



Angelika Zegelin
Martin Schieron
(Hrsg.)

Wittener Werkzeuge

Ein Konzept für Gespräche
und Beratung in der Pflege

Mit einem Geleitwort von Günter G. Bamberger

Wittener Werkzeuge

Wittener Werkzeuge

Angelika Zegelin, Martin Schieron (Hrsg.)

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Pflege:

André Fringer, Winterthur; Manela Glarcher, Salzburg; Stefan Schmidt, Neubrandenburg;
Christine Sowinski, Köln; Angelika Zegelin, Dortmund

Angelika Zegelin
Martin Schieron
(Hrsg.)

Wittener Werkzeuge

Ein Konzept für Gespräche und Beratung in der Pflege

Mit einem Geleitwort von Günter G. Bamberger

unter Mitarbeit von

Günter G. Bamberger
Bernhard Langner



Angelika Zegelin, Hon.-Prof. Dr. (Hrsg.). Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Magister Erziehungswissenschaft, Pflegewissenschaftlerin, Dortmund.
E-Mail: kontakt@angelika-zegelin.de

Martin Schieron (Hrsg.). Diplom-Pflegewissenschaftler/FH, MA Gesundheit und Diversity in der Arbeit, Krankenpfleger/RbP, Spannungspädagoge, Düsseldorf.
E-Mail: M.Schieron@web.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://www.dnb.de> abrufbar.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved. Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de.

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
z.Hd. Jürgen Georg
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Tristan Stern
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/ER Productions Limited
Umschlaggestaltung: Hogrefe Verlag Bern
Illustration Kapiteltrenner: Jürgen Georg, Schüpfen
Satz: Mediengestaltung Meike Cichos, Göttingen

Format: PFD

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95843-9)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75843-5)
ISBN 978-3-456-85843-2
<https://doi.org/10.1024/85843-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	9
Vorwort	11
1 Ein neues Konzept von Beratung in der Pflege	13
<i>Martin Schieron und Angelika Zegelin</i>	
1.1 Merkmale von Beratung in der Pflege	15
1.2 Pflegesettings – Chancen und Probleme	16
1.3 Wohin es gehen soll	18
1.4 Literatur	19
2 Entwicklung der Wittener Werkzeuge	21
<i>Angelika Zegelin</i>	
2.1 Die Werkzeug-Idee	23
2.2 Selbstpflege als Teil des Ansatzes	24
2.3 Grundsätzliche Orientierungen	25
2.4 Denken, Fühlen, Handeln	27
2.5 Das Selbst	28
2.6 Entwicklung des Seminarkonzeptes	29
2.7 Der erste Seminarsdurchlauf	32
2.8 Weiterentwicklung des Seminars	38
2.9 Das Team	41
2.10 Externe Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit	43
2.11 Warum gibt es aktuell kein dauerhaftes Seminarangebot?	44
2.12 Mein Resümee	46
2.13 Literatur	46
3 Die Wittener Werkzeuge	49
<i>Martin Schieron und Angelika Zegelin</i>	
3.1 Achtsamkeit (PatientCare) und Selbstachtung (SelfCare)	51
3.1.1 Achtsamkeit	51
3.1.2 Selbstachtung	53
3.2 Einlassung (PatientCare) und Intuition (SelfCare)	54
3.2.1 Einlassung	54
3.2.2 Intuition	58

3.3	Mitgefühl (PatientCare) und Selbst-Spürung (SelfCare)	58
3.3.1	Mitgefühl	58
3.3.2	Selbst-Spürung	61
3.4	Ermutigung (PatientCare) und Selbstermutigung (SelfCare)	62
3.4.1	Ermutigung	62
3.4.2	Selbstermutigung	67
3.5	Berührung (PatientCare) und Selbststärkung (SelfCare)	67
3.5.1	Berührung	67
3.5.2	Selbststärkung	72
3.6	Literatur	73
4	Die Kunst des Fragens	77
	<i>Günter G. Bamberger</i>	
4.1	Die fragende Person	78
4.2	Das Fragen	79
4.2.1	Erste Kunstfertigkeit des Fragens: Wertschätzung	79
4.2.2	Zweite Kunstfertigkeit des Fragens: Perspektivenerweiterung	80
4.2.3	Dritte Kunstfertigkeit des Fragens: Ressourcenaktivierung	81
4.3	Das Zuhören	81
4.3.1	Erste Kunstfertigkeit des Zuhörens: Empathie	82
4.3.2	Zweite Kunstfertigkeit des Zuhörens: Berührung	82
4.3.3	Dritte Kunstfertigkeit des Zuhörens: Selbstwert-Bestärkung	82
4.4	Fazit	83
4.5	Literatur	83
5	Umsetzung der Wittener Werkzeuge durch „Team Care“	85
	<i>Bernhard Langner</i>	
5.1	Interne Verantwortlichkeit ist nötig	86
5.2	Die Werkzeuge des TeamCare	91
5.3	Jemand muss sich kümmern!	94
5.4	Fazit	95
	Anhang	97
	Hinweise zum Change-Management	99
	Der Wert von Pflege und Berufsstolz	102
	Impulse zu Entspannungsverfahren	104
	Von Kollege zu Kollegin	111
	Beratungsgespräche in der Pflege – Rückblick und Ausblick	116

Entscheidend ist eine Haltung der Eingelassenheit	122
Das bewundernswerte Engagement der Pflege	129
Teamentwicklung mit den Wittener Werkzeugen	136
Autorenverzeichnis	141
Hinweise zu Zusatzmaterialien	147
Sachwortverzeichnis	149

Geleitwort

Willkommen zu dieser Publikation über das, was qualifizierte Pflegefachpersonen in Krankenhäusern, Heimen oder auch im häuslichen Bereich tun – verfasst von *Angelika Zegelin*, Pflegewissenschaftlerin, ehemals an der Universität Witten/Herdecke; dem Pfleger mit vielfältiger Berufserfahrung *Bernhard Langner*, der in Berlin eine Einrichtung der Langzeitpflege leitet; sowie dem Pflegewissenschaftler *Martin Schieron*, bei der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen als ‚Referent für Pflegenden Angehörige‘ beschäftigt.

Wenn man im Bekannten- und Freundeskreis fragt, was zu den pflegerischen Tätigkeiten alles gehört, wird meist aufgezählt: Medikamente geben, Temperatur messen, Verband wechseln, Körperpflege, das Essen bringen ... Dann bricht in der Regel der Ideenfluss schon ab.

Diese oberflächliche Sichtweise zu ersetzen durch ein differenziertes Bild von der ganzen Komplexität der pflegerischen Tätigkeit, das ist das Anliegen der Autorin und Autoren.

Sie orientieren sich dabei an den fünf Modalitäten der Kommunikation: *sehen, hören, fühlen, sprechen, tun* – und kommen analog für das pflegerischen Tun zu folgenden Beschreibungen: *achtsam sein, sich einlassen, mitfühlen, ermutigen, berühren.*

Diese bezeichnen sie als „Werkzeuge“, also Mittel, um etwas zu bewirken; mit Rekurs auf den Entstehungsort als *Wittener Werkzeuge*.

Von besonderer Bedeutung ist dabei im Pflegebereich sicherlich das Mitgefühl. Tania Singer, Psychologin und Neurowissenschaftlerin am Max-Planck-Institut in Berlin, schreibt hierzu: „Menschen, die viel mit dem Leid anderer zu tun haben, müssen lernen, Empathie in Mitgefühl zu transformieren. Mitgefühl bedeutet, sozusagen innerlich einen Schritt zurückzutreten und sich zu fragen: Wie kann ich helfen? Es geht um liebevolle Sorge und helfendes Tun: Mitgefühl. Das schützt vor Erschöpfung und macht uns liebevoll und handlungsfähig“ (Singer, 2015, S. 123).

Die Beschreibung der einzelnen Werkzeuge im Detail und wie ihre hilfreiche Wirkung zu erklären ist, darum geht es im gemeinsamen Beitrag von Angelika Zegelin und Martin Schieron.

Im Anschluss daran ein Artikel von Bernhard Langner, der davon berichtet, wie gut sich die Wittener Werkzeuge in der Praxis umsetzen lassen, wenn ein Arbeitsteam sich gegenseitig unterstützt (*TeamCare*).

Nun hoffe ich sehr, in Ihnen eine große Vorfreude auf die Lektüre dieses wunderbaren Buches geweckt zu haben.

Dem Buch selbst wünsche ich, dass es auf Platz 1 der für die Ausbildung von Pflegenden zu empfehlenden Büchern steht. Denn seine Lektüre wird den Pflegenden deutlich machen, welch einzigartigen Beruf sie gewählt haben – ein Beruf, der sie mit Recht voller Stolz erfüllt. Es ist ein Beruf der mitmenschlichen Solidarität – und Solidarität halte ich für eine der edelsten menschlichen Eigenschaften.

