



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Pflegewissenschaft/Pflegemanagement

BIOGRAPHIEARBEIT IN DER PFLEGE- BERATUNG

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Cindy Kasch

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0437-6

Betreuer: Prof. Dr. Heidrun Herzberg

Tag der Einreichung: 06.06.2011



Kurzzusammenfassung

In dieser Literaturrecherche wird die Biographiearbeit als eine mögliche Beratungsform in der Pflege dargestellt. Es werden Begriffe, wie Alltagsberatung und Pflegeberatung erläutert, verschiedene Beratungstheorien und ein Musterberatungsprozess dargestellt. Im Anschluss wird die Biographie, die Biographieforschung und die Biographiearbeit in der Pflege vorgestellt. Es folgt ein Überblick zum narrativen Interview und abschließend wird die nicht-direktive Beratung nach Carl R. Rogers mit der Biographiearbeit verglichen.

Abstract

In this literature, the biographical work is presented as a possible consulting form in nursing. There are concepts described like daily guidance and consulting in nurse, different consulting theories and a consulting process. Following the biography, the biography research and biographical work in nursing are presented. The following is an overview of the narrative interview, after which the non-directive counseling to Carl R. Rogers compared to the biographical work.



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	- 4 -
2. Beratung in der Pflege	- 7 -
2.1 Alltagsberatung – Professionelle Beratung - Pflegeberatung.....	- 7 -
2.2 Beratungstheorien.....	- 10 -
2.3 Beratungsprozess	- 15 -
3. Biographiearbeit	- 19 -
3.1 Biographie – Biographiearbeit - Biographieforschung	- 19 -
3.2 Biographiearbeit in der Pflege.....	- 21 -
3.3 Narratives Interview	- 23 -
4. Biographiearbeit im Vergleich zu Carl R. Rogers	- 30 -
5. Fazit	- 34 -
Literaturverzeichnis.....	- 36 -

1. Einleitung

Die Pflege ist eine Disziplin auf dem Weg zur Wissenschaft. Der Beginn dieses Prozesses ist durch die Gründung der ersten Krankenpflegeschule 1860 in England durch die Krankenschwester Florence Nightingale gekennzeichnet. In den zwanziger bis fünfziger Jahren des neunzehnten Jahrhunderts wurden erste Entwürfe für die curriculare Gestaltung der Pflegeausbildung entwickelt, sowie eine Diskussion über Rolle und Funktion der Pflegenden entfacht. In den 1950ern wuchs der Einfluss berufsständischer Pflegeorganisationen, wie z.B. der 1955 gegründeten „American Nurse Foundation“ deren Ziel es ist, durch Forschung das berufliche Selbstverständnis der Pflege positiv zu beeinflussen und die Pflegewissenschaft zu fördern. In Deutschland begann dieser Prozess etwas später und ist auch noch nicht so weit fortgeschritten wie in England und den USA, (vgl. Brandenburg & Dorschner, 2003, S. 44ff) aber es gibt zahlreiche Pflegeausbildungsstätten, welche nach den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Berufe in der Krankenpflege, Altenpflege, Entbindungspflege und Heilkunde ausbilden. Des Weiteren gibt es zahlreiche Pflegestudiengänge, wie bspw. an den Universitäten in Berlin, Bremen oder Kassel oder an den Hochschulen in Bielefeld, Hamburg oder auch Neubrandenburg. Dies sind sehr wichtige Institutionen um die Pflege zu professionalisieren und als Wissenschaft zu etablieren. In diesem Zusammenhang nimmt die Beratung von Pflegebedürftigen immer mehr an Bedeutung zu. War sie zunächst intuitiver Bestandteil der Pflege und wurde von den Pflegenden nebenbei durchgeführt ohne weiter darüber nachzudenken, ist sie seit der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003 gesetzlicher Bestandteil der Pflegeausbildung. Im §3 Abs. 2 Satz 1b des Krankenpflegegesetzes steht: „Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen, die folgenden Aufgaben eigenverantwortlich auszuführen:[...] Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“. (Kunz, 2005, S. 12) Des Weiteren hat sich die Beschäftigungsrate mit diesem Thema in den Fachzeitschriften für Pflegende von 1990 bis 2004 verfünffacht. Dies zeigt, dass



ebenfalls die Fachliteratur auf die steigende Bedeutung der Beratung aufmerksam wurde. (vgl. Prof. Dr. Darmann-Finck & Sahn, 2006, S. 287) Das bedeutet dass sich neben der gesetzlichen Begründung auch eine gesellschaftliche Begründung für die zunehmende Bedeutung der Pflegeberatung findet. Auf Grund des demographischen Wandels und der dadurch begründeten Multimorbidität und Zunahme der chronischen Erkrankungen ist ein neuer Schwerpunkt im Sinne der Professionalisierung der Pflege die Gesundheitsförderung und Edukation. Auch im Hinblick auf die finanzielle Lage des deutschen Gesundheitssystems, indem immer mehr Leistungen vom Leistungsempfänger selbst getragen werden müssen, muss das Bewusstsein für die Eigenverantwortlichkeit der Gesundheit gestärkt werden. Ein wichtiger Bestandteil davon ist die Gesundheitsedukation. Sie soll präventiv lehren die Gesundheit zu erhalten, z.B. durch Raucher- oder Alkoholaufklärungskampagnen oder bereits betroffene Individuen durch das Lehren des richtigen Umgangs mit ihrer Erkrankung vor Folgeerkrankungen schützen, wie z.B. die Diabetikerschulung. Nun besteht aber häufig das Problem, dass diese Maßnahmen ihre Wirkung verfehlen. Häufig wissen die Betroffenen, was sie tun oder lieber lassen sollten. Nichts desto trotz betreiben sie ein gesundheitliches Fehlverhalten. Aufgabe des Gesundheitssystems sollte es also sein, an diesem Problem zu arbeiten. Eine Möglichkeit dafür bietet die Beratung. Zum einen hat sie nicht diesen Lehrer-Schüler-Charakter und zum anderen geht sie auf das Individuum Mensch ein, das seine Krankheit definiert und nicht auf die Krankheit, die den Menschen definiert. Neben zahlreichen bestehenden Beratungstheorien, wird ein Aspekt zunehmend diskutiert, welcher auf der sozial – wissenschaftlichen Biographietheorie beruht – die Biographiearbeit.

Ziel dieser Arbeit ist es diese als eine Möglichkeit der Beratung darzustellen. Um einen Einstieg in das Thema zu bekommen, erläutere ich zunächst die Begriffe Alltagsberatung, professionelle Beratung und Pflegeberatung. Anschließend werden verschiedene Beratungstheorien vorgestellt, wobei ein besonderes Augenmerk auf der nicht-direktiven Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers liegt. Des Weiteren wird ein Musterbeispiel, wie Beratung organisatorisch stattfinden kann, vorgestellt. Die Beratung wird in dieser Arbeit auf die Beratung der Pflegebedürftigen eingegrenzt.



Der nächste große Themenbereich stellt die Biographieforschung dar. Hier werden zunächst wieder Begrifflichkeiten erläutert, die Biographiearbeit im Bereich Pflege dargestellt und das narrative Interview als Hauptwerkzeug der Biographieforschung vorgestellt. Im nächsten Punkt wird die Biographieforschung (gemeinsam mit dem narrativen Interview) mit der nicht-direktiven Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers verglichen. Die Arbeit endet mit einer kleinen Utopie, wie die Biographieforschung in die Pflegeberatung integriert werden kann.

Es ist an dieser Stelle noch einmal darauf hinzuweisen, dass diese Arbeit eine Literaturrecherche ist und keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Sie soll über die genannten Themen einen Überblick bieten, der es dem Leser ermöglicht sich ein Bild über die Problematik zu machen.

Noch eine kleine Anmerkung zum Genderaspekt. In dieser Arbeit sind immer beide Geschlechter gemeint auch wenn nur die männliche Form genannt wurde.

2. Beratung in der Pflege

2.1 Alltagsberatung – Professionelle Beratung - Pflegeberatung

Beratung ist ein sehr vielseitiger Begriff mit einer großen Spannweite. Er reicht von der Beratung über den richtigen Sofabezug bis hin zu Rechtsberatungen bei Eheschließungen. Die Beratung findet ebenfalls im privaten Bereich statt, wenn z.B. die beste Freundin zu einem bestimmten Outfit nach ihrer Meinung gefragt wird. Alltagsberatung findet situativ und ungeplant statt und obwohl sie einen wohltuenden Einfluss auf das Individuum hat, indem sie das Gefühl vermittelt mit gewissen Problemen nicht allein zu sein, ist sie oftmals von einer unreflektierten subjektiven Sichtweise des jeweiligen Ratgebers geprägt. Doch was macht professionelle Beratung aus und vor allem, was macht Beratung in der Pflege aus? (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 65ff)

Was zunächst alle „Beratungsformen“ gemeinsam haben, ist eine „... begrenzte Problemsituation einer ansonsten ‚gesunden‘ Persönlichkeit, die in der Überwindung oder Bewältigung dieser Probleme unterstützt wird“ (Koch-Straube, 2008, S. 68) Im Focus steht die Auseinandersetzung mit den Umweltbedingungen des Einzelnen und seinen Interaktion in eben diesen. Dabei ist zu beachten, dass sich die professionelle Beratung von der (Psycho-)Therapie abgrenzt. Sie zielt weit weniger auf die Beseitigung inner-psychischer Konflikte ab, welche tief in der Persönlichkeitsstruktur verankert sind und hat auch nicht den Anspruch Menschen mit deutlichen Verhaltensstörungen zu therapieren. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 68) Sie soll vielmehr eine unterstützende Hilfeleistung sein.

