Lehrbrief

Diversität und Erweiterung von Expertise in der Pflegeberatung

Ein didaktisch-methodische Übersetzung der Ergebnisse des Projektes

OPEN- Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung

Ein Verbundprojekt der Hochschulen:

Hochschule **RheinMain**
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim

Prof. Dr. habil. Michael May
(koordinierend)
Hochschule RheinMain
University of Applied Sciences
Wiesbaden Rüsselsheim Geisenheim
Kurt-Schumacher-Ring 18
65197 Wiesbaden
Telefon: 0611 - 9495 1320
E-Mail: michael.may@hs-rm.de

FRANKFURT UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Prof. Dr. Ulrike Schulze
Frankfurt University of Applied Sciences
Hessisches Institut für Pflegewissenschaften
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
Telefon: 069 – 1533 2845
E-Mail: uschulze@fb4.fh-frankfurt.de

Katholische Hochschule Mainz

Prof. Dr. Peter Löcherbach
Katholische Hochschule Mainz
Catholic University of Applied Sciences
Postfach 2340
D-55013 Mainz
Telefon: (0)6131 289 44 590
E-Mail: peter.loecherbach@kh-mz.de

Impressum

Lehrbrief, Stand August 2017, Frankfurt am Main

Herausgegeben von:
Open Source: www.projekt-open.de

Entwickelt vom:

Hessisches Institut für Pflegeforschung (HessIP)

BCN-Gebäude
Nibelungenplatz 3
60318 Frankfurt

Telefon: +49 69 1533-3245
Fax: +49 69 1533-3246
E-Mail: buero@hessip.de

Autoren*innen:

Prof. Dr. Ulrike Schulze
Professorin für Pflegewissenschaft/ Klinische Pflege an der
Frankfurt University of Applied Sciences
Geschäftsführerin des Hessischen Instituts für Pflegeforschung (HessIP)

Sabrina Khamo Vazirabad
M. Sc. (Case Management für barrierefreies Leben), B. Sc. (All. Pflege),

Andre Terjung
M. A. (Beratung und Sozialrecht), B. Sc. (All. Pflege)

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 3

1. Interkulturelle Aspekte in der Pflegeberatung 4
   1.1 Kultur – eine Universalerklärung? 4
   1.2 Idealtypen von Ratsuchenden 5
   1.3 Konzept der „Familial akzeptierten Pflegeberatung“ 7
   1.4 Rollenerweiterung 8
   1.5 Erwartungserwartungen 9

2. Erweiterung der Beratungsexpertise 10
   2.1 Paradoxieverständnis 10
   2.2 Idealtypen von Beratenden 13
   2.3 Die verschiedenen Beratungsmodi auf der Praxisebene 15

Literaturverzeichnis 17
Abkürzungsverzeichnis 18

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Vorwort

Das Ziel dieses Lehrbriefes ist, Sie mit interkulturellen Aspekten im Bereich der Pflegeberatung vertraut zu machen und sich mit der eigenen Beratungspraxis reflexiv auseinander zu setzen. Dabei wird vor allem die Fallebene in den Blick genommen, um vor dem Hintergrund des Case Management Gedankens sinnvolle Strategien zu entwickeln, um die Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen jeglicher kulturellen Identität beantworten zu können. Zunächst wird einführend Bezug auf die Literatur genommen und den Begriff der Kultursensibilität im Gesundheitswesen definiert, um eine Grundlage zu schaffen, wie diese in diesem Lehrbrief zu interpretieren und zu verstehen ist. Weiter werden im Kapitel 2 die Ergebnisse zur Kultursensibilität aus dem Projekt-„OPEN: Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung“ vorgestellt. Hier werden zum einen zwei Idealtypen von Ratsuchenden und ihre unterschiedlichen Bedarfe an Pflegeberatung vorgestellt. Zum anderen wurden die Grundzüge des Konzeptes der „Familial akzeptierten Pflegeberatung“ hier formuliert, um für die Praxis ein Werkzeug zur kultursensiblen Beratung zur Verfügung zu stellen. Das Kapitel 3 handelt von Beratenden im reflexiven Prozess zu ihrer Beratung. Zum einen unter Berücksichtigung verschiedener Spannungsfelder in der Beratungspraxis, und zum anderen soll dazu angeregt werden, dass Beratende ihre eigene Orientierung und ihre Ziele in der Beratung besser verstehen und weiterentwickeln. Neben den einführenden Sachtexten gibt es in diesem, an die Konstruktivistische Didaktik nach Reich (2012) angelehnten, Lehrbrief „Arbeitsblöcke“, bestehend aus Fallbeispielen und reflexiven Aufgaben. Der hier verhaftete Grundgedanke, dass jeder Mensch seine eigene individuelle Sicht auf komplexe Phänomene entwickeln muss, da jeder eine andere Biographie und andere Erkenntniszusammenhänge mitbringt, hat zur Folge, dass die Aufgaben nicht einheitlich beantwortet werden können. Die hier gestellten Fragen beziehen sich nicht auf Sachthemen, sondern regen zur Selbstreflexion an. Daher sind in diesem Brief bewusst keine Antworten vorgegeben.

Projekt OPEN – Wo kommen die Erkenntnisse her?

Die hier in diesem Lehrbrief vorgestellten Ergebnisse wurden im Rahmen des vom BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) geförderten Projektes OPEN entwickelt. Das auf drei Jahre angelegte Projekt fokussierte die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen. Es bildeten sich folgende drei Arbeitsschwerpunkte: Zugänge zu Beratungsangeboten im Gesundheitswesen abzubilden bzw. zu schaffen, die Beratungsqualität in den Pflegeberatungsstellen zu steigern und das vorhandene Netzwerk auf die Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund anzupassen.

Die hier vorgestellten Ergebnisse wurden aus den Daten des Projektes entwickelt, die in Arbeitsgruppen mit Menschen mit Migrationshintergrund, Beratungsgesprächen aus Pflegestützpunkten sowie Reflexionsgesprächen zwischen Ratsuchenden und Pflegeberatenden erhoben wurden.

