

INHALT

1	Einleitung	2
1.1	Worum es geht!	2
1.2	Das schmerzhaftes Denken in Defiziten	2
1.3	Das aufbauende Hervorheben von Ressourcen	3
1.4	Sie haben die Wahl!	4
1.5	Schmerzen	5
1.6	Unterscheidung von Schmerz und Leid	5
1.7	Beziehungsarten	6
1.7.1	Mitleid – Die schädigende Beziehung	6
1.7.2	Mitgefühl – Der allgemein angestrebte Standard	7
1.7.3	Kontrollierte Zuneigung - Der Königsweg der Betreuungsarbeit	9
1.8	Verantwortung	11
2	Beteiligte Personen und Personengruppen	13
2.1	Übersicht der am System „Betreuung“ Beteiligten	14
2.2	Klienten	15
2.2.1	Betreute Personen	15
2.2.2	Art der Betreuung	16
2.3	Betreuerinnen	17
2.3.1	Qualifikationen	17
2.3.2	Einsatzbereiche	17
2.4	Pflegekassen	17
2.5	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK)	17
3	Kompetenz der Betreuer*innen	18
3.1	Vorteilhafte persönliche Eigenschaften	18
3.2	Wie erfüllen Sie die Merkmale?	19

1 Einleitung

1.1 Worum es geht!

Einige der folgenden Aussagen werden Ihnen vielleicht „seltsam“ vorkommen. Das ist beabsichtigt! Prüfen Sie bitte selbst (wohlwollend ☺), wie Sie zu den Aussagen stehen.

Dies ist ein Kurs in Betreuungsarbeit.

Im Substantiv „Betreuung“ steckt das Adjektiv „treu“, was die Bedeutung von „verlässlich, zu dem andern stehend, verbunden sein“ hat. „Betreuung“ hängt also mit Begriffen wie Zuwendung, Unterstützung und vor allem

Verbundenheit

zusammen.

„Betreuung“ richtet sich anders als Pflege und Therapie nicht an so genannten „Defiziten“ der betreuten Personen aus (Einschränkungen, körperliche Krankheiten, psychische Erkrankungen, ...) sondern stellt deren Fähigkeiten und „Ressourcen“ in den Vordergrund.

1.2 Das schmerzhafteste Denken in Defiziten

Diese Ausrichtung ist sehr gut möglich, denn:

„Defizite“ sind vor allem gedankliche Konstruktionen!

So genannte „Defizite“, wie Unvermögen oder Unwissen, entstehen aus dem Verhältnis zwischen einem „Wunsch“ wie das Leben oder eine Situation „so sein sollte“ und einer demgegenüber als ungünstiger beurteilten „Wirklichkeit“. Weder der Wunsch noch die dem gegenüberstehende „Wirklichkeit“ sind objektive Realitäten, vielmehr sind beide erheblich von der eigenen Anschauung einer Situation oder Gegebenheit abhängig.

Beispiel: Ein Mensch, der vieles besitzt und gesund ist, kann erhebliche Defizite empfinden. Er sagt vielleicht: „Ich hätte Architektur studieren sollen. Warum habe ich das bloß nicht getan und bin stattdessen nur ein steinreicher Bankdirektor geworden? Ach je, ich armer Mensch!“. Ein Mensch, der schwer krank oder körperlich eingeschränkt ist, wenig Geld hat und in einer Einzimmerwohnung lebt kann hingegen damit völlig zufrieden sein, dass es seinen Fischen gut geht und er abends mit seinen Freunden musizieren kann.

Basisqualifikation Teil 1

Sie verstehen, dass Defizite nichts Feststehendes sind, sondern im Wesentlichen vom Denken der betreuten Person abhängen. Dieses Verstehen darf bei Ihnen jedoch nicht dazu führen, dass Sie dieses Empfinden der von Ihnen betreuten Person nicht „ernst“ nehmen. Für den Betreuten ist ein Defizit keine bloße Vorstellung, sondern er erlebt sie im gegenwärtigen Moment als absolut wahre Realität. Wie Sie damit umgehen können, erörtern wir weiter unten. Vorab vielleicht noch ein Beispiel, wie einfach Defizit-Illusionen zu beseitigen sind:

Der kleine Willi spielt im Sandkasten. Ein anderes Kind hat eine „schönere“ Schaufel als der kleine Willi. Willi weint und will auch so eine schöne Schaufel haben. Die gedankliche Illusion, dass er ein Defizit habe, kann die Mutter ganz einfach aus dem Weg räumen, indem Willi ein Bonbon bekommt. Und siehe da, er vergisst die Schaufel. Daran erkennen Sie, dass das Defizit nur gedanklicher Natur war. Es ließ sich ganz einfach beseitigen. Allerdings werden Sie in diesem Kurs bessere Methoden lernen als Bonbons zu verteilen, denn mit Respekt, Wertschätzung und Ernstnehmen der Gefühle von Willi hat die schnelle Bonbon-Lösung der Mutter nichts zu tun (und führt bei häufiger Anwendung zu eher ungünstigen Persönlichkeitseigenschaften von Willi).

1.3 Das aufbauende Hervorheben von Ressourcen

Es gibt jedoch sehr reale Eigenschaften, Können und Wissen unserer Klienten. Diese nennen wir

(Persönliche) Ressourcen.