Ein weiterer Abgrenzungspunkt der Beratung ist die Erziehung, obwohl diese im Pflegealltag sehr oft als Synonym verwendet wird, wie z.B. in der Gesundheitserziehung oder Patientenschulung (bspw. Diabetikerschulung). Hier soll das Verhalten der Patienten an die Gegebenheiten der jeweiligen Krankheit und den begrenzten finanziellen und zeitlichen Mitteln des Gesundheitswesens angepasst werden, ohne



dabei die jeweilige Persönlichkeit oder Lebenssituation zu berücksichtigen. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 68f)

Professionelle Beratung wird nötig, wenn die persönlichen Kompetenzen oder informellen Hilfenetze (Familie, Freunde, Bekannte etc.) des Individuums in besagter Problemsituation nicht mehr ausreichen oder überfordert sind. (Koch-Straube, 2008, S. 66)

Eine Möglichkeit dafür bietet die Expertenberatung. Diese sieht vor, dass der Ratsuchende sein Problem selbst diagnostiziert, dem Berater darbietet und von ihm schnellstmöglich eine Lösung wünscht. Dies wünschen sich auch viele Klienten in der Pflege, doch wird hier das Prinzip der Ganzheitlichkeit völlig außer Acht gelassen. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 394)

Professionelle Beratung sollte aber genau das tun. Sie soll die Einzigartigkeit des Menschen achten, die Kompetenzen des Pflegebedürftigen wahrnehmen und dessen Ressourcen fördern, sie respektiert die Selbstbestimmung des Einzelnen und findet im Dialog statt, sie lässt dem Betroffenen Wahlmöglichkeiten, bezieht dessen Umweltbedingungen mit ein und geht von dem biographischen Hintergründen eines jeden Einzelnen aus. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 66)

Unter diesen Aspekten kann Beratung (welche oftmals in Einzelgesprächen durchgeführt wird) auch in der Gruppe stattfinden, wie z.B. bei Frau Mustermann welche gern ins Pflegeheim umziehen möchte und sich zuvor zusammen mit ihren Angehörigen beraten lässt. Hier stehen die Belange jedes Einzelnen im Mittelpunkt. (Wie fühlt sich Frau Mustermann mit dieser Situation oder ihr Sohn oder ihrer Schwiegertochter?) Aber auch die Beziehungen und Interaktionen untereinander. (Wie stehen diese zueinander? Wie wird/kann die Beziehung nach dem Umzug sein?)

Gruppenberatung kann allerdings auch mit Individuen stattfinden, die sich nicht kennen aber etwas gemeinsam haben, z.B. Diabetiker. Im Gegensatz zur Diabetikerschulung geht es hier um die „...Aufarbeitung der psychosozialen Probleme, die durch die Krankheit bzw. deren Folgen entstehen“. (Koch-Straube, 2008, S. 71)

Weitere Formen der Beratung sind bspw. die Beratung von Institutionen (auch Organisationsberatung, als eine Form der Expertenberatung), wie z.B. ambulante Pflegedienste, in denen es vorrangig um organisatorische Dinge, wie Strukturen, Arbeitsabläufe oder Führungsstile geht und um die Effizienzerhaltung oder -steigerung der jeweiligen Einrichtungen und die Supervision als berufsbezogene Beratung, welche „...der Reflexion der beruflichen Position und Rolle und der Aufarbeitung von Problemen und Konflikten, die darin entstehen“ (Koch-Straube, 2008, S. 71) dient. Die Supervision kann sowohl als Einzel- als auch als Gruppenberatung stattfinden, wobei die Gruppenberatung oftmals Bestandteil der Organisationsberatung ist. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 70f)

Im Mittelpunkt der Pflege steht der Mensch, zusammen mit seinen Krankheiten und den damit verbundenen körperlichen Beeinträchtigungen. Dies bestimmt sehr häufig die Interaktion zwischen Gepflegtem und Pfleger, was dazu führt dass die Krankheit im Vordergrund steht und nicht das Kranksein mit seinen Folgen für den Körper aber auch für die Psyche.

Der Pflegeberatung sollt aber genau dies zu Grunde liegen. „Beratung, verstanden als zielgerichteter und interaktiver Kontakt, ist integraler Bestandteil der professionellen Pflege. Sie ist Ausdruck eines ganzheitlichen Verständnisses von Pflege, trägt ganz wesentlich zur Subjektgestaltung der Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten bei.“ (Koch-Straube, 2008, S. 78)

Dabei bietet die Pflegehandlung als solche den Vorteil, dass dieser hilfeleistende Kontakt den psychosozialen Zugang zum Gepflegten erleichtert (Wie verarbeitet er die Krankheit oder geht mit seinem veränderten Selbstbild um?). Die Pflegeberatung ist ein wichtiges freiwilliges Angebot, welches einen wichtigen Schritt in Richtung ganzheitliche Pflege bedeutet. Jedoch ist der zeitliche Rahmen oftmals viel zu klein, um wirklich beratend tätig zu sein. Aus diesem Grund ist es aktuell so, dass die „Pflegeberatung“ sehr häufig noch nebenbei stattfindet. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 85ff)

2.2 Beratungstheorien

Damit die Pflegeberatung tatsächlich eine Form der professionellen Beratung sein kann, muss sie ihr Handeln auf Theorien aufbauen. So verschieden die Beratungsbedürfnisse so verschieden sind auch die Theorien, aus denen sich die Beratungsansätze bilden.

Einer dieser Ansätze sind die psychosozialen Beratungskonzepte. Diese Art der Beratung versteht sich als eine Unterstützung zur Problemlösung für Schwierigkeiten, die im sozialen Leben entstanden und dort auch erkennbar sind. Hier werden die Unterschiede zwischen den sozialen Bedingungen und Anforderungen der Gesellschaft und den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen aufgezeigt und reflektiert. Ziel ist es die Fähigkeiten, die es dem Individuum ermöglichen sich mit der Umwelt auszutauschen, zugestalten und wenn möglich zu verbessern. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 67f)

Ein Grundbaustein dieser Konzepte sind die psychologischen Beratungskonzepte. Sie beinhalten wiederum verschiedene Ansätze. Dies sind u.a. das humanistische Konzept, das verhaltenswissenschaftliche Konzept, das tiefenpsychologische Konzept und das systemische Konzept.

Das humanistische Konzept geht von der Annahme aus, dass der Mensch im Grund gut und seelisch gesund ist, d.h. dass er das Potential in sich trägt ein erfülltes Leben zu führen. Was ihn daran hindert sind negative Erfahrungen wie Wut oder Enttäuschung, die er in seiner Entwicklung zu einer reifen Persönlichkeit macht. In der Beratung sind Klient und Berater gleichberechtigt, was zu einer Auflösung der Blockaden und zur Freisetzung der Selbstheilungskräfte des Individuums führen kann. Hier wird der Klient in seiner Ganzheitlichkeit von Körper, Geist und Seele gesehen.

Beispiel hierfür ist die nicht-direktive Gesprächstherapie von Carl Rogers. In dieser Gesprächstherapie ist der Erfolg von der Art der Beziehung abhängig, die zwischen Therapeut und Klient herrscht. Dabei muss der Therapeut ein gewisses Basisverhalten annehmen, welches sich aus Echtheit, Akzeptanz und einfühlendem

Verstehen zusammensetzt. In diesem Falle bedeutet Echtheit eine offene und ehrliche Haltung des Therapeuten. Er darf seine eigenen Gefühle und Gedanken nicht hinter Distanz verstecken, er soll sich vielmehr in die Situation des Klienten hineinversetzen und ihn so dazu bewegen seine Gedanken und Gefühle zu äußern. Des weiteren sollen die Probleme und Bedenken des Patienten weder beurteilt noch bewertet werden. Dies lässt den Klienten seine Situation klarer sehen und ihn so Wege zur Problemlösung finden. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 104ff)

Die Beratung beginnt mit dem Wunsch des Klienten nach Hilfe bzw. mit der Kontaktaufnahme des Klienten zum Berater. Dies ist mit der bedeutenste Schritt der Beratung, denn der Klient hat hiermit begonnen, seine Probleme in die Hand zu nehmen, welches eine höchstverantwortliche Handlung darstellt. Dies sollte auch dem Klienten deutlich gemacht werden. Wenn er begreift, dass dies bereits ein eigenverantwortlicher Schritt war und er dafür die Verantwortung übernimmt, dann begreift er auch, dass er die Verantwortung für die Bearbeitung seiner Probleme übernehmen muss.

