



Zentrum für Qualität in der Pflege
Die Stiftung, die Wissen vernetzt.

Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege



Zentrum für Qualität in der Pflege

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ist eine gemeinnützige Stiftung. Sie wurde 2009 vom Verband der Privaten Krankenversicherung mit dem Ziel gegründet, die Qualität der Pflege in Deutschland zu verbessern – durch Wissensmanagement, praxisorientierte Forschung und Beratung. Die Stiftung arbeitet hierzu einerseits an einer kritischen Bestandsaufnahme der Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements in der Pflege. Andererseits werden in den ZQP-Projekten praxistaugliche Konzepte für eine qualitativ hochwertige und an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung pflegebedürftiger Menschen entwickelt. Die in Berlin ansässige Stiftung ist bundesweit tätig.

Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege

Inhalt

Hintergrund	3
1. Theoretische Fundierung von Beratung in der Pflege	5
2. Definitionen von Begriffen im Kontext Beratung	8
3. Ziele von Beratung	11
4. Beratungsprozess	15
5. Beratungskompetenz	18
6. Qualitätsbereiche und -kriterien	22
Literatur	28

HINTERGRUND

Im Jahr 2013 wurden 1,86 Millionen Menschen, die als pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung gelten, in ihrem häuslichen Umfeld versorgt (Statistisches Bundesamt 2015). Bei etwa zwei Dritteln übernahmen ausschließlich Familien oder andere Bezugspersonen die pflegerische Versorgung. Etwa ein Drittel nimmt zusätzlich die Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch. Damit ist die

Pflege zu Hause die häufigste Versorgungskonstellation in Deutschland.

Der Beratung kommt eine wichtige Funktion zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu.

Die Pflege eines Familienmitglieds stellt alle Beteiligten vor umfangreiche und wiederkehrende Anforderungen. Kennzeichnend sind vor allem der

nur bedingt vorherzusagende Verlauf der Pflegesituation und die andauernde Konfrontation mit Veränderungen und neuen Aufgaben. Die Verantwortung für die Pflege verlangt den Angehörigen nicht nur praktischen Einsatz ab, sondern auch Entscheidungen über Inhalt, Ausmaß und Ausgestaltung der Pflege. Häufig fehlt es an Wissen über Pflegeverläufe, Pflege Techniken, Entlastungsmöglichkeiten und Sozialleistungsansprüche. Dies kann zu belastenden Unsicherheiten bis hin zur Überforderung führen und gesundheitliche Folgen und finanzielle Nöte nach sich ziehen. Zudem bedeutet die Übernahme der Pflege eines Angehörigen einen tiefen Eingriff in familiäre Routinen, Rollen und Gepflogenheiten. Gröning bezeichnet die häusliche Pflege daher als familiäre Entwicklungsaufgabe (Gröning & Gerhold 2012, Gröning & Lietzau 2011, Gröning 2006).

Durch Beratung können pflegende Angehörige in ihrer Kompetenz und ihrem Wissen für eine gute Pflege gestärkt werden sowie Entlastung und Unterstützung erhalten. Zudem können die Beratungsangebote – insbesondere wenn sie frühzeitig in Anspruch ge-

nommen werden – einen Beitrag zur Prävention von Gesundheitsproblemen bei pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen leisten. Der Beratung kommt daher eine wichtige Funktion bei der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu. Um pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in die Lage zu versetzen, die häusliche Pflege zu bewältigen und sie bei Entscheidungsprozessen zu unterstützen, sind in den letzten Jahren in der Pflegeversicherung verschiedene, gesetzlich definierte Beratungsansprüche und -anlässe geschaffen worden:

- Aufbau lokaler Infrastrukturen zur Pflegeberatung durch Pflegestützpunkte (vormals nach § 92c SGB XI, durch das zweite Pflegestärkungsgesetz nunmehr § 7c SGB XI)
- Rechtsanspruch auf Information und Aufklärung nach § 7 SGB XI
- Rechtsanspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- Anspruch auf Pflegekurse und individuelle häusliche Schulungen nach § 45 SGB XI
- Verpflichtende Beratungsbesuche für Geldleistungsempfänger nach § 37 Abs. 3 SGB XI und Umwidmer von Sachleistungen nach § 45b Abs. 3 SGB XI
- Rechtsanspruch auf einen Beratungsbesuch bei Personen, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist und die noch nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllen.

Das Beratungsangebot zu Pflege in Deutschland ist vielfältig – das ZQP hat 2015 über 4500 Beratungsangebote identifiziert.

Das Beratungsangebot zu Pflege in Deutschland ist vielfältig – das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) hat 2015 im Rahmen einer systematischen, umfangreichen Recherche über 4500 Beratungsangebote im Bereich der Pflege identifiziert. Neben Pflegestützpunkten bieten beispielsweise Pflegekassen,

die COMPASS – Private Pflegeberatung, ambulante Pflegedienste, kommunale Stellen oder Einrichtungen der Wohlfahrtspflege und in Bayern auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Beratung zu Pflege an. Hinzu kommen zahlreiche Angebote privater Unternehmen. Ebenfalls von verschiedenen Trägern angeboten werden Pflegekurse für pflegende Angehörige nach § 45 SGB XI, auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen. Hinzu kommen die Angebote zur Pflegerechtsberatung, die besonders bei Fragen und Problemen hinsichtlich der Vertragsgestaltung zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern nachgefragt werden. Nicht zuletzt findet professionelle Beratung zur Pflege im Rahmen des Entlassungs- und Überleitungsmanagements der Krankenhäuser statt. Neben der professionellen Beratung hat sich eine Vielzahl von Beratungsangeboten aus dem Bereich der Selbsthilfe in Form von Beratungsstellen, telefonischer und online Beratung etabliert.

Zur Umsetzung von Beratungsangeboten liegen nur wenige Erkenntnisse vor. Bekannt ist, dass die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in höchst unterschiedlicher Weise umgesetzt wird und nicht für alle Versicherten in gleicher Weise gewährleistet ist (Klie et al. 2012, Kirchen-Peters & Nock 2014, Michell-Auli, Strunk-Richter & Tebest 2010). Die bestehenden Schulungsangebote nach § 45 SGB XI werden nur wenig genutzt (BMG 2011). Die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI sind in hohem Maße heterogen und die Qualität der Beratung ist vielfach vom Zufall abhängig (Büscher et al. 2010). Ablauf und Inhalte der Beratungsangebote sind nicht einheitlich geregelt, und Qualitätskriterien liegen nicht vor. Zudem erfolgt in der Regel keine

systematische Auswertung der Beratungsergebnisse.

Beratung wird deutschlandweit in höchst unterschiedlicher Weise umgesetzt. Die Qualität ist oft noch vom Zufall abhängig.

Dazu sind Probleme in der Beratungspraxis festzustellen. Zu nennen sind unklare Beratungsaufträge, das Verhältnis unterschiedlicher Beratungsformen zueinander, zu enge Zeitkorridore für die Beratung, ungenügende Nutzerorientierung sowie mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Fragen in Beratungsprozessen. Unklarheit besteht darüber, wie mit Ergebnissen aus Beratungen im Sinne einer Stabilisierung beziehungsweise Erhaltung einer Pflegesituation verfahren werden sollte und wie

Synergien unterschiedlicher Beratungsangebote zur Beantwortung entsprechender Fragen genutzt werden können. Und nicht zuletzt sind die Beratungsangebote zu Pflege und Leistungsansprüchen in der Bevölkerung noch nicht hinreichend bekannt.

An diesen Problemstellungen setzt die ZQP-Perspektivenwerkstatt „Potenziale von Beratung in der Pflege“ an. Zur konzeptionellen Weiterentwicklung der gesetzlich etablierten Beratungsangebote im SGB XI sowie weiterer Beratungsangebote im Bereich der Pflege wurde in einem zweijährigen Arbeitsprozess dieser Qualitätsrahmen für Beratung in der Pflege im Auftrag des ZQP erarbeitet. Methodisch umfasste die Perspektivenwerkstatt folgende Arbeitsteile: a) Recherche und Auswertung von Praxiskonzepten für Beratung in der Pflege, b) Literaturanalyse, c) drei Fachkonferenzen, d) Entwicklung des Qualitätsrahmens und d) Berichterstellung. Für die Entwicklung des Qualitätsrahmens wurde ein Steuerungskreis bestehend aus Vertretern von Leistungsträgern, Leistungserbringern, Wohlfahrtsverbänden, Ministerien, Verbraucherschutz und Berufspolitik eingerichtet. Die Aufgabe bestand darin, in den einzelnen Phasen der Perspektivenwerkstatt den Arbeitsstand zu kommentieren und wichtige Hinweise zur Weiterentwicklung zu geben.

Der Qualitätsrahmen ist in sechs Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt werden Ansatzpunkte zur theoretischen Fundierung von Beratung in der Pflege beschrieben. Die theoretische Fundierung bildet die Voraussetzung für die Konzeptentwicklung von Beratung in der Pflege. Aufgrund der vielfältigen Begrifflichkeiten wie Aufklärung, Information, Schulung, Anleitung, Beratung und Case Management werden im zweiten Abschnitt theoretisch abgeleitete Definitionen vorgenommen, die dabei helfen, das Beratungsgeschehen zu systematisieren. Im dritten Abschnitt werden Zielsetzungen von Beratung dargelegt. Der Beratungsprozess wird im vierten Abschnitt erläutert. Im fünften Abschnitt werden erforderliche Beratungskompetenzen ausgeführt und Hinweise zu deren Erwerb gegeben. Der sechste Abschnitt weist einzelne Qualitätsbereiche und -kriterien aus.

Der Qualitätsrahmen wurde in einem zweijährigen Arbeitsprozess erarbeitet. Ein Steuerungskreis bestehend aus Vertretern von Leistungsträgern und -erbringern, Ministerien, Verbraucherschutz und Berufspolitik begleitete die Entwicklung.

1. THEORETISCHE FUNDIERUNG VON BERATUNG IN DER PFLEGE

Für zielführende Beratungen, die Gestaltung von Beratungsprozessen, die Bewertung der Qualität der Beratung sowie die Bestimmung von erforderlichen Beratungskompetenzen und die Festlegung, wer welche Beratung durchführen soll, ist zunächst eine theoretische Grundlage erforderlich. Hierzu werden im Folgenden zentrale Aspekte skizziert. Für eine ausführliche Darstellung wird auf die Arbeiten von Nestmann, Engel und Sickendieck (2007), Gröning und Gerhold (2012) sowie Schaeffer und Schmidt-Kaehler (2012) verwiesen.

Unter Rückgriff auf die Nikomachische Ethik von Aristoteles, leiten Gröning und Gerhold (2012) Merkmale des guten und richtigen Rates und Beraters ab. Dazu gehören die sachliche Richtigkeit des Rates, die reflexive Haltung der Berater, die Anwendung sachlichen Wissens, das persönliche Wissen der Beratenden sowie die Bereitschaft, das allgemeine Wissen auf einen konkreten Fall anzuwenden. Abgeleitet werden kann zudem die Forderung nach Unterlassen des „üblen“ Rates, der sich zeigt im Belehren, Lenken, Dominieren, Dozieren, Expertokratisieren, Drohen, Gängeln und Beschämen der Ratsuchenden.

Merkmale des guten und richtigen Rates:

- **Sachliche Richtigkeit**
 - **Reflexive Haltung der Berater**
 - **Anwendung sachlichen Wissens**
 - **Persönliches Wissen des Beraters**
 - **Bereitschaft, das allgemeine Wissen auf einen konkreten Fall anzuwenden.**
-

und -haltung ist (Rogers 1985, Koch-Straube 2008, Ansen 2012). Die Berücksichtigung jüngerer theoretischer Ansätze zur Beratung eröffnet weitere Perspekti-

ven. Engel et al. (2012) ordnen die Bereiche der Patientenberatung im Gesundheitswesen und die Nutzerinformation eher der sozialpädagogischen Beratung zu, die durch eine Nähe zu den Ratsuchenden und deren Problemthemen sowie eine hohe Sensibilität für Lebenswelten, kulturelle Vielfalt und Diversität gekennzeichnet ist. Auch Beratung zur Pflege lässt sich dort verorten. In dieser Beratungstradition bieten die Lebensweltorientierung (Thiersch 2007, 2015), die ressourcenorientierte Beratung (Nestmann 2004), die lösungsorientierte Beratung (Wolters 2004; Bamberger 2010), die Berücksichtigung der Diversität durch zielgruppenspezifische Angebote, der Ansatz des Empowerment (Engel, Nestmann & Sickendieck 2012) sowie die systemische Perspektive (König & Volmer 2008, Brunner 2007) ein theoretisches Fundament zur Weiterentwicklung der Qualität der Beratung in der Pflege. Empfehlenswert ist es, sich nicht nur einer theoretischen Ausrichtung zu verschreiben, sondern verschiedene Ansätze konzeptionell zu nutzen.