Wir unterscheiden:

Materielle Ressourcen. Dies sind wirtschaftliche Mittel, auf die eine Person zurückgreifen kann, z. B. um Hilfe oder Entlastung zu beschaffen (incl. Pflege-, Kranken-, Arbeitslosen- oder Rentenversicherung).

Soziale Ressourcen. Das sind soziale Beziehungen, aus denen emotionale, verstandesmäßige und praktische Unterstützungen kommen können.

Psychische Ressourcen. Diese umfassen spezifische individuelle Handlungskompetenzen, aber auch psychische Regulationsfähigkeiten und den Grad der Persönlichkeitsentwicklung.

Physische Ressourcen: Sie umfassen Faktoren wie Aussehen, Mobilität oder körperliche Vitalität.

Alle diese Ressourcen gilt es zu erkennen, zu erhalten und wertschätzend in Anspruch zu nehmen.

1.4 Sie haben die Wahl!

Betreuungsarbeit richtet sich nicht auf Defizite aus, denn damit würde das schmerzhaft-illusionäre Denken und Empfinden noch verstärkt. Ziel ist es vielmehr, vorhandene Ressourcen besser zur Geltung zu bringen. Defizite sind mit Leiden, Ressourcen sind mit Freude verbunden.

Jeder Moment kann zur Freude und zum Lachen, jeder Moment kann aber auch zum Leiden und zum Grollen genutzt werden. Fühlen Sie vielleicht einmal folgendes nach:

? Aus welcher Region Ihres Körpers entstammen das Lachen und die Freude?

Unser Lachen und unsere Freude entstammen vor allem unseren Bauch- und Brusträumen. Wir empfinden sie im Moment des Geschehens als natürlich und wahrhaftig. Wir spüren im Moment des Lachens die tiefe innere Verbundenheit zu dieser Welt und vor allem zu anderen und sind für Sekundenbruchteile glücklich und wie von einer Last befreit. Von dieser inneren Freiheit und Gelöstheit wird hier noch zu berichten sein.

Lernen Sie bitte: **Die Aktivierung von Ressourcen führt zur Freude.
Das Gefühl der Freude verorten wir im Bauch- und im Brustraum.
Freude ist das Lebensgefühl des Verbunden-Seins.**

Das Leiden und das Grollen benutzen hingegen weniger den Bauch und das Herz, sondern vorrangig den Kopf, also das Denken auf der Basis von Erinnerungen (Vergangenheit) und Prognosen (Zukunft). Beides entsteht, meist leider wenig kontrolliert, aus erlernten und automatischen Denk- und Verhaltensmustern und damit auch oft auf der Basis so genannter „Defizite“ (siehe oben).

Wir wollen Leiden und Grollen nicht verstärken, sondern die Widerstände beseitigen helfen, die das Aufkommen von Freude im Leben der betreuten Personen behindern.

Freude ist ein Grundgefühl, was immer da ist, leider aber oft überdeckt wird.

Lernen Sie bitte: **Freude zeigt sich dann wie von selbst, wenn Gedanken des Grollens und Leidens zur Ruhe kommen. Dann entsteht der Raum für Verbundenheit (Be-Treu-ung (siehe oben) = Verbunden sein).**

Basisqualifikation Teil 1

Ich „höre“ sozusagen Ihren Einwand: „Aber es gibt doch Leid und Schmerz auf der Welt. Da kann man doch nicht dran vorbeisehen“. Ja, es gibt körperliche und psychische Schmerzen und niemand soll gezwungen werden, daran vorbeizusehen. Im Gegenteil. Aber betrachten wir den Unterschied zwischen Schmerzen und Leiden vielleicht zunächst einmal etwas genauer.

1.5 Schmerzen

Körperliche Schmerzen teilen dem Verstand mit: „Hey Verstand, guck mal hier hin, hier ist etwas nicht in Ordnung. Ich rate Dir dringend, kümmere dich darum!“ Dann gehen Sie vielleicht zum Arzt, zum Therapeuten oder zum Heilpraktiker und der behandelt, wenn möglich, die Ursache. Hat er wenig Aufmerksamkeit oder Zeit für Sie als Person, behandelt er vielleicht auch nur die Symptome. Letzteres hilft oft nicht wirklich, denn der Körper wird sich bald wieder mit zunehmend lauter werdender Stimme melden.

Psychische Schmerzen machen dasselbe, sozusagen aus psychischen Gründen: „Hey Verstand, guck mal, hier ist etwas, das dich sehr belastet und deine Energien bindet. Ich rate dir dringend, löse diese Frage!“ Basieren psychische Schmerzen auf einer definierten Krankheit, gehen Sie zum Arzt oder zum Psycho-Therapeuten. Sind die Schmerzen auf sozial-psychologische Sachverhalte zurückzuführen (das sind Themen wie „Mein Mann / Meine Frau will sich scheiden lassen.“, „Die Kinder besuchen mich so selten.“, „Ich fühle mich von anderen ausgeschlossen.“), kann Ihnen professionell auch ein psychologischer Berater oder ein Seelsorger helfen.

1.6 Unterscheidung von Schmerz und Leid

Leiden hängt wesentlich davon ab, wie jemand mit körperlichen und seelischen Schmerzen umgeht; wie er sie bewertet. Leiden resultiert aus der Hilflosigkeit, die entsteht, wenn der Wunsch nach Schmerzfreiheit nicht umgesetzt werden kann.