Als nächstes folgt die Definition der Situation, d.h. dass der Berater dem Klienten deutlich macht, dass er keine vorgefertigte Lösung für das jeweilige Problem hat, sondern dass sie gemeinsam an einer geeigneten Lösung arbeiten werden und dass dies ohne Druck, ohne Zwänge und nach freier Entscheidung des Klienten geschieht. Der Berater schafft also eine Atmosphäre, in der es dem Klienten möglich ist, seine Probleme zu bearbeiten. Im Verlauf der Gespräche gehört es zu den Aufgaben des Beraters den Klienten dazu zu ermutigen sich frei zu äußern, in dem er ihm freundlich, interessiert und aufnahmebereit entgegentritt, ihm deutlich macht, dass diese Stunde, dieses Gespräch nur dem Klienten gehört und in dem er seine Aussagen weder bewertet noch beurteilt.

Die in dieser Phase ausgedrückten Gefühle werden vom Berater akzeptiert, erkannt und geklärt. Das bedeutet, dass er durch sein Handeln und Tun eine Atmosphäre schafft, in der er dem Klienten zunächst deutlich macht, dass er seine Gefühle akzeptiert und erkennt, um welche Art von Gefühlen es sich handelt (Angst, Unzulänglichkeit; zumeist sind es in dieser Beratungsphase negative Gefühle auf

Grund der vorherrschenden Probleme) und in der es dem Klienten möglich ist, selbst zu erkennen, dass er eben diese Gefühle hat und diese akzeptiert und sie nicht auf andere projiziert oder hinter abwehrenden Verhaltensweisen versteckt.

Dies geschieht zumeist auf verbale Art und Weise. bspw. wenn der Klient sehr enttäuscht über eine Situation spricht, könnte der Berater sagen: „Das scheint Sie sehr enttäuscht zu haben.“ Wichtig ist hier, dass nur bereits vom Klienten gezeigte Gefühle reflektiert werden und nicht vom Berater vermutete Emotionen, denn dies würde den Klienten nur verwirren und dem Beratungsprozess im Wege stehen.

Nach dem Erkennen und Akzeptieren der schlechten Gefühle werden immer häufiger positive Gefühle ausgedrückt. Dieses Geschehen ist eines der Sichersten im Beratungsprozess, welches fast mit Bestimmtheit vorausgesagt werden kann. Es kann fast als proportional betrachtet werden, je heftiger der Ausdruck der negativen Gefühle desto wahrscheinlicher wird ein Ausdruck positiver Gefühle folgen. Das Vorgehen ist hier das Gleiche wie bei den negativen Gefühlen, sie werden akzeptiert, erkannt und reflektiert ohne dabei eine Bewertung zu erfahren. Dieser Umgang mit den positiven und negativen Gefühlen ermöglicht es dem Klienten sich so zu sehen wie er ist, ohne seine schlechten Emotionen verteidigen und seine Positiven überbewerten zu müssen.

In dieser Situation findet eine Einsicht und ein Selbstverstehen statt. Dies ist ein weiterer bedeutender Schritt im Beratungsprozess, denn das Sich-Selbst-Verstehen und Akzeptieren stellt die Grundlage für das weitere Vorgehen dar.

Der Berater klärt mit dem Klienten bestehende Möglichkeiten der Problemlösung. Durch die Einsicht des Klienten kann es allerdings geschehen, dass dieser sich demotiviert fühlt (Ich bin wie ich bin. Was soll ich dagegen tun?) Die Aufgabe des Beraters ist es hier wieder die Gefühle zu akzeptieren und den Klienten weder in eine bestimmte Richtung zu drängen noch ihm Ratschläge zu erteilen. Er wird ganz von allein auf bestimmte Handlungsideen zu seiner Problemlösung kommen und genau dies ist besonders wichtig. Kein Ratschlag kann je so gut sein, wie eine Idee auf die der Klient selbst kommt. Er kann sich vielmehr damit identifizieren und stolz

darauf sein. Dies beeinflusst auch sehr positiv die Art und Weise in der diese Idee anschließend umgesetzt wird.

Diese Handlungen setzen einen Prozess der weiteren Einsicht in Bewegung, denn durch diverse positive Handlungen, lernt der Klient sich selbst und seine Handlungsweisen immer besser kennen. Das führt zu einer gesteigerten Unabhängigkeit. Er ist nun selbstbewusster und hat nicht mehr so viel Angst vor eigenen Entscheidungen oder Handlungen. Das Hilfebedürfnis des Klienten lässt nun nach und ihm wird deutlich, dass die Beratung zum Abschluss kommen muss. Sollte er ambivalente Gefühle haben, wie z.B. Bedauern über die „verschwendete“ Zeit des Beraters oder Bedauern darüber, dass die Beratung jetzt zu Ende geht, akzeptiert der Berater diese wieder, außerdem drängt er den Klienten weder zur Beendigung der Beratung noch hält er ihn fest. (vgl. Rogers, 1994, S. 38ff)

Ein weiteres Konzept stellt das verhaltenswissenschaftliche Konzept dar. Es geht davon aus, dass jedes Verhalten gelernt ist und somit auch wieder verlernt werden kann. Die hierfür verwendeten therapeutischen Maßnahmen leiten sich aus dem Behaviorismus also der Verhaltenswissenschaft her (begründet durch John B. Watson und Burrhus Frederic Skinner im 20. Jh.) Dieses Konzept wird folglich auch als Verhaltenstherapie bezeichnet. Es wird aber nicht nur darauf geachtet, dass sich sichtbare Verhaltensmuster ändern, sondern vor allem kognitiver Verhaltensmuster, also Gefühle, Gedanken, Einstellungen etc.. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 107f) Dieses Konzept findet auch oft in der Pflegepraxis Anwendung. Wird ein gesundheitsgefährdendes Verhalten entdeckt, so soll der Betroffene sein Verhalten durch Unterstützung des Pflegepersonals ändern. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 403)

Das tiefenpsychologische Konzept ist zurückzuführen auf Sigmund Freud und dessen Psychoanalyse. Hier besteht die Annahme des Unbewussten, welches Handlungen und Gefühle steuert und sich u.a. in Versprechern und Träumen äußert. Dort werden auch unbewältigte Konflikte abgespeichert, mit der Begründung, dass es für den Menschen unerträglich wäre, würden ihm diese Konflikte bewusst sein. Dies wird als Abwehrmechanismus bezeichnet, der bis zu einem gewissen Grad als

gesund gilt. Ist das Verhalten aber zu stark dadurch bestimmt, kann dies zu Zwangsneurosen führen. Um das zu verhindern, sollen diese seelischen Konflikte, welche bis weit in die Kindheit zurückgehen können, aufgedeckt und durchgearbeitet werden. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 108f)

Das systemische Konzept ist eine Paar- oder Familientherapie, welche die Krankheit eines Individuums nicht als isolierte Störung betrachtet. Das Verhalten des Erkrankten wird durch die Beziehungsgefüge seines sozialen Systems erklärt. Hierbei ist nicht das Individuum krank, sondern die Beziehungen in dem jeweiligen sozialen System, in dem er sich zu behaupten versucht. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 109f)

Der zweite Ansatz, neben den psychologischen Beratungskonzepten, sind die sozialwissenschaftlichen Konzepte. Sie beschäftigen sich mit der Analyse der gesellschaftlichen Verhältnisse, d.h. in diesem Falle mit den sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen des Betroffenen und die Lösung der daraus resultierenden Probleme. Diese Form hat sich allerdings sehr schnell mit den psychologischen Konzepten zu den bereits oben beschriebenen psychosozialen Konzepten, als zweiter Grundbaustein dieser, verbunden. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 110)

Eine dritte Form der Beratungskonzepte ist die integrative Beratung. Sie verbindet die bereits beschriebenen Konzepte miteinander. Je nach Aus- und Fortbildungsstand der Berater und natürlich je nach Situation der Klienten werden einzelne Elemente genutzt. Obgleich die integrative Beratung keinen strengen Rahmen bietet, der vor allem Beratungsanfängern entgegenkommt, gibt sie die Möglichkeit flexibel zu sein und somit individuell auf den Klienten eingehen zu können. Diese Form der Beratung leitet sich aus der integrativen Therapie ab, welche die Gestalttherapie, die Psychoanalyse und die Verhaltenstherapie miteinander verbindet.

In der Gestalttherapie, welche erlebnisgerichtet ist, steht die gestalttheoretische Sicht im Mittelpunkt. Sie ist erlebnisgerichtet und verfolgt eine emotionale Regulierung der Probleme in der aktuellen Lebensphase. Die Psychoanalyse ist kausal ausgerichtet und setzt die psychodynamische Sicht in den Focus. Hier sollen

Probleme der Lebensgeschichte kognitiv reguliert werden. Die symptomgerichtete Verhaltenstherapie fokussiert die lerntheoretische Sicht. Diese Therapie verfolgt die Verhaltensregulierung der in der Lerngeschichte negativ wirkenden Verhaltensmuster.