Beratung sollte nicht nur einer theoretischen Ausrichtung folgen, sondern verschiedene Ansätze konzeptionell nutzen.

■ Lebensweltorientierung

Bei der lebensweltorientierten Beratung wird der Beratungsprozesses am Alltag und an den sozialen und materiellen Rahmenbedingungen der Ratsuchenden ausgerichtet. Die Lebenswelt bildet die unmittelbare Wirklichkeit und individuelle Wahrnehmung von Menschen. Sie ist Ausgangspunkt für den Umgang mit und die Bewältigung von Problemen, wie sie durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit entstehen. An Beratung stellt die Lebensweltorientierung eine hohe Anforderung. Aufgabe der Berater ist es, die Lebenswelt der Ratsuchenden zu respektieren und sie als gegeben zu betrachten. Sie soll nicht von außen umdefiniert oder umgedeutet werden. Die lebensweltliche Perspektive

ist nicht immer mit den institutionellen Voraussetzungen der Angebote kompatibel, da die zu beratenden Menschen die Fragen und Probleme aus ihrer alltagsbezogenen Sicht schildern und diese Perspektive oftmals nicht in das Denk- und Handlungsschema der professionellen Akteure passt. Thiersch hat schon 1989 auf das Problem der geheimen Moral der Beratung hingewiesen, die darin besteht, dass die professionelle Beratung implizite Anforderungen stellt, die von den Ratsuchenden erfüllt werden müssen, damit ihnen geholfen werden kann. Demgegenüber ist eine größere institutionelle Offenheit und kontinuierliche Reflexion kennzeichnend für die lebensweltorientierte Beratung, die sich darüber hinaus an den Prinzipien der Prävention und Integration orientiert. Sie ist für die Adressaten in ihrer Lebenswelt erreichbar, basiert auf der Freiwilligkeit des Prozesses und zielt darauf ab, die Beratung partizipativ mit den Ratsuchenden zu gestalten.

Aufgabe der Berater ist es, die Lebenswelt der Ratsuchenden zu respektieren und sie als gegeben zu betrachten. Sie soll nicht von außen umdefiniert oder umgedeutet werden.

Die Intention, der Komplexität individueller Lebenslagen gerecht zu werden, gehört zur lebensweltorientierten Beratung. Gleichwohl kann es keine generalisierte Beratung zu allen denkbaren Lebenslagen geben. In der Beratungspraxis bedeutet Lebensweltorientierung, sich an den Gegebenheiten häuslicher Pflegearrangements zu orientieren, diese zu verstehen und von ihnen ausgehend Ansätze zur Problemlösung zu entwickeln.

■ Ressourcenorientierte Beratung

Die ressourcenorientierte Beratung stellt eine grundlegende Ausrichtung von Beratung dar. Dabei steht die Unterstützung zum Ausgleich fehlender und zur Verbesserung bestehender Ressourcen im Vordergrund. Der Begriff der Ressourcen wird in diesem Ansatz sehr breit verstanden und bezieht sich auf sämtliche Aspekte, die für die Lebensgestaltung und Lebensbewältigung benötigt werden. Dazu können Objekte (wie Wohnung, Transportmittel oder Kleidung) ebenso gehören wie Lebensbedingungen und -umstände (z. B. Partnerschaft oder finanzielle Sicherheit) aber auch Personenmerkmale wie das Selbstwertgefühl oder die soziale Kompetenz. Die ressourcenorientierte Perspektive erhält gerade für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor dem Hintergrund des neuen Begriffs der Pflege-

bedürftigkeit eine besondere Bedeutung. Fehlende Ressourcen zur selbstständigen Kompensation oder Bewältigung von körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen sowie gesundheitlichen Belastungen und

Anforderungen gelten als konstitutiv für Pflegebedürftigkeit. Eine an den vorhandenen und fehlenden Ressourcen orientierte Beratung soll somit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Hilfestellung bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit geben und einen Beitrag dazu leisten, den Verlust von Ressourcen zu verhindern oder durch geeignete Maßnahmen auszugleichen.

■ Lösungsorientierte Beratung

Einen stärker pragmatisch-orientierten Ansatz stellt die lösungsorientierte Beratung dar. Die Suche nach Lösungsmöglichkeiten erhält dabei den Vorrang vor umfangreichen Problemanalysen. Charakteristisch für die lösungsorientierte Beratung ist zudem, dass die Ratsuchenden als Experten für ihre Lebenssituation angesehen werden und entsprechend das, was sie in die Beratungssituation mitbringen, zur Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten genutzt wird. Die lösungsorientierte Beratung setzt auf die Prinzipien der Veränderung, persönlichen Entwicklung und Minimalintervention. Die Erfahrung von Veränderungen soll im Beratungsprozess explizit genutzt werden und es soll möglichst wenig inhaltlich durch den Berater eingegriffen werden. Entsprechend verläuft die lösungsorientierte Beratung zum großen Teil über gezielt gestellte Fragen, die auf das Potenzial der Ratsuchenden ausgerichtet sind und den Lösungsprozess steuern sollen. Der pragmatische Ansatz in der lösungsorientierten Beratung birgt die Gefahr, wichtige Aspekte der Lebenswelt auszublenden oder Lebenslagen zu trivialisieren.

Beratung soll pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen Hilfestellung bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit geben und einen Beitrag dazu leisten, den Verlust von Ressourcen zu verhindern oder auszugleichen.

Ratsuchende sind die Experten für ihre Lebenssituation. Die lösungsorientierte Beratung setzt auf die Prinzipien der Veränderung, persönlichen Entwicklung und Minimalintervention.

■ Diversität und Zielgruppenorientierung

Beratende haben in der Praxis mit sehr unterschiedlichen Zielgruppen zu tun. Unterschiede können hinsichtlich Alter, Geschlecht, Kultur, Religion, Sozialstatus, sexueller Orientierung oder Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestehen. Auch die unter dem Begriff der „Health Literacy“ geführte Diskussion zur Kompetenz im Umgang mit gesundheitsbezogenen Informationen ist in diesem Zusammenhang bedeutsam. Sie gibt Hinweise, dass diesbezüglich Unterschiede bestehen, die bei der Konzeption professioneller Unterstützungsansätze berücksichtigt werden sollten. Diese Unterschiede können, müssen

Beratungsangebote zielgruppenspezifisch auszurichten ist dann sinnvoll, wenn bekannt ist, dass die genannten Unterschiede sich regelmäßig auf das Beratungsgeschehen auswirken.

jedoch nicht zwangsläufig einen Einfluss auf die Beratung nehmen. Der Umgang mit Diversität und die Selbstreflexion der Beratenden über ihren Einfluss auf die Beratungssituation stellen wichtige Anforderungen dar. Beratungsangebote zielgruppenspezifisch auszurichten ist dann sinnvoll, wenn bekannt ist, dass die genannten

Unterschiede sich regelmäßig auf das Beratungsgeschehen auswirken.

■ Empowerment

Unter Empowerment in der Beratung ist eine Haltung zu verstehen, die darauf ausgerichtet ist, Ratsuchende bei der Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeit zu unterstützen, um ihr eigenes Leben (wieder) möglichst aktiv gestalten zu können. Als zentrale Aspekte eines Empowermentprozesses gelten die Stärkung

Ratsuchende werden bei der Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeit unterstützt, um ihr eigenes Leben möglichst aktiv gestalten zu können.

und Entwicklung des Selbstwertgefühls, eine kritisch reflexive Betrachtung von Routinen und den Alltag beeinflussenden Kräften sowie die Entwicklung von Strategien zur Erreichung persönlicher Ziele (Engel, Nestmann & Sickendiek 2012).

■ Systemische Beratung

Um nicht nur monokausale Ursache-/Wirkungszusammenhänge, sondern sämtliche Einflussfaktoren, die auf die Pflegesituation einwirken, zu erfassen, liegt eine systemische Perspektive nahe. Sie bietet die Möglichkeit, komplexes pflegerisches Handeln aus der Metaperspektive kontextgebunden zu beobachten. Folgende Annahmen skizzieren das Systemverständnis: Elemente eines sozialen Systems sind die in dem System handelnden Personen. Sie handeln auf der Basis ihrer subjektiven Deutungen, entwickeln soziale Regeln des Umgangs und Zusammenlebens, werden durch ihre

Systemumwelt beeinflusst und durchlaufen einen Entwicklungsprozess (König & Volmer 2008). Übertragen auf häusliche Pflegearrangements bedeutet dies, dass

die Elemente eines offenen sozialen Systems hier die Beteiligten einer Pflegesituation darstellen. Das soziale System besteht nicht per se, der Beobachter bestimmt durch seinen Blickwinkel das System. Beteiligte einer Pflegesituation handeln also aufgrund ihrer subjektiven Deutungen und ihrer Individualität. Die beteiligten Personen können durch ihre Entscheidungen die Entwicklung des Systems beeinflussen. Problemanalyse und Beratung sollten in Betrachtung des Kontextes, des Wissens und der Vorerfahrungen der beteiligten Personen erfolgen.

Weitere für das Gesundheitswesen grundsätzlich geeignete Ansätze aus einer eher therapeutischen oder ärztlichen Tradition, in denen die Ratsuchenden sich aufgrund eines bestehenden Leidensdrucks Ärzten anvertrauen und durch deren Expertise Hilfe erwarten, gehen über die bestehenden Anlässe, Anliegen und das Spektrum der Beratung in der Pflege hinaus. Wenn beispielsweise psychologischer oder ärztlicher Beratungsbedarf besteht, sollte diese Form der Beratung durch Therapeuten oder Ärzte geleistet werden.

Problemanalyse und Beratung sollten in Betrachtung des Kontextes, des Wissens und der Vorerfahrungen der beteiligten Personen erfolgen.

2. DEFINITION VON BEGRIFFEN IM KONTEXT BERATUNG

Zur Verständigung über Qualitätsmaßstäbe für Beratung in der Pflege ist die definitorische Klärung von Begriffen erforderlich. Aus fachlicher Perspektive stellt sich die Frage der Differenzierung von Beratung, Schulung, Anleitung, Edukation und Case Management ebenso wie hinsichtlich der Intentionen des Gesetzgebers, der unterschiedliche Begriffe eingeführt hat.

So wurden die verpflichtenden Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ursprünglich „Pflegeeinsätze“ genannt. In Ergänzung zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI, die vorrangig auf die Vermittlung von pflegepraktischen Fertigkeiten angelegt waren, besteht bereits seit längerem der Anspruch auf individuell ausgerichtete Pflegekurse in der häuslichen Umgebung. Mit der Neuregelung im Zweiten Pfle-

gestärkungsgesetz wurde eine klare Aufgabenabgrenzung zwischen Aufklärung, Auskunft und Beratung vollzogen.

Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend Definitionen für die kommunikativen und interaktionsorientierten Unterstützungsformen vorgenommen, die unter den Begriff Beratung fallen. Die Definitionen

dienen nicht nur der Abgrenzung voneinander, sondern auch der Entwicklung von Qualitätskriterien und den Überlegungen zur zukünftigen Infrastruktur der Beratung. Verbunden mit definitorischen Erläuterungen ist eine Vorstellung der Intervention und des damit einhergehenden professionellen Handelns. Diese wurde von Schaeffer und Dewe (2012) als Interventionslogik bezeichnet.

Nicht immer sind gesetzliche und fachwissenschaftliche Definitionen deckungsgleich. Im Qualitätsrah-

men wird im Zweifelsfall die fachwissenschaftliche Definition herangezogen.

■ Information/Auskunft

Eine Information zu geben oder eine Auskunft zu erteilen heißt, einer anderen Person Wissen zur Verfügung zu stellen. Informationen werden gegeben, um jemanden über etwas zu unterrichten oder zu benachrichtigen. Zwischen der Person, die eine Information gibt und derjenigen, die sie empfängt, besteht ein Informations- und Kommunikationsgefälle, welches durch die Information vermindert oder gar aufgehoben wird. Im Rahmen der Informations- und Beratungsangebote zur Pflege findet sich die Informationslogik der Information und Auskunft überall dort, wo es um Leistungen und Verfahrensweisen der Pflegeversicherung oder anderer Sozialleistungsbereiche, die die Pflegebedürftigkeit betreffen, geht. Informationen können aber auch zu Pflegeanbietern und pflegefachlichen Aspekten wie dem Umgang mit konkreten Pflegeproblemen erteilt werden. Informationen können im direkten Kontakt zwischen Menschen gegeben werden, sie können aber ebenso über telefonische oder elektronische Kommunikationsmittel sowie in Form von schriftlichem Informationsmaterial erfolgen.

