



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

FAMILIENORIENTIERTE BERATUNG VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN IM HÄUSLICHEN PFLEGESETTING

Verfasserin

Helga Stadler

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, Juni 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: Mag^a. Drⁱⁿ. Roswitha Engel

ABSTRACT

Familienorientierte Beratung von pflegenden Angehörigen im häuslichen Pflegesetting

Family-oriented counselling of family caregivers in the home care setting

Die Pflege von Angehörigen im häuslichen Pflegesetting ist mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden. Es sind daher Unterstützungsmaßnahmen notwendig, die es den pflegenden Angehörigen erleichtern, mit den Belastungen, dem veränderten Alltag, den neuen Rollen und Aufgaben umzugehen. Eine mögliche Intervention stellt Beratung dar. Beratungsbedarf entsteht, wenn die vorhandenen Kompetenzen für die Bewältigung der Situation nicht ausreichen. Anhand dieser Arbeit soll dargestellt werden, wie Beratung von pflegenden Angehörigen konzipiert werden muss. Als wesentliche Ziele einer familienorientierten Beratung konnten die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, die Stärkung der Ressourcen, der Familie, der Selbstpflegefähigkeiten und der Handlungskompetenz erarbeitet werden.

The care of elder relatives in the home care setting is related to a well-documented variety of challenges. Therefore, there is a need for interventions that enable family caregivers to handle with burden, the change in their everyday life, their new roles and tasks. One possible intervention represents counselling. The need for counselling arises when the existing competencies are insufficient to cope with the situation. The aim of this paper is to show, how counselling can support family caregivers to keep the situation stable. Family caregivers need family-oriented counselling on decision making, on encouraging their self-care skills, their competencies, family-support, and resources.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	5
1.1	Problemaufriss	5
1.1.1	Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	5
1.1.2	Entwicklung der Versorgung	6
1.1.3	Entwicklung des familiären Pflegepotentials.....	6
1.2	Fragestellung	8
1.3	Aufbau und Inhalt der Arbeit.....	9
2	Pflegende Angehörige	11
2.1	Die Pflege von Angehörigen.....	11
2.2	Chronische Krankheit in der Familie.....	12
2.2.1	Das Phasenmodell.....	13
2.2.2	Die Arbeitslinien	15
2.2.3	Bedeutung für pflegende Angehörige.....	16
2.3	Motive der Pflegeübernahme	17
2.4	Aufgaben pflegender Angehöriger.....	18
2.5	Aspekte der Pflege durch Angehörige	20
2.5.1	Veränderte Rollen	20
2.5.2	Learning by doing.....	20
2.5.3	Die Erwerbstätigkeit der Frau	21
2.5.4	Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige.....	22
2.6	Belastende Faktoren	23
2.6.1	Objektive Belastungen	24
2.6.2	Subjektive Belastungen.....	25
2.7	Bewertung der Situation	28
2.7.1	Handlungs- vs. Lageorientierung.....	29
2.7.2	Ressourcen- vs. Defizitorientierung.....	30
2.8	Auswirkung der Belastung.....	30

3	Unterstützung pflegender Angehöriger	33
3.1	Pflegeentlastende Unterstützung	33
	<i>Exkurs: Formelle vs. informelle Pflege</i>	<i>36</i>
3.2	Wissens- und kompetenzfördernde Unterstützung.....	37
	3.2.1 Informationsbedarf.....	37
	3.2.2 Informationsquellen	39
3.3	Materielle Unterstützung	39
3.4	Lebensweltliche, professionelle Unterstützung bieten.....	41
	3.4.1 Alltag und Lebenswelt.....	41
	3.4.2 Pflegebedürftigkeit, Alltag und Lebenswelt	42
	3.4.3 Die Beziehung zur externen Pflegekraft.....	44
	3.4.4 Integration von Unterstützung in die Lebenswelt.....	44
3.5	Die Nicht-Annahme von Unterstützung	46
3.6	Zukünftige Entwicklungen	47
4	Familienorientierung in der Pflege	49
4.1	Bedeutung der Familie in der häuslichen Pflegesituation	49
4.2	Das Konzept der Familiengesundheitspflege	50
4.3	Definition von Familie	51
4.4	Definition von Familiengesundheit	53
4.5	Beeinflussung der Familiengesundheit	54
	4.5.1 Gesundheitsförderung und Prävention	54
	4.5.2 Salutogenese nach Antonovsky.....	55
	4.5.3 Familienbezogene Gesundheitsförderung und Prävention.....	56
4.6	Ebenen der familienorientierten Pflege	57
4.7	Ermittlung der Familie	59
4.8	Familienorientierte Interventionen.....	62
	4.8.1 Calgary Familien-Interventions-Modell.....	62
	4.8.2 Die Familien-Gesundheitsschwester der WHO	63
	4.8.3 Aufgaben der Family Health Nurse	64

5	Allgemeine Aspekte von Beratung	67
5.1	Beratungsdefinitionen unterschiedlicher Disziplinen	68
5.1.1	Psychologisches Beraten	68
5.1.2	Soziales Beraten	70
5.1.3	Pädagogisches Beraten	70
5.1.4	Psychosoziales Beraten	70
5.2	Die Systemtheorie	71
5.2.1	Systemische Familienberatung	73
5.3	Begriffsabgrenzung	75
5.3.1	Formalisierungsgrade: professionelles vs. alltägliches Handeln	75
5.3.2	Beratung – Therapie - Erziehung	76
5.4	Ausgewählte Beratungsansätze	77
5.4.1	Ressourcenorientierter Beratungsansatz	77
5.4.2	Lebenswelt- und alltagsorientierter Beratungsansatz	79
5.4.3	Lösungsorientierter Beratungsansatz	80
5.4.4	Familienberatung in der Gemeinwesenarbeit	82
5.5	Soziale Konstellation von Beratung	83
5.5.1	Einzelberatung	83
5.5.2	Gruppenberatung	83
5.5.3	Familienberatung	84
6	Beratung von pflegenden Angehörigen	85
6.1	Beratung in der Pflege	85
6.1.1	Gründe für einen steigenden Bedarf nach PatientInnenberatung	87
6.2	Erreichbarkeit und Ort der Beratung	89
6.3	Ziele der Beratung pflegender Angehöriger	91
6.3.1	Stärkung der Familie	91
6.3.2	Stärkung der Ressourcen	93
6.3.3	Unterstützung bei der Entscheidungsfindung	95

6.3.4	Stärkung der Selbstpflegefähigkeiten	96
6.3.5	Stärkung der Handlungskompetenzen	97
6.4	Der Beratungsprozess	101
6.4.1	Beratungsbedarf erheben	102
6.4.2	Das Beratungsproblem beschreiben	103
6.4.3	Problemrelevante Ressourcen erheben.....	104
6.4.4	Beratungsziele formulieren	105
6.4.5	Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten	105
6.4.6	Problemlösungsplan festlegen	106
6.4.7	Problemlösungsplan umsetzen	106
6.4.8	Problemlösungsplan evaluieren	107
7	Schlussbetrachtung	109
8	Literaturverzeichnis.....	113
9	Anhang	125

1 EINLEITUNG

1.1 PROBLEMAUFRISS

1.1.1 Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

Das österreichische Gesundheitssystem sieht sich gegenwärtig mit einer zunehmenden Lebenserwartung und einer gleichzeitig sinkenden Geburtenrate konfrontiert. Man spricht in diesem Zusammenhang von der sogenannten „doppelten Alterung“. Nach der These „Failure of Success“ geht die erhöhte Lebenserwartung Hand in Hand mit der Ausdehnung der Dauer von chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Somit würde demnach die durchschnittliche Dauer einer Pflegebedürftigkeit der Menschen zunehmen. Demgegenüber behauptet die These „Compression of Morbidity“, dass sich in Zukunft Behinderung, Krankheit und Pflegebedürftigkeit auf das nahe Lebensende konzentrieren würden. Es käme durch den Fortschritt der Medizin somit zu einer Verschiebung in das höhere Lebensalter und nicht zu einer durchschnittlichen Verlängerung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Allerdings trifft die zweite These wohl vor allem auf obere Bevölkerungsschichten zu, wohingegen in den unteren sozialen Schichten schwere chronische Krankheiten oftmals bereits in der mittleren Lebensphase auftreten. Es lässt sich demnach eine Abhängigkeit vom Sozialstatus feststellen (vgl. Friesacher, 2008, S.169-170). Sollte die These der „Compression of Morbidity“ eintreten, muss dennoch von einer steigenden Anzahl der PflegegeldbezieherInnen ausgegangen werden, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie bei Eintreffen der „Failure of Success“-These (vgl. Mühlberger et al., 2008, S.40-44). Man kann somit in jedem Fall, basierend auf der demografischen Entwicklung, eine Zunahme der Anzahl von pflegebedürftigen Menschen in Österreich erwarten.

1.1.2 Entwicklung der Versorgung

Ausgehend von immer kürzer werdenden Verweildauern in Krankenhäusern, die unter anderem auf ökonomischen Überlegungen stützen, werden immer mehr PatientInnen ohne vollständige Rekonvaleszenz entlassen. Ermöglicht wird dies durch eine europaweite Ausweitung ambulanter Versorgungsstrukturen. Somit geht die Entwicklung im Gesundheitswesen weg von der Krankenhauszentrierung hin zu vermehrter extramuraler Versorgung. Es erfolgt demnach eine Verlagerung chronisch oder akut erkrankter Personen in den ambulanten Versorgungssektor (vgl. Schaeffer & Ewers, 2002, S.7-10). Aufgrund der frühen Entlassung der PatientInnen aus dem Krankenhaus ist eine Kontinuität in der Versorgung bedeutsam. Diese Kontinuität kann mitunter durch die Miteinbeziehung der Angehörigen gewährleistet werden. Ein sogenannter „Drehtüreffekt“, der eine Wiedereinweisung in ein Krankenhaus meint, soll vermieden werden (vgl. Büker, 2009, S.119). Schaeffer & Ewers erkennen aufgrund dieser Entwicklungen, dass neben einem vermehrten Bedarf an PatientInneninformation, -anleitung und -beratung, an Entlassungsmanagement, an Case- und Caremanagement vor allem eine Anleitung und Beratung von Angehörigen von Nöten ist (vgl. Schaeffer & Ewers, 2002, S.7-10).

1.1.3 Entwicklung des familiären Pflegepotentials

Bislang bilden pflegende Angehörige im Gesundheitssystem Österreichs eine wichtige Säule: Der Großteil pflegebedürftiger Personen wird zu Hause gepflegt (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.1). Wie wesentlich eine familiäre Unterstützung ist, belegt eine Studie von Freedman et al., die die Hypothese unterstützt, dass ältere Personen bei einem bestehenden Familiennetzwerk seltener in ein Pflegeheim eintreten (vgl. Freedman et al., 1994). Gesellschaftliche Tendenzen wie berufsbedingte Mobilitätsanforderungen, eine Vielfalt an familialen Lebensformen abseits der Kernfamilie, eine sinkende Fertilität, eine erhöhte Singularisierung im Alter, eine Zunahme der Frauen-

erwerbsarbeit gleichsam wie eine veränderte Rollenverteilung führen zu einer verminderten Pflegebereitschaft in der Bevölkerung. Die bislang gelebte Versorgungsstruktur der Familie als „größter Betreuungs- und Pflegedienst Österreichs“ scheint langfristig nicht haltbar zu sein (vgl. Gehring, 2001, S.18-24; Röttger-Liepmann, 2007, S.38-39).

Zurzeit findet somit nicht nur eine Verlagerung der Versorgung vom stationären in den ambulanten Sektor statt, auch sieht sich das Gesundheitswesen mit einer steigenden Anzahl von Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung konfrontiert. Mehr denn je scheint das österreichische Gesundheitswesen auf die innerfamiliären Betreuungsleistungen angewiesen zu sein. Gleichzeitig nimmt jedoch das familiäre Pflegepotential aufgrund gesellschaftlicher Tendenzen ab (vgl. Friesacher, 2008, S.169; Gittler-Hebestreit, 2006, S.12). Darüber hinaus ergibt sich im Laufe der familiären Pflege Tätigkeit für viele Angehörige eine Vielzahl an subjektiver und objektiver Belastungen, wodurch die Gesundheit der betreuenden Angehörigen in Mitleidenschaft gezogen werden kann und auch die Stabilität der häuslichen Pflegesituation in Gefahr gerät. Eine erhöhte Anzahl von Pflegeheimeintritten ist die Folge (vgl. Sörensen et al., 2006, S.961-963).

Es gilt somit, dieses verbliebene Betreuungspotential durch unterstützende Maßnahmen zu erhalten. Kann eine angemessene Unterstützung nicht erreicht werden, entstehen für das Gesundheitssystem direkte Gesundheitskosten, die durch die beeinträchtigte Gesundheit der pflegenden Angehörigen zustande kommen. Andererseits zeigt sich die Überbelastung pflegender Angehöriger in einer erhöhten Anzahl von Pflegeheimeintritten. Indirekte Kosten als Folgen dieser Überbelastung fallen an (vgl. Sörensen et al., 2006, S.961-963). Es bedarf somit Konzepte, die der Unterstützung der Angehörigen und Familien gewidmet sind. Werden diese informell Pflegenden im häuslichen Setting ausreichend betreut, profitieren daraus der/die Pflegebedürftige, dessen/deren Familie als auch das gesamte Gesundheitssystem.

1.2 FRAGESTELLUNG

Im Laufe der häuslichen Pflegesituation entstehen für die pflegenden Angehörige große Belastungen und Anforderungen (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.407-408; Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.47-53). Durch eine ausreichende Unterstützung dieser informell Pflegenden kann eine Stabilität der häuslichen Pflegesituation, aber auch eine Verminderung der Belastungen der pflegenden Angehörigen erreicht werden (vgl. Sörensen et al., 2006, S.962-963).

Eine mögliche Form der Unterstützung stellt die Beratung der pflegenden Angehörigen dar. Ausgehend von der Annahme, dass Personen, die ein Familienmitglied informell pflegen, mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert sind besonders, ergibt sich folgende zentrale Fragestellung:

Wie kann Beratung von pflegenden Angehörigen zur Stabilität der häuslichen Pflegesituation beitragen?

Diese Arbeit gründet auf einer Auswahl an bestehender Literatur, die im Zuge der Literaturrecherche zum Thema getroffen wurde. Während dieser Literaturrecherche wurden Bücher, Buchbeiträge und wissenschaftliche Zeitschriftenbeiträge, die über Bibliothekskataloge und Datenbanken wie Pubmed/Medline und Cinahl ausfindig gemacht wurden, zusammengetragen. Auf Grundlage der aktuellen Literatur- und Forschungslage wird diese Diplomarbeit daher versuchen, die aus pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten notwendigen konzeptionellen Ansätze und Aspekte zur Beratung von pflegenden Angehörigen darzustellen. Die sich daraus ergebenden notwendigen Konsequenzen für die Pflege werden herausgearbeitet und hinterfragt, so dass sie zu einer Beantwortung der zentralen Fragestellung führen. Es wird ausschließlich auf Beratung von pflegenden Angehörigen älterer Menschen mit einem erhöhten Hilfs- und Betreuungsbedarf im häuslichen Pflege-setting Bezug genommen.

1.3 AUFBAU UND INHALT DER ARBEIT

In einem ersten Schritt wird die Situation pflegender Angehöriger darlegt, in dem unter anderem auf ihre Motive der Betreuungsübernahme, Aufgaben und Belastungserleben eingegangen wird. Ein weiteres Kapitel widmet sich der Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Hier wird erkennbar, dass vor allem bezüglich einer Pflegeentlastung, einer Wissensförderung, aber auch in materieller Hinsicht Unterstützung gefordert wird. Wie eine lebensweltliche, professionelle Unterstützung gestaltet sein muss und welche Aspekte dazu führen, dass bestehende Angebote zur Entlastung nicht angeboten werden, sind weitere Fragen, mit denen sich dieses Kapitel beschäftigt.

Eine wesentliche Grundlage für meine Arbeit liefert das Konzept der Familiengesundheitspflege, dessen Ziel immer die Förderung, das Beibehalten und die Wiederherstellung der Gesundheit der Familie ist (vgl. Hanson, 2005, S.4). Besonders im häuslichen Pflegesetting kann man einen wesentlichen Einfluss der Familie erkennen. Aufgrund der Relevanz wird diesem Konzept ein Teil meiner Arbeit gewidmet. Bevor konkret auf die Beratung von pflegenden Angehörigen eingegangen wird, wird es als notwendig erachtet, grundlegende allgemeine Aspekte der Beratung darzulegen, die Basis auch für die Pflegeberatung bieten. Abschließend werden konzeptionelle Überlegungen zur Beratung von pflegenden Angehörigen angestellt. Grundsätzlich kann Pflegeberatung als kommunikativer Prozess erkannt werden, den Pflegende mit dem Ziel der Verbesserung des Wohlbefindens der KlientInnen ausüben (vgl. Norwood, 2002, S.41). Beratung greift dann ein, wenn Problemsituationen entstanden sind, die der/die KlientIn selbst nicht lösen kann. Maßgeblich für eine erfolgreiche Beratung der pflegenden Angehörigen ist die erfolgreiche Stärkung bzw. Förderung der Handlungskompetenz, der Miteinbeziehung der Familie, der Ressourcen als auch der Selbstpflegefähigkeiten. Letztendlich wird anhand des Beratungsprozesses nach Engel dargelegt, wie der Beratungsablauf der Problemlösung idealtypisch verläuft (vgl. Engel, 2011, S.73-74).

2 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

2.1 DIE PFLEGE VON ANGEHÖRIGEN

In diesem Teil der Arbeit wird versucht, den Begriff der „pflegenden Angehörigen“ darzustellen. Herold hält dazu folgendes fest:

„Als pflegende Angehörige gelten verwandte Personen, die einem pflegebedürftigen Familienmitglied helfen, seine Selbstpflege (wieder) selbstständig zu besorgen oder Teilbereiche der Pflege übernehmen, oder die gesamte Pflege im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens inklusive psychosozialer Begleitung und eventuell ärztlich verordneter Maßnahmen verantwortlich ausführen oder auch nur dabei mithelfen“
(Herold, 2002, S.151).

Wie später ersichtlich wird, verwendet das Konzept der familienorientierten Pflege primär den Begriff der Familie und nicht den des Angehörigen. Ferner wird erläutert werden, dass die Zugehörigkeit zur Familie im Rahmen des Konzeptes „Family Health Nursing“ gemäß den Definitionen nach Hanson sowie nach Friedemann und Köhler vor allem durch die Selbstbestimmtheit der jeweiligen Mitglieder geprägt ist (vgl. Hanson, 2005, S.7; Friedemann & Köhler, 2003, S.36-38). In Anlehnung daran wird für diese Arbeit vorgeschlagen, dass nicht nur verwandte Personen in den Angehörigenbegriff eingeschlossen werden. Eine Selbstdefinition der jeweils Betroffenen soll daher Berücksichtigung finden.

Bei der Pflege von Angehörigen wird auf Bedürftigkeit eines Familienmitgliedes, eines Freundes oder auch eines Nachbarn reagiert (vgl. Schnepf, 2003, S.64). Wesentlich ist der Zeitfaktor, der bestimmt, ob man von Angehörigenpflege sprechen kann. Im Gegensatz zur Fürsorge bei akuten Erkrankungen wie zum Beispiel bei grippalen Infekten von Kindern, liegt bei der Pflege von Angehörigen eine langandauernde Hilfsbedürftigkeit vor (vgl. Schnepf, 2002, S.9). Durch die Übernahme der Fürsorge wird es dem Pflegebedürfti-

gen oftmals ermöglicht in seinem gewohnten Lebensumfeld, zu dem meist eine starke emotionale Bindung besteht, zu verbleiben. Eine mögliche Institutionalisierung kann somit oft verzögert oder verhindert werden (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.400).

Die Betreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Setting kann ebenso als Laienpflege oder familiäre Selbsthilfe bezeichnet werden. Werden die professionellen Pflegekräfte als ExpertInnen dem gegenübergestellt, wird eine negative Konnotation vermittelt. Die defizitären Eigenschaften der Laienpflege werden hervorgehoben. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass pflegende Angehörige sich durchaus zu ExpertInnen in ihrem ganz speziellen Fall entwickeln können (vgl. Huber, 1994, S.14-15). Der Begriff der Laienpflege sollte daher nach Schnepf eher vermieden werden. Er bevorzugt den Begriff der lebensweltlich erbrachten Hilfe, die auf die Aufrechterhaltung der gewohnten Lebenswelt gerichtet ist (vgl. Schnepf, 2002, S.7).

Durch die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit wird das Familiensystem wesentlich beeinflusst. Änderungen, die auch nur einen Teil des Systems betreffen, wirken sich immer auf alle Familienmitglieder aus. Durch das Kranksein eines Mitglieds werden an die Familie andere Bedürfnisse gerichtet. Das betroffene Familiensystem kann dadurch wiederum neue Bedürfnisse entwickeln. Schnepf unterstreicht dies mit der Aussage: *„Krankheitserleben ist geteiltes Erleben“* (Schnepf, 2002, S.11).

2.2 CHRONISCHE KRANKHEIT IN DER FAMILIE

Strauss und Corbin (vgl. 2004) stellten im Laufe ihrer Arbeit chronische Krankheit in das Zentrum ihres Forschungsinteresses. Sie gingen der Frage nach, wie sich chronische Krankheit auf das Leben der erkrankten Person als auch seiner Angehörigen auswirkt. Somit trägt dieses Modell der *„Verschiebung des Krankheitsspektrums [...] hin zu chronischen, degenerativ und progredient verlaufenden Krankheiten“* Rechnung (Friesacher, 2008, S.176).

Eine Mehrzahl der chronisch erkrankten Personen, die über familiäre Ressourcen verfügen, verbringen einen Großteil ihrer Zeit zu Hause, nur in akuten Phasen ist ein stationärer Aufenthalt meist unumgänglich. Die Alltagsbewältigung im häuslichen Setting nimmt demzufolge einen zentralen Stellenwert bei chronisch Erkrankten und seinem Familiensystem ein (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.109).

2.2.1 Das Phasenmodell

Zur Beantwortung der Frage nach der Auswirkung einer chronischen Krankheit entwickelte sich zum einen ein Phasenkurvenmodell, das eine typische Krankheitsverlaufskurve („*Illness Trajectory*“) einer chronischen Krankheit darstellen soll, zum anderen erarbeitete das ForscherInnenteam Arbeitslinien, die sowohl die Erkrankten als auch ihre Angehörigen zu bewältigen haben.

Corbin & Strauss erkannten, dass der Verlauf einer chronischen Krankheit in Phasen unterteilt werden kann. Der Ablauf dieser Phasen stellt das Krankheitsgeschehen dar und verleiht der Kurve ihre individuelle Form. Letztendlich wird die Form der Verlaufskurve und somit der Ablauf der Phasen, die ein chronisch erkrankter Mensch durchläuft, tatsächlich nicht nur durch die physiologischen Gegebenheiten bestimmt. Sie unterliegt Schwankungen und Veränderungen. Diese *„Variabilität bestimmt sich aus folgender Kombination: 1. dem Wesen der Krankheit und der physiologischen und emotionalen Reaktion des Kranken darauf 2. den Bewältigungsplänen, die von den professionellen Helfern und dem Kranken aufgestellt werden“* (Corbin & Strauss, 2004, S.60).

So konnten durch Corbin und Strauss folgende typische Phasierung einer chronischen Krankheit festgehalten werden (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.62-64; 1998, S.13):

Vorphase: In einer möglichen Vorphase sind noch keine Symptome vorhanden. Sie zeigt die Möglichkeit der Prävention auf. Stellen sich erste Symptome ein, die durch den Erkrankten oder auch seine Angehörigen erkannt werden, beginnt die diagnostische Suche. Bei den Betroffenen stellt sich hier oftmals das Gefühl der Ungewissheit ein. Fragen über die zukünftige Qualität und auch über die Länge des eigenen Lebens werden aufgeworfen. Die Pflege- und Verlaufskurve setzt ein.

Krise: Eine Phase der Krise stellt eine lebensbedrohliche Situation dar.

akute Phase: In einer darauf folgenden akuten Phase sind meist medizinische Interventionen und/oder Krankenhausaufenthalte umgehend notwendig, um eine Verschlechterung oder gar den Tod zu vermeiden.

Normalisierung: Ist diese Phase überstanden, kann es zu einer Normalisierung kommen. Der Verlauf der Krankheit zeigt wieder nach oben. Eine Besserung bis zum vorhergehenden Stand kann jedoch meist nicht mehr erreicht werden.

stabile Phase: Eine folgende Stabilisierung gilt es durch die Arbeit aller Beteiligten so lange wie möglich aufrecht zu erhalten.

instabile Phase: Ist eine Stabilisierung nicht möglich, folgt eine instabile Phase, in der sich der Gesundheitszustand der erkrankten Person kontinuierlich verschlechtert. Oftmals werden die Erkrankten in dieser Phase trotz der Möglichkeit eines stationären Aufenthaltes eher zu Hause versorgt.

Während des Gesamtverlaufes einer chronischen Krankheit wechseln sich akute, restabilisierende, stabile und instabile Phasen ab. Der Krankheitsverlauf zeigt sich somit in Auf- und Abwärtsbewegungen, wobei jedoch ein tendenzieller Verlauf nach unten besteht.

Abwärtsphase: Über diesen Zeitraum der Verlaufskurve werden die Krankheitsfolgen immer bedeutsamer.

Sterbephase: Auf eine Abwärtsphase mit rapider Verschlechterung kann schließlich die Sterbephase folgen.

2.2.2 Die Arbeitslinien

Die wesentlichste Aussage von Corbin und Strauss ist jedoch, dass durch Arbeit der Betroffenen, Angehörigen und professionellen Kräfte der Verlauf der chronischen Krankheit verändert werden kann. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von drei Hauptarbeitslinien, die sich in biografische, krankheits- und alltagsbezogene Arbeit unterteilen (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.109-110).

Krankheitsbezogene Arbeit: Krankheitsbezogene Arbeit beinhaltet zum Beispiel sämtliche Aufwendungen der Personen im Zusammenhang mit der Diagnose und Behandlung der Krankheit, dem Symptommanagement, der Prävention von unerwünschten Krankheitsverläufen und der Krisenbewältigung.

Biografische Arbeit: Die biografische Arbeitslinie meint, dass die chronische Krankheit eines Betroffenen in die Biografie integriert werden soll. So stellt die Krankheit oft eine Veränderung oder gar einen Bruch im bisherigen Lebensverlauf dar. Im Laufe des Krankheitsverlaufes muss nun die Krankheit in die Biografie und in die eigene Identität integriert, die Konsequenzen der Erkrankung verstanden und akzeptiert werden. Letztendlich steht eine Biografie mit einer neuen Ausrichtung im Zentrum der biografischen Arbeitslinie.

Alltagsbezogene Arbeit: Neben der krankheitsbezogenen und biografischen Arbeit ist jedoch vor allem die Arbeit, die auf das Alltagsleben fokussiert, wesentlich. Die alltagsbezogene Arbeitslinie meint jene Tätigkeiten, die das Alltagsleben, das aufgrund der Krankheit meist einer enormen Veränderung unterliegt, mit sich bringt. Beispiele hierfür sind die Haushaltsführung, die Erziehung von Kindern und die Ausführung von Freizeitaktivitäten.

Durch die investierte Arbeit in diese drei Bereiche kann der Verlauf der Krankheit verändert werden. Die Arbeitslinien sind miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S. 87-88, 110).

2.2.3 Bedeutung für pflegende Angehörige

Corbin und Strauss stellten fest, dass aufgrund einer chronischen Krankheit pflegende Angehörige großen Belastungen ausgesetzt sind. Es kommt zu einer Ansammlung der Belastungen, ohne zur Verfügung stehende Ressourcen aus Mangel an Informationen und Zeit zu nutzen. Oftmals werden diese schwierigen Bedingungen aus der scheinbaren Ausweglosigkeit einfach hingenommen (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.319-320). Pflegende Angehörige können aber auch wesentlich zur Stabilität des Verlaufs einer chronischen Krankheit beitragen. So wird aus diesem Modell ersichtlich, dass die Länge und Stabilität des Verlaufs nicht alleine durch die Krankheit bestimmt wird, sondern auch von der Art und Menge der investierten Arbeit aller Beteiligten an der Stabilisierung der Krankheitsverlaufskurve. Die Stabilität wird somit nicht nur von medizinischen Maßnahmen, sondern auch von Betreuung, Versorgungskontrolle und Unterstützung beeinflusst (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.400).

Pflegende Angehörige können jedoch meist nicht die zukünftigen Anforderungen, die auf sie aufgrund des Krankheitsverlaufes zukommen, abschätzen oder sie halten sich an irrationalen Hoffnungen fest. Eine nüchterne Sicht auf die Entwicklung der häuslichen Pflegesituation ist demzufolge meist nicht zu erwarten. Professionelle Pflegekräfte müssen daher die Angehörigen auf zukünftige Entwicklungen vorbereiten, gemeinsam Verlaufskurvenplanungen anstellen und abwägen, inwieweit eine Versorgung, Begleitung und Anleitung von Nöten ist. Eine vorausschauende Verlaufskurvenarbeit kann einer Destabilisierung des Verlaufes vorausgreifen (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.400).

2.3 MOTIVE DER PFLEGEÜBERNAHME

Häufig entsteht die Bereitschaft zur Pflege des Angehörigen aus einem Bündel von emotionaler Bindung und einer empfundenen Verpflichtung heraus (vgl. Engleitner & Hackl, 1997, S.72-73). So übernehmen vor allem Töchter immer wieder aus Motiven wie Selbstverständlichkeit und Pflichtgefühl die Pflege (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.14). Diese Selbstverständlichkeit ergibt sich meist aufgrund normativen und moralischen Einstellungen. Schuldgefühle bei Ablehnung, die Sozialisation der Frau, karitative Motive oder Dankbarkeit verstecken sich dahinter und sind somit wesentlich im Prozess der Entscheidungsfindung (vgl. Holuscha, 1992, S.49). Bei den PartnerInnen hingegen verbirgt sich hinter der Pflegebereitschaft bei rund der Hälfte Zuneigung zur pflegebedürftigen Person (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.14).

Nach wie vor wird die Pflege als Frauenarbeit angesehen, deshalb übernimmt bei einem Pflegebedarf zu einem überwiegenden Teil eine weibliche Angehörige diese Aufgabe (vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S.37-38). Dementsprechend sind rund 79 % der pflegenden Angehörigen in Österreich weiblich. Männer werden nur selten als mögliche Pflegeperson in Betracht gezogen und stehen meist erst für die Betreuungsarbeit zur Verfügung, wenn sie bereits selbst in die Pension eingetreten sind (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.11). Die soziale Umwelt und deren Erwartungshaltung spricht somit der Frau diese Rolle zu. Infolgedessen entscheiden sich Männer, die dadurch über einen größeren Entscheidungsspielraum verfügen, meist bewusst dafür zu pflegen, während Frauen kaum wählen können. Aussagen, dass Frauen eher dazu gewillt seien, die Erwerbstätigkeit aufzugeben, sind mit Vorsicht zu betrachten, werden an sie auch die gesellschaftlichen Erwartungen herangebracht und werden sie eher auf diese Funktion vorbereitet. Durch ihre Rolle im Familienverbund und der eigenen Sozialisation werden sie meist in die häusliche Pflegesituation hineinversetzt (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.402).

Vor allem auf dem Land haben auch finanzielle Überlegungen Einfluss auf die Entscheidung, einen Angehörigen zu Hause zu pflegen. Kosten einer institutionellen Unterbringung, die mögliche zu vererbende Ersparnisse aufbrauchen würden, materielle Gegenleistungen des/der Pflegebedürftigen oder die Weitergabe von Besitz stellen einen nicht unbeachtlichen Anreiz dar (vgl. Holuscha, 1992, S.49-50; Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.100).

Der ausschlaggebendste Umstand für die Übernahme der Betreuungsleistung scheint jedoch die räumliche Nähe des Pflegebedürftigen zum/zur Angehörigen zu sein (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.16; Lubkin & Payne, 2002, S.403). So wohnen in Österreich über zwei Drittel der pflegenden Angehörigen mit den PflegegeldbezieherInnen unter einem Dach. Nur in ganz wenigen Fällen wohnen die Betreuungspersonen mehr als 30 Minuten entfernt (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.17).

2.4 AUFGABEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Lubkin und Payne unterscheiden zwischen zwei Kategorien pflegender Angehöriger: Einerseits die Gruppe der „Pflegemanager“, die die erforderlichen Dienstleistungen organisiert und ausführen lässt, und andererseits jene Gruppe der Pflegenden, die sämtliche nachstehenden Hilfeleistungen wie Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Tätigkeiten etc. selbst übernimmt (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.401). Die Grundpflege schließt vor allem pflegerische Maßnahmen ein und ist körperlich am anstrengendsten. Sie umfasst Tätigkeiten wie die Körperpflege, Hilfe beim Toilettengang, die Gabe des Essens oder das Feststellen der Körpertemperatur. Aber auch vorbeugende Pflegemaßnahmen wie Bewegungsübungen und Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe zählen dazu. Die Grundpflege beinhaltet einen intensiven Körperkontakt, was oft vor allem zu Beginn der Pflege zu Hemmungen oder Ekel führt, die es zu überwinden gilt. Unter Behandlungspflege versteht man ausschließlich medizinische Hilfeleistungen. Beispiele hierfür wä-

ren Verabreichung von Injektionen, Dekubitusbehandlungen und Verbandswechsel (vgl. Holuscha, 1992, S.52-54).

Holuscha nennt darüber hinaus als weitere wichtige Tätigkeiten pflegender Angehöriger wie Haushaltsführung, psychosoziale Betreuung, Herstellung von Außenkontakt und Präsenzpflcht (vgl. Holuscha, 1992, S.52-54):

Haushaltsführung beinhaltet Tätigkeiten wie Wäsche waschen, einkaufen, Wohnung putzen, Hilfe bei der Beheizung etc. Hier besteht bei den PflegegeldbezieherInnen in Österreich der größte Unterstützungsbedarf (vgl. Pochobradsky, 2005, S.28). Psychosoziale Betreuung umfasst neben der Beaufsichtigung und der Anregung zu sinnvoller Beschäftigung auch persönlichen Zuspruch und Aufmunterung. Wichtig ist darüber hinaus das Herstellen von Außenkontakt. Dies beinhaltet Aufgaben wie die Förderung der Sozialkontakte als auch die Erledigung von Behördengängen und von Schriftverkehr mit Beihilfestellen. Die Präsenzpflcht bringt ständige und oftmals ununterbrochene Nähe zum Hilfsbedürftigen und Pflegegeschehen mit sich. Die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit ist vor allem bei dementen und verwirrten Menschen gegeben. Wie später in dieser Arbeit genauer erläutert wird, ist diese Aufgabe oft mit psychischer Belastung verbunden.

Zusätzlich zu den angeführten Tätigkeiten fühlen sich die Angehörigen dazu verpflichtet, für die Pflegebedürftigen einzutreten und für sie fürzusprechen. Sie übernehmen somit eine schützende Rolle, um empfundene Bedrohungen von außen vor allem von professionellen Hilfspersonen abzuwehren:

„Die physische und psychische Existenz hilfebedürftiger Menschen zu schützen, ist für Familien deshalb wichtig, weil sie die Erfahrung machen, dass sie selbst unter institutionellen Bedingungen nicht gesichert ist, oder weil sie in bestimmten Situationen gar keine professionelle Hilfe erhalten, wie im Fall der pflegenden Kinder“ (Schnepp, 2006, S. 66).

2.5 ASPEKTE DER PFLEGE DURCH ANGEHÖRIGE

2.5.1 Veränderte Rollen

Mit der Pflegebedürftigkeit eines Mitgliedes der Familiensystems geht meist einher, dass dieses seine familiale Rolle nicht mehr vollständig erfüllen kann (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.411; Schnepf, 2006, S.66). Tätigkeiten, die bisher von dem Pflegebedürftigen ausgeführt wurden, müssen nun innerhalb des Familiensystems neu aufgeteilt werden (vgl. Metzger, 2007, S.85). Die Ehefrau sieht sich zum Beispiel mit der neuen Rolle des Haushaltsvorstandes, die Kinder mit einem Rollentausch, der durch die Pflegebedürftigkeit eines Elternteils entsteht, konfrontiert (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.411). Trotz der offensichtlich veränderten Rollen innerhalb des Familiensystems wird trotzdem versucht, diese Veränderung so gering wie möglich zu halten. Auch wenn es für den/die Pflegebedürftige/n nicht mehr möglich ist, Handlungen, die an seine/ihre bisherige Rolle gebunden waren, auszuüben, wird an den Rollen festgehalten. Es wird dadurch versucht, die Würde des Pflegebedürftigen zu schützen. Dessen ungeachtet soll aber genauso das Familienkonzept geschützt werden, das die Basis für die eigene Identität der pflegenden Angehörigen darstellt (vgl. Schnepf, 2006, S.66-68).

2.5.2 Learning by doing

Eingangs wurde bereits festgehalten, dass es sich bei der Übernahme der Pflege durch Angehörige um Laienpflege handelt, bei der auf die Bedürftigkeit eines Angehörigen reagiert wird. Sie gründet somit auf sozialen Beziehungen und ist nicht verordnet (vgl. Huber, 1994, S.58). In der Regel ist daher kaum pflegerisches Vorwissen vorhanden. Pflegenden Angehörigen wissen nicht Bescheid über Prophylaxen, über Handgriffe, über das Krankheitsbild, über die Prognose etc. Viele beklagen sich daher, nicht zu wissen, wie sie dem Pflegebedürftigen optimale Pflege zukommen lassen können (vgl.

Holuscha, 1992, S.89). Vor allem bei chronischen Krankheiten mit einem langsamen Abwärtsverlauf werden die Fähigkeiten oftmals durch „Versuch und Irrtum“ erlernt. Ist es dem Pflegenden möglich aus der Erfahrung zu lernen, kommt es somit zu einer Steigerung der Kompetenz, wodurch sich ebenfalls die Belastbarkeit und das Gefühl, der Situation gewachsen zu sein, verbessert. Auch ein Austausch mit anderen betreuenden Angehörigen ermöglicht einen zusätzlichen Kompetenzerwerb (vgl. Blom & Duijnste, 1999, S.26). Somit spricht man im häuslichen Pflegesetting von einzelfallbezogenem Wissen, das sich die informell Pflegenden meist selbstständig aneignen.

2.5.3 Die Erwerbstätigkeit der Frau

Oftmals ist es von Nöten, die eigene Erwerbstätigkeit – meist die der Frauen - zu Gunsten der Pflegeleistungen in der Familie zu vermindern oder gar einzustellen. Die Aufgabe der Berufstätigkeit stellt nicht für alle Frauen per se einen Nachteil dar. Dennoch führen Vorteile der Erwerbsarbeit wie das Einkommen, soziale Sicherheit, soziale Integration und Anerkennung dazu, dass trotz wertrationaler Überlegungen, die für die Pflege sprechen, der Erwerbssphäre meist ein höherer Stellenwert eingeräumt wird. (vgl. Dallinger, 1997, S.329).

Letztendlich wird für die Entscheidung für oder wider die Übernahme der innerfamiliären Hilfeleistung das soziale und materielle Kapital der Erwerbstätigkeit abgewogen. Man kann darüber hinaus davon ausgehen, dass die bisherige Erwerbs- und Familienbiografie maßgeblich für die Entscheidungsfindung ist. Hat es zum Beispiel bereits Brüche in der bisherigen Erwerbstätigkeit gegeben, ist eine Übernahme der Pflegeleistung wahrscheinlicher. Zusätzlich werden Überlegungen zur Machbarkeit und zum moralischen Wert der Pflegeübernahme, zur Finanzierbarkeit und zur Verfügbarkeit von alternativen Möglichkeiten angestellt. Wertrationale Überlegungen und die Lebensplanung der Frau bleiben aber immer auch Bestandteil des Abwägungsprozesses (vgl. Dallinger, 1997, S.330-333).

2.5.4 Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

Eine besondere Untergruppe der pflegenden Angehörigen ist die der Kinder und Jugendlichen, die Pflege- und Unterstützungsleistung für meist ein hilfebedürftiges Elternteil übernehmen. Erkrankt ein oder beide Elternteile chronisch, stellt dies oftmals eine große Bedrohung für die gesamte Familie dar. Die Kinder der betroffenen Familien übernehmen früh aktiv Verantwortung für ihre Familie und nehmen es als selbstverständlich hin, diese Rolle größtenteils ohne Unterstützung von außen zu übernehmen. Dies läuft meist als automatisch voranschreitender Prozess ab, die Kinder wachsen in die Rolle der Pflegenden hinein. Wollen Kleinkinder zunächst einfach nur helfen, tritt später die bewusste Übernahme der Verantwortung im Sinne von „schützen wollen“ in den Vordergrund (vgl. Metzing, 2007, S.136, 179-180).

Wie nachfolgend in dieser Arbeit erläutert wird, ist die Bewahrung des „normalen Lebens“ häufig ein wesentliches Ziel aller Bewältigungsstrategien der betroffenen Familien. Die Krankheit soll nicht den Alltag dominieren. Besonders aber Familien, in denen Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige agieren, versuchen aus Angst vor einer Trennung die Probleme alleine zu lösen. Personen von außen werden meist dementsprechend nicht als Unterstützung, sondern vielmehr als Bedrohung wahrgenommen. Diese Strategie kann jedoch aufgrund des komplexen Pflegealltags zu einer Überforderung der Kinder oder Jugendlichen führen, das Ziel der Alltagsnormalität kann oftmals nicht erreicht werden. Es lässt sich demnach feststellen, dass je dringender die Familie Unterstützung benötigt desto weniger wird dieser Bedarf nach außen hin ersichtlich. Ein Teufelskreis kann entstehen, wenn die Familie noch näher zusammenrückt und sich nach außen abschottet. Ein normales Leben wird immer unrealistischer. Wesentlich ist, dass unterstützende Maßnahmen nicht nur auf die Kinder und Jugendlichen sondern - gemäß dem „Family Health“-Ansatz - auf das gesamte Familiensystem abgestimmt werden. Erst wenn die Kinder ihre Eltern gut versorgt sehen, werden sie auf entlastende Angebote eingehen (vgl. Metzing, 2007, S.180-182).

2.6 BELASTENDE FAKTOREN

Im Laufe der familiären Pflergetätigkeit ergibt sich für viele Angehörige eine Vielzahl von Belastungen, die zu einer Instabilität der häuslichen Pfleresituation führen kann (vgl. Sörensen et al., 2006, S.963). Das Belastungserleben ist von Faktoren wie dem entstehenden Arbeitsvolumen, den verfügbaren Ressourcen und der Unterstützung von außen, der Art und Anzahl der entstehenden Probleme, der Aufteilung der Arbeitsleistung, dem Ausmaß der bestehenden Motivation, den Konsequenzen für das Leben des Angehörigen und den Geschehnissen, die eine alltägliche Bewältigungsroutine durcheinanderbringen, abhängig (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.322-323). Somit können vergleichbare Pfleresituationen bei verschiedenen pflegenden Angehörigen unterschiedliches Belastungserleben hervorrufen (vgl. Holuscha, 1992, S.65). Es kann folglich behauptet werden, dass die Übernahme der Pflere eines Angehörigen nicht per se eine Belastung darstellt. Erst durch gewisse Faktoren wird die Erfahrung als stressreich empfunden. Nichtsdestotrotz geben in einer repräsentativen Studie des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesens über zwei Drittel aller befragten Hauptpflerepersonen an, von gelegentlich bis fast immer überlastet zu sein (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.42).

Diese bereits erwähnte Vielzahl an Belastungsfaktoren kann in objektive und subjektive unterteilt werden. Während objektive Belastungen von Außenstehenden beobachtet werden können, wie zum Beispiel die Anzahl der Anwesenheitszeit, meinen subjektive Belastungen das Erleben der Betroffenen. Diese Art der Belastung kann kaum einer Messung unterzogen werden und kann nur ermittelt werden, in dem man nach dem Erleben und den Auswirkungen fragt. Erst auf dieser Grundlage können Entlastungsangebote entwickelt werden (vgl. Schnepf, 2003, S.66).

2.6.1 Objektive Belastungen

Charakteristika der Pflegesituation

Objektive Faktoren wie die Gesamtdauer der Pflegesituation, der tägliche Zeitaufwand und die anfallenden Aufgaben sind grundlegend für das Belastungserleben der betroffenen Pflegenden (vgl. Sörensen et al., 2006, S.962). Abhängig von der Betreuungsintensität ist die freie Zeit, die den Betreuungspersonen für sich selbst zu Verfügung steht, begrenzt. So schaffen es manche Angehörige nicht Freiräume für sich selbst einzuräumen. Oftmals entstehen durch die Betreuung des Pflegebedürftigen, der Führung des Haushaltes, der Erziehung von Kindern und/oder der Erwerbstätigkeit Mehrfachbelastungen, wodurch es schwer wird, von außen herangetragenen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.50-52). So wird der Faktor „Zeit“ von nahezu allen pflegenden Angehörigen der PflegegeldbezieherInnen in Österreich als Belastung eingestuft (vgl. Nemeth & Pochobradsky, 2004, S.29).

Im Laufe einer langandauernden Pflegesituation wird neben der psychischen auch die körperliche Gesundheit beträchtlich in Mitleidenschaft gezogen. Besonders bei der Versorgung von auftretender Bettlägerigkeit und Inkontinenz wird der Körper wesentlich beansprucht (vgl. Holuscha, 1992, S.73-74). Darüber hinaus gilt es zu berücksichtigen, dass die pflegenden Angehörigen bei höherem Alter häufig selbst unter einer chronischen Krankheit leiden und auch die Ressourcen aus dem eigenen Familiensystem schwinden (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.407-408). Dies wird unterstrichen durch die Tatsache, dass die über 60 Jahre alten Menschen ein beträchtliches Betreuungspotenzial in Österreich darstellen. Rund 45 Prozent aller Hauptpflegepersonen sind 60 Jahre und älter, 22 Prozent sind über 70 Jahre (vgl. Pochobradsky, 2005, S.12). Notwendige Regenerationsphasen für die Angehörigen sind wegen Zeitmangel oft nicht möglich. Auch eigene Arztbesuche werden aufgrund der möglichen Konsequenzen, wie zum Beispiel ein Spitalaufenthalt, vermieden (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.49).

Charakteristika der PatientInnen

Vor allem bei der Pflege einer dementierenden Person ist deren Verhalten ebenfalls wesentlich für das Belastungserleben. So können zum Beispiel ein Wandertrieb, gesteigerte Aggressivität und andere unangebrachte Verhaltensweisen sehr zum negativen Erleben der Pflege beitragen (vgl. Sörensen et al., 2006, S.963). Vor allem die eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten und Reaktionslosigkeit von Menschen mit einem dementiellen Syndrom werden als besonders erschwerend erlebt (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.46).

Finanzielle Belastung

Durch die Pflege von Angehörigen entstehen oftmals zusätzliche Kosten wie zum Beispiel notwendige Wohnungsanpassungen, Pflegematerialien und externe formelle Pflegekräfte. Darüber hinaus kann die Situation durch eine Einschränkung der eigenen Erwerbstätigkeit verschärft werden. Erstreckt sich die finanzielle Einschränkung über einen längeren Zeitraum, kann dies eine zunehmende Unzufriedenheit der pflegenden Angehörigen mit sich bringen (vgl. Blom & Duijnste, 1999, S. 23).

2.6.2 Subjektive Belastungen

Angebunden-sein

Besonders dementiell Erkrankte bedürfen häufig einer ständigen Präsenz und Überwachung. Diese ständige Anwesenheitspflicht erleben die betreuenden Personen nicht nur durch die mangelnde Freizeit als belastend, auch fehlt dadurch die Möglichkeit psychisch Abstand von der Pflegesituation und ihren Problemen zu finden. Ein Gefühl des Angebunden-Seins entsteht. Wollen freie Zeiten für die Angehörigen beschaffen werden, gestaltet sich dies eher schwierig und ist oft meist durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen bestimmt (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.47-48).

Soziale Isolation

Soziale Isolation wird häufig im Zusammenhang mit der Betreuung von Pflegebedürftigen in der Familie genannt. Besonders eine hohe zeitliche Betreuungsintensität führt dazu, dass pflegende Angehörige kaum Zeit für sich oder andere Personen zur Verfügung haben. Eine Isolation scheint die unumgängliche Konsequenz daraus zu sein (vgl. Polfer, 2008, S.214). Besonders die Pflege von dementierenden Personen führt durch die Notwendigkeit dauerhafter Anwesenheit zu einer starken Einschränkung des sozialen Lebens. Eigene Interessen werden zurückgestellt. Aber auch Faktoren wie ständige Müdigkeit führen dazu, dass soziale Kontakte reduziert werden (vgl. Blom & Duijnste, 1999, S.22-23). „Von daher ist eine zeitlich umfassende professionelle Hilfe für den pflegenden Angehörigen unverzichtbar“ (Polfer, 2008, S.214). Neben der Ursache der verminderten zeitlichen Ressourcen kann Isolation genauso aus einem Vermeidungsverhalten der sozialen Umwelt entstehen. So kann zum Beispiel Unsicherheit im Umgang mit der Erkrankung und der Pflegebedürftigkeit zu einer sozialen Ausgrenzung führen (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.47-48).

Irritation des eigenen Lebenslaufes

Ein pflegender Angehöriger zu sein, ist meist eine nicht selbstgewählte Aufgabe, die viele Belastungen mit sich bringt. Diese „Nicht-Selbstgewähltheit“ hat zur Folge, dass der eigene Lebenslauf durcheinander gebracht wird. Schnepf spricht von „*biografischen Irritationen*“, die die betroffenen Angehörigen hinzunehmen haben (vgl. Schnepf, 2006, S.64). Betrachtet man diese Irritation des eigenen Lebenslaufes im Lichte der Arbeitslinien des oben erwähnten Modells von Corbin & Strauss (vgl. 2004) ist erkennbar, dass hier von den Angehörigen biografiebezogene Arbeit geleistet werden muss. Die Situation der chronischen Krankheit des Familienangehörigen und die Übernahme der Pflege muss in den bestehenden Lebensverlauf integriert werden.

Fehlende Anerkennung

Angehörige haben ein großes Bedürfnis nach immaterieller Anerkennung und Verständnis des sozialen Umfelds oder auch der professionellen Pflege. Dies vermittelt eine Art der emotionalen Unterstützung, woraus wiederum eine erhöhte Belastbarkeit resultiert (vgl. Blom & Duinjstee, 1999, S.25). Vor allem im beruflichen Umfeld wird mehr Anerkennung gewünscht. In diesem Zusammenhang wird auch das Bedürfnis nach vermehrter Hilfsbereitschaft und Verständnis ihrer Situation genannt. Noch viel zu oft wird die Pflegeübernahme als Selbstverständlichkeit angesehen. Um diese gesellschaftliche Anerkennung zu erreichen, bedarf es einem Wertewandel bezüglich der Pflege von Familienangehörigen, einer Entstigmatisierung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und einer Enttabuisierung (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.90-93).

Fehlende oder inadäquate Unterstützung

Mangelhafte Unterstützung durch Familienmitglieder, aber auch inadäquate Unterstützung durch professionelle Kräfte, tragen oftmals zur Überforderung bei. Diese mangelhaften Hilfeleistungen von außen sind zum einen dadurch bedingt, dass von weiteren Familienmitgliedern nicht helfend eingegriffen wird und dass ferner der Bedarf an Hilfe nicht geäußert oder gewollt wird. Oftmals ist der Bedarf der Unterstützung zwar gegeben, eine Inanspruchnahme würde jedoch in den Augen der informell Pflegenden ein Versagen zugeben. Darüber hinaus werden weitere Hilfskräfte jedoch auch von den Pflegebedürftigen selbst abgelehnt. Durch diese mangelnde Unterstützung wissen viele pflegende Angehörige keine geeigneten Ansprechstellen, an die sie sich wenden können. Nur selten werden daher Zuständigkeiten abgegeben (vgl. Holuscha, 1992, S.80-81). Im Kapitel 3.5 dieser Arbeit wird allerdings noch ersichtlich, worin dies begründet liegt.

2.7 BEWERTUNG DER SITUATION

Nicht minder wesentlich ist die Tatsache, dass die Übernahme der Betreuung im häuslichen Setting für die Angehörigen auch positive Aspekte beinhalten kann. Diese werden jedoch meist marginalisiert (vgl. Schnepf, 2006, S.63). Überwiegend werden nur die Belastungen der Familie dargestellt, was zur Betrachtung der Angehörigen als PatientInnen führt. Dementsprechend stellt Schnepf folgendes fest: *„Pflegende Angehörige sind nicht bedauernswürdig, nicht immer und zu allen Zeiten überlastet. Viel mehr gilt es festzustellen, wie Belastung im Spannungsfeld zwischen der Kraft des Tragens und der Last des Tragens entsteht“* (Schnepf, 2003, S.72).

Auch Corbin und Strauss bestätigen, dass eine Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Krankheit nicht zwangsläufig mit einer hohen Belastung und Überforderung korrelieren müssen. Daher kann die Übernahme der Pflege auch durchaus positiv erlebt werden (vgl. Corbin & Strauss, 2004, S.321). So kann man feststellen, dass *„das Belastungserleben und dessen Auswirkung auf den Gesundheitszustand deutlich von der individuellen Bewertung der [...] Ereignisse abhängig“* ist (Wilz et al., 1999, S.264). Gefühle des Gebrauchtwerdens und des Nützlich-Seins, ein gesteigertes Selbstbild, Freude an der Begleitung und Betreuung des Angehörigen und die Möglichkeit neue Fähigkeiten zu erwerben, können dazu führen, dass die Betreuung als bereichernd angesehen wird. Die Persönlichkeit der betreuenden Person, aber auch eine Unterstützung der PartnerInnen, sind ausschlaggebend für eine vorwiegend positive Erfahrung der innerfamiliären Betreuung (vgl. Silverberg Koerner et al., 2009, S.238-243). Sörensen et al. betonen zudem die Verfügbarkeit von Ressourcen als wesentliche Determinante für die Einschätzung (vgl. Sörensen et al., 2006, S.962). Die Wahrnehmung der positiven Aspekte durch die lebensweltlichen HelferInnen scheinen zu einer Verminderung der Auswirkungen der Belastungen zu führen (vgl. Seidl et al., 2007, S.159).

2.7.1 Handlungs- vs. Lageorientierung

Auch eine vorherrschende Handlungskontrolle kann einer positiven Bewertung der Situation förderlich sein (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.57-59). Gemäß der Handlungskontrolltheorie nach Kuhl stellten Seidl, Walter und Labenbacher fest, dass es bei der Bewältigung der Pflegesituation wesentlich ist, ob eine Lageorientierung oder eine Handlungsorientierung bei den pflegenden Angehörigen vorliegt. Handlungsorientierung führt zu einer Handlungskontrolle, wodurch Handlungsintentionen nicht abgebrochen werden und in jeder Situation eine Handlungskompetenz vorliegt. Die Pflegesituation ist eher stabil. Hingegen zu Lageorientierung tendierende pflegende Angehörige zeichnen sich durch ein Abbrechen von Handlungen, Passivität und Zögern aus. Sie hadern mit der Situation und legen ihren Fokus darauf, wie sie aus dieser Lage befreit werden können (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.57-59).

Wie sehen nun die Merkmale dieser informell Pflegenden aus, bei denen eine Handlungsorientierung überwiegt? In dieser Situation sehen sich die pflegenden Angehörigen oft mit einer Masse an Broschüren, Vorträgen und Zeitschriftenartikel konfrontiert. Handlungsorientierte Personen sind im Stande, die relevanten und irrelevanten Informationen zu selektieren, zu verstehen und an die spezielle Pflegesituation anzupassen. Ferner wird es notwendig, die Emotionen und Umweltfaktoren, die aufgrund der Pflegesituation entstehen, zu kontrollieren. Jene Gefühle und Umweltfaktoren, die einer Fortführung der Betreuung entgegenstehen, werden vermieden, dem Pflegearrangement förderliche Gefühle und Faktoren werden zugelassen. Meist haben jene, bei denen eine Handlungsorientierung überwiegt, sich auch bewusst für die Übernahme der Betreuungsleistung entschieden. Auch Misserfolge und deren emotionalen Auswirkungen können gut bewältigt werden (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.61-62).

2.7.2 Ressourcen- vs. Defizitorientierung

Unerlässlich ist die Einschätzung der Fähigkeiten der erkrankten Person durch die Angehörigen. Sehen manche eher die Defizite und Einschränkungen, die durch die Krankheit entstanden sind, berücksichtigen andere mehr die Ressourcen, die sich in verbliebenen Fähigkeiten und Hilfsreserven der PatientInnen widerspiegeln. Die Aneignung der Betonung der Ressourcen führt zu einer Belastungsreduzierung (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.63). Eine vorherrschende Lage- und Defizitorientierung der pflegenden Angehörigen deuten somit auf ein negatives Erleben der häuslichen Pflegesituation hin.

2.8 AUSWIRKUNG DER BELASTUNG

Ein hohes Ausmaß der Belastungsfaktoren und eine negative subjektive Einschätzung der Situation haben empirisch nachgewiesene Auswirkungen auf die pflegenden Angehörigen (vgl. Sörensen et al., 2006, 961). Vor allem im psychosozialen Bereich scheint der Belastungsdruck durch Gefühle der Aussichtslosigkeit, der Überforderung und der Verantwortung besonders groß sein (Pochobradsky et al., 2005, S.43). Einen wesentlichen Teil zum psychischen Wohlbefinden trägt Hoffnung bei, Hoffnung, das Beste für den Pflegebedürftigen zu tun, auf Besserung, auf „gutes“ Sterben u.v.m. Dieses Gefühl der Hoffnung gilt es zu fördern und zu schützen (vgl. Profanter, 2007, S.68-70). Gefühle der Hoffnungslosigkeit, aber auch ein bereits beschriebener Rollenwechsel und fehlende positive Erlebnisse betreffend den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen führen zu negativen psychischen Auswirkungen (vgl. Holuscha, 1992, S.67-73). Dementsprechend können negative psychosoziale Folgen wie Depressionen, eine Angstsymptomatik, ein erhöhtes Belastungsgefühl, vermindertes subjektives Wohlbefinden und ein Gefühl der minderen Lebensqualität entstehen. Durch eine verminderte Selbstwirksamkeitserwartung fühlen sich die lebensweltlichen HelferInnen der Situation

nicht gewachsen und denken, dass ihre Kompetenzen zur erfolgreichen Bewältigung nicht ausreichen (vgl. Sörensen et al., 2006, S.961).

Sind pflegende Angehörige beständig einer Überbeanspruchung ausgesetzt, kann auch eine Reduzierung des eigenen körperlichen Gesundheitszustandes daraus resultieren. Direkte körperliche Folgen können unter anderem Rückenbeschwerden sein (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.43). Daneben konnten jedoch auch physiologische Auswirkungen wie eine vermehrte Produktion von Stresshormonen, ein beeinträchtigtes Immunsystem etc. festgestellt werden (vgl. Sörensen et al., 2006, S. 961-962).

Auch das eigene Gesundheitsverhalten der pflegenden Angehörigen wird bei einem zu hohen Belastungserleben in Mitleidenschaft gezogen. Vor allem ungesunde Ernährung, ein Bewegungs- und Schlafmangel konnten nachgewiesen werden. Dementsprechend kann ein erhöhter Medikamentenkonsum, verringerte subjektive Gesundheit, vermehrtes Auftreten von körperlichen Symptomen und erhöhte Mortalität festgestellt werden. Somit entstehen für das Gesundheitssystem einerseits direkte Gesundheitskosten, die durch die verminderte Gesundheit der pflegenden Angehörigen zustande kommen. Andererseits konnte festgestellt werden, dass eine zu starke Belastung zu einer Instabilität der häuslichen Pflegesituation führt, was sich in einer erhöhten Anzahl von Pflegeheimenritten der jeweiligen Pflegebedürftigen zeigt. Indirekte Kosten der Überbelastung fallen an (vgl. Sörensen et al., 2006, S.961-963).

3 UNTERSTÜTZUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Wurde im vorangegangenen Kapitel das Hauptaugenmerk auf die Schwierigkeiten und Belastungen, die auf die betroffene Familie zukommen, gelegt, sollen in diesem Kapitel vor allem die notwendigen Interventionen, der Unterstützungsbedarf und die Unterstützungsquellen behandelt werden.

Prädiktoren für die Inanspruchnahme von außerfamiliären Dienstleistungen sind neben dem Haushaltseinkommen und dem Grad der Pflegebedürftigkeit auch die Tatsache, ob der zu Pflegenden alleine wohnt oder ob dieser im Familienverbund lebt, das Vorhandensein informeller Unterstützung und der Art des Unterstützungsbedarfes (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.402).

3.1 PFLEGEENTLASTENDE UNTERSTÜTZUNG

Pflegeentlastende Unterstützungsformen können eine hohe Betreuungsinintensität und den damit verbundenen Distress reduzieren (vgl. Sörensen, 2006, S.966). Wesentliches Ziel ist es hier, Zeit abseits der Pflege für die Hauptpflegeperson zu gewinnen. Dazu ist erfahrungsgemäß eine Hilfe anderer notwendig. Die Förderung pflegefreier Zeiten trägt zum Wohlbefinden bei und ermöglicht es, Kraft zu tanken, die im weiteren Pflegeverlauf noch benötigt wird. Sozialer Isolation und dem Gefühl des Angebunden-Seins kann somit entgegengewirkt werden (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.418-419).

Familie und Freunde

Am ehesten greifen pflegende Angehörige auf Hilfe aus der Familie zurück (vgl. Polfer, 2008, S.215). Die Familie und Freunde stellen eine große Resource für die Hauptpflegeperson im häuslichen Pflegesetting dar. Zum einen kann ihre Anwesenheit der sozialen Isolation und Vereinsamung vorbeugen.

(vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.93-94). Das Familiensystem kann für pflegende Angehörige besonders beim Treffen von wichtigen Entscheidungen, aber auch in emotionaler Hinsicht effektive Unterstützung bieten. *„Einerseits fühlt sich der Pflegende durch sein familiäres Umfeld unterstützt, andererseits muss er die Aufgaben und Probleme im Zusammenhang mit dem kranken Patienten selbst bewältigen und würde sich über mehr Hilfe durch das Umfeld freuen“* (Polfer, 2008, S.215). Alltägliche Aufgaben der Betreuung oder die Haushaltsführung verbleiben somit meist bei den Hauptpflegepersonen. Trotz dieser emotionalen Unterstützung kann Polfer zu Folge hingegen die höchste psychische Entlastung durch instrumentelle Hilfe von formellen Kräften anhand Zugewinns an Zeit abseits der Pflege erreicht werden. Erst dadurch scheinen Belastungen, wie soziale Isolation und persönliche Einschränkungen, effektiv gemildert werden zu können (vgl. Polfer, 2008, S.214,215).

Mobile Dienste

Mobile Dienste sind in der Pflegelandschaft Österreichs ein wesentlicher Bestandteil, der vielfach die Pflege daheim und somit die Aufrechterhaltung der Familienstrukturen überhaupt erst ermöglicht. Durch eine zeitweilige Betreuungsübernahme ist es den Familienmitgliedern möglich, Zeit abseits der Pflege zu verbringen. Auch haben die mobilen Dienste eine Beratungsfunktion und eine wesentliche Aufgabe im Medikamentenmanagement (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.100-102). Werden Teile der Versorgung von einer Pflegefachkraft übernommen, kann diese in der häuslichen Pflege der Familie hilfreich zu Seite stehen, ohne sie aus der Pflegerolle zu drängen (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.421). Allerdings kann die ambulante Pflege ein familiäres System und deren Pflegeleistungen nicht ergänzen. Sie stellt meist eine familienergänzende Leistung dar (vgl. Röttger-Liepmann, 2007, S.188).

Für viele Familien ist es schwierig, soziale Dienste in Anspruch zu nehmen. Gründe dafür sind unter anderem *„Schutz der Privatsphäre, Kosten oder Befangenheit gegenüber Fremden“* oder die Ablehnung fremder Personen

durch die Pflegebedürftigen (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.101). Besuchsdienste erzielen durch ihre Beschäftigung mit dem/der Erkrankten ebenfalls eine positive Wirkung (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.102). Andererseits wird die fehlende Flexibilität bemängelt. So können die Dienste nicht kurzfristig für eine Betreuung einspringen, sondern müssen einige Tage vorher über Änderungen der Zeiten oder zusätzliche Termine informiert werden (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.103). Somit bedarf es einer Anpassung des Leistungsangebotes an die zeitlichen Ressourcen (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.59).

Kurzzeitpflege

Bei einem erhöhten Belastungserleben des pflegenden Familienmitgliedes kann eine kurzzeitige Unterbringung in einer Institution Erleichterung mit sich bringen. So bieten in Österreich Pflegeheime die Möglichkeit für kurze Zeit, zum Beispiel während eines Urlaubes oder einer Krankheit der Hauptpflegeperson, einen stationären Aufenthalt für das betreuungsbedürftige Familienmitglied (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.35).

Tageszentren

Aber auch Tageszentren ermöglichen den Angehörigen, einige Stunden abseits der häuslichen Pflege zu verbringen (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.420). Zusätzlich wird dem zu Betreuenden Abwechslung und Therapie geboten. Jedoch besteht das Angebot der Tageszentren bislang noch vorwiegend nur im städtischen Bereich (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2008, S.112).

24-Stunden-Betreuung

Großer Beliebtheit erfreut sich eine 24-Stunden-Betreuung. Sie ermöglicht eine leistbare Rundumbetreuung, die Hausarbeiten inkludiert, wodurch sie oft eine Alternative zu einem Heimeintritt darstellt. Da die Betreuungspersonen

mehrheitlich bei den Pflegebedürftigen wohnen, ist ein eigenes Zimmer von Nöten. Nachteilig wird die gestörte Privatsphäre, mangelnde Sprachkenntnisse und Unklarheit über die Qualifikationen der Betreuungspersonen empfunden (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.108-109).

Exkurs: Formelle vs. informelle Pflege

Werden pflegeentlastende professionelle Unterstützungsformen zum Beispiel in Form der mobilen Dienste angenommen, treffen informelle und formelle Pflege aufeinander. Diese Konstellation birgt ein gewisses Konfliktpotential. So betrachten professionell Pflegende pflegende Angehörige oftmals als Laien (vgl. Schnepf, 2002, S.7). Wie bereits erarbeitet wurde, beruht die Pflege von Angehörigen im Gegensatz zur professionellen Pflege auf sozialen Beziehungen (vgl. Huber, 1994, S.18). Somit ist es der professionellen Pflegekraft meist möglich, eine gewisse Distanz zur Situation zu bewahren, während dies für die Familie durch ihre emotionalen und eventuell auch verwandtschaftlichen Beziehung zum dem/der Betroffenen kaum möglich. Darüber hinaus steht dem wissenschaftlich fundierten Wissen einzelfallbezogenes Wissen gegenüber (vgl. Wehrmann, 2002, S.283). Pflegende Angehörige können demnach im Gegensatz zur professionellen Pflege ihr Handeln nicht begründen und nicht auf andere Fälle anwenden und verfügen kaum über ExpertInnenwissen. Sie sind meist ExpertInnen in der Pflege des jeweiligen Bedürftigen. (vgl. Huber, 1994, S.15).

Zudem besteht die Gefahr, dass professionelle Pflegekräfte die pflegenden Angehörigen instrumentalisieren und als ungelernete PflegehelferIn ansehen. Sie werden dazu angehalten, zur Hand zu gehen und unterstützend für die professionell Pflegenden da zu sein. Dieser Ansatz des Helfers der professionellen Kräfte ist jedoch bedenklich. So sollte es ein wesentliches Ziel sein, die Familie zu unterstützen und gemeinsam zu sorgen und nicht, wie man sie in die Pflegeaktivitäten integrieren kann. Die professionell Pflegenden laufen aber nicht nur Gefahr, die pflegenden Angehörigen für ihre Zwecke einzuset-

zen, sie neigen auch dazu, bevormundend zu sein (vgl. Schnepf, 2003, S.70).

Die externen Pflegekräfte müssen daher die Perspektive ändern. Sie sind aufgefordert, die pflegenden Angehörigen nicht als lästige Anhängsel wahrzunehmen, sondern als Quelle von Erfahrungen, die in Verbindung mit dem Wissen der Pflegekraft effektiv eingesetzt werden können. Der Nutzen für die Angehörigen als auch für die PatientInnen kann somit deutlich gesteigert werden (vgl. Wiebke & Drouve, 2003, S.151).

Schnepf erwähnt zudem, dass Familien darüber hinaus die Erfahrungen machen, dass die physische und psychische Existenz des Pflegebedürftigen oft selbst unter institutionellen Bedingungen nicht gesichert sind. Es steht somit nicht nur die Angst vor einer Veränderung des Alltags im Vordergrund, es fehlt ferner oft das Vertrauen in die externe Pflegekraft (vgl. Schnepf, 2006, S.68).

3.2 WISSENS- UND KOMPETENZFÖRDERNDE UNTERSTÜTZUNG

3.2.1 Informationsbedarf

Als wichtig wird auch die Förderung des Wissens der Angehörigen angesehen. So bedarf es der Kenntnisse sowohl über den normalen körperlichen Ablauf im Lebenszyklus als auch über den voraussichtlichen Krankheitsverlauf. Oftmals bestehen bei den pflegenden Personen falsche Vorstellungen bezüglich der voraussichtlichen Dauer und des Verlaufs der Krankheit. Eine realistische Einschätzung ihrer neuen Rolle ist dadurch schwer zu erreichen (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.416). So konnten auch bei einem bereits längeren familiären Pflegeverlauf noch immer Wissenslücken über die Krankheit und die Behandlung festgestellt werden (vgl. Rosa et al., 2010, S.57). Grundsätzlich ist jedoch für eine erfolgreiche Alltagsbewältigung eine Wis-

sensvermittlung über einen wahrscheinlichen Krankheitsverlauf, über das Versorgungssystem und über eventuelle Komplikation von enormer Bedeutung (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.395).

Bei der Erhebung im Auftrag des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen wurde zudem ein großer Informationsmangel bezüglich rechtlicher Fragen von den Angehörigen benannt. Rund die Hälfte der Befragten gab an, diesbezüglich schlecht bis gar nicht informiert zu sein. Mehr als ein Drittel gaben mangelnde Auskünfte hinsichtlich finanzieller Fragen, Schulungsangebote und Kurzzeitpflegeangebote an. Internationale Studien bestätigen diesen Informationsbedarf. Nur bei Informationen, die das Pflegegeld betreffen, konnte mit rund 15 Prozent von schlecht oder gar nicht informierten die Informationslücke relativ gut gedeckt werden (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.41, Washington et al., 2011, S.40). Allerdings muss diesbezüglich erwähnt werden, dass die Grundgesamtheit der Stichprobe PflegegeldbezieherInnen sind. Daten über Personen in Österreich, die ein Anrecht auf Pflegegeld hätten, dieses jedoch aufgrund Informationsmangels nicht beziehen, wurden im Zuge meiner Recherchen nicht gefunden.

In der Regel ist daher kaum pflegerisches Vorwissen bei den lebensweltlich Pflegenden vorhanden. Pflegenden Angehörige wissen nicht Bescheid über Prophylaxen, über Handgriffe, über das Krankheitsbild, über die Prognose etc. Viele beklagen sich daher, nicht zu wissen, wie sie dem Pflegebedürftigen optimale Pflege zukommen lassen können (vgl. Washington et al., 2011, S.40). Somit ist es notwendig, pflegerisch-technische Fähigkeiten zu erwerben. Diese reichen von den unterschiedlichen Prophylaxen, von Dekubitus etc. über gefahrloses Heben, Lagern und Bewegen hin zur Verabreichung von Medikamenten (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.415).

3.2.2 Informationsquellen

Während die Familie vor allem als emotionale Unterstützung dient und auch bei rechtlichen und finanziellen Fragen eine Beratungsfunktion einnehmen kann, wendet sich der/die pflegende Angehörige gemäß einer Erhebung von Polfer bei speziellen Problemen, die die Pflege und Betreuung betreffen, eher an ein Fachpersonal (vgl. Polfer, 2008, S.211-212). Bezogen werden diese Auskünfte hauptsächlich vom Hausarzt (58%), von privaten Personen (45,1%), von öffentlichen Stellen (27,1%), vom Sozialversicherungsträger (23,3%) oder den mobilen Diensten (18,6%) (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.42). Die Pflege nimmt somit als Informationsquelle noch eine untergeordnete Rolle ein.

Pflegende Angehörige beklagen sich über schwierige und mühsame Zugänge zu Informationen über das Angebot und die Kosten von Sozialleistungen. Informationen werden daher meistens mittels Erfahrungsaustausches bezogen. Ein einfacherer Zugang zu Informationen ist somit ein wichtiges Anliegen der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.105). Resultierend aus dem unterschiedlichen Zugang zu Informationen ergibt sich eine unterschiedliche, ungerechte Verteilung der Nutzung von Unterstützungsangeboten (vgl. Pochobradsky et al. 2005, S.41).

3.3 MATERIELLE UNTERSTÜTZUNG

Vor allem bei der Betreuung von dementierenden Personen ist sowohl der zeitliche als auch der finanzielle Aufwand sehr hoch. Eine Unterstützung durch Sozialleistungen ist folglich unerlässlich. Eine Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz ist unter anderem bei einer Sterbebegleitung eines nahen Angehörigen möglich (vgl. BGBl. Nr. 138/2002). Auch wenn diese Möglichkeit durch pflegende Angehörige begrüßt wird, bedeutet diese einen Wegfall des Einkommens und somit Opportunitätskosten, die sich nicht jeder

leisten kann. Ein ebenfalls möglicher Erwerb von Pensionsversicherungszeiten bedeutet genauso finanzielle Aufwendungen. Darüber hinaus ist mit der Inanspruchnahme von Sozialleistungen ein Aufwand durch Behördengänge gegeben, den viele pflegende Angehörige aufgrund fehlender Kraft nicht auf sich nehmen wollen (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.95-97).

Eine staatliche Unterstützung in Form des Pflegegeldes bietet meist in dieser Situation eine gewisse finanzielle Entlastung. Das Pflegegeld steht einem in Österreich bei einem Hilfsbedarf von mindestens 60 Stunden pro Monat bei einer voraussichtlichen Dauer von mindestens sechs Monaten zu. Es soll dem Pflegebedürftigen ermöglichen „*die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen*“ (BGBl. Nr. 110/1993). Der gesamte finanzielle Aufwand kann jedoch nicht immer gedeckt werden (vgl. Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.53). Nichtsdestotrotz geben eine Mehrheit der PflegegeldbezieherInnen an, dass aufgrund dieser Unterstützungsform ein Verbleib im häuslichen Pflegesetting und eine gewisse Wahlfreiheit bezüglich der gewünschten Versorgung ermöglicht wird (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.23). Andererseits wird der Bezug des Pflegegeldes teilweise nicht in mögliche Entlastungen investiert, sondern als zusätzliches Einkommen gehandhabt. Dementsprechend stellt Polfer keinen Zusammenhang zwischen einem Pflegegeldbezug und einer Inanspruchnahme von Dienstleistungen fest (vgl. Polfer, 2008, S.215).

Das Pflegegeld betreffend fordern die Angehörigen mehr Transparenz und eine adäquatere Begutachtung durch den Arzt. Es wird Kritik geäußert, dass die Pflegesituation und der Pflegeaufwand nicht richtig erkannt werden und die BegutachterInnen vor allem darauf bedacht sind, eine möglichst geringe Stufe anzuerkennen. Vor allem an Demenz erkrankte Personen sind in der Regel bestrebt ihre Krankheit zu verbergen, wodurch oftmals den Angehörigen zu Folge eine zu niedrige Einstufung erfolgt. Ist der/die BegutachterIn ferner ein Facharzt der Chirurgie etc. wird eine korrekte Erfassung der Pflege-

gesituation zusätzlich in Frage gestellt (vgl. Seidl; Labenbacher & Ganaus, 2007, S.97-98).

Als weitere materielle Unterstützung werden in Österreich Heilbehelfe und Hilfsmittel bereit gestellt. Die bürokratischen Abläufe und beschränkte Bewilligungen durch Krankenkassen von zum Beispiel der Anzahl von Inkontinenzeinlagen oder Krankbetten lassen jedoch erkennen, dass es neuer Strukturen bedarf (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.98-99).

3.4 LEBENSWELTLICHE, PROFESSIONELLE UNTERSTÜTZUNG BIETEN

Externe Pflegekräfte und professionelle Unterstützung werden trotz starker Belastung durch die Pflege von den pflegenden Angehörigen häufig abgelehnt. In diesem Kapitel wird daher näher darauf eingegangen, wie Pflegearrangements gestaltet werden können, um die Akzeptanz zu erhöhen. Diese Versorgungsarrangements sollen die gesamte Situation berücksichtigen und nicht ausschließlich nur jene der PatientInnen (vgl. Büscher, 2009, S.61).

3.4.1 Alltag und Lebenswelt

„Unter „Lebenswelt“ wird jenes grundlegende Gefüge der natürlichen und sozialen Gegebenheiten verstanden, das uns Menschen so vertraut und selbstverständlich ist, daß wir es kaum wahrnehmen, weil wir uns eine andere, als unsere menschliche, geschichtliche und kulturell situierte Existenz schwerlich vorstellen können“ (Kesselring, 1996, S.10).

Alltag und Lebenswelt sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie als subjektive Realität wahrgenommen werden (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.160). Sie gelten als *„Schnittstelle objektiver Strukturen und subjektiver Verständnis- und Bewältigungsmuster“* (Thiersch, 2009, S.47). In dieser Lebenswelt bestehen unausgesprochene Sozialregeln und

vorgegebene Abläufe und Strukturen. Dies eröffnet den Menschen einen gewissen Handlungsspielraum und vermittelt gleichzeitig durch Erwartungen und Normen eine Begrenzung dessen, wodurch eine gewisse soziale Sicherheit entsteht (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.71-72). Thiersch stellt jedoch fest, dass Ratlosigkeit und Desorientierung in der modernen Alltagswelt der Menschen nicht zuletzt aufgrund der Brüchigkeit der bislang tradierten Alltagsmuster immer mehr zunehmen. Dies führt einerseits zur Möglichkeit, die Lebensführung individuell zu gestalten, andererseits auch zu Verunsicherung aufgrund des großen Handlungsspielraumes (vgl. Thiersch, 2009, S.47). Die Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen ist eine vielfach geforderte Position, die sozialer Entfremdung entgegenwirken soll (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.72).

3.4.2 Pflegebedürftigkeit, Alltag und Lebenswelt

Laufen Alltagshandlungen meist selbstverständlich und inhärent sinnvoll ab, wird bei auftretenden Problemen, wie zum Beispiel einer Krankheit, diese Selbstverständlichkeit unterbrochen (vgl. Kesselring, 1996, S.12-13). Eine Erkrankung in der Familie bringt meist eine Veränderung und notwendige Reorganisation des gewohnten Alltags mit sich. Dies macht deutlich, dass nicht nur die betreuungsbedürftigen Personen sondern auch das gesamte Familiensystem betroffen sind. Das Ausmaß der Reorganisation des Alltags wird vor allem bestimmt durch Faktoren wie dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit, der Anzahl derjenigen, die unterstützend eingreifen, den finanziellen Ressourcen und bestehender Hürden in der Bürokratie (vgl. Metzging, 2007, S.179-180). Übernehmen Menschen die Pflege eines Familienmitgliedes, ist diese oft auf das Ziel ausgerichtet die gewohnte Lebenswelt aufrecht zu erhalten (vgl. Schnepf, 2002, S.7).

Durch das Einsetzen der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit eines Mitglieds der Familie kommt es zu einer beträchtlichen Veränderung der technisch-organisatorischen Abläufe und des vorhandenen Rollen- und Beziehungsge-

flechts innerhalb der Familie. Die Komplexität des Alltags nimmt zu. Um nun wieder eine gewisse Sicherheit und Stabilität in die Situation zu bekommen, wird versucht Veränderungen möglichst zu minimieren (vgl. Zeman, 1997, S.97-98). Friedemann umschreibt dies folgendermaßen: *„Das Ziel besteht darin, die Angst vor zerstörenden Kräften zu bekämpfen, indem die Familie kollektiv bedrohende Einflüsse von außen [...] reduziert und bestrebt ist, ihr ursprüngliches Gleichgewicht wiederherzustellen“* (Friedemann, 1996, S.34). Gemäß dieser Strategie wird es deshalb oft vermieden, Hilfsmittel, räumliche Anpassungen und berufliche HelferInnen zu organisieren, da dies beträchtlichen Einfluss auf die Normalität des Alltags hätte. Ungeachtet dessen entwickeln viele Pflegesituationen trotzdem einen großen Bedarf an Pflegearrangements, der zunächst - eben zum Schutz der gewohnten Abläufe - durch familiäre Pflegearrangements gedeckt wird. Erst wenn die familieninternen Hilfsquellen „aufgebraucht“ sind, werden schlussendlich externe HelferInnen hinzugezogen. Letztendlich besteht selbst in dieser Phase noch immer das Ziel der alltagsbezogenen Normalisierung und Re-Normalisierung. Durch diese Normalität des Alltags kann die Lebensqualität der Pflegebedürftigen und der Familie konstant bleiben (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.400; Zeman, 1997, S.97; Schnepf, 2006, S.62). *„Im Zentrum aller Aktivitäten steht die Bewältigung des familiären Alltags zur Aufrechterhaltung von „Normalität““*, bemerkt auch Metzger in ihrer Arbeit zu Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige (Metzger, 2007, S.181).

Somit müssen professionelle Pflegeinterventionen darauf abzielen, diese Komplexität zu reduzieren und somit das lebensweltliche System aufrecht zu erhalten (vgl. Schnepf, 2003, S.72). Beim Treffen von häuslichen Pflegearrangements ist es daher unbedingt nötig, die Lebenswelt der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Familie als wichtigste Vernetzung dessen zu integrieren.

3.4.3 Die Beziehung zur externen Pflegekraft

Grundlegend für erfolgreiche lebensweltliche familienbezogene Pflegearrangements ist die Beziehung zwischen externen Pflegekräften und den Beteiligten. Erst dadurch kann Zugang zur Lebenswelt der Betroffenen, die die Handlungsgrundlage für pflegerische Interventionen darstellt, erlangt werden und Sicherheit und Stabilität in der Pflegesituation erreicht werden (vgl. Wehrmann, 2002, S.304-308).

Um eine erfolgreiche Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen aufbauen zu können, sind nach Wehrmann folgende Faktoren förderlich: Zunächst ist es wichtig, dass die externe Pflegekraft persönliche Kompetenz aufweist. Kennzeichnend dafür sind zum Beispiel Mitgefühl und Interesse am Gegenüber. Dies ermöglicht den Betroffenen, Vertrauen zu gewinnen. Diese essentielle Entwicklung von Vertrauen ist aber auch an die Fachkompetenz, personelle Kontinuität und Zuverlässigkeit der professionellen Pflegekräfte gebunden. Unter personeller Kontinuität wird verstanden, dass die externen Betreuungspersonen sich zwar abwechseln, trotzdem aber immer wieder die Gleichen kommen, wodurch ein Aufbau einer Beziehung wesentlich erleichtert wird. Wird diesen Faktoren durch die Pflegekraft Tribut gezollt, kann sie damit rechnen, dass sie Anerkennung für ihre Leistungen, aber auch die Möglichkeit der Einsicht in die Lebenswelt erhält (vgl. Wehrmann, 2002, S.304-305).

3.4.4 Integration von Unterstützung in die Lebenswelt

Unterstützung für die Familien wirkt vor allem dann entlastend, wenn die zur Verfügung gestellten Ressourcen beziehungsweise die getroffenen Arrangements möglichst der Problemlage angepasst werden und diese vor allem die Komplexität des Alltags nicht wesentlich erhöhen (vgl. Zeman, 1997, S.100). Dementsprechend müssen gewisse Faktoren für eine lebensweltliche pflegerische Unterstützung berücksichtigt werden: Für die erfolgreiche Integ-

ration von Pflegearrangements in die Lebenswelt muss zunächst vor allem der gewohnte Tagesablauf der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen berücksichtigt werden. Grund dafür ist, wie schon erwähnt, dass es für die Pflegebedürftigen wichtig ist, dass die Veränderung im Alltag so gering als möglich gehalten wird und die Pflegeinterventionen den Bedürfnissen angepasst sind. Unterstützt wird die Integration auch durch eine Routine des Pflegearrangements. Durch ein flexibles Hilfeangebot kann erreicht werden, dass dem/der Pflegebedürftigen ein Entscheidungsspielraum eingeräumt wird und dass diese dem individuellen Hilfebedarf angepasst werden kann. Hilfreich für die Betroffenen ist es auch, dass sich die professionellen Pflegekräfte mit anderen Helfern absprechen (vgl. Wehrmann, 2002, S.298-303).

Werden die oben angeführten Punkte größtenteils erfüllt, kann eine Integration in die Lebenswelt der Betroffenen geschehen: Da professionelle Unterstützung besser auf die Bedürfnisse und Tagesabläufe abgestimmt ist, wird sie auch als weniger störend empfunden. Wobei jedoch immer berücksichtigt werden muss, dass aufgrund Schwankungen im Krankheitsverlauf immer auch die Organisation des Alltags beeinflusst wird (vgl. Metzging, 2007, S.182). Sicherheit und Stabilität in der Pflegesituation können sowohl für die Pflegebedürftigen als auch für deren pflegenden Angehörigen erreicht werden. Metzging stellt dazu folgendes treffend fest:

„Solange Therapiepläne an der Lebenswirklichkeit von Menschen vorbeierstellt werden, solange die Bedeutung, die chronisch Erkrankte ihrer Krankheit beimessen außer Acht gelassen wird und unberücksichtigt bleibt, wie Menschen in und mit ihrer Familie den Alltag gestalten wollen, werden die Betroffenen nicht die Therapie und damit die Unterstützung erhalten, derer sie zur Gestaltung ihres (Familien)Lebens bedürfen“ (Metzging, 2007, S.181).

3.5 DIE NICHT-ANNAHME VON UNTERSTÜTZUNG

Weiterführend zu den Überlegungen zum Zusammenhang von Lebenswelt, Alltag und Pflegebedürftigkeit, werden Unterstützungsangebote nicht angenommen, da sie einen zu großen Einfluss auf die Alltagsnormalität ausüben. Es muss also davon ausgegangen werden, dass jeder Hilfebedarf eine gesteigerte Komplexität der Lebenswelt mit sich bringt (vgl. Schnepf, 2003, S.72). Gemäß dieser Strategie wird es deshalb oft vermieden, Hilfsmittel, räumliche Anpassungen und berufliche HelferInnen zu organisieren, da dies beträchtlichen Einfluss auf die Normalität des Alltags hätte (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.400; Zeman, 1997, S.97). Darüber hinaus werden von dem betreuenden Angehörigen oder dem Pflegebedürftigen fremde, professionelle Personen im privaten Umfeld oft aus Scham, Scheu oder Angst oder aus Schutz der Privatsphäre vermieden (vgl. Pochobradsky, 2005, S.63).

Wir müssen des weiteren davon ausgehen, dass nicht alle, die eine professionelle Unterstützung brauchen und auch akzeptieren würden, diese auch wirklich erhalten. Auch wenn dies auf einer Reihe von Ursachen basieren kann, ist dies vor allem aber auf ein Informationsdefizit beziehungsweise auf falsche Informationen zurückzuführen (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.389). Trotz einer Fülle an Informationsmaterial, die für pflegende Angehörige verfügbar sind, können diese oft für die individuelle Pflegesituation nicht umgesetzt werden. Mögliche vorhandene Unterstützungsleistungen bleiben daher ungenutzt (Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.61).

Einen weiteren Einfluss auf die Ablehnung von Unterstützungsangeboten nehmen finanzielle Überlegungen. Wie bereits festgestellt wurde, übersteigen die Kosten für soziale Dienste und andere Sozialleistungen oftmals das Pflegegeld, daher können sich viele eine Erhöhung der mobilen Dienste trotz eines vorhandenen Bedarfs nicht leisten (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.109). Dementsprechend besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme professioneller Hilfe und dem Nettohaushalts-

einkommen (vgl. Polfer, 2008, S.211). Vor allem bei der älteren Bevölkerung überwiegt häufig der Spargedanke (vgl. Pochobradsky, 2005, S.63).

Wie in dieser Arbeit bereits ersichtlich wurde, kann von den pflegenden Angehörigen meist keine objektive Einschätzung des zukünftigen Krankheitsverlaufes und somit der zukünftige Betreuungsaufwand erwartet werden (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.400). Unterstützung von außen wird daher oftmals auch nicht angenommen, weil die informellen Pflegekräfte die Situation falsch einschätzen. So kann es zu einer Selbstüberschätzung beziehungsweise zu einer Unterschätzung der Entwicklung der Pflege- und Betreuungsleistung kommen (vgl. Pochobradsky, 2005, S.63).

Ebenso fühlen sich vor allem Frauen dem gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, alleine die Pflege schaffen zu müssen. Nicht außer Acht lassen darf man darüber hinaus, dass die entlastenden Angebote oftmals nicht den Bedürfnissen entsprechen. Eine zu starke medizinisch-pflegerische Ausrichtung und eine mangelnde Flexibilität der Institution werden unter anderem bemängelt (vgl. Pochobradsky, 2005, S.63).

3.6 ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

Nicht jede/r, die/der familiale Pflege erbringt, ist gleich belastet und nicht für jede/n ist die gleiche Art von Interventionen von Nöten. In dem man zukünftig ein breites Angebot an Unterstützungsleistungen anbietet, sollen die pflegenden Angehörigen trotz ihrer unterschiedlichen Bedürfnisse eine jeweils für sie passende Unterstützung finden können (vgl. Seidl et al., 2007, S.158-159). So zeigten bislang systematische Literaturanalysen zur Auswirkung von diversen Unterstützungsformen auf pflegende Angehörige keine einheitlichen signifikanten Ergebnisse. Dies mag wahrscheinlich an der Schwierigkeit der Evaluation der Ergebnisse und an mangelnden Erhebungsinstrumenten liegen. Weitere Forschungstätigkeiten sind daher notwendig (vgl. Chen, Hedrick & Young, 2010, S.113; Glasdam, Timm & Vittrup, 2010, S.255). Da-

rüber hinaus lassen die Ergebnisse erkennen, dass nicht einzelne Interventionen in allen Belangen zu einer Entlastung führen, sondern dass es einer Kombination unterschiedlichster Interventionen bedarf (vgl. Mantovan et al., 2010, S.235). Zusätzlich muss in der Forschung vermehrt das Interesse auf die positiven Aspekte der Erbringung einer familialen Pflegeleistung gelenkt werden (vgl. Seidl et al., 2007, S.158-159).

Es konnte festgestellt werden, dass mit einem geringeren Einkommen die Inanspruchnahme von Hilfe sinkt. Genauso scheint ein höheres Alter im Zusammenhang mit einer verringerten Hinzuziehung von Hilfspersonen zu stehen (vgl. Polfer, 2008, S.201&215). Auch weibliche Angehörige scheinen eher in Gefahr zu sein, Symptome einer Depression zu entwickeln (vgl. Sörensen, 2006, S.963). Es soll daher versucht werden, mit den Unterstützungsangeboten vermehrt diese vulnerablen Gruppen zu erreichen.

Bisher gibt nur eine Minderheit der pflegenden Angehörigen an, mit dem Beratungs- und Unterstützungsangebot in Österreich zufrieden zu sein. So gilt es anstatt einer medizinisch-pflegerischen und technischen eine pflegerisch bedürfnisorientierte Beratung, Unterstützung und Betreuung anzubieten (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.50,62).

Zukünftig werden vermehrt Unterstützungsangebote nicht nur für die Pflegebedürftigen und die familialen Hauptpflegeperson angeboten werden müssen, sondern auch die Familie mit einbeziehen müssen. Zum einen kann dies dadurch begründet werden, dass bei einem Auftreten einer Pflegebedürftigkeit in einer Familie das gesamte Familiennetzwerk darunter leidet. Andererseits stellt die Familie eine wichtige Ressource dar, die wesentlich zur Entlastung der informellen Hauptpflegeperson beitragen kann (vgl. Seidl et al., 2007, S.159). Professionelle Hilfe soll daher immer den Familienkontext wahrnehmen (vgl. Schnepf, 2002, S.11). Dieser Sichtweise soll nun mittels des nächsten Kapitels, das sich mit dem Konzept des Family Health Nursing beschäftigt, Rechnung getragen werden.

4 FAMILIENORIENTIERUNG IN DER PFLEGE

4.1 BEDEUTUNG DER FAMILIE IN DER HÄUSLICHEN PFLEGESITUATION

Wie bereits im Problemaufriss dargestellt wurde, gilt nach Freedman et al. ein bestehendes Familiennetzwerk als wesentlicher Faktor für ein vermindertes Risiko des Eintritts in ein Heim (vgl. Freedman et al., 1994, S.845). Auch Charles und Sevak gingen der Frage nach, ob die Pflegeübernahme in der Familie eine Alternative für ein Pflegeheim darstellt. Auch sie kamen zu dem Schluss, dass durch informelle familiäre Pflege Heimeintritte wesentlich seltener auftreten (vgl. Charles & Sevak, 2005, S.1188). Ausgehend von den zukünftigen demografischen und familiären Strukturen ist zwar in jedem Fall von einer steigenden Anzahl von Heimeintritten auszugehen, eine adäquate Unterstützung der Familie kann jedoch eine Reduktion dessen bewirken.

Für die informelle Hauptpflegeperson kann vor allem die emotionale Unterstützung, die eine Familie bietet, wesentlich sein. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer vorhandenen familialen Unterstützung und einer verbesserten subjektiven Gesundheit und einem verminderten Belastungserleben der pflegenden Angehörigen gezeigt werden. Gleichzeitig treten bei fehlender sozialer Unterstützung der Familie eher depressive Symptome der Hauptpflegepersonen auf (vgl. Okamoto & Harasawa, 2009, S.139-140). Zusätzlich wurde in dieser Arbeit bereits erläutert, dass durch den Kontakt mit der Familie auch sozialer Isolation und Vereinsamung vorgebeugt werden kann (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.93-94). Wesentlich ist es jedoch, nochmals zu erwähnen, dass die Hauptpflegepersonen sich meist mehr instrumentelle Unterstützung von der Familie wünschen würden (vgl. Polfer, 2008, S.215).

Zum einen kann also festhalten werden, dass durch ein bestehendes Familiennetzwerk eine Pflegeleistung im häuslichen Setting meist überhaupt er-

möglichst wird. Zum anderen kann das Familiensystem als unerlässliche emotionale und soziale Unterstützung für die informelle Hauptpflegeperson dienen. Man kann somit einen wesentlichen Einfluss der Familie auf die häusliche Pflegesituation erkennen. Maudrey stellt daher fest, dass die individuumorientierte Pflege, die bislang noch vorherrschend ist, zu kurz greift. Die Betreuung muss daher die ganze Familie berücksichtigen und nicht nur das pflegebedürftige Familienmitglied (vgl. Maudrey, 2004, S.52). Es soll in diesem Kapitel daher das Konzept der familienorientierten Pflege dargestellt werden.

4.2 DAS KONZEPT DER FAMILIENGESUNDHEITSPFLEGE

Familiengesundheitspflege ist eine Philosophie als auch Praxis, der die Ansicht zu Grunde liegt, dass Gesundheit und Krankheit alle Mitglieder einer Familie betreffen (vgl. Hanson, 2005, S.4). Somit wird dargelegt, dass nicht nur der/die PatientIn unter einer eingetretenen Krankheit leidet, auch die Personen des Bezugssystems sind davon betroffen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S.21). Systemtheoretischen Überlegungen zu Grunde werden die agierende Pflegeperson und die Familie, mit der gearbeitet wird, als Teil eines Systems betrachtet, das immer im Kontext seiner Umwelt handelt. Stressoren aus der Umwelt können nun diese Systeme gefährden und somit das dynamische Gleichgewicht zerstören. Die Gesundheit der Einzelpersonen, der Familie also auch der Umwelt kann bedroht werden (vgl. World Health Organization [WHO], 2000, S.5).

Daraus muss folgen, dass die professionelle Pflege die Familie mit all ihren Facetten als wichtigen Bestandteil ihrer Pflegehandlungen anerkennen muss (vgl. Kean, 2001, S.61). Friedemann unterstreicht in ihrer Theorie des systemischen Gleichgewichts die Bedeutung der Familie für die Pflege. Diese Theorie orientiert sich wie viele Pflegetheorien an den Metaparadigmen der Pflegewissenschaft: Umwelt, Mensch, Gesundheit und Pflege. Allerdings fügt

Friedemann das Konzept der Familie hinzu, wodurch explizit die Bewandnis dieser in der Pflege betont wird (vgl. Friedemann, 1996, S.19).

Wichtig ist es zunächst, die Unterscheidung des Family Nursing vom eigenständigen Berufsbild der Familienpflege in der Bundesrepublik Deutschland darzulegen. Hier stehen vorwiegend hauswirtschaftliche Unterstützungen und nicht familien-pflegerische Tätigkeiten im Vordergrund. Somit bedarf es bei der Übersetzung des Family Nursing einer sprachlichen Differenzierung (vgl. Gehring, 2001, S.25-27). Daher wird im deutschen Sprachgebrauch für Family (Health) Nursing der Ausdruck der familienbezogenen Pflege, der familienorientierten Pflege, der familienzentrierten Pflege oder der Familiengesundheitspflege und nicht jener der Familienpflege verwendet (vgl. Gehring, 2001, S.25; Friedemann, 2003, S.21). Man kann davon ausgehen, dass diese Bezeichnungen weitgehend als Synonym für die Pflege der Familie verwendet werden kann.

4.3 DEFINITION VON FAMILIE

Das Konzept der Familiengesundheitspflege verwendet primär den Begriff der Familie und nicht des Angehörigen. Daher ist es zunächst notwendig, den Begriff der Familie zu erläutern, der durch viele Definitionsweisen geprägt ist. Betrachtet man die österreichische Rechtslage, findet man je nach zur Anwendung kommendem Gesetzbuch unterschiedliche Definitionen von Familie als auch von Angehörigen. Dementsprechend variantenreich ist auch die Definition unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen. Für SoziologInnen zum Beispiel ist eine Familie eine Gruppe von Menschen, die zusammen leben. Eine Gruppe mit starker emotionaler Beziehung hingegen ist die psychologische Definition (vgl. Hanson, 2005, S.6).

Angesichts der Tatsache, dass in Österreich 90 % aller pflegenden Angehörigen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis mit dem/der Pflegebedürftigen stehen, würde für diese Arbeit das Einschlusskriterium der Blutsver-

wandtschaft nahe liegen (vgl. Pochobradsky et al., 2005, S.14). Der Begriff der Familie in der Familiengesundheitspflege ist jedoch weiter gestreut. Hanson zum Beispiel definiert den Begriff der Familie folgendermaßen:

„Family“ refers to two or more individuals who depend on one another for emotional, physical, and economical support. The members of the family are selfdefined.“ (Hanson, 2005, S.7)

Friedemann und Köhlen sehen die Familie als „ein System mit Subsystemen“ das mit der Umwelt in Wechselbeziehung besteht. Sie gehen zwar von der Kleinfamilie aus, erwähnen aber explizit, dass andere Formen des Zusammenlebens nicht ausgeschlossen werden. Auch bei ihnen ist es schlussendlich lediglich Bedingung, dass sich die Personen als Familie betrachten, sich verbunden fühlen und den Kontakt pflegen. Anders als bei Hanson wird hier keine physische oder ökonomische Unterstützung in die Definition eingeschlossen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S.36-38). Schnepf, der den Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege - den einzigen seiner Art in Deutschland - inne hat, schließt sich dieser Definition an. Auch für ihn wird „Familie“ rein durch die Betroffenen selbst bestimmt (vgl. Schnepf, 2006, S.62). Die Gemeinsamkeit dieser Definitionsvarianten ist folglich die Selbstdefinition der Familie durch die Mitglieder. Aufgrund dieser subjektiven Definitionsmacht durch die Mitglieder selbst ist die Zugehörigkeit variabel und muss nicht auf Gegenseitigkeit beruhen. Bei der Arbeit mit pflegenden Angehörigen muss somit die subjektive Sichtweise von Familie immer Rücksicht finden.

Diese weitgefasste individuelle Auffassung des Begriffes der Familie trägt den Tendenzen der Familie in der modernen Gesellschaft Rechnung. So führen Faktoren wie berufsbedingte hohe Mobilitätsanforderungen, rechtliche und sozialpolitische Einflüsse als auch der gesellschaftliche Wandel zu innovativen Formen des Zusammenlebens abseits der Kern-Familie. Ebenso unterliegt die monogamistische Ehe mit Kindern durch die Depolarisierung der Geschlechterrollen einem Wandel. Die traditionelle Sichtweise der Kern-

Familie verliert somit zunehmend an Gültigkeit, eine Vielfalt an familialen Lebensformen hat sich entwickelt (vgl. Gehring, 2001, S.18-24).

4.4 DEFINITION VON FAMILIENGESUNDHEIT

Die Gesundheit der Familie kann nach Hanson als Zustand des Wohlbefindens verstanden werden. Dieses Wohlbefinden bezieht sich sowohl auf biologische, soziologische, psychische, spirituelle und kulturelle Faktoren des ganzen Familiensystems als auch der Mitglieder als Einzelpersonen. Die Gesundheit auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum der Einzelnen beeinflusst die gesamte Familienfunktion. Vice versa ist die Familienfunktion abhängig von der Gesundheit der einzelnen Individuen (vgl. Hanson, 2005, S.7).

Auch Beavers (vgl. 2000) geht in seinem "Systems Model of Family Functioning", das aus der Familientherapie stammt, auf die Familiengesundheit ein. Eine gesunde Familie hat ihm zufolge die Fähigkeiten individuelle Meinungen und Ambivalenzen innerhalb der Familie zu respektieren und zu diskutieren. Genauso strahlt die Familie Wärme aus, lässt Intimität zu und verfügt über Humor. Voraussetzung dieser Fähigkeiten sind die Struktur, die Flexibilität des Systems und die verfügbaren Informationen. Ebenso wichtig ist jedoch auch das Ausmaß der Orientierung der einzelnen Familienmitglieder nach außen. Ein wichtiges Mittelmaß an Beziehungen innerhalb als auch außerhalb der Familie soll gegeben sein. Sind diese beschriebenen Fähigkeiten und Strukturen gegeben, kann die Familie mit belastenden stressreichen Situationen umgehen und diese überwinden (vgl. Beavers & Hampson, 2000, S.128-130).

Nach Friedemann und Köhlen hingegen ist eine Familie gesund, wenn in den vier Prozessdimensionen Systemerhaltung, Systemänderung, Kohärenz und Individuation agiert wird. Die Dimension der Systemerhaltung beinhaltet Maßnahmen wie Schaffung von Sicherheit, das Fortführen von Traditionen

und der Sicherstellung von Lebensbedingungen. Genauso soll durch die Familie Individuation ermöglicht werden, in dem das persönliche Wachstum, die Sinnfindung und die Suche nach persönlichen Lebenszielen der einzelnen Mitglieder gefördert wird. Persönlichkeits- und Meinungsunterschiede werden akzeptiert und soziale Verhaltensregelungen werden unterstützt. Die Prozessdimension der Systemänderung ist oft schmerzhaft und durch Widerstand der Mitglieder geprägt, sind hier doch Familienstrukturen und grundlegende Werte betroffen. Die Dimension der Kohärenz beinhaltet hingegen alle Familienaufgaben, die ein Gefühl der Zusammengehörigkeit vermitteln. Ein vorhandenes Kongruenzgefühl innerhalb des Systems der Familie, aber auch zwischen der Umwelt und der Familie definieren Friedemann und Köhler als weitere Bedingung für Familiengesundheit. Darüber hinaus sehen sie als Voraussetzung für die Gesundheit der Familie an, dass die Mitglieder wenig Angst und ein gewisses Gefühl der Zufriedenheit empfinden (vgl. Friedemann & Köhler, 2003, S.41-46).

4.5 BEEINFLUSSUNG DER FAMILIENGESUNDHEIT

4.5.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Das Ziel der familienbezogenen Pflege ist es, der ganzen Familie und dem einzelnen Menschen gesundheitsfördernde Maßnahmen zukommen zu lassen (vgl. Hanson, 2005, S.9; Kean, 2001, S.48). Der Schwerpunkt liegt somit vor allem auf der Gesundheitsförderung.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO, 2006)

Des Weiteren betont die WHO (vgl. 2006), dass das Konzept der Gesundheitsförderung sowohl individuelle und soziale Ressourcen als auch die körperlichen Fähigkeiten beinhaltet. Folglich ist im Ansatz der Gesundheitsförderung eine deutliche Ressourcenorientierung zu erkennen. Im Zentrum stehen somit vor allem die Ressourcen der Menschen und ihrer Familie, nicht ihre Defizite. Es soll versucht werden nicht nur die Risikofaktoren zurückzudrängen, sondern Ressourcen zu stärken, welche eine positive Gesundheitsentwicklung bedingen (vgl. Hurrelmann & Laaser, 2006, S.749-753).

Während bei der Gesundheitsförderung die Bedingungen für Gesundheit im Vordergrund stehen und somit die ganze Bevölkerung als Zielgruppe definiert werden kann, liegt der Fokus in der Prävention klar auf der Krankheit: Man versucht Ausgangsbedingungen und Risiken für Krankheiten zu verhindern. Auf der Grundlage der Kenntnisse pathogener Abläufe kann man daher Risikogruppen mit klar erkennbarer, erwartbarer oder im Ansatz eingetretener Krankheit definieren. Erzielt werden soll je nach Ausgangssituation eine Verhinderung des Voranschreitens in schlimmere Stadien, die Verhinderung von Folgestörung oder die Reduzierung von Folgeerkrankungen (vgl. Hurrelmann & Laaser, 2006, S.749-753).

4.5.2 Salutogenese nach Antonovsky

Einen zentralen Ansatzpunkt jeglicher Aktivitäten der Gesundheitsförderung stellt das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky dar. Antonovsky geht davon weg, sich nur auf die Pathogenese und somit nur auf die Entstehungsursachen von Krankheit zu konzentrieren. Der Begriff der Salutogenese stellt den Gegenpart zur Pathogenese dar. Dem zugrunde liegt die Ansicht, dass es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um dichotome Klassifizierungen handelt. Stattdessen soll man von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ausgehen. Antonovsky sieht die Hauptfrage der Salutogenese nach der Entstehung von Gesundheit in seinem Konzept des Kohärenzgefühls beantwortet. Menschen sind ständig Reizen beziehungsweise

Stressoren ausgesetzt. Die Beurteilung dieser ist abhängig vom Kohärenzgefühl, das drei Komponenten beinhaltet: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Das Kohärenzgefühl ist somit ein Gefühl des Vertrauens, das einem vermittelt, dass die internen und externen Stressoren, denen man ausgesetzt ist, vorhersagbar, strukturiert und erklärbar sind, dass man selbst über genügend Ressourcen verfügt und dass es sich lohnt Anstrengung und Engagement zu investieren (vgl. Antonovsky, 1997, S. 24-36). Ein weiterer zentraler Denkansatz sind die generalisierten Widerstandsressourcen. Antonovsky geht von gewissen Faktoren aus, die einem eher zum gesunden Ende des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums tendieren lassen. Sie beeinflussen einerseits die Wirkung der Stressoren und andererseits auch das Kohärenzgefühl (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006, S.82).

4.5.3 Familienbezogene Gesundheitsförderung und Prävention

Wright und Leahey betonen, dass in der Gesundheitsförderung enorme Möglichkeiten für die familienzentrierte Pflege liegen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.155). Auf der Ebene der Gesundheitsförderung kann die Family Nurse auf Grundlage der vorhandenen oder potentiellen Fähigkeiten - somit nicht aufgrund der vorherrschenden Defizite - einen Ansatz für Veränderungen der Familie und ihrer Mitglieder erkennen (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S.22). Sie kann ihr helfen die Widerstandsressourcen durch Gesundheitserziehung und durch Unterstützung bei der Aktivierung der familiären Ressourcen und der Erkennung von potentiellen Stressoren zu stärken. (WHO, 2000, S.5). Die Gesundheits- und Krankenpflege kann auch durch Beratung die Stärkung des Kohärenzsinnes forcieren (vgl. Engel, 2011, S.72). Weisen pflegende Angehörige ein starkes Kohärenzgefühl auf, können sie beim Auftreten von Belastungsfaktoren, auf die im zweiten Kapitel eingegangen wurde, vorhandene Ressourcen entgegensetzen. Überdies verfügen sie dann über ein Gefühl des Vertrauens, die häusliche Pflegesituation erfolgreich bewältigen zu können.

Arbeitet die Family Nurse hingegen präventiv, so erkennt sie Krankheiten bereits im Frühstadium. Der Schwerpunkt der Maßnahmen liegt dann auf der Beseitigung von Risikofaktoren, deren negative Auswirkungen auf die Gesundheit als wahrscheinlich nachgewiesen wurden. Genauso sollen die Folgen manifester Krankheiten durch frühzeitiges Erkennen vermindert werden. Im Stadium der tertiären Prävention ist die Wiedererreichung von Funktionalität und Lebensqualität nach erfolgter Erkrankung im zentralen Interesse. Rehabilitationsprogramme, aber auch die Unterstützung beim Wiederaufbau der Widerstandsressourcen sind hier wesentliche Maßnahmen (vgl. Hurrelmann & Laaser, 2006, S.753-754; WHO, 2000, S.5).

4.6 EBENEN DER FAMILIENORIENTIERTEN PFLEGE

Hanson definiert Family Health Care Nursing folgendermaßen:

„Family health care nursing is the process of providing for the health care needs of families that are within the scope of nursing practice. This nursing care can be aimed toward the family as context, the family as a whole, the family as a system, or the family as a component of society“
(Hanson, 2005, S.9).

Daraus geht hervor, dass die Familie aus verschiedenen Blickwinkeln beziehungsweise Ebenen betrachtet werden kann. Je nach den Bedürfnissen der Familie, der einzelnen Mitglieder oder der Kompetenzen der Pflegekraft bewegt sich die Pflegeperson nun auf diesen Ebenen und setzt dementsprechende Interventionen (vgl. Kean, 2001, S.48). Unabhängig in welchem Kontext oder auf welcher Ebene man jedoch die Familie betrachtet, Ziel ist immer die Förderung, das Beibehalten und die Wiederherstellung der Gesundheit der Familien (vgl. Hanson, 2005, S.4-9).

Bislang wurden unterschiedliche Herangehensweisen beziehungsweise Zugänge zur Arbeit mit der Familie herausgearbeitet. Welcher Zugang zur Familie gewählt wird, hängt nach Hanson unter anderem vom jeweiligen Pflege setting, von den Umständen in der Familie und von den Fähigkeiten der Pflegeperson ab (vgl. Hanson, 2005, S.11).

Friedemann unterscheidet zum Beispiel drei Ebenen auf denen die familienorientierte Pflege zur Anwendung kommen kann:

- Ebene des Individuums
- Ebene der Pflege der Familie
- Ebene der Miteinbeziehung der Umwelt

Hauptsächlich dient auf der Ebene des Individuums die Familie als Ressource. Sie gibt zum Beispiel dem Betroffenen emotionalen Halt oder leistet Beistand nach Entlassungen. Selbst auf dieser untersten Ebene werden auch die Familienangehörigen durch die Pflegenden betreut. Ziel ist es, einen Pflegeplan für das häusliche Setting zu erstellen, der aufzeigt, wie die Angehörigen eingreifen können, um den Systemerhalt des Betroffenen zu erreichen, aber selbst ihre eigenen Energien nicht abschöpfen müssen. Die Ebene der Pflege der Familie hingegen betrachtet die Familie als soziales System von Pflegeempfängern. Die Pflege zielt auf die Unterstützung gesunder Familienprozesse ab und trägt zur Klärung von Problemen aufgrund der Erkrankung bei. Die Pflege der Familie soll vor allem dann angewandt werden, wenn die Familienmitglieder überfordert sind und weder den Pflegebedürftigen adäquat unterstützen können noch den eigenen Bedürfnissen gerecht werden können. Auf der letzten Ebene der familienbezogenen Pflege nach Friedemann wird die Umwelt des Systems der Familie mit einbezogen. Die Pflege trägt dazu bei, dass nötige Ressourcen von außen zur Verfügung stehen, um die Systemerhaltung zu unterstützen. Als Beispiele dafür seien Sozialämter, Kirchen und Arbeitsplatz genannt (vgl. Friedmann & Köhlen, 2003, S. 57-58).

Auch Hanson unterscheidet vier Zugänge der familienorientierten Pflege (Hanson, 2005, S.11).

- Familie als Kontext
- Familie als Klient
- Familie als Komponente der Gesellschaft
- Familie als System

Die Familie wird auf der untersten Ebene als Kontext der PatientInnen wahrgenommen. Das Hauptaugenmerk der Pflege liegt demnach nach wie vor auf dem/der Patienten/in, die Familie wird als Background wahrgenommen. Vergleichbar mit der Ebene des Individuums nach Friedmann, fungieren die Mitglieder der Familie als Ressourcen oder auch als Stressoren. Betrachtet man die Familie als Klientin, wird sie als Summe der individuellen Familienmitglieder aufgefasst, wobei jedes einzelne Mitglied für sich Teil der pflegerischen Aufmerksamkeit erhält. Genauso kann die Familie als Teil der Gesellschaft wahrgenommen werden. Sie gilt dann als Institution gleichermaßen wie zum Beispiel gesundheitliche, religiöse, wirtschaftliche oder bildungsbezogene Institutionen. Die Familie interagiert mit den Institutionen. Unter dem Leitgedanken „das Ganze ist mehr als die Summe ihrer Teile“ kann die Familie auch als System betrachtet werden. Ziel der Pflegeinterventionen sind hier die Interaktionen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Die einzelnen Personen der Familie als auch die Familie selbst stehen im Zentrum des Interesses (vgl. Hanson, 2005, S.11-13). Im Kapitel 6.3.1 dieser Arbeit wird die Einteilung nach Friedemann herangezogen, um aufzuzeigen, auf welchen Ebenen die Beratung von pflegenden Angehörigen agieren soll.

4.7 ERMITTLUNG DER FAMILIE

Aus dem Konzept des Family Health Nursing folgt, dass die Pflegekraft zunächst - bevor unterstützende Maßnahmen eingeleitet werden - feststellen muss, wen die jeweiligen KlientInnen als seine Familie ansehen:

Bei der Bestimmung der Familie ist zu berücksichtigen, dass die Definition der Zugehörigkeit, wie bereits erläutert wurde, variabel ist. Das kann zum Beispiel bedeuten, dass zwar eine Person eine andere zu ihrer Familie zählt, dies aber nicht auf Gegenseitigkeit beruht. Ein anderes Beispiel für die Variabilität und die subjektive Sichtweise wäre zum Beispiel, wenn eine Ehefrau nur ihre Kinder und ihren Mann als Familie ansieht, letzterer aber auch seinen Bruder und seine Neffen als dazugehörig betrachtet. Aufgrund dieser rein subjektiv vorherrschenden Familienstrukturen ist es für die Pflegefachkraft notwendig zu ermitteln, welche Personen für den Betroffenen eine Rolle spielen und wie wichtig diese für die Familie sind (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S.38).

Wright und Leahey entwickelten das Calgary Familien-Assessment-Modell das als Assessmentinstrument der Familie und als Handlungsrahmen der Problemlösung in der Familie dient. Unterteilt ist das Modell in die drei Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.69-147).

Assessment der Struktur: Im Rahmen des strukturellen Assessments gilt es, die Mitglieder der Familie, die Beziehung zueinander und den Kontext zu klären. Es bieten sich hierfür sowohl das Genogramm als auch das Ökogramm als Hilfsmittel an. Sie vermitteln einen Überblick sowohl über das System der Familie als auch über dessen Interaktion mit anderen Systemen der Umwelt. Das Genogramm stellt anhand eines Familienbaumes Informationen über die Familienmitglieder und deren Beziehungen über in der Regel bis zu drei Generationen dar. Daraus soll hervorgehen, wie die Personen verbunden sind, ob es gesundheitliche bzw. genetische Trends gibt und ob es potentielle Ressourcen innerhalb der Familie gibt. Das Ökogramm wiederum stellt die sowohl als positiv als auch als negativ empfundenen Beziehungen außerhalb des Familienverbundes dar (Wright & Leahey, 2009, 91-98). McGoldrick et al. schlagen zusätzlich ein spezielles „Pflege-Diagramm“ vor, um aufzuzeigen wie die Aufgaben bei einer Betreuung eines Pflegebedürftigen innerhalb der Familie aufteilt sind (McGoldrick et al., 2009, S.165). Die Erstellung die-

ser Übersicht der Familienstrukturen ermöglicht es der Pflegekraft, Zeit mit den Betroffenen zu verbringen und eine gewisse Vertrauensbasis zu schaffen (vgl. Thompson, 2008, S.81-82).

Assessment der Entwicklung: Neben der Ermittlung der Familienstruktur kann auch die Entwicklungsphase, in der sich die Familie befindet, für die Pflegekraft und ihrer Arbeit mit der Familie relevant sein. Allerdings betonen Wright und Leahey, dass es noch kein Universalmodell eines Familienlebenszyklus gibt. Es soll aber ohnehin die individuelle Entwicklungsgeschichte der Familie im Vordergrund stehen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.100-101).

Assessment der Funktion: Bei der dritten Hauptkategorie, dem funktionellen Assessment, steht das Verhalten der Familienmitglieder untereinander im Zentrum des Interesses. Es wird hier zwischen instrumentellen und expressiven Familienfunktionen unterschieden. Mit instrumentellen Funktionen sind die Routineaktivitäten des Familienlebens gemeint. Besondere Beachtung findet diese Art der Funktion bei Krankheit eines Familienmitgliedes, muss doch hier meistens, wie bereits erläutert wurde, der Ablauf der täglichen Aufgaben stark angepasst werden. Die expressive Funktion beinhaltet sowohl alle Aspekte der Kommunikation, die Fähigkeit der Problemlösung, die Rollenverhältnisse, Macht- und Einflussverhältnisse, grundlegende Überzeugungen als auch die Beziehungen einer Familie. Zu bedenken gilt es, dass meist bei expressiven Problemen auch funktionelle Probleme vorliegen (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.130-145).

Die Pflegeperson kann nun anhand der drei Kategorien Entwicklung, Struktur und Funktion eine Beurteilung der Stärken und Probleme vornehmen und entscheiden, ob eine Intervention von Nöten ist (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.146).

4.8 FAMILIENORIENTIERTE INTERVENTIONEN

Beim Setzen von Interventionen gemäß dem Family Nursing Ansatz müssen die Ergebnisse des Familienassessments und somit die Erfahrungen, die Vergangenheit und die Zukunft der Familie, die Gemeinschaft und der kulturelle Zusammenhang der Gruppe und die Beziehungen zwischen den Angehörigen berücksichtigt werden. Genauso muss bedacht werden, dass sowohl die gesunden als auch die kranken Mitglieder Subjekte der Interventionen sind. Unter der Prämisse des Zusammenhanges zwischen der Gesundheit eines einzelnen Mitglieds und der Gesundheit aller, muss die Pflegeperson beachten, dass die Beeinflussung des Systems durch jegliche Änderungen somit auch zu Änderungen unter den Mitgliedern führt. Wesentlich beim Planen und Setzen von Interventionen durch die professionelle Pflegekraft ist die Identifikation der Stärken und Schwächen des Familiensystems, wobei jedoch die Konzentration vor allem auf den Stärken liegen soll (vgl. Hanson, 2005, S.10-11).

4.8.1 Calgary Familien-Interventions-Modell

Einen strukturgebenden Rahmen für Interventionen in der familienbezogenen Pflege liefern Wright und Leahey mit ihrem Calgary Familien-Interventions-Modell. Basierend auf den Erfahrungen der Familie mit der Krankheit und der Kompetenz der formellen Pflege kann in partnerschaftlicher Zusammenarbeit Gesundheitsförderung und der erfolgreiche Umgang mit der Krankheit forciert werden (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.41).

Wurde das Familienassessment abgeschlossen, kann die Pflegekraft nun bei Bedarf der Familie Interventionen anbieten, die auf die Verbesserung oder den Erhalt der Familienfunktion abzielen. Inwiefern die angebotenen Interventionen angenommen werden, hängt von der Beziehung zur Pflegenden ab und der Fähigkeit dieser, die Problemreflexion der Familie zu unterstützen. Als einfachste und gleichsam wirksamste Intervention werden interven-

tionsorientierte Fragen erwähnt. Während mit linearen Fragen Informationen über die Familienprobleme erörtert werden können, dienen zirkuläre Fragen zur Erklärung des Problems und zur Herbeiführung von Veränderungen. Zusätzlich können zum Beispiel Informationen angeboten werden, die Familien ermutigt werden, sich Pausen zu nehmen, Rituale entwickelt werden oder unterstützend bei der Übernahme der Pflege von Familienmitgliedern eingegriffen werden (Wright & Leahey, 2009, S.156-162).

4.8.2 Die Familien-Gesundheitsschwester der WHO

Die WHO (vgl. 2000) entwickelte das Rahmenkonzept „Gesundheit 21“, das das Hauptziel der vollen Ausschöpfung des Gesundheitspotentials der gesamten Bevölkerung durch Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten verfolgt. Als Hauptakteure der Umsetzung der Ziele wurden die HausärztInnen und Familien-Gesundheitsschwester und -pfleger ernannt. Gleichzeitig wurde die Rolle der/des Familien-Gesundheitsschwester/-pflegers und damit verbunden die nötige Ausbildung aufgezeigt.

So definiert die WHO das Aufgabenspektrum der Familiengesundheitsschwester folgendermaßen (WHO, 2000, S.1-2):

“The Family Health Nurse will help individuals and families to cope with illness and chronic disability, or during times of stress, by spending a large part of their time working in patients’ homes and with their families. Such nurses give advice on lifestyle and behavioural risk factors, as well as assisting families with matters concerning health. Through prompt detection, they can ensure that the health problems of families are treated at an early stage. With their knowledge of public health and social issues and other social agencies, they can identify the effects of socioeconomic factors on a family’s health and refer them to the appropriate agency. They can facilitate the early discharge of people from hospital by providing nursing care at home, and they can act as the

lynchpin between the family and the family health physician, substituting for the physician when the identified needs are more relevant to nursing expertise.”

Einen Anlass für familienorientierte Pflege sieht Büscher dann gegeben, wenn die Familie Unterstützung in häuslichen Versorgungsarrangements, Informationen und Beratung benötigt. Aber auch bei einer Übernahme des Case Managements und von versorgungsregulierenden Maßnahmen braucht es Kenntnisse der Familie (vgl. Büscher, 2009, S.61).

4.8.3 Aufgaben der Family Health Nurse

Folgende Tätigkeiten kristallisieren sich demgemäß für die Family Health Nurse heraus: So führt die Pflegekraft *Pflege- und Versorgungstätigkeiten* mit dem Schwerpunkt auf der Familie aus. Durch die Ermittlung der Bedürfnisse und Probleme der Betroffenen kann sie für eine ganzheitliche Betreuung sorgen, die Umwelt an die Bedürfnisse anpassen und die Versorgung kontrollieren. Wichtig ist dabei, dass auch die familiären Gegebenheiten wie der Wohnsituation, den Lebensumständen, dem sozialen und beruflichen Umfeld Berücksichtigung finden, um dementsprechend angepasste Maßnahmen treffen zu können (vgl. WHO, 2000, S.2; Büscher, 2001, S.181; Hanson, 2005, S.14)

Zusätzlich muss die Pflegekraft im Stande sein, der Familie durch *Beratung und Ratschläge* beizustehen (vgl. WHO, 2000, S.2). Nur selten suchen die Betroffenen nach neutralen Informationen, sondern vor allem nach grundlegender Orientierung und Rat für die konkrete Entscheidungsfindung. Die Ratsuchenden sind oftmals überfordert mit den geforderten Entscheidungen und den eigenmächtigen Gestaltungsmöglichkeiten. Ziel der Beratung ist daher die Begleitung durch den gesundheitsbezogenen Entscheidungsprozess (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.856-857).

Genauso nimmt die Pflegeperson eine *Vermittlerrolle* ein. Sie tritt zum einen als Verbindungsglied zwischen der Familie und dem/der Hausarzt/ärztin ein (WHO, 2000, S.2). Andererseits kann sie bei finanziellen oder rechtlichen Problemen oder sogar Streitigkeiten als neutrale und unabhängige Instanz bestehen (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.856-857). Durch die harmonische Zusammenarbeit mit Einzelpersonen und Organisationen können verfügbare Ressourcen erschlossen und gemanagt werden (vgl. Büscher, 2001, S.181; Hanson, 2005, S.14).

Einsatz finden kann die/der Familiengesundheitsschwester/-pfleger neben der bereits erwähnten Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in der Rehabilitation als auch in der Palliativpflege. Wesentlich ist, dass die Familien durch Informationen, Wissensvermittlung und Empowerment Handlungskompetenz erreichen und somit befähigt sind ihre gesundheitsbezogenen Ressourcen und Fähigkeiten selbst einzusetzen und selbstständig Lösungswege zu finden (vgl. WHO, 2000, S.2). Die gesunde Lebensweise soll durch die Zusammenarbeit mit der Pflegekraft gestärkt werden (vgl. Büscher, 2000, S.181).

5 ALLGEMEINE ASPEKTE VON BERATUNG

Nach der Auffassung von Redlich hat Beratung die Funktion einer Brücke. Sie vermittelt zwischen einem Hilfe- und einem Problemsystem. Als Problemsysteme sind hier Individuen, Organisationen oder Gruppen gemeint. Hilfesysteme können Hilfsmittel der Gesellschaft wie Mittel (z.B. Geld, Recht, Arbeit), soziale Integration (z. B. Förderung, Betreuung, Pflege), Gesundheit (z. B. Medizin) und Bildung (z.B. Wissensvermittlung, Kompetenztraining) sein. Andererseits können im Problemsystem selbst Hilfesysteme in Form von Ressourcen und Potentialen vorhanden sein. Um in dieser Funktion der Brücke tätig sein zu können, bedarf es der Kenntnisse über diese beiden Systeme. Auch eine gewisse Verständigungskompetenz ist von Nöten, um die beiden Systeme zu begleiten und aufeinander abzustimmen (vgl. Redlich, 1997, S.152).

Der Bedarf nach einer professionellen Beratung setzt dann ein, wenn die eigene Kompetenz und/oder das informelle Hilfenetz eines Ratsuchenden nicht mehr für die Bewältigung oder Lösung einer krisenhaften Situation ausreichen (vgl. Koch-Straube, 2001, S.64). Beratung will daher *„die Förderung und (Wieder-)Herstellung der Bewältigungskompetenzen der KlientInnen selbst, und ihrer sozialen Umwelt, ohne ihnen die eigentliche Problemlösung abnehmen zu wollen“* fokussieren (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.14). Anhand des zwischenmenschlichen Prozesses der Beratung soll mit kommunikativen Mitteln der/die Ratsuchende mehr Wissen, Orientierung und somit mehr Lösungskompetenz gewinnen. Diese Lösungskompetenz ermöglicht es dem/der Klienten/in (oder auch dem KlientInnensystem), selbstständig die Probleme bearbeiten zu können (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.13). Ziel der Beratung ist somit die Vermeidung, Verminderung oder Reduzierung von Schwierigkeiten. Gerade im Bereich der Beratung von pflegenden Angehörigen können Grundprobleme – wie eben der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen – nicht gelöst werden. Dementsprechend kann die

Beratung den Zweck haben mit den Folgen eines Problems besser umgehen zu können (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.13).

Man kann der Beratung somit drei Rollenbestandteile zuschreiben:

- *präventive Rolle*: Problemursachen und Probleme sollen antizipiert, umgebar gemacht oder vorgebeugt werden.
- *entwickelnde/wachstumsfördernde Rolle*: Beratung bietet derart Unterstützung, dass Individuen größtmöglichen Nutzen aus ihren eigenen Ressourcen, Potentialen und Kräften ziehen. Die Ressourcen sollten genutzt, gesichert und gegebenenfalls sogar erweitert werden.
- *kurative/heilende Rolle*: Hauptziele liegen hier darin, bestehende Probleme zu beseitigen oder zu bewältigen, das Kurieren von Verletzungen und die Kompensation von Defiziten (vgl. Nestmann, 1997, S.173-174).

5.1 BERATUNGSDEFINITIONEN UNTERSCHIEDLICHER DISZIPLINEN

Ziel dieses Kapitels ist es, die zentralen Begriffe wie psychologisches, soziales, psychosoziales und pädagogisches Beraten zu erklären. Die Darstellung des Beratungsbegriffes aus der Sicht ihrer wissenschaftlichen Bezugsdisziplin soll die unterschiedlichen Beratungspositionen widerspiegeln (vgl. Engel, 2011, S.12).

5.1.1 Psychologisches Beraten

Lange Zeit galt in der Psychologie die Beratung als Behandlung von Verhaltensproblemen oder psychischen Störungen. Aufwändige Diagnosestellung ging der Beratung, die der Beeinflussung der Störung diene, voran. Ein weiterer Einsatzbereich wurde in der Berufsberatung mit Information über Fähigkeiten und Eigenschaften der KlientInnen gesehen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.15-16). Im deutschsprachigen Raum hat sich vorerst die

gerade erwähnte Berufs- als auch die Erziehungsberatung etabliert (vgl. Engel, 2006, S.10).

In den USA hat sich indessen die „*Counseling Psychology*“ als eigenständige Beratungsidentität entwickelt und vom diagnosegeleiteten Störungsbehandlungsprozess und/oder der Eignungsprognose Abstand genommen. Nach der Auffassung der *Counseling Psychology* soll die Beratung „...*Individuen helfen, Hindernisse ihres persönlichen Wachstums zu überwinden, wo immer sie erfahren werden, und zu einer optimalen Entwicklung persönlicher Ressourcen zu verhelfen.*“ (American Psychological Association 1995, übers. von und zit. nach Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.16).

Charakteristika der *Counseling Psychology*

- Die Stärken, Ressourcen und Potentiale der Ratsuchenden und der sozialen Umwelt sollen gestärkt werden. Die Betonung liegt somit auf den positiven Anteilen von psychischer Gesundheit.
- Zentral ist auch die Konzentration auf die Interaktion von Person und Umwelt. Diese beiden Systeme sind wechselseitigen Einflüssen ausgesetzt, die es zu berücksichtigen gilt.
- Im Mittelpunkt stehen Menschen mit psychosozialen oder allgemeinen Problemen, die aufgrund kritischer Lebensereignisse eintreten. Es darf somit keine psychotische Störung vorliegen.
- Relativ kurze Interventionszeiträume sind ebenfalls Merkmale der *Counseling Psychology*. Kurze Beratungssequenzen sollen auf die Probleme und deren Lösung abzielen.
- Beratung bezieht sich auf den Lebenskontext und legt daher ihren Schwerpunkt auf Erziehung, Bildung und Beruf des Menschen (vgl. Nestmann, 1997, S. 174-176).

5.1.2 Soziales Beraten

Beim sozialen Beraten kann man auch von lebensweltorientierter Beratung sprechen, da sie sich auf den Alltag, in dem Menschen leben, bezieht (vgl. Thiersch, 1997, S.100). Somit sind materielle Probleme als auch Schwierigkeiten mit der sozialen Umwelt wie Familie, Verwandtschaft, berufliches oder schulisches Umfeld oder Freundeskreis Hauptaugenmerk der beraterischen Hilfen. Die grundlegende Methode ist die des „Caseworks“ (vgl. Engel, 2006, S.12-13).

5.1.3 Pädagogisches Beraten

Zentrale Beratungsanlässe sind hier die Problemsituationen des pädagogischen Alltags, die die SchülerInnen, die LehrerInnen oder die Organisation betreffen. Während der pädagogischen Interaktion werden oftmals Probleme ersichtlich, die zu einer Beratungsinteraktion führen. Typische Beispiele hierfür wären unter anderem Lern- oder Verhaltensschwierigkeiten von SchülerInnen. Bedeutsam ist, dass die offene Kommunikation und nicht das Belehren im Vordergrund steht. Durch das Gespräch soll es ermöglicht werden, das Besprochene objektiv zu betrachten. Rationales Verhalten soll dadurch ermöglicht werden (vgl. Engel, 2006, S.14; Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.18-19).

5.1.4 Psychosoziales Beraten

Bei der psychosozialen Beratung ist der Ausgangspunkt meist eine Diskrepanz zwischen der von außen an die Person herangetragenen gesellschaftlichen Anforderungen und den subjektiven Bedürfnissen, Interessen und Zielen. Die gesellschaftlichen Ansprüche, Normen und Werte werden demnach in Verbindung mit persönlichen Bedürfnissen, Motivationslagen und Handlungsweisen betrachtet. Probleme entstehen dann, wenn diese Anforderungen die vorhandenen Ressourcen eines Individuums, einer Familie oder ei-

ner Gruppe übersteigen. Beratungsbedarf entsteht (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.19-21).

Psychosoziale Beratung setzt einerseits an der psychosozialen Reflexivität andererseits an den Ressourcen an: Diese Ressourcen können persönliche Fähigkeiten wie dem Selbstvertrauen in eigenes Handeln, aber auch Umweltressourcen wie die Unterstützung von Angehörigen oder materielle Unterstützung sein (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.21). Ressourcenfindung, -nutzung und –sicherung, und nicht die Diagnose von Defiziten, sind Hauptbestandteile der psychosozialen Beratung (vgl. Engel, 2006, S.13).

Neben dieser Ressourcenorientierung soll auch psychosoziale Reflexivität erreicht werden. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, die gesellschaftlichen Anforderungen von den eigenen Bedürfnissen und Motiven abzugrenzen. Dies soll mit Hilfe der Kommunikation sowie durch die Förderung des Wissens und der Kompetenzen durch den/die BeraterIn erreicht werden. Bereits durch das Sprechen über Belastungen wird eine gewisse emotionale Entlastung im Beratungsprozess erreicht. Genauso wie die psychosoziale Reflexivität soll auch die Handlungsfertigkeit, die belastungsvermindernde Handlungspraxis ermöglicht, gefördert werden (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.20).

5.2 DIE SYSTEMTHEORIE

Die Systemtheorie beeinflusst sämtliche familienorientierte Konzepte (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.47). Dementsprechend beinhaltet sie grundlegende Aspekte, die sowohl auf die Familiengesundheitspflege als auch auf das familienorientierte Beraten Einfluss nehmen und ist daher sehr wesentlich für diese Arbeit. Die grundlegenden Annahmen der Systemtheorie stützen auf den Konzepten des Konstruktivismus, der Kybernetik und der Zirkularität: Das Prinzip der Kybernetik, das sich ursprünglich nur auf technische Regelkreise bezog, zeigt auf, dass die Elemente derart zusammenwirken, dass Veränderungen eines Elements immer zu gegenregulatorischen Verände-

rungen eines anderen Elements führen, welches wiederum das erste Element beeinflusst. Eine Homöostase, das Gleichgewicht innerhalb des Systems, kann erreicht werden (vgl. Bamberger, 2010, S.15-16). Demnach besitzen die Systeme grundsätzlich die Fähigkeit zur Selbstregulation (vgl. Wright & Leahey, 2010, S.53). Die Zirkularität als weiteres grundlegendes Konzept beinhaltet ähnliche Überlegungen wie die Kybernetik, bezieht sich jedoch vor allem auf das soziale System der Betroffenen. Jedes Verhalten eines Einzelnen hat Auswirkungen auf Verhaltensweisen anderer, welche wiederum die Ursachen eines Verhaltens darstellen: *„Die Verhaltensweisen des Einzelnen sind immer durch die Verhaltensweisen der anderen (mit-)bedingt und bedingen diese gleichzeitig.“* (Bamberger, 2010, S.17). Das dritte Konzept, der Konstruktivismus, bezieht sich darauf, dass sich jeder die Realität selbst konstruiert und infolgedessen anders wahrnimmt. Nichtsdestotrotz bestehen Konsensrealitäten und somit eine ähnliche Sicht der Dinge unter den Menschen, wodurch erfolgreiche Kommunikation und Interaktion ermöglicht wird. Probleme entstehen dann, wenn unterschiedliche Realitätsannahmen bestehen und jede/r den Anspruch erhebt, die Welt in ihrer Wirklichkeit zu erkennen (vgl. Bamberger, 2010, S.18-20).

Nach Bamberger bedeutet systemisches Beraten, den Blick nicht nur auf das Problem der betreffenden Person zu richten, sondern immer auch den Kontext wie den sozialen Beziehungen, den kommunikativen Wechselbeziehungen und der Lebenswelt zu berücksichtigen (vgl. Bamberger, 2010, S.14). Probleme entstehen dieser Theorie zufolge nicht aufgrund einfacher Ursache-Wirkungs-Prinzipien sondern aufgrund Wechselwirkungen innerhalb dieses Systems (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.179).

5.2.1 Systemische Familienberatung

Wright und Leahey gehen von folgenden Annahmen zur systemtheoretischen Arbeit mit der Familie aus (vgl. Wright & Leahey, 2009, 48-52):

Das Familiensystem und die umgebenden Systeme: Das System der Familie setzt sich aus vielen Subsystemen wie zum Beispiel den Geschwistern oder den Ehepartnern zusammen. Diese Subsysteme bestehen wiederum aus Individuen, die ebenfalls ein System darstellen und organische (z.B. kardiovaskuläres System) und psychologische Subsysteme (z. B. affektives System) aufweisen. Das Familiensystem wiederum ist in ein größeres Suprasystem (z.B. Organisation, Nachbarschaft) eingebettet

Familiensystem - Größer als die Summe seiner Teile: Berücksichtigung muss auch der Grundsatz der Systemtheorie finden, dass das Ganze mehr als Summe seiner Teile ist. Familienmitglieder müssen demnach immer in ihrem Kontext des Familiensystems wahrgenommen werden. Somit reicht es nicht, einzeln mit den Mitgliedern zu sprechen. Rückschlüsse auf das gesamte System der Familie, auf deren Interaktionen und Funktionen, können nicht gezogen werden. Die Arbeit mit der gesamten Familie ist daher erforderlich.

Änderungen im Familiensystem: Eine Änderung eines Familienmitgliedes wirkt sich immer auch auf die restlichen Mitglieder aus. Demzufolge muss berücksichtigt werden, dass sich Interventionen ebenfalls auf die Familienmitglieder auswirken.

Balance von Veränderung und Stabilität: Veränderungen des Familiensystems können zu einem neuen Gleichgewicht führen, wenn die erfahrenen Veränderungen eine Balance mit einer gewissen Stabilität im System halten.

Zirkuläre Kausalität: Jedes Verhalten eines Individuum (A) beeinflusst das Verhalten anderer Mitglieder des Systems (B), wobei dieses wiederum auf das Verhalten der Person A abfärbt ($A \rightarrow B \rightarrow A$).

Die Familie steht normalerweise über Austauschprozesse mit der Umwelt in einem Gleichgewicht. Dieses Gleichgewicht kann nun durch innere oder äußere Änderungen gestört werden, das System der Familie gerät in Gefahr (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.183-184). Büschges-Abel versteht unter der systemischen Beratungstheorie eine Möglichkeit, die psychischen, somatischen und sozialen Vorgänge innerhalb eines Familiensystems, das durch chronische Krankheit oder Behinderung belastet wird, besser zu verstehen und dementsprechende Interventionen zu entwickeln. Somit ist die Beratung vor allem auf das familiäre Unterstützungssystem gerichtet. Der Familienbegriff ist ähnlich wie im Family Health Ansatz weit gefasst. Der wichtigste Aspekt ist auch hier die emotionale Zusammengehörigkeit und somit die rein subjektive Auffassung von Familienmitgliedern (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.7,60-61).

Büschges-Abel beschreibt die drei Prinzipien des systemischen Beratens von Familien folgendermaßen:

- Nach dem *KundInnenprinzip* sollen die KlientInnen selbst entscheiden, wer am Beratungsprozess teilnimmt. Diejenigen dienen als Hilfe bei der Problemerkörterung oder tragen zum Problemfindungsprozess bei.
- Um dem *Partizipationsprinzip* gerecht zu werden, muss der/die BeraterIn gemeinsam mit den Familienmitgliedern die weiteren Maßnahmen und Wege aushandeln.
- Im Sinne des *Kooperationsprinzips* sollen die Parteien gemeinsam am Lösungsprozess arbeiten. Vor allem durch Informationsaustausch über zum Beispiel frühere Problemlösungsversuche können Ressourcen wie Sachkompetenz, Zeit und Geld gespart werden (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.63-64).

5.3 BEGRIFFSABGRENZUNG

5.3.1 Formalisierungsgrade: professionelles vs. alltägliches Handeln

Sickendiek, Engel und Nestmann unterscheiden drei Formalisierungsgrade von Beratung:

- die informelle tägliche Beratung,
- die halbformalisierte Beratung und
- die formale Beratung (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.21-23).

Die *informelle tägliche Beratung* findet großteils zwischen Angehörigen, FreundInnen, Bekannten, ArbeitskollegInnen etc. in Form von Alltagsgesprächen statt. Sie zielt auf den Austausch von Erfahrungen, von nützlichen Informationen und von Ratschlägen ab und geschieht ungeplant aus der Situation heraus (vgl. Koch-Straube, 2001, S.67). Wesentliche Differenz zur professionellen Beratung ist die fehlende Rollenvorgabe von BeraterIn und Ratsuchenden. Auch erfolgt professionelle Beratung meist in konstanten Beratungssituationen, während die Alltagskommunikation im wechselnden Kontext des Alltags stattfindet (vgl. Großmaß, 1997, S.132). Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „natürlicher Hilfe“ oder von „sozialer Unterstützung“, die außerhalb von beruflichen Zuständigkeiten in einem informellen Netzwerk stattfindet. Über diese informellen Beziehungen wird ein Großteil der zu bewältigenden Probleme gelöst (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.21).

Wenden sich die Ratsuchenden an professionelle Kräfte, kann dies auf zwei Wegen passieren: Einerseits können Professionen angesprochen werden, die keine ausgewiesene Beratungskompetenz erworben haben, zu deren Tätigkeitsprofil aber die Beratung zählt und die über ExpertInnenwissen verfügen. Andererseits kann man sich an ausgewiesene Beratungseinrichtungen wenden. Hier verfügt das Personal sowohl über inhaltliche als auch über

methodische Beratungskompetenz (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.22).

Die *halbformalisierte Beratung* hingegen wird im Laufe einer professionellen Tätigkeit zum Beispiel im Rahmen von sozialpädagogischen, psychosozialen, sozialen, psychologischen, medizinischen oder juristischen Berufen ausgeübt und nimmt einen genuinen Anteil ein (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.23).

Der dritte Formalisierungsgrad ist jener der *stark formalisierten Beratung*. Diese wird von ausgewiesenen professionellen BeraterInnen in Beratungsstellen, Beratungsdiensten, Sprechstunden etc. ausgeführt. Bei der formellen Beratung weisen die professionellen Ratgeber spezielle Beratungskompetenzen auf und führen diese in definierten Beratungsstellen aus. Man kann somit von methodischem als auch fachlich spezialisiertem Wissen ausgehen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.23).

5.3.2 Beratung – Therapie - Erziehung

Im Alltagssprachgebrauch werden Beratung und Therapie oft als Synonyme verwendet. Eine Abgrenzung nur aufgrund des Arbeitsinhaltes alleine ist schwer zu vollziehen, benutzt doch die Beratung Kommunikationsformen und Settings, die in der Psychotherapie ebenfalls vielfach Anwendung finden. Während die Therapie jedoch bei Personen mit diagnostizierter Beeinträchtigung mit Krankheitswert Anwendung findet, wird Beratung mit „gesunden“ Persönlichkeiten ausgeübt, um bei der Bewältigung oder Überwindung von Problemen zu unterstützen und eine Kompetenzförderung zu erreichen (vgl. Bamberger, 2010, S.49-50). Beratung ist somit die Begleitung in Krisen von einer professionellen Kraft (vgl. Koch-Straube, 2001, S.70). Erst wenn vertiefende therapeutische Hilfe notwendig ist, soll Beratung durch Therapie ersetzt werden. Hier ist der Therapeut auf gewisse Themenfelder spezialisiert (vgl. Engel, 2006, S.32).

Im Gegensatz dazu zielt die Gesundheitserziehung darauf ab, ein Verhalten derart zu ändern, dass es an gewisse Krankheitserfordernisse angepasst ist. Erziehung ist somit ein intentionales Einwirken auf Menschen, orientiert an den Werten und Erfordernissen der Gesellschaft oder der Institution. Persönlichkeit, die individuelle Lebenslage und materielle Bedingungen werden meist nicht berücksichtigt (vgl. Koch-Straube, 2001, S.67).

5.4 AUSGEWÄHLTE BERATUNGSANSÄTZE

In diesem Teil der Arbeit werden ausgewählte Beratungsansätze dargestellt, die für die Beratung von pflegenden Angehörigen als wesentlich erscheinen. Einblicke werden daher in den ressourcenorientierten, den lösungsorientierten, den lebenswelt- und alltagsorientierten Ansatz und in die Grundsätze der Familienberatung in der Gemeinwesenarbeit gewährt.

5.4.1 Ressourcenorientierter Beratungsansatz

Wesentlich in der Ressourcenorientierung ist die Grundannahme, dass *„unsere Lebensführung, unsere Alltagsgestaltung, unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit, unsere Erfolge und Misserfolge in der Bewältigung von Anforderungen, Problemen und Krisen“* (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.212) von unseren Ressourcen abhängig ist. Stress entsteht dann, wenn ein Ressourcenverlust befürchtet wird, wenn dieser bereits eingetreten ist oder wenn trotz Ressourceneinsatz keine zusätzlichen Ressourcen hinzugewonnen werden können (vgl. Hobfoll, 2001, S.341-342).

Ressourcenorientiertere Beratung bedient sich der Ansatzpunkte Ressourcenorientierung, Ressourcendiagnostik, Ressourcensicherung und Ressourcenpassung (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.212-217):

Ressourcenorientierung: Die ressourcenorientierte Beratung stellt einen Ausgleich zur vorherrschenden Defizitorientierung dar. Beratung soll diesem

Konzept entsprechend stattfinden, wenn Menschen Unterstützung brauchen, weil sie Ressourcen erweitern oder nutzen wollen, weil sie unsicher bezüglich der Nutzung derer sind, weil sie vor einem Verlust Angst haben oder weil Ressourcen bereits verloren gegangen sind.

Ressourcendiagnostik: Die Beratenden sind gefordert eine erhöhte Ressourcensensibilität aufzuweisen, um je nach Bedarf die Ressourcen der Ratsuchenden oder deren Umwelt zu identifizieren, aufzubauen, zu stärken oder zu sichern.

Ressourcensicherung: Hobfoll spricht im Rahmen der Theorie der Ressourcenerhaltung von einer Gewinn- und Verlustspirale: Um neue Ressourcen zu gewinnen oder um einen Ressourcenverlust zu verhindern, bedarf es eines Ressourceneinsatzes. Demzufolge können jene Personen, die über viele Ressourcen verfügen, relativ einfach mehr hinzugewinnen. Dahingegen können Menschen mit wenig vorhandenen Ressourcen schneller einen Verlust erleiden, dem wiederum schnell weitere folgen. Ressourcenerhalt ist daher die oberste Prämisse (vgl. Hobfoll, 2001, S.349-356). Die noch vorhandenen Ressourcen reichen dann oft nur für den Alltagsstress aus und sind bei Problemen und Krisen schnell überfordert. Bei ressourcenarmen Ratsuchenden versucht man daher primär einen Verlust zu vermeiden, da hier oft eine Gefährdung der Existenz gegeben ist. Erst wenn dies gelungen ist, kann ein Ressourcengewinn angestrebt werden. Auch ist zu beachten, dass je weniger Ressourcen vorhanden sind desto mehr ist der Ressourceninput durch die Beratung notwendig.

Ressourcenpassung: Des Weiteren sollte der/die BeraterIn durch beständige Anleitung oder Begleitung die Ressourcen optimal anpassen und abstimmen, da nicht jede Ressource auf jedes Problem passt.

5.4.2 Lebenswelt- und alltagsorientierter Beratungsansatz

Wurde bereits in einem vorhergehenden Kapitel der erforderliche Bezug der Pflege zur Lebenswelt diskutiert, findet man im pädagogischen lebensweltorientierten Beratungsansatz wiederholt die Forderung die Familie mit einzubeziehen. Verdeutlicht wird der notwendige Bezug zur Familie im lebensweltlich orientierten Beratungsansatz durch Büschges-Abel:

„Wenn wir das Lebensweltprinzip zu Ende denken, müssen wir unsere Angebote in den Lebenswelten unserer Familien verorten, und das heißt im Grunde nichts anderes als Beratungspädagogik als Unterstützungshilfe für Familien mit behinderten oder chronischen erkrankten Angehörigen als präventive, regionalisierte, aufsuchende, integrative und partizipative Aufgabe zu definieren.“ (Büschges-Abel, 2000, S.73)

Der Alltag der Familie und die Organisation von unterstützenden Ressourcen sind sozusagen im Mittelpunkt der lebensweltorientierten Beratung.

Thiersch stellt, wie bereits erwähnt wurde, eine zunehmende Brüchigkeit bislang tradierter Alltagsmuster fest. Dies führe zu einer gewissen Ratlosigkeit und Desorientierung im Alltag (vgl. Thiersch, 2009, S.47). Lösen sich die Lebenswelten und deren Bezug zu ihr auf, löst sich gleichsam auch das Hilfenetz des Systems auf. Somit muss die Beratung unterstützend am Erhalt, Wiederaufbau oder an der Neugewinnung der Selbsthilfestrukturen wirken (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.72). Da Alltagshandeln nicht mehr selbstverständlich ist, muss es immer wieder neu ausgehandelt werden. Lebensweltorientierte Arbeit bietet daher hier Orientierung und Unterstützung (vgl. Thiersch, 2009, S.44-47). Soll das Alltagsprinzip gelingen, muss als methodischer Kern der Beratung Beziehungsarbeit stehen. Somit muss der/die BeraterIn über personale Kompetenzen verfügen (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.74).

Die alltagsnahe Beratung soll nach Sickendiek, Engel und Nestmann durch einfache Erreichbarkeit des Beratungsangebotes gekennzeichnet sein. Durch räumliche Lebensweltnähe können anfängliche Schwellenängste vermieden

werden (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.173). Büschges-Abel fordert darüber hinaus bei Miteinbeziehung der Familie ein Wirken der Beratung am Ort des Geschehens (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.73). Genauso zentral wie die Erreichbarkeit sind auch der Freiwilligkeits- und Partizipationsaspekt, unter dem die Beratung erfolgen soll. Aufgrund der Komplexität der Alltagsprobleme stehen die BeraterInnen oftmals vor der unmöglichen Aufgabe einerseits als GeneralistInnen in unterschiedlichsten Alltagsproblemen Lösungen erarbeiten zu können. Andererseits soll eine Fragmentierung in unterschiedliche professionelle Zuständigkeiten je nach vorliegendem Problem vermieden werden. Da sich der Beratungsinhalt um einen sehr persönlichen Bereich dreht und die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen fokussiert wird, ist die Akzeptanz von alltagsorientierter Beratung oftmals eher gering. Niedrigschwellige Organisation und dadurch verminderte Berührungängste sollen dem entgegenwirken (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.173-174).

5.4.3 Lösungsorientierter Beratungsansatz

Ein weiterer Beratungsansatz ist jener der Lösungsorientierung. Hier werden durch den/die BeraterIn nicht die Probleme angesprochen, sondern das Gespräch wird auf die Lösungsfindung gelenkt (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.84). Dies basiert auf der Ansicht, dass nicht ein bestimmter Sachverhalt ein Problem darstellt, sondern erst die subjektive Auslegung diesen als Problem titulieren. Zur Lösung ist daher nicht die Rekonstruktion der Problemlagen wichtig, sondern die Ausrichtung auf die Zukunft und auf die bestehenden Ressourcen und Kompetenzen (vgl. Bamberg, 2010, S.29-27). Die Maxime lautet daher: *„Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren!“* (Bamberger, 2010, S.38) Die Problemzusammenhänge der KlientInnen werden daher in diesem Ansatz nur kurz behandelt, vorrangig soll dem Ziel der Problemlösung die Zeit gewidmet werden. Nach DeShazer (1988), der als Gründer des lösungsorientierten Beratungsansatzes gilt, kann durch diese Fokussierung auf die Lösung des Problems ein rascher Erfolg erzielt

werden. Man kann somit in dem Beratungsansatz der Lösungsorientierung Prinzipien des Konstruktivismus und des systematischen Ansatzes wiederfinden (vgl. Sickendieck, Engel & Nestmann, 2008, S.85).

Auf Basis der Ressourcen und Kompetenzen der Ratsuchenden sollen sich die Lösungswege entwickeln. Nach Bamberger stellen Ressourcen die Gegenpole von Problemen dar, da sie eine Bedürfnisbefriedigung und Zielerreichung ermöglichen. Dementsprechend müssen bei auftretenden Problemen die Ressourcen entdeckt und nutzbar gemacht werden, wodurch ein lösungsdienliches Verhalten erzielt werden kann. Beratung zielt daher darauf ab, bisher „versteckte“ Möglichkeiten und Fähigkeiten zu aktivieren. Als wesentliches Ziel kann nach Bamberger somit die Förderung des Bewusstseins für die eigene Selbstwirksamkeit gesetzt werden (vgl. Bamberger, 2010, S.44-45, 51). Wie wesentlich eine erhöhte Selbstwirksamkeitserfahrung für das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen ist, wurde bereits im Kapitel 2.8 festgestellt.

Prinzipien des lösungsorientierten Beratens

Lösungsorientierung: Der „Problemraum“ wird nur kurz angeschnitten, der Fokus der Beratung liegt auf den Lösungsmöglichkeiten, die gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitet werden.

Utilisation: Da die Ratsuchenden als ExpertInnen für ihren Lebenskontext gelten, verfügen sie selbst auch über die Ressourcen, die der Problemlösung förderlich sein können und die daher genutzt werden müssen.

Konstruktivität: Dieses Prinzip berücksichtigt, dass die Realität und somit auch das Problem durch die Ratsuchenden konstruiert werden. Wobei jedoch Sickendieck, Engel und Nestmann betonen, dass manche Probleme nicht reine Wahrnehmungskonstrukte sondern Fakt sind.

Veränderung: Jede Lösung bedarf einer Veränderung von zum Beispiel Verhaltensmustern, Gefühlen oder Wahrnehmungen. Schon erste Schritte in Richtung Veränderung führen zu neuen Situationen und Erfahrungen.

Durch die Veränderungserfahrung, die dem Beratungsprozess von Nutzen sind, können alte Selbstbilder und Sichtweisen abgelegt werden.

Minimalintervention: BeraterInnen greifen diesem Prinzip zu Folge nur so wenig wie möglich ein. Sie versuchen durch Initialanstöße Veränderungen der KlientInnen zu erreichen. Schon kleine Veränderungen können zu einer Problemlösung führen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.85-87).

5.4.4 Familienberatung in der Gemeinwesenarbeit

Beratung in der Familie ist meist bedingt durch Belastungen, die aufgrund räumlicher Faktoren, aufgrund Anforderungen von Institutionen oder aufgrund kritischer Lebensereignisse wie der Krankheit eines Mitgliedes entstehen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.202).

Demzufolge bezieht sich Familienberatung auf:

Entlastungsmöglichkeiten: Wesentlich ist es, mögliche Entlastungen im Alltag aufzuzeigen. Neben der Tatsache, dass einfache Gespräche bereits einen psychischen Entlastungseffekt mit sich bringen, geht es auch um konkrete Hilfen.

Problemdefinition der Betroffenen: Die Sichtweise der Probleme der betroffenen Familie muss Ausgangspunkt sein angebrachte Hilfe zu bieten.

Kompetenzorientiertes Arbeiten: Darüber hinaus gilt es zu beachten, dass Familien meist erst Hilfe suchen, wenn die eigenen Strategien der Problembewältigung nicht mehr greifen. Somit verfügt die Familie bereits über eigene „Überlebensstrategien“. Die Beratung muss diese vorab vorhandenen Selbsthilfeansätzen, auch wenn sie nicht erfolgreich waren, anerkennen und daran anknüpfen.

Netzwerkförderung: Beratung muss bestehende soziale Netzwerke fördern oder bei einem Fehlen einen Aufbau unterstützen.

Differenzierung der Ziele: Institutionelle Vorgaben, die Ziele und Vorstellungen der BeraterInnen und der Ratsuchenden können sich widersprechen. Eventuelle Gegensätze müssen erkannt, aber toleriert werden (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2002, S.202-203).

5.5 SOZIALE KONSTELLATION VON BERATUNG

5.5.1 Einzelberatung

Die Einzelberatung stellt die klassische, kleinstmögliche Konstellation der Beratung dar. Sie geschieht in einer dyadischen Kommunikation zwischen dem/der BeraterIn und dem/der Ratsuchenden. *„Im Mittelpunkt stehen die individuellen und subjektiven Problemerkahrungen, die individuell erlebten sozialen (und materiellen, rechtlichen, kulturellen etc.) Rahmenbedingungen der jeweiligen Problemlage sowie der Prozess der Orientierung, Entscheidung, Planung und Handlung“* (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.95). Die individuelle Problemperspektive und individuelle Lebenssituation stehen somit im Mittelpunkt. Weitere Personen werden nur dann hinzugezogen, wenn sie zum Beispiel bei der Bewältigung der Probleme unterstützend oder auch behindernd wirken oder wenn sie unmittelbar an der Problemverursachung beteiligt sind (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.95).

5.5.2 Gruppenberatung

In einer Beratungsgruppe setzen sich Personen über einen bestimmten Zeitraum mit einer gewissen Thematik gemeinsam auseinander. *„Beratende Arbeit mit Gruppen macht sich Kommunikationsprozesse, Handlungsweisen, Einstellungen, Kenntnisse und Erfahrungen der teilnehmenden Individuen untereinander zunutze“* (Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.103). Somit können durch entstehende Synergieeffekte viele Probleme besser gelöst werden als bei Einzelberatungen. Auch wenn zeitweise die individuelle Situa-

tion der Einzelpersonen einer Gruppe im Vordergrund steht, erfolgt die Problemlerarbeitung meist auf einer allgemeineren Ebene (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.103-104).

Kennzeichen einer Gruppenberatung sind unter anderem,

- dass durch Erfahrungsberichte anderer TeilnehmerInnen eigenes Belastungserleben besser angenommen werden kann,
- dass tabuisierte oder unangenehme Themen in vertrauten Gruppen leichter angesprochen werden können,
- dass eine gemeinsame Verständigungsbasis vorhanden ist,
- dass Strategien und Problemlösungsversuche gemeinsam diskutiert und reflektiert werden können und
- dass Beziehungen unter den TeilnehmerInnen entstehen können, die den gemeinsamen Beratungsprozess überdauern (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.105).

5.5.3 Familienberatung

Eine weitere soziale Konstellation stellt die Familienberatung dar. Sie kann die Beratung von kompletten Familien, von Paaren, von Eltern mit Kind(ern) oder von Jugendlichen und Kindern unter Einbeziehung der Familie beinhalten. Die Beratungsthematik ergibt sich aus Problemen, die von der gesamten Familie oder ihrer Subsysteme genannt werden, aber auch jene Probleme, die vermeintlich nur ein einzelnes Mitglied der Familie betreffen. Familienberatung kann in unterschiedlichsten psychosozialen und pädagogischen Beratungsfeldern gefragt sein. In manchen Situationen muss man jedoch davon ausgehen, dass nicht alle Familienmitglieder bereitwillig teilnehmen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.100-102).

6 BERATUNG VON PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

6.1 BERATUNG IN DER PFLEGE

Norwood definiert Beratung in der Pflege folgendermaßen:

„Die Pflegeberatung ist somit die Zusammenarbeit mit Einzelpersonen oder Gruppen, um diesen bei der Lösung tatsächlich existierender oder potenzieller Probleme zu helfen, die entweder den Gesundheitszustand von Kunden oder die Gesundheitsversorgung zum Inhalt haben“
(Norwood, 2002, S.41).

Grundsätzlich kann Pflegeberatung als kommunikativer Prozess verstanden werden, den Pflegende, die eine praktische, lehrende oder verwaltende Tätigkeit ausüben, mit dem Ziel der Verbesserung des Wohlbefindens der PatientInnen ausführen (vgl. Noorwod, 2002, S.41). Pflegeberatung kann nun pathogen-orientiert und salutogen-orientiert arbeiten. Demnach stehen entweder pflegerelevante Reaktionen auf Krankheiten oder die Erhaltung von Gesundheit im Vordergrund, wobei letztendlich immer die Selbstbestimmtheit bezüglich der eigenen Gesundheit erreicht werden kann (vgl. Engel, 2011, S.38).

Engel betont, dass vor allem die Gesundheitsberatung nicht nur ein Bestandteil während einer Pflegehandlung sein soll. Es bedarf einer eigenständigen, klar definierten Beratungsleistung. Sie soll demnach nicht einfach nur nebenbei ablaufen, sondern es soll eine konkrete professionelle Beratungssituation mit dem/der Patienten/Patientin angestrebt werden (vgl. Engel, 2011, S.38). Auch Koch-Straube weist darauf hin, dass Beratung ein wichtiger Bestandteil der Pflege sein sollte. Jedoch nicht selten wird diese Aufgabe auf andere Berufsgruppen wie zum Beispiel der Sozialpädagogen oder Psychologen abgeschoben (vgl. Koch-Straube, 2001, S.72).

Beratung findet in der Pflege oft nebenbei statt. Durch den direkten Kontakt zu den PatientInnen durch praktische Hilfeleistungen wird der Weg auch zur Unterstützung auf dem psychosozialen Bereich geebnet. So entstehen während des Pflegealltags oft Beratungssituationen, da sich PatientInnen oftmals aufgrund ihrer Krankheit in Problemsituationen befinden. Die Bewältigung der Krankheit, Zukunftsängste etc. können von den PatientInnen angesprochen werden. Die Beratung durch die Pflegenden in derlei Hinsicht passiert dann eher intuitiv unter dem Einsatz von allgemeinen menschlichen Fähigkeiten aus dem Bauch heraus. Zur Durchführung einer professionellen Beratung fühlen sich meist die Pflegenden nicht in der Lage (vgl. Koch-Straube, 2001, S.71-76). Eben dieses nebenbei Ablaufen führt dazu, dass die Beratungstätigkeiten vielfach mittels Probieren ausgeführt werden. Konkretes, auf Theorien basierendes, pragmatisches Handeln findet selten statt. Die Beratung kann somit ineffizient sein oder sogar dem/der Patienten/in schaden (vgl. Norwood, 2002, S.41).

Besondere Bedeutung kommt der Beratung in der Gesundheitsförderung zu. So sehen zum Beispiel Haslinger-Baumann und Mayer das größte Umsetzungspotenzial der Gesundheitsförderung die Pflege betreffend in der Beratung, wobei dieses Handlungsfeld noch viel mehr fokussiert werden sollte (vgl. Haslinger-Baumann & Mayer, 2009, S.248-249). Doch bislang sind Anleitung, Schulung und Beratung noch nicht in das Pflegeverständnis integriert. Trotz der eindeutigen Festlegung als Aufgabe im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich wird Beratung nicht der Pflege zugerechnet (vgl. Koch-Straube, 2001, S.71-76). Die kompensatorische Pflege ist nach wie vor der zentrale Aufgabenbereich. Das liegt neben der fehlenden Integration in das Pflegeverständnis sowohl an den mangelhaften Qualifikationsmöglichkeiten in der Aus- und Weiterbildung als auch an der sich nur langsam entwickelnden Pflegeforschung in Österreich (vgl. Ströbel, 2004, S.251-252).

6.1.1 Gründe für einen steigenden Bedarf nach PatientInnenberatung

Jüngste Änderungen der Gesellschaft und des Gesundheitssystems ließen den Beratungsbedarf deutlich steigen. In den letzten Jahren hat sich im deutschsprachigen Raum daher ein umfangreiches institutionalisiertes Beratungsangebot, das auf das Thema Gesundheit und Krankheit spezialisiert ist, entwickelt. Als Gründe für diesen verstärkten Bedarf nach PatientInnenberatung können folgende festgestellt werden (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.848-853):

Verändertes Krankheitsspektrum: Die Verschiebung des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen und Multimorbidität führt dazu, dass die Erkrankten lernen müssen, über Jahre mit der Krankheit und ihren Folgen zu leben. Dies verursacht Anpassungsbedarf, aber auch Verunsicherung.

Demografische Veränderungen: Der Anstieg der Lebenserwartung und der gleichzeitige Rückgang der Geburtenrate führt zu einer Überalterung der Gesellschaft. Da im hohen Alter die Wahrscheinlichkeit von Krankheiten und Beeinträchtigungen stark steigt, steigt auch der Bedarf an Fremdhilfe. Gesundheitssicherung, -förderung und Prävention sind hier sehr wesentlich, um dem vorzubeugen.

Wandel der PatientInnenrolle: Unter dem Leitbild der „mündigen PatientInnen“ wird versucht, die PatientInnen nicht mehr als passive LeistungsempfängerInnen anzusehen. Es wird ihre aktive Mitarbeit und Mitgestaltung am Prozess der Gesundwerdung gefordert. So positiv diese veränderte Sichtweise der PatientInnenrolle auch sein mag, viele PatientInnen können oder wollen dieser Rolle aber nicht gerecht werden. Dieser Autonomiegewinn kann ein Problem darstellen, wenn die Ressourcen oder Kompetenzen fehlen. Beratung soll hier unterstützend eingreifen.

Ausdifferenzierung und Intransparenz des Gesundheitssystems: Das Gesundheitssystem wird für die PatientInnen aufgrund dessen zunehmender Ausdifferenzierung und Intransparenz immer unüberschaubarer. Vor allem

bei chronisch Kranken entstehen aufgrund ihres erhöhten Bedarfs an Behandlungen vermehrt Probleme bei der Versorgungsnutzung.

PatientInnenberatung als Korrektivfunktion: Beratung soll Probleme im Versorgungsalltag mildern und ausgleichen, in dem sie die Eigenverantwortlichkeit der PatientInnen fördert, sich mangelnder Bedarfsgerechtigkeit des Gesundheitssystems entgegenstellt und Kommunikation über die Qualitätsmängel betreibt.

Wissensexpansion: Angesichts der Fülle an Informationen, die über diverse Medien an die PatientInnen vermittelt werden, bedarf es an Unterstützung zur Einschätzung des Materials (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S. 849-853).

Nestmann sieht einen ebenso relevanten Grund des steigenden Bedarfs an psychosozialer Beratung in den Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen von Lebenswelten und Lebensstilen. Diese Tendenzen ermöglichen den Menschen mehr Frei- und Spielräume. Durch die fehlende Vorbestimmtheit entsteht mehr Raum für Eigenentscheidungen und –verantwortung. Es kommt zu einer Spaltung der Gesellschaft: Während die „Modernisierungsgewinner“ diese für sich nutzen, fehlen den „Modernisierungsverlierern“ dazu die Ressourcen in ihren Lebenslagen und in ihrer Alltagsbewältigung. Durch diesen Mangel an Ressourcen kann es zu Desorientierung und Verunsicherung kommen. Ob jemand zu den Verlierern oder Gewinnern zählt, ist unter anderem abhängig von Schicht, Geschlecht, Bildung, Nationalität, Alter. Hauptklientel der Beratung sind daher Modernisierungsverlierer, dessen Ressourcen es zu erhalten, aufzubauen und zu fördern gilt (vgl. Nestmann, 1997, S.16-18).

6.2 ERREICHBARKEIT UND ORT DER BERATUNG

Aus den Problemlagen der pflegenden Angehörigen kann sich ein psychosozialer Beratungsbedarf ergeben, der entsteht, wenn die von außen herangebrachten Anforderungen die Ressourcen der Betroffenen übersteigen. An dieser Stelle werden nun Überlegungen angestellt, wie die pflegenden Angehörigen erreicht werden können.

Wenn Pflegepersonen mit pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen zusammenarbeiten, wird ihnen meist Einsicht in die individuelle Situation erlaubt. Ein möglicher bestehender Beratungsbedarf kann daher durch die professionelle Pflege festgestellt werden. Andererseits stellt dieser direkte Kontakt eine Möglichkeit für die Betroffenen dar, selbst einen Beratungsbedarf auszusprechen (vgl. Engel, 2011, S.74-75). Pflegepersonen können somit entweder einen impliziten Beratungsauftrag selbst erkennen oder einen expliziten Auftrag durch die ratsuchenden Personen erhalten. In der Praxis geschieht dieses Zusammentreffen von pflegenden Angehörigen und Pflegepersonen vorwiegend, wenn mobile Pflegedienste zur häuslichen Pflegesituation hinzugezogen werden oder wenn aufgrund akuter Phasen der Erkrankung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird. Werden gegenwärtige politische Überlegungen zur Beteiligung der Pflege an der Pflegegeldeinstufung in Österreich realisiert, könnten pflegerische Hausbesuche zur Einstufung ebenfalls für Beratungen genutzt werden.

Zu bedenken gilt, dass Familien meist erst Hilfe suchen, wenn die eigenen Strategien der Problembewältigung nicht mehr greifen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.202-203). Auch wurde bereits die Feststellung getroffen, dass externe Unterstützung oft erst herangezogen wird, wenn es bereits zu einem Ressourcenverlust gekommen ist. Daher scheint der Zugang über mobile Pflegedienste als auch über institutionalisierte Beratungsstellen nicht früh genug zu greifen. In einem idealen Beratungssetting muss ein Zugang zur häuslichen Pflegesituation gewählt werden,

- mit dem auch vulnerable Gruppe erreicht werden,
- der gelingt, bevor die familiären Ressourcen aufgebraucht sind und
- bevor aufgrund einer akuten Phase der Erkrankung des pflegebedürftigen Familienmitgliedes ein Krankenhausaufenthalt notwendig wird.

In Deutschland findet die Family Health Nurse Zugang zu den betroffenen Familien über interdisziplinäre kommunale oder quartiersbezogene Pflegestützpunkte oder über ambulante Pflegestützpunkte. Desweiteren wird versucht, im Rahmen der integrierten Versorgung über örtliche Krankenhäuser, Hausärzte und spezialisierte Pflegekräfte Zugang zu erreichen (vgl. Büscher, 2009, S.61). Ähnliche vielseitige Zugänge scheinen auch für die Beratung von pflegenden Angehörigen angebracht zu sein.

Unabhängig jedoch, wie ein Initialzugang zu den Problemsituationen pflegender Angehöriger hergestellt werden konnte, letztendlich soll familienorientierte Angehörigenberatung in der natürlichen familialen Umgebung, je nach Ebene auf der man agiert, mit dem pflegenden Angehörigen, dem/der Pflegebedürftigen und/oder mit der gesamten Familie passieren. Beratung, die direkt in der Lebenswelt der betroffenen Familie stattfindet, ermöglicht es der professionellen Pflegekraft, Wege und Werkzeuge aufzuzeigen, wie die häusliche Pflege optimiert werden kann. Auch können Bewältigungsstrategien bei Verhaltensauffälligkeiten dementierender Angehöriger gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen entwickelt werden. Lebensweltliche Beratung, die im Umfeld der Familie stattfindet, kann empirischen überprüfte, positive Auswirkungen auf das Belastungserleben erzielen (vgl. Rosa et al., 2010, S.57).

6.3 ZIELE DER BERATUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

Anlass einer Beratung ist immer ein Problemdruck oder eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit (vgl. Schaeffer & Dewe, 2006, S.131). Wichtigste Aufgabe ist daher die Unterstützung bei der Bewältigung von Problemen, die die Gesundheit oder Krankheit betreffen. Zuständigkeit besteht vor allem für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, damit auch sie das Gesundheitssystem und dessen Angebote adäquat nutzen können. Diese Personen können wegen mangelnder Erfahrung oder fehlender Informationen und Kompetenzen Problemsituationen nicht einschätzen, bearbeiten oder lösen. Durch eine Bewältigungsunterstützung und Kompetenzförderung sollen die Betroffenen befähigt werden, Situationen zu durchschauen, diverse Möglichkeiten abzuwägen und dementsprechend Prioritäten zu setzen. BeraterInnen müssen daher nicht nur dazu in der Lage sein, Informationen weiterzuvermitteln. Durch den Blick von außen sollen sie schwer lösbare Problemsituationen entflechten und erkennen, welche Fähigkeiten und Kompetenzen der Ratsuchende benötigt (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.846, 855-856).

6.3.1 Stärkung der Familie

Studien bestätigen die Bedeutsamkeit der Miteinbeziehung der Familie. Durch die familiäre Unterstützung, vor allem der PartnerInnen, konnte eine signifikante Wahrnehmungssteigerung der positiven Aspekte durch die Hauptpflegeperson vermerkt werden. Das Belastungserleben und dessen Folgen für den Gesundheitszustand werden vermindert. Beratung muss daher nicht nur auf die familiäre Hauptpflegeperson ausgerichtet sein, sondern soll vielmehr das gesamte Familiensystem mit speziellem Fokus auf die Partnerschaft mit einbeziehen (vgl. Silverberg Koerner et al., 2009, S.243).

Familienmitglieder sind in allen Krankheitsphasen bedeutend. Meist werden sie dem Kranksein eines Angehörigen plötzlich und ohne Vorbereitung ausgesetzt. Durch die Krankheit eines Familienmitgliedes können sich die Be-

dürfnisse des gesamten Familiensystems ändern (vgl. Schnepf, 2002, S.9-11). Hier ist es wichtig, diese Problemlagen nicht als isolierte Aspekte zu behandeln, sondern zu berücksichtigen, dass das gesamte familiäre System involviert ist. Somit müssen immer die pflegerischen Bedarfslagen nicht nur des Individuums, sondern oftmals auch der ganzen Familie oder Population Berücksichtigung finden (vgl. Büscher, 2009, S.60-61).

Das Konzept der Familiengesundheitspflege unterscheidet verschiedene Ebenen der Herangehensweise an die Arbeit mit der Familie. Wie bereits erarbeitet, unterscheiden Friedemann und Köhlen zwischen der Ebene des Individuums, der Ebene der Pflege der Familie und der Ebene der Miteinbeziehung der Umwelt (vgl. Friedemann & Köhlen, S.57-58). Familienorientierte Pflegeberatung kann nun auf diesen unterschiedlichen Ebenen agieren:

Ebene des Individuums: Selbst auf der Ebene des Individuums werden die Familienmitglieder von der Pflegeperson mit betreut. Allerdings werden diese dann vor allem als Pflegerressourcen angesehen, die dem Systemerhalt der familialen Hauptpflegeperson dienen. Es wird versucht, die Familie in die Pflegeplanung mit einzubeziehen. Auf dieser Ebene steht der pflegende Angehörige noch im Mittelpunkt der Beratung.

Ebene der Pflege der Familie: Eine Ebene höher wird bereits die Pflege der Familie vorgesehen. Hier richtet sich Beratung direkt an das soziale System der Familie und auf die Förderung der Gesundheit dessen. Friedemann & Köhlen fordern die Pflege der Familie, wenn das Familiensystem bedroht ist. Die Familie kann dann weder unterstützend für die Pflegesituation wirken, noch können die Bedürfnisse der Mitglieder erfüllt werden (vgl. Friedemann & Köhlen, 2003, S.57-58). Dies impliziert somit, dass in der Beratung von pflegenden Angehörigen vorwiegend auf der Ebene des Individuums gearbeitet wird, wobei die professionelle Pflegekraft das gesamte Familiensystem im Blick haben muss, um bei einer Bedrohung der Familiengesundheit auf die Ebene der „Pflege der Familie“ überzugehen.

Ebene der Miteinbeziehung der Umwelt: Wiederum eine Stufe höher spricht man von der Miteinbeziehung der Umwelt. Die Pflege soll hier dazu beitra-

gen, dass die Ressourcen von außen zur Verfügung stehen, um so den Systemerhalt zu erreichen. Als Ressourcen aus der Umwelt können zum Beispiel soziale Dienste, materielle Unterstützung, Pflegegeld und andere Sozialleistungen genannt werden.

6.3.2 Stärkung der Ressourcen

Ressourcen werden in der Beratung meist als Mittel zum Zweck der Problemlösung angesehen. Beratung zielt daher darauf ab, bisher versteckte Möglichkeiten und Fähigkeiten zu aktivieren (vgl. Bamberger, 2010, S.44-45). Somit konnte in dieser Arbeit bereits erfahren werden, dass BeraterInnen Ressourcensensibilität aufweisen sollen. Je nach Bedarf gilt es bereits vorhandene Ressourcen zu sichern, zu stärken oder neue Ressourcen zu entwickeln. Da man jedoch eher davon ausgehen muss, dass externe BeraterInnen oftmals zur Pflegesituation hinzugezogen werden, wenn es bereits zu einem Ressourcenverlust gekommen ist, gilt es zunächst vor allem den Ressourcenerhalt zu forcieren, um ein Voranschreiten in der Verlustspirale zu verhindern. Erst nach der erfolgreichen Sicherung kann ein Ressourcengewinn angestrebt werden (vgl. Kapitel 5.4.1).

Des Weiteren sollte die/der BeraterIn durch beständige Anleitung oder Begleitung die Ressourcen optimal anpassen und abstimmen, da nicht jede Ressource auf jedes Problem passt (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.212-217). Für die Beratung von pflegenden Angehörigen müssen hier vor allem die Lebenswelt und der Alltag Beachtung finden. Im Kapitel 3.4 wurde die Feststellung getroffen, dass die Unterstützung für die Familien vor allem dann entlastend wirkt, wenn die Ressourcen, die zur Verfügung gestellt werden, möglichst der Problemlage angepasst werden und diese vor allem die Komplexität des Alltags nicht wesentlich erhöhen. Um eine Aufrechterhaltung der ‚Normalität‘ des familiären Alltags weitestgehend zu ermöglichen, ist es daher unerlässlich, die Lebenswelt der betroffenen Pflegebedürftigen und deren Familie als wichtigste Vernetzung dessen zu integrieren.

Anhand der Einteilung der Widerstandsressourcen nach Faltermaier et al. (1998) wird nun ein kurzer Blick darauf geworfen, welche Ressourcen für pflegende Angehörige relevant sein können (vgl. Brieskorn-Zinke, 2006. S.80-81):

Körperliche und konstitutionelle Ressourcen beziehen sich vor allem auf Merkmale des Körpers (z.B. stabile Organsysteme) oder auf messbare Werte für einen intakten Organismus. Demnach kann als Ressource eine bestehende Gesundheit der pflegenden Angehörigen betrachtet werden.

Materielle Ressourcen beinhalten vor allem Geld, Güter und Dienstleistungen, die einer Person zur Verfügung stehen (z.B. Einkommensverhältnisse, für die Pflege adaptierter Wohnraum, Pflegegeld, Pflegeutensilien, soziale Dienste).

Personale und psychische Ressourcen können wiederum unterteilt werden in:

- kognitive und emotionale Ressourcen (z.B. Wissen bezüglich der Krankheit oder über mögliche Sozialleistungen, Kenntnis von pflegerischen Techniken, präventive Gesundheitseinstellungen, emotionale Stabilität oder Sensibilität)
- persönlichkeitsbezogene Ressourcen (z.B. Gefühl der Kohärenz, Intelligenz, Handlungsorientierung, Selbstwirksamkeitserfahrungen, Selbstvertrauen)
- Handlungskompetenzen (z.B. Bewältigungsstile wie Rationalität und Health Literacy)
- soziale Kompetenzen (z.B. Empathie)

Interpersonale Kompetenzen nehmen Bezug zur sozialen Umwelt. Sie beinhalten z.B. ein stabiles soziales Netzwerk, Familie und Freunde sowie Selbsthilfegruppen.

Soziokulturelle Ressourcen beziehen sich auf die gesellschaftliche und kulturelle Ebene. Sie beinhalten z.B. philosophische Überzeugungen, das Menschenbild.

Ressourcen, die zu einer Pflegeentlastung und somit zu einer Reduzierung der Betreuungsintensität führen, sind besonders zu forcieren. Es kann somit Zeit abseits der Pflege gewonnen werden. Dazu ist erfahrungsgemäß eine Hilfe anderer notwendig. Sozialer Isolation und das Gefühl des Angebunden-Seins kann somit entgegengewirkt werden (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.418-419). Wesentlich ist ebenfalls der Einbezug von Familie und Freunden. Beratung muss bestehende soziale Netzwerke fördern oder bei einem Fehlen einen Aufbau unterstützen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2002, S.202-203). Die Familie und Freunde stellen eine große Ressource für die Hauptpflegeperson im häuslichen Pflegesetting dar (vgl. Seidl, Labenbacher & Ganaus, 2007, S.93-94).

Hinsichtlich der persönlichen Ressourcen der pflegenden Angehörigen muss kompetenzorientiert gearbeitet werden: Familie verfügen meist bereits über eigene „Überlebensstrategien“. Die Beratung muss diesen bereits vorab geschehenen Ressourceneinsatz, auch wenn dieser nicht erfolgreich war, anerkennen und daran anknüpfen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2002, S.202-203).

6.3.3 Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Nur selten suchen die Betroffenen nach neutralen Informationen, sondern vor allem nach grundlegender Orientierung und Rat für die konkrete Entscheidungsfindung. Die Ratsuchenden sind oftmals überfordert mit den geforderten Entscheidungen und den eigenmächtigen Gestaltungsmöglichkeiten und verlieren den Überblick. Sie sind verwirrt bezüglich der Vielfalt an Angeboten, an Informationen und Instanzen. Aufgabe der BeraterInnen ist dann meist nicht nur die Unterstützung bei Suchprozessen und die Informations- oder Adressenweitergabe, oft sind weitere Beratung und Unterstützung notwendig (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.856-858).

Befinden sich die Betroffenen in einer für sie unüberschaubaren Problemsituation, kann durch einen Perspektivenwechsel eine Lösung erzielt werden. Da die BeraterInnen nicht in die jeweiligen Problemsituationen involviert sind und somit Außenstehende sind, können sie zu neuen Sichtweisen anregen (vgl. Schaeffer & Dewe, 2006, S.141-142). Indem das Belastungserleben der lebensweltlichen Pflegenden durch viele einzelne Belastungsfaktoren bestimmt wird, muss bewusst gemacht werden, dass es einer schrittweisen Lösung der Probleme bedarf (vgl. Salomon, 2009, S.96). Ziel der Beratung ist daher die Begleitung durch den Entscheidungsprozess. Dies beinhaltet Abklärung der Situation und des Informationsstandes, Durchspielen der Möglichkeiten, Festlegung der Prioritäten, Treffen der Entscheidung und Verarbeiten von Restunsicherheit (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.856-857).

6.3.4 Stärkung der Selbstpflegefähigkeiten

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem eigenem Gesundheitsverhalten wie zum Beispiel dem Stressmanagement, der Selbstverwirklichung und der Ernährung und den subjektiven Belastungen festgestellt werden (vgl. Sisk, 2000, S.40). Die Bedeutung der Selbstpflege muss hervorgehoben werden. Es soll daher durch Gespräche die Legitimität der eigenen Entlastung vermittelt werden (vgl. Salomon, 2009, S.96). Dementsprechend ist es wesentlich, Abstand von der Pflege und Betreuung zu nehmen. Voraussetzung ist jedoch, dass die pflegenden Personen sich eingestehen, dass Hilfe benötigt wird und dass sie einen weiteren Schritt gehen und sich aktiv um Hilfe umsehen. Fremdhilfe anzunehmen ist oftmals nicht einfach für die pflegenden Angehörigen. Viele fühlen sich nicht wohl dabei, wenn sie sich Zeit für sich selbst nehmen wollen.

Ferner müssen pflegende Angehörige erlernen, mit eigenen negativen Gefühlen wie Frustration, Angst und Schuld umzugehen. Durch eine offene Kommunikation derartiger Gefühle kann eine Verringerung von Belastungen erreicht werden (vgl. Lubkin & Payne, 2002, S.418-419). Somit muss den

pflegenden Angehörigen in der Beratung auch Raum für traurige oder negative Gefühle gegeben werden, die vielleicht bisher verleugnet wurden (vgl. Salomon, 2009, S.96). Genauso ist eine Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit den veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen angebracht (vgl. Büker, 2009, S.33).

6.3.5 Stärkung der Handlungskompetenzen

Die Beratung soll immer auch das Ziel der Förderung von Handlungskompetenzen verfolgen. Health Literacy, Informations- und Wissensvermittlung und Empowerment sind dazu die Hauptelemente, um diese Handlungskompetenz zu erreichen. Es wäre also falsch, Beratung nur auf bloße Informationsweitergabe zu reduzieren (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.846-847). Es soll vermittelt werden, wie erhaltene Informationen im Alltag und in der Handlungspraxis verwendet werden können. Durch diese Förderung der Kompetenzen werden die Betroffenen befähigt, Situationen zu durchschauen, diverse Möglichkeiten abzuwägen und dementsprechend Prioritäten zu setzen (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.855-856). Durch Beratung können gezielt Informationen und Unterstützung bereitgestellt werden, was als Ergebnis bessere Health Literacy mit sich bringt. Das Ziel des Empowerment kann erreicht werden. Es wird somit versucht, eine Abkehr von einer Rundumversorgung und von Fürsorge, die in Abhängigkeit und Unmündigkeit mündet, zu erreichen. Hingegen soll „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch „Ermöglichen“ forciert werden (vgl. Büschges-Abel, 2000, S.87-88). Pflegende Angehörige wird durch eine gestärkte Handlungskompetenz eine Selbstwirksamkeitserfahrung ermöglicht, wodurch sich diese der Situation gewachsen fühlen.

Informations- und Wissensvermittlung

Grundsätzlich benötigen die pflegenden Angehörigen sowohl spezifische Informationen, die auf den individuellen Fall abgestimmt sind, als auch allgemeine Fakten, Erklärungen und Hinweise, die für die Mehrheit der pflegen-

den Angehörigen Relevanz haben (vgl. Washington et al., 2011, S.39-40). Festgestellt wurden vor allem Informationsdefizite bezüglich der Krankheit und des voraussichtlichen Verlaufes, bezüglich rechtlicher und finanzieller Belange, bezüglich eines pflegerischen Wissens und vorhandenen Angeboten wie Schulungen und Kurzzeitpflege (vgl. Kapitel 3.2.1).

Meta-Analysen haben bislang ergeben, dass Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige vor allem dann greifen, wenn die Fähigkeiten, die für die Pflege benötigt werden, und das Wissen gefördert werden. Durch das Informiert-Sein kann ein belastungsreduzierender Effekt erzielt werden. Allerdings sind allgemeine Broschüren für viele nicht anwendbar (vgl. Maudrey, 2004, S.53). Pflegende Angehörige sind oft einer Masse an Broschüren, Vorträgen und Zeitschriftenartikeln ausgesetzt. Zunächst ist daher Selektion dieses Informationsmaterials von Nöten, bevor es einer genaueren Erarbeitung des Inhaltes und es letztendlich zu einer Umsetzung der Inhalte auf die jeweilige Pflegesituation kommen kann. Informationen müssen also selektiert, abgewogen und verstanden werden. *„Allerdings kann nicht verlangt werden, dass diese Herausforderung von allen pflegenden Angehörigen, die lebensweltliche und nicht professionelle Helfer sind, bewältigt wird“* (Seidl, Walter & Labenbacher, 2007, S.61). Es bedarf einer individuellen Aufbereitung der Informationen und einer Unterstützung bei der Umsetzung dieser Informationen. Dies kann in Form einer Pflegeberatung im Umfeld der Betroffenen passieren (vgl. Maudrey, 2004, S.53). Die beratende Pflegeperson muss daher die Informationen derart aufbereiten, dass sie proaktiv, verstehbar und auf die individuellen Bedürfnisse der informell Pflegenden abgestimmt sind (vgl. Washington, 2011, S.41).

Der Krankheitsverlauf des pflegebedürftigen Menschen muss unseren Überlegungen zur Informationsarbeit, die durch Pflegende geleistet wird, stets Einfluss nehmen. Infolgedessen muss klar sein, dass der Informationsbedarf fortwährend wechselt und vom jeweiligen Krankheitsverlauf bestimmt wird. Informationen, die in einem frühen Stadium der lebensweltlichen Pflege rele-

vant sind, können Monate oder Jahre später im Pflegeverlauf unnötig sein (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.389; Washington, 2011, S.41).

Health Literacy

„Health Literacy schließt zugleich das Wissen, Fähigkeit und das Vertrauen ein, die Gesundheitssituation im täglichen Leben managen zu können, also in der Lage zu sein, tragfähige Entscheidungen zu treffen, Gesundheitsbelange zu kommunizieren und sich so im Gesundheitssystem zu bewegen, dass es bestmöglich genutzt werden kann“ (Schaeffer & Dierks, 2006, S.845).

Health Literacy meint die kognitiven und auch sozialen Fähigkeiten, mit denen Menschen sich Gesundheitsinformationen beschaffen können. Diese Informationen sollen derart verstanden und genutzt werden, dass sie positiv zur Gesundheit eines Individuums beitragen (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.845). In einer Studie von Trummer geben die PatientInnen an, mittels der erhaltenen Informationen besser einen eigenen Beitrag zur Gesundung leisten zu können (vgl. Trummer, 2002, S.110).

Nutbeam unterscheidet zwei grundlegende Denkansätze der Health Literacy. Ein Ansatz sieht darin einen Risikofaktor, der zweite hingegen betont die Ansicht der Ressourcen:

Health Literacy als Risiko: In der Konzeptualisierung der Health Literacy als einen Risikofaktor wird Health Literacy als Grad der Fähigkeit angesehen, Gesundheitsinformationen aufzunehmen, zu verarbeiten und zu verstehen, um angemessene Gesundheitsentscheidungen treffen zu können. Der Fokus liegt somit vor allem darauf, inwiefern Individuen des Lesens, des Rechnens und der Sprache mächtig sind. Ist der Grad dieser Fähigkeiten gering, werden unvorteilhafte Gesundheitsentscheidungen getroffen, das Gesundheitssystem wird inadäquat genutzt und die Selbstfürsorge ist vermindert (vgl. Nutbeam, 2008, S.2073; Duetz & Abel, 2004, S.34).

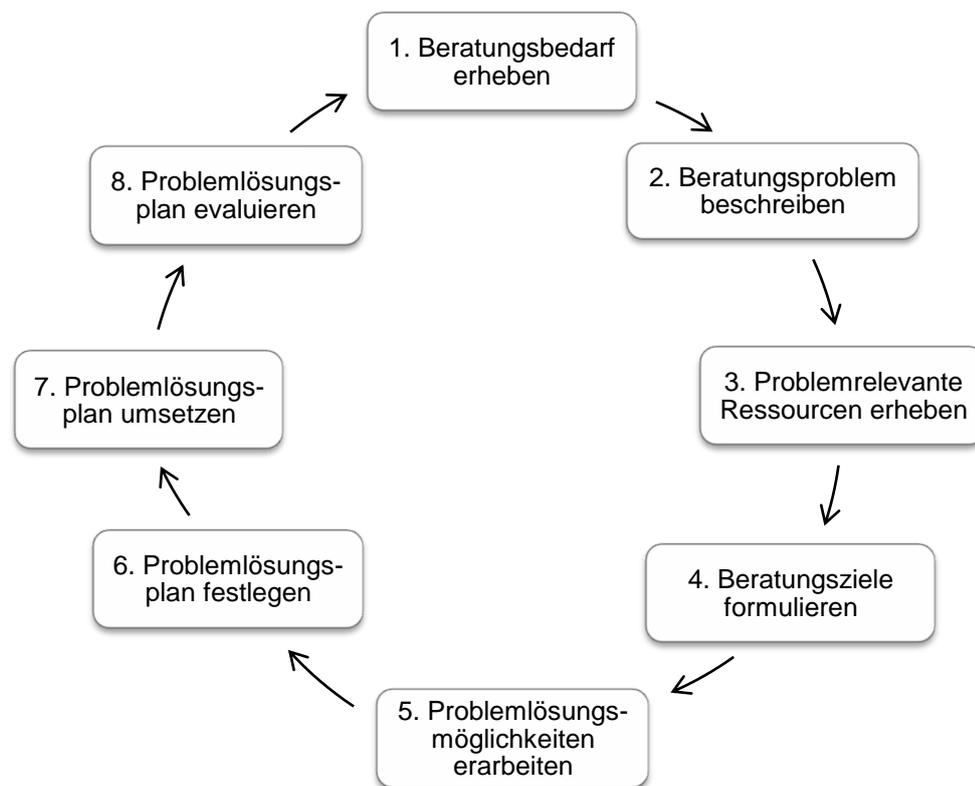
Health Literacy als Ressource: Aus der Sicht der Gesundheitsförderung kann Health Literacy auch als Ressource aufgefasst werden, die das Ziel des Empowerments in Gesundheitsentscheidungen unterstützt. Den Menschen Zugang zu Gesundheitsinformationen zu verschaffen, ihre gesundheitsbezogenen Fähigkeiten zu stärken und ihnen zu mehr Kontrolle über deren Gesundheit zu verhelfen, ist bedeutend auf diesem Weg zum Empowerment. Durch eine verbesserte Health Literacy beteiligen sich die Individuen gegebenenfalls an Aktionen für Gesundheit oder machen sich stark für Veränderungen der sozialen Strukturen und Praktiken, vor allem jedoch soll ein verändertes Gesundheitsverhalten erreicht werden (vgl. Nutbeam, 2008, S.2074-2075).

Je nach Auffassung der Health Literacy als Ressource oder als Risikofaktor können dementsprechende Konsequenzen für die Beratung abgeleitet werden. Vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen tendieren zu geringer Health Literacy. Es liegt also an den Akteuren des Gesundheitswesens diese zu fördern, wobei die Priorität darauf liegen soll, den sozialen Randgruppen bei der Nutzung von Angeboten zu helfen und in Richtung Empowerment zu geleiten (vgl. Duetz & Abel, 2004, S.34). Wird Health Literacy als Risikofaktor angesehen, muss die Beratung darauf Rücksicht nehmen, dass Individuen mit geringem Grad mehr Schwierigkeiten beim Zugang zum Gesundheitssystem aufweisen, eher Probleme in der Interaktion zwischen den PatientInnen und den professionellen Gesundheitskräften haben und weniger Selbstfürsorge aufweisen (vgl. Nutbeam, 2008, S.2073). Beratung muss hier dementsprechend Unterstützung anbieten. Health Literacy als Ressource kann hingegen in ihrer Prozesshaftigkeit vergrößert werden.

6.4 DER BERATUNGSPROZESS

Engel entwickelte für den lösungserarbeitenden Beratungstyp einen Beratungsprozess, der sich am Pflegeprozess orientiert. Dieser soll einen Rahmen für den Ablauf der Problemlösung bieten und beinhaltet acht Schritte (vgl. Engel, 2011, S.73-74).

„Im Kontext der Pflege bewegt sich der Beratungsprozess zwischen zwei Polen. Einerseits findet er in Form einer direkten Beeinflussung und Lenkung statt (direktive Gesprächsführung), andererseits als Selbststeuerung und Hilfe zur Selbsthilfe (nichtdirektive Gesprächsführung)“ (Engel, 2011, S.74).



vgl. Engel (2011, S.75): Der Beratungsprozess.

Der Beratungstyp der Lösungserarbeitung beinhaltet wesentliche Ansätze der lösungsorientierten Beratung. Somit wird versucht, primär nicht die Problemursachen zu rekonstruieren, sondern den Blick auf die Lösung zu richten.

Die Entwicklung alternativer Verhaltensmöglichkeiten und auch die Nutzung bereits vorhandener Ressourcen sind weitere wesentliche Aspekte des lösungserarbeitenden Beratungstypens. Die PatientInnen - bzw. in unserem Fall: die pflegenden Angehörigen - werden als ExpertInnen der Lösungsentwicklung anerkannt, die Pflegeperson nimmt eine unterstützende Rolle ein, wodurch eine Selbstwirksamkeitserfahrung ermöglicht wird. Auch der soziale Kontext kann, wenn erforderlich, in diesen Prozess mit einbezogen werden (vgl. Engel, 2011, S.115-116). Eine Teilnahme der restlichen Familie am Beratungsprozess ist daher möglich beziehungsweise ist gemäß dem familienorientierten Ansatz sogar erwünscht.

6.4.1 Beratungsbedarf erheben

Als ersten, sehr wesentlichen Schritt gilt es den Beratungsbedarf festzustellen. Die direkte Arbeit mit den pflegebedürftigen Menschen erlaubt es den Pflegepersonen Einsicht in die individuelle Situation zu erlangen. Durch diesen direkten Einblick ist es ihnen möglich, einen bestehenden Beratungsbedarf festzustellen. Andererseits kann dieser Bedarf auch durch die PatientInnen selbst ausgesprochen werden. Pflegeberatung setzt somit meist erst dann ein, wenn im Laufe eines Pflegeprozesses bereits die Selbstpflegedefizite und der Selbstpflegebedarf offensichtlich sind. Im Rahmen dieser ersten Phase soll neben dem Erheben des Beratungsbedarfs unter anderem auch der Ort, Zeitrahmen, Inhalt und die Methodik der Beratung festgelegt werden (vgl. Engel, 2011, S.74-75).

In der Beratung von pflegenden Angehörigen kann man jedoch nicht immer davon ausgehen, dass die Pflegeperson mit der individuellen häuslichen Pflegesituation bereits vertraut ist. Daher gilt es, zunächst die Bedürfnisse, die bereits erhaltenen Informationen und die Kompetenzen der pflegenden Angehörigen festzustellen. Nach dem National Guideline Clearinghouse müssen demnach

- die Umstände der häuslichen Pflegesituation (das Pflegeverhältnis, finanzieller Status, Umweltfaktoren),
- die Gesundheit und der funktionelle Status des pflegebedürftigen Familienmitgliedes,
- die Werte und Einstellungen (z. B. die Pflegebereitschaft, kulturelle Werte),
- das Wohlbefinden des lebensweltlich Pflegenden,
- die Folgen der häuslichen Pflege (wie die erlebten Belastungen aber auch der subjektive Nutzen daraus),
- die Fähigkeiten, Kompetenzen und das Wissen, die für eine adäquate pflegerische Versorgung von Nöten sind, und
- die potentiell nutzbaren Ressourcen erhoben werden (vgl. Dyck, 2009, S.119).

Will familienorientiert gearbeitet werden, ist in dieser Phase außerdem die Familienanamnese angebracht. Mittels eines Genogramms lässt sich ein Überblick über die Familiensituation ermitteln. Gleichzeitig bedarf es einer Aufstellung der Aufgabenverteilung im Familiensystem, die bei der Betreuung des Pflegebedürftigen anfallen (vgl. Kapitel 4.7.1).

6.4.2 Das Beratungsproblem beschreiben

Im zweiten Schritt des lösungsorientierten Beratungsprozesses nach Engel wird die Problemsituation aus der PatientInnenperspektive erörtert. Jene Bereiche dieser belastenden Situation, auf die durch die Beratung eine Lösung gefunden werden kann, sollen herausgearbeitet werden. Hauptaugenmerk in dieser Phase soll auf der Prioritätenreihung und somit auf der Festlegung der Schlüsselprobleme liegen. Unterschieden werden kann zwischen akuten Problemen, Risikoproblemen und Problemen, die den allgemeinen Gesundheitszustand betreffen: Während akute Probleme einen unverzüglichen Beratungsbedarf implizieren, liegt bei einem Risikoproblem eine Situation vor, die eine Gefährdung der Gesundheit darstellt. Durch präventive Beratung soll das Eintreten einer Krankheit vermieden werden. Bei Vorliegen eines Risiko-

problems muss davon ausgegangen werden, dass die PatientInnen nicht selbstständig einen Beratungsbedarf erkennen. Bei der dritten Kategorie von Problemen, der der allgemeinen Gesundheitsprobleme, lassen die PatientInnen selbst erkennen, dass sie für die Verbesserung des Gesundheitszustandes Informationen benötigen. (vgl. Engel, 2011, S.76-77). Vor allem in der Beratung von pflegenden Angehörigen scheinen die Risikoprobleme und die Prävention derer eine wesentliche Rolle zu spielen. Wie Schaeffer und Moers bereits feststellten, können pflegende Angehörige meist nicht die zukünftigen Anforderungen, die auf sie aufgrund des Krankheitsverlaufes zukommen, abschätzen (vgl. Schaeffer & Moers, 1994, S.400). Professionelle Pflegekräfte müssen daher die Angehörigen auf zukünftige Entwicklungen und Probleme vorbereiten und präventive Maßnahmen treffen.

In dieser Phase ist jedoch auch notwendig, den inneren Bedeutungsaspekt der Problemsituation zu erkunden (vgl. Engel, 2011, S.76). Das subjektive Belastungserleben der pflegenden Angehörigen, wie ein Gefühl des Angebunden-Seins, soziale Isolation, Rollenveränderungen, fehlende Anerkennung und Unterstützung, muss folglich gleichermaßen Berücksichtigung finden wie objektive Belastungsfaktoren (vgl. Kapitel 2.6).

6.4.3 Problemrelevante Ressourcen erheben

In dieser Phase des Beratungsprozesses wird das Hauptaugenmerk auf die Ressourcen gelegt, die der Problemlösung förderlich sind. Fragestellungen, die darauf gerichtet sind, wie in der Vergangenheit ähnliche Problemsituationen gelöst wurden, sollen vorhandene Ressourcen aufzeigen und auch motivierend wirken (vgl. Engel, 2011, S.77-78). An einen bereits vorab geschehenen Ressourceneinsatz wird daher angeknüpft. Durch die Hervorhebung der Ressourcen wird es den pflegenden Angehörigen ermöglicht, den eigenen Blick von den Defiziten und Einschränkungen, die durch die Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes entstanden sind, abzuwenden. Allein

schon die Aneignung der Betonung der Ressourcensicht kann bereits zu einem verbesserten Belastungserleben führen (vgl. Kapitel 2.7.2).

6.4.4 Beratungsziele formulieren

Der Soll-Zustand bzw. die Ziele sollen in einer Zusammenarbeit von PatientInnen und Pflegepersonen derart formuliert werden, dass sie realisierbar und überprüfbar sind. Eine Unterscheidung in kurz-, mittel- oder langfristige Ziele kann getroffen werden (vgl. Engel, 2011, S.78). Wie Sickendiek, Engel und Nestmann bereits erkannten, können Gegensätze in den Zielvorstellungen zwischen den BeraterInnen und den Ratsuchenden entstehen, die erfasst aber toleriert werden müssen (vgl. Sickendiek, Engel & Nestmann, 2008, S.202-203). Übergeordnetes, langfristiges Ziel muss zunächst die Gesunderhaltung, Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen sein (vgl. Salomon, 2009 S.96). Darüber hinaus sind eine adäquate pflegerische Versorgung des/der Pflegebedürftigen, die Gesundheit des Familiensystems und die Stabilität des häuslichen Pflegesettings wesentlich. Nicht außer Acht gelassen werden darf jedoch, dass aufgrund der Gefährdung der Gesundheit der Hauptpflegeperson, des/der Pflegebedürftigen und/oder des restlichen Familiensystems auch die Organisation eines Heimeintritts ein angemessenes Ziel sein kann. Beispiele für kurz- oder mittelfristige Ziele könnten ein „pflegefreier“ Tag pro Woche unter Einsatz von Ressourcen aus der Umwelt, die Teilnahme an einer Schulung zum Erwerb von pflegerischen Fähigkeiten etc. sein.

6.4.5 Problemlösungsmöglichkeiten erarbeiten

In dieser Phase sollen Denk- und Handlungswege entwickelt werden, die der Zielerreichung dienlich sind und somit zur Lösung der Problemsituation beitragen können. Nach Engel stellt dies die „Kernphase“ des Prozesses dar. Da es meist mehrere Problemlösungsansätze gibt, gilt es gemeinsam mit den PatientInnen die verschiedenen Ansätze festzulegen (vgl. Engel, 2011,

S.79). So könnte zum Beispiel das Ziel eines pflegefreien Tages pro Woche durch einen Tageszentrumsbesuch des/der Pflegebedürftigen, durch Hinzuziehen unterstützender Personen aus der sozialen Umwelt oder durch die Beauftragung sozialer Dienste oder Besuchsdienste etc. erreicht werden.

6.4.6 Problemlösungsplan festlegen

Im Anschluss der Erarbeitung der möglichen Problemlösungsarten muss in dieser Phase eine Auswahl an realistischen Lösungsmaßnahmen durch die PatientInnen getroffen werden. Die Pflegeperson beschränkt sich hier auf die Unterstützung in dieser Entscheidungsfindung durch Einbringen von zu berücksichtigenden Kriterien wie zum Beispiel den Erfolgsaussichten oder der tatsächlichen Realisierbarkeit (vgl. Engel, 2011, S.79). Oftmals sind die betreuenden Familienmitglieder überfordert von den eigenmächtigen Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten. Durch nochmaliges Abklären der Situation und des Informationsstandes, durch Durchspielen der Möglichkeiten und durch Unterstützung bei der Verarbeitung von Restunsicherheit kann eine Entscheidungsfindung unterstützt werden (vgl. Schaeffer & Dierks, 2006, S.856-857).

6.4.7 Problemlösungsplan umsetzen

Die erarbeiteten Problemlösungspläne sollen nun selbstständig durch die PatientInnen praktisch ausgeführt werden. Die Pflegepersonen bringen nur bei Bedarf aktiv Unterstützung wie personelle, materielle oder Erinnerungshilfen ein (vgl. Engel, 2011, S.80). Pflegende Angehörige versuchen in dieser Phase die im Problemlösungsplan festgehaltenen Maßnahmen umzusetzen, so dass letztendlich die festgelegten Ziele so weit wie möglich erreicht werden.

6.4.8 Problemlösungsplan evaluieren

In dieser Phase der Evaluierung wird zwischen Ziel- und Durchführungsevaluation unterschieden. So kann gemäß der Zielevaluation die Erreichung der Beratungsziele oder auch gemäß der Durchführungsevaluation die Verwirklichung des Problemlösungsplanes bewertet werden. In einem Beratungssetting im Krankenhaus findet die Evaluation nach dem Ermessen der Pflegeperson jedoch eher vor einer Entlassung statt (vgl. Engel, 2011, S.80-81). In der häuslichen Pflegesituation wiederum bedarf es eines wiederholten Aufsuchens der betroffenen Familie in ihrer Lebenswelt. Der Zeitpunkt muss mit Rücksicht auf den getroffenen Zielen gewählt werden.

7 SCHLUSSBETRACHTUNG

Aus den Problemlagen der pflegenden Angehörigen kann sich ein psychosozialer Beratungsbedarf ergeben, wenn die von außen herangetragenen Anforderungen die Ressourcen übersteigen. So ergibt sich im Laufe der familiären Pflegetätigkeit für viele Angehörige eine Vielzahl von subjektiven und objektiven Belastungen. Sind genügend Ressourcen vorhanden, können in der Situation trotz vorhandener Belastungsfaktoren durchaus die positiven Aspekte dominieren. Bei einer überwiegend negativen Bewertung der Situation hingegen wird die Pflege in der Familie als sehr belastend erlebt. Beratungsbedarf entsteht nun, wenn die vorhandenen Kompetenzen und/oder das gegenwärtige Hilfesystem nicht mehr für die Bewältigung der belastenden Situation ausreichen. Die Gesundheit der pflegenden Angehörigen kann demzufolge stark beeinträchtigt werden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation in Gefahr geraten.

In einem idealen Beratungssetting gelingt ein Zugang zur häuslichen Pflegesituation bevor es zu einem Ressourcenverlust gekommen ist. Um möglichst jene pflegenden Angehörigen zu erreichen, die einer Beratung bedürfen und die zu einer benachteiligten Bevölkerungsgruppe zählen, müssen mehrere Zugangskanäle genutzt werden. Denkbar wären hier zum Beispiel soziale Pflegedienste, Hausärzte, örtliche Krankenhäuser, etc. Da von pflegenden Angehörigen meist keine nüchterne Sicht auf mögliche zukünftige Probleme erwartet werden kann, Beratung jedoch vor einem Ressourcenverlust eingreifen soll, muss die Pflegeperson auch einen impliziten Beratungsbedarf erkennen. Letztendlich findet in einem idealen Setting die familienorientierte Beratung von pflegenden Angehörigen immer direkt in der Lebenswelt der betroffenen Familie statt.

Wesentliche Ansatzpunkte der Beratung Angehöriger von Menschen mit einem erhöhten Hilfs- und Betreuungsaufwand sind:

Familienorientierung: Auf systemtheoretischen Überlegungen basierend kann man davon ausgehen, dass Gesundheit und Krankheit alle Mitglieder einer Familie betreffen. Die Familiengesundheit muss somit von beratenden Personen beachtet werden und bei Bedarf als Gegenstand der Beratung erkannt werden. Zur Durchführung eines Familienassessments wird angeraten.

Ressourcenorientierung: Ressourcen sind der Problemlösung dienlich und sollen demnach durch die beratende Pflegeperson diagnostiziert, gesichert und an die Alltags- und Lebenswelt angepasst werden, so dass die Komplexität des Alltags nicht wesentlich erhöht wird. An einen bereits vorab geschehenen Ressourceneinsatz muss angeknüpft werden.

Lösungsorientierung: Während Probleme und ihre Ursachen nur kurz angesprochen werden, liegt das Hauptaugenmerk auf der Lösungserarbeitung.

Alltags- und Lebensweltorientierung: Beratung muss darauf abzielen, die Komplexität des Alltags, die aufgrund der Pflegebedürftigkeit eines Familienmitgliedes entstehen kann, zu reduzieren und das lebensweltliche System aufrecht zu erhalten. Demgemäß müssen die Ressourcen angepasst und die Familie berücksichtigt werden.

Als wesentliche Ziele der Beratung konnten die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, die Stärkung der Ressourcen, der Familie, der Selbstpflegefähigkeiten und der Handlungskompetenz erarbeitet werden:

Stärkung der Familie: Prinzipiell steht bei einer familienorientierten Beratung der pflegende Angehörige im Vordergrund, die Familie dient dann als Ressource und wird wenn möglich in die Lösungserarbeitung mit einbezogen. Da aber immer auch das gesamte Familiensystem im Blickfeld bleiben muss, müssen bei einer Bedrohung der Familiengesundheit beratende Maßnahmen auf die Stärkung der gesamten Familie abzielen.

Stärkung der Ressourcen: Besonders zu einer Pflegeentlastung führende Ressourcen, soziale Netzwerke wie Freunde und Familie sowie personale Ressourcen sind zu stärken.

Unterstützung bei der Entscheidungsfindung: Pflegende Angehörige sind oftmals überfordert von den geforderten Entscheidungen und den eigenmächtigen Gestaltungsmöglichkeiten. Beratung bietet daher Begleitung durch den Entscheidungsprozess an.

Stärkung der Selbstpflegefähigkeit: Die Bedeutsamkeit einer eigenen Entlassung, einer Annahme von Fremdhilfe und eines konstruktiven Umgangs mit negativen Gefühlen für die Gesundheit der Betreuenden muss herausgearbeitet werden.

Stärkung der Handlungskompetenzen: Durch eine Informations- und Wissensvermittlung und einer Förderung der Health Literacy soll Empowerment erreicht werden. Eine gestärkte Handlungskompetenz ermöglicht Selbstwirksamkeitserfahrungen der pflegenden Angehörigen.

Der Beratungsprozess nach Engel (2011) stellt einen geeigneten Rahmen für die Lösungserarbeitung der Probleme, die aufgrund der häuslichen Pflegesetting entstanden sind, dar. Letztendlich kann Beratung pflegender Angehöriger zu einer adäquaten pflegerischen Versorgung des Pflegebedürftigen, zu einer Sicherung der Gesundheit des pflegenden Angehörigen sowie des Familiensystems und zu einer erhöhten Stabilität der häuslichen Pflegesituation beitragen.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Antonovski, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1997.

Bamberger, G.: Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch. Beltz Verlag, 4.Aufl., Weinheim/Basel, 2010.

Beavers, R. & Hampson, R.B.: The Beavers Systems Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*: 2000, 22, S.138-143.

Blom, M. & Duijnste, M.: Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Huber, Bern, 1999.

Braun, U. & Schmidt, R. (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Transfer, Regensburg, 1997.

Brieskorn-Zinke, M.: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. Kohlhammer, 3.Aufl., Stuttgart, 2006.

Büker, C.: Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege. Kohlhammer, Stuttgart, 2009.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Finanzierung der Pflegevorsorge. Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge. Wien, 2010.

Büscher, A.: Familien und gemeindeorientierte ambulante Pflege. *Advanced Nursing Practice in Deutschland. Die Schwester - der Pfleger*: 2009, 48(10), S.60-62.

Büscher, A.: Das Family Health Nurse Konzept der Weltgesundheitsorganisation. In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M.; Büscher, A.(Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Huber, Bern, 2001, S.177-206.

Büschges-Abel, W.: Systemische Beratung in Familien mit behinderten oder chronisch erkrankten Angehörigen. Ein lösungsorientierter Ansatz für Heilpädagogik und klinische Sozialpädagogik. Luchterhand, Berlin, 2000.

Charles, K.K. & Sevak, P.: Can family caregiving substitute for nursing home care? Journal of Health Economics: 2005, 24, S.1175-1190.

Chen, Y.-M., Hedrick, S.C. & Young, H.M.: A pilote evaluation of the Family Caregiver Support Program. Evaluation and Program Planning: 2010, 33, S.113-119.

Corbin, J.M. & Strauss, A.L.: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein, Wiesbaden, 1998, S.1-30.

Corbin, J.M. & Strauss, A.L.: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Huber, 2.Aufl., Bern, 2004.

Dallinger, U.: Ökonomie der Moral. Konflikt zwischen familiärer Pflege und Beruf als Handlungstheoretischer Perspektive. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1997.

Dyck, C.: Who cares for the caregiver? Parkinsonism and Related Disorders: 2009, 15, S.118–121.

Duetz, M. & Abel, T.: Health Literacy. Förderung und Nutzung von Gesundheitskompetenzen in der Praxis. Managed Care: 2004, 5, S.33-35.

Engel, R.: Gesundheitsberatung in der Pflege. Einführende Konzepte und integriertes Ausbildungscurriculum. Facultas, Wien. 2006.

Engel, R.: Gesundheitsberatung in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Einführende Elemente, Methoden und Beispiele. Facultas, Wien, 2011.

Engleitner, E. & Hackl, R.: Betreuende Angehörige – Betreuungsalltag mit dem Dienst „Mobile Hilfe und Betreuung“. Schriftenreihe Gesundheitswissenschaft, Linz, 1997.

Freedman, V.A.; Berkman, L.F.; Rapp, S.R. & Ostfeld, A.M.: Family Networks: Predictors of Nursing Home Entry. *American Journal of Public Health*: 1994, 85(5), S.843-845.

Friedemann, M.L.: Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. Huber, Bern. 1996.

Friedemann, M.L. & Köhlen C.: Familien- und umweltbezogene Pflege. Huber, 2.Aufl., Bern, 2003.

Friesacher, H.: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Universitätsverlag Osnabrück, Göttingen. 2008.

Gehring, M.: Familie – eine Begriffsdefinition. In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M. & Büscher, A.(Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Huber, Bern, 2001, S.15-32.

Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M. & Büscher, A.(Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Huber, Bern, 2001.

George, W. & George, U. (Hrsg.): Angehörigenintegration in der Pflege. Reinhardt Verlag, München, 2003.

Gittler-Hebestreit, N.: Pflegeberatung im Entlassungsmanagement. Grundlagen – Inhalte – Entwicklungen. Schlütersche, Hannover, 2006.

Glasdam, S.; Timm, H. & Vittrup, R.: Support Efforts for Caregivers of Chronically Ill Persons. *Clinical Nursing Research*: 2010, 19(3), S.233–265.

Großmaß, R.: Paradoxien und Möglichkeiten psychosozialer Beratung. In: Nestmann, F.(Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997, S.111-136.

Hanson, S. M. H.: Family Health Care Nursing. An Introduction. In: Hanson, S.M.H.; Gedaly-Duff, V. & Kaakinen, J.R. (Hrsg.): Family Health Care Nursing. Theory, Practice, and Research. F.A. Davis, Philadelphia, 2005, S.3-37.

Hanson, S.M.H., Gedaly-Duff, V. & Kaakinen, J.R. (Hrsg.): Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. F.A. Davis, Philadelphia, 2005.

Herold, E.E.: Pflege in der eigenen Familie und Häuslichkeit aus der Sicht der betroffenen Menschen und ihrer Laienpflegepersonen. In: Herold, E.E.(Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege – Management – Bildung. Schlütersche, Hannover, 2002, S.32-275.

Herold, E.E.(Hrsg.): Ambulante Pflege. Die Pflege gesunder und kranker Menschen. Band 3: Familienpflege – Management – Bildung. Schlütersche, Hannover, 2002.

Hobfoll, S.E.: The Influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress-Process: Advancing Conservation of Resources Theory. Applied Psychology: An International Review: 2001, 50(3), S.337-421.

Holuscha, A.: Altenpflege in der Familie. Belastungen und Unterstützungen bei Pflegenden Angehörigen. Hartung-Gorre Verlag, Konstanz, 1992.

Huber, M.: Möglichkeiten und Grenzen der Laienhilfe im Gesundheitswesen. Peter Lang, Frankfurt am Main, 1994.

Hurrelmann, K. & Laaser, U.: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. & Razum, O.(Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, 2006, S.749-780.

Hurrelmann, K.; Laaser, U. & Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, 2006.

Hurrelmann, K.; Klotz, T. & Haisch, J.(Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Verlag Hans Huber, Bern, 2004.

Kean, S.: Family Nursing – Was ist das? In: Gehring, M.; Kean, S.; Hackmann, M.; Büscher, A.(Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Huber, Bern, 2001, S.47-64.

Kesselring, A.: Einführung: Die Lebenswelt der Patienten. In: Kesselring, A.(Hrsg.): Die Lebenswelt der Patienten. Huber, Bern, 1996, S.7-20.

- Kesselring, A.(Hrsg.): Die Lebenswelt der Patienten. Huber, Bern, 1996.
- Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege. Huber, Bern, 2001.
- Kozon, V. & Fortner, N. (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien, 2003.
- Lubkin, I.M. (Hrsg.): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Huber, Bern, 2002.
- Lubkin, I.M. & Payne, M.E.: Pflegende Angehörige. In: Lubkin, I.M. (Hrsg.): Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Huber, Bern, 2002, S.399-434.
- Mantovan, F.; Ausserhofer, D.; Huber, M., Schulc, E. & Them, C.: Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. Pflege: 2010, 23(4), S.223-239.
- Maudrey, S.: Pflegende Angehörige zwischen Last und Belastbarkeit. In: Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hrsg.): Demenz – Pflegende Angehörige. Alternative Betreuungsmodelle aus nationaler und internationaler Sicht. Dokumentation der Jahreskonferenz 2004. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit, Wien, 2004, S.41-55.
- McGoldrick, M.; Gerson, R. & Petry, S.: Genogramme in der Familienberatung. Huber, Bern, 2009.
- Metzing, S.: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. Huber, Bern, 2007.
- Mühlberger, U.; Knittler, K. & Guger A.: Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Finanzierung der Pflegevorsorge. Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge, Alternative Finanzierungsformen der Pflegevorsorge. Wien, 2010, S.13-82.

Nemeth, C. & Pochobradsky, E.: Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, 2004.

Nestmann, F.: Beratung als Ressourcenförderung. In: Nestmann, F.(Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997, S.15-38.

Nestmann, F.: Big Sister is inviting you – Counseling und Counseling Psychology. In: Nestmann, F.(Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997, S.169-179.

Nestmann, F.(Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997.

Norwood, S.L: Pflege-Consulting: Handbuch zur Organisations- und Gruppenberatung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 2002.

Nutbeam, D.: The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine: 2008; 67, S.2072-2078.

Okamoto, K. & Harasawa, Y.: Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. Archives of Gerontology and Geriatrics: 2009: 49, S.138–141.

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit (Hrsg.): Demenz – Pflegende Angehörige. Alternative Betreuungsmodelle aus nationaler und internationaler Sicht. Dokumentation der Jahreskonferenz 2004. Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit, Wien, 2004.

Pochobradsky, E.; Bergmann, F.; Brix-Samoylenko, H.; Erfkamp, H. & Laub, R.: Situation pflegender Angehöriger. Endbericht. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, 2005.

Polfer, L.: Häusliche Pflege Demenzkranker aus soziologischer Sicht. Dissertation, Wien, 2008.

Profanter, I.: Die Bedeutung von Hoffnung für pflegende Angehörige. *Pflege*: 2007, 20, S.65-71.

Redlich, A.: Psychologische Beratung ist mehr als verkürzte Therapie. IN: Nestmann, F.(Hrsg.): *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997, S.151-160.

Rosa, E.; Lussignoli, G.; Sabbatini, F.; Chiappa, A.; Di Cesare, S.; Lamanna, L. & Zanetti, O.: Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*: 2010, 51, S.54-58.

Rosenbrock, R. (Hrsg.): *Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Ed.Sigma, Berlin, 1994.

Röttger-Liepmann, B.: *Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Juventa, Weinheim und München, 2007.

Salomon, J.: *Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung – Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln, 2009.

Schaeffer, D. & Dewe, B.: Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. Huber, Bern, 2006, S.127-152.

Schaeffer, D. & Dierks, M.: *Patientenberatung*. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. & Razum, O.(Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Juventa, Weinheim, 2006, S.845-878.

Schaeffer, D. & Ewers, M.: Globale Trends und aktuelle Entwicklungsherausforderungen in der ambulanten Pflege Schwerkranker – Einführung ins Thema. In: Schaeffer, D. & Ewers, M.(Hrsg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Huber, Bern, 2002, S.7-13.

Schaeffer, D. & Ewers, M.(Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Huber, Bern, 2002.

Schaeffer, D. & Moers, M. Präventive Potentiale kurativer Institutionen: Prävention als Aufgabe ambulanter Pflege. In: Rosenbrock, R. (Hrsg.): Präventionspolitik: gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Ed.Sigma, Berlin, 1994, S.385-407.

Schaeffer, D. & Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Huber, Bern, 2006.

Schnepp, W.: Angehörige pflegen. In: Schnepp, W. (Hrsg.). Angehörige pflegen. Bern: Huber, Bern, 2002, S.6-12.

Schnepp, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Huber, Bern, 2002.

Schnepp, W.: Unterstützung der pflegenden Angehörigen seitens der professionellen Pflege. In: Kozon, V. & Fortner, N. (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, Wien, 2003, S.63-75.

Schnepp, W.: Im Angesichts des Anderen: „Schützen müssen“. Pflege & Gesellschaft: 2006, 11(1), S.61-76.

Seidl, E. & Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien, 2007.

Seidl, E.; Labenbacher, S. & Ganaus, P.: Studie II – Bedürfnisse pflegender Angehöriger. In: Seidl, E. & Labenbacher, S. (Hrsg.). Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien, 2007, S.73-117.

Seidl, E.; Walter, I. & Labenbacher, S.: Studie I - Belastungen und Entlastungsstrategien pflegender Angehöriger. In: Seidl, E. & Labenbacher, S. (Hrsg.). Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien, 2007, S.33-71.

Seidl, E.; Walter, I.; Labenbacher, S. & Rossa, M.: Studie III – Interventionen aus internationaler Sicht. In: Seidl, E. & Labenbacher, S. (Hrsg.). *Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen*. Böhlau Verlag, Wien, 2007, S.119-191.

Sickendiek, U.; Engel, F. & Nestmann, F.: *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Juventa Verlag, 3.Aufl., Weinheim und München, 2008.

Silverberg Koerner, S.; Kenyon, D.B. & Shirai, Y.: Caregiving for elder relatives: Which caregivers experience personal benefits/gains? *Archives of Gerontology and Geriatrics*: 2009, 48, S.238–245.

Sisk, R.J.: Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*: 2000, 37, S.37-43.

Sörensen, S.; Duberstein, P.; Gill, D. & Pinquart, M.: Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*: 2006, 5, S.961-973.

Ströbel, A.: Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.(Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, S.243-254.

Thiersch, H.: Soziale Beratung. In: Nestmann, F.(Hrsg.): *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. dgvt-Verlag Hans Huber, Tübingen, 1997, S.99-110.

Thiersch, H.: *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit: Aufgabe der Praxis im sozialen Wandel*. Juventa, Weinheim und München, 2009.

Thompson, L.: The role of nursing in governmentality, biopower and population health: Family health nursing. *Health & Place*: 2008, 14, S.76-84.

Trummer, U.; Nowak, P. & Pelikan, J.M.: Empowerment von chirurgischen PatientInnen – Modelle Interventionen, Effekte, Erfolgsbedingungen. Österreichische Zeitschrift für Soziologie: 2000, 27(4), S.97-114.

Washington, K.T.; Meadows, S.E., Elliott, S.G. & Koopman, R.J.: Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. Patient Education and Counseling: 2011, 83(1), S.37-44.

Wehrmann, A.: Zur Gestaltung häuslicher Pflegearrangements. In: Schnepf, W. (Hrsg.): Angehörige pflegen. Huber, Bern, 2002, S.283-309.

WHO – Regionalbüro für Europa (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester. Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf (23.8.2010)

WHO – Regionalbüro für Europa (2006): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2?language=german (13.5.2010)

Wiebke, H. & Drouve, G.: Angehörigenintegration in der ambulanten Pflege. In: George, W. & George, U. (Hrsg.): Angehörigenintegration in der Pflege. Reinhardt Verlag, München, 2003, S.144-154.

Wilz, G.; Adler, C.; Gunzelmann, T. & Brähler, E.: Auswirkungen chronischer Belastungen auf die physische und psychische Befindlichkeit– Eine Prozeßanalyse bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie: 1999, 43(4), S.255-265.

Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Ullstein, Wiesbaden, 1998.

Wright, L.M. & Leahey, M.: Familienzentrierte Pflege: Assessment und familienbezogene Interventionen. Huber, Bern, 2009.

Zeman, P.: Häusliche Altenpflegearrangements. Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. In: Braun, U. & Schmidt, R. (Hrsg.): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Transfer, Regensburg, 1997, S.97-112.

9 ANHANG

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:

LEBENS LAUF



HELGA STADLER

Berggasse 3/6 | 1090 Wien |

helga.stadler@gmx.at |

0650 77 65 464

FAMILIENSTAND | ledig | keine Kinder

GEBOREN | 14.9.1982 | Ried i. I. (OÖ)

AKADEMISCHE AUSBILDUNG

09/2008 – 6/2011	Bachelorstudiengang „Gesundheits- und Krankenpflege“ FH Campus Wien
10/2005 – laufend	Diplomstudium „IDS Pflegewissenschaft“ Wahlpflichtfach: BWL Universität Wien

SCHULBILDUNG UND SONSTIGE AUSBILDUNGEN

2004	Zertifizierung zur Personalverrechnerin, Wifi, Ried im Innkreis
2003	Zertifizierung zur Projektmanagerin, Wifi, Ried im Innkreis
1997 – 2002	Handelsakademie, Ried im Innkreis
1989 – 1997	Volks- und Hauptschule, Taiskirchen im Innkreis

PFLEGEPRAKTIKA IM GESUNDHEITSBEREICH

05/2011 – 6/2011	Allgemeines Krankenhaus Wien, Herz-Thorax-Chirurgie
01/2011	Krankenhaus Göttlicher Heiland, Entlassungsmanagement
11/2010 – 12/2010	Wilhelmsburger Krankenhaus Hamburg, Intensivstation
09/2010 – 10/2010	Wilhelmsburger Krankenhaus Hamburg, Interne Abteilung
02/2010 & 06/2010	Allgemeines Krankenhaus Wien, Allgemeine Chirurgie
07/2010	Wilhelminenspital Wien, Unfallchirurgische Abteilung
01/2010 – 02/2010	Allgemeines Krankenhaus Wien, Tagesklinik Hämatologie
09/2009	Wilhelminenspital Wien, Urologische Ambulanz
04/2009 – 06/2009	Geriatrizentrum Liesing
11/2008 – 02/2009	Krankenhaus Göttlicher Heiland, Interne Abteilung

SONSTIGE TÄTIGKEITEN

05/2009 - 05/2010	Mitglied der Studiengangsvertretung des Studiengangs „Gesundheits- und Krankenpflege“ an der FH Campus Wien
11/2009	Mitarbeit am Pflegekongress des Pflegenetzes, Wien
02/2008 – 05/2008	Mitwirkung am Forschungsprojekt „Darm-Management bei querschnittgelähmten PatientInnen“, Wien
10/2006 – 01/2007	Tutorin der Vorlesung „Wissenschaftliches Arbeiten“ am Institut für Pflegewissenschaft, Universität Wien
02/2003 – 05/2007	Buchhalterin & Personalverrechnerin, Steuerberatungskanzlei Zödl, Ried im Innkreis

SPRACHKENNTNISSE

Deutsch	Muttersprache
Englisch	sehr gute Kenntnisse
Französisch	Grundkenntnisse