Die Grundannahme ist hier die „Ko-responzenz“. Das bedeutet, dass jeder Mensch in Beziehungen zu seiner Umwelt, insbesondere zu seinen Mitmenschen steht. Ohne diese könnte er sich nicht entwickeln oder überleben, ohne diese wäre er nicht zu verstehen. Des Weiteren bezieht die Therapie das Prinzip der Ganzheitlichkeit ein, welche hier den Begriff der „Leiblichkeit“ erhält. Der Mensch besteht aus Körper, Geist und Seele. Jedes Gefühl ruft eine körperliche Reaktion hervor und jede körperliche Aktion eine seelische Reaktion. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 112ff)

Aus dieser Fülle an Theorien gilt es nun eine geeignete für die Pflege zu finden. Innerhalb der Pflegeausbildung wird die nicht-direktive Beratung nach Rogers favorisiert. Aus diesem Grunde wurde sie in diesem Kapitel auch näher betrachtet.

2.3 Beratungsprozess

Der hier vorgestellte Prozess nach Poser und Schneider soll als Muster dienen, auf das jede Theorie angewendet werden kann und eine Vorstellung davon geben, wie Beratung praktiziert werden kann.

Der Beratungsprozess lässt sich in fünf Phasen unterteilen: das Erstgespräch, die Orientierungsphase, die Klärungsphase, die Veränderungsphase und die Abschlussphase.

Im Erstgespräch sollen die gegenseitigen Rahmenbedingungen geklärt werden, welche unter anderem die Vorstellungen der an der Beratung beteiligten Personen und die Klärung der Rolle des Beraters und Sinn und Funktion der Beratung wären. Hinzu kommen natürlich das Thema der Beratung und deren Ziel, sowie die Festlegung der Rahmenbedingungen, wie des zeitlichen Rahmens und des finanziellen Aufwandes. Als einer der wichtigsten Faktoren ist die Klärung der Vertraulichkeit zwischen

Berater und Klient zu nennen, denn sie bildet die Basis eines gut funktionierenden Beratungsprozesses.

Nach dem Besprechen dieser Rahmenbedingungen kommt entweder eine Beratung zustande, in diesem Fall werden oben genannte Punkte schriftlich festgehalten oder der Klient entscheidet sich gegen eine Beratung, in diesem Fall endet der Beratungsprozess bereits hier bzw. kommt erst gar nicht zustande. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 395f)

In dem zweiten Schritt, der Orientierungsphase, geht es um die Kontaktaufnahme, sowie um die Festlegung der Ziele und Vorgehensweisen. Die Aufgabe des Beraters ist es zunächst sich auf den Prozess einzustellen/ vorzubereiten (Welche Dinge wurden im Erstgespräch bereits geklärt? Gibt es weiteren Klärungsbedarf?), die räumliche Umgebung so zu gestalten, dass sich der Klient darin wohl fühlt und engeren Kontakt zum Klienten aufzubauen. Gemeinsam mit dem Klienten werden anschließend das Thema des Problems und das angestrebte Ziel festgelegt. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 396f)

Die dritte Phase stellt die Klärungsphase dar, in der die Beschreibung der Problemstellung das zentrale Ziel ist. Um dies zu erreichen wird der Klient aufgefordert frei zu erzählen. Der Berater unterbricht ihn dabei nicht, sondern lässt ihm genügend Raum und akzeptiert bedingungslos das Gesagte. In dieser Phase ist er ein absolut passiver Zuhörer. Es kommt allerdings häufig vor, dass das freie Erzählen das eigentliche Problem nicht klar herausstellt. In diesem Fall bewegt der Berater den Klienten durch einige bestimmte Vorgehensweisen dazu „... seine Deutung von der Wahrheit genauer zu klären beziehungsweise für sich zu explizieren.“ (Poser & Schneider, 2005, S. 397)

Dies wären zum Einen das Focussieren, d.h. der Klient soll eine bestimmte Situation, die das Problem verdeutlicht, schildern durch bspw. W-Fragen (Wer war dabei?, Wo fand es statt? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Was ist genau passiert?) dieses konkretisieren. Zum Anderen wäre dies das Paraphrasieren und Strukturieren. Wenn der Klient das freie Erzählen weitgehend abgeschlossen hat, fasst der Berater das Gesagte in seinen eigenen Worten zusammen und focussiert es dabei auf das

vorherrschende Problem, um herauszufinden ob er den Klienten richtig verstanden hat. Indem er dies in Form von Fragen einbettet, gibt er ihm eine gute und einfache Möglichkeit eventuelle Missverständnisse zu klären.

Eine dritte Möglichkeit das Problem des Klienten deutlicher herauszustellen ist das Widerspiegeln von Gefühlen. Der Berater hört ganz genau hin und versucht an Hand des Gesagten herauszufinden, wie sich der Klient in der jeweiligen Situation gefühlt hat und teilt ihm dies anschließend mit (Sie waren in dieser Situation also sehr enttäuscht?!). Dabei ist zu beachten, dass der Berater nicht versucht nachzuvollziehen wie er sich dabei gefühlt hätte, sondern sich in die Situation des Klienten hineinversetzt und dessen Gefühle reflektiert. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 397f)

Im vierten Schritt, der Veränderungsphase, sollen Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden. Dies erfolgt wiederum in zwei Schritten. Zunächst werden Lösungsmöglichkeiten gesammelt, von denen die meisten (durch Lenkung des Beraters) vom Klienten selbst kommen sollten. Anschließend sollten diese bewertet werden. Dies kann durch simples abwägen der Vor- und Nachteile geschehen oder auch durch das Ausschlussverfahren, indem der Klient sagt, dass er diese oder jene Möglichkeit bereits versucht hat. Hier ist der Berater wiederum gefragt zu schauen, ob nicht eine modifizierte Variante des bereits angewandten Lösungsversuches die geeignetste Lösungsmöglichkeit selbst ist. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 398f)

Den letzten Schritt bildet die Abschlussphase. Hier soll der Beratungsprozess zu einem Ergebnis, also zu einer Lösung geführt haben. „Das Spektrum reicht vom Überdenken der Lösungsvariante bis hin zur strukturierten, kleinschrittig geplanten Umsetzung des Handlungsplanes.“ (Poser & Schneider, 2005, S. 399) Hierbei ist es sehr wichtig, dass dem Klienten klar ist, in welchem Bereich dieses Spektrums sich die jeweilige Lösung befindet. Dies ist die Voraussetzung um die Lösung (ob nun jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt) zu realisieren. Des weiteren sollten der Berater und der Klient Vereinbarungen treffen. Diese kann der Klient mit sich selbst treffen, indem er sagt, bis zu dem und dem Zeitpunkt möchte er diesen oder jenen



Schritt seiner Lösung erreicht haben, oder er trifft sie mit seinem Berater, indem er ihm zu den jeweiligen Zeitpunkten Rückmeldungen gibt.

In dieser Phase findet aber auch, wie der Name bereits sagt, der Abschluss des Beratungsprozesses statt. Der Berater sollte es sich und dem Klienten ermöglichen, sich angemessen voneinander zu verabschieden. Dem Klienten sollte dabei das Angebot gemacht werden, jederzeit bei Problemen den Berater erneut kontaktieren zu können. (vgl. Poser & Schneider, 2005, S. 399f)

3. Biographiearbeit

3.1 Biographie – Biographiearbeit - Biographieforschung

Biographie (=Lebensgeschichte) „... ist ein Geflecht aus Lebensereignissen, Empfindungen und Bedeutungszuschreibungen, an dem der Mensch kontinuierlich arbeitet. Sie ist erzählbar und wandelbar.“ (vgl. Sander, 2006, S. 4) So definiert Kirsten Sander¹ den Begriff der Biographie.

Doch was genau besagt diese Definition? Sie „ist ein Geflecht aus Lebensereignissen“. Diese lassen sich sehr gut innerhalb von Lebensläufen erfassen. Das sind personenbezogene Information, welche ein Individuum identifizieren und zum jeweiligen Zeitpunkt in seinem gesellschaftlichen Umfeld lokalisieren. Diese Daten gehen über den Namen, über das Geburtsdatum, verschiedenen Wohnorte, Familienstand bis hin zu den jeweiligen Schulabschlüssen und weiteren Qualifikationen. Es können aber auch Zugehörigkeiten zu bestimmten Vereinen oder Parteien sein oder spezielle Probleme und Entwicklungen, wie z.B. den Gesundheitszustand oder die Familie betreffend. (vgl. Baacke & Schulze, 1993, S. 189)

Zusammen mit den damit verbundenen oder daraus resultierenden Gefühlen und Erfahrungen bilden sie eine Lebensgeschichte. Darin „... ist nicht nur von Erfolgen oder von aktenkundigen Mißerfolgen, auch von mißglückten Versuchen, Demütigungen, Enttäuschungen, Krisen, Zweifeln und Verzweiflungen die Rede und von den mühsamen Versuchen, sie dennoch zum guten zu wenden, sie in Gewinn zu verwandeln und sei es nur der Gewinn der Einsicht.“ (Baacke & Schulze, 1993, S. 190) Sie beinhaltet Umstände und Motive, die zu bestimmten Ereignissen geführt haben, daran geknüpfte Erwartungen und gegebene oder nicht gegebene Voraussetzungen. (vgl. Baacke & Schulze, 1993, S. 190) Durch das Wiedergeben,

¹ Doktorin der Philosophie und wissenschaftliche Mitarbeiterin der Technischen Universität Dresden mit einer Professur für Sozialpädagogik mit den Schwerpunkten Prävention und Gesundheitsförderung mit u.a. dem Forschungsschwerpunkt Biographieforschung im Gesundheitswesen (www.tu-dresden.de)

Erinnern und Reflektieren der eigenen Lebensgeschichte, ist es möglich immer wieder neue Facetten der eigenen Biographie zu entdecken und einzelnen Situationen neue Bedeutungen beizumessen. Dies stellt einen kontinuierlichen Arbeitsprozess dar. Aus diesem Grund können sich auch gewisse Ansichten ändern und bestimmte Ereignisse werden im Nachhinein ganz anders erlebt. Die Lebensgeschichte ist demzufolge wandelbar.