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

1. Interkulturelle Aspekte in der Pflegeberatung

1.1 Kultur – eine Universalerklärung?

Forschungsarbeiten zu einem kultursensiblen Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitssystem fokussierten in Deutschland zumeist einzelne Herkunftsnationalitäten. Beispielsweise wurden Hypothesen zu „Feldphänomenen der Fremdheit“, wie die Genderthematik oder das Scham- und Schmerzempfinden (vgl. Schenk 2014; Dörge et al. 2015), nur in der Kommunikation mit Menschen mit türkischem Migrationshintergrund untersucht. Donini-Lenhof und Hendrick (2000) warnen jedoch vor einer Stereotypisierung durch allgemeine Zuschreibungen von Wissen über eine jeweils untersuchte Minderheit. Wichtiger sei es, die eigene Kultur gut zu kennen, um sie mit einer Haltung der Offenheit und Neugier von Neuem differenzieren zu können. Habermann formulierte 1999, „dass die theoretische Begründung einer jeden Pflegebeziehung im Kern auch interkulturelle Vermittlungsleistungen beinhalten muss“ (281). Dies bedeutet, interkulturelle Aspekte müssen nicht nur bei Ratsuchenden mit deutlich „erkennbarem“ Migrationshintergrund Berücksichtigung finden, sondern sind in jedem Beratungsgespräch zu beachten. Denn kulturelle Unterschiede gibt es auch ganz unabhängig von der Nationalität beispielsweise zwischen Bundesländern, zwischen städtischen und ländlichen Regionen, zwischen benachbarten Familien und sogar innerhalb einer Familie. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Migration ist in der Literatur und auch in der Berufspraxis nicht denkbar ohne die Assoziation mit Unterschiedlichkeiten bezüglich Kultur, Sprache, Religion oder sozialem Verhalten. Im Zusammenhang mit Pflegeberatung und in der Zugangsgestaltung zu den sozialen Einrichtungen für Menschen mit Migrationshintergrund, erscheint der Begriff „Kultur“ unumgänglich. Es sollte dabei der Anspruch von Beratenden sein, sich kulturelle Stigmatisierungen oder Generalisierungen bewusst zu machen und diese aus der Distanz heraus zu betrachten. Phänomene, die Verhaltensweisen an Merkmalen von Personen festmachen, lassen sich sowohl in sozialen Interaktionen als auch in der Literatur beobachten. Eine Textstelle aus dem Jahre 1986 zum Thema „Ausländerberatung“ verdeutlicht diese vorurteilbelasteten Zuschreibungen, die auf entsprechende Eigenschaften, Verhaltensweise zurückzuführen sind; die die Praxis erklären verdeutlichen

Beispiel:

Textstelle zum „Krankheitsverständnis“:

„Wenn ein Südländer erkrankt, steht ihm die ganze Familie bei. Der Bezug zum Körper ist sehr stark, ohne Körper geht gar nichts. Deswegen wird auch für „gutes Essen“ gesorgt. Die südländischen Frauen sind beim Einkaufen sehr pingelig. Fett wird gemieden, die Farbe muss schön sein, Obst und Gemüse müssen frisch sein.“ (Cicconcelli-Brügel 1986: 17)

Aufgabe:

1. Warum kann diese Aussage kritisch gesehen werden?

2. Für wen gilt sie und für wen nicht?

3. Kennen Sie weitere Umgangsweisen mit Krankheit, die bestimmten Ethnien zugeordnet werden können?

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Dieses Beispiel illustriert, wie schon im Vorfeld kulturelle stereotypische Zuschreibungen vorgenommen werden. „Damit sind Festschreibungen kultureller Wesensbestimmungen angesprochen, in denen […] einzelne national, religiös oder sprachlich identifizierbare Gruppen als „So-Seiende" kulturell codiert und auf entsprechende Eigenschaften festgelegt werden." (Eppenstein/Kiesel 2008: 70) Den kulturellen Hintergrund bzw. die kulturelle Differenziertheit als generalisierende „Allzweckursache" für das Begründen von Interaktionen hervorzuheben, führt zu Zuschreibungen, die Beteiligte daran hindern, „die konkreten Subjekte und ihre Handlungsgründe differenziert wahrzunehmen" (Kalpaka 2004: 39), „lenkt von existentiellen Problemen oft schnell ab" (Eppenstein/Kiesel 2008: 71), und bedeutsame Lebensbedingungen können durch den eingeschränkten Blick nicht aufgedeckt werden (Kalpaka 2004: 39). Sicherlich können kulturelle Unterschiede die wechselseitige Kommunikation oder das gegenseitige Verständnis beeinträchtigen, dennoch sollten andere Faktoren ebenso in den Blick genommen werden, die durch ihr Fehlen Missverständnisse verursachen können. Unwissenheit über Religion, Sozialisation, vergangene oder gegenwärtige Lebensumstände des Gegenübers, „strukturelle Diskriminierung", „Angst vor Versagen" (Do Mar Castro Varela 2008: 105) oder die mangelnde Empathie- und Reflexionsfähigkeit (Domenig 2001, S. 39) können ebenfalls Faktoren sein, durch die sich Phänomene in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund begründen lassen.

1.2 Idealtypen von Ratsuchenden

Den Bedarfen und Bedürfnissen von Menschen mit Migrationshintergrund adäquat gerecht zu werden, scheint bei der Vielfalt der Kulturen kaum lösbar zu sein. Aufgrund dessen ist es umso relevanter, den Fokus weg von Kultur hin auf allgemeine Konzepte zu lenken, welche die Gesamtheit der Ratsuchenden ansprechen. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt dahingehend auf zwei Idealtypen von Ratsuchenden, deren Bedürfnisse es auf verschiedene Arten zu beantworten gilt. Nach dem Soziologen Max Weber (1968: 194) stellen Idealtypen nicht die ‚eigentliche' Wirklichkeit der Praxis dar, sondern sind übersteigerte Gedankenbilder, die als Vergleichshorizonte helfen sollen, die eigenen Praxis zu verstehen und weiterzuentwickeln. Ein Idealtyp ist somit zunächst einmal die Betrachtung eines Phänomens in seinen reinen typischen Merkmalen. Also eine überzogene Beschreibung, welche alles Handeln bzw. Sein auf die wesentlichen Merkmale komprimiert und definiert. Dabei ist es vor allem relevant, Idealtypen von realen Personen zu unterscheiden und sie nicht gleichzusetzen. Das bedeutet, wenn von einem Idealtyp gesprochen wird, ist nicht eine bestimmte Person oder ein bestimmter Berater (w/m) gemeint. Methodisch angelehnt an Ralf Bohnsack (2007) konnten aus dem Projekt OPEN zwei Idealtypen von Menschen mit Migrationshintergrund abgebildet werden. (May 2017) (siehe Abb. 1) Der mehrheitlich bei dieser untersuchten Zielgruppe vorkommende Idealtypus eines persönlich – emotional – ganzheitlichen Orientierungsrahmens kann durch den Aufbau einer Vertrauensebene erreicht werden und erwartet von den Professionellen Verlässlichkeit in Bezug auf die Lösungsfindung seiner Anliegen. Zudem gilt es, diesen Typen persönlich und vor allem vor dem Hintergrund seiner Bedürfnisse anzusprechen und „emotional abzuholen", d.h. mit unter seine Gesundheitssituation ganzheitlich zu betrachten, so dass er sich „angenommen fühlt". Dabei vertraut er ganz auf verlässliche Absprachen. Diese Verlässlichkeit wird ihm vor allem aus der eigenen Community und Nachbarschaft gegeben, die primär angesprochen werden, um erste Informationen

zu Pflegeberatung sowie Pflegearrangements über ihr sozialen örtlichen Strukturen zu erhalten. In erster Linie werden in diesem Zusammenhang „Nachbarschafts- und Gemeinschaftshäuser bzw. andere halböffentliche Treffpunkte und Zentren, sowie Vereine oder religiöse Gemeinden" (May

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

2015: 4) präferiert. Dem gegenüber steht ein Idealtypus eines professionell sachlich-spezialisierten Orientierungsrahmens, der ebenfalls eine verständliche Ansprache bevorzugt, dennoch steht für ihn die professionelle Sachebene im Vordergrund. Dies bedeutet, dass er von den Professionellen eine Haltung erwartet, die unabhängig von der Hautfarbe, der Herkunft oder der Religion ist und die staatlichen Dienstleistungen des Gesundheitswesens sachlich und kompetent vermitteln kann. Dabei befürwortete dieser Typ, im Gegensatz zum ersten vorgestellten Typen, vor allem Verbindlichkeiten in Bezug auf seine Gesundheitsversorgung. Vor dem Hintergrund einer sich verändernden Familienstruktur, in Bezug auf eine zunehmende Berufstätigkeit von Angehörigen, ist es für die Kinder eine Herausforderung, für ihre Eltern zu sorgen. Dieser Idealtyp bevorzugt ein verbindliches Sorgearrangement mit dem Versorgungsstaat und die damit verbundene Entlastung der Kinder von ihrer Sorgepflicht. Diese beiden Typen werden unabhängig von Geschlecht oder Ethnie beschrieben, d.h. es ist davon auszugehen, dass beide Typen in allen Gesellschaften vertreten sind, das Verhältnis ihres Auftretens sich jedoch je nach Gesellschaft und Sozialraum unterscheidet.

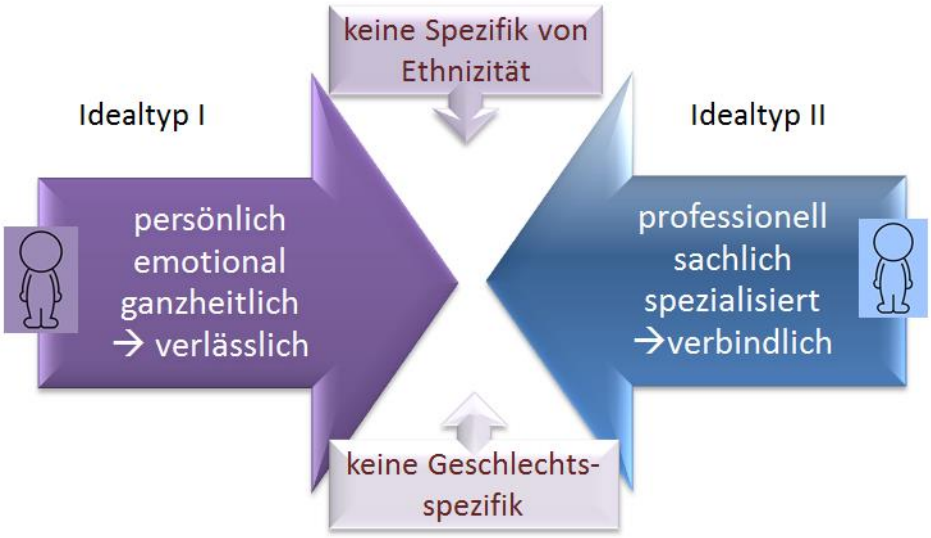

Abbildung 1: Idealtypen von Ratsuchenden (May 2015)

Beispiel:

Bitte schauen Sie sich das **Video „Idealtypen von Ratsuchenden“** an
und beantworten Sie die in Stichpunkten unten aufgeführten Fragen. Das Video ist auf der Projekt-Homepage (www.projekt-open.de) abrufbar. Das Lernvideo wurde von der Katharina Kaspar Akademie und der AOK Pflegeakademie auf Grundlage des frei zugänglichen Lehrbriefes (www.projekt-open.de) produziert. Eine Berechtigung zur Nutzung, Vervielfältigung und Verbreitung des Lernvideos über die Projekt-Homepage besteht. Nutzungs- und Verwertungsrechte zur kommerziellen Nutzung können nicht an Dritte übertragen werden.

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Aufgabe:

1. Beschreiben Sie in eigenen Worten die **Eigenschaften der Ratsuchenden** in den beiden Szenen des Videos.

2. Welche **Herausforderungen** gibt es jeweils im Umgang mit ihnen?

3. Bei welchen Idealtypen fällt Ihnen eine Beratung schwerer und woran könnte dies liegen?

1.3 Konzept der „Familial akzeptierten Pflegeberatung“

Den Grundgedanken des hier vorgestellten Modells der „Familial akzeptierten Pflegeberatung“ (Terjung/Khamo/Schulze 2016) deutete schon Wingenfeld an, indem er den Wunsch von Migranten (w/m) formuliert, Leistungserbringer „in den Kreis der Familie aufzunehmen und damit eine soziale Rolle zu konstituieren“ (2003: 63). Eine auf „gegenseitigem Respekt gegründete soziale Beziehung“ (Wingenfeld 2003: 63) entstehe gerade im Erstkontakt. Das Modell der „Familial akzeptierten Pflege“ versucht, mit der Kombination von kultursensibler Haltung und kulturspezifischen Erkenntnissen, eine Orientierung für Ausbildung und Praxis anzubieten. Die Abbildung 2 soll Ihnen zunächst einen Überblick über die verschiedenen Positionierungen eines Pflegeberaters bzw. einer professionellen Person in einem Sorgearrangement bieten. Im Anschluss wird detailliert auf die einzelnen Positionen jedes Sorgearrangements eingegangen.

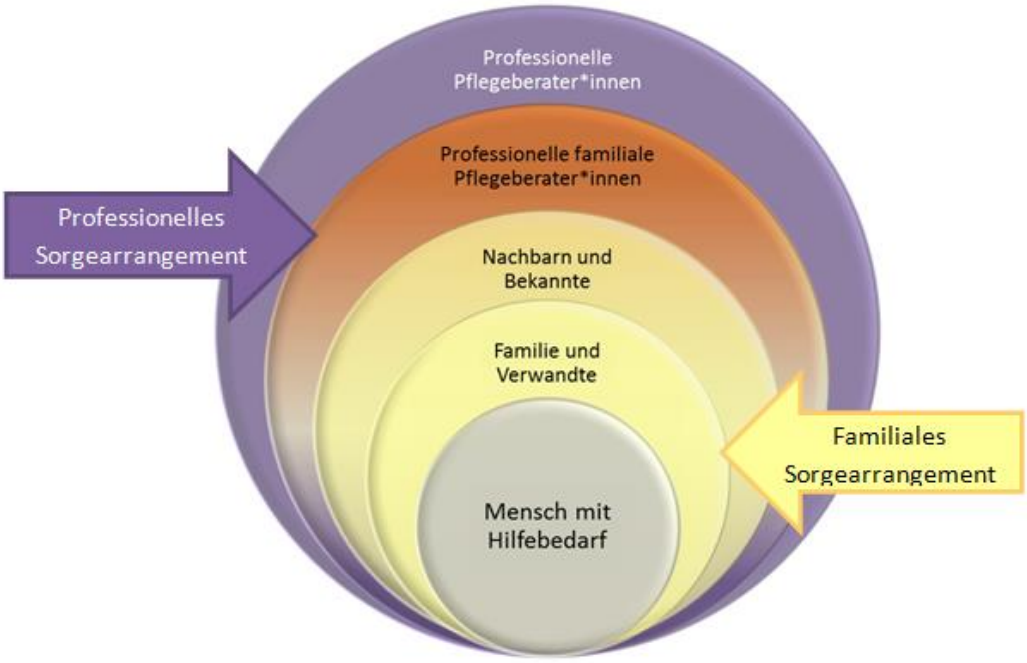

Abbildung 2: Familial akzeptierte Pflegeberatung (Terjung/ Khamo/ Schulze 2016)

Die untersuchten Menschen mit Migrationshintergrund, die sich eher im persönlich-emotional-ganzheitlichen Orientierungsrahmens bewegen, berichteten insgesamt von vier möglichen Positionierungen von Personen, die bei ihrer Gesundheitsversorgung eingebunden sind. Die ersten beiden,

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

dem Klienten am nächsten, definierten Positionen „Familie und Verwandte“ sowie „Nachbarn und gute Bekannte“ zeichnen sich durch ein hohes Maß an Vertrauen und Zugehörigkeitsbewusstsein ab und bilden gemeinsam das familiale Sorgearrangement. Demgegenüber wurde von ihnen die Position der „professionellen Pflegeberater (w/m)“ beschrieben, denen sie eher mit Fremdheit und zunehmend ablehnender Haltung gegenübertreten. Diese Position konnten wir einem professionellen Sorgearrangement zuordnen, dessen Motivation, Kompetenz oder Beziehungsverständnis sich von dem familialen Sorgearrangement unterscheidet. Ein idealtypisches Pflegearrangement wurde unter der Position „Professionelle familial akzeptierte Pflegeberater (w/m)“ beschrieben, in der Pflegeberatende Akzeptanz als Mitglied der Familie erfahren. Zu unterscheiden ist jedoch, dass die ersten drei Positionierungen „Familie/Verwandte“, „Freunde/Bekannte“ sowie „professionelle Pflegeberater (w/m)“ das tatsächliche Erleben der Menschen mit Migrationshintergrund beschreibt, somit die Ist-Situation darstellt. Die vierte Positionierung „familial akzeptierte Pflegeberate (w/m)“ verdeutlicht dem gegenüber eine Soll-Situation, die eine vielfach formulierte Wunschvorstellung professioneller Pflegeberater (w/m) darstellt und nur in einem Fall als eine erlebte Erfahrung berichtet wurde.

1.4 Rollenerweiterung

Wie kann es nun einer professionellen Person aus dem Gesundheitswesen gelingen, eine Akzeptanz von einer Gruppe, welche den Idealtypen ‚persönlich-emotional-ganzheitlich‘ abbildet, zu erfahren und dadurch zu ermöglichen, gemeinsam Wege zu finden, um die Gesundheitsversorgung des Individuums zu planen? Dabei ist bedeutsam, die Gruppe als solche zu definieren. Eine Gruppe wird von Zoll definiert als ein wechselseitiges Verhältnis von zwei oder mehreren Personen, die in einem gemeinsamen inneren Zusammenhang zueinander stehen. Dabei kann diese Verbindung durch verschiedene Merkmale bestimmt sein, welche verdeutlichen, warum sich Personen zu einer Gruppe zugehörig fühlen. Ein Zugehörigkeitsgefühl kann beispielsweise durch übereinstimmende Meinungen und Auslegungen bestimmter Phänomene, bestimmte für die Gruppe geltende Regeln und Grundätze oder einfach gemeinsame Ziele entstehen. (Zoll/Binder 1974: 11) Als eine Urform der Gruppe wird in der Literatur die Familie betont. Die Familie unterscheidet sich dahingehend von sozialen Gruppen, dass sie durch „die in ihr gemachten Erfahrungen auf die Mehrzahl der Verhaltensweisen und Einstellungen und damit auf andere soziale Gruppen präformierend“ (Schäfers 1999: 189), das heißt vorbildend bzw. prägend, wirken kann. Darüber hinaus ist ihre Struktur vorgegeben und kann sich im Gegensatz zu sozialen Gruppen nicht erst bilden. Die Gruppe der Familie ist zudem mit einem Wert- und Normensystem verbunden, das über Generationen hinweg die Gruppe bestimmt. Eine Studie von Lickel et al., welche Gruppendifferenzierungen untersuchte, machte auf einen weiteren, für das Konzept der Familial akzeptierten Pflegeberatung relevanten Aspekt aufmerksam. Die Familie als Gruppe mit einem stark ausgeprägten Merkmal „emotionaler Nähe“ zeigte in dieser Untersuchung eine sehr geringe Durchlässigkeit in Bezug auf das Eintreten oder Verlassen der Gruppe. (Lickel et al. 2000; Schulz-Hardt/Brodbeck 2014: 444) Um diese Gruppe nun zu erreichen, benötigen Beratende eine Erweiterung ihres Sach und Selbstverständnisses. Vor allem beinhaltet die Erweiterung der Expertise in erster Linie das Bewusstsein darüber, seine eigene Rolle um die einer familialen Rolle erweitern zu müssen, also sogar als eine Art Tochter oder Sohn anerkannt zu werden. Dahingehend soll erwähnt werden, dass die soziale Rolle mit vielen Verhaltenserwartungen verbunden ist, die ein Mitglied eines sozialen Systems oder in diesem Zusammenhang ein Mitglied einer Gruppe zu erfüllen hat (vgl. Preyer 2012: 57). Somit ist der Schritt zu einer Rollener-

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

weiterung, bedingt durch die Reflexion über und das bewusste Auseinandersetzen mit den eigenen Erwartungserwartungen, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird.

1.5 Erwartungserwartungen

Aufgrund der hohen Vielfalt und Komplexität auf den Ebenen Ethnie, Kultur, Milieu, Familie und Subjekt ist es nicht praxistauglich, für jeden Ratsuchenden die differenzierten Merkmale seines idealtypischen Sorgearrangements in Lehrbüchern darstellen zu wollen. Hier besteht auch die Gefahr von Stigmatisierung und dem Handeln nach einem Schema (vgl. auch Donini-Lenhof und Hendrick 2000). So muss es folglich in der Kompetenz einer kultursensiblen Beratungsfachkraft liegen, jede Arbeitssituation neu einschätzen zu können und mit einer forschenden Neugier die jeweiligen Ausprägungen der vorhandenen Vorstellungen eines Sorgearrangements zu entdecken (vgl. ebd.). Um dieser geforderten Kompetenz eine theoretische Grundlage zu geben, wird die Reflexion

der Erwartungserwartungen in Luhmanns allgemeiner Systemtheorie beschrieben. (Luhmann 1999: 412) Luhmanns Theoriebilddung zu den grundsätzlichen Wirkungsweisen verschiedener Gebilde oder Menschen eines Gesamtsystems wurde in den letzten Jahrzehnten in die verschiedensten wissenschaftlichen Fachrichtungen übertragen. Die Aspekte und Prinzipien von sozialen Systemen dienen zur Beschreibung und Erklärung komplexer Phänomene. Alle gegenseitigen Erwartungen der Menschen eines Systems können reflektiert werden, um Handlungen und Handlungsoptionen zu beschreiben und zu begründen. Nach Luhmann gelingt eine Stabilisierung bzw. die Kontrolle eines Systems durch die Reflexion der Erwartungen der beteiligten Personen und des darauf abgestimmten Handelns (Luhmann 1999, 412). Auf einer höheren Ebene der Reflexivität sind nicht nur die Erwartungen des Gegenübers zu erkennen, sondern auch die Perspektive, dass mein Erkennen von den Erwartungen eines anderen keine Erkenntnis ist, sondern ohne einen Austausch mit demjenigen nur eine Annahme, also auch eine Erwartung. Erwartungserwartungen sind also die eigenen Erwartungen bzw. Annahmen über die Erwartungen anderer. Wenn ein Berater beispielsweise davon überzeugt ist, dass es dem Ratsuchenden wichtig ist, die komplizierten rechtlichen Hintergründe seines Leistungsanspruches zu verstehen, so ist dies lediglich die Erwartungserwartung des Beratenden. Erst durch Nachfragen kann diese Annahme mit den tatsächlichen Erwartungen des Ratsuchenden an den Informationsgehalt im Beratungsgespräch abgeglichen werden. Es sollte eine reflexive Kompetenz, welche die Erwartungserwartungen in den Blick nimmt, angestrebt werden: Die Erwartungen der Fachkraft von den Erwartungen des Pflegedürftigen, also die Erwartungserwartungen, ergeben sich aus fundiertem Fachwissen, den eigenen Praxiserfahrungen und vor allem aus einem intensiven „forschenden“ Abgleichen mit den tatsächlichen Erwartungen der Ratsuchenden.

Aufgabe:

Zur Reflexion der eigenen Erwartungen von den Erwartungen von Personen mit Migrationshintergrund ist es relevant, sich vor, während oder nach einem Beratungsgespräch einige Fragen zu beantworten. Versuchen Sie dies einmal ganz bewusst bei einem Beratungsgespräch und notieren Sie Ihre Erfahrungen:

1. Welche Erwartungen, **denken Sie,** hat der Ratsuchende mit Migrationshintergrund an Pflegeberatende? (Verschriftlichen Sie dies stichpunktartig.)

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

2. Wie sieht „gute Beratung“ und „gute Kommunikation“ **aus der Sicht von Menschen mit Migrationshintergrund** aus, wenn sie in einer Interaktion mit Pflegeberatenden sind? (Fragen Sie nach und notieren Sie die Antworten)

3. Welche **Erkenntnisse** haben Sie gemacht, wenn Sie Ihre Erwartungserwartungen mit den Erwartungen der Ratsuchenden abgeglichen haben? Wenn nun eine Bratungsfachkraft einen Ratsuchenden mithilfe der Idealtypen und der Reflexion durch die Erwartungserwartungen in einigen Aspekten verstanden zu haben glaubt, wird im Konzept der „Familial akzeptierten Pflegeberatung“ ein nächster reflexiver Schritt vorgeschlagen. Die Erwartungen der Ratsuchenden zu kennen, bedeutet nun nicht, diesen in allen Punkten zu entsprechen. Wenn beispielsweise eine Tochter- oder Sohn-Rolle erwartet wird, kann dieser Erwartung nicht in Gänze, sondern nur in einem bewusst zugelassenen Rahmen entsprochen werden. Den Erwartungen der Ratsuchenden steht immer die Experteneinschätzung des Beratenden gegenüber. Um mit diesem und weiteren Spannungsfeldern professionell umgehen zu können, wird im Folgenden das Paradoxieverständnis vorgestellt.

2. Erweiterung der Beratungsexpertise

2.1 Paradoxieverständnis

In nahezu jeder Beratungssituation entstehen Spannungsfelder, in denen von Beratenden eine fachlich fundierte, auf Erfahrung beruhende oder aber reflektiert intuitive Entscheidungen zu erwarten ist. Ein Klient berichtet beispielsweise nach der Klärung der relevanten Formalia von weiteren, für ihn überaus wichtigen Bedarfen, während vor der Tür weitere Ratsuchende darauf warten, eine Beratung in Anspruch zu nehmen. „Professionelle Paradoxien sind unaufhebbare Schwierigkeiten bzw. Dilemmata des Handelns in professionellen Arbeitsbereichen […], die auf diesem Handeln innewohnenden widerstrebenden sachlogischen Anforderungen beruhen.“ (Schütze 2015). Es stehen immer zwei sich widersprechende Bedarfe, anerkannte Konzepte, Handlungsperspektiven, im folgenden Pole genannt, gegenüber. Professionalität zeichnet sich also dadurch aus, dass diese Paradoxien erkannt, verstanden und bewusst gesteuert werden. Drei Paradoxien sollen im Folgenden vorgestellt und bearbeitet werden.

2.1.1 Paradoxie: Nähe vs. Distanz

Es ist entscheidend für das professionelle Handeln, wie mit den Spannungsfeldern in einer Beratungssituation umgegangen wird. In Kapitel 1.2 wurde schon ausgearbeitet, dass ein bestimmter Idealtypus von Ratsuchenden eine persönliche, nahe, familiäre Ansprache benötigt, um Leistungen des Gesundheitssystems überhaupt in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig ist es wichtig, eine professionelle Distanz zu wahren, um sich vor einer zu starken eigenen emotionalen Betroffenheit zu schützen, um eine Bevorzugung des Ratsuchenden vor anderen zu verhindern oder um zu vermeiden, dass Grenzen der Zuständigkeit und des Verantwortungsbereiches überschritten werden. Beide, sich in ihrer Handlungspraxis widersprechende, Anforderungen sind als Gegensatzpaare, als sich gegenüberstehende Pole zu begreifen, die gleichzeitig relevant sind und einen Anspruch auf Gültigkeit erheben.

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Aufgabe:

1. Erinnern Sie sich möglichst detailliert an eine Situation aus **Ihrer Beratungspraxis**, in der die Nähe-Distanz Paradoxie zur Herausforderung wurde und **skizzieren Sie** mit möglichst vielen Stichpunkten, warum Sie wie gehandelt haben.

2. Wodurch wurde sie zum kritischen Spannungsfeld bzw. zum Konflikt?

3. Warum lassen sich beide Pole schwer vereinbaren?

4. Untersuchen Sie im folgenden Fallbeispiel, wie die Beraterin versucht, beide **Pole zu beantworten**.

5. Überlegen Sie sich, **welche weiteren Wege** denkbar wären, um mit diesem Spannungsfeld umzugehen.

Beispiel:

(Nach einem Gespräch über den Namen der Ratsuchenden) *Beraterin:* Frau Antuyn, ich habe auch den Namen von meinen Omas, von beiden Omas habe ich die Namen gekriegt. *Ratsuchende:* (spricht mit Mutter auf Arabisch)

Beraterin: Ich heiße noch Stefanie. *Ratsuchende:* Oh Stefanie. *Beraterin:* Und Augusta. (3 Sek. Stille) So. Heute haben wir den 12.02.2013. Ich würde gerne mit Ihnen den Hilfebedarf besprechen.

OPEN_PS09_Z1a_193-197

2.1.2 Paradoxie: SGB vs. Lebensverhältnisse

Eine weitere Herausforderung besteht darin, auf der einen Seite die Fokussierung der Beratung zum Rechtsanspruch der Ratsuchenden im Sinne des SGB XI und der Unterstützung darin, die hier verankerten zustehenden Leistungen abzurufen, in den Blick zu nehmen. Auf der anderen Seite steht die Beachtung der individuellen Lebensverhältnisse in einem Pflegearrangement, um in der Komplexität eines Falles einerseits weitere vom Gesetzgeber nicht formulierte Bedarfe von Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und andererseits Ressourcen zu finden und zu fördern. Ein widerstreitender wesentlicherer Aspekt liegt beispielsweise auf der Ebene des Zeitmanagements. Eine zunächst ggf. schneller zu bearbeitende Erwirkung von Gesetzesansprüchen steht einer, in der Beratung als langwieriger erscheinenden, Auseinandersetzung mit individuellen Bedarfen gegenüber. Langfristig kann der Pol der „Lebensverhältnisse“ zu einer Reduktion von Pflegeaufwand und auch Beratungsaufwand führen, da ein Sorgearrangement ganzheitlich gestärkt wird. Jedoch ist es, insbesondere wenn viele Ratsuchende auf einen Termin warten, die zentrale Aufgabe von Pflegeberatenden, die Inanspruchnahmen von Leistungsansprüchen zu ermöglichen. Beides hat seine absolute Berechtigung und muss im Einzelfall von den professionellen Beratern (w/m) gelöst werden.

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Beispiel:

(Eine Familie denkt darüber nach, dass die Schwiegermutter in ein Pflegeheim umziehen müsste und wendet sich an einen Pflegestützpunkt.) *Ratsuchende:* Man muss umschalten, Realist werden, realistisch sehen. Sagen ok, ist halt so. *Berater:* Mhm, das stimmt. Wenn man ein bisschen Abstand hat, geht das leichter. Wenn man halt sehr emotional miteinander verbunden ist und wenn man sehr lange miteinander verheiratet oder so ist, dann ist das natürlich schwer, das auch so zu akzeptieren, ne. Aber gut, also, so ist das Leben. Es hat viele Facetten, ne. *Ratsuchende:* Ja. *Berater:* Also ich guck mal, wir haben das jetzt so weit, hab ich das jetzt ausgefüllt. Es gibt jetzt im Prinzip, außer dass jetzt Ihr Schwiegervater hier noch unterschreiben muss *Ratsuchende:* Machen Sie das einfach mit dem Vorantrag.

OPEN_PS01_Z2_a_965-971

Aufgabe:

1. Unter welchen Umständen würden Sie eher einen Schwerpunkt auf den Pol der Sozialrechtsberatung setzen, und unter welchen eher auf eine Beratung zu den Lebensverhältnissen?

2. Welche kurzfristigen und welche langfristigen Folgen hätten beide Varianten?

3. Wenn Sie beide Pole als gleich wichtig erachten würden, wie würden Sie dann damit in der ober dargestellten oder einer ähnlich von Ihnen erlebten Situation umgehen?

2.1.3 Paradoxie: Erzeugen von Selbstständigkeit vs. vollständige Übernahme

In der Paradoxie „Erzeugen von Selbstständigkeit“ vs. „vollständige Übernahme“ steht das Konzept „Hilfe zur Selbsthilfe“, zum Beispiel im Sinne des Empowerments nach Rappaport, gegenüber einer vollständigen Übernahme aller Aufgaben und Entscheidung im Beratungsprozess bei einer erkannten Überforderung der Ratsuchenden. Um in diesem Spannungsfeld professionell handeln zu können, muss eine Klärung von Eigenpotenzialen der Betroffenen bzw. der Grenzen dieser Ressourcen erfolgen. Hierunter fallen beispielsweise stellvertretende Durchführungen von Gesprächen mit Kassen, Institutionen und Hilfsdiensten oder das Ausfüllen von Anträgen.

Beispiel:

Beraterin: Mit diesem Höherstufungsantrag da müssten Sie bei der AOK anrufen und sich so einen neuen Antrag zuschicken lassen. *Ratsuchender:*

Mhm. *Beraterin:* Ja? Sie haben das ja schon mal gemacht? *Ratsuchender:*

Ja. *Beraterin:* Genau bei der AOK genau dann würden Sie da anrufen und würden sagen, wir möchten gerne einen. *Ratsuchender:* Eine Begutachtung.

Beraterin: Einen Höherstufungsantrag, ich kann ihnen das auch mal hier aufschreiben: Höherstufungsantrag, Höherstufungsantrag, den bekommen Sie dann zu geschickt. *Ratsuchender:* Mhm.

Beraterin: Weil er hat ja im Moment schon den Pflegegrad 1 d.h. Sie bekommen ja im Moment schon Pflegegeld. *Ratsuchender:* Ja.

OPEN_PS03_Z2_357-366

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Aufgabe:

1. Lassen sich im Fallbeispiel die beiden Pole finden? Wie geht die Beraterin damit um?

2. Wie entscheiden Sie sich in der Praxis, ob Selbstständigkeit gefördert werden könnte oder ob eine Übernahme erfolgen müsste?

3. Was könnten Sie sich aufbauend auf diesen Überlegungen vorstellen, einmal in einer Ihrer nächsten Beratungen exemplarisch zu testen?

2.2 Idealtypen von Beratenden

Welche zentralen Aufgaben und welches Selbstverständnis hat die Pflegeberatung? Nach dem SGB XI §7 Abs.1 haben beispielsweise die „Pflegekassen […] die Eigenverantwortung, de[n] Versicherten durch Aufklärung und Auskunft über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung zu unterstützen und auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken.“ Aber was bedeutet dies für die Handlungsebene? Welche Themenfelder sollte die Beratung abdecken, um diesem Ziel nachzukommen, und welche Werkzeuge werden hierfür benötigt? Um hierfür wissenschaftlich fundierte Antworten geben zu können, wurde im Projekt OPEN die Beratungspraxis von neun Pflegestützpunkten analysiert, um Inhalte, Vorgangssweisen und Orientierungsrahmen von Beratenden abzubilden. Im Folgenden werden daher vier Idealtypen der Pflegeberatung beschrieben.

2.2.1 Beratungstyp 1 – orientiert am SGB

Der erste Beratungstypus zielt darauf ab, dem Ratsuchenden zu seinen Leistungsansprüchen nach dem SGB XI zu verhelfen. Routiniert informiert er zur Vielfalt der Möglichkeiten und unterstützt im Umgang mit Gesetzestexten, Formularen und Anträgen. Dabei verhält er sich eher technisch, sachlich, distanziert. Fragen zu spezifischen pflegerisch- medizinischen oder psychosozialen Herausforderungen werden nicht thematisiert. Die Beratung erfolgt in einer möglichst verständlichen Sprache und zu einem taktisch klugen Vorgehen zur Absicherung einer ausreichenden finanziellen oder personellen Unterstützung.

2.2.2 Beratungstyp 2 – orientiert an den Lebensverhältnissen

Ein zweiter Idealtyp orientiert sich an den Lebensverhältnissen und den individuellen Bedarfen des Ratsuchenden und seiner Angehörigen. Dabei geht er flexibel auf die aufkommenden Themen ein, gibt biographischen Beschreibungen Raum und bietet den Ratsuchenden ein hierauf abgestimmtes, möglichst breites Spektrum an regionalen Kontakten, Hilfsmitteln und Versorgungsmöglichkeiten an. Eine gute Atmosphäre, Wertschätzung und eine emotionale Nähe sind dabei sehr wichtig. An Entscheidungsprozessen beteiligt er sich nicht. Je nach Wunsch, wird gerne ein anstehender Arbeitsschritt übernommen oder aber die Selbstständigkeit gefördert. Dieser Beratungstyp zieht bei schambesetzten Themen oder psychosozialen Problemen eine Grenze in Bezug auf seine Beratungs-

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

leistung, kommuniziert dies offen und informiert diesbezüglichen zu weiteren Unterstützungsangeboten.

2.2.3 Beratungstyp 3 – Stellvertretend-Deutende Orientierung

Der Stellvertretend-Deutende-Typ übernimmt die Problemdefinition und die Lösungsfindung gestützt auf seine fachliche bzw. wissenschaftliche Expertise für den Ratsuchenden. Er schätzt dessen Kompetenzen nicht für so tragfähig, um die Versorgungssituation adäquat einschätzen zu können und versucht ihn vor diesem Hintergrund von der Relevanz seiner Einschätzung zu überzeugen.

Er deutet im komplexen Zusammenhang zwischen Problembeschreibung und Ressourcenorientierung und verfolgt zur Beratungsthematik und Lösungsfindung seiner eigenen Expertise, im Sinne einer für Ratsuchende stellvertretenden Deutung. Dieser Typ gestaltet die Beratungssituation eher monologisch und nicht partizipativ, sondern versucht Ratsuchende fachlich von dieser Perspektive zu überzeugen.

Eine psychosoziale Reflexion der Lebensverhältnisse, mit konkreten detaillierten Fragen zur Lebenssituation im Gespräch mit dem Klienten, steht nicht im Vordergrund.

Bezugnehmend darauf sieht er sich als Experte seines Faches, der den Überblick die Versorgungsmöglichkeiten im sozialspezifischen Raum hat und das Wissen über Netzwerkkooperationen und Hilfen hat, die er sich, im Gegensatz zum Ratsuchenden, für die Planung zu nutzen machen kann. Vor diesem Hintergrund dieser Expertise neigt er dazu direktiv zu handeln und bestimmend die Beratungssituationen zu steuern, immer seiner eigenen Struktur folgend.

2.2.4 Beratungstyp 4 – Sorgend-Vormundschaftliche Orientierung

Der vierte, Sorgend-Vormundschaftliche, Typ möchte ebenfalls dem Ratsuchenden seine Einschätzungen nahebringen, nutzt hierzu jedoch die eigenen Erfahrungen und stellt Gemeinsamkeiten mit den Ratsuchenden her, um zu überzeugen und zu Handlungsschritten zu motivieren. Die Grundorientierung des Typs wird von der Notsituation im Sorgearrangement der Ratsuchenden bestimmt und zielt auf die Wiederherstellung ihrer Lebensqualität ab. Seine Rolle sieht der Sorgend-Vormundschaftliche Typ darin, Ratsuchende von seinen Thesen zum Sorgearrangement bzw. zur Weltsicht, die an seinen Erfahrungs- und Wissensmodellen angelehnt sind, zu überzeugen. Als gezielte Methode nutzt dieser Typ Gemeinsamkeiten wie Geschlecht, Ethnie und Krankheitserleben, um ein „Wir gegen den Rest der Welt“-Gefühl zu erzielen und so seinen eigenen Standpunkt zu stärken. Dabei ist er durchgehend betroffen und emotional. Ziel ist es insbesondere, Ratsuchende zur Selbstständigkeit, zu den gemeinsam besprochenen notwendigen Handlungsschritten, zu motivieren.

2.2.5 Beratungstyp 5– orientiert an einem tiefen-explorativen Interesse

Vom vierten Beratungstypus werden noch nicht aufgedeckte oder tieferliegende Herausforderungen der Lebensbewältigung, wie beispielsweise Überforderung oder Ängste gespiegelt, und Wünsche, Ressourcen und Bewältigungsstrategien der Ratsuchenden gemeinsam herausgearbeitet. Auf der Suche nach individuellen Lösungen werden nicht nur die als nächstes anstehenden Hilfeleistun-

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

gen besprochen. Vielmehr wird die Pflegesituation als prozesshaftes Geschehen erkannt, bzw. als eine schritthafte Veränderung fokussiert und begleitet. Dieser entwicklungsorientierte Idealtypus nimmt es wahr, wenn der Ratsuchende nicht mehr partizipativ beteiligt ist und unterstützt bei der Findung einer eigenen Meinung. Durch empathisches, gezielt vertiefendes Nachfragen werden insbesondere psychosoziale, schambesetze und emotionale Themen thematisiert.

Beispiel:

Bitte schauen Sie sich das **Video „Idealtypen in der Pflegeberatung“** an und analysieren Sie dieses anhand der unten aufgeführten Fragen.

Bitte schauen Sie sich das **Video „Idealtypen von Ratsuchenden“** an und beantworten Sie die in Stichpunkten unten aufgeführten Fragen. Das Video ist auf der Projekt-Homepage (www.projekt-open.de) abrufbar. Das Lernvideo wurde von der Katharina Kaspar Akademie und der AOK Pflegeakademie auf Grundlage des frei zugänglichen Lehrbriefes (www.projekt-open.de) produziert. Eine Berechtigung zur Nutzung, Vervielfältigung und Verbreitung des Lernvideos über die Projekt-Homepage besteht. Nutzungs- und Verwertungsrechte zur kommerziellen Nutzung können nicht an Dritte übertragen werden.

Aufgabe:

1. Schreiben Sie auf, welche Idealtypen in den Sequenzen 1 bis 4 vorkommen. Eine Sequenz fasst den Typen 3 und 4 zusammen.

2. Welchen Idealtypus würden Sie als am meisten geeignet vorschlagen?

3. Welcher Idealtypus würde Ihrer Beratung am meisten ähneln?

4. Welchen Idealtypus, der bei Ihnen noch nicht sehr ausgeprägt vorkommt, würden Sie als sinnvoll erachten? Welchen ersten Schritt könnten Sie unternehmen, in Ihrer Beratungsstelle die verschiedenen Idealtypen zu fördern oder zu kombinieren?

2.3 Die verschiedenen Beratungsmodi auf der Praxisebene

Wenn die Identifizierung der Beratungstypen in der eigenen Berufspraxis gelingt, kann einerseits die Ausrichtung des eigenen Vorgehens eher verstanden werden, andererseits können die Typen auch als gezielt einzusetzende Handlungsorientierung bzw. Beratungswerkzeuge gesehen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Beratungstypen nicht wertend zu betrachten sind, sondern jeder für sich seine Berechtigung und situationsspezifische Angemessenheit hat. Im Datenmaterial des Forschungsprojektes konnten vier Modi nachgewiesen werden, die beschreiben, auf welche Art und Weise Beratende konkret zwischen den vier Idealtypen wechseln. (Schulze et al. 2017) Zunächst gibt es den Modus A den ‚bewussten Wechsel‘, in welchem mehrere Orientierungsnahmen bewusst zeitlich nacheinander platziert werden. So hören Beratende in diesem Modus A beispielsweise erst zu und unterstützen bei den individuellen Anliegen der Ratsuchenden, bevor sie in einer zweiten klar getrennten Beratungsphase die Formalien für Anträge thematisieren. In dem Modus B der ‚Ver-

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

schränkung‘ verlaufen zwei Idealtypen parallel zueinander, wie beispielsweise die Orientierung am SGB bei gleichzeitiger ausführlicher Ergründung der Lebensverhältnisse. Bei diesem Modus treten besonders stark die Spannungsfelder der Paradoxien auf, was ein intensives reflexives Vorgehen verlangt. Im sehr häufig vorkommenden Modus C ‚situativer Wechsel‘ geschehen viele, schnell aufeinander folgende Wechsel zwischen Idealtypen. Diese Wechsel sind an den Verlauf des Gespräches angepasst und vollziehen sich eher ohne eine bewusste Steuerung. Im letzten Modus D, dem ‚eher kontinuierlichen‘, folgen die Beratenden in der gesamten Beratung stringent einem Idealtypus.

Je nach Qualifikation, eigenen Kompetenzen und Vorgaben in der jeweiligen Institution, sind die Typen und Modi unterschiedlich. Wichtig ist dabei, dass jeder Berater (w/m) mit Authentizität seinen eigenen Schwerpunkt bei den Beratungstypen findet und bereit ist, sein eigenes Vorgehen zu hinterfragen. Gelingt dieser erste Schritt, können im nächsten Schritt die Typen und Modi mit Kollegen (w/m) diskutiert werden, mit dem Ziel, Vielfalt von Beratungsweisen als gegenseitige Ergänzung zu begreifen. Im Rahmen dieses Lehrbriefes kann nicht der Anspruch an die Leser erhoben werden, die vorgestellten Idealtypen, Reflexionsebenen und Beratungspraktiken langfristig in einem gesicherten Maße in die Praxis übertragen zu können. Hierfür wurden im Projekt OPEN vier Units entwickelt, die von den Beratungsinstitutionen als je zweitägige Weiterbildung genutzt werden können, um die hier vorgestellten Inhalte didaktisch-methodisch zu ergänzen und zu vertiefen (projekt-open.de).

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Literaturverzeichnis

Bohnsack, R.: „Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden“. 6.Auflage. Opaden: Budrich Verlag, 2007.

Cicconcelli-Brügel, S.: „Psychologische und sozio-kulturelle Aspekte in der Diagnostik und Beratung ausländischer Arbeiterfamilien“. In: Jaede, W.; Porte-ra, A.: „Ausländerberatung. Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie“. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 1986.

Do Mar Castro Varela, M.: „Macht und Gewalt: (K)ein Thema im Diskurs um interkulturelle Kompnetenz“. In: Rommelspracher, B.; Kollak, I. (Hrsg.): „Interkulturelle Perspektive für das Sozial- und Gesundheitswesen“. Frankfurt: Mabuse-Verlag, 2008.

Domenig, D. (Hrsg.): „Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits und Sozialberufe“. 2. Auflage. Bern: Huber Verlag; 2007.

Donini-Lehnoff, F.G. & Hedrick, H.L.: „Increasing awareness and implementation of cultural competence principles in health professional education“. Journal of Allied Health, 2000, 29, 241-245.

Dörge, C. & Lautenschläger, S.: „Wenn Migranten pflegebedürftig werden: Herausforderungen einer kultursensiblen Pflege in der ambulanten Versorgung“. Pflegewissenschaft, 2015, 17.

Eppenstein, T. & Kiesel, D.: „Soziale Arbeit interkulturell“. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, 2008.

Habermann, M.: „From the strange to the own. The discourse of intercultural nursing and its impulses for the nursing sciences“. Pflege, 1999, 278–282.

Kalpaka, A.: „Über den Umgang mit „Kultur“ in der Beratung“. In: Radice von Wogau, **J.; Eimmermacher, H.; Lanfranchi, A.:** „Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch- interkulturell denken und handeln“. Weinheim: Beltz Verlag, 2004.

Lickel, B.; Hamilton, D. L.; Sherman, S. J.: „Elements of a lay theory of groups: Types of groups, relational styles, and the perception of group entitativity“. Personality and Social Psychology Review, 2001, 129 - 140.

Luhmann, N.: „Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie“. 7. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1999.

May, M.: „Typenbildende Auswertung der OPEN-Zukunftswerkstätten“. Unveröffentlichtes Material. Projekt: OPEN- Interkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung, 2015.

May, M.: „Interkulturelle Öffnung der Pflegeberatung“. In: Bleck, C.; van Rießen, A.; Knopp, R. (Hrsg.): „Zukunft Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen aus multidisziplinären Perspektiven“. Wiesbaden: VS-Verlag, 2017.

Preyer, G.: „Rolle, Status, Erwartungen und soziale Gruppe. Mitgliedschaftstheoretische Reinterpretationen“. Wiesbaden: Springer Verlag, 2012.

Reich, K.: „Konstruktivistische Didaktik“. 5. Auflage. Beltz Verlag, 2012

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN

Schäfers, B.: „Einführung in die Gruppensoziologie“. 3. Auflage. Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag, 1999.

Schenk, L.: „Pflegevorstellungen von älteren Migrantinnen und Migranten“. 2014. http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Tagungsdokumentation_ Pflegen-de%20Angeh%C3%B6rige%20mit%20Migrationshintergrund_web.pdf (10.06.2017).

Schulze, U.; Khamo Vazirabad, S.; Theisinger, M.; Terjung, A.; Zein, A.: „Unveröffentlichter Ergebnisbericht der Forschungswerkstatt „Beratungsanalyse“ im Projekt OPENInterkulturelle Öffnung in der Pflegeberatung“. (09.06.2017)

Schulz-Hardt, S. & Brodbeck, F.: „Gruppenleistung und Führung“. In: Jonas, K.; Stroebe, W.; Hewstone, M.: „Sozialpsychologie. Eine Einführung“. Berlin: Springer Verlag, 2014.

Schütze, F.: „Paradoxien des professionellen Handelns“. In: Rätz, R.; Völter, B. (Hrsg.): „Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit“. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, 2015.

Weber, M.: „Die ‚Objektivität‘ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis“. In: Weber, M.: „Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre“. 3. Auflage. Tübingen: 1968.

Wingenfeld, K.: „Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld)“, 2003. https://www.unibielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-124.pdf (01.06.2017)

Zeman, P.: „Interkulturelle Kompetenz und Pflegequalität“. Informationsdienst. Altersfragen. Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2004, 2, 2-5.

Zoll, R.; Binder, H.-J.: „Die soziale Gruppe: Grundformen menschlichen Zusammenlebens“. 3. Auflage. Diesterweg Verlag, 1974.

Abkürzungsverzeichnis

BDSG = Bundesdatenschutzgesetz

bzw. = beziehungsweise

DKG = Deutsche Krankenhausgesellschaft

ebd. = ebendiese

et al. = und andere Autoren

ggf. = gegebenenfalls

Hrsg. = Herausgeber

KrPflG = Gesetz über die Berufe der Krankenpflege

SGB = Sozialgesetzbuch

u.a. = unter anderem

vgl. = vergleiche

vs. = versus

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung
FORSCHUNG AN FACHHOCHSCHULEN