlreichen Dienstleistungsangebote oder sozialgesetzlichen Unterstützungsmöglichkeiten zu überblicken und die für sie passenden auszuwählen und zu koordinieren. Hier bedarf es speziell dafür qualifizierter Fachkräfte, die die Bedarfe ermitteln, bestehende Dienstleistungen für die Betroffenen verfügbar machen, eine neutrale Vermittlerrolle zwischen Nutzern und Anbietern einnehmen und dabei sowohl die Interessen des Einzelnen als auch gesamtgesellschaftliche Interessen vertreten.⁷ Aus diesen Anforderungen ergibt sich, dass gesundheitsförderliche und präventive pflegerische Arbeit (Gesundheits- und Pflegeberatung) aus drei miteinander zusammenhängenden Handlungsfeldern besteht, in denen die Gesundheitsberaterinnen und -berater Kompetenzen erlangen müssen:

- Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung,
- beraterische Intervention und Schulung,
- Vermittlung und Koordination von Hilfen.

Zur Ausgestaltung der Handlungsfelder wurden zu Beginn des Projekts inhaltliche Grundsatzentscheidungen getroffen. Zur Bedarfseinschätzung und damit als Beratungsgrundlage und zur Veränderungsmessung von Belastungen pflegender Angehöriger wurde das zielgruppenspezifische Assessmentinstrument BIZA-D⁸ ausgewählt, das u. a. in besonderem Maße die Anforderungen an eine Multidimensionalität erfüllt.

Als Beratungsansatz wurde ein systemisch-lösungsorientierter Beratungsansatz gewählt, der der gesamtfamiliären Betrachtung und damit den Besonderheiten der einzelnen Familien und den familiendynamischen Aspekten Rechnung trägt.

Die Strukturierung der Beratungstätigkeit sollte entsprechend der Methode des Case Managements erfolgen.

⁶ Vgl. Ströbel, A.; Weidner, F. (2003), 85 ff.

⁷ Dörpinghaus, S.; Weidner, F. (2004), 123 ff.

⁸ Zank, S.; Schacke, C. (2006)

2.2 Kompetenzorientierung

Gemäß den Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz der Länder ist die Entwicklung von Handlungskompetenz das übergeordnete Ziel beruflicher Ausbildung. Sie wird verstanden als Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.⁹

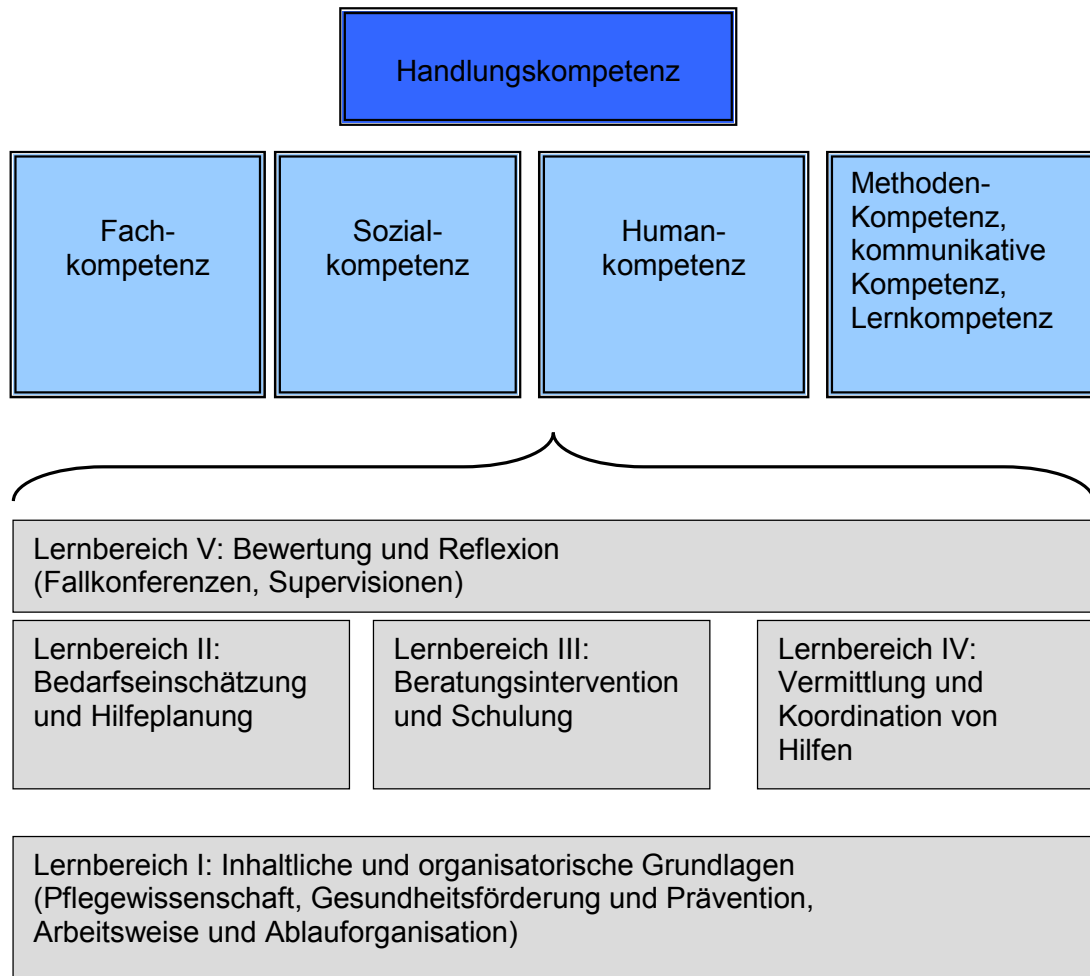
In der Gesundheits- und Pflegeberatung ist auch bei kontinuierlicher Begleitung der Beraterinnen und Berater von Anfang an deren eigenverantwortliches Handeln erforderlich. Aus diesem Grund muss eine grundlegende Handlungskompetenz im oben genannten Sinne vorausgesetzt werden. Das Qualifizierungskonzept für die Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater ist auf eine Spezifizierung der Handlungskompetenz im Hinblick auf ihre Tätigkeit ausgerichtet. Entsprechend den KMK-Handreichungen beinhaltet Handlungskompetenz die Dimensionen Fachkompetenz, Sozialkompetenz und Humankompetenz.¹⁰ Diese werden ebenso wie Methodenkompetenz, kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz¹¹ in den oben genannten Handlungsfeldern in unterschiedlicher Ausprägung benötigt und deren Förderung muss sich als roter Faden durch die Qualifizierungsmaßnahme ziehen.

⁹ Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule (2007)

¹⁰ Auf eine detaillierte Erläuterung der Dimensionen wird an dieser Stelle verzichtet und auf die KMK-Handreichungen verwiesen.

¹¹ In den KMK-Handreichungen werden Methodenkompetenz, kommunikative Kompetenz und Lernkompetenz als Bestandteile von Fach-, Human- und Sozialkompetenz ausgewiesen, hier werden sie der besseren Übersichtlichkeit wegen auf gleicher Ebene angesiedelt.

Modell der Qualifizierung für die „Gesundheits- und Pflegeberatung“



Das Modell ist von unten nach oben zu lesen. Lernbereich I enthält übergeordnete und projektspezifische Inhalte und bindet die anderen Lernbereiche in einen theoretischen und praktischen Gesamtrahmen ein.

Die Lernbereiche II bis IV im Qualifizierungskonzept entsprechen den Handlungsfeldern gesundheitsförderlicher und präventiver pflegerischer Arbeit. Der Lernbereich V „Bewertung und Reflexion“ liegt quer, er ist in den Lernbereichen II bis IV enthalten und umgekehrt finden sich Inhalte der Lernbereiche II bis IV in ihm wieder. Eine zentrale Grundannahme des Modells ist es, dass die Fallkonferenzen, die im Projektabschlussbericht als Bestandteil des Beratungskonzepts beschrieben wurden, ebenfalls integraler Bestandteil des Qualifizierungskonzepts sind. Das macht deutlich, dass das Erreichen von Handlungskompetenz nicht durch eine einzelne Qualifizierungsmaßnahme gelingen kann, sondern eine kontinuierliche Begleitung bei der Umsetzung erfordert.

Die Supervisionen tragen zur vertieften und persönlichen Auseinandersetzung mit den Inhalten der Lernbereiche bei und sind deshalb ebenfalls Bestandteil des Lernbereichs V.

2.3 Gestaltung der Qualifizierungsprozesse

Entsprechend dem curricularen Konzept der Kompetenzorientierung ergeben sich bestimmte Anforderungen an die Lernprozesse und Methoden.

Wissensvermittlung

Die Vermittlung von Hintergrund- und Begründungswissen ist in allen Bereichen unverzichtbar, soll sich aber zielgerichtet auf die Erfordernisse der Handlungsfelder der Gesundheitsberaterinnen und -berater beschränken. Dabei sind deren Vorwissen und Erfahrungen einzubeziehen. Von Seiten der Schulungsleitung ist dafür Sorge zu tragen, dass die Inhalte der einzelnen Dozenten aufeinander abgestimmt werden und Widersprüchlichkeiten aufgedeckt und bearbeitet werden.

Anwendungs- und handlungsorientierte Qualifizierungsprozesse

Überwiegend sollen die Lernprozesse anwendungs- und handlungsorientiert gestaltet werden, was in der Regel den Fähigkeiten von Pflegefachkräften aus der Praxis entgegenkommt und eine motivationsstiftende Wirkung hat. Anwendungsorientierung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitsberaterinnen und -berater in der Schulung von Beginn an lernen, mit den spezifischen Instrumenten und Konzepten zu arbeiten. Es bedeutet auch, dass ihre Vorschläge oder Bedenken ernst genommen und, wenn erforderlich und möglich, in weitere Entwicklungsarbeiten einbezogen werden. Handlungsorientierung bedeutet, dass die Gesundheitsberaterinnen und -berater darauf vorbereitet werden, im Beratungsprozess weitgehend selbstständig und selbstorganisiert zu handeln und zu erkennen, wann ihrem eigenen Handeln Grenzen gesetzt sind.

In anwendungs- und handlungsorientierten Lernprozessen sind praktisches Üben und die Bearbeitung von Fallbeispielen geeignete Methoden, um auf die konkreten beruflichen Aufgaben vorzubereiten.

Fallkonferenzen und Supervisionen als kontinuierlicher Qualifizierungsprozess

Die gesundheits- und pflegeberaterische Tätigkeit bedarf eines kontinuierlichen Qualifizierungsprozesses. Regelmäßige Fallkonferenzen sind ein Forum, in dem relevante Informationen ausgetauscht werden können, und sie bieten Raum für eine strukturierte Reflexion der Beratungsprozesse. Damit sind sie ein wesentlicher Bestandteil der Qualifizierungsmaßnahme. Die moderierten Fallbesprechungen haben das Ziel, dass alle Teilnehmenden durch die wechselseitigen Rückmeldungen voneinander lernen und die Möglichkeit haben, ihre Perspektiven und damit ihr Handlungsspektrum zu erweitern. Zudem unterstützen die Fallkonferenzen die Wettbewerbsneutralität der Beratung, da durch die dort stattfindende kollegiale Intervision jede Beraterin und jeder Berater seine Beratungs- und Empfehlungspraxis offenlegt.

Auch die Supervisionen haben neben einer emotional entlastenden eine qualifizierende Wirkung.

2.4 Professionelle Fallarbeit in der Beratung

Die Professionalität der Gesundheitsberaterinnen und –berater hat sich im Projekt EDe als zentraler Aspekt effektiver Beratungsarbeit herausgestellt. Aus diesem Grund sind die Kriterien handlungsorientierter professioneller Fallarbeit in der Beratung, die bereits im Projektabschlussbericht als Bestandteil des Beratungskonzepts beschrieben sind, ebenfalls Bestandteil des vorliegenden Qualifizierungskonzepts. Sie sind inhaltlich in Lernbereich III eingebunden, sind aber zentraler Leitgedanke in allen Lernbereichen.

Subjektive Betroffenheit des pflegenden Angehörigen

Das subjektive Erleben des Beratungsklienten ist der zentrale Gegenstand und Ausgangspunkt von Beratung. Im Projekt EDe ist die subjektiv erlebte Belastung pflegender Angehöriger ein Schwerpunkt, der mit dem Assessmentinstrument differenziert erfasst wird. Insofern wird der Fokus der Beratenden bereits in der Vorbereitung des Beratungsgesprächs auf dieses Kriterium gerichtet. Das Bewusstmachen der Belastungssituation im Assessmentgespräch und auch innerhalb des Beratungsprozesses kann bei den pflegenden Angehörigen die subjektive Betroffenheit (vorübergehend) verstärken. Es geht also nicht nur darum, die subjektive Betroffenheit in das beraterische Handeln einzubeziehen, sondern sie ist auch Zielpunkt der beraterischen Intervention.

Die subjektiv erlebte Betroffenheit der pflegenden Angehörigen führt häufig dazu, dass sie nicht selbst in der Lage sind, sich objektiv mit den pflegebezogenen Problemen auseinanderzusetzen und sie zu lösen. Aus diesem Grund bedarf es der professionellen Beratung, die diese subjektive Betroffenheit einzubeziehen vermag. Das bedeutet, dass sie sowohl in die Entscheidung für das beraterische Vorgehen als auch in die Entscheidung für ein individuelles Entlastungsprogramm einfließen muss.

Gleichermaßen ist es auch die subjektive Betroffenheit des pflegenden Angehörigen (oder weiterer Familienmitglieder, die im Beratungsgespräch anwesend sind), die oftmals situative und in dem Moment möglicherweise nicht begründbare Entscheidungen erfordert.

In Beratungssituationen besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit der subjektiven Betroffenheit der Beratenden. Die ständige Konfrontation mit Belastungen und Leiden erfordert Bewältigungskompetenzen auch auf Seiten der Beratenden, die begleitend entwickelt und erhalten werden müssen.

Widersprüchliche Einheit aus Regelwissen und hermeneutischem Fallverstehen

Die Beratenden benötigen als Handlungsgrundlage wissenschaftlich fundierte Kenntnisse in den handlungsrelevanten Bereichen Bedarfseinschätzung, Beratungsintervention, Vermittlung von Unterstützungsangeboten und Evaluation/Reflexion. Zudem ist ein umfassendes Fachwissen zu den Themen, zu denen sie pflegende Angehörige beraten sollen, erforderlich. Gleichzeitig muss den Beratenden bewusst sein, dass sie dieses Fachwissen insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege nicht in seiner

Reinform anwenden können. Die Komplexität der häuslichen Pflegesituation schränkt die Anwendbarkeit reinen Regelwissens erheblich ein. Gerade pflegende Angehörige sind durch die häufig lange Zeit der Pflege und ihre Erfahrungen selbst zu Experten der jeweiligen Pflegesituation geworden; dieses „Expertenwissen und -handeln“ entspricht oft nicht dem fachlich begründbaren Handeln. Zudem bestehen in den Familien spezifische stabile Beziehungskonstellationen und über Jahre gewachsene Regeln und Gewohnheiten, auf Grund derer Neuerungen oft als störend empfunden werden. Die Bedeutung, die die Pflege eines demenzerkrankten Menschen für den pflegenden Angehörigen hat, ist ein wesentlicher Aspekt, der dazu beiträgt, dass die Pflegesituation so geworden ist, wie sie aktuell ist. Diese Bedeutung erschließt sich den Beratenden oft erst nach einer längeren Zeit der Beratung, manchmal auch gar nicht. So steht das, was für die Beratenden aus fachlichen oder logisch ableitbaren Gründen die beste Lösung für den jeweiligen Angehörigen scheint, unter Umständen im Widerspruch zu dem, was der Angehörige oder auch der demenzerkrankte Pflegebedürftige kann und will oder die individuellen Umgebungsbedingungen zulassen.

Für die Beratenden geht es darum, ein Fallverstehen zu entwickeln, das es ermöglicht, die individuelle Pflegesituation vor dem Hintergrund des Lebenszusammenhangs der Betroffenen zu deuten und zu erklären. Mit dem Verstehen des Falls kann auf fachlich fundierter Basis, mit dem pflegenden Angehörigen gemeinsam der für ihn und den Pflegebedürftigen am besten passende Weg zu einer Entlastung gefunden werden.

Dialektik aus Entscheidungs- und Begründungszwängen

Professionell Handelnde stehen auf Grund personaler Interaktion sehr oft unter einem erhöhten Zwang, situativ Entscheidungen treffen zu müssen. Gleichzeitig fordert es ihre Expertise Begründungen für ihr Handeln zu geben. Wenn jedoch situativ Entscheidungen zu treffen sind, dann ist der Begründungszwang oftmals erst im Nachhinein einzulösen. Diese Situation macht die Dialektik aus Entscheidungs- und Begründungszwängen aus.

Die Beratenden beraten die Angehörigen auf der Grundlage einer durchgeführten Diagnostik. Das dazu angewendete Assessmentinstrument liefert den Begründungszusammenhang für die Beratungsplanung und die in den Beratungsbesuchen durchgeführten oder empfohlenen Interventionen. Bisher existieren nur wenige wissenschaftliche Nachweise über die Wirksamkeit von Entlastungsmaßnahmen auf unterschiedliche Belastungsdimensionen. Die Beratenden müssen überwiegend auf Grundlage ihrer Erfahrungen, der vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten, aber auch auf Grundlage ihrer Einschätzung der gesamten Fallwirklichkeit die passenden Interventionen auswählen.

Da sich in jeder Beratungssituation ein Stück mehr Fallwirklichkeit abbildet, kann es notwendig sein, die begründete Beratungsplanung zu verändern und eine Entscheidung für andere Interventionen zu treffen, die möglicherweise in der Situation zunächst nicht begründbar ist.

Gleiches gilt auch für die kommunikativen Aspekte von Beratung. Die Beratenden planen ihre Beratungsgespräche nicht nur hinsichtlich der zu empfehlenden Interventionen, sondern ebenso hinsichtlich des Gesprächsverlaufs und möglicherweise hinsichtlich einer Beratungsstrategie. Die Situation im Beratungsgespräch kann jedoch die Entscheidung erfordern, den Gesprächsverlauf anders zu gestalten, die geplante Strategie zu verlassen. Die situative oder auch intuitive Änderung der Planung kann dann oft in dem Moment vom Beratenden nicht begründet werden.

Ein wichtiger Aspekt professionellen Handelns ist es, die situativ getroffenen Entscheidungen im Nachhinein zu reflektieren und die Begründung für das Handeln nachzuvollziehen, um daraus Schlüsse für künftiges Handeln zu ziehen.

Analytische Distanz in der Beratungsbeziehung

Um einer subjektiven Betroffenheit der Beratenden zu begegnen, ist eine hinreichende analytische Distanz in der Beratungsbeziehung notwendig. Erst diese Distanz ermöglicht es, die Gesamtsituation, Pflege im System Familie, soweit sie sich darstellt, in den Blick zu nehmen. Die Beratungssituation, insbesondere in häuslicher Umgebung, impliziert gleichzeitig immer wieder das Entstehen von Nähe zu den zu beratenden Personen. Zudem macht die Anforderung des Fallverstehens ein Einlassen der Beratenden auf die jeweilige familiäre Situation und die Perspektive der zu Beratenden notwendig. Gerade deshalb besteht die Anforderung an die Beratenden, immer wieder eine Distanz herzustellen, aus der Situation zurückzutreten und sie aus einer Außenperspektive zu betrachten. Gelingt das nicht, ist die Gefahr groß, dass die Beratenden, statt Veränderungen in der Familie anzustoßen, selbst zu Hauptakteuren werden und eigene Ressourcen verbrauchen, ohne effektiv zu beraten.

Für den Beratungsprozess ist es außerdem förderlich, wenn die Beratenden regelmäßig reflektieren, inwiefern sie selbst als Interaktionspartner in der Beratungssituation bestimmte Interaktionsmuster der zu Beratenden fördern.¹²

Autonomie der Lebenspraxis des Angehörigen und des Pflegebedürftigen

Das Respektieren der Autonomie der Lebenspraxis der zu Beratenden ist einerseits wichtiger Grundsatz der Beratung, andererseits ist er auch nicht immer uneingeschränkt anzuwenden. So hört z. B. die Autonomie der Lebenspraxis eines Menschen dort auf, wo sie zur Beeinträchtigung eines anderen Menschen führt. Aus psychoanalytischer Perspektive beispielsweise bedeutet das Respektieren der Autonomie der Lebenspraxis, dass der Therapeut jeglichem Versuch des Klienten, Ratschläge und Empfehlungen von ihm zu erbitten, widersteht.¹³ Diese Konsequenz ist Beratenden ohne direkten therapeutischen Auftrag nicht abzuverlangen. Zudem wäre sie möglicherweise bei der Zielgruppe der pflegenden Angehörigen, die oftmals umgehende Unterstützung benötigen, wenig zielführend.

¹² Bamberger, G. (2005), 9

¹³ Oevermann, U. (1981)

Erstens ist im Kontext von (systemischer) Beratung ein wesentliches Kriterium, dass der zu Beratende die Beratung tatsächlich will und sich freiwillig entscheidet, das Beratungsangebot anzunehmen. Im Beratungsprozess respektieren die Beratenden die Autonomie der Lebenspraxis der pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen und deren Sicht auf die Situation. Den Beratenden muss bewusst sein, dass sie lediglich Anstöße zu Veränderungen und Unterstützung bei gewollter Veränderung geben können. Letztendlich entscheidet der Angehörige selbst, ob und welche Unterstützungsleistung er in Anspruch nimmt und auch, ob er die Beratung weiter in Anspruch nehmen möchte. Der Angehörige wird jederzeit als vernünftig Handlungsfähiger angesehen, obwohl er der Unterstützungsmaßnahmen bedarf.

An dieser Stelle soll die Schwierigkeit der Beratenden nicht ausgeklammert werden, zu entscheiden, wann das Respektieren der Autonomie des pflegenden Angehörigen seine Grenze gefunden hat. In den Fällen, in denen die Lebensqualität des Pflegebedürftigen stark beeinträchtigt ist oder ihm gegenüber Gewalt angewendet wird, müssen sie unter Umständen Entscheidungen treffen, die Interventionen auch gegen den Willen des pflegenden Angehörigen zur Folge haben.

Zweitens ist das Ziel der Beratung die Entlastung des pflegenden Angehörigen, um die häusliche Pflegesituation möglichst lange aufrechtzuerhalten, ohne dass der Angehörige überlastet und der Pflegebedürftige unterversorgt ist. Aus diesem Grund steht die Stärkung der Autonomie dieses „Pflegegefüges“ im Vordergrund der Beratung. Die Beratenden sollen die Angehörigen befähigen, ihre Situation selbst (mit-)einzuschätzen und Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Angehörigen sollen dahingehend beraten werden, die Pflegesituation mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und der notwendigen Unterstützung aufrechtzuerhalten.

Sofern die Familien bisher nicht auf Unterstützung von außerhalb zurückgegriffen haben, stellen die Beratungsbesuche selbst unter Umständen zunächst einmal einen Eingriff in ihre bisherige Autonomie dar. Diese zukunftsorientiert zu entwickeln, ist ein Ziel der Beratung.

Keine vollständige Standardisierbarkeit von Beratung und Interventionszuordnung

Ein gewisses Maß an Standardisierung von Dienstleistungen, so auch von Beratung, ist im Sinne von Transparenz und Qualitätssicherung geboten.^{14 15} Professionelle Beratung muss bestimmten Leitprinzipien folgen, ist jedoch immer subjekt- und kontextbezogen. Sie findet auf Grund von Problemen oder antizipierten Problemen statt, die aus der individuellen Perspektive der betroffenen Person stammen. Dementsprechend lassen sich Lösungen derartiger Probleme nicht voraussagen und die Effekte von Inter-

¹⁴ z. B. Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung (BAGA e. V.): Standard für Psychosoziale Beratung von alten Menschen und Angehörigen, <http://www.baga.de/standard1.htm>

¹⁵ Für Ambulante psychosoziale Krebsberatungsstellen existiert eine AWMF-Leitlinie, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/III/032-051.htm>

ventionen bleiben im individuellen Fall zunächst offen. Aus diesem Grund ist weder eine vollständige Standardisierbarkeit des Beratungsgeschehens noch eine vollständig standardisierte Zuordnung von Interventionen zu bestimmten Belastungsdimensionen möglich. Die Beratenden müssen sich in jedem einzelnen Fall neu mit der Frage einer passenden Beratungsstrategie sowie der Zuordnung von Interventionen auseinandersetzen.

Erkennen der eigenen Grenzen der Beratung und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen¹⁶

Die Problemlagen, die sich den Beratenden während der Beratungsbesuche zeigen, können sehr komplex sein. Insbesondere wenn die Beratenden noch über wenig Beratungserfahrung verfügen, werden sie auch mit Themen konfrontiert, denen sie fachlich (noch) nicht gewachsen sind. In vielen Fällen liegen hinter der Problematik der Pflegesituation auch familiäre Konflikte, die jahrelang in der Familie verschwiegen wurden und nun in der Beratung offenkundig werden. Interpsychische Problemlagen des pflegenden Angehörigen sind unter Umständen für die Beratenden deutlicher sichtbar und mit den eigenen beraterischen Kompetenzen nicht zu bearbeiten. Derartige Einflüsse sind nicht vollständig vom Gegenstand der Beratung, der Bewältigung der Pflegesituation, zu trennen. Eine deutliche Auftrags- und Zielklärung ist hier nicht nur für die Beratenden, sondern auch für die Beratenden ein elementarer Bestandteil im Beratungsprozess, um die Komplexität der Situation und des Prozesses zu reduzieren. Die Beratenden müssen ihre eigenen Grenzen kennen und anerkennen und entscheiden können, wann es notwendig ist, die Familien an andere Stellen oder Berufsgruppen weiterzuleiten. Es ist damit auch Aufgabe der Beratenden, ein Zusammenwirken mit anderen Berufsgruppen und eine Vernetzung der Angebote im Sinne der Angehörigen und der Pflegebedürftigen zu initiieren.

2.5 Voraussetzungen der Dozentinnen und Dozenten

Mindestens die Leitung der Qualifizierungsmaßnahme sollte über eine akademische pädagogische oder pflegepädagogische Qualifizierung verfügen. Neben der eigenen Dozententätigkeit ist es ihre Aufgabe, die Inhalte der einzelnen Bereiche mit den anderen Dozentinnen und Dozenten abzustimmen und im Sinne einer Kompetenz- und Handlungsorientierung miteinander zu verknüpfen.

An die Dozentinnen und Dozenten ist die Anforderung eines sicheren Fachwissens sowie möglichst praktischer Erfahrung in ihrem Gebiet zu stellen. Sie sollten es verste-

¹⁶ Dieses Kriterium stammt nicht aus dem handlungsorientierten Professionsansatz von Oevermann, sondern wurde als Bestandteil professioneller Beratung im Projektverlauf hinzugefügt.

hen, insbesondere in der Einführungsschulung auf Grund der begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit, dieses Wissen zu praxisrelevanten Inhalten zu bündeln.

Im Projekt wurde die Schulung im Bereich „Beratung“ von einer Dozentin¹⁷ mit fundiertem systemischen Wissen und Erfahrung in systemischer Beratung sowie Erfahrung in der Qualifizierung von Beraterinnen und Beratern durchgeführt. Dies hat sich bewährt und ist zu empfehlen vor dem Hintergrund, dass in relativ kurzer Zeit zielgerichtet Beratungskompetenz anzubahnen ist.

¹⁷ Prof. Dr. Renate Zwicker-Pelzer, Dekanin im Fachbereich Gesundheitswesen an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, Köln

3 Ausgestaltung der Lernbereiche

Im Folgenden werden den fünf in Kapitel 2.2 beschriebenen Lernbereichen Ziele und Inhalte sowie Methoden- und Stundenempfehlungen zugeordnet. Die Tabelle zeigt die im Projekt in der elftägigen Einführungsschulung und in den darauf aufbauenden Schulungstagen durchgeführten Stunden in den verschiedenen Lernbereichen.

Lernbereich	Kompetenzen	Einführungsschulung	Aufbau-schulung
I. Inhaltliche und organisatorische Grundlagen	Die Projektarbeit in einen theoretischen Rahmen einordnen Die Projektarbeit organisieren	20 Std.	
II. Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung	Anwenden eines multidimensionalen EDV-gestützten Assessmentinstruments	24 Std.	
III. Beratungsintervention und Schulung	Systemisch-lösungsorientiert beraten Pfleger Angehörige anleiten und schulen	24 Std. 8 Std.	16 Std. 40 Std.
IV. Vermittlung und Koordination von Hilfen	Zu sozialrechtlichen Leistungen (SGB XI) und Unterstützungsangeboten informieren Den Beratungsprozess nach der Methode des Case Managements gestalten	8 Std. 8 Std.	40 Std.
V. Bewertung und Reflexion	Die Wirkung und den Erfolg der Beratung einschätzen Das eigene Handeln reflektieren	150 Std. Fallkonferenzen 28 Std. Supervision	

Insgesamt beinhaltet das Qualifizierungskonzept 366 Stunden, davon fanden im Projekt 88 Stunden in der einführenden Schulung statt und 100 Stunden wurden aufbauend projektbegleitend eingebunden. Ebenfalls projektbegleitend fanden 150 Stunden Fallkonferenzen und 28 Stunden Supervisionen statt.

3.1 Lernbereich I – Inhaltliche und organisatorische Grundlagen

Zu erlangende Kompetenzen

a) Die Projektarbeit in einen theoretischen Rahmen einordnen

b) Die Projektarbeit organisieren

a) Die Projektarbeit in einen theoretischen Rahmen einordnen

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Gesundheitsförderung und Prävention sind die Basis der Tätigkeit der Gesundheitsberaterinnen und -berater und zugleich das übergeordnete Ziel der Beratung. Bezogen auf die pflegenden Angehörigen geht es um deren Gesunderhaltung und Stärkung sowie die Vorbeugung von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit. Bezogen auf die Pflegebedürftigen geht es sowohl um deren größtmögliches Wohlbefinden als auch darum, Komplikationen der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater sollen sich mit wesentlichen Grundlagen von Gesundheitsförderung und Prävention auseinandersetzen und durch praxisnahe Konkretisierungen den Bezug zu ihrem Tätigkeitsfeld erkennen.¹⁸

Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter in einem wissenschaftlichen Projekt sollen einen grundsätzlichen Einblick in einige der pflegewissenschaftlichen Arbeitsbereiche und in die pflegewissenschaftliche Arbeitsweise bekommen. Sie sollen wesentliche Anforderungen an wissenschaftliches Arbeiten kennen und, soweit sie ihren Aufgabenbereich betreffen, nachvollziehen können.

Die Ziele im Überblick

- Grundlegendes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention
- Zielgruppenorientiertes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention
- Einblick in pflegewissenschaftliche Arbeit

¹⁸ In der Evaluation des Qualifizierungskonzepts haben die Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater die Gesundheitsförderung und Prävention als „Grundhaltung“ ihrer Tätigkeit bezeichnet.

Die Inhalte im Überblick

- Die Begriffe „Gesundheit“, „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“
- Das Konzept der Salutogenese
- Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention in der Arbeit mit pflegenden Angehörigen
- Grundlagen pflegewissenschaftlichen Arbeitens
- Konzept der Pflegeprävention nach Ströbel/Weidner
- Pflegewissenschaft und Projekt im Kontext politischer Rahmenbedingungen und Perspektiven

Methodische Hinweise

Da es sich bei den Inhalten um für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflegepraxis eher abstrakte Themen handelt, ist der konkrete Praxisbezug jeweils herauszustellen. Einzelne Themenbereiche sollten soweit es die zur Verfügung stehende Zeit zulässt, zur Diskussion gestellt werden.

Stundenumfang im Projekt

6 Stunden

b) Die Projektarbeit organisieren

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Entsprechend dem Gesamtumfang der praktischen Projektarbeit – 300 Familien werden durch neun Gesundheitsberaterinnen und -berater beraten, geschult und begleitet – müssen diese ihren Arbeitsbereich von Beginn an möglichst selbstständig organisieren. Die organisatorischen Aufgaben umfassen:

Koordination der eigenen Tätigkeit:

Selbstständige Planung der Assessment- und Beratungsbesuche innerhalb eines Zeitrahmens, was auf Grund der vielfältigen Rahmenbedingungen der Familien eine hohe Flexibilität erfordert.

Koordination der Unterstützungsleistungen:

In vielen Fällen werden die pflegenden Angehörigen mehr als eine Unterstützungsleistung in Anspruch nehmen. Manchmal bereitet aber auch bereits die Einbindung einer Leistung in den Alltag der Familie Schwierigkeiten. Zudem müssen vielfältige Absprachen mit den Kostenträgern getroffen werden. Sofern die pflegenden Angehörigen

nicht selbst dazu in der Lage sind, werden sie dabei von den Gesundheitsberaterinnen und -beratern unterstützt.

Zudem ist eine stabile und zuverlässige praktische Projektarbeit Grundlage für die wissenschaftliche Auswertbarkeit der Ergebnisse. Da die Projektaufgaben der Gesundheitsberaterinnen und -berater ein neues berufliches Handeln beinhalten, muss bereits in der Schulung die Fähigkeit zur selbstständigen Planung angebahnt und im weiteren Verlauf gefördert werden. Dazu ist es notwendig, dass die Gesundheitsberaterinnen und -berater das Zusammenspiel der Konzepte im Projekt (Assessment, Beratungskonzept, Konzept für die Fallkonferenzen, Qualifizierungskonzept, Konzept für die Pflegekurse) verstehen und jedes Konzept als relevant für ihre Arbeit ansehen.

Der Umgang mit persönlichen Daten der teilnehmenden Familien und das Dokumentieren dieser Daten erfordern das Einhalten datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Dies muss für die Gesundheitsberaterinnen und -berater selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit sein.

Die Ziele im Überblick

- Verstehen der Arbeitsweise, der Konzepte im Projekt und deren Zusammenhang
- Sicherheit in Bezug auf die Arbeitsweise und Abläufe
- Selbstständiges Planen und Organisieren der Beratungsprozesse
- Motivation zur Mitarbeit bei der Weiterentwicklung des Entlastungsprogramms
- Sicherer Umgang mit persönlichen Daten der teilnehmenden Familien

Die Inhalte im Überblick

- Zusammenhang der Elemente und Konzepte im Projekt
- Beratungsprozess, Beratungsplanung, Beratungsdokumentation
- Organisation der Terminabsprachen, Führen der Gesamtdokumentation der teilnehmenden Familien
- Klären von Fragen der Gesundheitsberaterinnen und -berater
- Allgemeiner Datenschutz mit projektspezifischer Konkretisierung

Methodische Hinweise

Diskussionen zu ablauforganisatorischen Fragestellungen ist im Sinne einer Optimierung der Arbeitsweise auch während des Projekts ausreichend Raum zu geben.

Stundenumfang im Projekt

14 Stunden

3.2 Lernbereich II – Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung

Zu erlangende Kompetenz

Anwenden eines multidimensionalen EDV-gestützten Assessmentinstruments

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Der Bereich Bedarfseinschätzung und Hilfeplanung ist, entsprechend dem Verlauf des Beratungsprozesses, von grundlegender Bedeutung für die Qualifizierung der Gesundheitsberaterinnen und -berater. Hauptziel des Lernbereichs ist es, das Assessmentinstrument in der EDV-Version anwenden zu können und in der Lage zu sein, die Ergebnisse vor dem Hintergrund des jeweiligen Falls zu interpretieren als Grundlage für die Interventionsplanung.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualifizierungsmaßnahme sollen multidimensionale evidenzbasierte Assessmentinstrumente als notwendige Voraussetzung für eine effektive präventive und rehabilitative¹⁹ Arbeit erkennen. Sie sollen ein ausreichendes Hintergrundwissen zum zielgruppenspezifischen Assessmentinstrument „Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz“²⁰ in der Version „Minden“ (BIZA-D-M) erlangen und ein Verständnis für dessen Skalen und Items haben.

Die Ziele im Überblick

- Grundlegendes Verständnis zum Umgang mit multidimensionalen evidenzbasierten Assessmentinstrumenten
- Vertiefte Kenntnis des zielgruppenspezifischen Assessmentinstruments
- Fähigkeiten zur Anwendung und Auswertung des zielgruppenspezifischen EDV-basierten Assessmentinstruments
- Fähigkeit zur Entwicklung von Hilfeplanungen

Die Inhalte im Überblick

- Möglichkeiten und Grenzen strukturierter Assessmentinstrumente
- Systematik und Inhalte des projektspezifischen Assessmentinstruments BIZA-D-M

¹⁹ Wie im Beratungskonzept beschrieben, beziehen sich präventive und rehabilitative Ziele auf das Verhindern von Folgen pflegebedingter Belastung bzw. von Symptomen einer Überlastung. Sie sind auch ausgerichtet auf eine Alltagsbewältigung sowie auf eine emotionale Bewältigung der Situation.

²⁰ Zank, S.; Schacke, C. (2006)

- Begleitete und selbstständige Übungen zur Anwendung
- Auswertung der Assessmentergebnisse (des Protokolls) im Fallzusammenhang
- Übungen zur Entwicklung von Interventionsmöglichkeiten
- Studienergebnisse zu Effekten von Interventionen bei pflegenden Angehörigen

Methodische Hinweise

Die theoretische Einführung sollte kurzgehalten und die spezifischen Erläuterungen zum BIZA-D-M sollten anhand des Instruments selbst gegeben werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten von Anfang an mit der EDV-Version des Instruments arbeiten. Eine begleitende beamergestützte Präsentation ist eine sinnvolle Unterstützung.

Nach einem ersten gemeinsamen Durchgang durch das Assessmentinstrument hat es sich bewährt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer allein und mit Hilfe eines erläuternden Handbuchs die Handhabung des Instruments ausprobieren. Je nach Teilnehmerzahl sollten ein bis zwei Personen anwesend sein, die den Umgang mit dem Instrument sicher beherrschen und bei Bedarf Hilfestellung geben können.

Übungen zur Auswertung der Ergebnisse bieten sich in Kleingruppen an, besonders wenn die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im ambulanten Bereich und in der Beratung unterschiedlich sind. Von Vorteil ist es, die Übungen mit realen Fällen, die in einem Fallbeispiel beschrieben sind und von denen ein Assessmentprotokoll existiert, durchzuführen.

Bewährt hat sich auch ein einmaliges Coaching der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei den Assessmentgesprächen mit anschließender Reflexion und Unterstützung bei der Auswertung der Ergebnisse.

Stundenumfang im Projekt

24 Stunden

3.3 Lernbereich III – Beratungsintervention und Schulung

Zu erlangende Kompetenzen

a) Systemisch-lösungsorientiert beraten

b) Pflegende Angehörige anleiten und schulen

a) Systemisch-lösungsorientiert beraten

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen ein professionelles Beratungsverständnis entwickeln und sich der veränderten Berufsrolle als Beraterinnen und Berater bewusst werden. Sie sollen ihre beratende Aufgabe so begreifen, dass sie neben Informationsvermittlung und situativer emotionaler Entlastung bei den pflegenden Angehörigen und Familien Veränderungsprozesse anstoßen und sie dabei begleiten. Dabei sollen deren eigene Ressourcen einbezogen und im Hinblick auf ein zu erreichendes Ziel gefördert werden. In diesen Lernbereich müssen die Besonderheiten des zugehenden Beratungssettings und damit die aus Beraterinnen- und Beratersicht erhöhte Komplexität des Einzelfalls einbezogen werden.²¹

Wesentlich für die Beratungsarbeit ist eine Auseinandersetzung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Erfolgen und Grenzen von Beratung. Dazu gehört, dass sie erkennen und verstehen lernen, dass Veränderungen in Familiensystemen mitunter viel Zeit brauchen und die eigene Definition von Beratungserfolg unter Umständen angepasst werden muss. Dazu gehört auch, dass sie mit den Grenzen der eigenen Fähigkeiten umzugehen und die Grenzen in Familiensystemen zu akzeptieren lernen.

Die Ziele im Überblick

- Anbahnen einer professionellen Beraterhaltung
- Entwicklung einer lösungsorientierten, präventionsorientierten und ressourcenorientierten Haltung
- Entwicklung eines systemischen Blickwinkels der Angehörigenarbeit mit Relevanz des sogenannten „Restsystems“
- Entwicklung eines Fallverstehens
- Entwicklung einer lösungs- und ressourcenorientierten Gesprächsführung

²¹

Vgl. Kapitel 5.3.7 des Projektabschlussberichts

Die Inhalte im Überblick

- Rollenwechsel: Vom „Pflegestuhl“ auf den „Beraterstuhl“
- Sensibilität für das Micro-System Familie. Im Zentrum stehen dabei folgende Fragestellungen:
 - Wie wird im System mit Veränderungen umgegangen? (Krankheit/Pflegebedarf)
 - Wer versorgt wen? Was sind die Traditionen im alltäglichen Kontext?
 - Was sind oder waren die Ressourcen und Kräfte im System? (Wie hat man früher Krisen bewältigt?)
 - Was sind ausgesprochene und unausgesprochene Regeln/Leitsätze im System?
 - Wie viel Autonomie hat der Einzelne und wie viel Kontrolle wird ausgeübt?
 - Welcher Art sind die Grenzen nach innen und außen?
 - Wie und welcher Art ist die Kommunikation im System?
 - Wie ist das „soziale Netz“ der Person/des Systems?
- Lösungs-, zukunfts- und ressourcenorientierte Gesprächsführung
- Beratung im zugehenden Setting
 - Das Setting als Besonderheit; eigenes Beraterverhalten im gegebenen Setting (Raum, Sitzordnung)
 - „Wer“ gehört zum Beratungssetting?
 - Anwesenheit und Nichtanwesenheit von anliegenrelevanten Personen
 - Wo ist die Grenze von Beratung?
 - Wann ist Weiterverweisen nötig, z. B. Therapie?
 - Intervenieren, Steuern von Beratungsprozessen unter besonderer Hervorhebung des „aufsuchenden Settings“
- Wie ist der beraterische Prozess strukturiert?
 - Wie komme ich in einer vorgegebenen Zeit von Phase 1 zu Phase 4 (Joining, Definieren des Anliegens, Zielformulierung, Intervenieren/Suche nach Lösungen)
 - Wie ist der „bunte Strauß von beraterischen Anliegen“ in einem begrenzten Zeitraum von z. B. 1 bis 1,5 Stunden zu binden – wie ein Abschluss zu finden?
 - Beraterische Kontraktsteuerung über mehrere vereinbarte Sitzungen: allgemeine Prozesssteuerung und was kommt „nach“ der Beratung?
 - Wie kann ein Gespür für das Ende des Beratungsprozesses entwickelt und wachgehalten werden?
- Professionelle Fallarbeit in der Beratung²²

Methodische Hinweise

Der „Übungsteil“ beinhaltet ausgewählte lösungsorientierte Gesprächsführungstechniken. Es geht auch um Gesprächsführungstechniken, die bewusst auf die Chancen der Hilfeannahme vor dem Hintergrund des Gleichgewichtssystems der Familie abzielen.

Die Voraussetzungen zur Entwicklung der Kompetenzen werden im Beratungstraining grundgelegt und dann vornehmlich in den Fallkonferenzen und Supervisionen reflektiert und weiterentwickelt. Aufbauende Schulungstage sollten sich inhaltlich an konkreten Fragestellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer orientieren.

Es hat sich bewährt, „Professionelle Fallarbeit“ als Thema nicht in die Einführungsschulung, sondern zu einem späteren Zeitpunkt einzubinden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind dann in der Lage, auf Grund ihrer praktischen Beratungserfahrungen die Professionalitätskriterien zu erarbeiten und nachzuvollziehen. Dazu soll mindestens die Leitung der Qualifizierungsmaßnahme darauf achten, dass die Grundgedanken und Kriterien professioneller Fallarbeit, wie sie in Kapitel 2.4 dargestellt sind, allen Lernbereichen zu Grunde liegen.

b) Pflegende Angehörige schulen und anleiten

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Sowohl im Assessmentgespräch als auch in der Beratung werden spezielle pflegefachliche und demenzspezifische Kenntnisse benötigt. Dies dient sowohl dem Situationsverständnis der Beraterinnen und Berater als auch der Entstehung und dem Erhalt einer vertrauensvollen Beziehung im Kontext von Gesundheits- und Pflegeberatung. Pflegefachliche Kenntnisse sind zudem Voraussetzung, um im Hinblick auf individuell passende Unterstützungsmöglichkeiten beraten zu können.

Ein Großteil der Belastungen der pflegenden Angehörigen entsteht aus dem veränderten Verhalten der Demenzerkrankten. Hierzu sind in den Beratungsgesprächen viele direkte Interventionen wie Schulung und Anleitung im Hinblick auf die spezifischen Verhaltensänderungen und Umgangsmöglichkeiten erforderlich. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen ein entsprechend umfassendes Fachwissen besitzen sowie die Fähigkeit, dieses angemessen in Sprache und Umfang in den Familien zu vermitteln.²³

²³ Die fachliche Sicherheit war für die Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberater im Projekt von immenser Bedeutung, da für die pflegenden Angehörigen oftmals konkrete Tipps und Umgangsmöglichkeiten für ein „Zurechtkommen“ im Alltag im Mittelpunkt standen. Nach Einschätzung der Beraterinnen und Berater war die fachliche Sicherheit („die Situation zu kennen“) eine wichtige Grundlage für eine vertrauensvolle Beziehung zu den Familien.

Die Ziele im Überblick

- Umfassende Kenntnisse in beratungsrelevanten Bereichen der Demenz
- Kenntnisse zu Strategien der Alltagsbewältigung für Familien mit demenzerkrankten Angehörigen
- Fähigkeiten der Vermittlung von demenzspezifischem Wissen in den Familien

Die Inhalte im Überblick

- Typische Verhaltensweisen und Veränderungen bei Demenz, Begründungen und mögliche Umgangsstrategien der pflegenden Angehörigen (1)
- Ernährung, Sturz-, Unfallprävention, Inkontinenz, Schmerz, Medikamenteneinnahme (2)
- Informationen zu Hilfsmitteln und -diensten (3)
- Gedächtnistraining und Merkhilfen (4)
- Validation (5)
- Methoden der Schulung und Anleitung pflegender Angehöriger (wäre wünschenswert, war jedoch im Rahmen des Projekts aus organisatorischen Gründen nicht möglich)

Methodische Hinweise

Ein Grundwissen im Bereich der Demenzpflege sowie eine Kenntnis häuslicher Pflegesituationen müssen vorausgesetzt werden. Es sollte mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgestimmt werden, welche Inhalte in der einführenden Schulung vorrangig behandelt werden sollten. Schulungstage zur Vertiefung weiterer Inhalte müssen sich im Verlauf am Bedarf orientiert anschließen.

Es ist außerdem anzuraten, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach Möglichkeit Fachtagungen oder Fortbildungsveranstaltungen besuchen, die sich thematisch einfügen.

Die Fähigkeit zur Vermittlung von Inhalten in den Familien kann innerhalb der Fallkonferenzen gefördert werden. Dabei stellt jeweils eine Gesundheitsberaterin oder ein Gesundheitsberater exemplarisch einen „Fall“ vor und erläutert die Art und Weise, in der sie/er in diesem „Fall“ die Schulung/Anleitung durchgeführt hat. Dies kann Ausgangspunkt sein für einen Erfahrungsaustausch und ein „Voneinanderlernen“.

Die Durchführung von Gruppenschulungen und häuslichen Schulungen gehörte im Projekt „Entlastungsprogramm bei Demenz“ ebenfalls zu den Aufgaben der Gesundheitsberaterinnen und -berater. Die Vorbereitung auf die Schulungsabende mit Hilfe von erfahrenen Kursleiterinnen und Kursleitern diente ebenso dem Kompetenzerwerb in diesem Teil des Lernbereichs wie die Teilnahme an den Schulungsabenden selbst.

Hier konnten die Gesundheitsberaterinnen und -berater ihr Verstehen häuslicher Pflegesituationen vertiefen und von den Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmern selbst Umgangsstrategien kennen lernen.

Das im Projekt entwickelte Curriculum für die Schulungsreihe „Mit Altersverwirrtheit umgehen“ ist auch Grundlage für die häuslichen Schulungen. Es enthält neben fachlichen Hintergründen und Methodenvorschlägen für die Durchführung von Schulungsreihen auch Regeln für die Vermittlung von pflegefachlichem Wissen an pflegende Angehörige oder andere informelle Helfer sowie Regeln für die Anleitung zu praktischen Pflegetätigkeiten.

Stundenumfang im Projekt

a) Systemisch lösungsorientiert beraten	40 Stunden
b) Pflegende Angehörige schulen und anleiten	40 Stunden

Stundenverteilung

a) Rolle	4 Stunden	Einführungsschulung
a) Beratung	16 Stunden	Einführungsschulung
a) Beratung Schulung	16 Stunden	Aufbauende
a) Professionelle Fallarbeit in der Beratung Schulung	4 Stunden	Aufbauende
b) Themen aus (1) und (3)	8 Stunden	Einführungsschulung
b) Themen aus (2) und (4) Schulung	8 Stunden	Aufbauende
b) Weitere Themen aus (2) Schulung	8 Stunden	Aufbauende
b) Fortbildung Validation (5) Schulung	16 Stunden	Aufbauende

Zusätzlich aktive Teilnahme an der Schulungsreihe „Mit Altersverwirrtheit umgehen“

3.4 Lernbereich IV – Vermittlung und Koordination von Hilfen

Zu erlangende Kompetenzen

- a) Zu sozialrechtlichen Leistungen (SGB XI) und Unterstützungsangeboten informieren**
- b) Den Beratungsprozess nach der Methode des Case Managements gestalten und im Netzwerk der Leistungsanbieter agieren**

a) Zu sozialrechtlichen Leistungen (SGB XI) und Unterstützungsangeboten informieren

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Für die Beratung von Familien, in denen demenzerkrankte Menschen gepflegt werden, sind insbesondere die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) relevant. Hier muss der Schwerpunkt in diesem Teil des Lernbereichs liegen. Viel Informations- und Diskussionsbedarf ergibt sich insbesondere aus den unterschiedlichen Auslegungsweisen der Leistungsparagrafen durch die Pflegekassen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen innerhalb der Beratungsbesuche sichere Informationen insbesondere zu den Leistungen der Pflegeversicherung geben können (punktuell auch zu Leistungen des SGB V, SGB IX und SGB XII). Zudem müssen sie in der Lage sein, die notwendigen Formalitäten zur Beantragung von Leistungen auszuführen oder die Angehörigen dabei zu unterstützen und in ihrer Selbstständigkeit zu fördern. Es ist zudem eine wichtige Aufgabe der Gesundheitsberaterinnen und -berater, im Austausch mit Kostenträgern und Leistungserbringern Klärungen von Anspruchsberechtigungen herbeizuführen sowie Kenntnisse über das Abrechnungswesen zu erlangen.

In Verbindung mit den Leistungen der Pflegeversicherungen stehen die konkreten Verwendungsmöglichkeiten. Dazu müssen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen umfassenden Überblick über die regionalen Unterstützungsangebote haben.

Die Gesundheitsberaterinnen und -berater sollen den Familien zudem grundlegende Informationen zum Betreuungsrecht und zur Patientenverfügung geben können, um sie dann an entsprechende Fachberatungsstellen verweisen zu können.

Die Ziele im Überblick

- Sichere und umfassende Kenntnisse zu relevanten Leistungen des SGB XI und zu formalen Wegen der Beantragung
- Grundlegende Kenntnisse zu relevanten Bereichen des SGB V, SGB IX, SGB XII
- Grundlegende Kenntnisse zum Betreuungsrecht
- Grundkenntnisse zu Versicherungsfragen (Haftpflcht-, Unfallversicherung)
- Kenntnisse und Überblick über das Netzwerk der regionalen Leistungsanbieter

Die Inhalte im Überblick

- Zielgruppenrelevante Bestimmungen und Leistungen der sozialen Pflegeversicherung (§§ 36–45 SGB XI) (1)
- Zielgruppenrelevante Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX), der Sozialhilfe (SGB XII) (2)
- Stufen der Pflegebedürftigkeit, Einstufungsverfahren des MDK und Vorbereitung der Familien auf den MDK-Besuch (3)
- Einführung in das Betreuungsrecht (4)
- Zielgruppenrelevante Bestimmungen von Haftpflcht- und Unfallversicherung (5)
- Netzwerk der regionalen Leistungserbringer (6)

Methodische Hinweise

Nach einer theoretischen Einführung ist es wichtig, die Anteile anhand von praktischen Beispielen zu erläutern. Die Umsetzung der SGB-Bestimmungen sollte sehr konkret erläutert, Beispielformulare sollten besprochen und auf Besonderheiten beim Ausfüllen hingewiesen werden. Ebenso muss den Teilnehmerinnen und Teilnehmern deutlich werden, dass die verschiedenen Pflegekassen teilweise unterschiedliche Verfahren zur Leistungsbewilligung haben.

Es ist davon auszugehen, dass im laufenden Prozess immer wieder Themen aus diesem Bereich aus aktuellen Anlässen aufgegriffen werden müssen. Entsprechenden Diskussionen ist beispielsweise innerhalb der Fallkonferenzen ausreichend Raum zu geben, diese sind für die Beraterinnen und Berater notwendig, um ausreichende Sicherheit auch im Verhandeln mit Kostenträgern zu erlangen.

Stundenumfang im Projekt

48 Stunden

Stundenverteilung

Themen aus (1) und (6)	8 Stunden	Einführungsschulung
Übrige Themen zeitnah und fortlaufend	40 Stunden	Aufbauende Schulung

b) Den Beratungsprozess nach der Methode des Case Managements gestalten und im Netzwerk der Leistungsanbieter agieren

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

Die Methode des Case Managements ist Grundlage der Arbeit der Gesundheitsberaterinnen und -berater. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen die Systematik des Case Managements verstehen und die zentralen Rollen und Aufgaben von Case Managerinnen und Case Managern diskutieren (Advocacy, Broker, Gatekeeper). Es ist zudem spezifisches Ziel, sich der Anforderungen des Case Managements bewusst zu sein. Dazu gehört die effektive Vermittlung zwischen individuellen Bedürfnissen der Familien und dem Netzwerk der regionalen Anbieter und Kostenträger bei gleichzeitiger Mitverantwortlichkeit für die einzusetzenden Mittel. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen in der Lage sein, die präventiven bzw. unterstützenden Maßnahmen den individuellen Bedarfen entsprechend aufeinander abzustimmen.

Die Ziele im Überblick

- Rollenverständnis als Case Managerin/Case Manager
- Grundlegendes Verständnis der Methode des Case Managements
- Kenntnisse über die regionalen Leistungsanbieter und Kostenträger
- Sichere Kommunikation mit Kostenträgern und Leistungserbringern
- Kenntnisse über Möglichkeiten, auf Netzwerkebene Entwicklungen anzustoßen

Die Inhalte im Überblick

- Rollen der Case Managerinnen und Case Manager (Advocacy, Broker, Gatekeeper) (1)
- Beziehung zwischen Case Managerin/Case Manager und „Klientin/Klient“ (2)
- Case-Management-Prozess (3)
- Diskussionen über mögliche konkurrierende Verantwortlichkeiten der Case Managerinnen und Case Manager (z. B. Klientenorientierung versus effektiven und zweckmäßigen Einsatz der Mittel, ethische Aspekte des Case Managements) (4)
- Netzwerk der regionalen Anbieter und Kostenträger (5)
- Exemplarische Vorstellung einzelner Leistungserbringer (Bsp.: Ver-

- mittlungsstelle ehrenamtlicher Betreuungskräfte) (6)
- Arbeitsfeldspezifische Prozesssteuerung, formales Einleiten und Koordinieren von Interventionen (fortlaufende Vertiefung in den Fallkonferenzen) (7)

Methodische Hinweise

Ein grundlegendes Verständnis von Case Management kann bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit geringem Zeitaufwand in der Einführungsschulung erreicht werden. Es ist nicht notwendig, alle Ziele und Inhalte bereits in der Einführungsschulung zu bearbeiten. Während der Fallkonferenzen müssen jedoch konkrete Beratungsprozesse immer wieder auch unter Case-Management-Aspekten diskutiert werden.²⁴ Die regelmäßige Arbeit in den Fallkonferenzen vermittelt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zudem Sicherheit in der Kommunikation mit Kostenträgern und Leistungserbringern. Exemplarisch können auch Möglichkeiten auf Netzwerkebene Entwicklungen anzustoßen, in die Fallkonferenzen einbezogen werden.

Stundenumfang im Projekt

8 Stunden

Zusätzliches Einbinden in die Fallkonferenzen

Stundenverteilung

Themen aus (1), (2), (3) und (5)
lung

8 Stunden Einführungsschu-

Aufbauende Schulung sowie Themen aus (4), (6) und (7) fortlaufend in den Fallkonferenzen

²⁴

Die Evaluation mit den Gesundheitsberaterinnen und Gesundheitsberatern zeigte, dass sich dieses Vorgehen grundsätzlich bewährt hat. Nach ihrer Einschätzung wurde die Umsetzung dadurch erleichtert, dass der Schwerpunkt der Qualifizierung auf die Bereiche gelegt wurde, die die Methode „Case Management“ mit Inhalt füllen (Umgang mit dem Assessmentinstrument, systemisch-lösungsorientiert beraten, zu sozialrechtlichen Leistungen informieren und beraten).

3.5 Lernbereich V – Bewertung und Reflexion

Zu erlangende Kompetenzen

- a) Das eigene Handeln reflektieren und weiterentwickeln**
- b) Die Wirkung und den Erfolg der Beratung einschätzen**

Didaktischer Kommentar und Handlungsziele

(Eine Trennung der Kompetenzen a) und b) ist hier nicht sinnvoll.)

Die Kompetenzen, die in den Lernbereichen I bis IV angebahnt wurden, werden in den Fallkonferenzen und Supervisionen weiterentwickelt. Die Ausweisung eines eigenen Lernbereichs mit den Fallkonferenzen und Supervisionen als Methoden zur Kompetenzentwicklung soll deren Bedeutung für das Beratungshandeln herausstellen.

Die Frage nach den Erfolgen von Beratung ist eine zentrale Frage in der täglichen Arbeit von Beraterinnen und Beratern, insbesondere vor dem Hintergrund, dass Beratungsprozesse über längere Zeit angelegt sind und Veränderungsprozesse oftmals noch darüber hinaus andauern. Anhand welcher Kriterien sollen Beraterinnen und Berater die Qualität ihrer Arbeit einschätzen? Woher sollen sie wissen, ob sie „erfolgreich“ beraten? Was ist überhaupt unter Beratungserfolg zu verstehen? Hier müssen begleitend zur Beratungstätigkeit angeleitete Reflexionen in Fallkonferenzen und Supervisionen stattfinden, die die Gesundheitsberaterinnen und -berater dazu befähigen, auch selbstständig ihre Arbeit zu bewerten, entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen und bei Bedarf weiterzuentwickeln.

Die Ziele im Überblick

- Klärung von Erwartungen und Anforderungen
- Verständnis von Möglichkeiten und Grenzen der Beratung
- Unterstützung in konkreten Beratungsprozessen und mehr Sicherheit im Beratungshandeln
- Fernziel: Entwicklung von Beratungskompetenz

Die Inhalte im Überblick

Die Inhalte richten sich nach den Bedarfen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Kap. 5.3 und 5.4).

Methodische Hinweise

Für die Supervision werden hier keine Vorschläge gemacht. Dies ist in die Kompetenz und das Ermessen der Supervisorin oder des Supervisors gestellt. Es ist jedoch sinnvoll, eine Anschlussfähigkeit zwischen beratungstheoretischem und supervisorischem Ansatz herzustellen.

Stundenumfang im Projekt

150 Stunden Fallkonferenzen, zu Beginn wöchentlich, nach den ersten drei Monaten drei Fallkonferenzen im Monat von jeweils 3 Stunden

28 Stunden Supervision, einmal im Monat für jeweils 2 Stunden

4. Literaturverzeichnis

Das Literaturverzeichnis umfasst die für das Qualifizierungskonzept wesentlichen Quellen. Weitere Literatur befindet sich bei den Dozenten der Lernbereiche.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, BZgA 2001

Chur, D. (1997): Beratung und Kontext – Überlegungen zu einem handlungsleitenden Modell, in: Nestmann, F. (Hg.): Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze, Juventa, Tübingen

Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management (2004): Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung vom 29.01.2003, geändert am 22.12.2004

Dörpinghaus, S.; Weidner, F. (2004): Überleitung und Case-Management in der Pflege, Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V., Schlütersche, Hannover

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2005): Case-Management in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Huber Verlag, Bern

Geisbauer, W. (Hg.) (2004): Reteaming, Methodenhandbuch zur lösungsorientierten Beratung, Carl Auer Systeme, Heidelberg

Kultusministerkonferenz der Länder (2007): Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule, <http://www.kmk.org>, zuletzt geprüft am 16.06.2009

Mehlmann, R.; Röse, O. (2000): Das LOT-Prinzip – Lösungsorientierte Kommunikation im Coaching mit Teams und in Organisationen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Richtlinie für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kranken sowie in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, 2003

Mücke, K. (2003): Probleme sind Lösungen. Systemische Beratung und Psychotherapie -ein pragmatischer Ansatz- ; Lehr- und Lernbuch., Klaus Mücke Systemverlag, Potsdam,

Nestmann, F. (1998): Beratung als Ressource, PÄD Forum, Heft 5, S. 419–424, Dresden

- Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendick, U. (2004): Das Handbuch der Beratung, Bd. 1 und 2, dgvt, Tübingen
- Schwarz, F. W.; Badura, B.; Busse, R. et al. (2003): Public Health – Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Auflage, Urban und Fischer, München
- Siebolds, M. (2002): EBM und Hermeneutische Fallarbeit, Unterlagen zu den Vorlesungen
- Ströbel, A.; Weidner, F. (2002): Ansätze zur Pflegeprävention, Schriftenreihe des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung e. V., Schlütersche, Hannover
- von Saldern, M. (1998): Führen durch Gespräche, Schneider Verlag Hohengehren , Baltmannsweiler
- Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – Eine empirische Untersuchung der beruflichen Voraussetzungen und Perspektiven der Krankenpflege, Mabuse Verlag, Frankfurt/Main
- Wendt, W. R. (2001): Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen, 3. Auflage, Lambertus, Freiburg im Breisgau
- Zank, S. (2006): Die Bedeutung unterschiedlicher Interventionsangebote für das Belastungserleben pflegender Angehöriger, Vortragsmanuskript
- Zank, S.; Schacke, C. (2006): Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz, Projekt LEANDER, Freie Universität Berlin, BMFSFJ