Das bereits erwähnte Erinnern, Reflektieren und Vergessen ist bereits eine Form der Biographiearbeit und zwar die alltägliche Biographiearbeit. Jeder Mensch erinnert sich an bestimmte Ereignisse in seinem Leben, denkt darüber nach, vergisst sie oder schließt sie aus, d.h. er betrachtet sie in seiner jetzigen Situation und Sichtweise. Dies wird auch als Biographizität bezeichnet. Hier wird deutlich, dass die Biographie nie eine Widerspiegelung des tatsächlich Geschehenen ist, sondern dass das Erlebte und die Reflexion dessen immer in einem gesellschaftlichen und sozialen Rahmen von statten geht und daher einen höchst subjektiven Prozess darstellt.

Dieser Prozess kann auch von außen angeleitet werden, durch z.B. Therapeuten, Berater oder Pflegekräfte. Durch bestimmte Methoden, helfen sie dem Betroffenen seine Lebensgeschichte bewusst zusammenzutragen und anschließend besser deuten und verstehen zu können. Grundlage dafür ist zunächst, dass die Lebensgeschichte als eine Ressource verstanden wird, denn sie verdeutlicht und bestätigt den Menschen in seinem Dasein, gibt seinem Leben einen Sinn und gibt ihm dadurch Selbstsicherheit. Dies kann eine große Unterstützung bei der Problembewältigung sein. (vgl. Sander, 2006, S. 5)

Aus diesem Ansatz heraus hat sich die Biographieforschung entwickelt. Sie möchte herausfinden, in welcher Form Individuen lebensgeschichtliche Ereignisse verarbeiten und berücksichtigt dabei den jeweiligen gesellschaftlichen und sozialen Rahmen. Daraus lässt sich ableiten, dass sich einzelne subjektive Verarbeitungsformen auf ganze Gruppen mit ähnlichen Erfahrungen übertragen lassen. Dies bietet die Möglichkeit besser auf einen Menschen mit einer spezifischen Problemsituation eingehen zu können. Das Mittel der Wahl bietet hierbei das

biographisch- narrative Interview, welches im Kapitel 3.3 näher beschrieben wird. (vgl. Sander, 2006, S. 6)

3.2 Biographiearbeit in der Pflege

Wenn dem Pflegebedürftigen die Möglichkeit geboten wird von seinem Leben zu erzählen und somit der Pflegende daran teilhaben kann, hilft dies der Pflege, in dem man frühere Gewohnheiten, Abneigungen oder Vorlieben kennenlernt, etwas über die jeweiligen Emotionen erfährt, etwas von Fähigkeiten des Betroffenen hört, an denen man anknüpfen kann oder gewisse Einstellungen kennen lernt. Der Pflegende zeigt seinem Gegenüber somit Anerkennung und kann ihn besser verstehen. Dieses Vorgehen verbindet die beiden Akteure miteinander und erleichtert es dem Pflegebedürftigen sich in seiner aktuellen Situation zu sehen und dort auch anzukommen. (vgl. Sander, 2006, S. 17)

Dies kann in jeder Einrichtungsform der Pflege geschehen, ob in der ambulanten, teilstationären oder stationären Pflege, der Erwachsenen- oder Kinderkrankenpflege. Wobei hier beachtet werden muss, dass gerade bei (Klein-) Kindern aber auch bei Personen, denen es nicht möglich ist sich selbst zu äußern, Angehörige und Freunde mitbefragt werden müssen, um eine entsprechende Biographiearbeit zu ermöglichen. (vgl. Sander, 2006, S. 18)

Eine Variante Biographiearbeit in der Pflege zu leisten, ist das Biographische Erzählen. Der zu Pflegende wird durch eine offene Fragestellung dazu ermutigt von seinem Leben zu erzählen (Möchten Sie mir von Ihrem Leben erzählen? Wie ist das Bild auf ihrem Tisch entstanden?) Dabei sollten Tonfall, Mimik und Gestik kongruent sein. Es ist höchstwahrscheinlich, dass der Gesprächspartner freudestrahlend zu erzählen beginnt, wenn er ganz gelangweilt und nebenbei nach seiner Lebensgeschichte gefragt wird.

Um das Gespräch in Gang zu halten, sollte der Pflegende ab und an Nachfragen stellen, wie: Waren noch andere da? Was ist genau passiert? Es ist aber zu beachten, dass der Erzählende durch diese Nachfragen nicht unterbrochen wird und dass er

auch Zeit zum Nachdenken erhält. Wenn etwas nicht verstanden wurde oder vermutet wird, dass wichtige Sachverhalte unausgesprochen bleiben, kann nachgehakt werden (Wollen Sie mir mehr darüber erzählen?). Ein weiterer wichtiger Bestandteil dieser Gesprächsführung ist das Schweigen. Ein Schweigen muss ausgehalten und respektiert werden, dabei sollte der Blickkontakt gehalten und keine Floskeln, wie „Alles wird wieder gut.“ benutzt werden.

Das biographische Erzählen sollte von dem Pflegenden nur angewandt werden, wenn er wirklich an der Lebensgeschichte des anderen interessiert ist und ihm somit motiviert zuhört. Auch wenn diese Gespräche gleichzeitig mit einer Pflegehandlung ablaufen können, benötigen sie Zeit. Das Gespräch muss nicht gleichzeitig mit der Pflegehandlung enden. In zehn Minuten kann einiges gesagt werden, doch wäre es dem Zweck angemessener mehr Zeit zu investieren (20-30 Minuten). Dies reicht nicht für eine vollständige Lebensgeschichte aber für einzelne Passagen daraus. Der zeitliche Aspekt muss allerdings mit den Kollegen abgesprochen werden, um die Versorgung anderer Pflegebedürftiger weiter zu gewährleisten.

Eine weitere Möglichkeit ist es, eine ganz konkrete Frage zu stellen. Dabei muss überlegt werden, welche Themen den Gesprächspartner interessieren und worüber er gern sprechen möchte. (Dafür kann das biographische Erzählen ein gutes Fundament bilden.) Solche Themen können Kunst, Literatur, Film und Fernsehen, Natur und Umwelt oder auch Wirtschaft und Politik sein. (vgl. Sander, 2006, S. 19f)

Möglichkeiten an die Gespräche anzuknüpfen bieten kreative Methoden, wie bspw. das Lebensbuch. Das ist ein Buch in dem die Lebensgeschichte schriftlich festgehalten wird, unterstützt durch Bilder, Zeitungsartikel ect. und nur der Verfasser selbst darf darüber entscheiden, wo es aufbewahrt werden und wer er sich anschauen darf. Es bietet eine gute Grundlage für weitere Gespräche und unterstützt den Verfasser/ Leser sich zu erinnern.

Eine andere Variante ist der Stammbaum, in dem die Familienmitglieder und ihre Beziehungen zueinander dargestellt werden. Der Pflegebedürftige kann seinen Platz innerhalb der Familie visualisieren und sich somit vergegewärtigen. Der Stammbaum unterstützt ebenfalls bei der Erinnerungsarbeit, diesmal aber stärker auf

die Familie bezogen, wie bspw. Rituale beim Weihnachtsfest. (vgl. Sander, 2006, S. 21ff)

Die Erkenntnisse, die die Pflegekraft aus all diesen Methoden gewinnt, müssen auch entsprechend berücksichtigt und umgesetzt werden. Wenn sich in den Gesprächen eine besondere Vorliebe herausstellt muss diese nach Möglichkeit in den Pflegealltag integriert werden. Wenn also Herr Schmidt viele Jahre Mitglied eines Chores war, bietet sich die Teilnahme an eine Singegruppe an oder wenn dies nicht möglich ist, kann er Musik hören, die ihm gefällt und für sich mitsingen.

