

Berger, Gudrun
Matrikelnummer 41337

Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit
Das Themenfeld Kompetenzsicherung in der Beratung

eingereicht als

Masterarbeit

An der
Hochschule Mittweida
University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2022

Erstgutachterin: Prof. Dr. Barbara Wedler

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Patricia Kröber

Bibliographische Beschreibung:

Berger, Gudrun (2022): Qualitätssicherung in der sozialen Arbeit. Das Themenfeld Kompetenzsicherung in der Beratung. 92 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit,
Masterarbeit, 2022.

Referat:

Die Masterarbeit widmet sich der Umsetzung von Qualitätsstandards in der Beratungspraxis. Dafür wird in einem theoretischen Teil erläutert, was unter Qualität verstanden, und wie der Begriff zwischen den involvierten Akteuren in der Sozialen Arbeit verhandelt wird. Da besonders die Ebenen der Kompetenzsicherung in der Beratung beleuchtet wird, werden ergänzend die besonderen Merkmale der Beratung in der Sozialen Arbeit vorgestellt und die für die Beratung benötigten Kompetenzen erörtert. Mittels der Auswertung von empirischem Material, das durch Telefoninterviews erhoben wurde, wurde eine Überprüfung der Implementierung von Qualitätsstandards vorgenommen. Die dadurch nachgewiesenen Schwierigkeiten bei der Kompetenzsicherung werden diskutiert.

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	6
1. EINLEITUNG	7
1.1. SOZIALE ARBEIT IM SPANNUNGSFELD	8
1.2. QUALITÄT IN DER SOZIALEN ARBEIT: EIN UMKÄMPFTER BEGRIFF	9
1.3. FORSCHUNGSGEGENSTAND UND FORSCHUNGSFRAGE	10
1.4. AUFBAU DER FORSCHUNGSARBEIT	11
2. WAS BEDEUTET „QUALITÄT“ IN DER SOZIALEN ARBEIT? EIN EINBLICK IN DIE QUALITÄTSDEBATTE.....	13
2.1. AKTEURE IN DER DEBATTE UM QUALITÄT IN DER SOZIALEN ARBEIT.....	15
2.1.1. <i>Der Staat: Qualität aus sozialpolitischer Sicht.....</i>	<i>15</i>
2.1.2. <i>Die Trägerorganisationen: Qualität aus organisationspolitischer Sicht</i>	<i>16</i>
2.1.3. <i>Sozialarbeiter:innen: Qualität aus professioneller Sicht.....</i>	<i>17</i>
2.1.4. <i>Die Adressat:innen (Klient:innen): Qualität aus der Sicht der Adressat:innen</i>	<i>18</i>
2.2. QUALITÄTSDIMENSIONEN	20
2.3. ZUSAMMENFASSUNG	21
3. QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BERATUNGSARBEIT.....	22
3.1. BERATUNG ALS ARBEITSFELD DER SOZIALEN ARBEIT	22
3.1.1. <i>Die Identitätspfeiler der psychosozialen Beratung nach Nestmann</i>	<i>24</i>
3.1.2. <i>Beratungsansätze</i>	<i>26</i>
3.2. GRUNDHALTUNGEN UND KOMPETENZEN DER BERATER:INNEN.....	28
3.2.1. <i>Grundhaltungen</i>	<i>28</i>
3.2.2. <i>Kompetenzen in der Beratungstätigkeit</i>	<i>29</i>
3.2.3. <i>Zusammenfassung</i>	<i>32</i>
3.3. QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BERATUNG	33
3.3.1. <i>Qualitätssicherung: Eine kurze Begriffsklärung.....</i>	<i>33</i>
3.3.2. <i>Dimensionen von Qualität in der Beratung</i>	<i>34</i>
3.3.3. <i>Qualitätsstandards</i>	<i>35</i>
3.3.4. <i>Prozess der Qualitätssicherung in der Beratung</i>	<i>36</i>
3.3.5. <i>Qualitätsstandards der Sozialen Arbeit nach DBSH (2002).....</i>	<i>39</i>
3.4. ZUSAMMENFASSUNG	42
4. FORSCHUNGSDESIGN UND METHODEN	43
4.1. FORSCHUNGSDESIGN	43

4.2.	UNTERSUCHUNGSBEREICH	44
4.3.	OPERATIONALISIERUNG.....	46
4.4.	DURCHFÜHRUNG DER ERHEBUNG.....	51
5.	KOMPETENZSICHERUNG IN DER SOZIALEN ARBEIT: EMPIRISCHE AUSWERTUNGEN	54
5.1.	VORSTELLUNG DER INTERVIEWTEN BERATER:INNEN	54
5.1.1.	<i>Dauer der Tätigkeit im Bereich psychosoziale Beratung.....</i>	<i>54</i>
5.1.2.	<i>Anzahl der Beratungsgespräche.....</i>	<i>55</i>
5.1.3.	<i>Zeitpunkt des Erstkontaktes in der psychosozialen Beratung</i>	<i>56</i>
5.1.4.	<i>Zusammenfassung</i>	<i>57</i>
5.2.	QUALITÄTSSTANDARD: VERPFLICHTUNG ZU FORTBILDUNG	57
5.2.1.	<i>Selbsteinschätzung des Kenntnisstandes</i>	<i>58</i>
5.2.2.	<i>Teilnahme an Fortbildungen</i>	<i>61</i>
5.2.3.	<i>Zusammenfassung</i>	<i>62</i>
5.3.	QUALITÄTSSTANDARD SOZIAL-KOMMUNIKATIVE KOMPETENZ	64
5.3.1.	<i>teaminterne sozial-kommunikative Kompetenz</i>	<i>64</i>
5.3.2.	<i>teamexterne sozial-kommunikative Kompetenz.....</i>	<i>65</i>
5.3.2.1.	<i>interdisziplinäre Qualitätszirkel.....</i>	<i>66</i>
5.3.2.2.	<i>Netzwerktreffen</i>	<i>67</i>
5.3.2.3.	<i>Hospitationen.....</i>	<i>69</i>
5.3.2.4.	<i>Kooperationen</i>	<i>70</i>
5.3.3.	<i>Zusammenfassung</i>	<i>73</i>
5.4.	QUALITÄTSSTANDARDS: SELBSTORGANISATION	74
5.4.1.	<i>„Mixtur“ der Beratungsansätze.....</i>	<i>74</i>
5.4.2.	<i>Ausbildung Beratungsansatz</i>	<i>75</i>
5.4.3.	<i>Zusammenfassung</i>	<i>75</i>
5.5.	QUALITÄTSSTANDARD EVALUATION.....	75
6.	DISKUSSION DER GEWONNENEN ERGEBNISSE UND AUSBLICK.....	77
6.1.	UMSETZUNG DER QUALITÄTSSTANDARDS ZUR SICHERUNG VON QUALITÄT AUF DER KOMPETENZEbene	78
6.2.	MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER SOZIALEN ARBEIT: EINE STETIGE HERAUSFORDERUNG.....	79
6.3.	KOOPERATION ALS KOMPETENZ.....	83

6.4. SOZIALE BERATUNG IM SPANNUNGSFELD: EIN SCHLUSSEFAZIT	84
7. LITERATURANGABEN.....	86
ANHANG	93
A) EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG.....	94
B) FRAGEBOGEN	95
C) NOTIZEN ZU ANMERKUNGEN DER BERATER:INNEN IM INTERVIEW	106
D) CODEBUCH.....	110
E) DATENANALYSE (SPSS) NACH FRAGEBLÖCKEN	128

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

ABBILDUNG 1: KOMPETENZBEREICHE DER BERATUNG	30
ABBILDUNG 2: QUALITÄTSZIRKEL PLAN-DO-CHECK-ACT	38
ABBILDUNG 1: ANZAHL DER BERUFSJAHRE	55
ABBILDUNG 2: SELBSTEINSCHÄTZUNG DES JEWEILIGEN KENNTNISSTANDES NACH THEMEN....	59
ABBILDUNG 3: BERATUNGSANSÄTZE	74
TABELLE 1: GRUNDAUSBILDUNG	54
TABELLE 2: ANZAHL DER BERATUNGSGESPRÄCHE NACH BERUFSERFAHRUNG.....	56
TABELLE 3: ZEITPUNKT DES ERSTKONTAKTES	56
TABELLE 4: KENNTNISSTAND ZU UNTERSUCHUNGSMETHODEN DER PRÄNATALDIAGNOSTIK ...	60
TABELLE 5: KENNTNISSTAND ZU KINDLICHEN ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN.....	60
TABELLE 6: HÄUFIGKEIT TEAMSITZUNGEN PRO MONAT.....	64
TABELLE 7: HÄUFIGKEIT DER NETZWERKTREFFEN PRO JAHR	68
TABELLE 8: KOOPERATIONSPARTNER:INNEN	71
TABELLE 9: KREUZTABELLE KOOPERATION UND ANZAHL DER BERATUNGSGESPRÄCHE	73

1. Einleitung

Sozialer Arbeit wird im Allgemeinen ein hoher gemeinnütziger Stellenwert eingeräumt. Schon ein oberflächlicher Blick in die Tageszeitungen offenbart, dass dieser Profession eine besondere Bedeutung für die Gesellschaft aber auch eine hervorstechende Funktion für sozialen Zusammenhalt beigemessen wird. Die beleuchteten Wirkungsbereiche könnten dabei unterschiedlicher nicht sein. Es wird von der Projektfinanzierung für Beratungsstellen für Prostituierte berichtet (SZ 6.1.2022), es geht um den Ausbau der Schulsozialarbeit (SZ 21.1.2015) oder Hilfeleistungen für Obdachlose (Zeit Online 21.2.2022; SZ 22.12.2021). Insbesondere durch die COVID-19 Pandemie und der damit verbundenen Zunahme prekärer Lebensverhältnisse scheint der Bedarf an Unterstützungsleistungen noch einmal deutlich gestiegen zu sein. Dementsprechend werden Projekte ins Leben gerufen, die die wachsenden und multiplen Problemsituationen abfedern sollen. So wurden zum Beispiel in Bremen (SZ 15.12.2021) und Dresden (SZ 5.5.2022) größere Förderprogramme auf die Beine gestellt, die soziale Projekte in strukturschwachen Stadtteilen finanzieren sollen, um die Lebensbedingungen zu verbessern. Aber nicht nur auf lokaler, sondern auch auf institutioneller Ebene erfährt die Soziale Arbeit Unterstützung. So werden zum Beispiel die Verbände der freien Wohlfahrtspflege kontinuierlich vom Sozialministerium unterstützt und auch hier wird die Bedeutung der Sozialen Arbeit in Verbindung mit der Minimierung von Folgeschäden der COVID-19 Pandemie gesetzt. Der Sozialminister Alexander Schweitzer wird bei einem Treffen mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zu diesem Thema wie folgt zitiert: „Die Freie Wohlfahrtspflege muss dauerhaft leistungsfähig bleiben, um eine flächendeckende und wohnortnahe Daseinsvorsorge sicherzustellen - gerade in diesen schwierigen Zeiten“ (SZ 17.5.2022). Die gesellschaftliche Relevanz Sozialer Arbeit ist unangetastet. Diese Diagnose deckt sich auch mit dem Bild eines Sozialstaates, der sich den Anspruch zuschreibt für alle seine Bürger:innen sorgen zu wollen. Passend dazu wurde auch das Motto des 82. Deutschen Fürsorgetages 2023 in Erfurt gewählt: „Der Sozialstaat sichert unsere Zukunft - sichern wir den Sozialstaat!“ (SZ 11.5.2022) bei welchem Experten aus Sozialpolitik, Sozialrecht und der Sozialen Arbeit zum gegenseitigen Austausch zusammenkommen wollen. Das Versprechen, dass sozialstaatliche Mechanismen unsere Zukunft sichern sollen, erscheint auf den ersten Blick beruhigend. Bei genauerer Analyse tauchen jedoch auch Irritationen auf, denn der Sozialstaat erscheint zukünftig keine Selbstverständlichkeit zu sein. Er bleibt ein umkämpftes Terrain, und seine Existenz muss gar „gesichert“ werden. Damit verbunden sind auch seine Leistungen diskutierbar und gleichzeitig die Arbeit derjenigen, die maßgeblich an der Verbesserung der Lebensumstände mitwirken: den Vertreter:innen der Sozialen Arbeit. Dieser Eindruck