Tübingen im Oktober 2025

Günter G. Bamberger

Literatur

Singer, T. (2015). Von der Freiheit für unsere Gefühle. In H.-J. Gögl & J. Kittinger (Hrsg.), *Tage der Utopie* (S. 114–139). Bucher.

Vorwort

Pflege ist ein Kommunikationsberuf – neben Fachwissen ist menschlicher Kontakt wichtig. Dabei geschieht die Kommunikation handlungsbegleitend, neben anderen Tätigkeiten. Patientinnen und Patienten, Bewohnerinnen und Bewohner sind vielfach „hungrig“ nach Zuwendung. Ein pflegebedürftiger Mensch benötigt oftmals 24 Stunden am Tag ständige Hilfe.

Auch aus diesem Grund sind pflegende Angehörige oft „am Limit“. In der beruflichen Pflege stellt die große Anzahl der zu versorgenden Personen eine Herausforderung dar. Diese sind oft in Angst und Sorge, leiden unter vielfältigen Beschwerden.

Die Beziehungsaufnahme zwischen beruflich Pflegenden und Gepflegten wird heute immer schwieriger. Das ist insbesondere durch Zeit- und Personalmangel bedingt. Zusätzlich hat sich im Bereich der akuten Pflege (z. B. im Krankenhaus) die Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den letzten 30 Jahren nahezu halbiert.

Darauf muss die Pflege reagieren. Es gibt jedoch kaum Forschung darüber, was *gute Pflege* ist. Pflege scheint nicht wirklich messbar zu sein. Was jedoch oft deutlich wird: Pflegende spüren die Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten trotz ungünstiger Rahmenbedingungen. Viele Pflegende können der Vielzahl der Anforderungen aber vielfach nicht mehr gerecht werden und reagieren mit Ausbrennen oder der Berufsaufgabe. Mehr Selbstfürsorge auf Seite der Pflegenden ist dringend nötig –

dies wird überall im vorliegenden Buch betont. So wurde beispielsweise im Anhang ein Kapitel zu Entspannungsverfahren aufgenommen.

Geht es in der Pflege um Kommunikation und Gesprächsführung, werden häufig bestehende Ansätze anderer Fachdisziplinen auf die Pflege übertragen, ohne die Besonderheiten des Pflege-Settings zu berücksichtigen. Insbesondere der mechanische Einsatz von Gesprächstechniken reicht nicht aus, um zwischenmenschliche Beziehungen befriedigend zu gestalten.

Die *Wittener Werkzeuge* verstehen sich als ein Ansatz, der *aus der Pflege und für die Pflege entwickelt* wurde. Etwa ab 2010 wurden sie durch Vorträge, Veröffentlichungen und Schulungen bekannt. Die Wittener Werkzeuge wurden durch eine studentische Arbeitsgruppe im Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke entwickelt – begleitet durch den Diplom-Psychologen Günter G. Bamberger und die Pflegewissenschaftlerin Angelika Zegelin. Dabei stand anfänglich eine *geeignete Form* für Beratungen in der Pflege im Fokus. Im weiteren Verlauf des Entwicklungsprozesses wurde daraus zunächst eine allgemeine Grundlage für helfende Gespräche. Am Ende stand die Erweiterung der ursprünglichen Absicht zu einem umfassenden Kommunikationsansatz. Dabei geht es im Kern darum, Dinge zu klären und Menschen zu stärken. Bis heute gibt es viele Nachfragen zu den Wittener Werkzeugen. Der Ansatz scheint vielfach in die Ausbildung Pfl-

gender integriert worden zu sein. So haben wir uns entschlossen, ein kleines Buch zu schreiben, damit die guten Ideen weitergegeben und erhalten bleiben können. Einige Inhalte werden hier nur als Impuls vorgestellt. Um eine vertiefte Beschäftigung mit den Wittener Werkzeugen zu ermöglichen, sind jedoch einerseits im Anhang einige Zeitschriften-Artikel dazu vollständig abgedruckt. Zudem gibt es zu den meisten Kapiteln über die verwendeten Quellen hinaus weitere Literaturhinweise zu den Wittener Werkzeugen.

Bewusst sind die Entwicklung der Inhalte und die Seminargestaltung ausführlicher aufgeführt. Bis heute halten wir ein mehrtägiges und mehrzeitiges Angebot zur Vermittlung der Wittener Werkzeuge für förderlich. Bei der Entwicklung hat sich ein Seminarumfang von acht Tagen bewährt. Kurze Trainings reichen nicht aus, um längerfristige Orientierungen aufzubauen. Zwischen den einzelnen Seminarblöcken bleibt Zeit, um Gelesenes zu reflektieren und Neuerungen auszuprobieren. Pflegende brauchen Begleitung bei der Umsetzung neuer Ansätze. Besonders wichtig ist es daher, eine dauerhafte Verantwortlichkeit für das Thema vor Ort in den Einrichtungen zu etablieren. Wir wünschen uns, dass unsere Erfahrungen überall in Pflege-Studiengängen und -Ausbildungen Beachtung finden.

Pflege wird vielfach immer noch als einfache, *händische* Tätigkeit gesehen. Die komplexe Interaktionsarbeit bleibt bei einer solchen Betrachtungsweise oft verborgen und wird nicht wahrgenommen. Daher versteht sich dieses Werk auch als ein Beitrag, um die Sichtbarkeit der *sprechenden Pflege* zu fördern.

Hinweis zu sprachlichen Regelungen:

Wir möchten den Leserinnen und Lesern einen flüssigen Text bieten, der ein einfaches Lesen ermöglicht. Wir haben uns deshalb für folgende Sprachregelungen entschieden:

Wir sprechen im vorliegenden Buch in der Regel von Patientinnen und Patienten oder auch von Hilfebedürftigen und meinen damit Menschen, die aufgrund einer Erkrankung, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung professionelle Pflege empfangen. Dabei ist es unerheblich, ob sie sich akut in einem Krankenhaus oder auf Dauer einer Pflegeeinrichtung befinden oder durch ambulante Dienste versorgt werden. Insofern beziehen wir in diese Sprachregelung auch Menschen in Alten- und Pflegeheimen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung ein – korrekterweise spricht man von Bewohnerinnen und Bewohnern. Dies gilt auch für betreute Menschen in ambulanten Settings – oft als Kundinnen und Kunden, Klientinnen und Klienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer bezeichnet. Aus dem jeweiligen Textzusammenhang eines Kapitels wird deutlich, welche Gruppe von zu betreuenden Menschen gemeint ist.

Wir sprechen von Angehörigen der oben beschriebenen Personen und meinen damit sowohl Familienangehörige als auch weitere an der Pflege und Versorgung einer Person beteiligte Zugehörige wie Freunde, Bekannte, Nachbarn etc.

Zusammengesetzte Begriffe wie *Patientenedukation* werden von uns in der Regel nicht gegendert. Auch verzichten wir bewusst auf den Genderstern, ausschließlich zugunsten eines einfacheren Leseflusses. Dies stellt jedoch keine Diskriminierung bzw. Ausgrenzung von Personen oder Personengruppen dar.

Wenn wir von Pflegenden sprechen, meinen wir in der Regel beruflich Pflegenden – denn dieses Buch stellt sie in den Mittelpunkt.

Angelika Zegelin und Martin Schieron

1

Ein neues Konzept von Beratung in der Pflege

Martin Schieron und Angelika Zegelin



Pflege bedarf der Kommunikation. Stellvertretend für einen anderen Menschen übernehmen Pflegenden individuelle Alltagstätigkeiten und sorgen für Genesung und Wohlbefinden.

Berufliche Pflege zeigt dabei viele Interaktionsformen. Vermutlich ist der Pflegeberuf der zahlenmäßig größte Beruf mit Beratungsauftrag. Erkrankte, hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie deren An- und Zugehörige haben viele Fragen und Sorgen. Sie brauchen Ermutigung und Perspektiven. Dies gilt für alle stationären pflegerischen Settings – im Krankenhaus, im Altenheim, in der Kurzzeitpflege oder im Hospiz. In Akutphasen einer Erkrankung oder anderen krisenhaften Situationen sind die betroffenen Personen – auch dazu zählen oft An- und Zugehörige – zumeist besonders bedürftig. Sie entwickeln oft eine andere Sicht auf die Welt und brauchen Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen. Dann wenden sie sich an die Pflegenden, die als größte Berufsgruppe rund um die Uhr verfügbar und zuständig sind. Aber auch die ambulante Pflege ist besonders beratungs-„trächtig“. Oftmals wenden sich insbesondere pflegende An- und Zugehörige mit Fragen der Alltagsgestaltung an die professionellen Pflegenden. Insofern ist es nicht verwunderlich, wenn Pflegenden manchmal meinen, im „Leid der anderen zu ertrinken“.

Im Grunde läuft die gesamte niederschwellige psychologische und pädagogische Begleitung erkrankter und pflegebedürftiger Personen über die Pflegeberufe. Heilsam ist dabei v. a. die Beziehung zwischen den gepflegten Menschen und den beruflich Pflegenden. Die Grenze zwischen *helfenden Gesprächen* und *Beratung* ist dabei fließend.

Noch vor wenigen Jahrzehnten galt die Pflege Tätigkeit als stumme Zuarbeit für Ärztinnen und Ärzte. Erst durch die Entdeckung von *Pflegebedürftigkeit* und erste Beschreibungen der Hilfsbedürftigkeit anhand täglicher Aktivitäten fand Pflege einen eigenen Gegenstandsbereich mit eigenen Interaktionsformen. Seitdem werden beruflich Pflegenden zu einem umfassenden Blick auf die zu versorgenden Personen ausge-

bildet. Sie wissen, dass auch seelische und geistige Vorgänge das Körpererleben und Verhalten einer Person beeinflussen können. Alle Pflege-theorien, Berufsbilder, Kompetenzprofile und Qualitätsvorgaben weisen deutlich darauf hin. Individuelle Zuwendung und verständliche Information sind Patientinnen und Patienten besonders wichtig. Dies zeigen auch Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit immer wieder deutlich (Kirchner-Heklau et al., 2022; Picker Institut, 2013; Zozman & Stocker, 2024).

Überall versuchen beruflich Pflegenden, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Sie erleben allerdings häufig, dass der *sprechenden Pflege* kein hoher Stellwert zugesprochen wird. Es gilt vielerorts immer noch primär, händisch zu erledigende Arbeit „wegzuschaffen“. Gespräche mit den betreuten Personen oder deren Angehörigen werden kaum in Übergaben thematisiert oder in die Pflegedokumentation aufgenommen. Nicht jede Patientin, nicht jeder Bewohner braucht ständig Zuwendung. Aber auf den meisten Stationen im Krankenhaus und in Wohnbereichen in Heimen sind oft über 30 Menschen von wenigen Pflegenden zu versorgen. So haben „Rednerinnen und Redner“ unter den Pflegenden oft ein schlechtes Gewissen, denn Gespräche gelten oft nicht als „richtige Arbeit“ (Abt-Zegelin, 2009a). Auch Vorgesetzte fördern die Interaktionsarbeit in der Pflege kaum. Dabei finden Gespräche überall statt. Sie sind oft kurz (Schieron et al., 2020), summieren sich aber insgesamt zu relevanten Zeiteinheiten. Die zu pflegenden Personen versuchen ihren Gesprächsbedarf durchzusetzen und sprechen die Pflegenden an – denn diese sind ja vor Ort greifbar. Und auch wenn in den Ausbildungen entsprechende Inhalte eine höhere Wertigkeit erfahren, wird die kommunikative Arbeit in der pflegerischen Alltagspraxis durch den beschriebenen Druck und ungünstige Rahmenbedingungen immer weiter verringert. Oder sie wird an einzelne Expertinnen und Experten innerhalb (z. B. Advanced Nursing Practitioners, Pflegetrainerinnen und Pflegetrainer) oder außerhalb (Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der

Kommunen oder der Pflegekassen) der eigenen Institution abgeben.

Insgesamt nimmt in unserer individualisierten und komplexer werdenden Gesellschaft der Beratungsbedarf zu – nicht nur in der Pflege. Ob in Bildungsfragen, zur Geldanlage, im Gartencenter, zur Zahngesundheit, im Baumarkt oder im Beerdigungsinstitut – Menschen brauchen Orientierung. In existenziellen Lebenslagen wie Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit kommen zudem noch Angst, Sorgen, Sinnsuche, die Beschäftigung mit Lebenszielen und Hoffnung(-losigkeit) hinzu. Trotzdem bleibt der Eindruck, dass manchmal mehr Zeit für den Kauf von Laufschuhen investiert wird als zur Gestaltung einer palliativen Situation.

1.1 Merkmale von Beratung in der Pflege

Beratungssituationen in der Pflege unterliegen vielen Besonderheiten. Und: Beratung ist in der Regel nicht der Hauptauftrag der Pflegeberufe.

Merkmale: Handlungsbegleitung

In der direkten Pflege „am Bett“ geht es um die Aufrechterhaltung täglicher Aktivitäten wie Bewegung, Ernährung und Gut-Atmen-Können. Es geht um die Überwachung von Vitalwerten, Gesundheitsförderung und Sicherheit trotz Krankheit oder Pflegebedürftigkeit. All dies ist mit psycho-pädagogischen Anteilen verbunden. Diese finden oft handlungsbegleitend statt. Dies bedeutet, sie erfolgen während eines Verbandwechsels, einer Körperwaschung oder im Rahmen des Blutdruckmessens (Abt-Zegelin, 2009b). Die erwähnten Handlungsbeispiele zeigen zudem, dass *Berührung* in pflegerischen Settings den Stellenwert einer Begegnung hat. Die *Erlaubnis* von Berührung unterscheidet berufliche Pflege sogar von vielen anderen helfenden Berufen (**Kap 3.5**)

Beruflich Pflegende können und sollten alle Anwesenheitssituationen nutzen, um mit den zu Pflegenden ins Gespräch zu kommen. Jede

Begegnung bietet einen Anlass zur emotionalen Stützung und zum Assessment. Einen Menschen anzuschauen, ein Nicken und Lächeln können etwas bewirken. Pflegende können so beispielsweise ihre Bereitschaft zu Gesprächen signalisieren und gleichzeitig Gesprächsbedarf bei den zu Pflegenden erkennen.

Merkmale: Kürze

Oft sind Interaktionen in der Pflege sehr kurz. Aber auch kurze Gespräche und Beratungen sind wichtig, hilfreich und möglich. Selbst Minutengespräche können alle Merkmale einer guten Beratung aufweisen (Donner et al., 2010).

Auch in anderen helfenden Berufen werden kurze Beratungen nicht nur durchgeführt, sondern inzwischen als hilfreich und professionell bewertet (Hollstein-Brinkmann & Knab, 2016). Lohse (2020) spricht z. B. von „Kurzgesprächen in der Beratung“ und McLeod (2008) berichtet über Beratung „Outside the therapy room“. Knab formulierte bereits 2008 für die Sozialarbeit ihr Konzept der „Beratung zwischen Tür und Angel“ (Knab, 2008). Sie beobachtete, dass Bewohnerinnen eines Frauenhauses ihre Anliegen lieber bei informellen Begegnungen aussprachen. Die gleiche Diffusität und Offenheit gilt für die Pflege. Die meisten Menschen wollen keine Termine für ein Gespräch vereinbaren – insbesondere dann, wenn ihnen ihre Anliegen nicht aufschiebbar erscheinen (Schieron et al., 2020). Sie wollen ihre Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner selbst aussuchen. Sie suchen menschliche Begegnungen – auch außerhalb festgelegter Rollen. Hier zeigt sich, dass die reine Übertragung von Konzepten aus anderen Beratungs- und Gesprächssettings auf die berufliche Pflege oft nicht hilfreich ist.

Merkmale: ad-hoc-Charakter

Eine weitere Besonderheit ist der ad-hoc-Charakter von Gesprächen in der Pflegepraxis. Die Beteiligten haben sich nicht expliziert zu einem Gespräch vereinbart. Eine Gesprächsanfrage kommt oft plötzlich – meistens während beruf-

liche Pflegende einer anderen Aufgabe im Zimmer oder auf dem Flur nachkommen (Schieron, 2021a). Solche Gespräche beginnen oft unverfänglich über eine unmittelbare körperliche Beschwerde. Im Gesprächsverlauf tun sich dann auch schwierige Themen auf, z. B. Verzweiflung über die eigene Situation. Die Ratsuchenden testen dabei vielfach an, ob ihr Gesprächsbedarf von den beruflich Pflegenden aufgegriffen wird. Der Übergang von Alltags- zu Beratungsgesprächen ist dabei oft fließend.

Auch wird deutlich, dass Patientinnen und Patienten die Situation und die Person für ein Gespräch selbst definieren. Im Kontext beruflicher Beratung ist kaum ein höherer Freiheitsgrad für Ratsuchende denkbar. Sie haben Vertrauen zu den Pflegenden. In einem Projekt konnte gezeigt werden, dass besonders im Nachtdienst Gespräche zu Pflegenden gesucht werden (Bartholomeyczik et al., 1992). Für die Pflegenden ist in solchen Situationen wichtig, den Gesprächsbedarf zu erkennen. Und wenn diesem akut wegen anderer Notwendigkeiten nicht nachgegangen werden kann, zu einem späteren Zeitpunkt wieder darauf zurückzukommen.