All diese Prozesse erfordern ein hohes Maß an Zeit und Organisation. Neben der fachlichen Qualifikation muss sich das Team auf Biographiearbeit einstellen und sich Raum lassen für Teamsitzungen in denen bestimmte Fälle besprochen werden. Des weiteren ist Biographiearbeit niemals beendet. Da einzelne Situationen mit der Zeit anders interpretiert werden können und sich daraus neue Maßnahmen und Ziele für die Pflege entwickeln können, muss Biographiearbeit als ein kontinuierlicher Prozess betrachtet werden. (vgl. Sander, 2006, S. 28f)

3.3 Narratives Interview

Im Folgenden wird das narrative Interview als sehr wichtiger Bestandteil der Biographieforschung dargestellt. Dieses wurde Ende der 1970er Jahre vom Soziologen Fritz Schütze entwickelt. (vgl. Küsters, 2009, S. 18) Es ist eine Form des offenen Interviews, in dem der Interviewpartner dazu aufgefordert wird seine Erfahrungen und Erlebnisse in Geschichtsform zu erzählen. Er wird lediglich darüber informiert, dass er interviewt werden soll aber er erhält dabei keine Möglichkeit sich auf das Interview thematisch in irgend einer Art und Weise vorzubereiten. Es ist dem zu Folge spontan und situativ. Dieses Vorgehen wird auch als Stegreiferzählung bezeichnet. (vgl. Glinka, 1998, S. 10) Ziel des narrativen Interviews ist es die Biographieerzählung des Interviewten und seine Sicht in von ihm konstruierten persönlichen Sinnzusammenhängen zu erfassen und anschließend zu interpretieren. (vgl. Küsters, 2009, S. 18f)

Das narrative Interview läuft in drei Phasen ab: der Aushandlungsphase, der Haupterzählung und dem Nachfrageteil. Das gesamte Interview wird mittels eines Tonbandgerätes etc. aufgenommen. Bevor der Interviewer allerdings beginnt, sollte er seinem Gegenüber erklären aus welchem Grund er ihn interviewen möchte. Dazu gehört die Erklärung des narrativen Interviews, dessen Aufbau, das Untersuchungsthema des Interviewers, warum er sich genau diesen Interviewpartner ausgesucht hat (dies gibt ihm nämlich das Gefühl, dass seine Geschichte wichtig und erzählenswert ist und motiviert ihn zu erzählen) und die eindeutige Rollenverteilung.

Das bedeutet, dass dem Interviewpartner bis zum Schluss seiner Erzählung ein uneingeschränktes Rederecht eingeräumt wird. In der ersten Phase fordert man den Interviewpartner auf zu erzählen. Dabei kann man ihn in eine bestimmte Richtung lenken. Ist man an der gesamten Lebensgeschichte interessiert, fragt man danach. Möchte man hingegen etwas Spezifischeres erfahren, wie bspw. die Gesundheits- und Krankengeschichte, fragt man z.B. „Können Sie sich zurück erinnern, wie das mit Ihrer Krankheit angefangen hat? Wie war Ihre Gesundheit in der Kindheit?“ Die Erzählung, die darauf folgt, wird Haupterzählung genannt. Während dieser Phase ist keinerlei Intervention seitens des Forschers notwendig. Die Erzählungen bilden eine Eigendynamik, welche nicht durch den Interviewer beeinflusst werden soll. Seine Aufgabe besteht in diesem Teil des Interviews darin, den Erzähler durch aufmerksames und einführendes Zuhören in seiner Erzählung zu unterstützen. Dies kann durch emotionale Rückmeldungen, wie Lachen oder Seufzen geschehen oder durch entsprechende situative Formulierungen. („Das muss ja wirklich schwer für Sie gewesen sein.“) Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Kommentare nicht zu neuen Themen führen und die Eigendynamik der Erzählung nicht in andere Bahnen gelenkt wird.

Wichtig ist auch, dass der Interviewer ein Schweigen aushalten muss, ansonsten kann dies ebenfalls zu eben genannten Folgen führen. Das Ende der Haupterzählung wird zumeist vom Erzählenden selbst deutlich formuliert, indem er Sätze sagt wie: „So, jetzt weiß ich auch nicht mehr, was ich erzählen soll.“ oder „Ich denke das

war's.“ Im Anschluss darauf folgt der Nachfrageteil. Hier wird nun der Forscher thematisch aktiv, in dem er (wie der Name bereits sagt) Nachfragen stellt.

Der Interviewer klärt zunächst Hintergründe zu bestimmten Geschehnissen, die weiteres Erzählpotential in der Haupterzählung offen lassen. Dabei ist die Frage nach dem Wie von besonderer Bedeutung, da der Interviewte wieder angeregt wird zu erzählen und nicht nur kurz und knapp zu antworten. Diese Phase des Nachfragens soll dazu führen, dass die Haupterzählung abgerundet und nachvollziehbar wird. Des Weiteren soll sie Inhalte „hervorlocken“, die ohne die Nachfrage zunächst nicht mitgeteilt worden wären, die aber auch für den zu untersuchenden Gegenstand von großer Bedeutung sein können.

Nachdem alle Fragen geklärt und das narrative Erzählpotential ausgeschöpft ist, wird das Interview beendet. Es folgt die Transkription der Tonbandaufnahme. Das bedeutet, dass das komplette Interview verschriftlicht wird. Dies geschieht nach einem ganz bestimmten Schema, welches ich an dieser Stelle nicht im Detail beschreiben möchte. Es wird nicht nur aufgeschrieben, was gesagt wurde, sondern auch wie es gesagt wurde (schnell, langsam, laut, leise, lachend, weinend...), wann es Redepausen gab oder was stark betont wurde. Es wird jede Textzeile nummeriert und am Textrand die jeweiligen Sprecher mit den Anfangsbuchstaben gekennzeichnet (E=Erzähler, I= Interviewer oder die ersten Buchstaben der jeweiligen Namen, was bei Gruppeninterviews von Vorteil ist). Dies erleichtert das Lesen des Textes und die Arbeit am Interviewmaterial. Anschließend wird der Text anonymisiert, um jegliche Rückschlüsse eines Dritten auf den Erzähler zu verhindern. (vgl. Glinka, 1998, S. 10ff; Alheit, 1994)

Um das gewonnene Material interpretieren zu können, muss man wissen, dass das Erzählen nach Fritz Schütze gewissen Regeln und Zwängen folgt. Zu den Regeln zählt der sogenannte Spannungsbogen, ohne den wir nicht erzählen können. D.h. dass jede Geschichte einem Muster der Orientierung, Komplikation und Auflösung folgt. Es wird also eine Situation erklärt, durch die Zuspitzung von Ereignissen wird die Spannung aufgebaut und durch die Auflösung der Situation fällt der Spannungsbogen wieder ab.

Zu den Zwängen zählen u.a. der „Gestaltschließungszwang“, welcher besagt, dass eine Geschichte, die angefangen wurde auch beendet werden muss. Der „Detaillierungszwang“ besagt, dass eine Geschichte mit ausreichend Einzelheiten bestückt sein muss, um es dem Zuhörer zu ermöglichen, sich in die Erzählung hineinversetzen zu können. Wohingegen der „Relevanzfestlegungs- und Kondensierungszwang“ besagt, dass wir uns, trotz der eben genannten Detaillierung, auf das Wesentliche konzentrieren und auf den Punkt kommen. (vgl. Alheit, 1994, S. 4f)

Des Weiteren enthalten Erzählungen kognitive Figuren. Sie sind praktisch die Organisatoren einer Stegreiferzählung. Sie beschreiben den Zusammenhang einzelner Erzählstrukturen oder auch der gesamten Erzählung. Nach Fritz Schütze sind diese der Biographieträger, der Ereignisträger und ihre Beziehung untereinander, die Erfahrungs- und Ereigniskette, der soziale Rahmen (Situationen, Lebensmilieus, soziale Welten) und die Gesamtgestalt der Lebensgeschichte.

Die kognitive Figur des Biographieträgers besagt, dass sich der Erzähler zunächst einmal selbst einführt. Mit der Geburt beginnend, über das Elternhaus, bis hin zur Schule beschreibt er diese Phase seines Lebens, bewertet diese (z.B. gute oder schlechte Kindheit) und positioniert sich dazu (welche Voraussetzungen hier für die weitere Lebensgeschichte gesetzt wurden). Er nimmt auch Bezug auf andere Erzählungen, die diesen Abschnitt seines Lebens betreffen, da er sich an diese frühe Phase nicht so gut erinnern kann.

Ereignisträger sind Personen (z.B. Freund, Konkurrent), Gruppen (z.B. Freundeskreis) oder auch Gegenstände (z.B. erstes eigenes Auto), die die Lebensgeschichte mitverursacht und mitgestaltet haben. „[D]er Biographieträger kann sich von ihnen bestimmt, prozessiert, beeinflusst, eingeschränkt, gehindert, orientiert, verglichen und/oder mit neuen Aktivitätspotentialen versehen fühlen; selbstverständlich können kollektive soziale Einheiten auch als Mitaffizierte, Miterleidende, Mitbegünstigte zu relevanten Ereignisträgern werden – dies in der Regel aber nur, um die entsprechende Erfahrungsqualität für den Biographieträger zu intensivieren oder abzuschwächen.“ (Schütze, 1984, S. 85) Er steht zu ihnen in

einem Geflecht sich stetig wandelnder sozialer Beziehungen. Nimmt eine dieser Beziehung besondere Ausmaße an (sie intensiviert oder erkaltet sich, es fand ein Verrat statt oder eine andere besonders negative Geste) wird dies oft nur sehr zurückhaltend in die Erzählung eingebunden. Die Funktion dieser kognitiven Figur ist es einen Rahmen für nun folgende soziale Prozesse und Geschehnisse darzustellen.