Eine Information zu geben oder eine Auskunft zu erteilen heißt, einer Person Wissen zur Verfügung stellen, jemanden über etwas unterrichten oder benachrichtigen

Die Interventionslogik der Information liegt darin, dass die Aneignung und Verarbeitung der Information letztlich dem Empfänger obliegt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Informierende keine Verantwortung dafür trägt, ob die Information verstanden

Differenzierung von

- Information/Auskunft
 - Aufklärung
 - Schulung
 - Anleitung
 - Edukation
 - Beratung
 - Case Management
-

wird, da die Wissenserweiterung und die Initiierung von Lernprozessen Ziele sind. Dies gilt für mündliche ebenso wie für schriftliche Informationen in gedruckter oder elektronischer Form. Um Informationen zur Bewältigung der eigenen Pflegesituation nutzen zu können, ist es für Ratsuchende wichtig, die Relevanz und Qualität von Informationen zu erkennen und dabei Hilfestellung zu erhalten. Angesichts der Informationsvielfalt besteht ein Bedarf an Orientierung zu den vielfältigen Informationsangeboten. Die gezielte Informations- und Wissensvermittlung kann solitär oder innerhalb von Beratungsprozessen erfolgen. Im Bereich der Patienteninformation liegen bereits Instrumente und Strukturen für qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen vor (zum Beispiel durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG). Für die pflegerische Versorgung stehen entsprechende Entwicklungen noch aus.

■ Aufklärung

Auch Aufklärung verfolgt das Ziel der Wissenserweiterung, richtet sich dabei jedoch gezielt an bestimmte Gruppen und Individuen – an Empfänger, bei denen von einem Wissensdefizit zu einem Gegenstandsbe- reich ausgegangen wird. Durch Aufklärung soll ein Problemverständnis erzeugt werden, über das sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken lassen. Dabei wird vor allem auf kognitive Prozesse

bei den Adressaten gesetzt.

Durch Aufklärung soll ein Problemverständnis erzeugt werden, über das sich Einstellungs- und Verhaltensänderungen bewirken lassen.

Im Bereich der Pflege kommt der Aufklärung nicht die gleiche Bedeutung wie in anderen Bereichen zu. Hohen

Bekanntheitsgrad haben die Aufklärungskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Vermeidung von HIV-Infektionen oder gegen überhöhten Alkoholkonsum bei Jugendlichen erlangt. In der Pflege findet sich der Ansatz der Aufklärung eher auf der grundsätzlichen Ebene, wenn es um die Frage geht, was im Pflegefall zu tun ist.

■ Schulung/Anleitung/Eduktion

Durch Schulung, Anleitung und Eduktion sollen krankheits- und problembezogenes Wissen sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten, die im Umgang mit spezifischen Problemen erforderlich sind, gezielt vermittelt werden. Sie umfassen auch Hilfestellungen zur Feststellung und Interpretation von krankheitsbezogenen Symptomen und Pflegeproblemen. Schulung, Anleitung und Eduktion zielen darauf ab, Bewältigungs- und Selbstmanagementkompetenzen zu vermitteln. Es sollen Pflege Techniken erlernt werden, die im Alltagsleben selbstständig angewendet werden. Schulung, Anleitung und Eduktion können als zielgerichtete Intervention in einen Beratungsprozess integriert, aber auch als eigener Prozess gestaltet werden (Schneider 2005, London 2003). Sie sind durch im Vorfeld festgelegte Endergebnisse und eine dementsprechend geringe Flexibilität und Offenheit gekennzeichnet. Der Prozess umfasst die Einschätzung der Schulungssituation, eine Zielvorgabe, die Durchführung der Lernsituation und eine Erfolgsüberprüfung (Klug-Redmann 1996; Schneider 2002).

In Pflegekursen finden entsprechende Interventionen statt, die zur Verbesserung der individuellen Pflegesituationen beitragen können. Explizit werden dabei auch Belastungssituationen angesprochen. Zudem entstehen vermehrt Patienten-Edukationszentren an Krankenhäusern, die Hilfestellung im Umgang mit Erkrankungen geben. Die Pflegekurse und Schulungen werden in der Regel von Pflegefachkräften durchgeführt.

■ Beratung

Beratung ist eine als Kurzzeitintervention konzipierte Unterstützung, die das Ziel verfolgt, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. Sie ist auf einen bestimmten Zeitraum bezogen und nicht dauerhaft angelegt. Charakteristisch für Beratung ist eine gemeinsame Suche nach Lösungsstrategien von Ratsuchendem und Beratendem. Die Problemlösungsorientierung in der Beratung kann durch verschiedene Vorgehensweisen erreicht werden. Die Beratung kann dem Ratsuchenden einen Perspektivwechsel ermöglichen, in dem die individuelle Situation durch den Berater differenziert und aus anderen Perspektiven betrachtet wird, als es dem Ratsuchenden allein möglich ist. Ein

Beratung ist eine als Kurzzeitintervention konzipierte Unterstützung, die das Ziel verfolgt, Strategien zur Problemlösung zu entwickeln. Sie ist auf einen bestimmten Zeitraum bezogen und nicht dauerhaft angelegt.

zweiter Ansatz zur Problemlösung besteht in der Wissensvermittlung. Beratung kann Deutungs- und Einordnungswissen zum Verständnis und zur Einordnung einer individuellen Pflegesituation vermitteln, aus der heraus Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden können.

Aber auch Wissen zur Problemlösung, das mögliche Optionen aufzeigt oder Umsetzungswissen, wie Lösungsmöglichkeiten erfolgreich angewandt werden, können in diesem Rahmen erforderlich werden. Der Ansatz des Empowerments bei der Problemlösung setzt auf die Stärkung der Ressourcen und Selbstmanagementkompetenzen der Ratsuchenden. Sie sollen zur Problembewältigung befähigt und beim Erwerb der dazu notwendigen Kompetenzen gewissermaßen anwaltschaftlich unterstützt werden sowie konkrete, praktische Hilfeangebote bekommen. Anwaltschaftliche Unterstützung ist hierbei nicht im juristischen Sinne zu verstehen. Der Berater stellt seine eigenen Sichtweisen und Meinungen zurück, ordnet diese der Sicht des Ratsuchenden unter und agiert in dessen Sinne. Der Ratsuchende gibt sein Mandat nicht ab oder beauftragt den Ratgeber, für ihn zu handeln. Beratung kann so auch durch die Wahrnehmung einer Mittlerfunktion erfolgen. Lösungsansätze werden nicht vorgegeben, sondern gemeinsam erarbeitet. Beratung ist nicht direktiv, sondern begleitend ausgerichtet. Sie vermittelt Deutungs- und Orientierungshilfen angesichts der Informationsvielfalt und vor dem Hintergrund der durch instabile Phasen gekennzeichneten Pflegesituation.

■ Case Management

Case Management ist eine auf den Einzelfall bezogene Unterstützungsmethode, die sich an Menschen in komplexen Problemlagen und Versorgungskonstellationen richtet. Komplexität entsteht durch die Beteiligung vieler (unterstützender) Akteure an einer Situation und durch die Überforderung der betroffenen Person und ihres informellen Hilfenetzwerkes bei der Erschließung adäquater Unterstützungsformen. Im Gegensatz zur eher kurzzeitig ausgerichteten Begleitung in der Beratung, wird im Case Management von einem längeren Begleitungszeitraum ausgegangen (Ewers & Schaeffer 2005).

Case Management richtet sich an Menschen in komplexen Problemlagen und Versorgungskonstellationen. Die Methode umfasst die drei Kernfunktionen Advocacy, Brokerage und Gatekeeping.

Case Management umfasst die drei Kernfunktionen: Advocacy, Brokerage und Gatekeeping. Unter Advocacy wird die anwaltschaftliche Funktion (siehe obige Definition von Beratung) des Case Managements verstanden, die darin besteht, eindeutig und unmissverständlich die Interessen der Adressaten des Case Managements in den Mittelpunkt zu stellen und gegenüber anderen zu vertreten. Das Brokerage besteht in der Vermittlung und Erschließung des Zugangs zu Leistungen, die dem Klienten zustehen und in seiner Situation wünschenswert und erforderlich sind. Das Gatekeeping besteht in der Steuerung des Zugangs zu und der Nutzung von Leistungen. Zu den Kernaufgaben des Case Managements gehört zu Beginn die Identifikation der Klienten, die des Case Managements bedürfen. Weitere Kernaufgaben bestehen im umfassenden Assessment der Versorgungssituation und der darauf aufbauenden Entwicklung und Abstimmung eines Versorgungsplans. Die Umsetzung des Plans, das kontinuierliche Monitoring des Versorgungsverlaufs sowie Evaluation und Abschluss sind weitere Kernaufgaben. Case Management ist keine dauerhafte Begleitung, so dass die Überlegung, an welchem Punkt sie abgeschlossen werden kann, bereits Bestandteil des Versorgungsplans sein sollte.

3. ZIELE VON BERATUNG

Beratungsangebote in der Pflege können verschiedene Zielsetzungen verfolgen. Übergeordnetes Ziel ist die Befähigung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, informierte Entscheidungen zur Bewältigung individueller Pflegesituationen treffen und entsprechend handeln zu können. Dieses Ziel kann erreicht werden über die Informationsvermittlung und Wissenserweiterung, über die Förderung von pflegepraktischen und Selbstmanagementkompetenzen sowie über eine nach Problemlösungen

Übergeordnetes Ziel von Beratung ist die Befähigung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, informierte Entscheidungen zur Bewältigung individueller Pflegesituationen treffen und entsprechend handeln zu können.

suchende Begleitung. Im Falle erhöhter Komplexität einer Situation kann ein Case Management dazu beitragen, Problemlösungen zu entwickeln und umzusetzen. In diesem Sinne leistet Beratung einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung und Qualität häuslicher Pflegearrangements.

Dieser Beitrag wird insbesondere dann erforderlich, wenn hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen in Situationen und Problemlagen geraten, die sie ohne Unterstützung anderer nur unzureichend oder nicht bewältigen können. Mögliche Ansatzpunkte von Beratung in diesen instabilen Phasen sind Unsicherheiten bei Entscheidungen, bei Handlungen, im Pflegeverlauf und der Bewältigung von Alltagsroutinen.

Die Zielgruppe der Beratungsangebote bilden in der Regel Personen, bei denen eine Pflegesituation unmittelbar bevorsteht oder bereits besteht. Der Adressatenkreis kann aber auch weitergehend gesehen werden, da allgemeine familiäre Unterstützungsleistungen und der Bedarf an pflegerischer Hilfe oftmals fließend ineinander übergehen. Zudem sind – an-

gesichts der steigenden Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahren – Angebote auch für interessierte Personen, die sich vorsorglich über Möglichkeiten im Pflegefall informieren möchten, relevant.

Ziel aller Beratungsangebote ist die Orientierung an den Bedarfen Ratsuchender. Das konkrete Ziel der Beratung hängt demnach vom individuellen Bedarf des Ratsuchenden ab. Die pfle-

gespezifischen Beratungsbedarfe und die zu thematisierenden Inhalte aus Sicht Beratender sind jedoch nicht immer aufeinander abgestimmt. Unterschiedliche Forschungsergebnisse weisen auf eine Vielzahl an pflegerelevanten Beratungsbedarfen hin und unterstreichen dabei, dass es Ratsuchenden nicht ausschließlich um Wissenserweiterung geht, sondern auch darum, ihre Situation und damit verbundene Ängste, Sorgen und Gedanken in einem geschützten Rahmen mit einer vertrauenswürdigen Person besprechen zu können.

Das konkrete Ziel der Beratung hängt vom individuellen Bedarf des Ratsuchenden ab.

Die nachfolgende Grafik vermittelt einen Überblick über mögliche Beratungsanlässe aus unterschiedlichen Perspektiven. Die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen ist stark durch die Verlaufskurven chronischer Krankheiten geprägt. Pflegenden Angehörige durchlaufen unterschiedliche Phasen in ihrer veränderten Rolle. Die Probleme und Bedarfslagen häuslicher Pflegearrangements lassen sich an wiederkehrenden Bereichen konkretisieren und nicht zuletzt ergeben sich Beratungsanlässe aus der Perspektive des Versorgungssystems und der entsprechenden Strukturen. Beratungsanlässe entstehen bezogen auf einzelne Perspektiven, aber auch in ihrer Kombination. Eine Herausforderung der Beratungstätigkeit liegt darin, sich in der (inhaltlichen) Gestaltung des Beratungsprozesses am Ratsuchenden zu orientieren und die für ihn wichtigen Inhalte herauszufinden.