Merken Sie sich: **Leiden ist nicht der Schmerz selbst, sondern wir leiden dann, wenn wir eine Situation (z.B. Schmerzen) nicht akzeptieren.**

Deshalb lässt Schmerz sich besser aushalten, wenn wir uns ihm zuwenden und aufhören ihn zu bekämpfen. Das hört sich nicht so einfach an, nicht wahr? Probieren Sie folgendes aber vielleicht einmal beim nächsten Kopf- oder Zahnschmerz aus. Setzen Sie sich ruhig hin, atmen Sie ruhig und tief durch und wenden Sie sich nach und nach den Schmerzen innerlich vollständig zu. Sie werden sehen, mit zunehmender Aufmerksamkeit auf den Schmerz lässt dieser nach. Warum? Der Schmerz hat sein Ziel erreicht: Er hat ihre Aufmerksamkeit gewonnen.

Basisqualifikation Teil 1

Das Leiden - also die negative Bewertung körperlichen oder psychischen Schmerzes - können wir mit guter Betreuung wunderbar beeinflussen. Für den Schmerz, und vor allem für die dem zugrundeliegenden Erkrankungen, sind aber andere zuständig (vor allem Ärzte und Pflegepersonal). Das muss uns stets bewusst sein!

1.7 Beziehungsarten

Um Leiden zu lindern ist eine gute seelische Verbindung zu den Betreuten nützlich. Je besser diese Verbindung ist, desto hilfreicher. Was genau eine „gute Verbindung“ ist, werden wir noch intensiv untersuchen. Im Folgenden nur ein erster Überblick über drei Stufen von Beziehungsqualitäten:

Gefährlich ist eine Beziehungsbildung auf der Basis von	Mitleid.
Teilwirksam ist eine Beziehungsbildung auf der Basis von	Mitgefühl.
Optimal ist eine Beziehungsbildung auf der Basis von	Kontrollierter Zuneigung.

1.7.1 Mitleid – Die schädigende Beziehung

Im Volkes-Mund heißt es: „Geteiltes Leid ist halbes Leid“. Dem ist zu widersprechen. Wenn überhaupt eine Quantifizierung von Leid denkbar wäre, gälte wohl eher: „Geteiltes Leid ist doppeltes Leid“, denn schließlich leiden dann zwei Personen anstelle einer.

Wir schaden dem Betreuten und uns selbst, wenn wir seinem Leiden eine objektive Realität zusprechen und mit den betreuten Personen mit-leiden. Leid ist wie wir jetzt wissen ein ungünstig bewerteter Schmerz (siehe oben) und damit „nur“ ein Gedanke.

Also ist das Mitleiden von Betreuerinnen zu vermeiden, worüber Fachleute im Bereich der Therapie, des Coaching und der Betreuung sich einig sind. Alleine schon aus Gründen des Selbstschutzes der Betreuerin.

Möchten Sie im Falle eines Autounfalles von einem Rettungssanitäter behandelt werden, der Mitleid für Sie empfindet oder wäre einer, der persönlich eher nicht betroffen ist (und dessen Finger in der Folge eben nicht zittern) zu bevorzugen?

1.7.2 Mitgefühl – Der allgemein angestrebte Standard

Anders scheint dies jedoch beim „Mitgefühl“ zu sein. Mitgefühl gründet auf der Basis des Persönlichkeitsmerkmals der

Empathie.

Mitgefühl, so die allgemeine Meinung, sei eine notwendige Voraussetzung beim guten Umgang mit den zu betreuenden Personen, vor allem, um menschliche Nähe herzustellen und aufrecht zu erhalten.

Dies ist auf einer oberen Ebene nicht ganz von der Hand zu weisen. Besser, es entsteht eine Beziehung auf der Ebene von Mitgefühl, als es entsteht keine positiv verwendbare Beziehung. Das hört sich für Sie sicher seltsam und ungewohnt an. Ich will es deshalb gerne näher begründen:

Marshall Rosenberg, der führende Psychologe im Bereich der gewaltfreien Kommunikation, schilderte in einem seiner Seminare den Fall eines Freundes, dessen Kind unlängst gestorben war. Dieser Freund berichtete ihm: „In der Zeit direkt nach dem Tod meines Sohnes war das Schlimmste für mich, dass Freunde zu mir kamen und mir berichteten, wie traurig sie seien und dass sie mit mir mitfühlen. Ich musste mich also irgendwie noch um die Seelenverfassung meiner Freunde kümmern, anstelle selbst in meiner Situation gesehen und gehört zu werden“.

Das bloße Mitfühlen behindert so das Entstehen einer wirklich tiefen Beziehung zum Klienten.

Dafür gibt es zwei Gründe:

- a) Wenn Sie bei einer Begegnung mit ihrem Klienten in ihre eigene Gefühlswelt eintauchen (und das müssen Sie bewusst oder unbewusst um „Mitgefühl“ „entstehen“ zu lassen), verlassen Sie in diesem Moment den Klienten und sind eher bei sich selbst als bei ihm.
- b) Gefühle, auch die des Mitfühlens, basieren auf den Gedanken und Empfindungen, die sich aus der eigenen Vergangenheit ergeben. Sie können daher mit den Gefühlen einer anderen Person nur teilweise übereinstimmen.

Erläuterung zu a)

Das Nachvollziehen von Gefühlen anderer setzt immer voraus, dass der Nachvollziehende (hier die Betreuerin) Gefühle in sich selbst zur Geltung kommen lässt, von denen er vermutet, diese Gefühle würden den Gefühlen der anderen Person entsprechen. Er aktiviert also seine eigene

Basisqualifikation Teil 1

Erfahrungswelt (denn darauf basieren Gefühle) in Form einer Mischung aus Erinnerungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen. In diesem Moment ist die Betreuerin der betreuten Person eben nicht wirklich nahe, sondern trennt sich von dem zu Betreuenden. Sie ist bei sich selbst und damit eben nicht beim Anderen. Wie ich weiter unten noch ausführe, bedingt die wirksame Beziehung zum Klienten jedoch die vollständige Anwesenheit (Präsenz) der Betreuerin.

Erläuterung zu b)

Was müssen Sie machen, um die Gefühle eines anderen Menschen (scheinbar) nachvollziehen zu können? Sie stellen sich die Situation des anderen vor und aktivieren die Gefühle, die Sie selbst in Ihrem Leben in einer ähnlichen Situation erfahren haben. Versuchen Sie das bei dem Gefühl „Appetit“. Das scheint noch relativ einfach zu sein, denn wir kennen alle das Gefühl „Appetit“, welches aus dem unerfüllten Bedürfnis nach Nahrung entsteht. Nun ist das, was Sie an Gefühlen erfahren haben (eben Ihre Erfahrung) jedoch eine sehr individuelle Angelegenheit. Wenn Sie also glauben, emphatisch zu sein, erzeugen Sie in sich lediglich Gefühle, die auf Ihrer ganz individuellen Erfahrung basieren und diese kann der Erfahrung des anderen nicht entsprechen. Selbst dann nicht, wenn die Ereignisse, die zu einer Erfahrung führten, äußerlich ähnlich erscheinen. Um es deutlicher zu machen: Versuchen Sie Empathie bei dem Gefühl „Hunger“ zu erzeugen. Die meisten von uns haben dabei keine Chance, dieses Gefühl wirklich zu spiegeln und Empathie mit einem hungrigen Kind in Äthiopien ist uns nicht wirklich möglich, denn die meisten von uns haben Hunger selbst nicht erfahren. Was für den einen „Angst“ ist, ist es für den anderen noch lange nicht. Was für die eine „Wut“ ist, ist es nicht für die andere.

„Mitgefühl“ bei an Demenz erkrankten Personen

Was bei „Mitgefühl“ beim Kontakt zu relativ „gesunden“ Menschen noch den Anschein hat, als könnte es eine gute Basis sein, klappt gegenüber einem Menschen mit dementieller Erkrankung früher oder später gar nicht mehr. Der Versuch mit-zu-fühlen kann sie beide dann nur weiter voneinander trennen. Sie können mit der Erfahrungswelt eines dementiell erkrankten Menschen nicht in der Form übereinstimmen, dass Sie „mitfühlen“ könnten, ebenso, wie Sie, wie oben beschrieben, keinen Hunger mitfühlen können (was ich zumindest hoffe).

Was Sie aber auch bei dementiell veränderten Menschen machen können, ist:

- vollständig präsent sein,
- die Situation vollständig akzeptieren,
- durch alle besonderen Verhaltensweisen hindurch den liebenswerten Kern sehen und
- die Situation, ihre eigenen Gedanken und ihr eigenes Gefühlserleben zu beobachten.

1.7.3 Kontrollierte Zuneigung - Der Königsweg der Betreuungsarbeit

Die mir als bestmöglich erscheinende Beziehung zum Betreuten gründet weder auf Mitleid noch auf Mitgefühl, denn beides spiegelt wie ausgeführt vor allem eigene psychische Grundmuster wider. Die tiefe Verbindung zum anderen liegt im weitestgehenden Unterlassen der Übertragung eigenen Erlebens bzw. eigener Erfahrungen auf die Situation mit dem anderen.

Wie funktioniert „Kontrollierte Zuneigung“? Hier nur schon einmal ein erster Hinweis, Näheres und Übungen dazu folgen weiter unten.

Sollten Sie bereits Vater sein und die Geburt verlief einigermaßen „normal“, erinnern Sie sich vielleicht daran, wie sie ihr Kind das erste Mal liebevoll auf dem Arm hatten. Als die Angst oder Sorge vorbei war. War da Mitleid? Mitgefühl? Waren Sie mit sich selbst beschäftigt? Oder was war da? Wo waren Sie seelisch genau in diesem Moment? Haben Sie etwas gedacht oder waren Sie einen Augenblick nur da, präsent, ohne Denken, Abwägen, Planen, Angst, Unsicherheit, Erinnerungen, ...?

Als Sie Mutter wurden. Erinnern Sie sich an das Gefühl tiefer Verbundenheit, wenn das Baby sich in Ihrem Bauch bewegte? Gab es Momente, wie den obigen? Nur Verbindung, kein Denken?

BASISQUALIFIKATION nach §8 AnFöVo NRW

HILFELADEN

WWW.BASISQUALIFIKATION-BETREUUNG.DE

DER KÖNIGSWEG DES BEZIEHUNGSaufbaus

LIEBE / STILLE / FRIEDEN / EINS-SEIN



Basisqualifikation Teil 1

Oder wenn Sie diese beiden Erlebnisse (noch) nicht hatten: Erinnern Sie sich an das Gefühl, das sie auch beim herzhaften Lachen oder bei der Betrachtung von etwas sehr Schöнем spüren. Das Gefühl entfaltet sich, plustert sich auf, wird immer größer und verdichtet sich dann in einem Augenblick, in dem auf einmal alles gut ist. In der die Welt (und mit ihr alle Sorgen und Probleme) sich in einem Punkt verdichtet. Etwa wie das Gefühl beim Niesen ☺ oder nach dem überstandenen großen Risiko z.B. beim Bungee-Jumping (so sagte man es mir ☺). Es gibt dann nichts anderes. Nur das. Nur diesen Moment. Alles ist dann eins. Kein Gedanke behindert uns in solch einem Moment.

Benannt werden kann dieses Gefühl mit

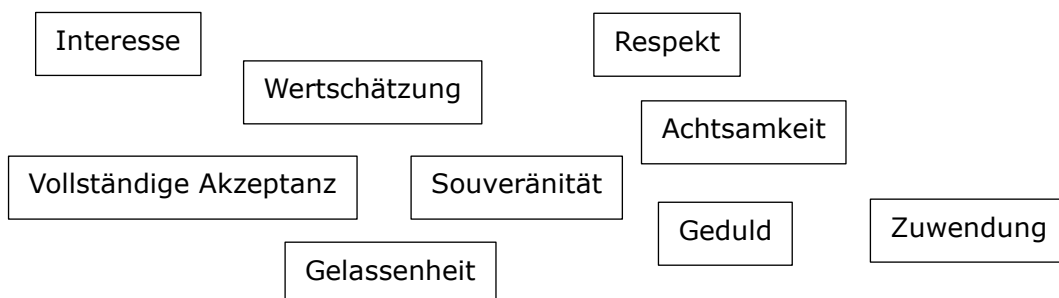
Liebe, Stille, Frieden, Eins-Sein.

Liebe fragt nicht, Liebe will nicht. Liebe hört zu und umarmt. Liebe ist sicher (eben „treu“ wie im Wort „Betreuung“, siehe ganz oben) und souverän. Liebe stellt die eigene Person (gerne) zurück, ohne es zu wissen, ohne es zu benennen, ohne darauf stolz zu sein.

(Menschen-) Liebe ist die beste Basis für eine gute Betreuungsarbeit. Nennen wir sie hier wie im Folgenden (damit die Wortwahl niemanden weiter irritiert etwas abgemildert):

Zuneigung.

Richtiger muss es **„Kontrollierte Zuneigung“** heißen. Das Adjektiv „Kontrolliert“ weist hier bereits darauf hin, dass es sich nicht um ein „Fallenlassen“ in einen eigenen Gemütszustand handelt, sondern dass es ein sehr bewusster Zustand der Betreuerin ist, der Begriffe wie



beinhaltet.

Basisqualifikation Teil 1

Die Zuneigung, die Sie der betreuten Person gegenüber empfinden können, ist übrigens nicht von dieser Person abhängig, sondern ausschließlich von Ihrer Grundhaltung und ihrer Tagesform. Auch da bin ich sicher, dass sich bei dem einen oder anderen Einwände ergeben.



Der alten Dame im linken Bild mit kontrollierter Zuneigung zu begegnen ist relativ einfach. Können Sie Zuneigung auch für den Herrn rechts empfinden? Was glauben Sie geschieht mit seinen Gesichtszügen, wenn er bei Ihnen auf kontrollierte Zuneigung trifft? Was hindert Sie bei ihm daran, Zuneigung ebenso wie bei der alten Dame links im Bild zu empfinden?

1.8 Verantwortung

Sie werden in Zukunft beruflich oder im Ehrenamt Menschen in ihrem Lebensumfeld kontrolliert zugeneigt und liebevoll begleiten. Um Ihnen für diese verantwortungsvolle Tätigkeit genügend Ausgangsinformationen bereitzustellen und um Ihre praktischen Fähigkeiten zu schulen, hat der Gesetzgeber festgelegt, dass Sie dazu eine „Basisausbildung“ im Umfang von 40 Unterrichtsstunden absolvieren müssen, also scheint „Verantwortung“ ein wesentlicher Begriff zu sein.

Zur Herkunft des Begriffes „Ver-ant-wort-ung“:

Die Vorsilbe „Ver-“ steht oft für „Zugrundegehen, Beseitigen, Aufheben,...“.

Das Substantiv „Antwort“ wiederum setzt sich aus „Ant-“, für „Gegen“ und „Wort“ für „Rede, Name, Benennung, Titel“ zusammen.

Das Suffix „-ung“ dient der Substantivierung eines Verbes.

Damit ist „Verantwortung“ also sinngemäß zu verstehen als: „Die Gegenrede beseitigend“, oder

„Sich keinem Vorwurf aussetzen“.

Basisqualifikation Teil 1

Geht es bei Verantwortung also vorwiegend um die Angst, einem Vorwurf ausgesetzt zu sein?
Einem gegen sich selbst gerichtete oder auch von anderen erhobenen?

Ein Kind fährt mit seinem Roller nahe am Straßenrand, an dem Autos sehr schnell vorbeifahren:

- a) Weder die Mutter, noch andere Menschen sehen die Gefahr.
- b) Die Mutter unterbindet das bei ihrem eigenen Kind, sieht es aber bei anderen nicht.
- c) Eine fremde Frau sieht und unterbindet es.

Wer handelt hier verantwortlich? Wie handeln Sie?

Übung 1.1.8:

Bitte beantworten Sie vor dem Weiterlesen folgende Fragen:

- a) Was bedeutet „Verantwortung“ für Sie?
- b) Wem gegenüber haben Sie „Verantwortung“?
- c) Wem gegenüber haben Sie als Betreuerin „Verantwortung“?

?

„Verantwortung“ gegenüber den betreuten Personen können wir nach meiner Meinung wie folgt konkretisieren:

- a) Zugewandte Kommunikation und Verbindungsaufnahme, wenn möglich auf der Basis kontrollierter Zuneigung.
- b) Erkennen, welche Art und Intensität von Hilfe erforderlich ist und ein rücksichtsvolles Anbieten derselben.
- c) Respektieren und beachten der Menschenwürde der betreuten Person.
- d) Beachten des Rechts auf Selbstbestimmung der betreuten Personen, auch wenn dies im Widerspruch zu anderen Zielen zu stehen scheint.
- e) Erkennen, ob ein Notfall vorliegt und das Initiieren der dann richtigen, und u.U. andere Punkte vorübergehend relativierenden, Maßnahmen.
- f) Berücksichtigen des sozialen Umfeldes des Betreuten und Förderung guter Kontakte.
- g) Verbesserung oder zumindest bestmögliche Sicherung der Lebensqualität des Betreuten.

Dies alles im Rahmen Ihrer Tätigkeit, nicht jedoch darüberhinausgehend. Denn auch die Verantwortung, die Sie für sich selbst haben, spielt hier eine große Rolle. **Erst wenn Sie auch sich selbst gut betreuen, sind sie in der Lage anderen dauerhaft zu helfen.**

Basisqualifikation Teil 1

Daraus folgt als weitere Verantwortung:

- h) Kontinuierliches Beachten Ihrer eigenen seelischen und körperlichen Belastung und Sicherstellen der Ausgewogenheit zwischen Anforderung und Entspannung.

Ein hier zunächst letzter Punkt: Die Qualität Ihrer praktischen Leistung hat vielfältige Einflüsse auf die Zufriedenheit aller Beteiligten (welche Personengruppen das sind, erfahren Sie weiter unten im Kap. 2).

- i) Hinterfragen und kontinuierliches Sicherstellen der eigenen (Fach-) Kompetenz (Fortbildung).

Was genau unter „Kompetenz“ zu verstehen ist, erörtern wir in Kap. 3. Vorher gehen wir aber der Frage nach, wer denn eigentlich alles am „System Betreuung“ beteiligt ist, wie es einigen von denen dabei geht und wo deren spezielle Herausforderungen liegen.

2 Beteiligte Personen und Personengruppen

Übung 1.2

Bitte beantworten Sie vor dem Weiterlesen folgende Fragen:

Wer bzw. welche Personengruppen oder Organisationen ist/sind am System „Betreuung“ beteiligt?

?

Bitte schreiben Sie es hier auf:

2.1 Übersicht der am System „Betreuung“ Beteiligten

Aus dem Bereich der betreuten Personen

1. Der Betreute.
2. Angehörige, Freunde, Nachbarn, Bekannte, Haustiere (!).
3. Ambulante Pflegedienste.
4. Heime und deren Personal.

Aus dem Bereich der Betreuerin

5. Das persönliche Umfeld der Betreuerin.
6. Die Kollegen und Kolleginnen der Betreuerin.
7. Ggf. eine die Betreuerin beschäftigende Organisation.

Sonstige Beteiligte

8. Gesetzliche Betreuer/-in.
9. Ärzte (Psychiater, Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser).
10. Seelsorger der Kirchen.
11. Pflegekassen incl. dem medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK).
12. Staatliche Stellen (Bezirkssozialdienste, Beratungsstellen).
13. Andere Anbieter. Caritative Organisationen. Kirchliche Organisationen.

Weiter unten erfolgen einige Angaben zu Betreuten, Betreuerinnen und Pflegekassen.

Übung 1.2.1:

Bitte beantworten Sie zunächst für sich selbst folgende Fragen:

- a) Was machen diese beteiligten Personen bzw. Personengruppen?
- b) Wie fühlen die sich dabei?
- c) Was sind deren Randbedingungen und Aufgaben?

?

Schreiben Sie hierzu einige Stichworte auf, wir werden darüber im praktischen Teil des Kurses sprechen.

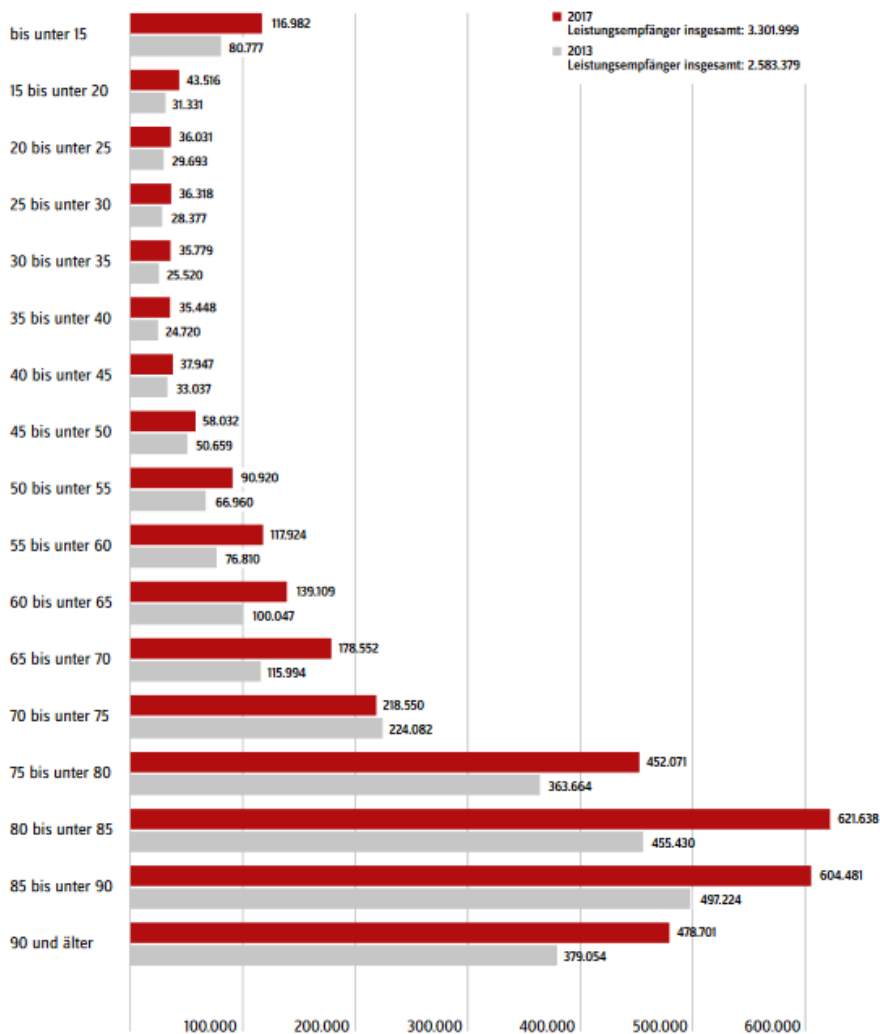
2.2 Klienten

2.2.1 Betreute Personen

Betreute Personen entstammen allen sozialen Schichten, allen Altersgruppen, allen Geschlechtern, allen Berufsgruppen, etc.

Die Gruppe der Senioren etwa ab dem 70ten Lebensjahr ist dabei jedoch die Kategorie mit den meisten Betreuungsbedarf (siehe Grafik weiter unten) und wir werden deshalb in diesem Kurs das Hauptaugenmerk auf diese Zielgruppe richten.

Leistungsempfänger insgesamt nach Altersgruppen*
2017 im Vergleich zu 2013



* 2013 Pflegestufe 0, I, II, III; 2017 Pflegegrade 1-5
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik PG 2

2.2.2 Art der Betreuung

Manchmal handelt es sich um nur zeitweise Betreuungen über wenige Wochen¹ mit dem Ziel, eine akute Situation zu verbessern. Gründe können beispielsweise sein:

- Eine werdende Mutter muss für einige Wochen liegen, damit die Schwangerschaft gut verläuft.
- Eine den Vater betreuende Tochter will 6 Wochen in Kur fahren und der Vater muss in dieser Zeit versorgt werden (keine Pflege).

Meist sind es jedoch längerfristige Betreuungsverhältnisse², wie beispielsweise:

- In einem Heim oder in einer Wohngemeinschaft lebende, junge geistig oder körperlich beeinträchtigte Personen benötigen Begleitung bei privaten Erledigungen wie Kleidung einkaufen, Freizeitgestaltung, Sport, etc.
- Senioren haben von der Pflegekasse einen Pflegegrad zugesprochen bekommen und erhalten dauerhaft Hilfe im Haushalt und Alltagsassistenz.

Begrenzende Rahmenbedingungen für den Umfang von Betreuungsleistungen sind hier vor allem die von den Kranken- bzw. Pflegekassen bereitgestellten finanziellen Mittel sowie die angespannte Personalsituation. In Bezug auf den finanziellen Aspekt stehen manchmal dem Betreuten auch ausreichende private Mittel zur Verfügung oder es erfolgt eine private oder eine Mischfinanzierung.

Ein weiterer limitierender Faktor ist die Tatsache, dass manche Menschen mit Betreuungsbedarf annehmen, die Inanspruchnahme von Hilfe würde ihre Autonomie einschränken. Gerade ältere Menschen definieren sich (ihr SELBST) häufig darüber, wie weit sie noch selbstständig zurechtkommen und nehmen Hilfe nicht oder nicht ausreichend in Anspruch. Dies kann so weit gehen, dass eine Person, die eigentlich einen Pflegegrad beantragen möchte und die Voraussetzungen auch erfüllt, dann ihre Krankheit verleugnet (dissimuliert), wenn der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK, siehe Teil 7 des Skriptes) sie dazu zwecks Überprüfung der Anspruchsberechtigung befragt.

¹ im Vorgriff auf Teil 7: nach SGB V

² im Vorgriff auf Teil 7: nach SGB XI

2.3 Betreuerinnen

2.3.1 Qualifikationen

Nach Sozialgesetzbuch XI (wird in Teil 7 noch erläutert) sind für verschiedene Aufgaben von Betreuerinnen auch unterschiedliche Qualifikationen erforderlich.

2.3.2 Einsatzbereiche

Betreuerinnen arbeiten

- in Pflegeheimen (mit Qualifikation von 160 Unterrichtsstunden zzgl. Praktikum),
- in Anstellung bei Unternehmen (Pflegedienste, Betreuungsdienste, Caritative Institutionen),
- in direkter Anstellung beim Betreuten, z.B. auf Minijobbasis,
- im Ehrenamt, in der Nachbarschaftshilfe, als Familienmitglieder.

2.4 Pflegekassen

Die Pflegekassen sind Abteilungen der Krankenkassen und finanzieren Betreuung und Pflege. Die Gelder stammen aus den gesetzlichen Pflichtbeiträgen zur Pflegeversicherung, die im Moment bei 3,05 % (3,4 % für Personen älter als 23 Jahre ohne Kinder) des versicherungspflichtigen Einkommens (sozialversicherungspflichtiges Bruttoeinkommen) liegt. Angestellte und Arbeitgeber tragen jeweils die Hälfte des Beitrages. Maximal beträgt der Beitrag 159,64 € (Stand 2021). Ab dem Juli 2023 muss nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes der Beitrag nach der Zahl der Kinder gestaffelt werden.

2.5 Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen (MDK)

„Der MDK ist der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er stellt sicher, dass die Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.“

Die Arbeit des MDK trägt dazu bei, dass Versicherte entsprechend ihres Bedarfs versorgt werden. Die Ressourcen sollen für Leistungen verwendet werden, deren Nutzen und Qualität nachgewiesen ist. Hierbei ist es genauso wichtig, medizinisch notwendige Behandlungen zu gewährleisten, wie auch unnötige oder sogar schädliche Versorgungen zu vermeiden.“³

³ <https://www.mdk.de/mdk/mdk-gemeinschaft-gesundheitssystem/>

3 Kompetenz der Betreuer*innen

3.1 Vorteilhaft persönliche Eigenschaften



Welche Persönlichkeitseigenschaften sollte jemand, der als Betreuerin arbeitet aufweisen?

1. Verantwortungsbewusstsein.
2. Verschwiegenheit (kann Sachverhalte gut für mich behalten).
3. Lernbereitschaft (Fehler werden als Lernangebot gesehen).
4. Heiteres Gemüt und Humor (bringt andere zum Lachen, lacht selbst gerne).
5. Vorurteilslosigkeit (hat nicht sofort eine Bewertung im Kopf).
6. Wertschätzende Haltung (auch gegenüber schwächeren).
7. Soziale Kompetenz (kann Probleme gut lösen und Missstimmungen vermeiden).
8. Gute Beobachtungsgabe (merkt rasch, wenn etwas nicht stimmt).
9. Hohe Beziehungsfähigkeit (ist bereit, sich auf eine Gefühlsebene zu begeben).
10. Bereitschaft zu nonverbaler Kommunikation (Umarmen, Streicheln, Blicke).
11. Phantasie und Kreativität (lässt sich öfter mal was Neues einfallen).
12. Gelassenheit bei „Angriffen von außen“ (weder Gegenangriff noch Unterordnung).
13. Fähigkeit zur Selbstbeobachtung (des eigenen Denkens und Handelns).
14. Offenheit (kann auch Probleme ansprechen).
15. Zuverlässigkeit (ist pünktlich und vergisst nur sehr selten etwas).
16. Ehrlichkeit (kann, wenn sinnvoll, auch unangenehme Dinge freundlich aussprechen).
17. Interesse am Beruf (zum Beispiel an Themen der Altenbetreuung).
18. Hoher Anspruch an Ordnung und Sauberkeit im Haushalt.
19. Fähigkeit, die eigene Arbeit planmäßig zu strukturieren (kein Chaos).

Basisqualifikation Teil 1

3.2 Wie erfüllen Sie die Merkmale?

Übung 1.3.2



Bitte prüfen Sie für Ihre Person jede dieser Eigenschaften und geben Sie sich für jede Eigenschaft Punkte von 0 (da bin ich eine Null!) bis 4 (da bin ich die Super Nanny!).

Die Ergebnisse werden von uns nicht abgefragt oder anderen zur Kenntnis gebracht. Wenn Sie aber mögen, können wir gerne vertraulich oder auch in der Arbeitsgruppe darüber sprechen.

Bitte nutzen Sie alle Spalten. Mit „alles 2 oder 3“ ist das Ergebnis nicht differenziert genug.

Eigenschaft Nr.	0 Da bin ich eine Null	1 Könnte besser sein	2 Bin ganz zufrieden damit	3 Da bin ich ziemlich gut	4 Super Nanny
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					



Worin sollten Sie „besser“ werden?

Am Ende des Kurses werden Sie um Wiederholung dieser Selbstbewertung gebeten. Bitte vergleichen Sie dann, ob sich Ihre Einschätzung verändert hat.

Ende Teil 1