In der Erfahrungs- und Ereigniskette werden Zustandsänderungen des Biographieträgers beschrieben (wie kam es zu gewissen Ereignissen und verliefen diese). Er macht deutlich, welche Haltung er zu gewissen Prozessen damals bzw. heute hat. Schütze beschreibt dazu vier grundsätzliche Arten der Haltung. Die Erste sind die biographische Handlungsschemata. Diese sind vom Biographieträger geplant „... und der Erfahrungsablauf besteht dann in dem erfolgreichen oder erfolglosen Versuch, sie zu verwirklichen.“ (Schütze, 1984, S. 92)

Die Zweite sind institutionelle Ablaufmuster der Lebensgeschichte. Diese sind von dem Biographieträger und/ oder seinen Interaktionspartnern ebenfalls geplant „... und der Erfahrungsablauf besteht dann in der rechtzeitigen, beschleunigten, verzögerten, behinderten, gescheiterten Abwicklung der einzelnen Erwartungsschritte.“ (Schütze, 1984, S. 92)

Die dritte Art der Haltung sind die Verlaufskurven. Auf diese hat der Biographieträger keinen Einfluss, sie überwältigen ihn und er muss versuchen wieder zu seiner eigenen alltäglichen Lebensgestaltung zurückzufinden.

Die letzte Art der Haltung sind die Wandlungsprozesse. Sie sind überraschende Entscheidungen oder Handlungen des Biographieträgers und er „... erfährt sie als systematische Veränderungen seiner Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten.“ (Schütze, 1984, S. 92)

Die dritte kognitive Figur ist der soziale Rahmen, welcher Situationen, Lebensmilieus und soziale Welten umfasst.

In diesem sozialen Rahmen spielen sich Zustandsveränderungen des Biographieträgers bzw. weiterer Ereignisträger ab, welche zusammen mit den Ereignisabläufen als Verstärker oder Verminderer von Bewältigungskompetenzen wirken. Der soziale

Rahmen dient als Orientierungsrahmen, innerhalb dessen sich lebensgeschichtliche und soziale Prozesse abspielen. (vgl. Schütze, 1984, S. 98ff)

Die vierte kognitive Figur ist die Gesamtgestalt der Lebensgeschichte. Hier wird beobachtet auf welche Ereignisse oder Prozesse innerhalb der gesamten erzählten Lebensgeschichte der Biographieträger sein Hauptaugenmerk legt. Es wird betrachtet, welchen Standpunkt der Erzählende dabei einnimmt und wie er die einzelnen Erzähllinien seiner Lebensgeschichte miteinander verbindet. (vgl. Schütze, 1984, S. 102ff)

„Die kognitiven Figuren des Stegreiferzählens selbsterlebter Erfahrungen bewirken im Zusammengehen mit den narrativen Zugzwängen die formale Geordnetheit des autobiographischen Stegreiferzählens.“ (Schütze, 1984, S. 108)

Durch das Herausarbeiten dieser kognitiven Figuren und durch das Erkennen von Ereignispassagen, die dem Erzählenden unangenehm oder unwichtig sind (welche aber auf Grund des Detaillierungszwangs angedeutet werden) und im Nachfrageteil noch einmal angesprochen werden, ist es dem Zuhörer möglich, die Lebensgeschichte des Biographieträgers nachvollziehen und verstehen zu können. Die Analyse des Textmaterials geschieht nach einer bestimmten Vorgehensweise, auf die ich aber nicht genauer eingehen möchte. (vgl. Schütze, 1984, S. 108ff)

Mit Hilfe dieser Lebensgeschichte kann der Zuhörer bestimmte Bewältigungsstrukturen des Erzählers herausfiltern und verstehen, warum er in bestimmten Situationen entsprechend gehandelt hat. Er entdeckt also biographische Gründe für verschiedene Handlungsmuster, die er anschließend mit seinem Erzähler/ Klienten besprechen kann. Dieser lernt somit seine Lebensgeschichte und sich selbst besser verstehen und auf Grundlagen dessen kann er an bestimmten Verhaltensschemata etwas ändern und somit zur Problemlösung beitragen.

Ein großer Bestandteil der Biographieforschung mit Hilfe des narrativen Interviews ist es allerdings, dass diese Verhaltensmuster nicht nur für ein Individuum analysiert werden, sondern dass durch eine Fülle narrativer Interviews mit Personen in ähnlichen Settings zu Ergebnissen führt, die bei ähnlichen sozialen und kulturellen Kontexten auch ähnliche Verhaltens- und Verlaufsmuster zeigen. Dies bietet dem Berater



die große Möglichkeit, seinen Klienten noch besser zu verstehen und somit auch besser auf ihn eingehen zu können. Natürlich darf dabei die Individualität nicht aus den Augen gelassen werden aber es hilft zu verstehen, wie bestimmte Rahmenbedingungen auf das Individuum wirken. Demzufolge ist es auch möglich Wege zu finden, daraus entstandene Probleme zu lösen. Wobei diese Lösungen als Rohlinge zu verstehen sind, die für jeden Klienten individuell geschliffen werden müssen.

Es ist an dieser Stelle noch einmal anzumerken, dass das narrative Interview und die kognitiven in sehr vereinfachter Form dargestellt sind. Es soll lediglich dazu dienen einen groben Überblick über diese Form des Interviews und die Arbeit damit zu geben.

4. Biographiearbeit im Vergleich zu Carl R. Rogers

Im Verlauf dieser Arbeit wurden verschiedene Beratungstheorien vorgestellt. Es wurde zum Einen die Verhaltenstherapie genannt. Diese konzentriert sich lediglich auf das Verhalten in der Gegenwart und klammert die biographische Komponente weitgehend aus. Sie behebt nur die Symptome und nicht die Ursache. Sie ist in dem Sinne viel mehr auf die Patientenschulung als auf die Beratung ausgerichtet.

In dem tiefenpsychologischen Konzept wird durch das Persönlichkeitsmodell des Ich, Es und Über-Ich wird zwar auf die biographische Verankerung der Probleme eingegangen, es findet in der Pflegeberatung allerdings keine Anwendung, da es eine therapeutische Ausbildung erfordert.

Zum Anderen wurde ebenfalls das systemische Konzept vorgestellt. Es ist für die Analyse von Pflegesituationen und die Gestaltung beratender Intervention durchaus hilfreich, es berücksichtigt allerdings nicht ausreichend die psychischen Probleme des Individuums und deren Auswirkung auf die Krankheit. Des Weiteren wird hier viel zu sehr die Institution der Familie betrachtet. Dies birgt die Gefahr, dass die soziale Umwelt und die Lebenslage schnell aus den Augen verloren werden kann. Aus diesem Grunde ist es für die Pflegeberatung ungeeignet. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 108ff)

Ein weiteres Beratungskonzept war die integrative Beratung. Auf Grund ihrer Fülle an zugrunde liegenden Therapieformen bietet sie der Beratung eine Vielfalt an Möglichkeiten. Jedoch birgt genau dies auch Gefahren. Der Berater muss jede der drei Therapieformen genau kennen, sie in Einklang bringen und anschließend wissen, was er davon für den jeweiligen Klienten benötigt und kann somit nur von sehr erfahrenen Beratern angewendet werden. Daher findet dieses Konzept hier keine weitere Betrachtung.

Als Grundbaustein der psychosozialen Konzepte wurden die psychologischen Konzepte genannt. Als wiederum ein Bestandteil davon gelten die humanistischen Konzepte, mit einem der Hauptvertreter Carl R. Rogers und die durch ihn begründete nicht-direktive Beratung. Diese wird vorrangig in den Ausbildungsstätten



der Pflege unterrichtet, daher nimmt es für die Pflegeberatung eine wichtige Rolle ein. Aus diesem Grunde wird nun die nicht-direktive Beratung mit der Biographiearbeit, insbesondere mit einem Werkzeug dieser - dem narrativen Interview - verglichen.

Zunächst einmal wird die Grundannahme der beiden Verfahren miteinander verglichen. Das humanistische Konzept geht davon aus, dass die Menschen im Grunde gut und seelisch gesund sind und somit das Potential aufweisen ein erfülltes Leben zu führen. Negative Erfahrungen die das Individuum macht, können es allerdings daran hindern. (vgl. Koch-Straube, 2008, S. 104)

Die Biographieforschung geht davon aus, dass sich das Individuum immer im Zusammenspiel mit einem gesellschaftlichen und sozialen Kontext befindet. Innerhalb dieser Ordnungsmuster gestaltet es sein Leben. Dabei wird es durch Komponenten wie die soziale Teilhabe, die Bildung, das Geschlecht oder auch durch soziales und kulturelles Kapital beeinflusst. In der Biographieforschung wird also untersucht in welchen Kontexten das Individuum aufwuchs und sich derzeit befindet, wie sie es beeinflussten und mit welchen Verhaltensmustern es darauf reagierte. Dabei ist die Lebensgeschichte nicht so zu verstehen, als sei sie nur von außen gesteuert, also nach dem Reiz-Reaktions-Muster. Sie ist selbstbestimmt, allerdings innerhalb eines gewissen sozialen und kulturellen Rahmens, der sie beeinflusst. (vgl. Jansen, 2009, S. 17f) Der große Unterschied dieser beiden Annahmen zeigt sich also darin, dass die Biographieforschung wesentlich mehr die sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen berücksichtigt und somit einen umfassenderen Blick auf das Individuum ermöglichen als die nicht-direktive Beratung.