Merkmal: Themenvielfalt

Typisch für die Kommunikation in der Pflege ist auch das außerordentliche Themenspektrum. Es kann um eher einfache zu klärende Dinge wie das Einnehmen eines Abführmittels gehen. Die Pflegenden werden aber auch zu komplexen Themen wie einem mangelnden Lebenswillen oder die Übersiedlung des Partners oder der Partnerin in ein Heim angesprochen (Abt-Zegelin, 2009b). Tausende von Inhalten sind möglich. Sie betreffen ganze Lebenswelten und haben existenzielle Folgen – anders als beim Autokauf oder der Beratung in einer Apotheke. Die Wechsel zwischen einem reinen Informationsgespräch mit einer Patientin und einer tiefergehenden Beratung mit einem anderen Patienten, aber auch der Übergang von einem zum anderen innerhalb einer Situation kommt in der Pflege häufig vor. Dies erfordert Flexibi-

lität und Belastbarkeit aufseiten der Pflegenden.

1.2 Pflegesettings – Chancen und Probleme

Krankenhäuser sind „Angstmaschinen“. Kranke Menschen, die stationär in Krankenhäuser aufgenommen werden, befinden sich allein aufgrund dessen in einer Ausnahmesituation. Nach der Diagnosestellung oder vor einer Operation wird dies oftmals zusätzlich emotional verstärkt. Sie sind verletzlich, suchen das Gespräch. Niemand geht heute aus banalen Gründen in eine Klinik. Für ältere Menschen sind Krankenhäuser häufig gar gefährliche Orte. Es gibt dort zahlreiche Risiken wie Krankenhausinfektionen oder eine erschwerte Orientierung. Und auch Menschen in Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege verspüren aufgrund ihrer Lebenssituation Unsicherheiten oder Krisen.

Pflegende äußern häufig, dass sie den Auftrag zu Mitgefühl und menschlicher Begleitung spüren – sie müssen oft situativ reagieren. Patientinnen und Patienten fragen nach dem Sinn, wenden sich an höhere Mächte und bringen spirituelle Gedanken in die Gespräche ein. Sie nehmen sich vielleicht vor, etwas in ihrem Leben zu ändern und wenden sich wegen Rat und Unterstützung an die Pflegenden. Die gesamte Lebensgeschichte der Betroffenen kann in solchen Gesprächen mitschwingen. Pflegende können solche Gespräche nicht ignorieren und müssen darauf reagieren – auch wenn es sie manchmal zu überfordern scheint. Ihnen steht eigentlich ein großes Handlungsrepertoire zur Verfügung. Eventuell kann zunächst eine fürsorgliche Alltagshandlung („Ich bringe Ihnen erstmal einen Tee.“) oder eine Berührung für einen Moment emotionaler Entspannung und Ruhe sorgen. Das Ignorieren, Herabspielen oder Nicht-Ernst-Nehmen („Ach, das wird schon wieder!“) solch existenzieller Ängste und Sorgen sind bestenfalls als *ungünstig* und

schlimmstenfalls als *kontraproduktiv* für den gesamten Betreuungsprozess zu betrachten. Eine gute Begleitung kann Patientinnen und Patienten emotional stützen und Komplikationsraten senken (Körper, 2021). Und auch die Gestaltung einer zufriedenstellenden späteren Lebenssituation kann so angebahnt werden. Diese Chance wird in der Akutsituation im Krankenhaus jedoch kaum genutzt. Die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen erscheint zunehmend industrialisiert und durch ökonomische Aspekte geprägt. Die Wahrung der Würde und eine individuelle Begleitung bleiben dabei häufig auf der Strecke. Auch viele Pflegenden leiden darunter. Sie werden unzufrieden und manchmal sogar selbst krank.

In den letzten Jahrzehnten sind auch in Deutschland spezifische Berufsrollen für Pflegenden entstanden. Früher wurden diese Spezialisierungen über Weiterbildungen erworben, heute ist dafür häufig ein Studium notwendig. So gibt es beispielsweise schon länger Spezialistinnen und Spezialisten für die Stoma- oder Diabetesberatung sowie für die Wund-, Schmerz- oder Kontinenzberatung. Pflegenden arbeiten in der Schwangerenberatung oder auch in Stillzentren (Lusebrink, 2021). Im onkologischen Bereich gibt es mehrere Spezialisierungen in der Pflege, z.B. die Breast Care Nurse (Marquard et al., 2020). Advanced Nursing Practice (ANP) ist ein Modell, das im Ausland sehr verbreitet ist und auch in Deutschland zunehmend etabliert wird. Der Begriff bezeichnet beruflich Pflegenden, die zusätzlich zu ihrer Grundausbildung einen Studienabschluss auf Masterniveau erworben haben. Sie arbeiten zumeist zu klar umgrenzten Themenbereichen, z. B. in ganz spezifischen Klienten- bzw. Diagnosefeldern (Herzinsuffizienz, COPD, Demenzberatung u. a. m.). In all diesen Tätigkeiten ist das Handlungsfeld Beratung ausdrücklich vorgesehen. Insofern sind für diese Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten Gespräche und Beratungen ausdrücklich Teil ihrer beruflichen Tätigkeit (Schieron, 2021b).

Durch die Einführung der sozialen Pflegeversicherung in Deutschland wurden einige Tä-

tigkeiten der *sprechenden Pflege* gefördert. So werden beispielsweise Pflegekurse in Form von Gruppenkursen oder häuslichen individuellen Schulungen gewünscht und finanziert (Schieron, 2021c). Überhaupt ist das in 1995 in Kraft getretene Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI, 1994) das erste Gesetzeswerk in Deutschland, in dem Beratung als explizite Aufgabe der Pflege aufgeführt wurde (§ 37 Abs. 3 SGB XI). Und diese Aufgabe wird nicht nur benannt, sondern erstmals auch explizit vergütet. In spätere Aktualisierungen des SGB XI wurde dann auch der Begriff „Pflegeberatung“ als verpflichtende Leistung der Pflegekassen (§ 7a SGB XI) aufgenommen. Leider werden die Beratungen im Kontext der Pflegeversicherung häufig als rein organisatorisch-rechtliche Beratungen zu Leistungen nach dem SGB XI durchgeführt (Wolff et al., 2023). Dies gilt ebenfalls leider häufig auch für Beratungen durch Pflegenden in ambulanten Pflegediensten oder in Pflegeberatungsbüros. Wenn dann ein diffuser und vielfältiger Hilfebedarf auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen auf standardisierte Angebote der Kostenträger trifft, werden zumeist nur wenige Bedarfe der Ratsuchenden bearbeitet. Hinzu kommt, dass Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht nur Pflegenden vorbehalten ist. Sie kann und wird auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen wie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern oder Sozialversicherungsfachangestellten durchgeführt. Pflegeberatung im hier beschriebenen Sinne wird im vorliegenden Buch nicht weiter betrachtet.

Insgesamt haben sich die Beratungstätigkeiten in der Pflege sehr stark ausdifferenziert. Pflegenden sind nicht mehr nur im Krankenhaus, im Pflegeheim oder bei einem ambulanten Pflegedienst tätig. Sie arbeiten bei Krankenversicherungen und Pflegekassen, im Sanitätsfachhandel oder in der kommunalen Pflege-, Senioren- und Wohnberatung. In all diesen Berufsrollen ist viel Zeit für Beratung vorgesehen. Oftmals ist Beratung hier sogar die Haupttätigkeit. Die Beratenden verfügen in der Regel über Räumlichkeiten für ungestörte Ge-

sprache können über Terminvereinbarungen ausreichend Zeit für die einzelnen Ratsuchenden einplanen.

Dennoch liegt das größte Feld der Beratung allerdings immer noch in der Praxis am Krankenhausbett, im Wohnbereich eines Heimes sowie in den Wohnungen häuslich versorgter Personen. Hier werden die meisten ad-hoc-Anfragen an Pflegenden gerichtet. Und auch die Expertenstandards für die Pflege fordern Beratung, Schulung und Information gerade in diesen pflegepraktischen Settings ein.

Doch gerade hier scheint noch viel mehr möglich. Eine weitreichende Implementierung des Primary-Nursing-Konzeptes wäre hier z. B. hilfreich. Das Konzept ordnet einer kleinen Gruppe von zu versorgenden Menschen eine verantwortliche Pflegefachperson zu. So entsteht in der Regel eine persönliche Beziehung zwischen den Beteiligten. Auf dieser Basis sieht das Konzept auch viele Gespräche zwischen den versorgenden und den versorgten Personen vor (Deutsches Netzwerk Primary Nursing im DBfK, 2019).

Überhaupt steht das „zarte Pflänzchen“ Beratung in der Pflege noch vor einigen Schwierigkeiten. So wird es vor einer breiten und tiefen Rezeption im Hauptfeld der Pflegepraxis häufig von partiellen Interessen okkupiert. Dies können von Seiten der Kostenträger vorgegebene Beratungsinhalte oder Anforderungen der Evidenzbasierung sein.

Aber es zeigen sich auch ganz praktische Probleme im täglichen Tun. So sind oft mehrere Pflegenden in Gespräche mit Patientinnen und Patienten zum selben Thema involviert, ohne dass sich darüber ausgetauscht wird. Es ist möglich, dass den Ratsuchenden völlig unterschiedliche Perspektiven angeboten werden. Gesprächsinhalte werden nicht dokumentiert, entsprechende Kategorien sind in der Software kaum vorgesehen. Auch werden Gesprächsinhalte kaum in Dienstübergaben mitgeteilt (Zegelin, 1998).

In den meisten Pflegesettings fehlen gezielte Rückmeldungen zum eigenen Gesprächsver-

halten der Pflegenden, etwa durch kollegiale Beratung oder Supervision.

Manche Pflegenden scheuen die Einlassung auf die Ratsuchenden, weil sie ahnen, dass es Zeit kostet oder in Überforderung enden könnte. In solchen Fällen müsste vermittelt werden, dass zu einer professionellen Haltung gehört, den Ratsuchenden zu begegnen, sich aber selbst nicht zu verlieren. In der Regel fragen Pflegenden im Krankenhaus beim abendlichen Durchgang durch die Zimmer danach, ob die Patientinnen und Patienten noch etwas benötigen. Dabei geht es dann meistens um Medikamente. Sie haben dennoch den Eindruck, dass sowohl die Patientinnen und Patienten als auch sie selbst wissen, dass es eigentlich um etwas Anderes gehe, dieses Andere aber oft nicht möglich sei (Bartholomeyczik et al., 1992).

1.3 Wohin es gehen soll ...

In Aus- und Weiterbildungen sowie in Pflege-Studiengängen werden beliebige Konzepte der Beratung vorgetragen. In Büchern für Pflegenden werden humanistische Theorien, gerne aus der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, herangezogen. Es geht um Kommunikation – zum Beispiel um die Axiome von Watzlawick und Mitautoren (2017) und bestenfalls auch um Schulz von Thun (2014). Vereinzelt kommen sogar psychoanalytische Ansätze vor. Immer wieder wird auf verhaltensorientierte kurz-therapeutische Verfahren aus der Medizin oder den Gesundheitswissenschaften zurückgegriffen – etwa auf die „Motivierende Gesprächsführung“ (Jähne & Schulz, 2018).

Dabei scheint nicht beachtet zu werden, dass Beratungsgespräche in der praktischen Pflege in der Regel nicht in langen Prozessen erfolgen. Dass es beispielsweise keine vereinbarten Termine, detaillierte Auftragsklärungen und Zielformulierungen gibt. Die oftmals vorgenommene Unterscheidung in Fach- und Prozessberatung (Schieron, 2021d) greift hier nicht. Die Rahmenbedingungen sind insgesamt

eher ungünstig. Bei Beratungsanfragen im Mehrbettzimmer können fremde Personen mithören. Störungen durch die Klingel sind sehr häufig. Zudem *reagieren* Pflegende in der Regel auf an sie gestellte Anfragen und machen eher selten eigene Gesprächsangebote. Stillere Ratsuchende, die eine Kontaktaufnahme vielleicht scheuen, obwohl auch sie Beratungsbedarf hätten, werden oft nicht erkannt. Eine Form zugehender Beratung scheint zu fehlen, eine Form zufälliger Beratung vorzuherrschen.

In allen bekannten Pflegetheorien sind zahlreiche Kategorien der „Seelenpflege“ zugeordnet. Dabei geht es um Kommunikation, um Sinnfindung, um Geschlechtsidentität, um Soziales. Im Resümee der jeweiligen Theorien scheinen diese Bereiche aber neben anderen Aspekten zu kurz zu kommen. Maslow (1981) zeigt in seiner Bedürfnishierarchie auf, dass die Basis bei der Sicherung körperlicher Interessen liegt. Zudem ist die Pflege bis heute in vielen Settings vielfach durch medizinische Gegebenheiten bestimmt. Es ist Krohwinkel (2007) zu verdanken, dass sie den Blick auf die Pflege um existenzielle Sorgen und soziale Lebensabsicherungen theoretisch (und praktisch) erweitert hat. Dennoch scheint es der Pflege in Ausbildung und Praxis immer noch an Bereicherungen aus der Psychologie und den Sozialwissenschaften zu fehlen.

Für das in diesem Buch zugrunde gelegte Beratungsverständnis gilt: Beratung in der Pflege geht immer von einem gemeinsamen und ergebnisoffenen Suchen nach Lösungen aus. Die Gespräche folgen den allgemeinen Regeln der *Beratungskunst*. Dabei geht es darum, sich mit einer empathischen Grundhaltung und mittels aktiven Zuhörens auf die Ratsuchenden einzulassen. Die Pflegeberufe benötigen einen anwendungsorientierten Beratungsansatz, der zum pflegepraktischen Setting passt. Neben bestimmten Strategien (Werkzeugen) ist einerseits die Person der Beraterin, des Beraters und andererseits die Qualität der (Pflege-)Beziehung wichtig.

1.4 Literatur

- Abt-Zegelin, A. (2009a). Gespräche sind Pflegehandlungen. *Die Schwester Der Pfleger*, 48(4), 221–224.
- Abt-Zegelin, A. (2009b). Beratungsgespräche in der Pflege. *Beratung aktuell*, 3(9), 22–37.
- Bartholomeyczik, S., Dieckhoff, T., Drerup, E., Korff, M., Krohwinkel, M., Müller, E., Sowinski, C. & Zegelin, A. (1992). Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Pflegenden im Nachtdienst. *Pflege*, 4(3), 206–213.
- Deutsches Netzwerk Primary Nursing im DBfK. (2019). *Primary Nursing – Muster des Gelingens*. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK). https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Primary-Nursing-Muster-des-Gelingens_2019-07-15.pdf
- Donner, D., Bamberger, G.G. & Abt-Zegelin, A. (2010). „Ich möchte Vertrauen können ...“ Beratungsgespräche in der Pflege Teil 4. *Die Schwester Der Pfleger*, 49(5), 438–443.
- Hollstein-Brinkmann, H. & Knab, M. (2016). Beratung zwischen Tür und Angel – Beiträge zur Professionalisierung von Beratung in offenen Settings. In H. Hollstein-Brinkmann & M. Knab, *Beratung zwischen Tür und Angel* (S. 1–14). Springer VS.
- Jähne, A. & Schulz, C. (2018). *Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung*. Junfermann.
- Kirchner-Heklau, U., Meyer, G. & Fleischer, S. (2022). Was Patient_innen an Pflegequalität noch wichtig ist: Inhaltsanalyse einer offenen Frage in einem Online-Fragebogen. *Pflege*, 35(4), 207–214. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000875>
- Knab, M. (2008). Beratung zwischen Tür und Angel. *Beratung aktuell*, 2(8), 113–126.
- Körper, H. (2021). Messbar: Positive Effekte einer patientenorientierten Pflege. *Pflegezeitschrift*, 74(5), 9–11. <https://doi.org/10.1007/s41906-021-1092-9>
- Krohwinkel, M. (2007). *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkranken*. Hogrefe.
- Lohse, T.H. (2020). *Das Kurzgespräch in Seelsorge und Beratung: Eine methodische Anleitung*. Vandenhoeck & Ruprecht. <https://doi.org/10.13109/9783666620164>
- Lusebrink, C. (2021). Beratung und Schulung in der Hebammenarbeit. In M. Schieron, C. Büker & A. Zegelin, *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (S. 242–245). Hogrefe.
- Marquard, S., Wiedemann, R., Biedermann, M. & Eicher, M. (2020). *Brustkrebs: Lehrbuch für Breast*

- Care Nurses und Fachpersonen in der Onkologie* (2. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85948-000>
- Maslow, A.H. (1981). *Motivation und Persönlichkeit*. Rowohlt.
- McLeod, J. (2008). Outside the therapy room. *Therapy Today*, 5, 14–18.
- Picker Institut. (2013). *Picker Report 2013: Zentrale Faktoren der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit – Kurzversion*. https://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/picker_kurz.pdf
- Schieron, M. (2021a). Besonderheiten der Beratung in der Pflege. In M. Schieron, C. Büker & A. Zegelin (Hrsg.), *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (S. 167–169). Hogrefe.
- Schieron, M. (2021b). Advanced Practice Nursing (APN). In M. Schieron, C. Büker & A. Zegelin (Hrsg.), *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (S. 215–216). Hogrefe.
- Schieron, M. (2021c). Pflegebezogene Edukation im Rahmen des SGB XI. In M. Schieron, C. Büker & A. Zegelin (Hrsg.), *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (S. 260–263). Hogrefe.
- Schieron, M. (2021d). Experten-, Fach-, Prozess- und Komplementärberatung. In M. Schieron, C. Büker & A. Zegelin (Hrsg.), *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege* (S. 176–177). Hogrefe.
- Schieron, M., Sunder, N. & Büker, C. (2020). Kurzgespräche – „Kostbarkeiten im Pflegealltag“. *Pflegewissenschaft*, 1(2020), 61–67.
- Schulz von Thun, F. (2014). *Miteinander reden*. Bde 1–4. Rowohlt.
- SGB XI (1994). *SGB XI*. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2017). *Menschliche Kommunikation* (13. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85745-000>
- Wolff, J.K., Pflug, C., Meier, D., Roll, P., Dehl, T., Topalov, L. & Nolting, H.-D. (2023). *Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach §7a Abs. 9 SGB XI*. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/beratung_und_betreuung/pflegeberatung/20230622_IGES_Abschlussbericht_Evaluation_Pflegeberatung.pdf
- Zegelin, A. (1998). Die Übergabe – ein überflüssiges Relikt? *Heilberufe*, 49(1), 22–25.
- Zozman, M. & Stocker, R. (2024). Zusammenhang der Patientenzufriedenheit mit der Anwesenheitszeit Pflegenden am Patientenbett: Eine prospektive Beobachtungsstudie. *Pflege*, 37(5), 246–255. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000951>

Weiterführende Literatur

- Schieron, M., Büker, C. & Zegelin, A. (2021). *Patientenedukation und Familienedukation in der Pflege*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86041-000>

Von Kollege zu Kollegin

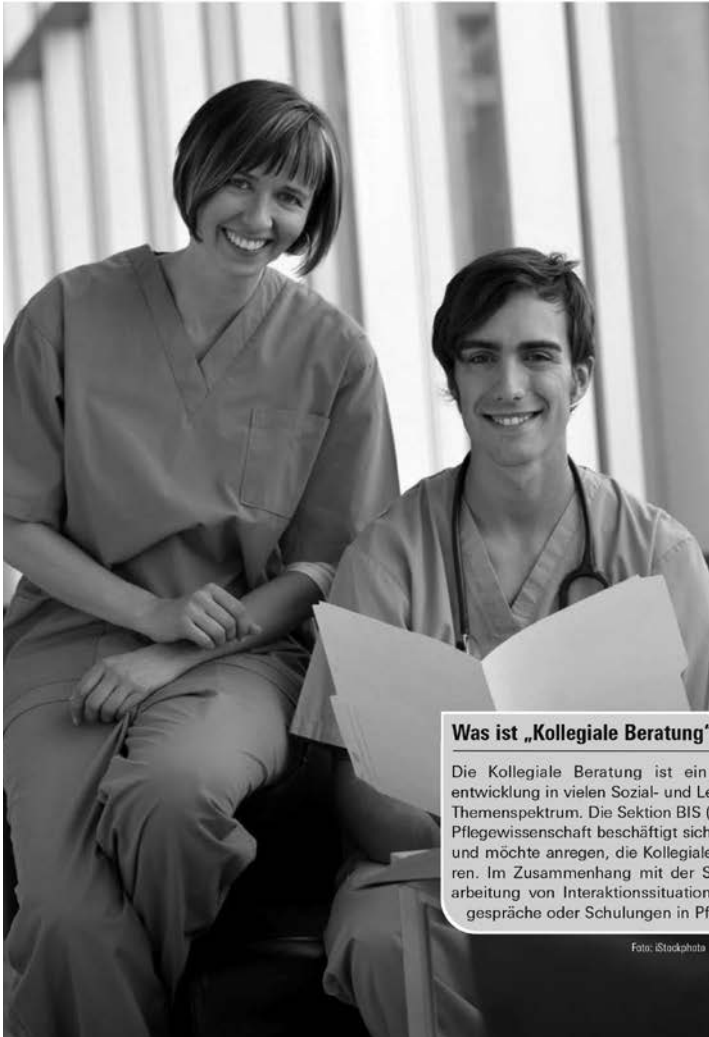
Quelle: Abt-Zegelin, A. & Schieron, M. (2012). Von Kollege zu Kollegin. *Die Schwester Der Pfleger*, 51(1), 22–25.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH.

Kollegiale Beratung in der Pflege

Von Kollege zu Kollegin

Beratungsgespräche mit Patienten werden in der Pflege meist zwischen Tür und Angel geführt. Ebenso erfolgen Ratschläge unter Kollegen meist nebenbei – am Medikamentenschrank oder auf die Schnelle nach der Übergabe. Dabei kann die „Kollegiale Beratung“ Pflegenden eine wertvolle Unterstützung bieten. Sie braucht aber ein geeignetes Setting.



In vielen Beratungsberufen ist eine systematische Supervision unumgänglich. Auch in der Pflege benötigen zahlreiche Teams einen regelmäßigen Austausch über ihre Arbeit. Dieser Austausch wird jedoch einerseits kaum eingefordert und andererseits auch kaum gewährt.

Kollegiale Beratung – Hilfe durch Kolleginnen und Kollegen auf gleicher Ebene – kann hier wertvolle Dienste leisten. Wichtig dabei ist: Kollegiale Beratung ist keine Billiglösung! Statt einen „externen Experten“ als Supervisor einzuladen, findet ein gemeinsamer Austausch über Praxisfragen auf dem gleichen Erfahrungs- und Wissenshorizont statt. Es geht darum, Ideen zu entwickeln, Lösungen anzudenken und Entlastung zu geben. Die Kollegiale Beratung könnte als akzeptiertes und strukturiertes Verfahren in der Pflege etabliert werden.

Was ist „Kollegiale Beratung“

Die Kollegiale Beratung ist ein bewährtes Verfahren der Qualitätsentwicklung in vielen Sozial- und Lehrberufen. Sie eignet sich für ein weites Themenspektrum. Die Sektion BIS (Beraten – Informieren – Schulen) der DG Pflegewissenschaft beschäftigt sich seit über einem Jahr mit diesem Thema und möchte anregen, die Kollegiale Beratung in der Pflege breit zu etablieren. Im Zusammenhang mit der Sektionsarbeit geht es hier um die Aufarbeitung von Interaktionssituationen, also um Beratungen, Informationsgespräche oder Schulungen in Pflegezusammenhängen.

Foto: iStockphoto

Pflegende nehmen wechselnde Rollen ein

Nach der Sichtung verschiedener Ansätze einigte sich die Sektion BIS (Berater – Informieren – Schulen) der DG Pflegewissenschaft auf das Konzept von Tietze (2007). Tietze sieht die Kollegiale Beratung als Form einer Gruppenarbeit mit fünf bis zehn Teilnehmern. Er unterscheidet verschiedene Rollen wie den Ratsuchenden/Falleinbringer und die Kollegen-Gruppe als Berater. Erforderlich ist ein Moderator. Dieser sorgt dafür, dass alle zu Wort kommen, ausreden können und bündelt die Ergebnisse. Tietze schlägt sechs Schritte vor und gibt eine Gesamtdauer von 35 bis 45 Minuten an:

- Rollen besetzen/Moderator festlegen,
- Fallsituation darstellen,
- Schlüsselfrage formulieren,
- Methodenwahl,
- Beratung,
- Abschluss.

Tietze geht davon aus, dass wechselnde Rollen eingenommen werden. Die Erfahrung zeigt, dass in den ersten Sitzungen ein Moderator gewählt werden sollte, der über eine gute Methodenkompetenz verfügt. Er wirkt als Rollenmodell, und andere Mitglieder können langsam an diese Rolle herangeführt werden. In Pflegezusammenhängen ist davon auszugehen, dass nicht erst ein Fall überlegt werden muss, sondern konkrete Anlässe vorhanden sind. Die Fallschilderung erfolgt spontan (evtl. mit Notizen, Flip-Chart), der Moderator stellt Verständnisfragen. Am Ende fragt die Beratergruppe nach. Die Zentrierung auf die Schlüsselfrage bestimmt den Verlauf und beinhaltet den Klärungswunsch.

Tietze gibt eine Reihe von Methoden an (Brainstorming, Schlüsselfrage usw.). Die Wahl der Methode richtet sich nach Fall/Frage. Allerdings zeigt sich, dass Gruppen gerne auf die gleichen Ansätze zurückgreifen. Hier wäre es wünschenswert,

Beispiel für ein Thema der Kollegialen Beratung

Frau Schneider, eine 75-jährige Patientin, ist wegen Durchblutungsstörungen im rechten Fuß/Unterschenkel (früher starke Raucherin) wiederholt auf der Gefäßstation aufgenommen worden. Die Therapie ist noch unklar; eventuell soll zum dritten Mal ein Bypass versucht werden. Frau Schneider ist in ihrer Mobilität eingeschränkt, sie leidet unter starken Schmerzen, zwei Zehen sind nekrotisch, am Knöchel und an der Ferse befinden sich chronische Wunden. Frau Schneider ist seit langem verwitwet, sie ist geistig fit und motiviert, ihr Leben wieder selbstständig in die Hand zu nehmen. Sie lebt in einer Eigentumswohnung im 1. Stock. Bis vor kurzem ist sie viel gereist, in den letzten 20 Jahren war sie weltweit unterwegs. Ihre größte Sorge ist eine Amputation. Sie befürchtet, nicht mehr in ihrer Wohnung bleiben zu können und abhängig von fremder Hilfe zu werden.

Gespräch am Aufnahmetag: Ich befinde mich im Zimmer von Frau Schneider, um ihr den Blutdruck zu messen; plötzlich kommt der Oberarzt kurz herein und meint zu Frau Schneider: „Wir versuchen es jetzt noch mal konservativ, wahrscheinlich müssen wir aber abschneiden ...“ Danach dreht er sich um und verlässt den Raum. Frau Schneider beginnt sofort laut zu klagen und sagt, dass sie dann nicht mehr leben möchte. Daraufhin kommt der Arzt für zwei Sekunden zurück, tätschelt die Schulter von Frau Schneider mit den Worten „Na, na, na...“ und geht dann rasch aus dem Zimmer.

Auch ich hatte wenig Zeit, um bei Frau Schneider zu bleiben – ich musste aber nun auf die heftige Reaktion reagieren. Ich habe mir einen Stuhl herangezogen und mich zugewandt. Richtig zufrieden bin ich aber mit der Gesprächssituation nicht. Frau Schneider hat die ganze Zeit laut geweint. Zunächst habe ich versucht klarzustellen, dass die jetzige Situation auch unbefriedigend ist: Schmerzen, Wunden, Abhängigkeit und ständig eine drohende Verschlechterung – Frau Schneider hat dazu genickt. Ich habe ihre Hand genommen und abgewartet.

Ich habe versucht, mir vorzustellen, wie schlimm die Vorstellung einer Amputation sein muss und habe ihr gesagt, dass es mir wahrscheinlich ähnlich ginge wie ihr. Dann habe ich sie gefragt, was denn für sie speziell so schlimm sei an einer Amputation. Frau Schneider hat wohl Angst, dass sie ihre Selbstständigkeit verliert, vielleicht sogar in ein Heim muss. Als ich anfing, über Prothesen zu sprechen, winkte sie ab. Ich sagte dann, dass die Prothesen heute funktional und leicht wären, gerade sei ein Mensch mit einer Prothese auf den Everest gestiegen. Es stellte sich dann heraus, dass Frau Schneider ein völlig überholtes Bild von Beinprothesen hatte; einer ihrer Schwager war nach einer Kriegsverletzung beidseitig oberschenkelamputiert. Jahrzehnte hatte er sich mit schwerfälligen Leder-Metallprothesen behelfen müssen, unförmigen, quietschenden Gestellen, die aufwändig angeschnallt werden mussten.

Ich habe überlegt, was ich Frau Schneider anbieten könnte, um sich mit einer modernen Prothese vertraut zu machen; dabei habe ich festgestellt, dass wir keinerlei Informationsmaterial auf der Station haben, zudem war zurzeit kein Patient da, der bereits mit einer Prothese ausgerüstet war. Ich habe dann weiter versucht, die Offenheit der Situation zu bestätigen, eventuell klappe es ja noch mal mit gefäßerweiternden Medikamenten, Wund- und Schmerztherapie oder mit einem Bypass (obwohl sich eigentlich alle Gefäß-Patienten mittelfristig mit einer Amputation auseinandersetzen müssen). Ich habe Frau Schneider geraten, mit ihrem „kranken Fuß“ zu reden und zu schimpfen (darauf meinte sie geistesgegenwärtig, dann komme sie wohl in die Psychiatrie). Ich konnte heraushören, dass sie nicht religiös ist, ansonsten hätte ich ihr eventuell empfohlen zu beten. Insgesamt ging es mir darum, einen „Abschied vom Fuß“ anzudenken. Ich habe ihr angeboten, später wiederzukommen oder morgen mit ihr weiterzusprechen.

Das Gespräch dauerte etwa zwölf Minuten, mehr Zeit hatte ich einfach nicht. Sie hat sich kaum beruhigt. Wie hätte ich mich besser verhalten können?

Das vollständige transkribierte Kollegiale Beratungsgespräch finden Station24-Abonnenten als Anhang unter www.station24.de (unter Suche: „Kollegiale Beratung“ eingeben).

wenn im Laufe der Zeit Erfahrungen mit einem Repertoire gemacht werden könnten. Anschließend beraten die Kollegen, bringen Lösungsideen ein, der Fallerzähler hört nur zu. Diese Phase dauert etwa zehn Minuten und nimmt damit die meiste Zeit ein. Zum Abschluss bewertet der Fallerzähler die

Vorschläge, gibt eine Rückmeldung, welche Anregungen für ihn hilfreich sein könnten oder ob keine Idee geeignet scheint. Jede Sitzung könnte mit einer kurzen Rückschau auf das letzte Treffen eröffnet werden. Eine kurze Reflexion könnte die Sitzung beenden. Es sollte ein knappes Protokoll angelegt werden.

24 | PRAXIS

Beraterformen					
	Balint	Supervision	Coaching	Mentoring	Kollegiale Beratung ¹
Definition	Balint-Gruppen sind im klassischen Verständnis Arbeitsgruppen von ca. acht bis zwölf Ärztinnen bzw. Ärzten, die sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig treffen, um über „Problempatienten“ aus ihrer Praxis zu sprechen	Supervision ist eine Form der Beratung, die einzelne Teams, Gruppen und Organisationen bei der Reflexion und Verbesserung ihres persönlichen, beruflichen oder ehrenamtlichen Handelns begleitet	Coaching bezeichnet die lösungs- und zielorientierte Begleitung von Menschen, vorwiegend im beruflichen Umfeld, zur Förderung der Selbstreflexion sowie der selbstgesteuerten Verbesserung der Wahrnehmung, des Erlebens und des Verhaltens	Mentoring beschreibt einen Beratungsprozess, in dem eine lebens- und/oder unternehmererfahrene Person eine noch unerfahrene Person gezielt begleitet und fachliches und/oder Erfahrungswissen weitergibt	Die Kollegiale Beratung ist eine Beratung unter beruflich Gleichgestellten, bei der nach Lösungen für ein konkretes Problem gesucht wird. Sie kann die sogenannte „Fallberatung“ einschließen. Sowohl unter Arbeits- und Berufskollegen möglich
Ziel	Verbesserte Arzt-Patient-Beziehung, die schließlich zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung des Patienten führen soll	Supervision zielt auf das Verhalten gegenüber Klienten, Kunden, Patienten oder im Team und somit auf die Professionalisierung des beruflichen Handelns und die Bewältigung von Belastungen im Zusammenhang mit dem beruflichen Alltag	Ziel des Coachings im beruflichen Kontext ist vor allem die Verbesserung der Lern- und Leistungsfähigkeit, die Erweiterung der Wahrnehmung und der Handlungsoptionen des Klienten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen. Eine enge Definition von Coaching versteht darunter ausschließlich das Coaching von Führungskräften	Ziel ist, den Mentee bei seiner persönlichen oder beruflichen Entwicklung zu unterstützen	Ziele können sein: – die Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten der Teilnehmer – die Qualifizierung der Beratungs- und Coachingkompetenzen der Teilnehmer – die Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung Das Ergebnis wirkt von der konkreten „Problemsituation“ losgelöst nach
Inhalt	„Problempatienten“ aus der täglichen Arbeit	Arbeitsbezogene Reflexion des beruflichen Handelns, also innerseelische und zwischenmenschliche Wirkfaktoren und Potenziale	Arbeitsbezogenes Finden von konkreten, anlassbezogenen (pragmatischen) Lösungen	Bereiche, die in Mentoring-Beziehungen thematisiert werden, reichen von Ausbildung, Karriere, Netzwerkeinbindung, -aufbau und Freizeit bis hin zur Persönlichkeitsentwicklung, Glauben und Spiritualität	Arbeitsbezogenes Finden von konkreten, anlassbezogenen (pragmatischen) Lösungen. Teamkonflikte sollten nicht thematisiert werden
Methode	Freier Bericht über ein Fallbeispiel. In der Regel schildert ein Gruppenteilnehmer eine Begegnung mit einem Patienten. Die Gruppe untersucht dann gemeinsam im freien kollegialen Gespräch, in freier Assoziation und Fantasie die daraus erkennbare Arzt-Patient-Beziehung	Je nach Setting (s. u.), Ausrichtung (s. u.) und Zielstellung	Der Coach gibt gezieltes Feedback, vermeidet aber direkte Interventionen (Ratschläge, Handlungsanweisungen), wie z. B. beim Consulting	Offenes Feedback und kritische Diskussion	Kollegiale Beratung ist ein systematisches Beratungsgespräch, in dem Kollegen sich nach einer vorgegebenen Gesprächsstruktur wechselseitig zu beruflichen Fragen und Schlüsselthemen beraten und gemeinsam Lösungen entwickeln
Ausrichtung	Psychodynamisches Krankheitsverständnis der Psychoanalyse	Je nach historischer Wurzel und „Schule“ eher tiefenpsychologisch, social-group-work, klientenzentriert oder systemisch	Es können verschiedene Interventionstechniken zum Einsatz kommen, z. B. aus der Verhaltenstherapie, der Transaktionsanalyse, der lösungsfokussierten Kurzzeittherapie, der provokativen Therapie und der Neuro-linguistischen Programmierung. In der Praxis werden oft Mischformen verwendet. Eine klare methodische Eingrenzung gibt es nicht	Nicht festgelegt	Nicht festgelegt
Setting	Gruppe arbeitet unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten	– Einzelsupervision – Gruppensupervision – Teamsupervision – Fallsupervision – Lehrsupervision – Analytische Balint-Gruppen	Im Regelfall: Eins-zu-eins-Coaching	– Informelles Mentoring – Institutionalisiertes Mentoring-Programm – Internes Mentoring – Externes/organisationsübergreifendes Mentoring, Cross-Mentoring – Individuelles Mentoring – Team-Mentoring – Cross-Gender-Mentoring – Equal-Gender-Mentoring – e-Mentoring – Peer-Mentoring – Support-Mentoring	Beratung im Team/in der Gruppe, in der meist fünf bis acht Teilnehmer nach einer effizienten zeitlichen und inhaltlichen Gliederung „Praxisanliegen“ bearbeiten. Jedes Gruppenmitglied stellt nacheinander sein/ihr Anliegen aus dem persönlichen Arbeitsalltag vor und erhält von allen Teammitgliedern Ideen, Tipps, Lob und alternative Vorgehensvorschläge. Die Rollen wechseln rotierend
Berater	Psychotherapeut (extern ²)	Supervisor (extern)	Coach (extern)	Mentor (extern)	Team-/Gruppenmitglied (intern)

Kollegiale Beratung erfolgreich einführen

Die Einführung der kollegialen Beratung muss durch die Führungsebene unterstützt werden. Die Besprechungen finden selbstverständlich in der Dienstzeit statt, und ein ungestörter Raum ist notwendig. Das Team begegnet sich mit Wertschätzung und Respekt. Zwistigkeiten haben in der Kollegialen Beratung nichts zu suchen – die Teilnahme ist freiwillig, es geht nicht um die Bewertung von Verhalten. Hier ist vorstellbar, dass zunächst Pflicht-Schnupperveranstaltungen angeboten werden, bevor sich ein Team entscheidet, die Kollegiale Beratung dauerhaft einzuführen. Sinnvoll sind zunächst feste Termine, dann aber Treffen nach Bedarf. Oft bestehen anfangs Vorbehalte oder gar Ängste. Zudem ist es für Pflegeteams eventuell ungewohnt, in dieser Weise zu kommunizieren. „Das machen wir schon, wir reden nebenbei miteinander“, heißt es manchmal. Es zeigt sich aber, dass die Struktur Sicherheit gibt und es dann auch gut gelingen kann, in diesen fachlichen Austausch zu kommen. Ist der Start gelungen, können sich manche Gruppen nicht mehr vorstellen, ohne diese Hilfe auszukommen.

Zu überlegen wäre, ob die Sitzungen getrennt nach Hierarchieebenen erfolgen. Möglicherweise könnte die Anwesenheit von Vorgesetzten das Verfahren beeinflussen. Erkenntnisse aus anderen Sozialberufen zeigen, dass Teams durch Kollegiale Beratung „wachsen“ können:

Kompetenzen nehmen zu, die gegenseitige Wertschätzung steigt.

Beispiele für Gesprächssituationen:

- Information von aufgeregten Angehörigen auf der Intensivstation,
- Gespräch mit einer Brustkrebsbetroffenen nach der ersten Chemotherapie,
- Gespräch mit einer überforderten Frau, die ihren demenzkranken Mann pflegt,
- Beratung von Eltern, die ihr Frühgeborenes nach Hause nehmen,
- Schulung eines Stomaträgers, der sich sorgt, nicht allein zurechtzukommen,
- Gespräch mit einem Altenheimbewohner, der sich aufgegeben hat,
- Informationsgespräch mit einer pflegenden Tochter nach einem Pflegekurs,
- Beratung eines Patienten nach Unterschenkelamputation.

Im Gegensatz zu anderen Gruppenberatungsmethoden (vgl. Abb.) verzichtet die Kollegiale Beratung auf einen externen Berater. In Balint- oder Supervisionsgruppen werden speziell ausgebildete Supervisoren – oft sogar notwendigerweise mit therapeutischer Ausbildung – als Experten (primär) für die Methode hinzugezogen. Die Kollegiale Beratung hingegen greift auf das Expertenwissen aus der Gruppe zurück.

Betrachtet man die Ziele, die verwendeten Methoden, das Setting oder die Inhalte der Beratungsformen, gibt es immer wieder Überschneidungen. Die Sektion BIS sieht als Ziel Kollegialer Beratung primär das arbeitsbezogene Finden von konkreten, anlassbezogenen und gerne auch pragmatischen Lösungen. Eine solche Zielebene kann sich ebenfalls im Bereich der Supervision, aber auch in Einzelberatungsformen wie dem Coaching finden. Im internationalen Raum wird Kollegiale Beratung auch häufig als Intervention oder Peergroup-Supervision bezeichnet. Diese Begriffe

sind jedoch zumeist nicht trennscharf beschrieben.

Vielfältiger Einsatz möglich

Wünschenswert wäre der regelmäßige Einsatz von Kollegialen Beratungen – durchaus als ein Format unter anderen Angeboten wie etwa Kurzfortbildungen, Fallbesprechungen, Orga-Sitzungen, ethischen Reflexionen und andere mehr. Dadurch könnte eventuell die ritualisierte tägliche Übergabe verkürzt und ergänzt werden. Einige Gruppen haben die Kollegiale Beratung bereits als Verfahren eingesetzt, etwa in Projekten zum hebammengeleiteten Kreißaal oder die Modifikation als „Kollegialer Dialog“ im Internationalen Förderverein Basale Stimulation als Teil eines Qualitätssicherungskonzeptes. Der Ablauf nach Tietze wurde beibehalten, es beraten sich hier aber „nur“ zwei Experten miteinander.

Die Gruppenform nach Tietze wird künftig in der neuen Beratungsverweiterung „Wittener Werkzeuge“ ausgeübt und ebenfalls als begleitendes Verfahren in der neuen Qualifikation „Familienmoderation bei Pflegebedürftigkeit“ (Unfallkasse NRW) eingesetzt. Denkbar sind auch ganz andere Formen Kollegialer Beratung, etwa in Experten-Netzwerken im Internet – hier entfällt allerdings die (sehr notwendige) Teamentwicklung in der Pflege.

Literatur:

- Franz, H. W.; Kopp, R. (2003): Kollegiale Fallberatung. Edition Humanistische Psychologie. Bergisch Gladbach
- Lippmann, E. (2004): Intervention. Springer. Berlin. Heidelberg. New York
- Tietze, K. O. (2007): Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Reinbek. Hamburg.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. Angelika Abt-Zegelin
Universität Witten/Herdecke
Department für Pflegewissenschaft
Stockumer Straße 10-12
58453 Witten
E-Mail: angelika.zegelin@uni-wh.de



¹ Kollegiale Beratung in der Pflege wird zum Teil (insbesondere international betrachtet) auch als Intervention oder Peergroup-Supervision bezeichnet. Diese Begriffe sind jedoch oft nicht trennscharf beschrieben, sodass die Sektion BIS sich entschlossen hat, immer von „Kollegialer Beratung“ zu sprechen, wenn diese Beratungsform gemeint ist.

² Extern/Intern: aus der Perspektive des/der zu Beratenden

Tabelle zusammengestellt von Martin Schieron,
Diplom-Pflegewissenschaftler (FH)

Quellen:

www.wikipedia.org

<http://www.kollegiale-beratung.de> (Tietze)

http://paedagogik.homepage.t-online.de/ko_berat.htm