

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Studiendepartment Pflege und Management

***Studiengang Pflege***

**Systemisch orientierte Beratung  
als Chance für eine bessere Zusammenarbeit  
zwischen ambulanter Pflege und pflegenden Angehörigen**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 03.06.2008

Vorgelegt von: Tanja Barthel

■■■■■■■■■■ ■■■■  
■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■  
■■■■■■■■■■ ■■■■■■■■■■

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer

Zweite Prüfende: Prof. Petra Weber

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	4
2	Die pflegenden Angehörigen im deutschen Gesundheitssystem.....	6
2.1	Ambulant vor stationär .....	6
2.2	Derzeitige Situation der pflegenden Angehörigen .....	7
2.3	Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige im ambulanten Bereich .....	8
2.4	Erörterung von möglichen Gründen für die Nicht - Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige .....	10
2.4.1	Motivationen der pflegenden Angehörigen .....	11
2.4.2	Belastungen der pflegenden Angehörigen.....	13
2.4.3	Entlastungsbedarf der pflegenden Angehörigen.....	15
3	Beratung in der Pflege.....	17
3.1	Erwartungen an professionelle Pflegekräfte, um pflegende Angehörige zu entlasten.....	17
3.2	„Beratung“ in der pflegewissenschaftlichen Literatur .....	19
3.3	„Beratung“ in der Pflegepraxis .....	20
3.4	Definition von Beratung.....	22
3.5	Praktikable Durchführung von Beratung in der ambulanten Pflege.....	24
4	Systemisch orientierte Beratung in der ambulanten Pflege .....	26
4.1	Kann Systemtheorie für die Pflege nützlich sein?.....	26
4.2	Der systemisch orientierte Beratungsansatz .....	29
4.2.1	Soziale Systeme.....	29
4.2.2	Sinnstruktur eines sozialen Systems .....	30
4.2.3	Grenzziehung zur Umwelt.....	31
4.2.4	Wirklichkeitskonstruktionen .....	32
4.2.5	Das Ziel systemischer Beratung.....	33
4.2.5.1	„Probleme“ aus systemischer Sicht .....	34
4.2.5.2	Angepasstes Ziel für die Pflegekraft.....	35
4.2.6	Haltung, die eine Pflegekraft einnehmen sollte.....	37
4.2.6.1	Echtheit.....	38
4.2.6.2	Empathie.....	39
4.2.6.3	Wertschätzung.....	39

4.2.7	Grundprinzipien, die eine Pflegekraft beachten sollte.....	40
4.2.7.1	Wahrung der Distanz.....	40
4.2.7.2	Neutralität allen gegenüber .....	41
4.2.8	Interventionsmöglichkeiten.....	42
4.2.8.1	Systemisches Fragen .....	44
4.2.8.2	Umdeutungen .....	46
5	Schlussbetrachtung.....	48
	Literaturverzeichnis.....	50

# 1 Einleitung

Der in Deutschland unbestritten vorherrschende demographische Wandel hat weitreichende Folgen für die Gesellschaft. Nach Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes ist durch die sinkende Anzahl der geborenen Kinder um etwa ein Drittel je Generation ein deutlicher Bevölkerungsrückgang zu erwarten. Ohne weitere Zuwanderung wird die Bevölkerung in Deutschland von heute 82 Millionen (Mio.) bis zum Jahr 2050 auf unter 60 Mio. sinken und die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter von heute 46 auf dann 27 Mio.<sup>1</sup> Gleichzeitig nimmt die Lebenserwartung der Menschen kontinuierlich zu (alle Zahlen nach Statistisches Bundesamt, 2000). Berechnungen gehen davon aus, dass die Zahl Hochaltriger überproportional zunehmen wird. So werden für das Jahr 2010 vier Mio. Hochaltrige<sup>2</sup> vorausberechnet, für das Jahr 2020 5,3 Mio. (BMFSFJ, 2005a: 53). Demnach stehen immer weniger junge Menschen immer mehr älteren Menschen gegenüber. Mit der Zunahme der Hochaltrigen geht auch eine überproportionale Zunahme von Pflegebedürftigen einher. Als Konsequenz folgt daraus, dass in Zukunft zum einen die professionellen Pflegekräfte knapper werden und zum anderen die Bedeutung der pflegenden Angehörigen weiter zunimmt.

Pflegende Angehörige, die selber immer älter werden, stehen mit der Pflege eines Familienmitglieds unter großen Belastungen. Oft können sie ihren eigenen Bedürfnissen nicht mehr folgen, fühlen sich überlastet und werden selber krank. Die Pflegeversicherungsleistungen für pflegende Angehörige sollen vor Überforderung schützen, doch werden diese von den pflegenden Angehörigen nicht ausreichend in Anspruch genommen.

Kernaussage dieser Arbeit ist: Pflegekräfte der ambulanten Pflege können dazu beitragen, dass der Überlastung von pflegenden Angehörigen vorgebeugt wird. Bei der täglichen Zusammenarbeit mit Pflegebedürftigen und deren pflegenden Angehörigen können sie beziehungsgestaltende Kompetenzen bewusst einsetzen, um „ganz nebenbei“ zu Veränderungen anzuregen. Diese Kompetenzen lassen sich mit einem systemisch orientierten Beratungsansatz erlernen.

Die Arbeit gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil wird die häusliche Gesundheitsversorgung im Hinblick auf die Rolle der pflegenden Angehörigen aus

---

<sup>1</sup> Personen im erwerbsfähigen Alter in der Abgrenzung 20 bis 60 Jahre. Die Definition dieser Personengruppe und damit ihre Größenordnung würde sich ändern, falls das (faktische) Renteneintrittsalter erhöht würde.

<sup>2</sup> Unter Hochaltrigen wird die Altersgruppe der über 80-Jährigen zusammengefasst.

aktuellen Studien zum demographischen Wandel sowie der pflegewissenschaftlichen Literatur heraus beleuchtet. Hier wird die Hintergrundfrage dieser Arbeit aufgestellt: Was können Pflegekräfte der ambulanten Pflege tun, damit die pflegenden Angehörigen mehr Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen und somit vor Überlastung geschützt werden?

Der zweite Teil behandelt das Thema "Beratung in der Pflege", wie es sich in der pflegewissenschaftlichen Literatur und der Praxis darstellt. Es wird zum einen sichtbar gemacht, dass es in der Literatur eine laute Forderung nach Beratung gibt, aber noch keine Konzepte für die pflegerische Praxis erarbeitet wurden. Zum anderen erhält die im ersten Teil gestellte Frage eine Antwort: Pflegenden Angehörige lassen sich von Pflegekräften über die für sie möglichen Unterstützungsleistungen beraten und nehmen diese dann eher in Anspruch, wenn die Pflegekraft eine vertrauensvolle Beziehung zu den pflegenden Angehörigen aufbaut. Dafür muss die Pflegekraft sie mit ihren Motivationen und Belastungen in ihrer individuellen Situation wahrnehmen.

Im dritten Teil wird versucht, einen systemisch orientierten Beratungsansatz für die im zweiten Teil gegebene Antwort als geeignet darzustellen. Als theoretischer Bezugsrahmen dienen die Systemtheorie und die systemische Beratung aus der Sozialen Arbeit und der Psychologie. Es werden zu Beginn Teile der Systemtheorie erklärt, die für den modifizierten Beratungsansatz wichtig sind. Anschließend werden wichtige Haltungen und Grundprinzipien aufgezählt, die die Pflegekraft einhalten muss, um die darauf aufbauenden Interventionen durchführen zu können. Mit den Interventionen kann die Pflegekraft erreichen, dass pflegende Angehörige ihre Überforderung einsehen und sich dann über Unterstützungsmaßnahmen aufklären lassen.

Die folgende Schlussbetrachtung beleuchtet die sich aus diesem Beratungsansatz für die Pflege ergebenden Chancen und Grenzen.

## 2 Die pflegenden Angehörigen im deutschen Gesundheitssystem

### 2.1 Ambulant vor stationär

Das Altern der Gesellschaft führt zu einer Zunahme der Gesundheitsleistungen, die von der Solidargemeinschaft finanziert werden muss. Ältere Menschen beanspruchen im Durchschnitt mehr Leistungen aus dem Gesundheitssystem als jüngere, zahlen aber in Abhängigkeit vom Rentenniveau geringere Beiträge in die Kranken- und Pflegeversicherung ein (Enquete-Kommission, 2002: 179).

Eine Maßnahme, die Kosten der Gesundheitsversorgung zu senken und eine Versorgungsoptimierung der Leistungsempfänger zu erreichen, ist die von Seiten der Politik seit 2000 vermehrt angeregte zunehmende Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich (Hasseler; Meyer, 2004: 7). Ein Beispiel ist die Einführung der DRGs<sup>3</sup>, mit denen die stationäre Verweildauer auf das medizinisch notwendige Maß gesenkt wird. Des Weiteren beinhaltet die kürzlich von Seiten der Regierung vorgenommene „Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ einige Veränderungen, um die häusliche Pflege attraktiver zu machen (siehe Kapitel 2.3).

Die ambulante Pflege steht dadurch vor neuen Herausforderungen. Sie muss den vermehrten quantitativen sowie qualitativen Pflegebedarf decken. Der damit einhergehende gesteigerte Personalbedarf von qualifizierten Pflegekräften ist aufgrund des demographischen Wandels voraussichtlich nur bedingt zu decken (DIW-Gutachten, 2001: 96). Es werden hier verbesserte Versorgungsprogramme und -konzepte nötig, wie es beispielsweise die Integrierte Versorgung<sup>4</sup> bietet.

Ein wichtiges Standbein für die Versorgung der ambulant zu betreuenden Menschen wird die bereits heute größte Pflegegruppe, die pflegenden Angehörigen (neben der Gruppe der Freiwilligen<sup>5</sup>) sein. Einem „Pfleagemix“ aus professioneller und informeller<sup>6</sup> Pflege wird mehr und mehr an Bedeutung zugesprochen, um eine qualitativ hochwertige und bedürfnisorientierte häusliche Pflege sicherstellen zu können (vgl. Meyer 2006: 91).

---

<sup>3</sup> Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch: Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind.

<sup>4</sup> Die Integrierte Versorgung ist eine neue "sektorenübergreifende" Versorgungsform im deutschen Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Pflege), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.

<sup>5</sup> Freiwilliges Engagement wird als gesellschaftspolitische Ressource neu entdeckt und gefördert (vgl. Meyer, 2004: 110).

<sup>6</sup> Unter „professioneller Pflege“ ist hier die Versorgung durch Pflegedienste gemeint und unter „informeller Pflege“ die Versorgung durch Angehörige, Bekannte und Freunde.

## 2.2 Derzeitige Situation der pflegenden Angehörigen

Die Familie ist immer noch die wichtigste Institution in der Bereitstellung von Pflegeleistungen, und pflegende Angehörige sind in der häuslichen Versorgung der „größte Pflegedienst der Nation“ (Landtag Nordrhein-Westfalen 2005 zitiert in Meyer 2006: 8, vgl. Hedtke-Becker 2000a: 12). Bei der häuslichen Pflege handelt es sich hauptsächlich um die Betreuung von älteren Erwachsenen. Die Zahl der Menschen, die nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig<sup>7</sup> gelten und in Privathaushalten leben, lag 2002 bei 1,4 Mio. Demgegenüber standen 650 Tausend in Heimen. Zusätzlich wird von ca. 3 Mio. unterstützungsbedürftigen Menschen ausgegangen, die nach dem SGB XI zwar nicht pflegebedürftig sind, aber dennoch vor allem hauswirtschaftlicher Hilfe durch andere bedürfen (alle Zahlen BMFSFJ 2005b: 61-63). In Anbetracht der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Anzahl der unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen überproportional zunehmen wird.

Mehr als 90 % aller unterstützungsbedürftigen Personen werden von mindestens einem informellen Helfer, also pflegenden Angehörigen<sup>8</sup>, versorgt. 62 % leben mit einem pflegenden Angehörigen in einem Haushalt. Seit Einführung der Pflegeversicherung kam es zu einem leichten Anstieg in der Anzahl der pflegenden Angehörigen, die Pflegebedürftige nach dem Pflegeversicherungsgesetz pflegen, auf heute 1,2 Mio. (ebd. 2005b: 76). Mehr als 32 % sind älter als 65 Jahre und gehören derselben Generation an wie die unterstützungsbedürftige Person. Jede zweite Person (54 %) ist zwischen 40 und 64 Jahre alt und nur 11 % sind jünger als 39 Jahre (vgl. ebd. 2005b: 77). Mit Blick auf diese Zahlen und dem demographischen Wandel müssen in steigendem Umfang ältere und damit gesundheitsgefährdete Pflegepersonen die Pflege von Angehörigen übernehmen.

Es zeigt sich eine deutlich ausgeprägte Geschlechterverteilung zu Ungunsten der Frauen, welche mit einem Anteil von 73 %, im Gegensatz zu den Männern mit 27 %,

---

<sup>7</sup> Begriff und Stufen der Pflegebedürftigkeit werden in den §§ 14, 15 SGB XI (Sozialgesetzbuch 2007) definiert und erläutert. Demnach sind pflegebedürftig „...Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen (§ 14 (1) ebd. 2007).“

<sup>8</sup> Aufgrund der demographischen und strukturellen Entwicklungen in der Gesellschaft sind pflegende Angehörige nicht mehr ausschließlich die nächsten Familienmitglieder oder der erweiterte Familienkreis, sondern ebenso Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere, die in das Pflegearrangement eines älteren unterstützungsbedürftigen Menschen involviert sind. Die Anzahl der pflegenden Angehörigen, die nicht zur Familie gehören, beläuft sich zurzeit auf ca. 9 % (vgl. BMFSFJ 2005b: 77). Die vorliegende Arbeit verwendet durchgehend den Begriff pflegende Angehörige für Pflegepersonen aus dem familiären oder erweiterten Umfeld.

die Hauptlast der Pflege tragen (vgl. ebd. 2005b: 77). Es sind vor allem die pflegenden Ehefrauen mit 37 %, gefolgt von den pflegenden Töchtern/Schwiegertöchtern mit 31 %, die sich dieser Aufgabe widmen. Die durchschnittliche häusliche Pflegedauer beträgt 3 – 5 Jahre (vgl. Hedtke-Becker 1999: 16).

Zurzeit nehmen ca. 23 % der Haushalte, in denen Pflegebedürftige von pflegenden Angehörigen gepflegt werden, sowie ca. 13 %, in denen Unterstützungsbedürftige betreut werden, ergänzend professionell pflegerische Hilfen oder Hilfe im Haushalt bzw. bei der Betreuung in Anspruch (vgl. BMFSFJ 2005b: 82).

Die zukünftigen Folgen für die häusliche Versorgung durch pflegende Angehörige, die sich aus den demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen ergeben, werden in der Literatur unterschiedlich diskutiert. ROTHGANG sieht, dass der Trend bei der häuslichen Pflege von Familienangehörigen weg von Geldleistungen hin zu Sachleistungen und zu stationärer Langzeitpflege gehen wird, da beispielsweise folgende Trends nicht durch die Pflegeversicherung beeinflusst wurden: steigende Frauenerwerbsquote und Anstieg von Ein-Personen-Haushalten (vgl. Rothgang 2003: 24). SCHMIDT wiederum gibt an, dass es „Gegenwärtig [...] sowohl von der objektiven Wohnsituation als auch von den tatsächlichen Beziehungsmustern her keine Anzeichen [gibt], die auf eine Destabilisierung der familialen Unterstützungsnetzwerke hindeuten würden. [...] Zumindest in den nächsten 30 Jahren werden die soziodemographischen Veränderungen allein nicht zu einer Abnahme des familialen Hilfpotentials für Pflegebedürftige führen.“ (Schmidt 2002: 78)

Zumindest kann laut MuG III Studie<sup>9</sup> davon ausgegangen werden, dass der Wunsch, auch im Falle von Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit, so lange wie möglich im eigenen Haushalt bleiben zu können, sowohl bei den Hilfs- und Pflegebedürftigen, als auch bei den Angehörigen, prägend bleibt (vgl. BMFSFJ 2005b: 84).

### **2.3 Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung für pflegende Angehörige im ambulanten Bereich**

Die häusliche Versorgung von pflege- und unterstützungsbedürftigen Menschen hat in Deutschland einen hohen Stellenwert. Der Gesetzgeber hat mit seinem Motto „ambulant vor stationär“ seine Intention zum Ausdruck gebracht, die Bereitschaft der

---

<sup>9</sup> Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu den Möglichkeiten und Grenzen (MuG) selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten.



Übernahme der häuslichen Pflege durch pflegende Angehörige zu fördern (vgl. Meyer 2006: 38). Dieses politische Ziel wurde vor allem durch die Einführung der Pflegeversicherung und ihrem regelmäßigen Ausbau verfolgt (vgl. ebd. 2006: 41, vgl. Zeman 2002: 154). Allerdings ist mit ihr keinesfalls beabsichtigt, den gesamten Bedarf der Pflegebedürftigkeit zu finanzieren, wie es bei Einführung der Pflegeversicherung häufig missverstanden wurde (vgl. Klie, Schmidt 1999: 17). Sie setzt „... im ambulanten Bereich auf einen Mix von informell erbrachter Hilfe, substantiellen Teilleistungen durch die Pflegeversicherung und eigenen Zukäufen bzw. sozialhilfefinanzierten Ergänzungsleistungen“ (Klie, Schmidt 2002: 8). Bei den substantiellen Teilleistungen handelt es sich um Leistungen, die unter anderem dazu beitragen sollen, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen<sup>10</sup>, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (wie in § 3 SGB XI beschrieben). Dazu gehören:

- professionelle häusliche Pflege während der Abwesenheit des pflegenden Angehörigen (§ 9)
- Sachleistungen (§ 36)
- Geldleistungen für selbstorganisierte Pflegehilfen (§ 37)
- eine Kombination aus Geld- und Sachleistungen (§ 38)<sup>11</sup>
- pflegerische und technische Hilfsmittel (§ 40)
- Tages- und Nachtpflege (§ 41)
- Kurzzeitpflege (§ 42)
- stationäre Langzeitpflege (§ 43)

Die Pflegeversicherung sieht weitere Bereiche vor, die ebenfalls als Entlastungen für pflegende Angehörige bei der Durchführung häuslicher Pflege angesehen werden können:

- Der Gesetzgeber hat seit Juni 2007 einen Rechtsanspruch für pflegende Angehörige vorgesehen, der es ihnen ermöglicht, ihre Erwerbstätigkeit und die Pflegeaufgaben für einen Zeitraum miteinander zu vereinbaren. Mit der Einführung der Pflegezeit haben pflegende Angehörige einen Anspruch auf unbezahlte Freistellung für sechs Monate von der Arbeit mit Rückkehrmöglichkeit (BMG 2007: 5).

---

<sup>10</sup> Neben dem Ziel der Unterstützung der pflegenden Angehörigen ist nach § 2 das vorrangige Ziel der Pflegeversicherung der Erhalt der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen.

<sup>11</sup> Sach-, Geld- und Kombinationsleistungen werden ab 2007 bis 2012 von der Regierung stufenweise erhöht.

- Ebenfalls seit 2007 sind die Pflegekassen verpflichtet, für ihre pflegebedürftig Versicherten ein Fallmanagement anzubieten, welches die zielgerichtete Unterstützung des Einzelnen gewährleistet und für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgt. Ein Fallmanager soll künftig Ansprechpartner für jeweils bis zu 100 pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen sein (BMG 2007: 2).
- Es werden kostenlose Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen vorgesehen (§ 45 SGB XI), um die Qualität der Pflege von Pflegebedürftigen durch pflegende Angehörige zu fördern und pflegenden Angehörigen gleichzeitig die Möglichkeit zur Entlastung und Beratung zu bieten. Die Pflegekassen können diese Tätigkeiten an geeignete Pflegedienste und Wohlfahrtsverbände delegieren. Durch die Pflegekurse sollen pflegende Angehörige in die Lage versetzt werden, Pflegeverrichtungen nach anerkannten Grundsätzen der Pflegewissenschaft selbständig durchzuführen.
- Die Pflegeversicherung fördert Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und zusätzliche Betreuungsleistungen für demenzkranke Pflegebedürftige, um die pflegenden Angehörigen zu entlasten. Zu den Maßnahmen gehören u. a. die Schulung und Qualifikation von Ehrenamtlichen zur Unterstützung von Demenzkranken, Helferinnenkreise, Betreuungsgruppen, Tagesbetreuung in Kleingruppen sowie Einzelbetreuung (§ 45b, c SGB XI).

## **2.4 Erörterung von möglichen Gründen für die Nicht - Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige**

Die Belastung der pflegenden Angehörigen durch die Pflege einer Person ist immens, und sie tragen ein großes Risiko selbst zu erkranken (siehe Kapitel 2.2). Dieser Tatsache ist sich die Fachwelt bewusst, und die in Kapitel 2.3 dargestellten Unterstützungsmöglichkeiten spiegeln die Bemühungen der Pflegeversicherung wider, dem entgegenzuwirken.

Wie kann es dennoch sein, dass diese Leistungen nicht umfassend in Anspruch genommen werden, d. h. warum beantragen die pflegenden Angehörigen bei den zuständigen Stellen laut Ergebnis der MuG III-Studie (BMFSFJ 2005b) nur einen geringen Teil der ihnen zustehenden Leistungen? Aktuell nehmen laut Studie nicht mehr als 16 % der Hauptpflegepersonen regelmäßig Beratungs- und

Unterstützungsangebote in Anspruch. Die für diese Leistungen vorgesehenen finanziellen Mittel werden nur in geringem Umfang eingesetzt (vgl. ebd. 2005b: 79). Wenn die Unterstützungsangebote von den pflegenden Angehörigen nicht angenommen werden, droht deren Überlastung mit negativen Konsequenzen für die pflegebedürftigen Personen und die Pflegenden selber. Die Folge ist eine vorzeitige, unnötige und kostenintensive stationäre Unterbringung (vgl. BMFSFJ 2000a: 317). SCHNEEKLOTH und WAHL fordern aufgrund der MuG III Ergebnisse: „Im Sinne der gewünschten Stabilisierung der familiären Pflegepotenziale erscheint es für die Zukunft unbedingt geboten, diese offensichtliche Lücke durch einen zielgerichteten Ausbau von niederschweligen Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige zu schließen“ (BMFSFJ 2005b: 79).

Es ist davon auszugehen, dass sich die Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen nicht pauschalisieren lassen. Jede Familie hat ihre eigenen Gründe, warum sie die Pflege eines Angehörigen allein durchführt.

Einen Hinweis für einen Grund der Nicht-Inanspruchnahme liefert das Ergebnis einer aktuellen Studie. Von dem deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung wurde eine Studie über die Zufriedenheit von pflegenden Angehörigen mit Pflegekursen durchgeführt, die von den Pflegekassen im § 7 SGB XI gefordert und durch diese angeboten werden. Die Zufriedenheitsbefragung betraf unter anderem das Thema „Aufklärung über die sozialrechtlichen Möglichkeiten für pflegende Angehörige“. Die Befragung ergab, dass pflegende Angehörige unzufrieden mit der Bearbeitung von rechtlichen Fragestellungen wie finanzielle Absicherung, finanzielle Unterstützung bei erforderlichen Umbaumaßnahmen und Grundlagen zur Betreuung und Vollmacht im Rahmen der Kurse sind (dip 2006: 124).

Um die Vielfalt der denkbaren Gründe zu veranschaulichen, werden im Folgenden die möglichen Motivationen und Belastungen der Angehörigen genauer betrachtet.

#### **2.4.1 Motivationen der pflegenden Angehörigen**

HEDTKE-BECKER beschreibt in ihrem Buch „Die Pflegenden pflegen“, welche Motivationen Angehörige dazu bewegen können, die Pflege eines Familienmitgliedes zu übernehmen. Sie stützt ihre Aussagen auf gemachte Studien, die die Situation pflegender Angehöriger untersuchten. Allerdings geht es in ihnen meist um die Motivation der zweitgrößten Pflegegruppe, von Töchtern bzw. Schwiegertöchtern als

pflegende Angehörige (vgl. ebd. 1999: 26ff). Die größte Gruppe der Pflegenden, die Ehe- und Lebenspartner, wurden erst in den letzten Jahren zum Interesse der Forschung. Hier scheint die Norm zur „Pflicht der Pflege“ (vgl. ebd. 1999: 38) vorzuherrschen, d.h. vor allem für die Ehefrauen gilt die innere und äußere Verpflichtung durch die Eheformel „bis dass der Tod euch scheidet“ (vgl. ebd. 1999:39).

In allen Studienergebnissen steht an oberster Stelle als Motivation die „Selbstverständlichkeit“. Sie drückt normative und moralische Vorstellungen aus, die in Form von Schuldgefühlen, wenn man es nicht täte, verinnerlicht sind. Hinter dieser Selbstverständlichkeit stehen unterschiedliche Gründe, die hier kurz dargestellt werden:

- Pflichtgefühl: es entsteht meist weniger aus der aktuellen Beziehung von beispielsweise Tochter zur Mutter, sondern aus der Vergangenheit bzw. der Sozialisation heraus. Es geht um das Gefühl verpflichtet zu sein, einen alten Menschen bei sich zu behalten, schließlich ist man doch auch versorgt worden (vgl. ebd. 1999: 26).
- Christliche Nächstenliebe und Mitleid: entsteht ebenfalls weniger aus dem Verhältnis zum Gepflegten, als auf eine allgemeine Haltung des pflegenden Angehörigen den Menschen gegenüber (vgl. ebd. 1999: 26).
- Wiedergutmachung: beruht auf ganz konkreten Erfahrungen, die die pflegende Angehörige in der Beziehung zum Gepflegten gemacht hat. Es kann z. B. auf der Vergangenheit beruhen, als die Mutter nächtelang am Krankenbett der Tochter Wache gehalten hat. Oder aus der näheren Zeit, in der die Mutter durch die Versorgung der Enkel der Tochter die Berufstätigkeit ermöglicht hat (vgl. ebd. 1999: 27).

Weitere Motivationsgründe können ein gegebenes Versprechen („Versprich mir, dass du dich nach meinem Tod um deine Mutter kümmerst.“) oder finanzielle Motive sein (vgl. ebd. 1999: 27).

In den meisten Fällen machen sich die Pflegenden nicht bewusst, was durch die Übernahme der Pflege auf sie zukommt. Sie gehen davon aus, dass sie dem zu Pflegenden noch ein oder zwei schöne Jahre bereiten können, da „er ja schon 80 ist und bereits ein schwaches Herz hat“. Dass aufgrund des medizinischen Fortschritts sowie einer guten Pflege daraus auch mal 15 Jahre werden können, stellen sich die wenigsten vor. Unter Umständen dauert die Pflege der Eltern länger als die Zeit von Kindheit und Jugend, die die Basis der heutigen Motivation ist (vgl. ebd. 1999: 28).

Unabhängig von der Motivation, nach der die Pflege anderer übernommen wird, geht diese immer mit mehr oder weniger schwerwiegenden Belastungen einher.

#### **2.4.2 Belastungen der pflegenden Angehörigen**

Die Belastungen, die ein pflegender Angehöriger durch die Übernahme von Pflege erfährt, können nach HEDTKE-BECKER in objektive und subjektive Lasten unterteilt werden (vgl. ebd. 1999: 29, vgl. Hedtke-Becker 2000a: 12).

Als objektive Last sind der Umfang der Pflege, der Grad der Betreuungsbedürftigkeit des zu Pflegenden sowie die zusätzlichen Rollen zu sehen, die der pflegende Angehörige außerdem ausfüllen muss (z. B. Mutter, Ehefrau, Arbeitskollegin). Laut MuG III Studie ist Häusliche Pflege eine Vollzeit-Aufgabe. Im Durchschnitt sind Hauptpflegepersonen etwa 36,7 Stunden pro Woche mit Pflegeaufgaben und Unterstützung eingebunden und assistieren bei vielen Aktivitäten des täglichen Lebens mehrfach zu verschiedenen Zeiten. Aus ihrer Perspektive betrachtet, gehört neben den Aufgaben der persönlichen Hygiene, der Unterstützung bei den Mahlzeiten, der Haushaltsführung und Behandlungspflege, die persönliche Fürsorge (z. B. in Form von Gesprächen) zu ihren täglich am häufigsten erbrachten Aufgaben. Bei 68 % aller pflegenden Angehörigen wird die persönliche Fürsorge mehrmals täglich geleistet und bei 14 % mindestens einmal täglich (vgl. BMFSFJ 2005b: 78 ff). Da die persönliche Fürsorge keine von der Pflegeversicherung finanziell unterstützte Aktivität ist, wird deutlich, dass pflegende Angehörige auf mehr oder weniger freiwilliger Basis agieren und dafür keinen finanziellen Ausgleich erhalten.

Die Vereinbarkeit von Pflege mit der eigenen Erwerbstätigkeit und der Erhaltung des eigenen sozialen Umfeldes pflegender Angehöriger nimmt ab, je höher der Unterstützungsbedarf des Bedürftigen ist. Dies gilt besonders bei der Pflege von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wie z. B. Demenz, deren Inzidenz- und Prävalenzraten in der Bevölkerung stetig steigen. Diese Erkrankungen setzen den Zeitaufwand für die pflegenden Angehörigen auf durchschnittlich 42,5 Stunden nach oben, so dass die Zeit für deren eigenen Belange weiter abnimmt (vgl. ebd. 2005b: 121). Das kann bei manchen zu einer finanziellen Belastung führen, wenn sie dadurch in ihrem Job kürzer treten müssen.

Subjektive Lasten sind die individuell empfundenen Belastungen, die nur in geringem Maße mit den objektiven Lasten in Zusammenhang zu bringen sind. Die einen

kommen mit den objektiven Lasten besser zurecht als andere, für die vielleicht schon der tägliche Anruf bei der Mutter zuviel ist.

Eine subjektive Last ist der Interessenskonflikt, unter dem pflegende Angehörige oftmals leiden. Sie müssen eine Balance herstellen zwischen ihren eigenen psychosozialen und ökonomischen Bedürfnissen (Erwerbsarbeit, soziale Partizipation, Freizeitinteressen, die eigene Partnerschaft, Kinder) sowie den Bedürfnissen der zu pflegenden Person (vgl. Meyer 2006: 30). Forschungen belegen, dass sich 42 % aller befragten pflegenden Angehörigen als ziemlich schwer belastet, 41 % als extrem physisch und psychisch belastet und nur 7 % überhaupt nicht belastet einschätzen (Infratest Sozialforschung 2003: 23).

Bei der subjektiven Last wird der Lebensplan, den ein pflegender Angehöriger einmal für sich und seine Familie aufgestellt hat, durch die Übernahme von Pflege verändert. Das kann zu Konflikten und Wut gegen sich und andere führen. Beispielsweise kann sich die Wut gegen die Geschwister und Freunde richten, wenn diese sich wenig an der Pflege beteiligen und über mehr Freiraum verfügen. Oder gegen den Pflegebedürftigen als Auslöser der empfundenen Belastung selbst, was oftmals Schuldgefühle bei den Pflegenden auslöst, die Situation nicht meistern zu können und zu einem Teufelskreis von sich verstärkender Belastung führt (vgl. Hedtke-Becker 2000a: 13, vgl. Zeman 2002: 156).

Jede Pflegebeziehung ist einzigartig und beruht auf einer Geschichte, die oft bis weit in die Vergangenheit hineinreicht. Probleme, die in einer Pflegebeziehung auftreten, lassen sich nur selten aus einer momentanen Situation erklären. HEDTKE-BECKER gibt an, dass in allen Untersuchungen zur Situation pflegender Angehöriger es nicht so sehr die pflegerischen Tätigkeiten sind, die Angehörige so stark belasten, sondern vor allem Beziehungsprobleme, die in der Pflege auftreten und durch sie verstärkt werden (vgl. Hedtke-Becker 1999: 35). Gerade Konflikte, die in engen Beziehungen auftreten, „führen zu den massivsten Stressreaktionen“ (Zeman 2002: 156). Und diese werden weiter ausgebaut, wenn die geleistete Unterstützung nicht von allen Beteiligten in gleicher Weise wahrgenommen wird (vgl. Zeman 2002: 157).

Zu dieser Anschauung passt auch das Ergebnis von BORN bei ihrer Umfrage in der von ihr geführten Angehörigengruppe. Auf die Frage, was für die pflegenden Angehörigen Unterstützung bedeutet, kamen folgende Antworten: „Verständnis für die Situation, nicht nur für die der Kranken“, „Ermutigung ICH, NEIN und SCHLUSS zu sagen“, „Lob, das von den allgegenwärtigen Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen erlöst“ und „Vermitteln neuer Einsichten, durch behutsame Anleitung oder wohltdosierte Kritik“. Erst fast an letzter Stelle kam als Antwort „Praktische Hilfen bei

der Pflege und zur eigenen Entlastung“. BORN schließt daraus, dass offensichtlich allen die emotionale Seite am wichtigsten war (vgl. BORN 1995: 179).

### **2.4.3 Entlastungsbedarf der pflegenden Angehörigen**

Die unterschiedlich zu gewichtenden subjektiv empfundenen und objektiv beurteilbaren Belastungen lassen die Schlussfolgerung zu, dass die Gründe für die geringe Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen nach SBG XI von pflegenden Angehörigen sehr vielschichtig und individuell sind.

STEINER-HUMMEL zufolge sind aber die bisherigen Konzepte für die Erschließung von pflegenden Angehörigen zu einseitig (vgl. Steiner-Hummel 2000: 45). Die in Kapitel 2.3 beschriebenen Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger sowie weitere sich in Planung befindende Konzepte<sup>12</sup>, geben eher technisch-operationale Hilfestellungen. Sie sollen die objektiven Belastungen entschärfen und so zu einer subjektiv empfundenen Entlastung führen, die den Pflegenden neue Kraft für die Fortführung der Pflege geben. Der Individualität einer Familiensituation und dem emotionalen Bedarf wird mit der Bereitstellung eines noch so großen Angebots jedoch nicht entsprochen. „Es scheint, als ob wir viel zu ausschließlich darüber nachgedacht haben, wie wir den Pflegenden Aufgaben abnehmen, anstatt wie wir sie stark machen für die Aufgaben, die sie sich vornehmen. [...] Das Paradoxe vieler unserer Hilfestellungen scheint darin zu liegen, dass Hilfe gegeben wird, dabei aber die persönliche Kontrollüberzeugung der Pflegenden [d. h. die innere Überzeugung eine Situation meistern zu können, T. B.] herabgesetzt wird und die Unterstützung einen negativen Effekt gewinnt, weil sie Versagensängste und Hilflosigkeit ausübt.“ (Steiner-Hummel 2000: 47)

Tatsache ist, dass seit der Einführung der Pflegeversicherung noch immer die reinen Geldleistungen von pflegenden Angehörigen gegenüber der Sachleistung und der Kombileistung bevorzugt werden (vgl. BMFSFJ 2005b: 81). Es kommt dadurch seltener zu einer kooperativen Zusammenarbeit zwischen familialen und professionellen Helfern der ambulanten Versorgung, wie es ZEMAN zufolge durch die Einführung der Leistungen aus der Pflegeversicherung idealerweise hätte

---

<sup>12</sup> Im „fünften Bericht zur Lage der älteren Generation“ werden weitere wünschenswerte „Maßnahmen zum Erhalt und zur Stärkung familialer und privater Netzwerke“ beschrieben. Das sind unter anderem: Strategien für die Herstellung pflegefreundlicher Erwerbsstrukturen, der Ausbau niederschwelliger Beratungs-, Qualifizierungs- und Unterstützungsangeboten (z. B. stundenweise Entlastungsdienste, Versorgung mit Mahlzeiten, Fahrdienste etc.) oder die Förderung ehrenamtlichen Engagements (vgl. BMFSFJ 2005a: 322 - 336).

geschehen sollen (vgl. Zeman 1998: 111, vgl. Zeman 2002: 154).<sup>13</sup> Er sieht als Grund dafür die von pflegenden Angehörigen zum Teil gemachten schlechten Erfahrungen mit der mangelnden Anpassungsfähigkeit des professionellen Systems an die Lebenswelt der Familie. „Unzureichende Sensibilität gegenüber den eingeschliffenen, aber mitunter auch nur mühsam aufrechterhaltenen Spielregeln, mit denen häusliche Pflegearrangements ausbalanciert werden, führt in der Tat zu einer zusätzlichen Belastung der Situation.“ (Zeman 2002: 154) Erschwerend für eine gelungene Kooperation von formeller und informeller Pflege kommt die räumliche Situation hinzu. Die Wohnung der Pflegebedürftigen, die oftmals auch die der pflegenden Angehörigen ist, ist ein Ort der Privatheit. Hier herrscht eigentlich Intimität und Abgeschlossenheit gegenüber der Öffentlichkeit, die desto mehr gestört werden, je größer die räumliche Offenheit in der Pflegesituation ist (vgl. Zeman 1998: 117). BORN, selbst pflegende Angehörige, beschreibt den Einbruch in ihre Privatsphäre folgendermaßen: „Unsere Wohnung wurde für Krankenbett, Rollstuhl und Pflegeutensilien umfunktionierte. Sie ist mit Geräuschen und Gerüchen gefüllt. Arzt, Pflegeteam und Zivis dringen ungefragt bis in den hintersten Winkel meiner Privatsphäre ein, Besucher und Verwandte kommen und gehen, beurteilen im Schnellverfahren die Lage und hinterlassen bei ihrem Weggang einen Berg schmutziger Wäsche und Geschirr“ (Born 1994: 29).

Was benötigen pflegende Angehörige also wirklich, damit sie mehr Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen und so psychisch und physisch von den Belastungen der Pflege entlastet werden? Um diese Frage zu erörtern wird davon ausgegangen, dass die pflegenden Angehörigen, um die es hier geht, bereits einen ambulanten Pflegedienst zur Unterstützung für die Pflege in Anspruch nehmen.<sup>14</sup> Somit kann die Frage umformuliert werden: was können Pflegekräfte der ambulanten Pflege tun, damit die pflegenden Angehörigen mehr Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen und somit vor Überlastung geschützt werden?

---

<sup>13</sup> Zur Lösung des gesellschaftlichen Pflegeproblems beschreibt Zeman den Versuch, die Ressourcen der Lebenswelt und des öffentlichen Versorgungssystems zu koordinieren. Die Lebenswelt der Patienten und informellen Helfer sollen mit den Professionen besser vernetzt werden, mit folgenden Zielen:

- Stimulation lebensweltlicher Pflege
- Präventiver Schutz von (Selbst-)Überlastung/ Kontrolle der Belastungsgrenze
- Entlastung
- Kompensation von Versorgungslücken (vgl. Zeman 1998: 111).

<sup>14</sup> Wie Entlastungen für Allein-Pflegende aussehen müssten, wird an dieser Stelle nicht weiter erörtert.



### **3 Beratung in der Pflege**

#### **3.1 Erwartungen an professionelle Pflegekräfte, um pflegende Angehörige zu entlasten**

Wenn eine Familie sich für die Inanspruchnahme eines Pflegedienstes entschieden hat, markiert sie „damit die Erschöpfung bisheriger Strategien und den Eintritt in eine neue Kaskadenstufe der Bewältigung“ (Stratmeyer 2005a: 25). Es hat im Vorfeld ein Prozess stattgefunden, der nicht nur ein Abwägen des Für und Wider beinhaltete, sondern in dem es auch um Gefühle des eigenen Unvermögens, der Schwäche und des Im-Stich-Lassens ging (vgl. Stratmeyer 2005a: 26). Dieser Umstand erfordert eine Sensibilität im Umgang mit der Familie, was für professionelle Pflegekräfte bedeutet, neben der pflegerischen Arbeit zusätzlich notwendige psychosoziale und kommunikative Kompetenzen bereit zu halten. Gerade im Bereich der ambulanten Pflege geht es nicht nur um die Versorgung und Beratung der Pflegebedürftigen. Es geht hier um Dreiecksbeziehungen, die von den Pflegekräften stets eine Einbeziehung der pflegenden Angehörigen in Entscheidungen und Arbeitsabläufe nötig macht. Dabei dürfen sie nicht als „Hilfskräfte“ betrachtet werden, die die Pflege der Professionellen unterstützen. Vielmehr muss von Seiten der Pflegekräfte eine Angehörigenorientierung stattfinden, die die Angehörigen im Grad ihres Angehörigenseins (Schwester, Ehepartner etc.) und in ihrer eigenen Lebenswelt<sup>15</sup>, unabhängig oder im Zusammenhang mit dem Pflegebedürftigen, begreift (vgl. Hedtke-Becker 2000b: 100).

Professionelle Pflegekräfte, die in eine informelle Pflegesituation involviert werden, stehen demnach einer Familie gegenüber, die eine einzigartige Vergangenheit und einen einzigartigen Anspruch an die professionelle Pflege erhebt. Pflegekräfte im ambulanten Sektor werden daher an vielen Stellen in der Literatur aufgefordert, die Familie als „System“ zu verstehen, das aus wechselseitigen voneinander abhängigen Einheiten besteht (vgl. Hedtke-Becker 1999: 35; vgl. Herold 2002: 36; vgl. Entzian 1998: 173; vgl. Steiner-Hummel 2000: 43, vgl. Stratmeyer 2005a: 24). Es bildet ein

---

<sup>15</sup> Der philosophisch – soziologischen Begriff der „*Lebenswelt*“ ist der symbolisch und praktisch gestaltete, soziale und sozialräumliche Bereich des Alltags, in dem sich das Leben der Menschen abspielt, und in den die Steuerungsprinzipien der Institutionen, z.B. des sozialen und gesundheitlichen Versorgungssystems und die Orientierungen ihrer professionellen Akteure zwar hineinwirken, den sie aber nicht unmittelbar zu steuern vermögen“ (Zeman 1998: 114).

für sich sinnstiftendes<sup>16</sup> Netz mit eigenen Regeln, Normen und Vereinbarungen, welches für Außenstehende nur schwer durchschaubar ist.

Um die erwartete entlastende Wirkung für ein Familiensystem zu schaffen, werden Pflegekräfte in der Literatur zur Vertrauensbildung aufgerufen, die für den gesamten Prozess einer wirksamen Kooperation von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Zeman 2002: 160, vgl. Evers, Olk 2000: 98). Dabei sollte es der Pflegekraft weniger um Vertrauen in die fachliche Kompetenz und optimale Organisation des pflegerischen Ablaufs, als um Vertrauen in ihre Person, die menschlichen Qualitäten und sozialen Kompetenzen der Pflegekraft gehen. Vertrauen gilt als Basis für die Ausweitung des instrumentellen und kommunikativen Handlungsspielraums, wodurch neue Alternativen, vor denen pflegende Angehörige vorher zurückgeschreckt wären, erprobt werden können (dazu ausführlicher Zeman 2002: 160 – 166). Das würde bedeuten, dass der Aufbau von Vertrauen zwischen Pflegekraft und Familiensystem zwei positive Folgen<sup>17</sup> hätte:

1. Die Pflegekraft erfährt mehr über das Familiensystem und kann die Mitglieder somit besser über die für sie passenden Unterstützungsleistungen beraten.
2. Die pflegenden Angehörigen sind eher bereit, sich von der Pflegekraft über Unterstützungsangebote beraten zu lassen und diese auch anzunehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass professionelle Pflegekräfte der ambulanten Pflege psychosoziale und kommunikative Kompetenzen aufweisen sollten. Diese ermöglichen es ihnen, die Pflegebedürftigen und deren Angehörige in ihrer Individualität sowie als Familiensystem wahrzunehmen und eine vertrauensvolle Beziehung zu ihnen aufzubauen. Erst dann lassen sich diese über Unterstützungsleistungen von den Pflegekräften beraten und nehmen sie eher in Anspruch.

Dabei stellt sich die Frage, welchen Stellenwert die Beratungstätigkeit für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege hat und haben sollte? Diese Frage wird im Folgenden aus der pflegewissenschaftlichen Literatur sowie der Praxis heraus beleuchtet.

---

<sup>16</sup> Sinn bezeichnet die „systemspezifischen Kriterien, nach denen Dazugehöriges und Nichtdazugehöriges unterschieden wird. [...] Sinn kann sowohl in Weltbildern, Werten, Normen, Rollen etc. „eingefroren“ sein, als auch in laufenden Interaktionen produziert und ausgehandelt werden“ (Willke 2000: 249).

<sup>17</sup> Neben möglichen weiteren Folgen, die in dieser Arbeit nicht weiter thematisiert werden.

### 3.2 „Beratung“ in der pflegewissenschaftlichen Literatur

In der Pflegewissenschaft und der Praxis wird in den letzten Jahren viel darüber diskutiert, was „Beratung in der Pflege“ bedeutet. Es scheint mittlerweile zu einem anerkannten Thema geworden zu sein, nicht zuletzt durch den Stellenwert, den Beratung durch Pflege im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) erhalten hat<sup>18</sup>. Unsicherheit herrscht allerdings noch immer darüber, was das Wesen von Beratung ausmacht. Das Verständnis umfasst ein weites Spektrum in deutschsprachigen Veröffentlichungen: angefangen vom einfachen Ratgeben und Informieren, über Patientenedukation und Anleitung bis hin zu theoretisch fundierten Beratungsansätzen. Patientenedukation wird fast übereinstimmend mit den pflegebezogenen Aktivitäten des Informierens, Schulens und Beratens erklärt, ohne die einzelnen Aktivitäten näher voneinander abzugrenzen (vgl. Ewers 2001, Müller-Mundt et al. 2000, Abt-Zegelin 2003).

In der deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Literatur ist allerdings festzustellen, dass sich die herausragende Bedeutung edukativer Leistungsangebote der Pflege darin weder quantitativ noch qualitativ angemessen widerspiegelt. EWERS hat in seiner systematischen Abfrage in der Datenbank JADE (2001) zu den Stichworten „Patientenaufklärung, -information, -beratung, -anleitung und/ oder –aktivierung“ jeweils in Kombination mit den Stichworten Pflege, Kinder-/Krankenpflege und Altenpflege keinen einzigen Forschungsliteraturnachweis erhalten. Laut EWERS ist „ein eigenständiger wissenschaftlich fundierter pflegepädagogischer Diskurs [...] damit in Deutschland [...] zur Frage der Anleitung von Patienten, Angehörigen und informellen Helfern nicht erkennbar“ (Ewers 2001: 24). Gezielte Maßnahmen zur Beratung, Edukation, Integration und Supervision von Angehörigen und informellen Helfern spielen sowohl im Pflegealltag als auch in der von ihm in den Blick genommenen deutschsprachigen Pflegeliteratur nur eine untergeordnete Rolle (vgl. ebd. 2001: 31). Anders ist die Situation in Ländern mit langjährig gewachsener Professionalisierungstradition, wie beispielsweise in den USA. Hier gilt die Edukation unterschiedlicher Zielgruppen als Kernbestandteil des professionellen Selbstverständnisses der Pflege (vgl. ebd. 2001: 25). EWERS bezieht sich dabei auch auf die Aussagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese sehe den Handlungsauftrag der Pflege nicht nur in der Gewährleistung pflegerischer Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Neben der

---

<sup>18</sup> Das Thema Beratung findet sich im SGB XI in folgenden Paragraphen: § 7 Abs. 1-4, § 37 Abs. 3, § 80 (Pflicht zum Erstberatungsgespräch durch ambulanten Pflegedienst bei Inanspruchnahme von Sachleistungen).

Sicherstellung und dem Management pflegerischer Versorgung, der effektiven Mitwirkung in multidisziplinären Gesundheitsteams und der Weiterentwicklung der Pflegepraxis durch kritische Reflexion und Forschung, wird Unterweisung und Anleitung von Klienten und Personal als eine von vier pflegerischen Kernaufgaben angesehen (vgl. ebd. 2001: 25).

Zumindest theoretisch wird in Deutschland zu edukativen Maßnahmen aufgerufen. Laut Krankenpflegegesetz gehört „[...] Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“<sup>19</sup> zum Ausbildungs- und Tätigkeitsprofil von Pflegekräften. Doch eine Umsetzung dieses Ausbildungsziels ist weder in der theoretischen Ausbildung noch in der Pflegepraxis auszumachen (vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 4). Auch wenn davon auszugehen ist, dass Pflegekräfte im Rahmen ihrer täglichen Arbeit Patienten und deren Angehörige beraten und anleiten, geschieht dies wohl eher intuitiv. Die Qualität ihrer Beratung und Anleitung ist abhängig von individuell erworbenen Kompetenzen, da sie durch die Ausbildung nicht vorausgesetzt werden kann (vgl. Müller-Mundt et al. 2000: 7).

### **3.3 „Beratung“ in der Pflegepraxis**

Fragt man Pflegekräfte selbst, was sie unter Beratung verstehen und ob sie Beratung als ihre Aufgabe anerkennen, zeigen beispielsweise die Untersuchungsergebnisse von HÖSL-BRUNNER und HERBIG (1998) einen klaren Unterschied zwischen der stationären und der ambulanten Pflege. Im stationären Bereich ist die Beratungsaufgabe weniger im Bewusstsein der Pflegenden verankert, als in der häuslichen Pflege. Wenn Pflegeberatung in der stationären Pflege stattfindet, dann geht es um handlungsorientierte Inhalte wie beispielsweise „Pflegemaßnahmen bei Pflegeproblemen, Empfehlungen zum postoperativen Verhalten oder Beratung zum Thema Leben mit Anus praeter“. Wobei die Patienten und Angehörigen hier ihr Interesse für Beratung deutlich äußern müssen, bevor beraten wird (vgl. Hösl-Brunner, Herbig 1998: 781). Dabei beinhaltet die Beratung stets das, „was die Pflegekraft als wichtig erachtet“ (Hösl-Brunner, Herbig 1998: 781).

Im ambulanten Bereich spielen Angehörige eine wichtige Rolle, teilweise sind sie für die Pflegekräfte die Hauptansprechpartner. Unter Beraterischen Tätigkeiten verstehen Pflegekräfte der ambulanten Pflege die „Vermittlung von Wissen und manuellen Fähigkeiten, wie krankheitsspezifische Information“, „Aufklärung

---

<sup>19</sup> Bundesgesetzblatt Jahrg. 2003 Teil I Nr. 36: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze, ausgegeben zu Bonn am 21. Juli 2003, S. 1444.

beispielsweise zur Wohnraumanpassung“ oder auch „Anleitung von pflegenden Angehörigen zur Pflege in der Häuslichkeit“. Beratung wird in die tägliche Arbeit integriert und soll ihnen unter anderem für den Aufbau einer Beziehung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen dienen. (vgl. Hösl-Brunner, Herbig 1998: 780-781).

Sowohl in der Häuslichkeit als auch in der stationären Pflege findet Beratung situativ und ungeplant statt. Methoden der Gesprächsführung sind entweder nicht bekannt oder werden nicht genutzt (vgl. ebd. 1998: 782).

KNELANGE und SCHIERON (2000) sind bei ihrer Untersuchung von der These ausgegangen, dass Beratung ein zentraler Aufgabenbereich der Pflege ist. Doch auch sie belegen, dass Beratung von Pflegekräften nicht durchgängig als pflegerische Kompetenz anerkannt wird. Dabei kommt es sehr auf den Bereich an, in dem sie arbeiten. In der stationären psychiatrischen Pflege ist Beratung als kommunikativer Aufgabenbereich weitgehend anerkannt und inhaltlich sowie methodisch durch Fachweiterbildungen gestützt. Als Beispiel für die pflegerische Beratung, die über die normale Gesprächsführung hinausgeht, wurde die Angehörigenarbeit genannt, des Weiteren die Unterstützung der Patienten in ihrem Alltag und bei der Bewältigung einer neuen Lebenssituation sowie die Informationsvermittlung in Bezug auf die Erkrankung eines Patienten und seiner Medikamenteneinnahme (vgl. Knelange, Schieron 2000: 6).

In der allgemeinen somatischen Pflege liegt den Pflegekräften der Befragung nach ein weitaus weniger ausgeprägtes Beratungsverständnis vor. Sie verbinden damit das Vermitteln von Informationen, das Erklären von fachspezifischen Fragen oder aber eine in speziellen Institutionen erbrachte Dienstleistung. Zwar sind sich die Pflegekräfte ihrer Aufgabe, mit Patienten und Angehörigen hilfreiche Gespräche zu führen, durchaus bewusst. Aber auf diesen kommunikativen Anteil ihrer eigenen Arbeit beziehen sie den Begriff Beratung nicht (vgl. ebd. 2000: 8). Das Erlernen von kommunikativen Kompetenzen sei kein Ziel während ihrer Ausbildung gewesen. Als besonders beunruhigende Tatsache sieht SCHIERON die Aussagen mancher Pflegekräfte an, die die Meinung vertreten, kommunikative Kompetenzen seien angeboren. Er sieht darin die Gefahr, dass diese Kompetenzen nicht als professionsdefinierend betrachtet werden, da sie nicht erlernbar wären. Was für ihn wiederum zur Folge hätte, dass kommunikative Aspekte der Pflege nicht als Arbeit angesehen zu werden bräuchten, und sie somit nicht entlohnt werden müssten (vgl. ebd. 2000: 9).

Was beide genannten Untersuchungen gemeinsam haben ist, dass Pflegekräfte, wenn es doch mal zu einer Beratungssituation in Form von hilfeschenden Gesprächen durch Pflegekräfte oder Angehörige kommt, diese als eher belastend empfinden und zum Schutz vor Überforderung vermeiden möchten.

In Bezug auf Gesundheitsförderung sind sich Experten aus dem Gesundheitswesen einig, dass Beratung zukünftig eine berufliche Handlungskompetenz von Pflegenden sein wird. Nach Ergebnissen einer Delphi-Studie von GÖRRES et al. (2004) ist Beratung/ Information einer der fünf wesentlichen Bereiche von gesundheitsförderlichen Dienstleistungen, die für die Pflege relevant sind (vgl. Görres et al 2004: 107). Beratung, durchgeführt von Pflegenden, soll laut Experten zukünftig sowohl auf der Mikroebene (an Patienten, Bewohnern und Angehörigen), als auch auf der Makroebene (an Pflege-/ Krankenkasse, Gesundheitsämtern, Schulen etc.) stattfinden und bietet den größten Markt für Pflegende (vgl. ebd. 2004: 108). Der erwartete Bedarf an Beratung erschließt sich aus den Folgen der „sozio-demographischen Entwicklungen, steigenden Qualitätsansprüchen an gesundheitliche Versorgung, dem Wunsch nach interdisziplinärer Kommunikation und Einflussnahme auf politische Entscheidungen sowie der Überwachung gesundheitlicher Gesetze“ (ebd. 2004: 109).

### **3.4 Definition von Beratung**

Der Begriff „Beratung“ ist im Alltag und in der Fachwelt ein häufig verwendeter, teilweise diffuser Begriff. Man wird beispielsweise mit der Verkaufsberatung, Immobilienberatung oder Modeberatung konfrontiert. Auch zählt zur Alltagsberatung schon der gute Rat eines Freundes oder Kollegen. In wissenschaftlichen Disziplinen ist der Begriff mit unterschiedlichen Merkmalen verknüpft. So ist z. B. in den Erziehungswissenschaften Beratung eng an den Begriff „Erziehung“ und an eine erwünschte Verhaltensänderung gebunden (vgl. Mertin et al. 2005: 2). In der Psychologie wird mit einer Beratung stets eine Verhaltensänderung einzelner Menschen angestrebt (vgl. ebd. 2005: 3). Wichtig für die Kommunikation und den Erfolg von Beratung in den jeweiligen Disziplinen ist, dass alle Beteiligten (sowohl die Geber als auch die Empfänger) unter Beratung das Gleiche verstehen. Wie in Kapitel 4.1 beschrieben wird, scheint das in der Pflegepraxis noch nicht der Fall zu sein.

KOCH-STRAUBE, die sich als Professorin der Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Beratung/ Supervision bereits grundlegend mit diesem Thema

auseinander gesetzt hat, grenzt Alltagsberatung von professioneller Beratung ab. Alltagsberatung ist für sie „situativ und ungeplant“, während professionelle Beratung „zielorientiert und methodengeleitet“ stattfindet (vgl. Koch-Straube 2001: 66f). Daraus kann für die Pflegepraxis gefolgert werden, dass beispielsweise die in der Untersuchung von HÖSL-BRUNNER und HERBIG (1998) benannten Beratungsaktivitäten eher Formen von Alltagsberatung darstellen.

Zwei Kriterien, die beim Thema Beratung beleuchtet werden sollten, sind die Aspekte der „Freiwilligkeit“ und des „Zwangs“. In Alltagssituationen, wie einer Verkaufsberatung, ist Zwang, der sich durch verbale Aufforderung zum Kauf von Seiten des Verkäufers zeigen könnte, fehl am Platz. Beide möchten miteinander ins Geschäft kommen, der Käufer möchte vom Verkäufer so viele Informationen über das Produkt wie möglich, um eine Wahlfreiheit zu haben. Anders beispielsweise beim Verhältnis Lehrer – Schüler in der Erziehungswissenschaft. Hier ist der Zwang in Form von Anordnung und Befolgen präsent. Erziehungsähnliche Maßnahmen finden auch dort statt, wo ein Wissens- und Erfahrungsvorsprung von Experten gegenüber Laien herrscht, wie es in der Gesundheitsberatung der Medizin und Pflege der Fall ist. Der Umgang mit alten oder kranken Menschen ist überwiegend von erzieherischen Elementen geprägt und findet in Form von Patientenschulung statt. „Hier geht es darum, das Verhalten des Menschen an die Erfordernisse seiner Krankheit anzupassen [...], weitgehend ohne Berücksichtigung seiner spezifischen Persönlichkeit, seiner psychosozialen Lebenslage und seiner materiellen Voraussetzungen.“ (Koch-Straube 2001: 67)

Gerade die Pflege, die seit vielen Jahren bemüht ist, sich durch die entwickelten Pflegetheorien von der einseitigen Orientierung am medizinischen Paradigma zu lösen, der Pflege ein eigenständiges Aufgaben- und Rollenprofil zu geben und damit deren Professionalisierung voranzutreiben, sollte ihr eigenes Beratungsverständnis entwickeln (vgl. Koch-Straube 2001: 25, vgl. Koch-Straube 2002: 85). Dabei sollte das Bestreben der Gesellschaft nach Individualismus und Autonomie (vgl. ebd. 2001: 48), sowie die von der Pflege sich selbst auferlegten Prinzipien der Patienten- und Klientenorientierung berücksichtigt werden. Ziele der Beratung in der Pflege sollten sein: dialogische, d. h. auf Augenhöhe stattfindende Kommunikation, Achtung vor der Würde des Menschen, Wahrnehmen der Kompetenzen der Klienten und Pflegebedürftigen, Förderung der Ressourcen, Respekt vor der Selbstbestimmung, Ermöglichung einer Wahl, Einbeziehung von Umweltbedingungen, Biographie und individuellen Zukunftsperspektiven (vgl. ebd. 2001: 63). Und sie sollte zu dem

Zeitpunkt einsetzen, „wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfesystem für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (ebd. 2001: 63).

Für KOCH-STRAUBE spiegeln sich die Ziele von Pflegeberatung in der Definition von NESTMANN (1997) wider, die auch für die vorliegende Arbeit als Verständnis von Beratung dient:

- „Beratung ist eine professionelle Unterstützungsleistung, die in einem gemeinsamen Prozess der Orientierung, Planung, Entscheidung und Handlung versucht, bio-psychoziale Ressourcen und sozialökologische und –ökonomische Ressourcen von Umweltsystemen (soziale Beziehungen und Netzwerke; Organisationen und Institutionen; gebaute und natürliche Umwelt) zu entdecken, zu fördern, zu erhalten und aufeinander zu beziehen. Ziel psychosozialer Beratung ist es, die Entfaltung von Einzelnen in formellen und informellen sozialen Systemen zu ermöglichen; selbstbestimmtes und selbstkontrolliertes Gestalten von Alltag und Leben, die Bearbeitung ihrer Anforderungen und die Nutzung ihrer Entwicklungschancen zu sichern sowie Belastungen und Krisen zu verhindern, möglichst früh anzugehen sowie deren Folgen für Personen und Systeme konstruktiv zu bewältigen.“ (Nestmann 1997<sup>20</sup>: 33-34, zitiert in Koch-Straube 2000: 2)

### **3.5 Praktikable Durchführung von Beratung in der ambulanten Pflege**

Eine Pflegekraft kann eine Beratung nicht im klassischen Sinn durchführen, wie beispielsweise CULLEY es in ihrem methodenintegrierten Beratungsansatz vorschlägt. CULLEY unterteilt eine Beratung in eine Anfangs-, Mittel- und Endphase, für die sie jeweils mehrere Sitzungen veranschlagt (vgl. Culley 1996). Eine Pflegekraft kann eine mögliche Beratung nur neben ihrer täglichen Pflegetätigkeit ausführen. Dadurch wird sie dem Anspruch, den die Definition von NESTMANN impliziert, natürlich nicht gerecht. Jede Beratungstätigkeit, die sie durchführt, sollte sie jedoch auf dessen Grundsätzen aufbauen. D.h. sie soll ihre Beratung als professionelle Unterstützungsleistung sehen, mit der sie die Ressourcen ihrer Klienten entdeckt, fördert, erhält und in die Beratung einbezieht. Folglich kann sie die Klienten bei ihrer selbstbestimmten und selbstkontrollierten Bewältigung des Alltags unterstützen.

---

<sup>20</sup> Nestmann, Frank (1997): Beratung als Ressourcenförderung. In: Nestmann, Frank (Hrsg.): Beratung – Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgVT-Verlag.



Zur Durchführung von Beratung in ihrem Pflegealltag benötigt die Pflegekraft ein „Beratungs-Handwerk“. Dieses muss sie in die Lage versetzen, aus der „situativen und ungeplanten“ Alltagsberatung eine „zielorientierte und methodengeleitete“ Alltagsberatung (vgl. a.a.O.) zu machen, die während des Pflegeeinsatzes durchgeführt werden kann. Sie sollte in Akutsituationen mit methodisch gesicherten Interventionen adäquat auf die Familien eingehen können. Das ist besonders in der ambulanten Pflege wichtig, wo jede praktische Pflegeleistung verknüpft ist mit einer kommunikativen Aushandlung der lebensweltlichen Vorstellungen von Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen. Die oft lange Pflegedauer und die wünschenswerte Kontinuität des Kontaktes durch stets gleiches Pflegepersonal machen ein sorgfältiges Abwägen von Nähe und Distanz zum Schutz beider Seiten nötig. Pflegekräfte sollten über Beratungskompetenzen verfügen, die sie befähigen, sowohl den akut, lebensbedrohlich oder chronisch kranken Menschen bei seinem Leiden zu begleiten, aber auch den pflegenden Angehörigen in all seinen unterschiedlichen Facetten zu unterstützen.

Im Bereich der Psychologie, der Sozialarbeit und Sozialpädagogik existieren bereits unterschiedliche Beratungskonzepte, deren Eignung für die oben genannten Ziele und die spezifische Situation der Pflege überprüft werden können, „das Rad muss hier für die Pflege nicht neu erfunden werden“ (vgl. Koch-Straube 2001: 99, vgl. Koch-Straube 2002: 85). Die in Kapitel 3.1 beschriebene Aufforderung an die Pflege, die Familie als System zu verstehen, findet sich auch in der Definition von NESTMANN wieder. Es liegt daher nahe, das in den genannten Disziplinen häufig verwendete und auf sozialwissenschaftlicher Systemtheorie basierende systemische Beratungskonzept als Möglichkeit für die Pflege zu diskutieren.

## 4 Systemisch orientierte Beratung in der ambulanten Pflege

### 4.1 Kann Systemtheorie für die Pflege nützlich sein?

Die in der Psychologie und Sozialen Arbeit angewendete Systemische Beratung basiert auf der sozialwissenschaftlichen Systemtheorie. Diese ist hochkomplex und beinhaltet viele schwer erklärbare Problemaspekte. Es finden sich z. B. Begriffe wie „Doppelte Kontingenz“, „Selbstreferentialität“ und „Strukturdeterminismus“, die laut WILLKE „so stark ineinander verwoben und voneinander abhängig [sind], dass sie im Grunde simultan dargestellt werden müssten. Das ist mit den Mitteln der geschriebenen Sprache nicht möglich“ (Willke 2000: 11). Auch Begriffe, die als allgemein verständlich gelten, bedürfen in der Systemtheorie komplizierter Erklärungen. So wird beispielsweise eine Familie als selbstreferenzielles<sup>21</sup> System betrachtet. D. h. jede Familie hat eine eigene subjektive Abbildung ihrer Umwelt, nach der sich das Handeln der Familie richtet und die von außen schwer verstehbar und schwer veränderbar ist (ausführlicher dazu siehe Kapitel 4.2.3 „Grenzziehung zur Umwelt“). Diese Beschreibung einer Familie ist für Pflegekräfte schwer nachvollziehbar. Denn sowohl die berufliche Kranken- als auch Altenpflege hat ihren Ursprung nicht in der Häuslichkeit der Patienten und schon gar nicht in der pflegenden Angehörigen. Ihre Blicke sind nicht auf die Lebenswelt eines Familiensystems gerichtet, sondern sind von den Wurzeln her auf das Krankenhaus- und das Altenheimssystem gerichtet. Hier passen sich die Klienten dem Rhythmus und den Handlungsaufträgen der Institutionen an und werden als Nichtprofessionelle von den Profis nicht in deren Arbeit involviert (vgl. Stratmeyer 2005: 28). Mit dem Eintritt in die Häuslichkeit ergibt sich für die Pflegekräfte eine schwierige und widersprüchliche Situation, da sie ihre Definition über Pflege mit denen der Familiensysteme in Einklang bringen müssen (vgl. Stratmeyer 2005: 29).

Dabei sind systemtheoretische Denkweisen in der Pflegewissenschaft nicht gänzlich unbekannt. Einige der in Deutschland bekannt gewordenen Pflege-theorien aus den Vereinigten Staaten transportieren eine Verbindung zwischen Pflegewissenschaft und soziologischer Systemtheorie. Z. B. machten Johnson, King, Roy und Neumann ihre theoretischen Ausführungen zu einem Zeitpunkt der frühen Entwicklung der Systemtheorien in den 60er und 70er Jahren (dazu ausführlicher Friebe 1999: 147ff).

---

<sup>21</sup> Selbstreferenz = Selbstbezüglichkeit, d. h. „ das System selbst und die Kontinuierung seiner [...] geschlossenen Funktionsweise wird zum Maßstab für die Geeignetheit der Operationen des Systems. Die Umwelt bietet Möglichkeiten und setzt Restriktionen, welche je nur im Hinblick auf die Eigenarten der Operationsweise des Systems als solche erkennbar werden (Willke 2000: 249).

Problematisch an den systemtheoretischen Anlehnungen in den Pflegetheorien ist das unter TALCOTT PARSONS (1902 – 1979) vorherrschende populäre Verständnis von Systemen. Zwischen dessen Verständnis und dem heutigen unter NIKLAS LUHMANN (1927 – 1998) liegen drei verschiedene Paradigmen (vgl. Kleve 2005).

Im ersten Paradigma unter PARSONS ging es um die Frage, wie in Systemen (z. B. eine Familie, eine Gruppe etc.) Handlungen zustande kommen, die das soziale System erhalten. Es wird von einem „strukturierten sozialen Handlungssystem“ (Kleve 2005: 173) ausgegangen, in dem erst im zweiten Schritt gefragt wird, welche Funktionen (vor allem Anpassung, Zielerreichung, Integration und Strukturhaltung) von welchen Subsystemen (z. B. der Körper eines Menschen, das Bewusstsein eines Menschen, das kulturelle System der Werte und Normen) erfüllt werden müssen, damit sich das System als Ganzes realisieren und erhalten kann (vgl. ebd. 2005: 173).

Das zweite Paradigma trennt sich von diesem „Strukturfunktionalismus“. KLEVE zufolge sind für LUHMANN schon 1970 „nicht mehr systemische Strukturen und deren Erhaltung [...] die primär erklärungsbedürftigen Phänomene, sondern zu erfüllende soziale Funktion, um die sich dann – gewissermaßen sekundär – systemische Strukturen bilden, die erst zur Emergenz von Systemen führen“ (Kleve 2005: 173). Ein System wird hier als ein sich gegen seine Umwelt abgrenzender Unterschied (Differenz) bezeichnet, das solange als System (z. B. als Organismus, als Psyche oder als soziales System) definiert wird, wie es seinen Unterschied zur Umwelt aufrechterhalten kann. Es geht nicht um Systemerhaltung, sondern um Funktionen und Leistungen, die die jeweiligen Systeme mit ihren Strukturen für ihre Umwelten (z. B. für die Gesellschaft, für andere Systeme) erfüllen, und darum, wie in einem System ein Wandel, eine Transformation angeregt werden kann (vgl. Kleve 2005: 174).

Im dritten Paradigma wird der Fokus auf den Unterschied zur Umwelt, den ein System erst zu einem System macht, von LUHMANN ab 1984 noch weiter ausgebaut. Die Systembildung wird als ein komplexer Differenzierungsprozess betrachtet, aus der sich die Identität des Systems bildet. Es „konstituiert sich erst dann als systemische Identität, wenn sich wiederholende Operationen des gleichen Typs in eine Differenz setzen zu nicht dazugehörigen Operationen eines anderen Typs“ (Kleve 2005: 174). Ein System ist also nicht mehr als eine Einheit zu

betrachten, sondern besteht aus aneinander anschließenden Operationen, die stets auf sich selbst (sei es auf die Elemente desselben Systems, auf die Operationen desselben Systems oder auf die Einheit desselben Systems) Bezug nehmen, also als selbstreferenzielle Systeme zu betrachten sind. Nach LUHMANN gibt es drei Arten dieser selbstreferenziellen Systeme, die sich in dieser differenztheoretischen Weise beschreiben und erklären lassen: biologische Systeme, psychische Systeme und soziale Systeme. Jedes dieser Systeme kann Umwelt- bzw. Fremdkontakt ausschließlich über Selbstkontakt, über Selbstreferenz realisieren (vgl. Kleve 2005: 175). „Jedes biologische, psychische und soziale System kann seine jeweilige Umwelt lediglich über den Bezug auf die eigenen Operationen, mithin nur indirekt erreichen. [...] Die Psyche kann beispielsweise körperliche Zustände nur so bewusstseinsförmig wahrnehmen, wie dies das jeweilige Bewusstsein mit seinen gedanklichen Operationen erlaubt. Weiterhin kann die Psyche Kommunikationen [der sozialen Systeme, T. B.] nur über die eigenen psychischen, gedanklichen Möglichkeiten verarbeiten. [...] So kann etwa Kommunikation das, was psychisch an Gedanken vor sich geht, nicht direkt erreichen, sondern nur als (mithilfe des biologischen Systems) mitgeteilte Informationen.“ (Kleve 2005: 175) Gleichzeitig setzen sich die Systeme jeweils als relevante Umwelten voraus, keines könnte ohne die jeweils anderen operieren.

Das zuletzt beschriebene, heute aktuelle Paradigma von Systemtheorie wird in den Pflege-theorien nicht berücksichtigt. Die „antiquierten Systemvorstellungen“ (Kleve 2005: 172) der Pflege-theorien legen die Vermutung nahe, dass die Pflegewissenschaft sich seit den 70er Jahren nicht weiter mit der soziologischen Systemtheorie beschäftigt und für sich nutzbar gemacht hat. Dabei lässt sich durch sie gerade die Arbeit in der häuslichen Pflege eindrücklich beschreiben:

Aus systemtheoretischer Sicht hat die ambulante Pflegekraft bei ihrer Arbeit mit drei verschiedenen Systemen zu tun, dem biologischen und psychischen System eines Menschen, sowie unter Einbezug der pflegenden Angehörigen auch mit dem sozialen System Familie (vgl. Kleve 2005: 177).

Das biologische System (der Körper eines Menschen) bildet sich durch die permanente und fortgesetzte Wiederholung von körperlichen Lebensprozessen. Psychische Systeme bilden sich durch die permanente und fortgesetzte Wiederholung von bewusstseinsformenden Operationen, also von Gedanken. Und soziale Systeme (z. B. Interaktionen in Form von Beratung) bilden sich durch die permanente und fortgesetzte Wiederholung von kommunikativen Operationen (vgl.

Kleve 2005: 175). Die Selbstreferenzialität der einzelnen Systeme macht es einer Pflegekraft unmöglich, einen Menschen so zu beeinflussen, dass dessen Verhalten vorhersagbar wird. Somit kann eine Pflegekraft durch Beratungen von Pflegebedürftigen über Gesundheitsprävention nicht das Bewusstsein ihrer Klienten direkt erreichen. Die kommunikative Weitergabe ihres ausgeprägten fachspezifischen Wissens nützt bei der Beratung wenig, um die Klienten zu Veränderungen ihres Verhaltens zu animieren. Dieses Verständnis ist in den Professionen, in denen das neuere systemtheoretische Denken großen Einfluss hat (z. B. in der Psycho- und Familientherapie, der Organisationsberatung, der Pädagogik und der Sozialarbeit) auf große Zustimmung gestoßen. Es bestätigt die praktische Erfahrung vieler Professioneller, dass die Planbarkeit von Interventionen innerhalb von Beratungsprozessen äußerst beschränkt ist (vgl. Kleve 2005: 177). Als Folge dieser Einsicht wurden in den genannten Professionen Beratungskonzepte entwickelt, welche das aktuelle systemtheoretische Verständnis berücksichtigen, Familien zu eigenen Veränderungen anregen zu können.

Im Folgenden wird ein Beratungsansatz dargestellt, der sich an diesen Konzepten orientiert und für Pflegekräfte der ambulanten Pflege modifiziert ist.

## **4.2 Der systemisch orientierte Beratungsansatz**

Dieser Beratungsansatz basiert auf der Systemtheorie nach NIKLAS LUHMANN, wie sie von den angeführten Autoren beschrieben wird. Sie konzentriert sich auf die Aspekte, die die Autorin als nützliches Basiswissen für die tägliche Arbeit von Pflegekräften der ambulanten Pflege ansieht. Demnach werden im Folgenden von ihr nur einige Ausschnitte kurz dargestellt. Daran anschließend werden systemische Beratungsaspekte auf die pflegerische Praxis übertragen. Es soll deutlich werden, wie sich diese positiv auf die Beratungsarbeit in der ambulanten Pflege auswirken können. Das erfolgt anhand eines Beispiels aus dem Pflegealltag, welches in Kapitel 4.2.5.2 beschrieben ist.

### **4.2.1 Soziale Systeme**

Pflegekräfte der häuslichen Pflege haben es bei ihrer täglichen Arbeit mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zu tun, mit Familien, die aus systemischer Sicht als soziale Systeme bezeichnet werden. Jedes soziale System lässt sich nach innen in Subsysteme untergliedern, die Familie z. B. in das Subsystem Geschwister

oder Großeltern. Nach außen ist ein System Subsystem eines anderen Systems, z. B. ist jede Familie ein Subsystem der Ortsgemeinde oder der Gesellschaft.

Jedes soziale System besteht aus Individuen, also Mitgliedern der Familie, die als psychische Systeme<sup>22</sup> bezeichnet werden. Jedoch ist ein soziales System nicht als reine Kumulation psychischer Systeme zu sehen, da soziale Systeme aufgrund von Kommunikation und psychische Systeme aufgrund von Gedanken und Vorstellungen bestehen (dazu siehe Kapitel 4.2.4 „Wirklichkeitskonstruktionen“).

Ein soziales System weist eine spezifische *Sinnstruktur* und *Wirklichkeitskonstruktion* auf, die die *Grenzziehung zur Umwelt* bestimmt und über *Kommunikation* hergestellt wird. (vgl. Barthelmess 2005; vgl. Willke 2000; vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003). Diese Aussage soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

#### **4.2.2 Sinnstruktur eines sozialen Systems**

„Sozialsysteme [sind] auf der Basis von Sinn organisiert [...]“ (Willke 2000: 40). Der Sinn eines Systems kann so bedeutsam für das System sein, dass die Erhaltung dieses Sinns wichtiger sein kann als die Erhaltung des eigenen Lebens. Das ist beispielsweise bei einzelnen Individuen (psychischen Systemen) der Fall, die sich als religiöse Märtyrer das Leben nehmen, oder auch bei sozialen Systemen, die einen Religionskrieg durchführen (vgl. Willke 2000: 40). Der Sinn, der von allen Mitgliedern des Systems geteilt wird, grenzt zu seiner Umwelt ab, was als sinnvoll und was als sinnlos zu gelten hat (vgl. Willke 2000: 40f).

Der Sinn eines sozialen Systems kann auf drei Ebenen betrachtet werden: der Sachebene (an welchen Themen orientiert sich die Familie), der Zeitebene (was aus der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft ist der Familie wichtig) und auf der Sozialebene (wie ist der Umgang miteinander innerhalb der Familie) (vgl. Barthelmess 2005: 38f).

Um Sicherheit und Identität innerhalb dieser Sinnstruktur zu erhalten, hat jedes soziale System eigene Regeln aufgestellt, die die Verhaltensoptionen der Mitglieder einschränken. Diese sind von außen beobachtbar und lassen Rückschlüsse darauf zu, wie sich die Mitglieder darauf geeinigt haben, Wirklichkeit zu definieren, welche Bedeutungen sie den Dingen zuweisen und welches Verhalten sie als „möglich“ und „unmöglich“ ansehen (Schlippe, Schweitzer 2003: 60). Einige dieser Regeln können von den Mitgliedern selbst beschrieben werden, „...wenn sie Teil ihrer Selbstbeschreibung geworden sind“ (ebd. 2003: 61). Die meisten Regeln aber sind

---

<sup>22</sup>Das in Kapitel 4.1 beschriebene biologische System findet in diesem Teil keine Berücksichtigung. Es ist für die Beratung von pflegenden Angehörigen nicht relevant.

ihnen selbst gar nicht bewusst, bzw. werden es erst dann, wenn sie übertreten wurden und die Mitglieder dieses als Problem bewerten (vgl. ebd. 2003: 61).

### 4.2.3 Grenzziehung zur Umwelt

In der modernen Systemtheorie spielen Grenzen von Systemen eine große Rolle. Denn „nicht alles, was in der Welt passiert, nicht alle Ereignisse, Informationen und Zustände können von sozialen Systemen berücksichtigt werden“ (Willke 2000: 51). Grenzen machen zum einen die Differenz, also den Unterschied zwischen System und Umwelt deutlich und definieren somit, was ausgeschlossen ist. Zugleich definieren sie die Bedingungen, unter denen das Eingeschlossene auf sich selbst verwiesen ist (Selbstreferenz). Für eine Familie bedeutet diese Selbstreferenzialität, dass sie durch die selbst definierten Grenzen eine eigene Identität nach innen produziert sowie eigene Regeln erzeugt, die sie gegenüber ihrer Umwelt durchhalten kann (vgl. Willke 2000: 57). Sie kann von außen als „operational geschlossen“, d. h. dass sie sich in ihren Handlungen ausschließlich auf sich selbst bezieht, betrachtet werden. Sie hat ihren eigenen Spielraum von Handlungsmöglichkeiten und Alternativen und trifft Entscheidungen, die mit der eigenen Sicht, mit dem eigenen Sinn und den Regeln übereinstimmen (vgl. Barthelmess 2005: 33f).

Ein „operational geschlossenes“ System kann also nur mit seinen Eigenzuständen operieren und nicht mit systemfremden Komponenten. Es bleibt in seinem Handeln für die Umwelt sowie für andere Systeme undurchsichtig und unverständlich. Operationale Geschlossenheit eines Systems heißt aber nicht „informationelle Geschlossenheit“. Denn gerade aufgrund seiner selbstbezüglichen Organisation wird es dem System erst möglich, auch offen zu sein für die Umwelt. Seine Selbstbezüglichkeit ermöglicht ihm erst, sich selbst als einheitliches, zusammengehöriges System zu beschreiben und sich damit von seiner Umwelt zu unterscheiden. (vgl. Kneer, Nassehi (2000): 47ff) „Geschlossenheit und Offenheit gehören somit notwendig zusammen. [...] Autopoietische<sup>23</sup> Systeme sind *autonom*, aber nicht *autark*.“ (Kneer, Nassehi, 2000: 51) D. h. eine Familie kann Umweltinformationen aufnehmen, soweit diese der Familie relevant erscheinen. Wie die neuen Informationen von ihr verarbeitet werden und zu welchen Handlungen der Familienmitglieder sie führen, ist für Außenstehende nicht vorhersagbar.

---

<sup>23</sup> Die Begriffe „Selbstreferenzialität“ und „Autopoiesis“ können synonym verwendet werden, „da beide in der sozialwissenschaftlichen Diskussion der Systemtheorie gebräuchlich sind, in Bezug auf Sozialsysteme jedoch im Kern den gleichen Bedeutungsgehalt haben: Gemeint ist ein internes Prozessieren, durch welches im Rahmen der operationalen Geschlossenheit Anschlussbildungen produziert werden“ (Barthelmess 2005: 37).

#### 4.2.4 Wirklichkeitskonstruktionen

Dieser Verarbeitungsprozess von Umweltinformationen und Umweltreizen kann nicht als „adäquat“, sondern wird als „systemadäquat“ bezeichnet, da das System aus ihm eine eigene Welt, eine eigene Wirklichkeitskonstruktion herstellt (vgl. Barthelmess 2005: 66). Das Verständnis der „Wirklichkeit unserer Umwelt“ basiert auf der konstruktivistischen Theorie. VON FOERSTER als ein Vertreter des Konstruktivismus<sup>24</sup> beschreibt es folgendermaßen: „Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung.“ (Von Foerster 1981: 40 zit. nach von Schlippe, Schweitzer 2003: 88) Erhält ein System eine Information oder einen Reiz von außen (z. B. in einem Gespräch), gleicht es das Aufgenommene und Erlebte mit der aktuellen internen Welt ab: werden die Erwartungen erfüllt oder enttäuscht, können darauf Anschlusshandlungen erfolgen oder nicht. Somit gibt es keine Informationen als feststehende Sache, die von einem System auf ein anderes übertragen werden können. Eine Information entsteht erst durch die kognitive Tätigkeit eines Systems (vgl. Barthelmess 2005: 47). Erst wenn es die Information als einen relevanten Unterschied wahrnimmt, kann es zur Veränderung der internen Struktur beitragen. Dabei entsteht die Wirklichkeit eines Systems nicht nur als Ergebnis eines persönlichen Prozesses, sondern im Dialog, im Erzählen und Gesprächen der Mitglieder des Systems. Daher werden Familiensysteme auch als sprachliche Systeme angesehen, in denen Mitglieder durch Konversation Bedeutungen erzeugen und so eine gemeinsame Darstellung der Wirklichkeit erschaffen (vgl. Schlippe, Schweitzer 2003: 95). *Kommunikation* kann als elementare Operation eines Systems angesehen werden, die einerseits die Wirklichkeitskonstruktion bestimmt, aber auch von dieser bestimmt wird.

Dabei ist festzuhalten, dass sich die Kommunikation als Operand eines Systems nicht zwangsläufig mit dem Bewusstsein eines einzelnen Mitglieds decken muss. Wie oben erwähnt, bestehen die einzelnen Mitglieder (psychische Systeme) nicht aufgrund von Kommunikation, sondern aufgrund von Vorstellungen, Gefühlen und Gedanken. Deutlich wird das in Zusammenhang mit Emotionen. Wie schwer fällt es

---

<sup>24</sup> Als Kernpunkt des Konstruktivismus gilt, dass wir mit einem vollkommen veränderten Realitätsbegriff umgehen müssen, der sich fern aller ontologischer Gewissheit ausschließlich im kognitiven Feld dadurch aufbaut, wie wir uns unsere Wirklichkeit buchstäblich denken. Der K. ist in Bezug auf Aussagen sehr zurückhaltend und lehnt als logische Struktur die Unterstellung von objektiven Zusammenhängen ab. Wir können nur etwas über eine Welt aussagen, wie sie sich a posteriori darstellt, weil alles Erkennen, Verstehen und Lernen darauf basiert, wie wir es mit unseren fünf Sinnen als wahr erlebt haben. Erkennen ist immer schon Interpretation, da wir unseren Erkenntnisstandpunkt nicht außerhalb unserer subjektiven Perspektive wahrnehmen können (vgl. Büschges-Abel 2000: 48).



Menschen, Emotionen, z. B. Angst, in Kommunikation zu überführen. Es ist also davon auszugehen, dass das, was zwei Menschen sich sagen, viel weniger ist, als das, was in ihrem Bewusstsein vor sich geht (z. B. an Gedanken, Gefühlen, Beobachtungen von sich und anderen). Sie möchten soviel mehr sagen, als das was sie herausbringen. Die bewussten Gedanken begleiten die Beiträge, sie „umspielen“ sie, ohne dass alles von ihnen kommunikative Wirklichkeit wird. Gleichzeitig läuft die Kommunikation schneller und komplexer ab, als dass das Bewusstsein mit ihr stets Schritt halten könnte. Daher kommt es nur begrenzt mit ihr zur Deckung. Und so werden die beiden Personen auch nach Ende des Gesprächs noch über dieses und jenes nachdenken, einzelne Aspekte gedanklich wiederholen usw. Und es wird letztlich weniger in ihrem Bewusstsein sein, als in der Kommunikation enthalten war (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003: 72).

Aufgrund dieser Ausführungen lassen sich bereits Überlegungen und Empfehlungen für Pflegekräfte in ihrem täglichen Umgang mit pflegenden Angehörigen ableiten. Vorab soll jedoch das allgemeine Ziel systemischer Beratung betrachtet werden, um es anschließend auf ein für Pflegekräfte umsetzbares Maß zu bringen.

#### **4.2.5 Das Ziel systemischer Beratung**

Das Ziel von systemischer Beratung, wie es BARTHELMESS beschreibt, ist, „über das Anregen von Informationsbildungsprozessen und die Initiierung spezifischer Kommunikationssettings die selbstreferentielle Weiterentwicklung des Klientensystems so anzuregen, dass neue Problemlösemöglichkeiten eröffnet und umgesetzt werden können“ (Barthelmess 2005: 109). Dieses Ziel wird im Folgenden näher erläutert.

Es wurde oben deutlich gemacht, dass ein System Umweltinformationen aufnehmen und verarbeiten kann, soweit diese dem System als *relevante* Unterschiede zu seiner Wirklichkeitskonstruktion erscheinen. Dem System Klient nützt es demnach wenig, mit kompetentem Sachwissen und aufwendiger Diagnostik über Möglichkeiten zur Problemlösung von einem Berater aufgeklärt zu werden, wenn der Klient sie nicht in seine systemspezifischen Verarbeitungsmechanismen einpassen kann (vgl. ebd. 2005: 115). Zu einer nützlichen Information wird etwas für das System erst, wenn es selbst das Wahrnehmen von Unterschieden als Anlass nimmt, zur Veränderung interner Strukturen beizutragen (vgl. ebd. 2005: 47). Ein Berater sollte also darauf bedacht sein, durch seine kommunikativen Interventionen ein System so anzuregen,

dass es relevante Unterschiede wahrnimmt und diese zu einer selbstreferentiellen Weiterentwicklung führt.

Um zu erklären was Problemlösemöglichkeiten sein können, ist es notwendig, das Wort „Problem“ systemtheoretisch näher zu beleuchten.

#### **4.2.5.1 „Probleme“ aus systemischer Sicht**

VON SCHLIPPE und SCHWEITZER zitieren bei der Definition von Problem LUDEWIG: ein Problem ist „jedes Thema einer Kommunikation, die etwas als unerwünscht und veränderbar bewertet“ (Ludewig 1992<sup>25</sup>: 116, zit. nach von Schlippe, Schweitzer 2003: 103). Bedeutung erhalten Probleme erst im Zusammenhang mit ihrer kommunikativen Dynamik und ihren innerpsychischen Wirkzusammenhängen, die die Subjektivität von Problemen betonen (vgl. Barthelmess 2005: 109). Ein Problem besteht also, wenn eine Situation von einem Menschen in seiner Wirklichkeitskonstruktion als beunruhigend und störend empfunden wird und nach außen kommuniziert wird. Da Menschen aus systemischer Sicht zwar autonom, aber eben nicht autark leben können, muss auch jedes Problem vor dem Hintergrund des sozialen Kontextes und in Verbindung mit beteiligten Systemen betrachtet werden. Folglich können Probleme nicht mehr strikt einer Person zugeordnet und als personale Eigenschaften oder Charakterzüge betrachtet werden.

Diese Bedeutungsgebung steht im Gegensatz zu klassischen psychologischen oder medizinischen Auffassungen, wonach bestimmte Symptome als Ausdruck von Krankheiten gesehen werden, die von einem „objektiven Fachmann“ als Beobachter (z. B. Arzt, Psychiater) dem Klientensystem als Eigenschaften zugeschrieben werden (vgl. ebd. 2005: 110). Hier werden die Probleme, die in Form von Symptomen beobachtbar sind, einem Menschen angeheftet, wodurch automatisch der Kontext, innerhalb dessen diese Problematik auftritt, entlastet wird - für den Fachmann ein bequemes Spiel, da es beispielsweise für eine pflegende Angehörige einfacher ist, eine mögliche „Aggressivität“ ihres Vaters als dessen intrapsychische Eigenschaft und nicht als Ausdruck der gesamten Familiensituation zu betrachten. Das würde nämlich bedeuten, dass familiäre Prozesse auf den Prüfstand müssten, wenn eine Verbesserung der Symptomatik erreicht werden soll (vgl. ebd. 2005: 111).

Im Gegensatz dazu nehmen systemische Berater einen Perspektivwechsel vor und versuchen, das Problem aus Sicht des betroffenen Systems zu ergründen. Dabei

---

<sup>25</sup> Ludewig, K. (1992): Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis. Stuttgart: Klett.

vertritt der Berater jedem Problem gegenüber eine Neutralität und bewertet das von dem Menschen mitgeteilte Problem nicht. Und er versucht nicht, das Problem des Klienten selbst zu lösen oder Stellung zu nehmen. Es bleibt also während des gesamten Beratungsprozesses das Problem des Klienten (vgl. ebd. 2005: 129). Ziel des Beraters ist, das Beratungssystem so zu gestalten, dass durch verschiedene Interventionen veränderte Wirklichkeitskonstruktionen und Kommunikationsmuster innerhalb des Familiensystems erreicht werden können, und dass dadurch das vormals bestehende Problem in der Form nicht mehr existiert (vgl. ebd. 2005: 115).

#### **4.2.5.2 Angepasstes Ziel für die Pflegekraft**

Zwischen einer professionellen systemischen Beratung und der Beratungsarbeit einer Pflegekraft der ambulanten Pflege bestehen große Unterschiede, die sich auf die Erreichbarkeit der Ziele auswirken. Professionelle systemische Beratung ist ein Prozess, der meist mehrere Beratungstreffen zwischen Berater und Familie beinhaltet, die auf Freiwilligkeit aller Beteiligten beruhen. Der Klient kommt mit dem Interesse zum Berater, dass dieser beim Lösen eines vom Klienten festgestellten Problems behilflich ist.

Für herkömmliche Pflegekräfte besteht die Problematik, dass sie die Beratung in den täglichen Ablauf ihrer pflegerischen Arbeit integrieren müssen. Beratung wird auch nicht extra monetär und zeitlich honoriert. Des Weiteren wird die Beratung oft von den Beteiligten gar nicht als solche wahrgenommen, vor allem wenn es um eine Beratung außerhalb von Pflegeaktivitäten geht. Ein vielleicht ausschlaggebender Unterschied ist darin zu sehen, dass das Problem, welches eine Pflegekraft in einer Familie sieht, von dieser oft gar nicht als Problem angesehen wird. Daher sind die Ziele der systemischen Beratung aus den Kapiteln 4.2.5 und 4.2.5.1 für Pflegekräfte so schwer erreichbar. Sie geben dennoch eine gute Orientierung, worauf es im Umgang mit einer Familie, bei der ein Problem erkannt wird, ankommen sollte.

Dazu folgendes Fallbeispiel:

Ein körperlich pflegebedürftiger 85-jähriger Mann mit Pflegestufe 2 wird jeden Morgen von einer Pflegekraft ca. 30 Minuten lang grundpflegerisch versorgt. Er lebt mit im Haus seines Sohnes und dessen Frau. Seine Schwiegertochter ist selbst nicht berufstätig und betreut und pflegt ihn den Rest des Tages. Sein Sohn ist beruflich sehr eingespannt, daher wenig zuhause und hilft kaum bei der Pflege seines Vaters. Die Schwiegertochter ist schon 63 Jahre alt und leidet unter starken Rückenproblemen. Die Pflegekraft, die seit einem halben Jahr mehrmals die Woche kommt, bemerkt eine steigende Überforderung der Schwiegertochter und möchte sie bezüglich weiterer Leistungsangebote beraten.

Bisher sind es Pflegekräfte aus der medizinisch traditionellen Sichtweise heraus gewohnt, Menschen aufgrund von objektiv zu verstehenden Problemdefinitionen und Problemzuschreibungen zu behandeln und zu beraten. Sie orientieren sich dabei an Normen und Regeln. Diese beinhalten: jedes Problem hat eine Ursache. Für das Lösen dieser Probleme steht kompetentes Fachwissen zur Verfügung. Die in der Praxis meistens vorzufindende Reaktion der Pflegekraft ist folgende: sie erstellt der Schwiegertochter eine Liste mit den möglichen Hilfeleistungen, die zusätzlich in Anspruch genommen werden können. Diese Liste fällt sehr umfangreich aus. Die Schwiegertochter wird gebeten, sich zusammen mit ihrem Mann und dem Schwiegervater bis zum nächsten Erscheinen der Pflegekraft zu überlegen, was für sie als Zusatzhilfen in Frage kommen könnte. Danach werde die Pflegekraft alles in die Wege leiten.

Diese Vorgehensweise ist aus systemischer Sicht nicht sinnvoll. Die Pflegekraft hat lediglich das Problem der Überforderung definiert und der Familie verschiedene Problemlösemöglichkeiten aufgezählt. Es ist zweifelhaft, ob die Schwiegertochter die Beschreibung der Überforderung ebenfalls als Problem für sich sieht. Durch Kapitel 2.4 „Erörterung von möglichen Gründen für die Nicht-Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen durch pflegende Angehörige“ wird deutlich, dass es ebenso zweifelhaft ist, ob die Schwiegertochter die aufgezeigten Problemlösemöglichkeiten als solche für sich erkennen und nutzen wird.

Ein systemisch orientierter Beratungsansatz bietet eine Chance für Pflegekräfte, dazu beizutragen, dass pflegende Angehörige mehr Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Bezogen auf das Beispiel besteht das Ziel für die Pflegekraft darin, durch kommunikative Interventionen mit der Familie zu

versuchen, dass diese eine Einsicht über das Problem der Überforderung der Schwiegertochter erhält, sie Unterschiede wahrnehmen und diese in ihre Wirklichkeitskonstruktionen aufnehmen. Dann kann die Schwiegertochter die Information, die die Pflegekraft als Problemlösemöglichkeit anbietet, als solche für sich nutzen.

Natürlich kann es sein, dass trotz aller Bemühungen und Interventionen die Familie Unterschiede nicht wahrnimmt und somit die Überforderung der Schwiegertochter anders bewertet. Folglich ist es wichtig, dass die Pflegekraft diesen Umstand akzeptiert. Sie sollte von weiteren Versuchen, die Familie bezüglich möglicher Unterstützungsleistungen zu beraten, absehen.

Damit die Pflegekraft möglichst erfolgreich intervenieren kann, beschreiben die nächsten Kapitel die notwendige Haltung, die Grundprinzipien und zwei Interventionen des systemisch orientierten Vorgehens.

#### **4.2.6 Haltung, die eine Pflegekraft einnehmen sollte**

Die Pflegekraft, selbst ein „geschlossenes System“, ist nicht in der Lage, das ihr gegenüber stehende Familiensystem in seinem Verhalten zu verstehen und zu beeinflussen (Black Boxes). Jedes System hat seine eigene Vorstellung von der Wirklichkeit der Umwelt, so dass die Begriffe „wahr“ und „unwahr“ ihre Bedeutung in diesem Zusammenhang verlieren. Die individuellen Sichtweisen der Wirklichkeit, die Gedanken, Gefühle, Motive sowie das Verhalten der Einzelnen sollten von ihr akzeptiert und nicht als „falsch“ oder „richtig“ deklariert werden. Gleichzeitig sollte die Pflegekraft sich darüber im Klaren sein, dass es sich bei ihrer eigenen Welt- und Klientenanschauung ebenfalls nicht um Tatsachen, sondern um Annahmen handelt (vgl. Weakland, Herr 1988: 155; vgl. Barthelmess 2005: 43). Auch ihre Denk- und Handlungsweisen können nicht richtig oder falsch, sondern für die Familie nützlich oder nicht nützlich sein. Ein gegenseitiges volles Verständnis zweier Systeme ist nicht möglich und nicht notwendig und für eine gelungene Kommunikation nicht ausschlaggebend. Der eine hat das gesagt, der andere jenes – es stimmt halt beides (vgl. Barthelmess 2005: 42). Die Pflegekraft kann jedoch mit einer „so tun als ob – Haltung“ ihre Bereitschaft signalisieren, ihr bestes zu geben, um die Klienten in ihren Interessen und Zielen zu unterstützen.

Diese Denkweisen setzen eine „aufnehmend-verständnisvolle Haltung“ voraus (ebd. 2005: 78).

Als „Vater“ einer in dieser Weise kommunikativen Grundhaltung, die ein wesentlicher Faktor für das Zustandekommen eines guten Gesprächsklimas ist, gilt CARL R. ROGERS. Ihm zufolge verfügt jede Person über die Fähigkeit zu guten zwischenmenschlichen Beziehungen. Er ist überzeugt, dass die menschliche Natur vertrauenswürdig und konstruktiv, schöpferisch, sozial und auf Reife hin ausgerichtet ist. Außerdem ist jeder Mensch in der Lage, für seine eigenen Entwicklungsmöglichkeiten eigenverantwortlich zu sein, d. h. jeder Mensch kann eine kluge Wahl für das Lösen seiner Probleme treffen. Das Wachstum der Persönlichkeit wird durch die Erfahrung einer vertrauensvollen Beziehung gefördert. Und grundlegend für jede menschliche Beziehung sind dabei die Grundhaltungen *Echtheit, Wertschätzung und Empathie*.<sup>26</sup>

Der Kommunikationsstil einer Pflegekraft, für den Echtheit, Empathie und Wertschätzung charakteristisch sind, kann zur Quelle von Vertrauen und Verständnis werden. Das dadurch geschaffene Klima wirkt befreiend und schafft eine gute Ausgangssituation für die Bearbeitung von Fragen, Problemen und Konflikten (vgl. Rogall et. al 2005: 50). Die drei Grundhaltungen nach ROGERS sollten demnach für die Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen verinnerlicht und wiedergegeben werden.

#### **4.2.6.1 Echtheit**

Bei Echtheit geht es darum, mit sich selbst stimmig zu zeigen, wie man tatsächlich ist. Um zu überprüfen, ob man echt ist, sollte die Frage *„Stimmt das, was ich sage und tue, mit dem überein, was ich denke und fühle?“* mit Ja zu beantworten sein. Es geht also darum, sich und anderen nichts vorzumachen, sondern offen, ehrlich und wahrhaftig zu sein (vgl. ebd. 2005: 49).

Für die Pflegekraft heißt das aber nicht, dass sie alles sagen muss, was sie denkt, und dass sie ständig alle ihre Gefühle aussprechen soll. Zwar sollte alles, was gesagt wird, echt und wahrhaftig sein, aber nicht alles, was echt und wahrhaftig ist, muss auch gesagt werden (vgl. ebd. 2005: 49).

---

<sup>26</sup> Quelle: <http://www.social-psychology.de/sp/pt/rogers>, Zugriff am 27.3.08.

#### **4.2.6.2 Empathie**

Es geht darum, die Welt so zu sehen, wie die andere Person sie sieht und die andere Person so zu sehen, wie sie sich selbst sieht (vgl. ebd. 2005: 50). Dies ist ein wichtiger Aspekt in der systemischen Betrachtungsweise, in der es darum geht, die Wirklichkeitskonstruktionen der Klienten zu akzeptieren. Die Pflegekraft sollte die Fähigkeit und die Bereitschaft haben, sich in die Welt der Klienten, in deren Einstellungen, Ideen, Gefühle etc. hinein zu versetzen. Dieses Einfühlen macht es Pflegekräften leichter, die Verhaltensweisen von Klienten nach zu vollziehen, die flüchtig betrachtet als „unmöglich“ bewertet würden. Das Streben nach Empathie bedeutet also, das Bemühen zu verstehen, welche Bedingungen und Gefühle die einzelnen Familienmitglieder veranlassen, sich so und nicht anders zu verhalten (vgl. Weakland, Herr 1988: 42).

#### **4.2.6.3 Wertschätzung**

Bei der (uneingeschränkten positiven) Wertschätzung geht es um die Akzeptanz einer Person, so wie sie ist. Unabhängig von ihrer Herkunft, dem äußeren Erscheinungsbild, Intellekt usw. (vgl. Rogall et. al 2005: 50), aber auch unabhängig davon, was sie vielleicht getan hat oder noch tut (vgl. Weakland, Herr 1988: 42). Es geht also darum, einem Menschen ohne Bezugnahme auf sein konkretes Verhalten Achtung entgegen zu bringen.

Solche Akzeptanz führt zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls, was wiederum eine Freiheit nach sich zieht im Blick auf neue Wege und Veränderungen. Nichtannahme wird als Abwertung empfunden. Sie verschließt einen Menschen, gibt ihm das Gefühl, sich in der Defensive zu befinden, ruft Unbehagen hervor und führt zu einer Abwehrhaltung. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Pflegekraft und Klient wird verhindert und somit die Chance auf eine Aufnahme von neuen Informationen, die das Lösen von Problemen wahrscheinlicher macht.

WEAKLAND und HERR fassen das Verinnerlichen dieser Grundhaltungen folgendermaßen zusammen: „Wenn Sie in aller Ehrlichkeit zu ihren Klienten sagen können, dass Sie ihre Situation so gut verstehen, dass Sie sich vorstellen könnten, unter ähnlichen Bedingungen sehr ähnlich zu empfinden und zu handeln, haben Sie vermutlich die Kunst der Echtheit und der Empathie sowie der uneingeschränkten positiven Wertschätzung gemeistert.“ (Weakland, Herr 1988: 43)

Das Verinnerlichen dieser Haltungen wird als Voraussetzung gesehen, um zum einen das von ZEMAN verlangte Vertrauen in der Beziehung zum Klienten zu erreichen, und zum anderen, um die im folgenden Kapitel beschriebenen Grundprinzipien einhalten zu können, sowie die Interventionen erfolgreich durchzuführen. VON SCHLIPPE und SCHWEITZER betonen in der systemischen Beratung den Aufbau einer warmen, empathischen und wertschätzenden Beziehung als bedeutsame Grundlage für die Kooperation (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003: 119).

#### **4.2.7 Grundprinzipien, die eine Pflegekraft beachten sollte**

##### **4.2.7.1 Wahrung der Distanz**

Die Pflegekraft ist zwar selbst ein „geschlossenes System“, aber durch ihr Handeln auch Subsystem innerhalb des Arbeitssystems mit der Familie. Nur so kann sie verändernd wirken. Es birgt gleichzeitig die Gefahr, dass sie zu wenig Distanz wahrt, da gerade die pflegerische Tätigkeit sehr intim sein kann und es leicht passiert, dass sie die pflegende Angehörige so gut versteht, dass sie komplett ihre Wirklichkeitskonstruktionen teilt. Dadurch kann sie der Familie aus systemischer Beratungssicht nicht mehr nützlich sein. Eine distanzierte Grundhaltung ist unbedingt vonnöten (vgl. Barthelmess 2005: 119).

Nach WEAKLAND und HERR gibt es drei Alarmzeichen für eine zu große Nähe zu den Problemen der Klienten:

1. Die Pflegekraft macht die Probleme zu ihren eigenen, d.h. sie „nimmt sie abends mit nach Hause“. Unerfahrene Berater meinen häufig, der Grad ihrer persönlichen Betroffenheit, stelle ein gutes Maß für die Anteilnahme und Effektivität als Berater dar. Es ist aber umgekehrt: je mehr die Probleme zu den eigenen gemacht werden, desto größer ist die Ineffektivität in der Beratungssituation (vgl. Weakland, Herr 1988: 34).
2. Die Pflegekraft macht sich mehr Sorgen über die Probleme der Klienten(,) als die Klienten selbst, d. h. sie sieht Probleme, welche die Familie als solche gar nicht wahrnimmt (vgl. ebd. 1988: 35). Ein System lässt sich jedoch keine Probleme einreden, genauso wie es keine Informationen oder Ratschläge aufnehmen kann, die nicht in seine Wirklichkeitskonstruktionen passen. Die Pflegekraft sollte akzeptieren, wenn die Klienten ein von ihr bemerktes Problem nicht als Problem sehen.



3. Wenn die „Hilfe“ der Pflegekraft keine Hilfe ist, d. h. sie zu sehr bemüht ist, den Klienten helfen zu wollen. Je intensiver die Hilfsbemühungen sind, desto stärker macht sie sich von einer Lösung des Problems abhängig. Die Klienten brauchen aber keinen Berater, der selbst stark damit beschäftigt ist, das Problem zu lösen, sondern jemanden, der geduldig seine Sicht der Geschehnisse in ihrem Leben zur Verfügung stellt und sie selbst entscheiden lässt, was sie zur Lösung beitragen wollen (vgl. ebd. 1988: 36).

Weitere Hinweise auf eine möglich überschrittene Distanz gibt der Pflegekraft ihre Stellung innerhalb der Familie. Stellt sie beispielsweise fest, dass die pflegende Angehörige jeder ihrer Äußerungen zustimmt, oder aber jeder sehr ablehnend gegenübertritt, dann sollte sie sich nach den Gründen fragen. Ist die pflegende Angehörige so erschöpft, dass sie sich an jedes ihrer Worte klammert und die Verantwortung für den Pflegebedürftigen an die Pflegekraft am liebsten abgeben will. Oder fürchtet die pflegende Angehörige, dass die Pflegekraft ihr die Macht in der Familie streitig macht und lehnt deshalb alles Geäußerte der Pflegekraft ab. Durch diese Einschätzung ihrer Stellung innerhalb der Familie kann sie überprüfen, ob sie ihr Engagement nicht vielleicht übertreibt (vgl. ebd. 1988: 144) und dem entgegensteuern muss.

#### **4.2.7.2 Neutralität allen gegenüber**

Die systemische Betrachtungsweise bezieht meistens mehrere Familienmitglieder mit ein. Durch die Tätigkeit am Krankenbett eines Pflegebedürftigen besteht für die Pflegekraft die Gefahr, diesem gegenüber eine stärkere Verbundenheit und berufliche Verpflichtung zu verspüren, als gegenüber den anderen Familienmitgliedern. Wenn z. B. ein zu pflegender Mensch, den die Pflegekraft als die am meisten auf Hilfe und Verständnis angewiesene Person ansieht, von seinem pflegenden Angehörigen scharf kritisiert wird, läuft sie Gefahr, Partei zu ergreifen oder gar Vorwürfe und Drohungen auszusprechen (vgl. Weakland, Herr 1988: 30). Um diese Parteinahme zu rechtfertigen, müsste die Pflegekraft von Kategorien wie Recht und Unrecht der jeweiligen Personen ausgehen und jeweils einen Schuldigen und ein Opfer identifizieren, was systemtheoretisch nicht zulässig ist. Sie sollte sich deshalb nicht nur einem, sondern allen Beteiligten gegenüber verpflichtet fühlen (vgl. ebd. 1988: 32). Das setzt eine neutrale Haltung gegenüber allen Personen mit deren Gefühlen, Sicht- und Denkweisen voraus (vgl. Barthelmess 2005: 129). Es gilt für sie,

eine „gesunde Mischung“ aus „mit allen und doch mit keinem verbunden sein“ zu finden<sup>27</sup>.

Diese Neutralität ist für den systemischen Berater eine Voraussetzung, um von allen Familienmitgliedern als kompetent akzeptiert und nicht in bestehende Beziehungsmuster eingebaut zu werden (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003: 119). Das heißt für die Pflegekraft nicht, keine Meinung haben zu dürfen. Nur sollte sie diese nicht unüberlegt einbringen. Sie kann und muss sich sogar phasenweise für einzelne Familienmitglieder besonders engagieren, um verstehen zu können, was sich hinter den Handlungen und Äußerungen dieser Person verbirgt. Nur sollte sie dann darauf achten, dieses Engagement mit dem einen durch ein Engagement mit dem anderen auszugleichen, um die Neutralität wiederherzustellen (vgl. ebd 2003: 119).

#### **4.2.8 Interventionsmöglichkeiten**

Alle Interventionen, die in der systemischen Beratung und Therapie angewendet werden, stehen unter der von VON FOERSTER im „ethischen Imperativ“ beschriebenen Zielrichtung: „Handle stets so, dass du die Anzahl der Möglichkeiten vergrößerst!“ (von Foerster zit. nach von Schlippe, Schweitzer 2003: 116). Damit steht in der Praxis alles, was die Zahl der Möglichkeiten einschränkt (Tabus, Denkverbote, Dogmen, Richtig – Falsch Bewertungen) systemischem Arbeiten entgegen (vgl. ebd. 2003: 116).<sup>28</sup> In der Literatur zur systemischen Beratung findet sich eine Vielzahl von Möglichkeiten, in Problemsituationen zu intervenieren. Bei VON SCHLIPPE und SCHWEITZER (2003) finden sich folgende Interventionen: Aufstellen von Hypothesen, systemisches Fragen, Umdeutungen, die Familienskulptur und andere metaphorische Techniken sowie die gezielte Abgabe von Kommentaren.

Bei BARTHELMESS (2005) werden die Interventionen unterteilt in institutionsbezogene (wenn Organisationen beraten werden), kommunikationsbezogene (wenn soziale Systeme wie Familien beraten werden) und individuumsbezogene Verfahren.

---

<sup>27</sup> Natürlich gelten Grenzen für Neutralität. Durch Geschlecht, Alter, Nationalität usw. sind Menschen in ihren Handlungs- und Denkweisen festgelegt. (Vgl. Barthelmess 2005: 130). Des Weiteren taugt Neutralität nicht für Situationen, in denen Fürsorge oder soziale Kontrolle angezeigt ist (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003: 119). Hier ist die Reflexionsfähigkeit der Pflegekraft gefragt, um darüber zu entscheiden, wann Neutralität angezeigt ist und wann nicht.

<sup>28</sup> Was wiederum systemisches Denken in Konflikt mit Religions- und Moralvorstellungen sowie Wissenschaftstraditionen bringt (vgl. von Schlippe, Schweitzer 2003: 116). Die Pflegekraft ist aufgefordert, in der Situation für sich zu entscheiden, ob beispielsweise einer Moralvorstellung entsprechendes Handeln Folge zu leisten ist oder nicht.

Alle Interventionen sind darauf ausgelegt, es dem Berater zu ermöglichen, die Klienten in mehreren Beratungssitzungen zur Selbstlösung ihrer Probleme zu verhelfen. Daher bestehen sie fast ausschließlich aus Fragen und Anregungen geben. Eine Beratung beginnt meist aus einer Erfragung der Sichtweisen aller Beteiligten über den „Ist-Zustand“ des zu beratenden Systems. So erhält der Berater einen Überblick über deren Wirklichkeitskonstruktionen sowie deren Sinnzusammenhänge.

Pflegekräfte beraten ihre Klienten während der täglichen Pfllegetätigkeit. Sie benötigen daher Interventionen, die unkompliziert durchführbar sind. Im oben beschriebenen Beispiel sollte es der Pflegekraft darum gehen, dass die ganze Familie das Problem der Überforderung erkennt. Da das Problem nicht einer Person zuzuschreiben ist, sollten möglichst auch der Schwiegervater und der Ehemann in ihre Interventionen einbezogen werden. Zugleich wird bedacht, dass Probleme, die in einer Pflegebeziehung bestehen, sich nur selten aus der momentanen Situation erklären lassen (vergleiche Kapitel 2.4.2 „Belastungen der pflegenden Angehörigen“). Wie schon beschrieben, gibt es die unterschiedlichsten Motivationen für Angehörige, eine Pflege zu übernehmen, die mit objektiven und subjektiven Belastungen einhergehen. Durch das Vertrauen, das die Pflegekraft durch die lange Pflegezeit und in ihren kommunikativen Haltungen erworben hat, hat sie bereits tiefere Einblicke in die Wirklichkeitskonstruktionen und Sinnzusammenhänge der ganzen Familie bekommen:

Die Schwiegertochter hat die Pflege ihres Schwiegervaters vor vier Jahren übernommen. Sie pflegt ihn gern, da er immer sehr gut zu ihr war, und sie ihn wie ihren eigenen Vater liebt. Ihr Ehemann hat sich von Anfang an aus der Pflege herausgehalten, worunter sie leidet. Sie hat das Gefühl, ihr Mann sehe es als die Pflicht seiner Ehefrau an, seinen Vater zu pflegen. Ihre Rückenschmerzen behindern sie bei der Arbeit, daher habe sie angefangen, abends Entspannungsübungen durchzuführen.

Die Pflegekraft kann diese Informationen in ihre Beratung mit einbeziehen. Es eignen sich folgende Interventionen:

1. Systemisches Fragen
2. Umdeutungen

#### 4.2.8.1 Systemisches Fragen

Systemische Fragen sind geeignet, gleichzeitig Informationen zu gewinnen (also Unterschiede festzustellen) und zu geben. Vor allem geht es um Fragen, die die Wirklichkeitskonstruktionen sowie die Kommunikationsmuster des Systems betreffen. In die Frage kann eine Umdeutung eingebaut werden, die meist von den Betreffenden leichter angenommen werden kann als eine direkte Interpretation (vgl. Barthelmess 2005: 160, vgl. von Schlippe, Schweitzer 1997: 137). Es ist für eine Person leichter, etwas als eigene Überzeugung anzunehmen, wenn sie es selbst gesagt hat (vgl. Weakland, Herr 1988: 28). Durch die Art der Fragestellung werden bei den befragten Personen eigene Ideen angestoßen.

Das „zirkuläre Fragen“ spielt in der systemischen Beratung eine besondere Rolle. Dieses beruht auf der Annahme, dass Verhaltensweisen und Gefühlsausdrücke nicht nur als im Menschen ablaufende Ereignisse zu betrachten sind, sondern sie immer auch eine Funktion in den wechselseitigen Beziehungsdefinitionen haben. „Daher kann es interessanter sein, diese kommunikativen Bedeutungen sichtbar zu machen, als den betreffenden Menschen ausführlich nach seinen eigenen Empfindungen zu befragen“ (von Schlippe, Schweitzer 1997: 138). Sie bewirken also, dass jemand in Anwesenheit der anderen Systemmitglieder seine Sicht und Einschätzung über diese kundgibt. Durch die Antworten entstehen neue Informationen im System.

##### *Beispiele für Fragen an den Schwiegervater:*

- Glauben Sie, Ihre Schwiegertochter wäre ausgeglichener und fröhlicher, wenn sie nicht so sehr unter ihren Rückenproblemen leiden würde?
- Was glauben Sie, würde Ihre Schwiegertochter tun, wenn man ihr täglich zwei Stunden Zeit nur für sich schenken würde?
- Was ist für sie das Besondere an der Pflege durch ihre Schwiegertochter. Gibt es Dinge, die sie auch von anderen durchführen lassen würden?
- Wie würde Ihr Sohn reagieren, wenn seine Frau die Pflege an Ihnen verweigern würde. Und wie würden Sie selbst reagieren?

##### *Beispiele für Fragen an den Ehemann:*

- Glauben Sie, dass Ihr Vater die Pflege Ihrer Frau besser annehmen könnte, wenn er sehen würde, dass ihre Frau weniger Rückenschmerzen hätte?
- Wie glauben Sie, würde Ihre Ehefrau reagieren, wenn sie ab morgen täglich zwei Stunden bei der Pflege ihres Vaters helfen würden?

- Denken Sie, Ihre Frau würde erneut die Pflege übernehmen, wenn sie noch einmal vor die Wahl gestellt werden würde?
- Wenn Ihre Frau ab morgen nicht mehr zur Verfügung steht, wie könnte die Pflege anders organisiert werden?

*Beispiele für Fragen an die Schwiegertochter:*

- Glauben Sie, dass Sie durch weniger Rückenprobleme ausgeglichener wären? Und würde sich dann das Verhältnis zu Ihrem Mann und Schwiegervater verändern?
- Wie glauben Sie, würde ihr Ehemann reagieren, wenn sie ihm gegenüber äußern, weitere pflegerische Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen?
- Wie denken Sie reagieren Ihr Mann sowie Ihr Schwiegervater, wenn Sie ab morgen für die Pflege nicht mehr zur Verfügung stehen?
- Glauben Sie, dass Ihr Schwiegervater es für Ihre Pflicht hält, ihn zu pflegen?
- Mal angenommen, die Rückenschmerzen wären plötzlich weg. Was würden Sie dann tun, was Ihnen jetzt nicht möglich ist?

Wie in Kapitel 4.2.4 beschrieben, besteht ein psychisches System aufgrund von Gefühlen und Vorstellungen. Durch die im System stattfindende Kommunikation kann ein Transfer der kommunikativen Inhalte ins psychische System erfolgen und umgekehrt. Es kann jedoch sein, dass das Gesagte des Individuums nicht immer mit seinem Unterbewusstsein übereinstimmt (vgl. Barthelmess 2005: 166f). Beispielsweise können bei der Schwiegertochter weitere Intentionen zur Pflege bestehen, denen sie sich selbst nicht bewusst ist. Diese verdeckten Motivationen könnten die Schwiegertochter daran hindern, ihre Überforderung zu erkennen. Um hinsichtlich der Überforderung herauszufinden, ob es neben dem Grund „der Ehemann erwartet es von mir“ weitere Gründe für sie gibt, den Schwiegervater zu pflegen, bieten sich beispielhaft folgende Fragen an:

- Was müsste ihr Mann tun oder sagen, damit Sie das Gefühl haben, er erwarte von Ihnen die Pflege?
- Wenn er das nicht mehr tun würde, würden Sie dann die Pflege reduzieren?

*Beispiel für eine Frage, die alle drei betrifft:*

- Wenn Sie einen Brief an Ulla Schmidt schreiben könnten, welche Verbesserungsvorschläge bezüglich des Pflegesystems würden Sie ihr unterbreiten?

*Beispiel für eine Frage, die die Schwiegertochter und ihren Ehemann betrifft:*

- Was würden Sie von Ihren Kindern erwarten bezüglich Ihrer eigenen Pflege?

#### **4.2.8.2 Umdeutungen**

Bei der Methode der Umdeutung geht es darum, dem Geschehen einen möglichen anderen Sinn zu geben, in dem sich dann die Bedeutung des Geschehens verändert. Dabei werden nicht die objektiven Sachlagen verändert, sondern es findet eine Neuorientierung auf der Bedeutungsebene statt. Der Unterschied zu den systemischen Fragen besteht darin, dass der Berater selbst aktiv die Wirklichkeit umdeutet, in dem er eine vom Klienten verinnerlichte Erfahrung infrage stellt (vgl. von Schlippe, Schweitzer 1997: 177f; vgl. Barthelmess 2005: 172f). „Denn das psychische System verliert sehr leicht durch eine spezifische interne Zuschreibung auch das Bewusstsein für die Möglichkeit, eine andere Zuordnung zu vollziehen, was wiederum rückwirkend die Bedeutung der Erfahrung verändert“ (Barthelmess 2005: 173). Somit kann eine negativ gesehene und bewertete Situation positiv gesehen werden und anders herum.

Die Pflegekraft könnte im Gespräch mit der Schwiegertochter beispielsweise folgende Umdeutungen vornehmen:

- „Sie sagen, sie leiden darunter, dass Ihr Mann sich nicht an der Pflege beteiligt. Außerdem haben Sie das Gefühl, er erwartet von Ihnen die Pflege seines Vaters. Ich finde, Ihr Mann hat Ihnen damit zwei riesige Komplimente gemacht: Zum einen traut er es Ihnen zu, einen pflegebedürftigen Menschen zu pflegen. Und zum anderen geht es dabei um seinen Vater, den er Ihnen anvertraut. Dabei sollte ihm aber auch bewusst sein, dass die Arbeit, die er Ihnen zumutet, gewöhnlich nicht von einer Person allein durchgeführt wird. Zu einem pflegebedürftigen Menschen mit Pflegestufe 2 kommt zusätzlich zu vorhandenen Angehörigen ein Pflegedienst durchaus drei bis viermal am Tag.“

- „Es ist schön, dass Sie Ihren Schwiegervater so gern haben. Daher ist es verständlich, dass Sie ihm für seine Pflege so viel Ihrer Zeit schenken. Ich habe schon Angehörige kennen gelernt, die den größeren Teil der Körperpflege „delegiert“ haben, und die dann froh waren, endlich Zeit zu haben für Spaziergänge oder Vorlesen.“
- „Ich habe schon viele Frauen gesehen, die die Pflege eines Familienmitgliedes nicht so gut geschafft haben wie Sie. Die Arbeit, die Sie leisten, ist bewundernswert! Vor allem wenn man bedenkt, dass es als Angehörige viel schwerer ist, jemanden zu pflegen, als wenn man Profi ist. Als professionelle Pflegekraft hat man geregelte Zeiten, Urlaub und erhält dafür Gehalt. Sie brauchen sich also nicht zu schämen, wenn sie sich zwischendurch nach Hilfe sehnen.“

## 5 Schlussbetrachtung

Es wurde ein Beratungsansatz vorgestellt, der Pflegekräfte der ambulanten Pflege bei der täglichen Zusammenarbeit mit pflegenden Angehörigen unterstützt. Mit der Anwendung der genannten Haltungen und Grundprinzipien können die Pflegekräfte eine vertrauensvolle Beziehung zu ihren Klienten aufbauen. Sie nehmen die Klienten in ihrer ganzen Individualität wahr und können mithilfe von Interventionen auf Missstände aufmerksam machen und die Klienten zur Selbstlösung ihrer Probleme anregen.

Abschließend werden Hinweise auf Chancen und Grenzen dieses Beratungsansatzes für die ambulante Pflege gegeben.

Mit einem systemisch orientierter Beratungsansatz kann die Qualität des Angebotes der ambulanten Pflege wesentlich verbessert werden, wenn die Pflegekräfte ermuntert und angeleitet werden, ihre beziehungsgestaltenden Kompetenzen bewusst einzusetzen. So können „ganz nebenbei“ wesentliche Veränderungen angeregt und ermöglicht werden, ohne dass ein klassisches psychotherapeutisches/beraterisches Setting besteht. Eine große Chance besteht darin, dass Menschen mit ihren Lebensproblemen in ihrem konkreten Alltag unterstützt werden können, die von sich aus keine psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen würden. Gleichzeitig wird den Pflegekräften eine Orientierung für ihre notwendige Unterscheidung von professioneller und persönlicher Beziehung geboten und schützt somit vor dem weit verbreitetem „Burnout-Syndrom“.

Eine weitere Chance liegt darin, dass dieser Ansatz auf verschiedene kommunikative Probleme in einem häuslichen Setting ausgeweitet werden kann. Das oben beschriebene Beispiel bezieht sich auf die Arbeit mit pflegenden Angehörigen. Doch lassen sich die Haltungen und Grundannahmen auch übernehmen und mit Interventionen anwenden, wenn es um Probleme mit den Pflegebedürftigen selbst geht.

Eine Begrenzung der Anwendung und Umsetzung dürfte durch die schwierige wissenschaftliche Systemtheorie gegeben sein, auf der die Beratung basiert. Um diese zu verstehen und um auf ihrer Basis eine kommunikative Dienstleistung aufzubauen und durchzuführen, bedarf es eines umfangreichen Ausbildungs-/Weiterbildungskonzeptes. Die Schwierigkeit, diese Beratung durchzuführen, veranlasst STRATMEYER bezüglich seines „systemisch-konstruktivistischen Pflegeberatungsansatz“ eine enge Grenze zu ziehen. Er ist der Ansicht, dass „eine



fundierte Qualifizierung [erforderlich ist], die nicht hinreichend im Rahmen einer Berufsausbildung der Kranken- oder Altenpflege oder im Schnelldurchlauf einer Fortbildung erworben werden kann, sondern v. a. einer akademischen Qualifizierung vorbehalten bleiben sollte“ (Stratmeyer 2005: 55). Ambulanten (und stationären) Pflegekräften wäre aber mit einer Akademisierung von professioneller Beratung wenig geholfen. Gerade sie sind es, die bei ihrer täglichen Arbeit mit Pflegebedürftigen und Angehörigen über hilfreiche kommunikative Kompetenzen verfügen müssen, um sich vor Belastungen und Überforderung zu schützen. Bietet die Idee des systemisch orientierten Beratungsansatzes da nicht eine gute Basis für dringend notwendige Aus- und Weiterbildungskonzepte für Pflegekräfte bezüglich Beratung in der Pflege?

Eine weitere Begrenzung könnte für eine Pflegekraft das Thema Nähe und Distanz sein. Sie ist selbst ein Mensch mit Bedürfnissen und Gefühlen und hat bei ihrer Arbeit mit hilfsbedürftigen Menschen zu tun, für die sie die Verantwortung trägt. Die Gefahr ist gegeben, dass sie ihre professionellen Absichten mit persönlichen Zielen vermischt und nicht mehr objektiv bleibt. Empathie kann dann schnell in Mitleid umschlagen, was einem Klienten nicht nützt. Es ist daher wichtig, dass in einer Weiterbildung die Themen Selbstreflexion bezüglich Nähe und Distanz sowie die Abgrenzung von Empathie zu Mitleid großzügig eingeplant werden.

Vielleicht ist es nicht möglich, dass jeder Pflegekraft die sozialwissenschaftliche Systemtheorie verständlich wird. Aber die Aspekte Empathie, Wertschätzung, Neutralität allen gegenüber oder systemisches Fragen lassen sich einüben. Ausbildungs- und Weiterbildungskonzepte müssen so konzipiert sein, dass sie genügend Raum für praktische Übungen lassen, die den Pflegekräften Sicherheit für Beratung geben.

Dennoch haben auch geübte und erfahrene Pflegekräfte Grenzen hinsichtlich ihrer Handlungsfähigkeit. Sie müssen erkennen, wann sie einen Klienten mit ihren Möglichkeiten nicht mehr unterstützen können. Wie viel Verantwortung sie für ihr Handeln übernimmt, ist bei jeder Pflegekraft verschieden. Sie muss erkennen und entscheiden, wann sie eine Beratung für nicht mehr sinnvoll oder verantwortbar hält und die Klienten an einen Sozialarbeiter oder Psychologen weiterleiten.

## Literaturverzeichnis

**Abt-Zegelin, Angelika (2003):** Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e. V. (2003) (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen und begrenzen. Pflege und Gesellschaft, Sonderausgabe: Fachtagung 2002. Frankfurt a. M.: Mabuse. S. 103 – 115

**Barthelmess, Manuel (2005):** Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe. Weinheim und München: Juventa Verlag

**BMFSFJ (2005a)** (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission, Berlin

**BMFSFJ (2005b)** (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Privathaushalten. Ergebnisse der Studie MuG III, Integrierter Abschlussbericht von Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin

**BMG (2007)** (Bundesministerium für Gesundheit): Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Download auf der BMG-Homepage: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_599776/sid\\_5494BFF6DAA581EC9D58A33D5F86687C/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegereform-download,param=.html\\_\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_599776/sid_5494BFF6DAA581EC9D58A33D5F86687C/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegereform-download,param=.html__nnn=true) Zugriff am 05.11.07

**Born, Gudrun (1994):** Wenn Angehörige zu Pflegenden werden. In: Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 27 – 31

**Born, Gudrun (1995):** Pflegende Angehörige: Unterstützung statt Kontrolle. In: Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 179 – 182

**Büschges-Abel, Winfried (2000):** Systemische Beratung in Familien mit behinderten oder chronisch erkrankten Angehörigen. Neuwied, Kriftel, Berlin: Hermann Luchterhand Verlag

**Culley, Sue (1996):** Beratung als Prozess. Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Weinheim; Basel: Beoth Verlag

**dip (2006)** (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.): Pflegekurse im Blickpunkt. Strukturen-Konzepte-Erfahrungen. Hannover: Schlütersche

**DIW-Gutachten (2001):** Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der Europäischen Union. Berlin: Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie

**Enquete-Kommission (2002):** Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode

**Entzian, Hildegard (1998):** Perspektiven der Professionalisierung der Pflege. In: Schmidt, R.; Thiele, A. (1998): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S. 171 – 182

**Evers, Michael (2001):** Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld

**Evers, Adalbert; Olk, Thomas (2000):** Dankbar für jede Hilfe? Angehörige im System der Altenhilfe. In: Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 82 - 98

**Friebe, Jens (1999):** System. In: Kollak, I.; Kim, H. S. (Hrsg.) (1999):  
Pflegetheoretische Grundbegriffe. Bern: Hans Huber, S. 145 – 161

**Görres, Stefan et al. (2004):** Innovative Potenziale und neue Handlungsfelder für  
zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. In: Pflege 2004, 17. Bern: Hans Huber, S.:  
105 – 112

**Hasseler, Martina; Meyer, Martha (2004):** Einführung: Ambulante Pflege vor neuen  
Herausforderungen. In: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft.  
Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH, S. 7-11

**Hedtke-Becker, Astrid (1999):** Die Pflegenden pflegen. Freiburg: Lambertus

**Hedtke-Becker, Astrid (2000a):** Deutschlands größter Pflegedienst: Pflegende  
Angehörige. In: Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige  
pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt  
am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 12 - 18

**Hedtke-Becker, Astrid (2000b):** Angehörigenhilfe als Postulat – ein Aufruf. In:  
Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter  
Menschen - Experten im System häuslicher Pflege. Frankfurt am Main: Deutscher  
Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 99 – 103

**Herold, Eva Elisabeth (2002):** Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker  
Menschen. Hannover: Schlütersche

**Hösl-Brunner, Gabriele; Herbig, Christina (1998):** Das  
Pflegeberatungsverständnis von Pflegefachkräften: die Unterschiede zwischen  
ambulanten und stationärem Bereich sind beachtlich. In: Pflegezeitschrift Heft 10,  
Stuttgart: Kohlhammer, S. 779 – 782

**Infratest Sozialforschung (2003):** Hilfe- und Unterstützungsbedürftige in  
Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. München

**Kleve, Heiko (2005):** Beratung im Pflegesystem – eine systemtheoretische  
Perspektive. In: Pflege und Gesellschaft. Heft 4/05, S. 172 – 181

**Klie, Thomas; Schmidt, Roland (1999):** Einführung. Dimensionen und Perspektiven der Modernisierung und Pflege alter Menschen. In: Schmidt, R.; Entzian, H.; Giercke, K.-L.; Klie, T. (Hrsg.) (1999): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 9 – 26

**Klie, Thomas; Schmidt, Roland (2002):** Einführung. In: Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 7 – 9

**Kneer, Georg; Nassehi, Armin (2000):** Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. München: Wilhelm Fink

**Knelange, Christel; Schieron, Martin (2000):** Beratung in der Pflege – als Aufgabe anerkannt und professionell ausgeübt? In: Pflege und Gesellschaft, 5. Jahrg., Heft 1, Weinheim: Juventa, S. 4 -11

**Koch-Straube, Ursula (2000):** Beratung in der Pflege – eine Skizze. In: Pflege und Gesellschaft online 96/05, 5. Jahrg., April 2000  
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/phg.png?pngid=2&artikel=7>

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

**Koch-Straube, Ursula (2002):** Beratung in der Pflege. In: DV Pflegewissenschaft e. V. (2003): Pflege und Gesellschaft, Sonderausgabe: Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen und begrenzen. Fachtagung 2002. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 81 – 88

**Mertin, Matthias; Müller, Irene; Beier, Jutta (2005):** Der Begriff „Beratung“ in der Pflege. In: Pflegezeitschrift, Heft 2/2005, Dokumentation Pflegewissenschaft. Stuttgart: Kohlhammer

**Meyer, Martha (2004):** Freiwilliges Engagement im Kontext professioneller Pflegedienstleistung – ein Widerspruch? In: Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH, S. 110-125

**Meyer, Martha (2006):** Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen. Deutsche Überarbeitung des „National Background Report for Germany“ des EU-Projektes EUROFAMCARE. Hamburg

**Müller-Mundt, Gabriele; Schaeffer, Doris; Pleschberger, Sabine; Brinkhoff, Petra (2000):** Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft online 96/05, 5. Jahrgang, Juni 2000.  
<http://www.dg-pflegewissenschaft.de/phg.php?pngid=3&artikel=14>

**Rogall, Renate; Josuks, Hannelore; Adam, Gottfried; Schleinitz, Gottfried (2005):** Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Hannover: Schlütersche

**Rothgang, Heinz (2003):** Die gesetzliche Pflegeversicherung in Deutschland: Eine Analyse von Zielen und Effekten. In: Wiese, Ursula (2003): Soziale Sicherung im Spannungsfeld von Recht, Pflege und Ökonomie. Osnabrücker Studien Band 19. Fachhochschule Osnabrück

**Schmidt, Roland (2002):** Soziale Dienste im demographischen Wandel: Zur Integration gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Versorgungsstrukturen. In: Klie, Thomas et. al (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 77 - 93

**Sozialgesetzbuch (2007):** 34. vollständig überarbeitete Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

**Statistisches Bundesamt (2000):** Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden.

**Steiner-Hummel, Irene (2000):** Angehörige beteiligen – Der partnerschaftliche Auftrag für die Angehörigenarbeit. In: Karen, A.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.) (2000): Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen - Experten im System häuslicher

Pflege. Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., S. 41 – 51

**Stratmeyer, Peter (2005a):** Gegenseitig inspirieren. Systembedingungen pflegerischen Handelns in der ambulanten Pflege. In Nightingale. Beiträge aus Pflegeforschung und Pflegepraxis. 3. Jg., Nr. 1. Hannover: Vincentz, S. 23 – 32

**Stratmeyer, Peter (2005b):** Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung. In: Pflegemagazin. 6. Jg., Heft 2.

**Von Schlippe, Arist; Schweitzer, Jochen (2003):** Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

**Weakland, J. H.; Herr, J. J. (1988):** Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie. Bern: Hans Huber

**Willke, Helmut (2000):** Systemtheorie I: Grundlagen. 6. Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius

**Zeman, Peter (1998):** Vernetzung von Lebenswelt und Professionen der Pflege. In: Schmidt, R.; Thiele, A. (1998): Konturen der neuen Pflegelandschaft. Positionen, Widersprüche, Konsequenzen. Regensburg: Transfer, S. 111 – 120

**Zeman, Peter (2002):** Häusliches Pflegearrangement: Mikropolitik und Vertrauen. In: Klie, T. et. al (Hrsg.) (2002): Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Frankfurt a. M.: Mabuse, S. 153 – 174.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 03.06.2008



---

Tanja Barthel