Im Basisverhalten charakterisiert sich die nicht-direktive Beratung dadurch, dass der Berater seinem Klienten Echtheit, Akzeptanz und einführendes Verstehen entgegenbringt. Er bewertet und beurteilt die Aussagen seines Klienten nicht sondern er akzeptiert, erkennt und reflektiert die Gefühle. (vgl. Rogers, 1994, S. 38ff) Im narrativen Interview ist die Grundhaltung ähnlich. Der Interviewer interessiert sich für die Lebensgeschichte seines Gegenüber und nimmt daher das gleiche Basisverhalten an. Hier findet allerdings keine Reflexion der Gefühle statt, da er den

Interviewpartner in seinen Erzähllinien durch Unterbrechungen nicht stören möchte. Durch einfaches Nicken, der Situation entsprechende Mimik und Gestik oder auch ein einfaches „Hmm.“ zeigt er ihm sein einführendes Verstehen. Der Unterschied der beiden Methoden (neben vielen Ähnlichkeiten) liegt hier also in den verbalen Reaktionen des Beraters.

Beide Konzepte verfahren nach dem oben beschriebenen Beratungsprozess. Wobei das narrative Interview als „Werkzeug“ vielmehr den Teil der Orientierungsphase und Klärungsphase darstellt und die Biographiearbeit den Beratungsprozess als solchen. Das Interview bildet folglich die Grundlage, auf die die Beratung aufbaut. Daraus zeichnet sich ein sehr großer Verfahrensunterschied der beiden Methoden ab. Die nicht-direktive Beratung arbeitet zwar auch mit Tonbandaufnahmen und Notizen. Diese dienen allerdings nur dazu, sich das Gespräch noch einmal in Erinnerung zu rufen. Das Handeln des Beraters baut auf die Erzählung seines Klienten auf. Hier liegt die größte Aufmerksamkeit auf dem Inhalt. Im narrativen Interview hingegen geht es nicht nur um den Inhalt sondern auch darum in welchen Zusammenhängen, Reihenfolgen und wie detailliert einzelne Erzählstränge wiedergegeben werden. Es sollen Verlaufs- und Verfahrensmuster erkannt werden, die den Berater darin unterstützen Problemlösungen zu finden. Durch die Deskription des Interviews, ist ihm möglich, das Gespräch noch einmal genauestens Revue passieren zu lassen. Durch die Neutralität der Textform kann er Distanz zu dem Gesagten gewinnen, ohne durch die Gefühle des Klienten und durch das entgegengebrachte eigene Mitgefühl beeinflusst zu sein. Dies bietet ihm die Möglichkeit neuer Blickwinkel. Zudem folgt die Interpretation und die Analyse des Textes festgeschriebenen wissenschaftlichen Methoden und ist somit vereinheitlicht ohne wiederum die Individualität zu vernachlässigen.

Das eben Genannte stellt gleichzeitig einen Vor- und einen Nachteil dar. Zum einen benötigt die Deskription, Analyse und Interpretation sehr viel Zeit und die ist bekannter Maßen überall knapp. Allerdings ermöglicht es eben diese Zeit, sich sehr genau mit dem Klienten zu befassen. Handlungen des Beraters sind nicht auf Momentaufnahmen zurückzuführen sondern auf eine genaue Analyse und



Interpretation. Demzufolge ist auch die Auseinandersetzung mit dem Klienten wesentlich intensiver und komplexer. Die Biographiearbeit beleuchtet auf Grund dessen ganz andere Perspektiven, welche zuvor unberücksichtigt blieben.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden gemeinsam mit dem Klienten in der Klärungs- und Veränderungsphase besprochen und somit gemeinsam Lösungsmöglichkeiten gesucht.

In der Zusammenfassung ist die Biographiearbeit wesentlich komplexer und untersucht die Probleme auf biographischer Basis.

Auch wenn die Biographiearbeit einen neuen theoretischen Ansatz darstellt, kann sie auf Grund der vielen Gemeinsamkeiten als eine Art Weiterentwicklung der bisherigen Beratungsverfahren verstanden werden. Dies bedeutet, dass sich Pflegenden nicht vollständig umorientieren müssen, sondern auf ihr bisheriges Wissen aufbauen und sich weiterentwickeln können.

5. Fazit

Da nun die Vor- und Nachteile der Biographieforschung dargelegt sind, stellt sich die Frage, in wie fern sie in den Pflegealltag integriert werden kann. In dem Punkt Biographiearbeit in der Pflege wurde erläutert, welche Methoden bereits jetzt angewendet werden. Doch wird deutlich, dass dies im Vergleich zum narrativen Interview und den daraus gewonnenen Erkenntnissen nur einen kleinen Teil darstellt. Wie soll nun also dieses Werkzeug Bestandteil der Pflege werden? Auf Grund des sehr hohen zeitlichen Aufwands ist es schwerlich es als solches als Pflegenden direkt anzuwenden. Schon jetzt werden die personellen Ressourcen der Pflegeinstitutionen knapp und durch den demographischen Wandel, der daraus resultierenden steigenden Anzahl multimorbider älterer Menschen und der schrumpfenden Anzahl junger arbeitender Menschen, der bereits heute in einem Fachkräftemangel deutlich wird, spitzt sich diese Situation weiterhin zu.

Biographieforschung mit Hilfe des narrativen Interviews den Pflegekräften zu überlassen, scheint folglich als nicht realisierbar. Eine Möglichkeit bietet sich allerdings in der Position des Case Managers. Dies ist eine Person, die den Pflegebedürftigen von Beginn seiner Pflegebedürftigkeit an betreut. Sie begleitet ihn bei sämtlichen Übergängen von verschiedenen Stationen, in stationäre, teilstationäre oder Rehaeinrichtungen oder in die Häuslichkeit. Die Aufgabe wird dahingehend erweitert, dass er nicht nur für institutionelle Angelegenheiten beratend und handelnd zur Seite steht, sondern dass er auch die Pflegeberatung im Sinne des narrativen Interviews durchführt.

Natürlich muss der Position des Case Managers, welche zumeist von Pflegekräften übernommen werden, genügend Zeit für diese Tätigkeit eingeräumt werden. Die Qualifikation für die Biographieforschung ist natürlich Voraussetzung. Somit wäre es möglich, eine Vielzahl solcher Interviews durchzuführen und durch die Analyse und Auswertung könnten Verlaufs- und Verhaltensschemata herauskristalisiert werden, die in gewisser Weise Verallgemeinerungen erlauben und somit



„lebensgeschichtlich angemessene Handlungsoptionen“ (Prof. Dr. Darmann-Finck & Sahm, 2006, S. 292) bieten.

Wenn diese Schemata und Handlungsoptionen repräsentative Ausmaße angenommen haben, könnte sie Bestandteil der Pflegeausbildung werden, sodass Pflegende nach und nach immer vertrauter mit diesem Konzept der Biographiearbeit gemacht werden.

Literaturverzeichnis

- Alheit, P. (1994). Das narrative Interview. Eine Einführung. In *Voksenpoedagogisk Teorieudvikling. Arbejdstekster, nr. 11 (reprint)*. Roskilde: Roskilde Universitetscenter.
- Baacke, D., & Schulze, T. (1993). *Aus Geschichten lernen. Zur Einübung pädagogischen Verstehens*. München: Juventa Verlag.
- Brandenburg, H., & Dorschner, S. (2003). *Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Glinka, H.-J. (1998). *Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen*. München: Juventa Verlag.
- Jansen, I. (2009). Biografie im Kontext sozialwissenschaftlicher Forschung und im Handlungsfeld pädagogischer Biografiearbeit. In C. Hölzle, & I. Jansen (Hrsg.), *Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen - Zielgruppen - Kreative Methoden* (S. 17-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Koch-Straube, U. (2008). *Beratung in der Pflege*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Küsters, I. (2009). *Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kunz, W. (2005). *Gesetzessammlung für Pflegeberufe*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Poser, M., & Schneider, K. (2005). *Leiten, Lehren und Beraten. Fallorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch für PflegemanagerInnen und PflegepädagogInnen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Prof. Dr. Darmann-Finck, I., & Sahm, M. (Mai 2006). Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. *Pflege*, S. 287-293.
- Rogers, C. R. (1994). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.



- Sander, K. (2006). *Biographiearbeit. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung Heft 21*. Brake: Prodos Verlag.
- Schütze, F. (1984). Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens. In M. Kohli, & G. Robert, *Biographie und soziale Wirklichkeit. Neue Beiträge und Forschungsperspektiven* (S. 78-117). Stuttgart.
- [www.tu-dresden.de](http://tu-dresden.de). (kein Datum). Abgerufen am 16. Mai 2011 von http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/erzw/diefakultaet/fakultaetsangehoerige/detail?detail=490



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift