

Prof. Dr. Margret Flieder
Evangelische FH Darmstadt
Zweifalltorweg 12
64293 Darmstadt
mail: flieder@efh-darmstadt.de

Kollegiale Beratung als autonomes Handlungsfeld für die Pflege

Einleitung und Ausgangssituation

Der zunehmende Trend nach wachsendem Informations- und Beratungsbedarf angesichts komplexer werdender Problem- und Bedarfslagen erreicht nun auch die Pflege. Die Zunahme an Veröffentlichungen zum Thema Beratung als Gegenstand pflegerischer Aufgaben (vgl. u.a. Anthes 2002; Burgheim 2004; Buijssen 1997; Hulskers/Niederer-Frei 1997; Koch-Straube 2001; Norwood 2002; Wolf 2001; Weerenbeck/Bungter 1997; Zegelin-Abt 1999) ist ein Indikator für diese Entwicklung. Dass Pflegende Beratungstätigkeiten durchführen ist unstrittig, aber bei welchen Aufgabenstellungen in der Praxis ist der Beratungsbedarf besonders groß? Und wie können Pflegende sich dafür qualifizieren?

Die folgenden Ausführungen sind Ergebnisse des Forschungsprojektes „Kollegiale Beratung als Qualifizierung für Sterbe- und Trauerbegleitung“ (Flieder 2003-2004), bei dem Pflegende ihr Beratungswissen spezifizieren sowie ihre Kompetenz zu autonomem Handeln weiterentwickeln konnten. Als ein für die ambulante und stationäre Pflege relevantes Beratungsfeld wurde die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen angenommen (vgl. dazu exemplarisch Glaser/Strauss 1995), zahlreiche Veröffentlichungen sprechen dafür. Die Zunahme wissenschaftlicher Erkenntnisse ist jedoch nicht zu verwechseln mit einer realen Situationsverbesserung für die Betroffenen. Es fehlt weniger an fundiertem Material, sondern an Konzepten und Qualifizierungsprogrammen, die auf Praxistransfer, Handlungskompetenz und Partizipation abzielen. Das Konzept der Kollegialen Beratung (vgl. Herwig-Lempp 2004; Hinte 1999; Schattenhofer 1997; Schrapper 2001) nimmt für sich in Anspruch diese Aspekte zu beinhalten. Aus dem Bereich der Jugendhilfe liegen bereits Erfahrungen mit Kollegialer Beratung vor (Fachbereich Jugend und Familie der Stadt Hannover, Kommunalen Sozialdienst), für die Pflege besteht hier Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

These 1

Autonomes Handeln in der Pflege entsteht in anspruchsvollen Pflegesituationen vor dem Hintergrund fachkompetenter Expertise. Bei der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen sind Pflegende gefordert, ihre Fachkompetenz patientenorientiert einzubringen.

Dazu eine Fallsituation aus dem Projekt: Frau F. arbeitet auf einer internistischen Station und stellt den Fall eines 92 jährigen Pat. vor. Der Pat. hat ein Gallengangs-Ca. und ist in sehr schlechtem Zustand, der sich weiter akut verschlechtert. Die Angehörigen sind

bereits verständigt und erschrocken über diese für sie plötzliche Entwicklung. Von ärztlicher Seite wurde zuvor eine ERCP angesetzt, trotz des schlechten Zustandes. Die Situation des Pat. verschlechtert sich weiter, die Angehörigen sind inzwischen eingetroffen. Frau F. erkennt den Zustand des Pat. als äußerst kritisch und bemüht sich telefonisch um ein Absetzen der Untersuchung. Sie teilt dem zuständigen Arzt, der die ERCP durchführt, den Zustand des Pat. mit. Der Arzt besteht dennoch darauf, dass der Pat. zur Untersuchung gebracht wird. Der Sohn begleitet den Pat.. Der Arzt sieht den Pat. an, die ERCP findet nicht statt, und schickt ihn umgehend zurück. Der Pat. verstirbt bei Erreichen des Zimmers.

Kommentar

Die Fallbeschreibung verweist auf mehrere Problemfelder. Ein erstes Problemfeld liegt in der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen, hier den Ärzten, begründet. Kommunikation ist eines der großen Themen in komplexen Systemen wie dem Krankenhaus. Die Bemühungen um adäquate Kommunikation sind vielfältig, dennoch gilt die interprofessionelle Kommunikation als Problembereich im Krankenhaus. Die hier geschilderte Fallsituation macht aufmerksam auf Bemühungen i.S.v. anwaltschaftlichem Handeln, die durch zu allgemein gehaltene Sprache nicht zum Erfolg geführt haben. Hier geht es um ein Bekenntnis der Pflegenden zu einer sprachlich eindeutigen Zustandsbestimmung. In der Projektsitzung zeigten sich differierende Auffassungen, was unter sprachlicher Deutlichkeit über den präfinalen Zustand eines Pat. verstanden werden kann. Pflegende von Intensivstationen vertraten eindeutiger Begriffe und berichteten von der Anforderung der Ärzte an sie, genaue Zustandsbilder auch telefonisch mitteilen zu können. Pflegende von Allgemeinstationen favorisierten eher vage gehaltene Begriffe aus ihrer Erfahrung, dass der Stationsarzt ohnehin den Zustand selbst prüft. Die mit „präfinal“ oder „im Sterben liegend“ verbundene Definitionsmacht über das nahende Lebensende war bei den TN mit der Befürchtungen verbunden, dass die Verwendung dieser Worte zu Konflikten führen würde. Ungeachtet der Risiken und ggf. Irrtümer wurde die Notwendigkeit einer verbindlichen Sprachregelung und einer professionell kompetenten Zustandseinschätzung als wesentliches Ziel für zukünftige derartige Situationen erkannt. Das zweite Problemfeld knüpft daran an und berührt professionelle Entscheidungs- und Machtfragen. Es liegt in der Spezialisierung und Diversifizierung der Arbeitsgebiete im Krankenhaus begründet. Der diagnostizierende Arzt ist mit dem Zustand der Pat. nur durch das Anmeldeformular vertraut. Bei ihrem Anruf beschreibt die Pflegekraft den Zustand des Pat. auf eine Weise, die auch eine ängstliche Haltung des Pat. meinen kann. Insofern ist das Festhalten an der angeordneten Untersuchung nachvollziehbar. Die Pflegekraft wechselt mit ihrer autonomen Intervention die Systemebene und tritt in

Kontakt mit einer Profession auf einer Ebene, auf die sie professionsbezogen und hierarchisch keinen Einfluss hat. Hätte sie ihre Zustandsbeschreibung zunächst an den Stationsarzt weitergeleitet mit der klaren Bitte um eine Intervention zugunsten des Unterlassens der ERCP, wäre diese dem Pat. u.U. erspart geblieben.

These 2

Den Lernprozeß bei Kollegialer Beratung ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen nach einem vorher gemeinsam festgelegten, verbindlichen Ablauf. Als Ergebnis entstehen verbesserte Informations- und Wissensbestände bei den Pflegenden sowie Synergieeffekte im Team.

Bei Kollegialer Beratung arbeitet eine kleine Gruppe von Gleichrangigen (ideal sind 6-8 Personen) strukturiert an arbeitsbezogenen Problemen. Mit gleichrangig ist gemeint, dass alle TN einen Fall einbringen können, unabhängig von ihrer hierarchischen Stellung. Üblicherweise finden sich Personen zusammen mit gemeinsamem beruflichen Fokus und gemeinsamer Interesselage bezüglich der mit Kollegialer Beratung verbundenen Anliegen. Die TN an Beratungsgruppen können aus unterschiedlichen beruflichen Tätigkeitsfeldern stammen, aus mehreren Einrichtungen kommen und verschiedene Positionen inne haben, so wie in diesem Projekt. Es handelt sich um einen erfahrungsbezogenen, sozialen Lernprozess. Die Teilnehmenden können mehr oder weniger Berufserfahrung haben, unterschiedlich alt sein. Ein weiteres Kennzeichen meint den zielgerichteten Prozess zur Lösungsfindung (vgl. Lippmann 2004, S. 18). „Neben dem gemeinsamen Interessenshintergrund ist die Erwartung und Bereitschaft jeder Person, auf konkrete Frage- und Problemstellungen gezielte Lösungen zu erarbeiten (die auch Chancen einer Transferumsetzung haben) ein wesentliches Kennzeichen“ (Lippmann, a.a.O.). Der feste Ablauf stellt ein weiteres Merkmal Kollegialer Beratung dar. Das Verfahren folgt einer relativ gleichbleibenden Struktur aus Schritten, Phasen und Methoden. Diese feste Struktur des Ablaufs der Beratungssitzungen verbindet die Elemente Freiwilligkeit und Verbindlichkeit und steht für ein sicheres Gerüst. Kollegiale Beratung ist multimethodisch angelegt und eklektisch-integrativ orientiert. Es handelt sich um ein Verfahren, das Elemente aus mehreren theoretischen Beratungsrichtungen eklektisch anwendet (vgl. Sickendiek et al. 1999, S. 119 ff., Lippmann 2004, S. 16). Praxisuntersuchungen haben belegt, dass 40-60 % der Berater aus zwei oder mehr methodischen Ansätzen auswählen. Dies scheint sich als günstig zu erweisen, da somit eine breite Palette von Techniken zur Verfügung steht, auf die man je nach Fallkonstellation zurückgreifen kann. Es gibt somit nicht die favorisierte Methode.

Im Rahmen des hier beschriebenen Forschungsprojektes wurde nach dem Phasenmodell von Fallner/Gräßlin (2001) gearbeitet. „Spezifikum dieses Modells ist, dass nach festgelegtem Muster die dargestellte Situation reflektiert wird“ (Fallner/Gräßlin 2001, S. 17).

Ablauf einer Kollegialen Beratung

Phasenmodell Kollegiale Beratung (Fallner/Gräßlin 2001)		
1	Eröffnung	5 min
2	Darstellen und Orientieren	15 min
3	Betrachten und Erweitern	20 min
4	Differenzieren und Beurteilen	30 min
5	Entscheiden und Übersetzen	15 min
6	Abschließen und Beenden	5 min

In der **Eröffnungsphase** findet eine Verständigung darüber statt, wer heute eine Fall-Situation einbringen möchte. In der 2. Phase **Darstellen und Orientieren** stellt die „einbringende Person“ die Situation vor. Die Reflexionspartner stellen Fragen zum besseren Verständnis der Situation. In dieser Phase wird noch nicht diskutiert oder gedeutet. Die 3. Phase befasst sich mit **Betrachten und Erweitern**. Die TN nehmen Kontakt zum vorgetragenen Problem bzw. Fall auf, nennen nach Art eines Brainstormings ihre Einfälle, ohne die Ideen zu bewerten. Diese Phase regt die einbringende Person zu einer Weitung in der Betrachtung des Problems an. Sie hört zunächst zu, gibt anschließend Auskunft darüber, bei welchen Assoziationen sie innerlich „angesprungen“ ist. In der 4. Phase **Differenzieren und Beurteilen** formuliert die einbringende Person, was sich aus ihrer Sicht inzwischen gefestigt oder verändert hat. Die Reflexionspartner geben im Anschluss daran ihre Beurteilungen, Lösungen, Statements ab. „Wenn ich an seiner/ihrer Stelle wäre würde ich folgendes tun...“ Die einbringende Person beschreibt, wovon sie sich besonders angesprochen gefühlt hat, d.h. bei welchen Lösungsansätzen sie innere Vorwärts- oder auch Rückwärtsbewegungen verspürt hat. Die einbringende

Person formuliert in der 5. Phase **Entscheiden und Übersetzen**, was sie aus der Reflexion mitnimmt und versuchen möchte. „Ich nehme mir vor...“ Als eine Variation bieten sich hier Fragen an, die innerhalb der Einrichtung zu klären sind, z.B. welche Faktoren für eine Entscheidungsfindung wem gegenüber deutlicher zu machen sind und mit welchen Mittel dies geschehen kann oder welche unterschiedlichen Interesselagen für die Zielerreichung zu bedenken sind. Die Schlussphase **Abschließen und Beenden** gibt der einbringenden Person Gelegenheit zu einem Abschluss-Wort , z.B.: Ich bin in Kontakt gekommen mit...; für mich war hilfreich, ermutigend, weiterführend...; wiederholt hat sich...; für mich war hinderlich, blockierend und entmutigend. Auch Lob und Kritik zum Verfahren und zur Arbeit der Reflexionspartner sind erwünscht. Die Kollegiale Beratung endet mit organisatorischen Absprachen zum nächsten Termin und ggf. der Frage, wer dann ein Thema oder einen Fall einbringen möchte.

Die Aufgabe der Moderation besteht vor allem darin, dass sie „Hüterin der Methode“ ist. Ein solcher den TN bekannter Ablauf und die Methoden stehen für Berechenbarkeit und Verlässlichkeit. „Mit dieser Klarheit kann jeder abschätzen, wie der Prozess für ihn verlaufen wird und wann in welcher Phase welches Verhalten erwartet wird“(Tietze 2003, S. 13). Die Beratungssitzung findet zunächst unter Anleitung/Moderation, später auch selbstorganisiert statt, was eine zentrale Voraussetzung für autonomes Handeln bedeutet (vgl. Brinkmann 2002; Fallner/Gräßlin 2001; Roterling-Steinberg 1999). Ein sogenannter Beratungszyklus umfasst etwa 8-10 Sitzungen, als Faustregel gilt die Anzahl der TN plus eine Einführungs- und Evaluationssitzung (vgl. Fallner/Gräßlin 2001, S. 13).

These 3

Wenn Pflegende Kollegiale Beratung praktizieren, leisten sie damit einen Beitrag zu autonomem Handeln. Sie entscheiden selbst, lernen freiwillig und individuell vor dem Hintergrund des jeweiligen fachlichen Hintergrundes.

Zunächst fiel es den TN im Projekt schwer, das in der Gruppe vorhandene Wissen als relevant und ausreichend für die Problemlösung zu begreifen. Diese Tatsache steht für eine sich zögerlich entwickelnde Wahrnehmung der Pflegenden bezüglich ihrer autonomen Problemlösungskompetenz. Sichtbar wurde dies u.a. an Zweifeln, ob sich im eigenen Arbeitsfeld relevante Fälle finden ließen. In der Auswertung jedoch wurde die Arbeit mit konkreten Fällen von der Mehrheit der TN als wichtig eingestuft, ebenso der Einblick in andere Arbeitsfelder und das Einnehmen unterschiedlicher Perspektiven. Mit diesem Projekt wurde auf den Beitrag der Pflegenden bei Sterbe- und Trauerbegleitung abgezielt. Deutliche Veränderungen zeigten sich in Gesprächen mit KollegInnen, im

Kontakt mit PatientInnen sowie bei Anleitungs- und Einarbeitungssituationen. Hier war der Zuwachs an Sicherheit besonders ausgeprägt. Damit befinden sich die Ergebnisse in Übereinstimmung mit den Zielen des Projektes. Mit diesen Erkenntnissen ist die Anknüpfung an die Erkenntnisse von Benner (1994) gelungen. In der Auswertung gaben die TN weiterhin an, dass die Lernsituation in den Projektsitzungen ihnen sehr wichtig war. Dazu wurde ausgeführt, dass sie das Lernen aus Praxissituationen erst lernen mussten, ihnen die oftmals verborgene Dynamik erst im Nachhinein deutlich wurde.

Fazit

Im Verlauf des Projektes haben sich drei Schwerpunkte für Sterbe- und Trauerbegleitung abgezeichnet. Der erste Schwerpunkt liegt im Bereich spezieller Kommunikation mit KollegInnen, PatientInnen und deren Angehörigen unter Berücksichtigung der Hürden des Alltags im Pflegeberuf. Pflegeberatung muss gelernt werden unter Einbeziehung von Stress und Zeitdruck, denn für die betroffenen PatientInnen und Angehörigen bleibt i.d.R. wenig Zeit. Der zweite Aspekt betrifft Überlungen zur Entwicklung von Beratung und Betreuung in der nachstationären Phase durch bereits vertraute Pflegende, die personelle Kontinuität gewährleisten können. Hier gibt es weiteren Forschungs- und Entwicklungsbedarf zugunsten eines autonomen Handlungsfeldes für Pflegende. Ein dritter Bereich ist gerichtet auf das Finden der richtigen Balance zwischen Anteilnahme am Sterbeprozess und Abgrenzung. Benner/Wrubel empfehlen für die Perspektive langer Berufstätigkeit, den „richtigen Grad an Engagement [zu] finden“ (Benner/Wrubel 1997, S. 422 ff.), um Belastungen identifizieren und verändern zu lernen. Dazu gehört das Zulassen von Versagensängsten oder Schmerz über den Tod eines Patienten, aber auch entwickeltes Wissen und die bewusste Übernahme von Kompetenz und Verantwortung.

Literatur:

- Abt-Zegelin, Angelika (2000): Patientenedukation. IN: Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jg., (1) S. 56-59.
- Anthes, Hannelore (2002): Entwurf eines gesundheitsfördernden Beratungsansatzes für pflegende Angehörige von Demenzkranken. IN: BKK-Landesverband Hessen (Hg.): Innovationen (in) der Pflege: Prämierte Arbeiten des BKK-Innovationspreises Gesundheit 2001. Mabuse Verlag, Frankfurt/M., S. 121-190.
- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto. Amerikan. Erstauflage ‚From Novice to Expert‘ 1984.
- Benner, Patricia; Wrubel, Judith (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto.
- Brinkmann, Ralf (2000): Mitarbeiter-Coaching – Der Vorgesetzte als Coach seiner Mitarbeiter. 3. Auflage, Heidelberg.
- Brinkmann, Ralf (2002): Intervision. Sauer Verlag, Heidelberg
- Buijssen, Huub (1997): Die Beratung von pflegenden Angehörigen: Beratungskonzeptionen. Mabuse Verlag, Frankfurt/M.
- Burgheim, Walter (2004): Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Forum Verlag, Merching.
- Fallner, Heinrich; Gräßlin, Hans-Martin (1989, 2001²): Kollegiale Beratung. Eine Systematik zur Reflexion des beruflichen Alltags. Busch Verlag, Hille.
- Flieder, Margret (1997): Ein Leben lang lernen. IN: Pflege aktuell, 51. Jg. (4), S. 246 – 249.
- Flieder, Margret (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen im Pflegeberuf. Mabuse Verlag, Frankfurt/M.
- Glaser, Barney; Strauss, Anselm (1995²): Betreuung von Sterbenden. 2. überarb. Aufl. Erstauflage 1967; Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Hulskers, Harry; Niederer-Frei, Irène (1997): Pflegeexpertin/Pflegeexperte als Beraterin/Berater. IN: Pflege, Jg. 10, S. 80-85.
- Jansen, Bernd; Schraper, Christian (1994): Zur Gruppendynamik des „Zusammenwirkens mehrerer Fachleute“. IN: Institut für soziale Arbeit (Hg.), S. 102 – 112.
- Klimeck, Axel (2004): Kollegiale Beratung. IN: Organisationsentwicklung, (1) S. 76 – 83.
- Koch-Straube, Ursula (2001): Beratung in der Pflege. Huber Verlag, Bern,

- Göttingen, Toronto.
- Kübler-Ross, Elisabeth (1973): Interviews mit Sterbenden. 6. Aufl., Kreuz Verlag, Stuttgart.
- Lempp, Johannes Herwig (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen.
- Lippmann, Eric (2004): Intervision. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Mutzeck, Wolfgang (2002, 1996): Kooperative Beratung. überarb. und erw. Neuauflage der dritten Auflage, Beltz Verlag, Weinheim.
- Norwood, Susan (2002): Pflege-Consulting. Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto.
- Rotering-Steinberg, Sigrid (1988): Kollegiale Praxisberatung. Supervision in der Ausbildung. IN: Zs Supervision (13), S. 75 - 85.
- Rotering-Steinberg, Sigrid (1995): Kollegiale Supervision oder Kollegiales Coaching. IN: Petermann, F. (Hg.): Pädagogische Supervision. Müller-Verlag, Salzburg. S. 53 – 67.
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank (1999): Beratung. Juventa Verlag, Weinheim, München.
- Tietze, Kim-Oliver (2003): Kollegiale Beratung. Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- Wasilewski, Rainer; Fassmann, Hendrik (1995): Pflegeberatung zur Sicherstellung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Ergebnisse der Begleituntersuchung eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen. Institut für Empirische Soziologie, Nürnberg.
- Weerenbeck, Juliane; Bungter, Ulrike (1997): Beratung unter Dach und Fach der Pflege. IN: Forum Sozialstation, Nr. 85, (4) S. 48-50.
- Zegelin-Abt, Angelika; Huneke, Michael (1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. IN: PR-Internet, (1) S. 11-18.