verfestigt sich auch bei einem zweiten und tiefergehenden Blick in Zeitungsartikel (von Fachartikeln ganz abgesehen), die Bezüge auf gesellschaftliche Entwicklungen nehmen. Es wird berichtet von wiederholt befristeten Projekten, prekären Arbeitsbedingungen und schlechter Bezahlung im Bereich der Sozialen Arbeit. Die Arbeitssituation vieler in der Profession Tätigen ist geprägt von einer „hohen Fluktuation, verbunden mit dem bekannten Fachkräftemangel, Überlastungen, Selbstausbeutung und Frust bei den Beschäftigten“ (SZ 15.3.2022). Das genannte Zitat der Landesvorsitzenden der Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (GEW) Mecklenburg-Vorpommerns, Annett Lindner, macht das Dilemma, in dem sich die Soziale Arbeit derzeit befindet sehr deutlich und verweist darauf, dass sich die Soziale Arbeit in einem Spannungsfeld befindet, in dem sie ihre Bedeutung und ihren sozialen Stellenwert kontinuierlich aushandeln muss.

1.1. Soziale Arbeit im Spannungsfeld

So herrscht zum einen ein Konsens über die Bedeutung der Sozialen Arbeit für die Allgemeinheit. Ihr Beitrag für die Unterstützung für Menschen in schwierigen Lebenssituationen wird kaum infrage gestellt. Vielmehr wird ein gesellschaftlicher Anspruch darauf erhoben. Die COVID-19 Pandemie hat dabei, wie bereits beschrieben, noch einmal eine neue Dynamik in Diskussion über Leistungen seitens der Sozialen Arbeit eingebracht. Dennoch ist aber spätestens seit den 1990er Jahren ein Rückzug des Staates aus dem sozialen Sektor zu verzeichnen. Dies wird sichtbar durch rückläufige und befristete Finanzierungen und dem unter anderem dadurch verursachten zunehmenden Fachkräftemangel. Diese Entwicklung wird auch häufig unter dem Stichwort der Ökonomisierung des Sozialen Sektors zusammengefasst. Grundlegende Fragen, die sich diesbezüglich ergeben, sind demnach die, ob die Regeln der Ökonomie auf den sozialen Bereich überhaupt anzuwenden sind, wie Leistungen bezahlt werden sollen, und wie das Wirken der Sozialen Arbeit diesbezüglich messbar gemacht werden kann. Als weitere Akteure die das Spannungsfeld prägen und teils sehr konträre Erwartungen an die Soziale Arbeit haben, sind die Trägerorganisationen und die Adressat:innen¹ (oder auch Klient:innen) zu nennen.

Um das Spannungsfeld, in dem sich die Soziale Arbeit positionieren muss, zu verdeutlichen, sei exemplarisch die Implementierung von Sozialarbeiter:innen an Schulen genannt. Diese wurden großflächig finanziert durch Mittel des Bildungs- und Teilhabepaketes des Bundes (BuT seit 2011) (SZ 21.1.2015). Das Angebot wurde von Schülern, Eltern und Lehrern

¹ Mit Adressat:innen sind diejenigen gemeint, an die sich konkrete Angebote der Sozialen Arbeit richten. Sie werden je nach Autor:in auch Klient:innen oder Kund:innen genannt. Die unterschiedliche Begriffsverwendung wird innerhalb der Profession diskutiert.

bundesweit als überaus unterstützend wahrgenommen. Der Wunsch nach Weiterführung des Projektes wurde allgemein unterstrichen. Dennoch sicherten nur Berlin, Bremen, Bayern und Hamburg eine weitere Sicherung der Stellen nach dem Auslaufen des Projektes zu, obwohl auch andere Länder den Bedarf nach kontinuierlicher Schulsozialarbeit äußerten. Die Finanzierung wird nun auf finanziell fragilere Ebenen, etwa an die Kommunen, weitergereicht, was häufig aufgrund der diversen ökonomischen Ausstattung zu einer Beendigung funktionierender Hilfemaßnahmen führt.

Die Notwendigkeit von Unterstützungsleistungen, die Soziale Arbeit erbringen kann, wird sowohl von den Adressaten der Leistungen, aber auch von Vertreter:innen der Profession Soziale Arbeit anerkannt und politisch vorgebracht. Dennoch wird diesem Bedarf von Seiten der staatlichen Institutionen nur kurzfristig nachgekommen. Die längerfristige Wirkung von Sozialer Arbeit kann somit auch selten sichtbar gemacht werden.

1.2. Qualität in der Sozialen Arbeit: Ein umkämpfter Begriff

Wird somit von dem aufgezeigten Spannungsfeld ausgegangen, stellt sich die Frage, wie die in ihm verorteten Akteure gegenseitig aufeinander Einfluss nehmen und wie sie versuchen ihre Interessen zu vertreten. Die Forderung nach ***Qualität in der Sozialen Arbeit*** ist dabei eine häufig genutzte Metapher, mittels derer die beteiligten Akteure versuchen ihre Interessen durchzusetzen. Qualität, umgangssprachlich zumeist unhinterfragt verstanden als (nicht näher definierte) „gute Qualität“, entwickelt sich somit zu einem Streitbegriff zwischen den involvierten Akteuren. So wird Qualität in der Sozialen Arbeit von Seiten des Staates vorrangig mit ökonomischer Effizienz und Kostentransparenz verbunden. Dafür sollen die zu erbringenden Leistungen möglichst geringe finanzielle Ressourcen erfordern und an schnell sichtbaren Ergebnissen ausgerichtet sein. Die ökonomische Effizienz spielt unter anderem dann auch bei den Organisationen im Sozialen Sektor eine große Rolle, da diese die konkreten Angebote entlang der politischen Vorgaben planen und umsetzen müssen. Für die Adressaten liegt im Gegensatz dazu der Schwerpunkt in Bezug auf Qualität auf der subjektiv spürbaren Verbesserung ihrer Lebensumstände. Zuletzt ist den Tätigen der Sozialen Arbeit im Qualitätsdiskurs, neben der Sicherstellung langfristig wirksamer Hilfsangebote, vor allem die Aufrechterhaltung ihrer Deutungshoheit dessen was unter fachlich fundierter „guter“ Arbeit zu verstehen ist wichtig. In diesem Sinne wird danach Qualitätssicherung zur Stärkung der eigenen Profession angestrebt.

Bei der näheren Beleuchtung der Qualitätsdebatte werden somit zum einen die einzelnen vertretenen Akteure sichtbar und zeitgleich die mit ihnen verbundene Machtposition. Dabei

wird auch deutlich, dass sich Interessen oft widersprechen. Beispielhaft sei die Tatsache genannt, dass nach ökonomischen Gesichtspunkten eine hohe Qualität auch eine hohe Bezahlung bedingt. Diese Annahme scheint sich jedoch im Bereich der Sozialen Arbeit oftmals nicht wiederzufinden, wo trotz einem Studium und strengen Vorgaben an die Berufsqualifizierung häufig prekäre Arbeitsbedingungen mit schlechter Bezahlung vorfindbar sind (TAZ 22.2.2022).

Vertreter:innen der Profession der Sozialen Arbeit haben die Chance von innen heraus Einfluss auf die Qualitätsdebatte nehmen, um die eigene Handlungsmacht zu sichern. Eine Möglichkeit ist dabei Qualitätssicherung mittels eigens definierter Qualitätsstandards. Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit hat daher eine Schrift mit einzelnen Qualitätsstandards verfasst, um damit die eigene Deutungshoheit über die Gestaltung der Sozialen Arbeit zu sichern. Dies geschah in klarer Abgrenzung zur Einflussnahme von politischen und ökonomischen Vorgaben auf Qualitätsstandards in der Sozialen Arbeit (DBSH 2002: S.1). Dabei wurden eine Vielzahl von Qualitätsstandards festgelegt, die sich unter anderem auf die konkrete Gestaltung der Arbeit mit den Adressaten beziehen oder die strukturellen Rahmenbedingungen für das Gelingen qualitativer Arbeit definieren. In dieser Arbeit steht vorrangig die Qualitätssicherung hinsichtlich der Umsetzung von Qualitätsstandards bezogen auf die Kompetenzen der Tätigen im Zentrum. Die tatsächliche Ausübung von Qualitätssicherung im Berufsalltag erscheint in der gesichteten Literatur unterrepräsentiert. Die Stärkung von Kompetenzen ist jedoch nicht nur für die Ausübung der eigenen Tätigkeit wichtig, sondern erscheint besonders in Bezug auf die Positionierung gegenüber anderen Berufsgruppen von Bedeutung. Der Nachweis von Kompetenzen ist immer auch ein Aushängeschild und kann sehr hilfreich für den Aufbau von Kooperationen sein, die ein elementarer Bestandteil in der täglichen Arbeit sind.

1.3. Forschungsgegenstand und Forschungsfrage

An einem Praxisbeispiel soll in dieser Arbeit aufgezeigt werden, wie eine spezifische Gruppe von Berater:innen die von der Profession eigens festgelegten Qualitätsstandards zur Kompetenzsicherung in der Praxis umsetzen. Das Arbeitsfeld der Beratung wurde deshalb ausgewählt, da es ein Kernelement der Sozialen Arbeit ist, eine eigene theoretische Ausrichtung aufweisen kann, und zudem sämtliche Absolvent:innen des Studium der Sozialen Arbeit hinsichtlich dieser Tätigkeit professionsspezifische Kompetenzen erlangen. Die zu beantwortende Forschungsfrage ist daher:

Wie werden Kompetenzen in der Beratung im Arbeitsalltag im Bereich der Sozialen Arbeit gesichert und in welchem Verhältnis steht dies zu den allgemeinen Qualitätsstandards an Kompetenzsicherung?

In der Literatur überwiegt der konzeptionelle Fokus auf Kompetenzsicherung in der Praxis der Beratung. Einschlägige empirische Arbeiten sind dagegen selten (z. B. Woopen 2013). Daher sind der Sekundäranalyse von bereits erhobenen Daten zur Klärung der Forschungsfrage Schranken auferlegt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage soll daher durch eine explorative empirische Untersuchung ermittelt werden, wie die vom Berufsverband (DBSH) festgelegte Vorgaben zur Qualitäts- und Kompetenzsicherung im Arbeitsalltag erfüllt werden und wo es Lücken und Handlungsbedarf gibt. Es ist als wichtig zu erachten, den möglichen Handlungsbedarf aufzudecken, denn hier müssen Vertreter:innen der Profession aktiv werden und Lösungswege entwickeln. Darüber hinaus zielt diese Analyse darauf ab, aufzudecken, wo die Profession Soziale Arbeit im Diskurs um Qualität kritisierbar oder überspitzt gesagt, angreifbar wird. Die Diskussion um Qualität aus der Profession heraus dient somit nicht nur der Sicherung eines wirksamen Angebots für die Adressat:innen sondern auch der Aufrechterhaltung der eigenen Handlungsmacht im Qualitätsdiskurs. Wird eine hohe Fachlichkeit durch Qualifizierung im Studium und weiterführend im Berufsleben erlangt und das beflissene Einhalten innerprofessioneller Qualitätsstandards nachgewiesen, ist ebenfalls davon auszugehen, dass dies auch die Handlungsposition stärken kann.

1.4. Aufbau der Forschungsarbeit

Um sich dem dargelegten Forschungsgegenstand zu nähern, soll zunächst in einem ersten Kapitel aufgezeigt werden, was unter Qualität in der Sozialen Arbeit verstanden wird und wie einzelne Akteure diesen Begriff für sich vereinnahmen. Dabei werden auch die Dimensionen vorgestellt, auf denen Qualität in der Sozialen Arbeit analysiert werden kann. Da sich diese Arbeit dem Arbeitsfeld der Beratung widmet, wird in einem zweiten Kapitel dieses zunächst genauer vorgestellt. Dabei wird herausgearbeitet, wie sich Beratung in der Sozialen Arbeit im Vergleich zu benachbarten Professionen (z.B. Psychologie) abgrenzt und welche speziellen Kompetenzen in der Beratungstätigkeit gefordert sind. Ergänzend dazu wird erläutert, wie die Sicherung von Qualität im Arbeitsfeld der Beratung umgesetzt werden kann. Im daran anschließenden Methodenkapitel wird das Forschungsdesign sowie die Forschungstechniken zur Ergebniserhebung vorgestellt und ihre Wahl begründet. Das einzelne Vorgehen zur Datensammlung, inklusive der Operationalisierung der zu überprüfenden Qualitätsstandards wird beschrieben. Anschließend werden die erhobenen empirischen Daten in einem

Auswertungskapitel vorgestellt. Die Arbeit wird abgeschlossen mit einem Diskussionskapitel, in dem die erhobenen Ergebnisse aus dem Praxisbeispiel eingeordnet und Aussagen zur Qualitätssicherung mit dem Schwerpunkt auf der Kompetenzebene für die Soziale Arbeit im Allgemeinen getroffen werden.

2. Was bedeutet „Qualität“ in der Sozialen Arbeit? Ein Einblick in die Qualitätsdebatte

„Qualität“ ist zunächst ein Begriff, der häufig intuitiv mit der Vorstellung von „guter Qualität“ gleichgesetzt (Vogel 2007, S. 837; Rose 2004, S. 211) und mit messbaren, bewertbaren und beeinflussbaren Eigenschaften assoziiert wird. Im Kontext der Sozialen Arbeit stellt er sich, anders als bei der Herstellung von Produkten in der Industrie, jedoch häufig als schwer greifbar dar. Beckmann (2009, S. 9) weist darauf hin, dass die Bedeutung von Qualität in der Sozialen Arbeit nicht ausreichend in Frage gestellt wird. Er attestiert der Diskussion um Qualität in der Sozialen Arbeit aber zugleich ein „hohes Maß an Uneinheitlichkeit in der Begriffsbildung“ (Beckmann 2009, S. 9). Oechler (2009, S. 96) legt dar, dass das Konzept der Qualität einer „Blackbox“ gleiche und verdeutlicht damit die Herausforderungen, vor welchen Definitionsentwürfe stünden. Eine mehrheitlich geteilte Definition ist schwer zu finden und so werden mit den vorhandenen Begriffsbestimmungen eine Vielzahl von unterschiedlichen Zielen und Interessen verbunden (Oechler 2009, S. 7). Dabei ist kein Mangel an Beschäftigung mit diesem Thema in der Sozialen Arbeit auszumachen. Vielmehr wird „Qualität“ eine hohe Bedeutung beigemessen und bildet als „zentrales Konstrukt“ den Kern der „Auseinandersetzungen mit sozialpolitischen Rahmenbedingungen, organisatorischen Zwängen und den Schwierigkeiten in Entscheidungsprozessen über sozialpädagogische Hilfen“ (Oechler 2009, S. 7). Verstanden als funktionelle Notwendigkeit wird Qualität divers diskutiert und vielfach mit den Schlagworten Effizienz, Effektivität und Transparenz umrissen.

Seit Beginn der 90er Jahre hat die Qualitätsdebatte, verbunden mit großen sozialpolitischen Neuerungen, endgültig Einzug in die fachliche Diskussion der Sozialen Arbeit erhalten und konnte nicht mehr als „Modethema“ ignoriert werden (Oechler 2009, S. 79). Als Beispiel der sozialpolitischen Neuerungen seien die Bestimmungen zu Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (§78a-g, SGB VIII) genannt (Beckmann et al. 2004, S. 9; Oechler 2009, S. 7; Beckmann 2009, S. 19). Derartige Entwicklungen waren im angelsächsischen Raum (Großbritannien, Neuseeland, Australien) aber auch in den Niederlanden bereits 15 Jahre früher zu beobachten. Ausgangspunkt war die Idee durch wettbewerbsorientierte Steuerungsmaßnahmen die sozialen Dienste hinsichtlich einer Kostenreduktion zu reformieren (Oechler 2009, S. 78, Flösser/Oechler 2004, S. 175). Oechler (2009) weist allerdings darauf hin, dass es auch in der BRD schon Reformbewegungen gab, durch welche die zu erreichende Qualität der Sozialen Arbeit zu einem zentralen Diskussionsthema aufgestiegen ist. Genannt sei hier die Reformbewegung der Neuorganisation

der sozialen Dienste in der 1970er Jahren. Diese Bewegungen führten zu Veränderungen in der Sozialen Arbeit, wie die Beispiele der Einführung von Teamarbeit oder der Neuregelung von Zuständigkeiten mit dem Ziel der Angebotsverbesserung für die Adressat:innen verdeutlichen. Angeregt wurden die Umstrukturierungen dabei vorrangig von professionellen Fachkräften innerhalb der Sozialen Arbeit (Oechler 2009, S. 90).

Die Auseinandersetzungen um Qualität in der Sozialen Arbeit in den 1990er Jahren gingen dagegen weit tiefgreifender und halten bis heute an. Der Kontext dieser Auseinandersetzungen war der Umbau des Sozialstaates mit der Hinwendung zum Wettbewerb und der damit verbundenen Abkehr vom Wohlfahrtsstaat. Das Hauptargument der mangelnden finanziellen Ressourcen führte über den Abbau von Sozialleistungen auch zu einer Legitimationskrise der Sozialen Arbeit (Droste 2000, S. 455; vgl. Oechler 2009). Die Folge war, dass durch rechtliche Vorgaben eine Transformation der Gestaltung Sozialer Arbeit erwirkt wurde. Durch Steuerungsinstrumente wie Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen entstanden neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Staat und leistungserbringenden Diensten (Oechler 2009, S. 7). Droste (2000, S. 455) verweist darauf, dass die Diskussion um Qualität in der Sozialen Arbeit grundsätzlich in einem Spannungsfeld zwischen fachlicher Qualitätsverbesserung und wirtschaftlicher Effizienz geführt wird. Auch Beckmann et al. (2004) betonen, dass die Impulse für die Qualitätsdebatte in den 1990er Jahren nicht von dem Berufsstand der Sozialen Arbeit selbst initiiert wurden, sondern unter dem Aspekt der Kostenreduktion entstanden. Qualität wird demnach häufig als Aufgabe des Managements gesehen (Beckmann et al. 2004, S. 9). Dies zeigt sich auch daran, dass als Lösung um das Ringen um Qualität häufig die Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen gesehen wird. Auf das Fehlen einer inhaltlichen Diskussion zu Fragen der Fachlichkeit und Professionalität von Seiten der Sozialen Arbeit wird in der Literatur mehrfach hingewiesen (vgl. Beckmann 2009; Beckmann et al. 2004; Erath et al. 2005).

Um einen strukturierten Überblick über die Debatte, beziehungsweise den Diskurs um Qualität in der Sozialen Arbeit wiederzugeben, erscheint ein Blick auf die an der Diskussion beteiligten Akteure sinnvoll. Denn die von ihnen eingenommenen Perspektiven spiegeln auch die an die Qualitätsdebatte gebundenen Verheißungen und Befürchtungen wider. In Anlehnung an Oechler (2009) und Flösser/Oechler (2004) lassen sich vier Akteure ausmachen, die Einfluss auf die Qualitätsdebatte haben und die von jeweils verschiedenen Ebenen aus agieren. Im Folgenden werden diese kurz vorgestellt.

2.1. Akteure in der Debatte um Qualität in der Sozialen Arbeit

2.1.1. Der Staat: Qualität aus sozialpolitischer Sicht

Aus sozialpolitischer Perspektive geht es im Diskurs um Qualität vorrangig um die Steuerung und Legitimation des Einsatzes und Verbrauchs von Ressourcen (Oechler 2009, S. 81). Die Frage, die auf der gesellschaftlichen und sozialpolitischen Agenda dabei immer wieder gestellt wird, richtet sich auf das Verhältnis von Qualität sozialer Dienstleistungen und effizientem und oftmals auch minimalem Einsatz finanzieller Mittel. Dabei steht das Problem im Vordergrund, wie erreichte Qualität sozialer Dienstleistungen bei schwindenden finanziellen Ressourcen zu halten bzw. sogar noch zu verbessern ist (Beckmann 2009, S. 20). Zur Diskussion stehen nicht die individuell erbrachten Leistungen, sondern es geht vielmehr darum, die Aufrechterhaltung eines Versorgungssystems für die Gesellschaft zu gewährleisten. Dabei ist ein gerechter Zugang zu Leistungen, aber auch soziale Sicherheit und Verlässlichkeit des Angebots wichtige Kriterien. Umgesetzt werden soll dies durch rechtliche Regelungen, festgelegte Verfahrensabläufe, Leistungsbeschreibung oder die Bindung von Subventionen an Förderungskriterien (Oechler 2009, S. 97). Mit rechtlichen Regelungen² wurde der Nachweis von Qualitätsmanagement verpflichtend. Kosten werden nur mehr auf dieser Grundlage übernommen (Flösser/Oechler 2004, S. 178). Ziel der Maßnahmen ist das Erreichen einer geforderten Verbesserung der Effektivität, Transparenz und Effizienz sozialer Dienstleistungen. Dies ist jedoch ebenfalls eng verbunden mit der messbaren Wirtschaftlichkeit. Durch diese Forderungen wird deutlich, dass es der Profession der Sozialen Arbeit nicht gelungen ist darzustellen, was ihr gesellschaftlicher Beitrag ist, wie sie den Sozialstaat unterstützen und inwieweit sie innerhalb der eigenen Profession dafür Sorge trägt Qualität zu sichern und weiterzuentwickeln. Mit einem neuen Steuerungsanspruch des Staates als Ausdruck eines institutionellen Misstrauens gegenüber der Sozialen Arbeit wird das Ziel einer „Erhöhung der Zweck-Mittel-Rationalität“ verfolgt (Beckmann 2009, S. 16). Der Deutsche Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2002, S. 1) formuliert es noch drastischer: „Qualität wird heute darüber definiert, was die von den politischen Strukturen beauftragten Kostenträger zahlen können bzw. bereit sind zu zahlen.“ Aus staatlicher Perspektive wurde damit Qualität zunehmend als Kosteneffizienz interpretiert und Maßnahmen geschaffen, die die Ökonomisierung sozialer Leistungen, auch und vor allem im Bereich der sozialen Arbeit, Vorschub leisten.

² Beispiele sind etwa: § 93, BSHG; § 78a ff., SGB VIII, § 84f., SGB XI

2.1.2. Die Trägerorganisationen: Qualität aus organisationspolitischer Sicht

Ausgehend von der neuen Ausrichtung der Sozialpolitik findet seit Anfang der 1990 Jahre ein Umbruch in den sozialen Organisationen statt. Neben den klassischen Aufgaben der Sozialarbeiter:innen rücken zunehmend auch betriebswirtschaftliche, managementbezogene und sozialplanerische Aspekte in den Vordergrund (Droste 2000, S. 454). Unter dem Schlagwort Ökonomisierung sind die Veränderung der Rahmenbedingungen für die Soziale Arbeit (wie ein ausdifferenziertes Vertragsmanagement zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern, die Wettbewerbsorientierung, Ausbau der Kontroll- und Prüfelemente) versammelt. Durch die Kooperation mit den staatlichen Kostenträgern müssen Soziale Dienstleistungsträger Nachweise über ihr Handeln erbringen, um die Verwendung der öffentlichen Gelder zu legitimieren (AWO 2015, S. 4; Beckmann 2009, S. 9).

Doch dass dieser Umbruch allein sozialpolitisch initiiert wurde, erscheint zunächst zu kurz gegriffen. Droste (2000) benennt dafür drei Ursachen, die die Qualitätsdebatte innerhalb und zwischen den sozialen Organisationen fördern. Erstens entstehe durch die Pluralisierung der Angebotsstruktur ein Konkurrenzverhältnis zwischen sozialen Organisationen. Einige wenige Träger müssen ihr Monopol auf pauschalisierte öffentliche Förderung aufgeben (Droste 2000, S. 454). Qualität werde dadurch zu einem Medium, das es zu definieren gälte um sich von anderen abgrenzen zu können. Zweitens stellen gesellschaftliche Veränderungen zeitgleich neue Herausforderungen an die Organisationen, auf die es zu reagieren gelte. Das Infragestellen der religiösen Grundorientierung der Wohlfahrtsverbände und neue ethische Wertevorstellungen führen zu einer Überarbeitung der Leitbilder und geben Impulse für die Beschreibung von Qualität der Arbeit. Qualitätsstandards sollen im Sinne einer Markenprofilierung zudem gesichert und ihre Wirkung nachgewiesen werden (AWO 2015, S. 4). Als dritten Punkt können interne Strukturproblem wie Ineffizienz, mangelnde Transparenz, Undurchsichtigkeit der Angebote oder starre Arbeitsmuster ausgemacht werden. Auch hierbei geht es in der Diskussion nicht darum zu definieren, was Qualität im konkreten Arbeitsprozess mit den Adressat:innen bedeutet, sondern wie Arbeitsstrukturen innerhalb der Organisation effizienter gesteuert werden können. Qualitätsmanagementsysteme (QM)³ erscheinen dabei als bewehrtes Mittel diesen Herausforderungen zu begegnen. Diese wurden von den Organisationen im sozialen Bereich meist umstandslos implementiert (Rose 2004, S. 212; Beckmann 2009, S. 121, Flösser/Oechler 2004, S. 178).

³ Beispiele: DIN-EN-ISO 9000 der International Organization for Standardization (ISO); European Foundation of Quality Management (EFQM) oder Total Quality Management (TQM).

QM-Systeme müssen mit den Dimensionen Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung jeweils zwei Funktionen erfüllen. Dies geschieht mittels der Erstellung und regelmäßiger Überprüfung von formulierten Qualitätsstandards (Droste 2000, S. 457). Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege empfiehlt einen flächendeckenden Einsatz von QM-Systemen. Kritiker sprechen von einer „BWL-isierung“ der Sozialen Arbeit und stellen die Angemessenheit der Maßnahmen in Frage (Beckmann 2009, S. 14; vgl. Flösser/Oechler 2004). Aus ihrer Sicht steht die Handlungslogik der betriebswirtschaftlich orientierten Maßnahmen der Komplexität professionellen Handelns in der Sozialen Arbeit diametral gegenüber. Für Rose (2004, S. 214) ist das betriebswirtschaftlich ausgerichtete Qualitätsverständnis auch daher unpassend, da Klienten/Adressaten der Sozialen Arbeit keine Kunden mit freier Wahlmöglichkeit und soziale Dienstleistungen keine genormten Produkte sind. Vielmehr gehe es um die Erzielung von Wirkungen abseits einer funktionierenden Marktlogik.

Zusammenfassend steht hier die Diskussion um Qualität „für die Auseinandersetzung und Legitimation gegenüber der Öffentlichkeit (...), gegenüber den öffentlichen Trägern und Geldgebern“ (Oechler 2009, S. 101). Leistungseffektivität und Wettbewerbsfähigkeit sind die angestrebten Ziele (Droste 2000, S. 456). Rose (2004) merkt dazu an, dass die Organisationen im Gegensatz zu den professionellen Tätigen eine deutlich geringere kritische Haltung gegenüber den Formen der neuen Steuerung einnahmen, da sie sich neben einer Modernisierung der Organisationsstrukturen davon gleichzeitig eine Verbesserung der Außenwirkung der Sozialen Arbeit und eine verbesserte Bedürfnisorientierung ihrer Angebote versprachen.

2.1.3. Sozialarbeiter:innen: Qualität aus professioneller Sicht

Die durch die entstandene Diskrepanz zwischen öffentlichen Einnahmen und Ausgaben im Sozialwesen ausgelösten Umstrukturierungen sowie die Einführung von QM-Systemen in den Organisationen seit den 1990er Jahren führten nicht selten zu Unsicherheiten und einer Abwehrhaltung bei den Tätigen in der Sozialen Arbeit. Unzulässige Übergriffe in die „sozialpädagogische Handlungsautonomie“ (Oechler 2009, S. 105) oder auch die „Deprofessionalisierung und letztlich der Abbau von Qualitätsstandards“ (DBSH 2002, S. 2) wurden befürchtet. Der Vorwurf war, dass Controlling und Budgetierung sowie die konkrete und zu enge Beschreibung der Leistungen den Spezifika der Sozialen Arbeit nicht gerecht werden. Die Professionellen, verortet an der Schnittstelle zwischen den Organisationen und den Adressat:innen, sahen sich den Anforderungen der anderen Akteure verpflichtet, wobei die fachliche Selbstbestimmung als bedroht wahrgenommen wird. An dieser Stelle liegt jedoch

auch die Möglichkeit die Qualitätsdebatte für die eigene Sache zu nutzen, um die Fachlichkeit gegenüber Öffentlichkeit, Kostenträgern und Leitung der Organisationen transparent zu machen. Das Potenzial die eigene Arbeit zu legitimieren wird vor allem in der Formulierung von Qualitätskriterien, konzeptioneller Weiterentwicklung und Evaluation erkannt. Besonders die Etablierung von Methoden zur systematischen Sicherung der eigenen Fachlichkeit sind von Bedeutung. Exemplarisch genannt seien an dieser Stelle die Methode der Supervision oder Weiterbildungen. Mit dem Ziel Qualitätsstandards von innen heraus und selbstständig festzulegen wird der Versuch unternommen sich uneffektiver Regelungen zu entziehen und Kriterien für „gute“ Qualität zu schaffen. Maus et al. (2013, S. 35) fordern daher die Soziale Arbeit auf die jeweiligen Arbeitsfelder zu beschreiben, Ziele zu nennen, Prozesse darzustellen und zu verdeutlichen, welche Bedingungen und Strukturen für eine wirksame Arbeit benötigt werden. Es geht dabei auch darum, die Deutungshoheit über die eigene Arbeit einzufordern (Oechler 2009, S. 106 f.), sowie um die Aufrechterhaltung professioneller Selbstbestimmung. Jedoch setzte die Diskussion um die fachliche Qualität zögerlich, beziehungsweise als Reaktion auf die von „außen“ in die Soziale Arbeit getragene Qualitätsdebatte ein. Wie bereits erwähnt, bemängelt Beckmann et al. (2004, S. 9), dass es der Disziplin Soziale Arbeit nicht gelungen ist ein theoretisches Konzept über Qualität für die Anwendung in der Praxis zu entwickeln. Die Bestimmungsversuche von Qualität sieht Beckmann dabei auf drei Ebenen: Der Formulierung professioneller Qualitätsmaßstäbe, der Spezifizierung des Qualitätsbegriffs sowie der Klärung der Frage, wie Qualität dauerhaft gewährleistet werden könne.

Festzuhalten ist somit, dass aus sozialpolitischer Sicht der gezielte Einsatz finanzieller Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines Versorgungsangebots im Vordergrund der Qualitätsdebatte steht. Aus Sicht der Organisationen dagegen wird die Diskussion um Qualität zur Abgrenzung untereinander genutzt. Zudem dient sie der Neuausrichtung der Leitbilder und der Reform der internen Organisationsstrukturen. Bei den Sozialarbeiter:innen wird in der Qualitätsdebatte im Gegensatz dazu die Möglichkeit gesehen die eigene Fachlichkeit darzustellen und Handlungsautonomie zu erhalten. Es bleibt daher die Frage nach dem Verständnis von Qualität in der Sozialen Arbeit aus der Perspektive der Adressat:innen, an die sich Beratungs- und Hilfsangebote letztlich richten sollen. Ihre Sichtweise soll im Folgenden kurz dargestellt werden.

2.1.4. Die Adressat:innen (Klient:innen): Qualität aus der Sicht der Adressat:innen

Die Adressat:innen stellen immer den Bezugspunkt der unterschiedlichen Zugänge zum Qualitätsbegriff dar. Sie sollen erreicht und auf die Verbesserung ihrer Lebenssituation soll

hingewirkt werden. Dies zeigt sich auch in der zunehmenden „Nachfrage- und Bedürfnisorientierung der Hilfsangebote“ (Droste 2000, S. 456). Die Adressat:innen werden heute als Kunden oder Konsumenten wahrgenommen. „Kundenorientierung“ wird als der Garant für Qualität deklariert (Oechler 2009, S. 109), wobei dieser Begriff zeitgleich starke Kritik hervorruft. Gefordert wird, dass die Deutungshoheit darüber, was unter Qualität in der Sozialen Arbeit zu verstehen ist weiterhin von Vertreter:innen der Profession selbst ausgeübt wird. Was aber als durchaus wichtig erachtet werden kann, ist der Versuch das Machtgefälle zwischen Adressat:innen und Sozialarbeiter:innen aufzubrechen. Dies kann auch dadurch umgesetzt werden, indem Instrumentarien zur Qualitätsbeurteilung eingeführt werden (Droste 2000, S. 456). Oechler (2009, S. 109 f.) schlägt dazu den Aufbau eines sozialen Verbraucherschutzes vor, der einerseits Adressat:innen berät und andererseits eine Anlaufstelle zur Überprüfung von organisatorischen und professionellen Verfahrensstandards bildet. Grundsätzlich kann die Partizipation an der Frage, was unter Qualität in der Sozialen Arbeit aus der Perspektive der Adressat:innen zu verstehen ist, als wichtiger Beitrag zur Verbesserung von Angeboten gesehen werden. Dennoch wird die Tatsache, dass es ein Machtgefälle zwischen Adressat:innen und Professionellen gibt, nicht gänzlich aufgelöst. Ein weiterer Kritikpunkt wird in dem Umstand gesehen, dass die Zielgruppen von Hilfebedürftige heute klar definiert werden und zusätzlich die Bereitschaft zur Mitwirkung seitens der Adressat:innen eingefordert wird. Rose (2004) verweist darauf, dass diejenigen, die mit Partizipation und Eigenverantwortung nicht vertraut sind, künftig davon bedroht werden, aus der potentiellen Gruppe der Klient:innen herauszufallen.

Werden die hier vereinfacht dargestellten Perspektiven der jeweiligen, im Qualitätsdiskurs vertretenen Akteure betrachtet, wird schnell deutlich, dass Akteure sowohl gemeinsame Ziele und Interessen aufweisen, dass sich aber auch Konfliktpotenzial ausmachen lässt. So können scheinbar objektive und häufig in der Debatte auftauchende Begriffe wie Effektivität, Transparenz und Effizienz sehr unterschiedlich vereinnahmt, interpretiert und umgesetzt werden. Die Interessengebundenheit dieser Konzepte wird dabei häufig übersehen. Durch die verschiedenen Anforderungen an Qualität und den damit verbundenen Konflikten kommt es nach Beckmann et al. (2004, S. 12) zu Aushandlungsprozessen auf verschiedenen Ebenen der sozialen Dienstleistungsproduktion (Beispiel: Verhandlung zwischen Kostenträger und Organisation im Rahmen von Vertragsvereinbarungen). Unstrittig ist, dass die Verhandlungen gezeichnet sind durch eine ungleiche Machtverteilung unter den Akteuren (Beckmann 2009, S. 11). Auch Droste (2000, S. 458) beschreibt das Konfliktpotential hervorgehend aus den unterschiedlichen Perspektiven auf Qualität in der Sozialen Arbeit und den damit verbundenen

Diskrepanzen und Erwartungen. Er spricht daher von „Qualität“ als relativer Begriff der jeweiligen interessen-, gruppen- und zeitgeistspezifischen Interpretationen und Anforderungen unterliegt. Erath, et al. (2005, S. 165) sprechen in Anlehnung daran von einem „mehrdimensionalen Qualitätsbegriff“ und betonen, dass Qualität im sozialen Bereich eine Integrationsleistung sei. Diese Integrationsleistung bezieht sich auf den Einbezug von mindestens drei Perspektiven, die von den folgenden Akteursgruppen eingenommen werden: der Fachwissenschaft, der externen Beteiligten (Leistungsberechtigte, Steuerzahler, Gesellschaft) sowie der Organisationen (Träger, Management, Team).

2.2. Qualitätsdimensionen

Als eine vielzitierte Orientierungshilfe in der fachlichen Diskussion um Qualität sei die Unterscheidung von Qualitätsdimensionen nach dem Gesundheitswissenschaftler Donabedian (vgl. Droste 2000; Vogel 2007; Maaser 2004; Frenzke-Kuhlbach/Kuhlbach 1998) genannt. Diese wird an dieser Stelle nur kurz vorgestellt. Eine intensivere Auseinandersetzung folgt im folgenden Kapitel über Qualitätssicherung in der Beratungsarbeit.

- *Strukturqualität*: Als Strukturqualität werden die für die Erbringung einer sozialen Dienstleistung zur Verfügung stehenden Ressourcen verstanden. Dabei geht es um die institutionellen (z.B. Lage, Finanzierung), personellen (z.B. Motivation, Qualifikation) und konzeptionellen (z.B. Aufgabenspektrum) Voraussetzungen (Droste 2000, S. 458). Maaser (2004, S. 236) sieht in der Strukturqualität „ein Steuerungselement gesellschaftlicher Verteilungsgerechtigkeit“.
- *Prozessqualität*: Hierbei geht es um die konkrete Gestaltung einer Leistungserbringung und folgende Fragen stehen im Vordergrund: Welche Inhalte werden vermittelt, welche Methodik kommt zur Anwendung und wie wird die Interaktion zwischen den Beteiligten Parteien gestaltet?
- *Ergebnisqualität*: Erfasst wird in dieser Dimension die Erreichung von Zielen, das Wirken erbrachter Leistungen und auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis. Beachtet werden muss hierbei, dass die Ergebnisqualität, sowie die Prozessqualität maßgeblich von der Mitwirkung der Adressat:innen abhängen. Der/die Adressat:in/Klient:in ist hierbei immer auch Koproduzent:in der jeweiligen Leistung (Droste 2000, S. 458).

Maaser (2004) spricht in diesem Zusammenhang und in Bezug auf diese Qualitätsdimensionen auch von einer Makroebene auf der die Strukturqualität zu verorten ist. Sozialstaatliche Leitideen und normative Ziele grundieren dabei die Strukturqualität. Die vom Sozialstaat zur Verfügung gestellten Ressourcen sollen die marktwirtschaftlich induzierte

Ungleichheitsdynamik begrenzen. Diese bestimmen dann auf einer Mesoebene die Ergebnisqualität der Organisationen durch Generierung von Arbeits- und Dienstleistungsprozessen. Auf einer Mikroebene verortet er dann die professionelle Interaktion und Tätigkeit und die Erbringung der eigentlichen Leistung.

2.3. Zusammenfassung

In diesem Kapitel sollten die Schwierigkeiten der Begriffsbestimmung dessen, was unter „Qualität“ in der Sozialen Arbeit verstanden wird, wiedergegeben werden. Grundsätzlich gilt es zu beachten, welcher Akteur Qualität definiert und welche Interessen und Ziele an die Qualitätsdebatte geknüpft werden. Parallel dazu unterscheiden sich auch die Kritikpunkte am Verständnis von „Qualität“ in der Sozialen Arbeit. Festgestellt werden kann, dass die Diskussion nicht auf Augenhöhe unter den involvierten Akteuren geführt wird. So haben Vorgaben aus der Sozialpolitik erheblichen Einfluss auf die Arbeitsweise und Strukturen von Organisationen. Konsens scheint darüber zu bestehen, dass Qualität gesteuert werden muss, genau wie die dafür zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen (AWO 2015, S. 6).

Die erwirkte Neuaufstellung der sozialen Organisationen hat Einfluss auf die Arbeit der direkt mit den Adressat:innen in Kontakt stehenden Sozialarbeiter:innen. Die Diskussion um „Qualität“ entsteht somit immer auch in Rückkopplung auf erwirkte Veränderungen in der Sozialen Arbeit. Einer besonderen Rolle kommt dabei den Organisationen im sozialen Dienstleistungssektor zu, da sie an der Schnittstelle zwischen Sozialpolitik und den Sozialarbeiter:innen stehen. So müssen dort politische und rechtliche Vorgaben zunächst umgesetzt werden und gleichzeitig können hier die in der Praxis auftauchenden Probleme „nach oben“ weitergeben werden. Dagegen sind die Adressat:innen der Sozialen Arbeit im Qualitätsdiskurs als eher marginal zu verorten. Die Gefahr einer eingeschränkten Erfassung ihrer Erwartungen an Qualität durch die Sozialarbeiter:innen besteht. Ein wirklich eigener Zugang zur Qualitätsdebatte, im Sinne einer Bottom-Up Bewegung ist daher insgesamt als schwierig einzuschätzen.

3. Qualitätssicherung in der Beratungsarbeit

Im folgenden Kapitel soll aufgezeigt werden, was unter Qualitätssicherung in der Beratung als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit verstanden wird. Dafür soll zunächst in einem ersten Schritt darauf eingegangen werden, was das Arbeitsfeld Beratung in der Sozialen Arbeit im Allgemeinen umfasst und welche Kompetenzen für die Ausübung einer fachlich fundierten Beratungstätigkeit Voraussetzung sind. In einem zweiten Schritt soll betrachtet werden, welche Ebenen bei der Qualitätssicherung in der Beratung betrachtet werden können und welche Aufgaben sich daraus für die Qualitätssicherung ableiten. Darüber hinaus werden Qualitätsstandards für die Soziale Arbeit vorgestellt und dabei explizit Qualitätsstandards für die Kompetenzsicherung in den Fokus gerückt. In einem anschließenden Kapitel soll dann die Umsetzung der Kompetenzsicherung an einem Praxisbeispiel überprüft werden.

3.1. Beratung als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit

Wird der Begriff „Beratung“ in eine Suchmaschine eingegeben, erscheinen sofort mehrere Millionen Einträge. Mit einer weiteren Eingrenzung um den Begriff „psychosoziale Beratung“, wie die professionelle Beratung im Kontext Sozialer Arbeit häufig bezeichnet wird, minimiert sich die Zahl der Einträge zwar messbar und dennoch sind Suchende mit einem Übermaß an Einträgen und Informationen konfrontiert. Auch bei einem Blick in die Fachliteratur wird schnell deutlich, dass es „die“ Beratung „per se“ nicht zu geben scheint. Dagegen handelt es sich um einen Sammelbegriff, unter dem verschiedene Fachrichtungen, wie Psychologie, die Soziale Arbeit oder auch die Erziehungswissenschaft ihre Ansätze von Beratung vereinen. Nestmann et al. (2014, S. 34) sprechen daher auch von einer „Querschnittsmethode“ mit breit gefächerten Zuständigkeitsspektrum, die sich an unterschiedlichen Konzepten und Theorien orientiert. Maus et al. (2013, S. 96) sehen dagegen Beratung als „Kernaufgabe“ der Sozialen Arbeit, welche sich zu anderen Berufsfeldern dadurch abgrenzt, indem sie lebensweltbezogen, ressourcen- und netzwerkorientiert arbeite und mehr als Problem-Lösungs-Beratung sei. Beratung greife dabei auf eigene Werte und fachtheoretische Beiträge zurück. Maus et al. (2013, S. 97) sprechen daher auch nicht von psychosozialer, sondern „sozialprofessioneller Beratung“ in der Sozialen Arbeit.

Häufig wird sich dem Begriff psychosoziale/ sozialprofessionelle Beratung genähert, in dem auf die Funktion oder Ziele der Beratung Bezug genommen wird. Es wird erläutert, an wen sie sich richtet, wie ein Beratungssetting gestaltet werden kann, oder welche Kompetenzen und Grundhaltungen für eine wirksame Beratung Voraussetzung sind. Dabei gibt es eine Vielzahl von Unterschieden in den Ansätzen oder auch Schulen, die Einfluss auf die Beratung haben.

Wälte/Lübeck (2018, S. 24) sprechen von Beratung daher auch als „Containerbegriff, der für alles und jedes verwendet wird“ und verstehen in Abgrenzung dazu unter psychosozialer Beratung eine Form der Beratung, die unterstützend wirkt, auf Interaktion ausgerichtet ist, und die Bewältigung von Belastungen und Krisen im Fokus hat. Wälte/Lübeck (2018, S. 25) sehen zudem zwei zentrale Professionalisierungskriterien für Berater:innen. Dies ist zum einen das Aneignen von handlungsspezifischem Wissen (z.B. Jugendsprache für die Arbeit mit Jugendlichen), sowie eine „feldübergreifende Kompetenzbasis“ (z.B. Kenntnisse über Lernverhalten, Methoden der Kommunikation). Dieses Modell der „Doppelverortung“ von Beratung wird auch von Nestmann et al. (2014, S. 35) unterstützt und mit den Begriffen der handlungsspezifischen Wissensbasis und einer feldunspezifischen Kompetenzbasis umschrieben.

In einem 7-Punkte-Steckbrief charakterisieren Wälte/Lübeck (2018) psychosoziale Beratung als professionelle Beratung, die entwicklungsorientiert ist und sich an Menschen in „herausfordernden Lebenssituationen“ richtet. Ziele der Beratung sind „Krisenbewältigung, Problembewältigung, Prävention, Rehabilitation und Entwicklungsförderung“ (Wälte/Lübeck 2018, S. 25). Auch für Beushausen (2016, S. 7) soll psychosoziale Beratung „präventiv, rehabilitativ und entwicklungsfördernd“ wirken, zudem aber auch „kurativ und „heilend“. Den Begriff der Heilung lehnen Wälte/Lübeck (2018, S. 25) jedoch im Gegensatz dazu explizit ab, da es ihnen nicht um die „Wiederherstellung von Gesundheit“ geht. Für Beushausen (2016, S. 7) stellt psychosoziale Beratung „die zentrale Hilfeform“ dar, die Menschen in schwierigen Lebenssituationen unterstützen kann und die „alltägliche Lebensführung flankiert“. Die Lebensführung ist auch bei Schubert et al. (2019) der zentrale Gegenstand psychosozialer Beratung. Nach diesen Autoren braucht es Kompetenzen in der Lebensführung, die von einem intentionalen Zusammenwirken von Individuum und Umwelt geprägt sein müsse. Psychosoziale Beratung soll dabei helfen auf Herausforderungen im Leben zu reagieren und Menschen Handlungskompetenz zurück zu geben (Schubert et al. 2019, S. 23). In Anlehnung an Nestmann (2019) gehen Schubert et al. (2019, S. 28ff.) von vier zentralen Aufgabengebieten in der psychosozialen Beratung aus:

1. Informationsgabe/Entscheidungsmanagement
2. Prävention
3. Bewältigungshilfen bei Problemlagen/ Krisen
4. Unterstützung bei persönlichem Wachstum

Nestmann (2019) spricht auch von den vier „Identitätspfeilern“ der psychosozialen Beratung, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen.

3.1.1. Die Identitätspfeiler der psychosozialen Beratung nach Nestmann

- ***Informationsbalance und Entscheidungsmanagement***

Wie auch schon bei Wälte/Lübeck (2018) und Nestmann (2014) eingangs erwähnt, muss der/die Berater:in über eine handlungsspezifische Wissensbasis verfügen. So beinhaltet Beratung auch immer die Vermittlung von Information. Jedoch handelt es sich nicht nur um eine einfache Weitergabe von Informationen, sondern diese sollen mittels Berater:in für die zu Beratenden praktikabel und vermittelbar gemacht werden, sodass diese Orientierung und Entscheidungen für sich daraus ableiten können und dieses Wissen in ihr eigenes Handlungsrepertoire überführbar wird. Grundvoraussetzung dafür ist die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses. Dieses schafft auch die Möglichkeit um Emotionen wahrzunehmen und diese reflexiv in Entscheidungen miteinzubeziehen. Nestmann (2019) beschreibt zudem, dass viele Klient:innen mit einem Zuviel an Information überlastet sind und dies schwer für sich ordnen können. Er plädiert dafür Klienten auch in der Akzeptanz der „Nichtsicherheit“ zu unterstützen, um sie „reflexions- und handlungsfähig zu erhalten“ (Nestmann 2019, S. 12). Er bezieht sich dabei auf das Konzept der „positiven Nichtsicherheit“, welches durch Gelatt (1962) entwickelt wurde und dass die Ermutigung zum Aushalten sich schnell ändernder oder schwer zu verarbeitenden Informationen betont. Die Übersetzung von Informationen, ihre Handhabbarmachung um sie zur Entscheidungsfindung nutzen zu können sind somit wichtige Aufgabe der Berater:innen.

- ***Prävention***

Als einen zweiten Identitätspfeiler psychosozialer Beratung sieht Nestmann (2019) die Funktion der Prävention an. Dabei geht es nicht nur um die Unterstützung in einer akuten Krisensituation, sondern um eine Stärkung des Menschen für seine Lebensbewältigung in der Zukunft. Dafür stellt die Lebenswelt des Menschen, in Anlehnung an Thiersch den zentralen Bezugskontext dar (Nestmann 2019, S. 15). Soziale, ökonomische, kulturelle oder ökologische Einflüsse auf den Lebensalltag werden betrachtet und Perspektiven und Handlungsspielräume auf diese reflektiert. Nestmann (2019, S. 17) betont den hohen Stellenwert von sozialen Beziehungen, die stärkend und protektiv wirken können und fordert eine verstärkte Einbindung dieser in die Beratung. Beratung muss zudem als niedrigschwelliges und alltagsintegriertes Angebot gestaltet sein, um präventiv wirken zu können.

- ***Bewältigungshilfe***

Nestmann (2019, S. 17) diagnostiziert an der Funktion „Hilfe zur Problembewältigung“ die „größte Nähe zur Therapie“, wobei die Berater:in kurativ wirkt. Pathologische Verhaltens- und Beziehungsmuster sollen verändert werden. Der Autor kritisiert diese Einstellung und fordert wie auch Wälte/Lübeck (2018) eine Abkehr von der kurativen oder heilenden Funktion von Beratung. Den Schwerpunkt sieht er in der Ressourcenförderung als Kernstück der Beratung. Potenziale und Stärken sollen aufgedeckt werden und die Defizitorientierung hinterfragt werden. Der/die Berater:in tritt als ein sozialer Akteur auf und unterstützt beim Wiedereinfließen in den Lebensalltag. Nestmann (2019, S. 17f.) betont hierbei den Einfluss von konstruktivistischen Ansätzen, die Identitätsneubildung oder Wiederherstellung als Gegenstand haben, um eine (Neu-) Verortung in der Lebenswelt zu fördern.

- ***Entwicklungsförderung***

Häufig wird Beratung dann in Anspruch genommen, wenn Menschen sich bestimmten Herausforderungen gegenübersehen und allein im Austausch mit ihrer direkten Umgebung keine ausreichenden Handlungspotentiale entwickeln können. Doch im besten Fall wirkt Beratung über den Umgang mit einer Problemkonstellation hinaus. Sie kann auch Handlungsmacht verstärken, in diesem Sinne „empowern“ und dahingehend wirken Entwicklungspotentiale zu erkennen und freizulegen. Dies ist besonders dann wirksam, wenn Beratung als „lebensbegleitende Kurzintervention“ gesehen wird, die bei sich ändernden Lebenssituationen als Impulsgeberin „Entwicklungsanreize zur Selbstreflexion- und Handlungskompetenz“ schafft (Nestmann 2019, S. 23f.).

Die von Nestmann beschrieben und auch häufig zitierten Identitätspfeiler fassen nachvollziehbar zusammen, was von verschiedenen Autoren als Kernziele der professionellen Beratung in der Sozialen Arbeit angesehen wird. Stark betont wird bei ihm jedoch die beschriebene Unterstützungsleistung bei der Auseinandersetzung von Informationen, die von anderen Autoren weniger thematisiert wird. Wichtig ist zudem die Ablehnung von Beratung in einer kurativen oder heilenden Funktion, wie sie etwa von Beushausen (2016) in den Vordergrund gestellt wird. Dem zugrunde liegt die Abkehr von Ansätzen, die die Ursache von Problemen oder Krisen interpersonell verorten und Menschen nicht vorrangig in ihrer Lebenswelt, beziehungsweise im ständigen Austausch mit ihrer Umwelt betrachten.

Es ist eine große Übereinstimmung zu beobachten, was die Zielsetzung der psychosozialen Beratung betrifft. In Bezug auf das Ursachenverständnis von Problemlagen und den daraus abgeleiteten Beratungsansätzen gibt eine Vielzahl von verschiedenen theoretischen Schulen,

welche maßgeblich von der Entwicklung der Psychotherapie geprägt sind. Das folgende Kapitel gibt dazu nun einen kurzen Überblick, um die Bandbreite der vertretenen Beratungsansätze zu verdeutlichen.

3.1.2. Beratungsansätze

Für die Gestaltung der Beratung stehen den Beratenden heute eine Vielzahl von Beratungsansätzen oder auch Schulen zur Verfügung. Schubert et al. (2018, S. 63) verstehen Beratungsansätze als „konzeptionell begründete Handlungsmodelle, in denen Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren in einem sinnhaften und erprobten Zusammenhang stehen“. Die Vielzahl von Ansätzen finden heute oftmals häufig gebündelt den Eingang in die Beratungspraxis (vgl. Schubert et al. 2018, Nestmann 2019), sodass auch von einer eklektischen Beratungspraxis in der Sozialen Arbeit gesprochen wird. Das weite Spektrum der Beratungsansätze gibt somit Impulse für das Ursachenverständnis für Schwierigkeiten in der Lebensführung. Ebenso vielfältig sind die daraus abgeleiteten Unterstützungsansätze für die Konfliktbewältigung. Grundsätzlich sind Unterschiede in den Beratungsansätzen dahingehend auszumachen, ob die Ursachen für Probleme in der Lebensführung eher intrapersonell verortet oder aus der Mensch-Umwelt-Beziehung heraus verstanden werden. Ersteres hat Tradition in den Therapieschulen, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden sind. Erwähnt seien hier insbesondere tiefenpsychologische Beratungsansätze. Diese Beratungsansätze haben heute weiterhin einen großen Stellenwert in der Psychotherapie. Doch auch wenn Psychotherapie und psychosoziale Beratung beide ein „professionelles Gespräch über die seelische Verfassung anbieten und sich mit „emotionalen Belastungen beschäftigen“, setzt sich psychosoziale Beratung in der Sozialen Arbeit jedoch insofern davon ab, dass nicht (wie bereits beschrieben) von einem Krankheitskonzept ausgeht, sondern Orientierung und Unterstützung zum Ziel hat (Großmann 2014, S. 100). Beratungsansätze, die den Menschen in seiner Lebenswelt und seinen dort verankerten Umweltbeziehungen betrachten, sind mit ihrer stark sozialpädagogischen Ausrichtung heute verstärkt in der psychosozialen Beratung zu finden. Erwähnt seien hier die personenzentrierte, systemische, lebensweltorientierte und ressourcenorientierte Beratung.

Personenzentrierten Ansätze der sozialen Beratung gehen auf Carl Rogers zurück. Bei Rogers liegt der Fokus der Beratung nicht auf einem bestimmten Problem oder einem zu behandelnden Verhalten, sondern auf den Emotionen. Für Rogers geht es um eine grundlegende Einstellung und nicht um eine Technik, die der/die Berater:in anwendet. Dabei sollen Emotionen zu Beginn bewusst gemacht und in einem zweiten Schritt ausgesprochen werden. Dadurch ist die

Möglichkeit geschaffen Emotionen zu verstehen und diese anzunehmen. Als unbedingte Grundhaltungen sind Empathie, Kongruenz (Authentizität) und Wertschätzung wichtig für eine wirksame Beratung (Schubert et al. 2018). (Weitere Ausführung siehe Abschnitt: Kompetenzen und Grundhaltungen). Demgegenüber können **systemische Beratungsansätze** abgegrenzt werden. Auch wenn sich verschiedene systemische Beratungsansätze in der Ausgestaltung ihrer Beratung unterscheiden, so ist ihnen doch im Kern gemeinsam, dass nicht das einzelne Individuum im Mittelpunkt der Beratung steht, sondern es um die Betrachtung des Beziehungs- und Interaktionssystem geht, in dem ein Individuum eingebettet ist. Das Beziehungssystem „verursacht individuelles Verhalten“. In einem System beeinflussen sich alle Mitglieder ständig gegenseitig. Sollen diese zirkulären Prozesse beeinflusst werden, müssen Interaktionsprozesse und auch die „Funktion“ von Problemen verstanden und verändert werden. Dies kann zum Beispiel durch die Veränderung von Erwartungen bewirkt werden (Schubert et al. 2018, S. 91). Des Weiteren können **lebensweltorientierte Beratungsansätze** genannt werden. Lebensweltorientierter Beratung „ist primär ein sozialpädagogischer Ansatz“ und hat als Grundziel die „Hilfe zur Selbsthilfe“ (Schubert et al. 2018, S. 122). Beratung wird dann nötig, wenn die Lebenswelt (nach Thiersch) und Lebensführungssysteme durch gesellschaftliche Entwicklungen destabilisiert werden. In der Beratung wird versucht vorhanden Kompetenzen und Ressourcen zu aktivieren. Es geht um die „Stützung primärer Hilfebeziehungen (z.B. Familie), Aktivierung von Selbstorganisation und Stärkung alltagsbezogener Handlungskompetenzen“ (Schubert et al. 2018, S. 122). Die Beratungsziele orientieren sich zusätzlich an den Lebensweltprinzipien: Partizipation/Integration; Prävention und Alltagsorientierung (Maus et al. 2013, S. 105). Schließlich bilden **ressourcenorientierte Beratungsansätze** eine letzte wichtige Gruppe. Ressourcen spielen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung von Konflikten und Lebensanforderungen. Es wird die Grundannahme vertreten, dass eine „gelingende Lebensgestaltung ohne Aktivierung von Ressourcen nicht möglich ist“ und „jeder Mensch die Chance zur Veränderung in sich birgt und dafür Ressourcen zur Verfügung hat oder entwickeln kann“. Ressourcen sind je nach Person und Situation sehr unterschiedlich und können verstanden werden als „Kraftquellen“, die Personen nutzen können, um „Bedürfnisse, Wünsche und Ziele zu verfolgen und um Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten oder wiederherzustellen“ (Schubert et al. 2018, S. 131ff.). In der Beratung geht es darum Ressourcen als brauchbar zu erkennen, zu stärken und effektiv einzusetzen. Dabei kann unterschieden werden zwischen materiellen Ressourcen (z.B. Einkommen), personellen Ressourcen (z.B. Fähigkeiten) und Umweltressourcen/ zwischenmenschliche Ressourcen (z.B. Familie). Darüber hinaus gibt es noch die Unterscheidung nach sozialen Ressourcen, worunter

Teilhabemöglichkeiten an sozialen kulturellen und sozialstaatlichen Ressourcen (z.B. Kultur, Unterstützungsleistungen) verstanden werden.

Neben der Orientierung an Beratungsansätzen sind auch die verinnerlichteten Grundhaltungen und im Studium und Berufsleben erlangten Kompetenzen der Berater:innen von erheblicher Bedeutung für die Wirksamkeit einer Beratung. Diese werden im nächsten Absatz noch einmal näher betrachtet.

3.2. Grundhaltungen und Kompetenzen der Berater:innen

3.2.1. Grundhaltungen

Wie zu Beginn des vorherigen Absatzes dargelegt, haben verschiedene Beratungsansätze Einfluss in die Beratung in der Sozialen Arbeit gefunden. Die/der Berater:in kann somit auf verschiedene Quellen zur Ausgestaltung der Beratung zurückgreifen. Nestmann (2019, S. 22) verweist darauf, dass es in der Sozialarbeit und Sozialpädagogik schon immer eine offene Haltung gegenüber einem eklektischen Modell der Beratung gab. Darüber hinaus betont er, dass nach Erkenntnissen der modernen Therapieforschung nur 15% der Wirkung einer Beratung auf die Anwendung eines bestimmten Beratungsansatzes zurückzuführen sei. Weit größeren Einfluss habe die Beratungsbeziehung (30%) und extratherapeutische Wirkungen (40%), worunter Einflüsse der Person selbst oder ihrer sozialen Umgebung gemeint sind. Dennoch ist zu fragen, ob es universelle Anforderungen an Berater:innen gibt, damit eine Beratung unterstützend wirksam sein kann.

Spezifische Grundhaltungen können die Beratungsbeziehung maßgeblich beeinflussen. Es geht nun nicht mehr um die Anwendung einer Technik oder Methode, ausgerichtet an einem spezifischen Beratungsansatz, sondern um das Einnehmen einer spezifischen Haltung gegenüber der/dem Klienten/n. Diese ermöglicht das Entstehen einer Bindung für eine erfolgreiche Beratung. Häufig genannte Grundhaltungen für eine wirksame Beratungsbeziehung sind Empathie, Kongruenz und Wertschätzung, die sich an der personenzentrierten Beratung nach Carl Rogers orientieren. Dabei stehen spezifische Bedeutungen im Vordergrund, die hier kurz benannt werden sollen.

In Bezug auf **Empathie** soll in der Beratung die Berater:in nicht nur aufmerksam zuhören und Gefühle wahrnehmen und anerkennen. Vielmehr soll die emotionale Seite des Berichteten wirklich verstanden und nicht nur gespiegelt werden. Dies kann gelingen, wenn die Berater:in sich in den/die zu Beratende einfühlt. Aus dieser Grundhaltung kann so ein wirksamer Dialog entstehen (Schubert et al. 2018, S. 83f.). **Kongruenz** wird des Weiteren auch oft mit Echtheit

und Authentizität gleichgesetzt. Als Grundhaltung geht es hier darum in „Übereinstimmung mit sich selbst zu sein“. Die Beratende soll sich nicht hinter einer „professionellen Distanz“ verstecken, sondern Emotionen in Bezug auf die Klienten wiedergeben. „Das Gesagte stimmt mit dem Gedachten überein, wobei nicht alles Gedachte gesagt werden muss“. Durch praktizierte Authentizität kann eine bedeutsame Beratungsbeziehung entstehen, die Weiterentwicklung für Klienten und Beratende ermöglicht (vgl. Schubert et al. 2018, S. 83f.). Schließlich wird **Wertschätzung** als positive Anerkennung verstanden und bedeutet im Beratungskontext Klienten frei von Beurteilung und Bewertung zu begegnen. Die entgegengebrachte Wertschätzung ist nicht an Voraussetzungen („bedingte“ Wertschätzung) geknüpft. Es geht aber auch nicht darum jede Meinung oder jegliches Verhalten wertzuschätzen, jedoch aber jeden Menschen. Diese Wertschätzung ist häufig der erste Schritt das Selbstbild der Klienten zu stärken, da diese sich selbst häufig wenig Wertschätzung entgegenbringen (Schubert et al. 2018, S. 83f.).

Weiterhin trägt Beushausen (2016) Toleranz für Differenz, Respekt, Neugier und Neutralität, Lösungsorientierung als wichtige Grundhaltungen in der Beratung zusammen. Er verweist darüber hinaus auf das Konzept von Nestmann (2014) der „positiven Nichtsicherheit“. Dieses Konzept fordert Beratende dazu auf zu akzeptieren, dass Menschen nicht steuerbar sind. In der Beratung können Impulse zu Veränderung gegeben werden und zeitgleich können Beratenden nie wissen, was „das Beste“ für die Klienten ist. Das Verinnerlichen dieser Haltung wird als entscheidend für die „Initiierung von Empowerment“ (Beushausen 2016, S. 95ff.) angesehen.

Die hier aufgeführten Grundhaltungen finden sich vielerorts wieder, wenn es um die Beschreibung der Beziehung zwischen Berater:in und Klienten geht. Auch für Wälte/Lübeck (2018) ist die Gestaltung der professionellen Beratungsbeziehung „die maßgebliche Komponente für wirksame Beratung“. Zusätzlich zu Kongruenz, Wertschätzung und Empathie verweisen sie auf das Vorhandensein von Präsenz (Gegenwärtigkeit). Diese Grundhaltungen bilden den „Nährboden“ dafür, dass weitere Methoden und Techniken (z.B. systemische Fragen) angewandt werden können (Wälte/Lübeck 2018, S. 46). Die genannten Grundhaltungen werden in der Literatur häufig auch als personale Kompetenzen (vgl. Beushausen 2016; Nestmann 2019) benannt.