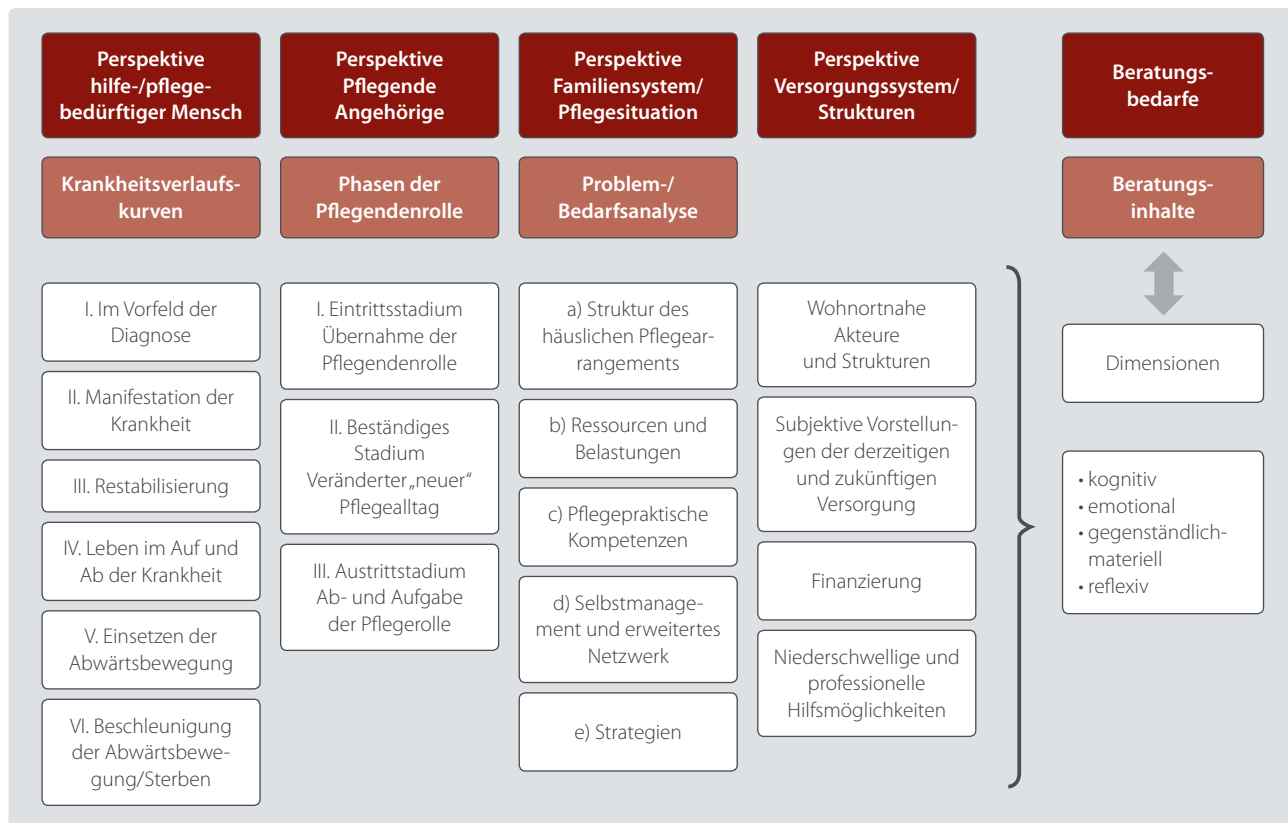


Abb. 1: Überblick über mögliche Beratungsanlässe aus unterschiedlichen Perspektiven

Neben den hier dargestellten Perspektiven können sich die Konstellationen auch hinsichtlich individueller Eigenschaften und Situationen der Ratsuchenden unterscheiden. In Anlehnung und Ergänzung zu COMPASS Private Pflegeberatung (Kühn-Hempe & Roes 2011) lassen sich vier Typen von Ratsuchenden identifizieren:

- Ratsuchende, bei denen Überforderung und Hilflosigkeit deutlich werden
- Aufgeklärte Ratsuchende mit konkreten Fragen auf der Suche nach realisierbaren Interventionen
- Ratsuchende mit Widerstandspotenzial, die einerseits über langjährige Erfahrung in der Pflege und Betreuung chronisch Kranker verfügen, das Gesundheitssystem gut kennen und konkrete Wünsche äußern, andererseits ihre Bedarfe erkennen und Änderungsbedarf identifizieren, zu Veränderungen jedoch nicht bereit sind
- Personen, die nicht realisiert haben, dass sie von Beratung profitieren könnten.

Den gesetzlichen Anforderungen an Beratung kommt eine zentrale Bedeutung für die Zieldefinition und Qualitätssicherung der Angebote zu. Im Rahmen

der Pflegeversicherung (§§ 7a und 7c, 37 Abs. 3 und 45 SGB XI) zielen die Anforderungen darauf ab, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen dabei zu unterstützen, individuelle und passende Lösungen für die Ausgestaltung ihrer Lebens- und Versorgungssituation zu finden und so zur Stabilität und Qualitätssicherung der häuslichen Pflege beizutragen. Betrachtet man vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzungen die bestehenden Beratungsangebote im Rahmen der Pflegeversicherung, so lassen sich diese folgendermaßen einordnen:

Pflegeberatung nach § 7a SGB XI: Die Zielsetzung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist von allen Ansätzen am weitgehendsten. Erforderlich ist im Rahmen dieser Beratung die Gestaltung eines Beratungsprozesses. Vorgesehen ist die Analyse des individuellen Hilfebedarfs, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Initiierung seiner Durchführung und ggf. die Anpassung des Versorgungsplans. In diesem Sinne entspricht die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in hohem Maße einem Case Management.

Pflegestützpunkte nach 7c SGB XI: Die Ziele der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI stehen in enger Verbin-

dung zu der Zielsetzung der Pflegestützpunkte nach § 7c SGB XI. Die Intention der Pflegestützpunkte besteht vor allem im Aufbau einer wohnortnahen Pflegeberatungsinfrastruktur für die Bevölkerung. Neben Information und Auskunft über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten sollen die Pflegestützpunkte zudem koordinierende Aufgaben zwischen allen in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen, palliativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangeboten übernehmen. Nicht zuletzt haben die Pflegestützpunkte die Aufgabe der Vernetzung aufeinander abgestimmter Hilfeangebote (Care Management).

Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Die Zielsetzung der Beratungsbesuche besteht darin, potentielle Problembereiche zu identifizieren, auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen und den Adressaten der Beratung eine Hilfestellung für den Bedarfsfall zu signalisieren. Mit dem PSG I ist die Beratung zum optimalen Pflegemix für Umwidmer von Sachleistungen hinzugekommen (§ 45b Absatz 3). In der Umsetzung

der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI hat sich gezeigt, dass der gesetzlich festgelegte Vergütungssatz die Dauer der Beratungsbesuche stark reguliert. Da somit die zeitlichen Ressourcen für die notwendige umfassende Problem- beziehungsweise Bedarfsanalyse eingeschränkt sind, können lediglich einzelne Probleme thematisiert oder erste vorläufige Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt werden.

Pflegekurse nach § 45 SGB XI: Bei dieser Beratungsform handelt es sich um die Gestaltung eines umfassenden situations- und problemorientierten Beratungsprozesses, in dem Formen der Wissensvermittlung und Information ebenso integriert sind wie die Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Form der Unterstützung kann sich an Individuen und Gruppen richten.

Die nachfolgende Abbildung 2 visualisiert die beschriebenen Beratungsanlässe in Kombination mit den skizzierten Interventionslogiken und verdeutlicht das jeweilige Spektrum der Anlässe sowie die damit verbundenen inhaltlichen Ausgestaltungsmöglichkeiten für die Berater.

	§ 37 Abs. 3 SGB XI	§ 45 SGB XI	§ 7a SGB XI, § 7c SGB XI
Information	Weitergabe von Informationen, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissensvermittlung	Weitergabe von Informationen, Wissensvermittlung
Schulung/Anleitung	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses (im Rahmen eines Beratungsprozesses)	Vermittlung von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten durch Initiierung eines zielgerichteten Lernprozesses (im Rahmen eines Beratungs- bzw. Case Managementprozesses)
Beratung	Experten- und/oder Prozessberatung in der Häuslichkeit ■ Erfassung der Ist-Situation (Themenbereiche) ■ Problemanalyse ■ Durchführung einer Kurzintervention (Lösungsorientierung) ■ Bei Bedarf Weitervermittlung	Prozessberatung ■ Umfassende Problemanalyse ■ Gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung ■ Interventionsdurchführung (Wissensvermittlung, Schulung/Anleitung, Gesprächstechniken etc.) ■ Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung	Prozessberatung ■ Umfassende Problemanalyse ■ Gemeinsame Erarbeitung einer Zielsetzung und einer Versorgungsplanung ■ Interventionsdurchführung, -steuerung und -überwachung ■ Reflexion, Evaluation und Abschluss der Beratung
CM	–	Ggf. Vermittlung eines Case Managements	Beratung plus Versorgungsplanung plus Fallsteuerung plus Fallevaluation
Beraterrollen	■ Informationsquelle ■ Experte ■ Wissensvermittler	■ Informationsquelle ■ Experte ■ Wissensvermittler ■ Zuhörer ■ Prozessbegleiter ■ Helfer zur Problemlösung ■ Impulsgeber ■ Lotse	■ Informationsquelle ■ Experte ■ Wissensvermittler ■ Zuhörer ■ Prozessbegleiter ■ Helfer zur Problemlösung ■ Impulsgeber ■ Lotse ■ Anwalt ■ Manager ■ Koordinierer
Methoden	Lern- und Beratungsmethoden	Lern- und Beratungsmethoden	Lern- und Beratungsmethoden plus Versorgungsplan plus Koordinierungsinstrumente
Orientierung	Orientierung am Ratsuchenden und an zentralen Themenbereichen	Orientierung am Ratsuchenden	Orientierung am Ratsuchenden und am Versorgungssystem
Inhalte	■ Einschätzung der Pflegesituation ■ Bearbeitung von Wissensdefiziten ■ Initiierung von Lernprozessen	■ Bearbeitung von Wissensdefiziten ■ Initiierung von Lernprozessen (Kompetenzförderung) ■ Unterstützung von Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen ■ Beratung bei komplexen Problemstellungen ■ Begleitung	■ Bearbeitung von Wissensdefiziten ■ Initiierung von Lernprozessen (Kompetenzförderung) ■ Unterstützung von Entscheidungs- und Problemlösungsprozessen ■ Beratung bei komplexen Problemstellungen ■ Begleitung ■ Organisation, Planung und Steuerung von Hilfen

Abb. 2: Gegenüberstellung der Ausgestaltungsmöglichkeiten skizzierter Beratungsanlässe

4. BERATUNGSPROZESS

Der Beratungsprozess ist das zentrale Element von Beratung. Im Rahmen eines Beratungsprozesses vollzieht sich ein Perspektivwechsel, findet Wissensvermittlung, Lernen, Weiterentwicklung und Beziehungsbildung statt – und es entwickelt sich die Problemlösung.

Beratung wird dann aktiv in Anspruch genommen, wenn ein Ratsuchender sein Problem nicht selbst lösen kann, sei es aufgrund fehlender Alltagskompetenzen, Lösungsstrategien sowie aufgrund von Wissens- oder Verständnisdefiziten. Dies löst meist bei den Ratsuchenden Unsicherheit und ein Bedürfnis nach Unterstützung aus. Entsprechende Situationen treten im Kontext von chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie im Rahmen von Langzeitversorgungen in vielfältiger Art und Weise auf. Beratungsinterventionen verstanden als Dienstleistungen, die sich an einer konkreten Lebenssituation, einem individuellen Problem orientieren und sich der Unterstützung

Beratung kann als Einmalintervention erfolgen, sich aber auch über mehrere Termine hinweg erstrecken.

kognitiver, emotionaler und handlungsorientierter Problembewältigung bedienen, setzen genau hier an.

Beratung und individuelle Schulung zur Verbesserung der pflegepraktischen Kompetenz können als Einmalintervention erfolgen, sich aber auch über mehrere Termine hinweg erstrecken. Angesichts des Ziels der Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements und der Komplexität von Ausgangslagen und Problemstellungen empfiehlt es sich, über die einmalige Beratung hinausgehende Beratungsformen zu etablieren und vorzuhalten. Auch wenn Beratung als Kurzintervention erfolgt, findet ein Beratungsprozess statt. Dieser sollte einer professionellen Ordnung folgen (Gröning & Gerhold 2012).

Grundsätzlich lassen sich als professionelle Ordnungen zwei Herangehensweisen an Beratung unterscheiden: die Experten- und die Prozessberatung. Bei der Expertenberatung, die auch direktive Beratung genannt wird, diagnostiziert der Ratsuchende sein Problem selbst und erwartet vom Berater, dass er für seine Probleme entweder Lösungsvorschläge macht oder fertige Lösungen anbietet (Fatzner 1993; König & Volmer 2008). Aufgrund der Komplexität von Lebenslagen und Pflegearrangements ist die Ausgangslage einer Beratung zumeist eine andere: Das Problem ist nicht offensichtlich, nicht eindimensional und eine Problem- und Zieldefinition vollzieht sich als Prozess. Letzteres erfordert eine Prozessberatung, die zur Entwicklung einer Problemlösekompetenz des Ratsuchenden beiträgt und einen Prozess gestaltet, in dem der Ratsuchende die Lösung selbst finden kann. Dabei kommt es stufenweise zu einer Veränderung der Herangehensweise des Ratsuchenden an seine Problemlage. Prozess- und Expertenberatung sind nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen. Ein Wechsel zwischen Experten- und Prozessberatung kann ebenso zielführend sein, wie die Integration einer Expertenberatung, z. B. in Form einer Schulung zu einer spezifischen Fragestellung, in eine übergeordnete Prozessberatung. Hierbei nehmen Beratende ihre jeweilige Rolle gezielt ein und reflektieren diese kontinuierlich.

Aufgrund der Komplexität von Lebenslagen und Pflegearrangements ist das Problem nicht immer offensichtlich, nicht eindimensional und eine Problem- und Zieldefinition vollzieht sich im Beratungsprozess.

Unterschiedliche Ansätze einer Prozessberatung wie die lösungsorientierte Beratung (Wolters 2004; Bamberger 2010), die systemische Organisationsberatung (König & Volmer 2008) oder die nicht-direktive Beratung (Rogers 1985) folgen in der Ausgestaltung des Beratungsprozesses den individuellen Schwerpunk-

ten ihres Ansatzes. Übergeordnet betrachtet liegt einer Mehrzahl der Beratungsprozesse die Systematik eines Problemlösezyklus zu Grunde. Ergänzt wird dieser Zyklus durch Erläuterungen zur Haltung, zum Beratungsverständnis und zu Beratungsmethoden. Unabhängig von der problemorientierten Schwerpunktsetzung lässt sich ein solcher Beratungsprozess nur bedingt standardisieren (Hüper & Hellige 2012). Vielmehr birgt eine inhaltliche Offenheit die Chance, jeder Situation, jedem Menschen, jeder Familie und den individuell wahrgenommen Belastungen und Emotionen angemessen zu begegnen. Ein solcher

Der Beratungsprozess wird maßgeblich durch die Haltung und das Beratungsverständnis der Berater beeinflusst. Feinfühligkeit, Achtsamkeit, emotionale Zustimmung und die Bereitschaft, die pflegebedürftige Lebensphase anzuerkennen, sind dabei ebenso grundlegend wie die Akzeptanz unterschiedlicher Lebensentwürfe und eine wertfreie Zuwendung.

Beratungsprozess vollzieht sich in den Phasen Kontaktaufnahme, Orientierungsphase, Klärungsphase, Veränderungsphase und Abschlussphase.

Der Beratungsprozess wird maßgeblich durch die Haltung und das Beratungsverständnis der Berater beeinflusst. Feinfühligkeit, Achtsamkeit, emotionale Zustimmung und die Bereitschaft, die pflegebedürftige Le-

bensphase anzuerkennen, sind dabei ebenso grundlegend wie die Akzeptanz unterschiedlicher Lebensentwürfe und eine wertfreie Zuwendung.

■ Phasen des Beratungsprozesses

Kontaktaufnahme und Orientierungsphase

Dem ersten Kontakt kommt für den Erfolg der Beratung und für den weiteren Prozess eine zentrale Stellung zu. Vor Beginn der eigentlichen Beratung bedarf es einer Verständigung darüber, was Beratung ist, welche Rollen Beteiligte dabei einnehmen, wie der Prozess gestaltet werden kann und was als Ziel der Beratung verstanden wird. In dieser Phase ist es wichtig, den Ratsuchenden die Arbeitsweise und Intention der Beratung vorzustellen, Verständnis für die Situation zu signalisieren und Fachkompetenz zu zeigen. Dies dient dem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, in dem sich der Ratsuchende öffnen und die Probleme thematisieren kann. Übergeordnet zielt

diese Phase auf eine partizipatorische Definition der Situation, die erst durch gegenseitiges Kennenlernen, Klärung der Rahmenbedingungen und Regeln als Aushandlungsprozess möglich wird (König & Volmer 2008) und zu einem Arbeitsbündnis führt. Diese Phase bietet Orientierung hinsichtlich der Beziehungsebene und der Inhaltsebene, schafft Verbindlichkeit und trägt damit zur Sicherheit bei. Sie kann durch den Abschluss einer Vereinbarung zwischen Berater und Ratsuchendem beendet werden.

Klärungsphase

Die Klärungsphase beginnt mit einer Erzählaufforderung an den Ratsuchenden. Der Beratende spiegelt die Aussagen, visualisiert sie oder er unterstützt durch Fokussierung auf bestimmte Aspekte. Er trägt durch unterschiedliche Methoden und gezieltes Fragen zur Klärung der Situation beziehungsweise der Problemstellung bei. Dabei ist der Beratende zuständig für den Prozess und nicht für das Ergebnis, er hält seine Wertungen, persönlichen Einstellungen und seine pflegfachliche Expertise zurück. Am Ende dieser Phase hat eine Klärung bezüglich des Inhaltes der Beratung stattgefunden und je nach Grad der Offenheit des Prozesses sind die Ziele hierarchisiert und liegen präzise formuliert vor.

Veränderungsphase

Hat die Klärung über die Inhalte der Beratung stattgefunden, schließt sich die Bearbeitung in Form von Interventionen oder Initiierung von Veränderungen an. Dazu werden zunächst (methodengestützt) kreative Lösungsmöglichkeiten gesammelt und Ressourcen analysiert. Eventuell zeigt der Beratende in der Rolle des Experten Handlungsmöglichkeiten auf, die bislang unberücksichtigt blieben. Gleichzeitig werden Alternativen betrachtet und zur Diskussion gestellt – die Bewertung obliegt dabei dem Ratsuchenden selbst. Je nach Beratungsansatz und zeitlichem Umfang beinhaltet diese Phase auch die Umsetzung und Erprobung der Lösung beziehungsweise einzelner Teilschritte.

Abschlussphase

Auf die Umsetzung beziehungsweise Erprobung folgt ein Abschluss der Beratung. Ähnlich wie der Einstieg ist auch diese Phase äußerst bedeutsam, da der Rat-

suchende bestärkt und mit einem Gefühl von Sicherheit und Selbstvertrauen in seine Lebenswirklichkeit „entlassen“ werden sollte. Dabei ist ein Abschluss auf der Beziehungsebene gleichermaßen notwendig wie auf der inhaltlichen Ebene. Das Ergebnis im Rahmen eines Beratungsprozesses kann sehr unterschiedlich ausfallen, z. B. ein persönlicher Handlungsplan, praktische Handlungssicherheit oder Nutzung bislang unberücksichtigter Ressourcen. Entscheidend für den Ratsuchenden ist es, dass das Ergebnis so konkret ist, dass es sich umsetzen lässt. Damit ein Abschluss gelingt, beinhaltet diese Phase den Schritt der Reflexion über den Beratungsprozess und der damit verbundenen persönlichen und situativen Entwicklung. Dabei werden neue Sichtweisen deutlich und bestenfalls wird der Umgang mit Ressourcen und Lösungskompetenzen (auch für die Zukunft) verändert.

Es kann ratsam sein, auch in dieser Prozessphase verbindliche Ziele und Absprachen zu treffen. Dies können Absprachen sein, die der Ratsuchende gleichsam mit sich selbst vor dem Beratenden schließt oder Absprachen zwischen Ratsuchendem und Beratendem (nächster Termin, nächster Anruf). Mit einer Verständigung über den Abschluss der Beratung endet der Prozess.

Neben dem dargestellten Einfluss des individuellen Beratungsverständnisses sowie den Persönlichkeitsmerkmalen des Beratenden trägt ein zielgerichteter und kompetenter Einsatz von Methoden maßgeblich zum Erfolg der Intervention bei. Hierfür stehen etablierte Gesprächstechniken, Analyseverfahren sowie Moderations- und Visualisierungstechniken zur Verfügung.

5. BERATUNGSKOMPETENZ

Die Auswahl und Anwendung der jeweils passenden Beratungsmethode ist eine Frage der Kompetenz und Erfahrung der Berater. Kompetenzen umfassen nicht nur ein umfangreiches Fachwissen, sondern darüber hinaus die Fähigkeit, dieses Wissen förderlich einzusetzen und das eigene Handeln erfolgreich daran auszurichten. Nicht alle Aspekte von Kompetenz lassen sich formal prüfen und nachweisen, sie zeigen sich in Handlungsvollzügen und angesichts konkreter Handlungsherausforderungen. Dies trifft beispielsweise auf die Kommunikationsfähigkeit, die Empathiefähigkeit und die Flexibilität zu. Entsprechend lassen sich diese Kompetenzen nur über ihre Anwendung erschließen und es kann nur über die Beobachtung von Handlungen eine Aussage hierüber erfolgen. Im Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR), der eine Konkretisierung und individuelle Adaption des Europäischen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (EQR) darstellt, werden zur besseren Vergleichbarkeit unterschiedliche Ausbildungs-, Studien- und Weiterbildungsgänge einem bestimmten Qualifikationsniveau zugeordnet. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit einer Kompetenzorientierung innerhalb von Qualifizierungsmaßnahmen betont. Nach dem DQR ist Kompetenz die „nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale

und methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen“ (Bund-Länder-Koordinierungsstelle 2013).

Damit eine Anschlussfähigkeit zu existierenden Formen beruflicher und hochschulischer Bildung und

Kompetenz ist die „nachgewiesene Fähigkeit, Kenntnisse, Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten in Arbeits- oder Lernsituationen und für die berufliche und/oder persönliche Entwicklung zu nutzen“ (Bund-Länder-Koordinierungsstelle 2013).

zu bestehenden Berufsbildern hergestellt werden kann, sollten Anforderungen an die Kompetenz von Beratern in der Pflege kompatibel mit den Empfehlungen des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) sein. Ungeachtet der Art der Qualifizierungsmaßnahme sollte dabei die Vermittlung von Beratungskompetenzen in erster Linie handlungsorientiert ausgerichtet sein und den Teilnehmern Anlässe für situatives und reflexives Lernen

ermöglichen. Bisher sind Weiterbildungen – z. B. für die Beratung nach § 7a SGB XI – in erster Linie an der Vermittlung von Wissen und weniger an der Förderung von Handlungskompetenz orientiert. Hier zeigt sich struktureller und inhaltlicher Nachholbedarf.

■ Handlungskompetenz

Im beruflichen Kontext kann die Handlungskompetenz als eine Zusammensetzung aus der Fachkompetenz, der Methodenkompetenz, der Sozial- und der

Handlungskompetenz			
Fachkompetenz		Personalkompetenz	
Wissen	Fertigkeiten	Sozialkompetenz	Selbstständigkeit

Abb. 3: Struktur der DQR-Niveaus zur Darstellung von Handlungskompetenz

Personalkompetenz verstanden werden (Erpenbeck & Heyse 1999, Kultusministerkonferenz 2000, Fietz, Junge & Reglin 2008). Der deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) zielt darauf ab, Handlungskompetenzen umfassend und tiefgreifend darzustellen. Dazu werden Voraussetzungen wie Wissen und Fertigkeiten der Fachkompetenz zugeordnet. Als Pendant zur Fachkompetenz wird die Personale Kompetenz beschrieben, zu der Sozialkompetenz und Selbstständigkeit gezählt werden.

■ Fachkompetenz

Die Fachkompetenz in der Beratung bezieht sich auf breites und integriertes Wissen und die praktische Erfahrung zu den Anforderungen in einer Pflegesituation sowie den Möglichkeiten zur Unterstützung. Sie umfasst zudem das Wissen und die Fähigkeit zur Anwendung von Kommunikationsmodellen und -techniken. Dem Wissen um die Entstehung und Entwicklung von familiären Pflegesituationen, die damit einhergehenden Entscheidungen und diesem Wissen zugrunde liegende Befunde unter-

schiedlicher Disziplinen sind hoch bedeutsam für die Beratung. Die fachlich richtige und selbstständige Einschätzung der Situation ist entscheidend für das weitere Vorgehen in der Beratung,

Die fachlich richtige und selbstständige Einschätzung der Situation ist entscheidend für die Wahl einer geeigneten Intervention.

ob zum Beispiel eine weiterführende Information, eine Fertigkeiten vermittelnde Schulung oder eine lebensweltlich ausgerichtete Beratung die richtige Intervention darstellt. Sie ist darüber hinaus bedeutsam bei der Bearbeitung von konfliktbehafteten Situationen, um einschätzen zu können, ob familiäre Konflikte, krankheitsbedingte Anforderungen oder andere Aspekte entscheidend für die Entstehung von Krisen sind. Auf der Grundlage pflegfachlicher Kompetenz können Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit beurteilt und praktische Unterstützung geleistet werden.

Fachkompetenz umfasst darüber hinaus beratungsrelevante Fertigkeiten wie beispielsweise die selbstständige Planung und Steuerung des Beratungsprozesses. Zu Beginn des Beratungsprozesses geht es um

die Wahrnehmung des tatsächlichen Beratungsbedarfs und die Erfassung der Beratungssituation in ihrer gesamten Komplexität. Je nach Anlass und struktureller Verortung können dabei Gesprächsleitfäden, Assessment-Instrumente oder Leitfragen hilfreich sein. Entscheidend

bleibt jedoch die Kompetenz der Berater, einen Einstieg in den Prozess zu finden, der es den Ratsuchenden ermöglicht, Vertrauen zu fassen und ihre Situation zu schildern. Entsprechend umfasst die Fachkompetenz auch die Fähigkeit, die Beratungsbeziehung und deren Rahmenbedingungen aktiv zu gestalten. Im Sinne der theoretischen Ansätze kann dabei das Verständnis individueller Lebenswelten ebenso im Mittelpunkt stehen wie die gemeinsame Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten.

Fachkompetenz ist insbesondere in schwierigen Beratungssituationen erforderlich, in denen Konflikte, Widerstände oder Misstrauen offenbar werden. Berater sind dabei herausgefordert, einen Umgang mit konflikthafter Situation zu finden und den Ratsuchenden ihre Unterstützung anzubieten. Andererseits kann es auch Situationen geben, in denen sie nicht weiterkommen und gegebenenfalls weitere Personen einschalten müssen. Erstes Bestreben sollte es aber sein, die begleitende Unterstützung der Ratsuchenden beizubehalten und nicht auf sanktionierende Formen zurückzugreifen, wie z. B. die Einschaltung von Prüfinstanzen oder die Drohung mit Leistungsentzug. Abschließend umfassen methodische Fähigkeiten und Fertigkeiten auch die einvernehmliche Beendigung des Beratungsprozesses.

Fachkompetenz

- Breites Wissen
- Praktische Erfahrung
- Möglichkeiten zur Unterstützung
- Anwendung von Kommunikationsmodellen und -techniken
- Fähigkeit zur selbstständigen Planung und Steuerung des Beratungsprozesses
- Fähigkeit, die Beratungsbeziehung und deren Rahmenbedingungen aktiv zu gestalten

■ Personale Kompetenz

Personale Kompetenz zeigt sich durch Kommunikationsfähigkeit, Empathiefähigkeit sowie kontinuierliche Selbstreflexion der persönlichen Beratungshaltung und ihrer Übereinstimmung mit dem eigenen

Personale Kompetenz zeigt sich durch Kommunikationsfähigkeit, Empathiefähigkeit sowie kontinuierliche Selbstreflexion der persönlichen Beratungshaltung und ihrer Übereinstimmung mit dem eigenen Beratungshandeln.

Beratungshandeln. Aus dieser Reflexion heraus erfolgt die Ableitung entsprechender Konsequenzen und Bewertungen für die konkrete Situation, aber auch für zukünftige Beratungssituationen. Die personale Kompetenz schließt ein, dass Berater die Ratsuchenden in ihren Aussagen

und Verhaltensweisen akzeptieren und Anzeichen für Überforderung erkennen können. Nach der Logik des DQR umfasst die personale Kompetenz auch die Sozialkompetenz. Diese zeigt sich in der Offenheit, mit der den Ratsuchenden begegnet und mit der auf sich verändernde Beratungssituationen eingegangen wird. Gleichzeitig zeigt sie sich durch verantwortliches Arbeiten in einem Expertenteam und darin, komplexe beratungsbezogene Probleme und Lösungen auch gegenüber Fachleuten argumentativ zu vertreten und mit ihnen weiterzuentwickeln (Bund-Länder-Koordinierungsstelle 2013). Sozialkompetenz bedeutet zudem, das eigene Repertoire an Methoden und Techniken situationsgebunden, selbstständig und eigenverantwortlich anwenden zu können und nicht auf eine Methode allein zu vertrauen, die für alle Situationen zur Anwendung kommt. Daher ist die Sozialkompetenz ein entscheidender Aspekt für die Nutzer- beziehungsweise Klientenorientierung in der Beratung, die insbesondere daran deutlich wird, inwiefern es gelingt, die Nutzer einzubeziehen und ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen.

■ Qualifizierung

Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Gesundheitswissenschaftler und, vorrangig auf die leistungsrechtliche Information und Beratung ausgerichtet, Sozialversicherungsfachangestellte bringen Beratungskompetenzen im Sinne dieses Qualitätsrahmens mit. Die oben beschriebenen Kompetenzen erfordern in Anlehnung an die Beschreibungen des deutschen Qualifikationsrahmens eine Qualifizierung auf Niveaustufe fünf bis sechs.

Erforderlich sind Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in einem beruflichen Tätigkeitsfeld, das in seiner Anforderungsstruktur durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet ist.

Die Niveaustufe 5 umfasst den Erwerb von Kompetenzen, die zur selbstständigen Planung und Bearbeitung umfassender fachlicher Aufgabenstellungen in einem komplexen, spezialisierten, sich verändernden Lernbereich oder beruflichen Tätigkeitsfeld benötigt werden. Qualifiziert nach Niveaustufe sechs zu sein heißt: über Kompetenzen zur Planung, Bearbeitung und Auswertung von umfassenden fachlichen Aufgaben- und Problemstellungen sowie zur eigenverantwortlichen Steuerung von Prozessen in Teilbereichen eines wissenschaftlichen Faches oder in einem beruflichen Tätigkeitsfeld zu verfügen, das in seiner Anforderungsstruktur durch Komplexität und häufige Veränderungen gekennzeichnet ist (Bund-Länder-Koordinierungsstelle 2013). Dabei steht jedoch nicht die formale Qualifikation im Vordergrund, sondern der damit einhergehende beratungsbezogene Kompetenzerwerb entsprechend des skizzierten Qualifizierungsniveaus und Kompetenzprofils (siehe Abbildung 4). Letzteres veranschaulicht die für die zentralen Aufgaben von Beratung erforderlichen Dimensionen der beratungsbezogenen Fachkompetenz und der Personalen Kompetenz.

Die Niveaustufen können über unterschiedliche Qualifikationswege erreicht werden. Die für die Beratung in Betracht kommenden Berufsgruppen bringen unterschiedliche Voraussetzungen mit und es bedarf entsprechend differenzierter Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung. Für die Gesundheitswissenschaft, Sozialarbeit und die Sozialpädagogik ist ein Studium (durch das die Niveaustufe sechs erreicht wird) eine grundlegende Voraussetzung. In der Pflege liegen derzeit zunehmend heterogene Voraussetzungen vor – beginnend bei einer dreijährigen Ausbildung in einem Pflegeberuf (Niveaustufe 4) über Fachwei-

terbildungen/Fortbildungen (Niveaustufe 5) sowie die Kombination von Ausbildung und weiterführendem Studium bis hin zum berufsqualifizierenden dualen Studium, das mit dem akademischen Grad eines Bachelor (Niveaustufe 6) abgeschlossen wird. Entsprechend sollte bei der Qualifikation der Pflegefachkräfte für die Beratung neben der formalen Qualifikation be-

rücksichtigt werden, dass sie vielfach bereits seit Jahren in den unterschiedlichen Bereichen der Beratung in der Pflege tätig sind und dabei umfangreiche Erfahrungen gesammelt haben. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, dass Qualifizierungs-

und Weiterbildungsangebote für die Beratung in der Pflege so konzipiert sind, dass unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangslagen eine Qualifizierung entsprechend der Niveaustufen fünf bis sechs erreicht wird.

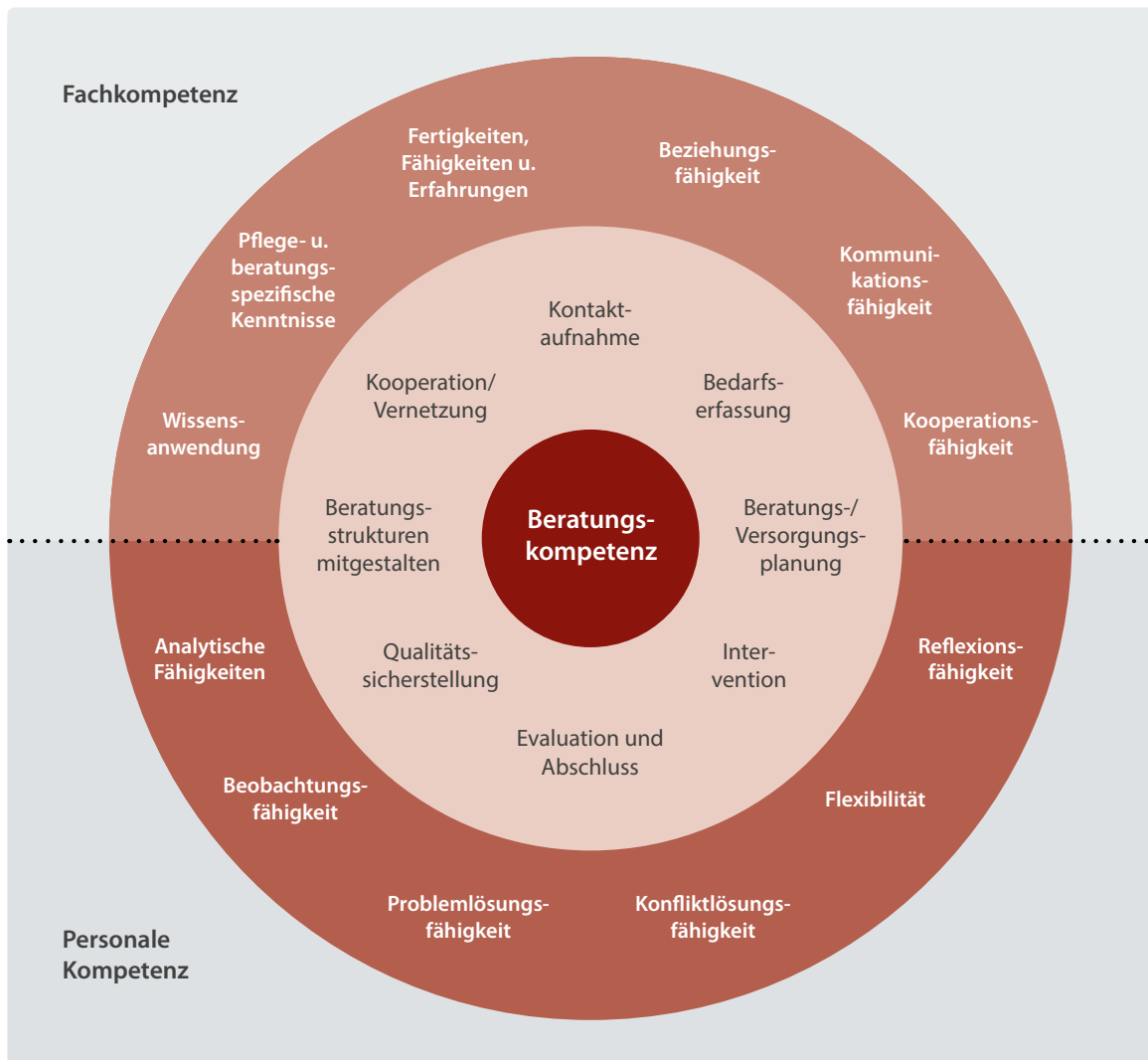


Abb. 4: Kompetenzprofil Beratungskompetenz (nach Hummel-Gaatz, Doll 2007; Heyse & Erpenbeck 2004, Bohrer, Kuckeland, Oetting-Roß, Scherpe & Schneider 2008, Bals & Dilg 2014)

6. QUALITÄTSBEREICHE UND -KRITERIEN

Die bisherigen Ausführungen geben Hinweise auf Bereiche und Kriterien, anhand derer Aussagen zur Qualität von Beratung in der Pflege abgeleitet werden können. Bevor dazu weitere Ausführungen erfolgen, sei auf eine grundsätzliche Problematik bei der Festlegung von Qualitätskriterien hingewiesen: Qualitätskriterien erfordern immer die Festlegung intern und/oder extern überprüfbarer, operationalisierter Ziele. Wie jedoch bereits verdeutlicht wurde,

bestimmt sich die Qualität von Beratung unter anderem daran, wie sehr es gelingt, auf den Einzelfall bezogene Lösungen und Hilfen zu entwickeln und umzusetzen.

Für die Qualität der Beratungsangebote kann ein Qualitätsrahmen eine Orientierung bieten. Er gibt Hinweise, die zur Selbstreflexion dienen, für potenzielle Nutzer eine orientierende Funktion haben, für die Infrastrukturplanung nutzbar gemacht und im Rahmen konstruktiv-unterstützender Prüfverfahren

hilfreich sein können. Die eigentliche Qualitätsentwicklung erfolgt in der Auseinandersetzung der Anbieter von Beratungsleistungen mit den durchgeführten Interventionen und deren Ergebnissen. Die Reflexion von Beratungssituationen ist daher ein wichtiges Instrument der Qualitätsentwicklung. Die Befragung und Einbeziehung der Nutzer der Angebote ebenso. Qualitätsanforderungen sind dann verfehlt, wenn sie die Nachweispflicht, die oftmals in Form von Dokumentationen erfolgt, stärker in den Fokus stellen als das tatsächliche Beratungsgeschehen.

Minimalanforderung an alle Beratungsangebote in der Pflege ist, dass sie auf einer theoretisch-konzepti-

onellen Fundierung basieren, die in einem Konzept verdeutlicht wird und die bei der konkreten Ausgestaltung von Beratungsprozessen Berücksichtigung findet. Bestandteile des Konzepts sind Aussagen zur Zielsetzung und zum Vorgehen in der Beratung. Zudem sollten die Anbieter nachweisen können, dass nur entsprechend qualifizierte Personen die Beratung durchführen. Nachfolgend werden Qualitätsanforderungen für Beratung in der Pflege anhand von fünf Qualitätsbereichen beschrieben:

1. Rahmenbedingungen und Infrastruktur
2. Theoretische und konzeptionelle Fundierung
3. Kompetenz und Qualifizierung
4. Beratungsinhalte
5. Beratungsprozess.

■ Qualitätsbereich 1: Rahmenbedingungen und Infrastruktur

In Anlehnung an den Freiwilligen Europäischen Qualitätsrahmen für Sozialdienstleistungen (Rat der Europäischen Union 2010) gelten als zentrale Qualitätskriterien für die Beratungsinfrastruktur:

- Verfügbarkeit
- Zugänglichkeit
- Ergebnisorientierung
- Unabhängigkeit
- Ausstattung
- Organisation
- Vernetzung.

Minimalanforderung ist eine theoretisch-konzeptionelle Fundierung, die in einem Konzept verdeutlicht wird und die bei der konkreten Ausgestaltung von Beratungsprozessen Berücksichtigung findet.

Für die Qualität der Beratungsangebote kann ein Qualitätsrahmen eine Orientierung bieten. Er gibt Hinweise, die zur Selbstreflexion dienen, für potenzielle Nutzer eine orientierende Funktion haben, für die Infrastrukturplanung nutzbar gemacht und im Rahmen konstruktiv-unterstützender Prüfverfahren hilfreich sein können.

Verfügbarkeit

Zur Unterstützung der pflegerischen Versorgung sollte für die Bevölkerung vor Ort ein breites, bundesweit gleichmäßiges Angebot an Informations- und Beratungsmöglichkeiten, einschließlich zugehender, präventiver Angebote, verfügbar sein. Daher muss systematisch geplant werden, wo Beratungsangebote angesiedelt und wie die Angebote miteinander verknüpft werden. In städtischen Regionen sollten verschiedene Beratungsangebote unterschiedlicher Träger zusammenwirken. In ländlichen Regionen bietet es sich an, feste Anwesenheitszeiten durch mobile Angebote sicherzustellen.

Zur Verfügbarkeit von Beratungsangeboten in der Pflege gehört auch die Pflegerechtsberatung. Sie erfolgt auf der Grundlage des Rechtsdienstleistungsgesetzes und verlangt daher nach anderen Qualifikationen und Herangehensweisen, als sie in diesem Qualitätsrahmen dargestellt sind. Unabhängig davon ist es aber aus Nutzersicht von hoher Bedeutung, eine Anlaufstelle in Fragen der Vertragsgestaltung und im Fall von Auseinandersetzungen mit Leistungserbringern zu haben. Es sollte daher in den Bundesländern sichergestellt sein, dass die unabhängige Pflegerechtsberatung fester Bestandteil der Beratungsinfrastruktur wird. Organisationen wie die Verbraucherzentralen und der Sozialverband Deutschland verfügen über Expertise in der Sozial- und Pflegerechtsberatung, auf die hierfür zurückgegriffen werden sollte.

Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit der Beratung impliziert, dass diese für alle, die sie benötigen, leicht erreichbar ist. Die Beratungsangebote müssen daher kostenlos, wohnortnah und bei Bedarf auch zugehend, das heißt im persönlichen Wohnraum, bereitgestellt werden.

Um zugänglich zu sein, müssen die Angebote der angesprochenen Bevölkerung bekannt sein. Die Träger der Beratungsangebote müssen daher sicherstellen, dass die Bevölkerung über Print- und elektronische Medien von den Angeboten erfahren kann.

Ergebnisorientierung

Ergebnisorientierung bedeutet, dass die Beratungsangebote für die Ratsuchenden hilfreich sind und sie darin unterstützen, Orientierung zu gewinnen, das eigene Handeln zu reflektieren, weiterzuentwickeln und wichtige Entscheidungen zu treffen. Um sicherzustellen, dass die Angebote diesem Ziel gerecht werden, sollten Instrumente der internen Qualitätssicherung (wie z. B. Auswertungen von Beratungsprozessen und Fallbesprechungen, Dokumentation und Auswertung von Anzahl, Inhalt und Ergebnis der durchgeführten Beratungen) angewendet werden. Zur Einbeziehung der Nutzerperspektive sollten Verfahren etabliert werden, die es den Nutzern ermöglichen, ein Feedback zur Beratung und den Ergebnissen zu geben.

Unabhängigkeit

Ein wichtiges Kriterium der Infrastrukturentwicklung ist die Unabhängigkeit der Angebote. Zwar sind in erster Linie die fachliche Gestaltung der Prozesse und die Kompetenz der Beratenden maßgeblich und weniger die institutionelle Zugehörigkeit. Problematisch wird die Gestaltung der Angebote jedoch dann, wenn Intentionen im Sinne von Interessenskonflikten innerhalb eines Beratungsanlasses vermischt oder überlagert werden.

Organisation und Ausstattung

Hinsichtlich der Organisation und Ausstattung sind folgende Kriterien maßgeblich für die Qualität (in Anlehnung an Vogel (2007) und Kamrad et al. (2014)):

- Die Beratung findet zeitnah nach Anfrage statt.
- Die Räume der Beratungsstelle bieten einen barrierefreien Zugang.
- Die Räume bieten die Möglichkeit, eine Beratung mit mehreren Personen zu gestalten.
- Das Beratungsangebot ist bei Bedarf zeitlich und örtlich flexibel (z. B. kurzfristig, zugehend).
- Die Beratung kann auch telefonisch erfolgen.
- Das Beratungsgespräch findet ungestört, in freundlicher Atmosphäre statt.
- Die Beratungsstelle bietet Nutzern aktuelle, wissenschaftlich fundierte Informationsmaterialien.

- Die Beratungsstelle arbeitet mit anderen, ggf. weiterführenden, Leistungsanbietern zusammen.

Vernetzung

Ein wichtiges Qualitätskriterium ist die Vernetzung verschiedener Beratungsangebote. Diese gilt es lokal zu organisieren. Eine koordinierende Rolle der Kommunen bietet sich in diesem Zusammenhang an. Aus Sicht der Ratsuchenden ist die Zusammenarbeit oder zumindest das Wissen der verschiedenen Beratungsstellen voneinander ein wichtiger Aspekt – vor allem dann, wenn es um den Wechsel zwischen verschiedenen Versorgungssettings geht oder wenn Leistungen und Leistungsanbieter aus unterschiedlichen Sektoren betroffen sind. Dazu gehört die Etablierung regelhafter, systematischer lokaler Abstimmungs- und Koordinationsprozesse zwischen den bestehenden Angeboten der gesetzlichen Beratungsanlässe im SGB XI, den kommunalen Angeboten, den gemeinsamen Servicestellen gem. SGB IX und dem Entlassungs- beziehungsweise Überleitungsmanagement der Krankenhäuser.

■ Qualitätsbereich 2: Theoretische und konzeptionelle Fundierung

Die theoretische und konzeptionelle Fundierung legt fest, mit welchem Beratungsverständnis und -ziel ein Prozess gestaltet werden soll. Kernkriterien sind die Orientierung am Ratsuchenden, die Ergebnisoffenheit sowie die Berücksichtigung ethischer Grundsätze. Entsprechend sollten Konzepte für die Beratung in der Pflege Aussagen dazu enthalten,

- auf welche theoretischen Grundlagen sie sich beziehen
- welches Menschenbild, welche gemeinsame Prinzipien und welche ethische Haltung dem Konzept zugrunde liegen
- mit welcher Intention die Beratung erfolgt
- ob sie sich auf einen gesetzlichen Beratungsanlass bezieht
- welche Inhalte die Beratung umfassen sollte
- wie der Beratungsprozess zu gestalten ist
- wie sichergestellt wird, dass das theoretische Konzept systematisch angewandt wird

- ob und wie eine vertrauensvolle und partnerschaftliche Beziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden aufgebaut und gestaltet wird
- wie die Perspektive der Ratsuchenden einbezogen wird
- wie relevante Datenschutzregelungen eingehalten werden
- wie die Kooperationen und Vernetzung mit anderen Leistungsanbietern erfolgt
- welcher Beitrag zur örtlichen Beratungsinfrastruktur geleistet wird
- wie zur allgemeinen Bekanntheit des Beratungsangebots beigetragen wird.

■ Qualitätsbereich 3: Kompetenz und Qualifizierung

Die Beratungskompetenz umfasst Fachkompetenzen und Personale Kompetenzen. Kriterien für die Fachkompetenz der Beratenden sind breites, aktuelles Wissen, praktische Erfahrung, Anwendung von Kommunikationsmodellen und -techniken, Fähigkeit zur selbstständigen Planung und Steuerung des Beratungsprozesses sowie die Fähigkeit, die Beratungsbeziehung und deren Rahmenbedingungen aktiv zu gestalten. Kriterien für die Personale Kompetenz sind Kommunikationsfähigkeit, Empathiefähigkeit, Offenheit, Flexibilität, Selbstreflexionsfähigkeit, verantwortliches Arbeiten und Argumentationsfähigkeit (vgl. Abschnitt VI.).

Die erforderliche Beratungskompetenz bedarf einer angemessenen Qualifizierung der Beratenden. Formal sollte eine Qualifizierung für Beratung der Stufen fünf bis sechs des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) entsprechen. Theoretische und methodische Fragen der Beratung müssen Bestandteil der Qualifizierungsmaßnahme beziehungsweise des Studiums sein. Die Förderung von Kompetenzen für dieses spezifische Handlungsfeld sollte Gegenstand der Qualifizierung sein. Sofern dies nicht der Fall ist, sollte der Nachweis einer adäquaten Weiterbildung erbracht werden.

Das Kompetenzprofil der Berater setzt sich nicht nur aus der formalen Qualifikation zusammen, sondern umfasst darüber hinaus bestehende Erfahrungen und Expertise, die sich viele Berater im Laufe der Jahre angeeignet haben. Auf diese Expertise sollte nicht

zugunsten von Formalanforderungen verzichtet werden. Entsprechend sollten Übergangsbestimmungen zur Festlegung der Qualifikation von Beratern für diejenigen, die über eine mindestens dreijährige Erfahrung in der pflegerischen Beratung verfügen, eine Anerkennung vorsehen.

In den lokalen Beratungs-, Informations- oder Auskunftstellen ist für die Bereitstellung von Auskunft und Information grundsätzlich auch ein niedrigeres Qualifikationsniveau akzeptabel. Da die lokalen Stellen jedoch in der Lage sein sollten, eine weitergehende Beratung oder ein Case Management anzubieten, ist ein entsprechender Qualifikationsmix sicherzustellen, der dieser Zielsetzung entspricht.

■ Qualitätsbereich 4: Beratungsinhalte

Die verschiedenen Beratungsanlässe weisen inhaltliche Schnittmengen auf, können sich jedoch hinsichtlich der Inhalte unterscheiden. Zudem erfordern sie aufgrund ihres jeweiligen Auftrags unterschiedliche Herangehensweisen.

Bei der Beratung nach § 7a SGB XI handelt es sich um ein inhaltlich breites Angebot, das sich auf Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, Unterstützungsmöglichkeiten bei Pflegebedürftigkeit und Fragen zur Pflege bezieht. Das Beratungsinteresse kann allgemeine oder sehr konkrete Fragen betreffen. Konzeptionell ist es daher erforderlich, das Beratungsgespräch zu Beginn auf die Identifikation des Beratungsinteresses beziehungsweise des bestehenden Problems auszurichten. Die in der Abbildung 1 in Abschnitt 3. dargestellten Perspektiven können hilfreich dabei sein, wiederkehrende Fragen bei der Gestaltung häuslicher Pflegesituationen zu erkennen.

Bei Schulungskursen in der häuslichen Umgebung sind ebenfalls unterschiedliche Bedarfslagen zu berücksichtigen – der Bedarf und damit der Beratungsinhalt sind eher konkret. In der Regel wird eine Schulung initiiert, weil ein gemeinsames, grundsätzliches Verständnis eines Schulungsbedarfs bereits festgestellt wurde.

Die Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI erfordert wiederum inhaltliche Breite, da der Beratungs- und Handlungsbedarf in dieser verpflichtenden, vorrangig auf

eine Einzelintervention setzenden Beratung zu identifizieren ist. Um den präventiven Charakter der Beratung wirksam werden zu lassen, ist es erforderlich, zentrale Themenbereiche anzusprechen beziehungsweise zu erörtern. Dazu gehören: familiäre Situation, Finanzierung der Pflegesituation, pflegepraktische Fragen, soziale Netzwerke, Möglichkeiten zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Erkenntnisse aus den Beratungsbesuchen sollten zur Initiierung von individuellen häuslichen Schulungen führen können. Diese Verknüpfung könnte durch Kooperationen zwischen Anbietern, die jeweils eine der beiden Beratungsformen anbieten, oder dadurch, dass Anbieter beide Beratungsformen anbieten müssen, um entsprechende Verträge abschließen zu können, hergestellt werden.

■ Qualitätsbereich 5: Beratungsprozess

Der Beratungsprozess soll eine ausführliche Situations- und Problemanalyse und ein situatives Fallverstehen ermöglichen und im Ergebnis zu einer Stabilisierung oder Verbesserung der Situation des Ratsuchenden beitragen.

Beratungsprozesse können Ergebnisse auf unterschiedlichen Ebenen aufweisen:

- Problemlösung durch Wissensvermittlung, Perspektivwechsel, Vermittlung von Kompetenzen, Unterstützung, Begleitung
- Verbesserung des Selbstmanagements
- Stabilisierung einer Situation
- Chancengleichheit und Teilhabe.

Die Qualität des Beratungsprozesses kann anhand folgender Aspekte eingeschätzt werden (in Anlehnung an Hüper & Hellige (2012) und Vogel (2007)):

- Der Beratungsprozess findet im gegenseitigen Einvernehmen zwischen Ratsuchendem und Beratendem statt.
- Die Beratungshaltung des Beraters ist offen, kooperativ, respektvoll und empathisch.
- Das Recht auf Selbstbestimmung des Ratsuchenden wird anerkannt und gestärkt.

- Die Ausdrucksweise des Beraters ist für den Ratsuchenden angemessen und verständlich.
- Beratungsinhalte werden aus Sicht der Ratsuchenden thematisiert.
- Die Beratung orientiert sich am biografischen und lebensweltlichen Kontext und kulturellen Hintergrund der Ratsuchenden.
- Der Beratungsprozess erfolgt strukturiert, nach einem definierten Vorgehen.
- Der Beratungsprozess weist folgende Phasen auf: Kontakt, Orientierung und Klärung, Veränderung, Reflexion und Abschluss, Evaluation (Selbst-/Fremdabgleich).
- Das Ergebnis des Beratungsprozesses ist offen.
- Die Institution hat ein Qualitätsmanagement zur Qualitätssicherung der Prozesse implementiert.
- Über den Beratungsprozess und die Ergebnisse besteht für den Ratsuchenden Transparenz.
- Die Prozessschritte und Ergebnisse werden dokumentiert.
- Es bestehen Regelungen zum Umgang mit persönlichen Daten. Diese werden auch eingehalten.
- Informationen, die relevant für weitere Beteiligte sind, werden unter Beachtung des Datenschutzes und ausschließlich nach Einwilligung des Ratsuchenden weitergeleitet.
- Verlauf und Abschluss des Beratungsprozesses sowie der Beratungsbeziehung werden systematisch ausgewertet. Dabei wird neben der Selbsteinschätzung auch die Fremdeinschätzung von Kollegen sowie die Sicht Ratsuchender berücksichtigt.
- Zu festgelegten Zeiten finden Fallbesprechungen und Supervision für den Berater statt.
- Die Beratenden erhalten über die Institution Hilfestellungen zum Umgang mit Krisen und Grenzsituationen.

LITERATUR

- Ansen, H. (2012). Der Beratungsprozess. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber.
- Bals, T. & Dilg, K. (2014). Handreichung Kerncurriculum Case Management (KCM) – Pflegeberatung. Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), Berlin.
- Bamberger, G. (2010). Lösungsorientierte Beratung: Praxishandbuch. Weinheim: Beltz.
- Bohrer, A., Kuckeland, H., Oetting-Roß, C., Scherpe, M. & Schneider, K. (2008). Beratung gestalten. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Brake: Prodos.
- Brunner, E. (2007). Systemische Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt.
- Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (Hrsg.). (2013). Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten.
www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf [18.07.2015].
- Bundesministerium für Gesundheit (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S. & Fringer A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 43:103-110.
- Büscher, A., Holle, B., Emmert, S. & Fringer, A. (2010). Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld.
- COMPASS Private Pflegeberatung, Kühn-Hempe, C. & Roes, M. (2011). Bericht zur Pflegeversicherung COMPASS – Organisation, Konzept und Umsetzung, Köln
www.compass-pflegeberatung.de/fileadmin/user_upload/COMPASS_BMG_Bericht____7a_Abs._7_SGB_XI_Zusammenfassung_.pdf [21.12.2015].
- Destatis. Statistisches Bundesamt. (2015). Pflegestatistik 2013.
www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/pflegedeutschlandergebnis-se5224001139004.pdf?__blob=publicationfile. [20.04.2015].
- Engel, F., Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2012). Theoretische Konzepte der Beratung. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber.
- Erpenbeck J. & Heyse, V. (1999). Die Kompetenzbiographie. Strategien der Kompetenzentwicklung durch selbstorganisiertes Lernen und multimediale Kommunikation. Münster: Edition QUEM.
- Ewers, M. & Schaeffer, D. (2005). Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber.
- Fatzer, G. (1993). Organisationsentwicklung für die Zukunft: ein Handbuch. Köln: Moll und Eckhardt.
- Gröning, K. (2006). Hochaltrigkeit und Pflege zu Hause als Herausforderung für die Weiterbildung. In Zeitschrift für Weiterbildungsforschung. Schwerpunkt Alter und Pflege, 29 (3):41-50.
- Gröning, K. & Gerhold, C. (2012). Der Beratungsprozess und die Prinzipien und Probleme der Sozialleistungsberatung. Studienbrief. Modellprojekt Familiäre Pflege unter Bedingungen der G-DRG's der Universität Bielefeld, gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK Nordwest.

- Gröning, K. & Lietzau, Y. (2011). Pflege. In H. Otto & H. Thiersch (Hrsg.). Handbuch soziale Arbeit. Basel: Rheinhardt.
- Heyse, V. & Erpenbeck, J. (2004). Kompetenztraining. 64 Informations- und Trainingsprogramme. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Hummel-Gaatz, S. & Doll, A. (2007). Unterstützung, Beratung und Anleitung in gesundheits- und pflegerelevanten Fragen fachkundig gewährleisten. Themenbereich 3. Werkstattbücher zu Pflege Heute. München: Urban & Fischer.
- Hüper, C. & Hellige, B. (2012). Kooperative Pflegeberatung und Beratungsqualität. Mit einem Exkurs zu Macht und Eigensinn. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Kamrad, E., Pohl, M., Schiersmann, C. & Weber, P. (2014). Professionell beraten: Qualitätsentwicklungsrahmen (QER) für die Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung. Nationales Forum Beratung in Bildung, Beruf und Beschäftigung e.V. (nfb), Forschungsgruppe Beratungsqualität am Institut für Bildungswissenschaft der Ruprecht-Karls-Universität, Heidelberg (Hrsg.). www.beratungsqualitaet.net/upload/Menu_Operational/Veroeffentlichungen/BeQu_QER.pdf [20.12.2015].
- Kirchen-Peters, S. & Nock, L. (2014). Evaluation der Pflegestützpunkte in Deutschland. Endbericht. Werkstattfassung. Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. (ISO). Saarbrücken.
- Klie, T., Frommelt, M., Schneekloth, U. et al. (2012). Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. In: GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 10. Pflegeberatung. Berlin.
- Koch-Straube, U. (2008). Beratung in der Pflege. Bern: Hans Huber.
- König, E. & Volmer, G. (2008). Handbuch Systemische Beratung. Weinheim: Beltz.
- Kultusministerkonferenz (2000). Handreichungen für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Stand: 15.09.2000. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn, Berlin.
- Michell-Auli, P., Strunk-Richter, G. & Tebest, R. (2010). Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung. Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Nestmann, F. (2007). Ressourcenorientierte Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden, Felder. Tübingen: Dgvt.
- Nestmann, F., Engel, F. & Sickendiek, U. (Hrsg.). (2007). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden, Felder. Tübingen: Dgvt.
- Nickel, W., Born, A., Hanns, S. & Brähler, E. (2010). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44:109–114.
- Rat der Europäischen Union (2010). Ein freiwilliger europäischer Qualitätsrahmen für Sozialdienstleistungen. Brüssel. <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=DE&f=ST%2016319%202010%20INIT> [07.01.2016].
- Rogers, C. (1985). Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schaeffer, D. & Dewe, B. (2012). Zur Interventionslogik von Beratung in der Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In D. Schaeffer & S. Schmidt-Kaehler (Hrsg.). Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Hans Huber.
- Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (2012). Lehrbuch Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber.
- Schneider, K. (2002). Neue Arbeitsfelder in der Pflege – eine definitorische Klärung von Beratung, Anleitung und Schulung. Unterricht Pflege, 7 (4): 2-8.
- Schneider, K. (2005). Beratungskonzepte. In M. Poser & K. Schneider (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegemanagerinnen und Pflegepädagoginnen. Bern: Hans Huber.

Sozialgesetzbuch (SGB) (2014) Bücher I-XII: Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Thiersch, H. (2007). Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & S. Sickendiek (Hrsg). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt.

Thiersch, H. (2015). Soziale Arbeitswelt und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze Band 1. Weinheim: Beltz und Juventa.

Vogel, H. (2007). Qualitätssicherung von Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & S. Sickendiek (Hrsg). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: Dgvt.

Wolters, U. (2004). Lösungsorientierte Kurzberatung: Was auf schnellem Wege Nutzen bringt. Leonberg: Rosenberger.

Impressum

Herausgeber

Zentrum für Qualität in der Pflege
Reinhardtstr. 45
10117 Berlin
V. i. S. d. P. : Dr. Ralf Suhr

Erarbeitung

Prof. Dr. Andreas Büscher, Hochschule Osnabrück
Claudia Oetting-Roß, Fachhochschule Münster
Daniela Sulmann, Zentrum für Qualität in der Pflege

Steuerung

Dr. Christian Berringer, Bundesministerium für Gesundheit
Belinda Hernig, Verband der Ersatzkassen e.V.
Dieter Lang, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.
Dr. Gabriele Müller-List, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Dr. Ottilie Randzio, MDK Bayern
Erika Stempfle, Diakonie Deutschland
Nadine-Michèle Szepan, AOK-Bundesverband
Bernd Tews, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.
Franz Wagner, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V.

Gestaltung und Herstellung

zwoplus, Berlin
Das Druckteam Berlin (Druck)

Alle Rechte vorbehalten

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers.
Download unter www.zqp.de.
© Zentrum für Qualität in der Pflege

1. Auflage, Berlin 2016

ISBN: 978-3-945508-15-2