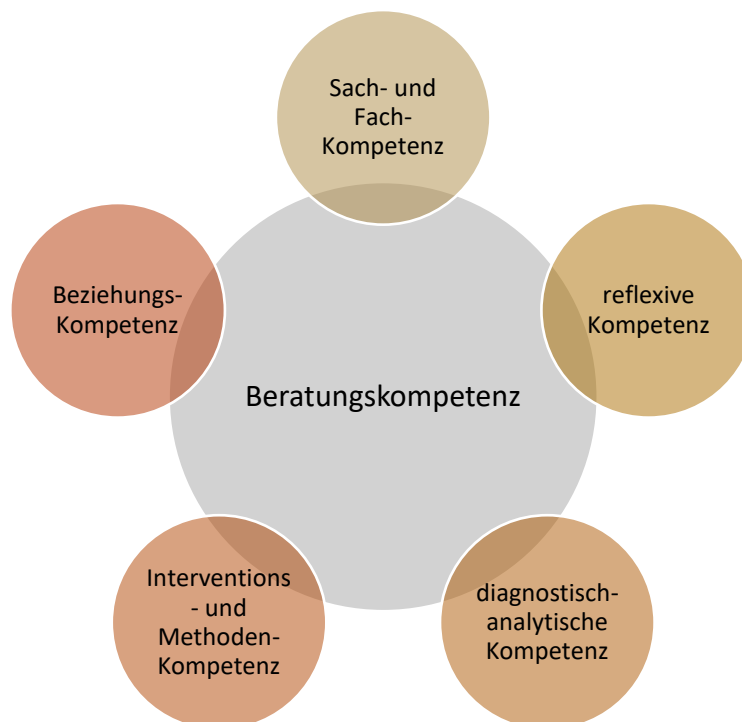
3.2.2. Kompetenzen in der Beratungstätigkeit

Um sich den geforderten Kompetenzen für die Beratung in der Sozialen Arbeit anzunähern, muss zunächst darauf verwiesen werden, dass ein einheitliches Verständnis, dessen was Kompetenz ist oder ausmacht in der Wissenschaft aktuell nicht besteht. Herkömmlich wurde

als kompetent jemand bezeichnet, der zu etwas „befugt und fähig“ ist (Wendt 2016, S. 43). In Anlehnung daran wird im deutschen Sprachraum Kompetenz häufig mit Fähigkeiten gleichgesetzt. Wohingegen in der englischen Übersetzung mit *competency* und *skills* bereits eine Differenzierung des Kompetenzbegriffs hinsichtlich wissensbezogenen und persönlichen/ technisch-handwerklichen Fähigkeiten vorgenommen wird (Zwicker-Pelzer 2010, S. 30). Erpenbeck/Heyse (2021, S. 30) verweisen darauf, dass als Gemeinsamkeit in den verschiedensten Begriffsbestimmungen der „produktive und kreative Ansatz auf Situationen zu reagieren“ zu finden ist.

Für die Soziale Arbeit erscheint der verbreitete Kompetenzbegriff nach Erpenbeck/Heyse (1999) aus der Arbeits- und Betriebspsychologie geeignet. Demnach bezeichnet Kompetenz die Fähigkeit von Menschen zu selbstorganisiertem Handeln. Dabei werden geistige, instrumentelle, kommunikative und reflexive Handlungen einbezogen. Beratungskompetenz verstanden als Handlungskompetenz umfasst dabei nicht nur individuelle Anlagen, sondern auch erlernte und entwickelte Voraussetzungen zum Umgang mit speziellen Tätigkeiten. Beratungskompetenz ergibt sich in Anlehnung an diesen Kompetenzbegriff für Zwicker-Pelzer (2010, S. 32) aus einer Synergie von fünf Kompetenzbereichen, die die folgende Darstellung verdeutlichen soll.

Abbildung 1: Kompetenzbereiche der Beratung⁴



⁴ eigene Darstellung nach Zwicker-Pelzer 2010, S. 33ff.

- **Sach- und Fachkompetenz:** Es geht zum einen um die Aneignung von benötigtem spezifischem Wissen oder Fachkenntnissen, sowie um die Fertigkeiten, dieses Wissen „sinnorientiert zu aktualisieren, zu vermehren, verstehen und zu bewerten“.
- **Interventions- und Methodenkompetenz:** Diese Kompetenzen umfassen die kreative Anwendung von Beratungskonzepten und von Techniken zur Lösungsfindung. Die Befähigung zur Problemanalyse, Zielformulierung und die Schaffung hilfreicher Rahmenbedingungen stehen im Focus.
- **Reflexive Kompetenz:** Verstanden wird hierunter das Können „reflexiv und selbstorganisiert zu handeln“. Dies umfasst u.a. Selbsteinschätzung, Motivation, Fähigkeit zur fachlichen Weiterentwicklung und den Anspruch zum Lernen.
- **Diagnostisch-analytische Kompetenz:** Die diagnostische-analytische beschreibt die Anlage zu selbstorganisierten Datensammlung, Hypothesenbildung, Stellen einer Diagnose, Analyse der Beziehungsgestaltung und des Kontextes.
- **Beziehungskompetenz:** In der Beratung bilden Beziehungen den Kern der Tätigkeit. Sie müssen „initiiert, entwickelt, gehalten und beendet werden können“. Bei Zwicker-Pelzer bilden die vertretenen Grundhaltungen der Berater:in den Ausgangspunkt für die Interaktion. Es geht darum kreativ und beziehungsorientiert zu agieren, um Ideen und Ziele zu ermitteln. Wichtig ist dabei die Wahrnehmung eigener und fremder Bedürfnisse und die „Reflexion der eigenen Beziehungsmuster“. Auch Nestmann et al. (2014) betont (neben dem spezifischen Wissen zum jeweiligen Arbeitsfeld) die Fähigkeit zur Gesprächsinitiierung, Gesprächsaufbau, Gesprächsführung, Netzerkennung und Konfliktlösung um eine wirksame Beratungsbeziehung zu fördern.

Das hier vorgestellte Kompetenzmodell gibt einen sehr facettenreichen Überblick über die geforderten Voraussetzungen für eine produktive Beratungstätigkeit. Die genannten Kompetenzen lassen sich ähnlich, wenn auch weniger aufgegliedert in anderen Modellen wiederfinden. So nimmt zum Beispiel Beushausen eine Dreiteilung der Beratungskompetenz in geforderte „persönliche Kompetenzen“ (z.B. Fähigkeit zur Reflexion, Achtung der Autonomie des Klienten), Theoriewissen (Wissen über Methoden, soziologisches Wissen) und Kontextkompetenzen (Verständnis der Lebenswelt der Klient:innen) vor. Eine Untergliederung der benötigten Kompetenzen in drei Bereiche nimmt auch von Spiegel (2021, S. 84-102) vor. Sie verweist im Sinne eines Bildes von „Kopf-Herz-Hand“ auf das Zusammenwirken vielfältiger Kompetenzen in den „Dimensionen des Wissens („Kopf“), der Dimension der beruflichen Haltungen („Herz“) und der „Dimension des Könnens“ („Hand“). Diese

Dimensionen beinhalten „Kompetenzbündel“ die hier beispielhaft wiedergegeben werden sollen. So umfasst die Dimension des Wissens Kompetenzbereiche wie: Beschreibungswissen, Erklärungswissen, Wertwissen und Veränderungswissen. Bei den Kompetenzen der beruflichen Haltungen geht es dagegen zum einen um die „reflexive Arbeit an der beruflichen Haltung“. Dabei sollen die Berufswahlmotive, die eigenen Wertestandards, Emotionen und moralische Haltungen hinterfragt und beobachtet werden. Ein weiteres Kompetenzbündel in der Dimension der beruflichen Haltung ist die „Orientierung an beruflichen Wertestandards“. Verstanden wird hierunter das Annehmen von Sinnkonstruktionen der Klient:innen, das Respektieren ihrer Autonomie, das Aufbringen von Wertschätzung und die grundsätzliche Ressourcenorientierung. Als drittes Kompetenzbündel ist die „reflektierte Einsatz beruflicher Haltungen“ zu nennen. Dabei ist unter anderem die Ausbildung einer beruflichen Identität gefordert. Von Spiegel betont den Einfluss von unbewussten persönlichen Motivationen, Erfahrungen und Werten bei der Ausbildung einer beruflichen Haltung und fordert daher auch eine gezielte Auseinandersetzung und Reflexion mit diesen Aspekten. Ein Sachverhalt den sie in im Studium der Sozialen Arbeit als unterrepräsentiert bemängelt (von Spiegel 2021, S. 85). In der dritten Dimension, der Dimension des Könnens, sind unter anderem „Kompetenzbündel“ versammelt, die das kommunikative und dialogische Handeln umfassen (Vermittlungsfähigkeit, Fähigkeit zum Aufbau einer Arbeitsbeziehung); Kompetenzen zum „Einsatz der Person als Werkzeug“ (Selbstbeobachtung, Empathiefähigkeit, Ambiguitätstoleranz) oder Kompetenzen zur Zusammenarbeit innerhalb von Organisationen (Teamarbeit, Fallbesprechung, Rollenarbeit).

3.2.3. Zusammenfassung

In diesem Absatz zur Beratung in der Sozialen Arbeit wurde ein kurzer Überblick über eine Auswahl an Definitionen, Zielsetzungen, Beratungsansätzen und benötigten Kompetenzen zur Ausübung gegeben. Dabei wurde deutlich gemacht, dass die Beratung in der Sozialen Arbeit interdisziplinär geprägt ist und in verschiedenster Form Anwendung findet. Die Deutsche Gesellschaft für Beratung hat 2004 die Kernpunkte zur psychosozialen Beratung folgendermaßen zusammengetragen (siehe Schubert et al. 2018, S. 17):

Psychosoziale Beratung...

- befasst sich mit Daseinsbewältigungsfragen;
- ist (Therapie-)Schulen übergreifend;
- legt ein interdisziplinäres Wissenschaftsverständnis zugrunde;

- kann eine einzeltherapeutische, beraterische, sozialfürsorgerische, sozialpädagogische oder pädagogische Aktivität sein.

Nestmann (2019) sieht vor allem die Arbeiten von Hans Thiersch und seinem Lebensweltansatz als Grundlage dafür, dass die Beratung in der Sozialen Arbeit als Gegenentwurf zur „Therapeutisierung“ weiterentwickelt wurde. Für ihn ist Beratung immer am der Maxime „Hilfe zur Selbsthilfe“ orientiert. Er fordert daher eine Weiterentwicklung einer eigenständigen, professionellen Beratungsidentität der Sozialarbeit jenseits „reiner Information und kleiner Psychotherapie“. Auch Schubert et al. (2018) nehmen eine Unterscheidung von psychosozialer Beratung verstanden als „Handlungskonzept“ der Sozialen Arbeit oder als Teil therapeutischen Handelns war. Heute sehen sie Beratung auf dem Weg zur eigenständigen Disziplin und verweisen darauf, dass „*counseling*“ (engl. für Beratung) international schon weiter in der Anerkennung als eigenständige Disziplin ist. Eine Entwicklung die sie auch für Deutschland wünschen. Aber auch international zeigen sich Differenzen in der Ausrichtung. So orientiert sich *counseling* in Großbritannien eher an den Erkenntnissen der Psychologie und Medizin, wohingegen in den USA verstärkt sozialpädagogische Einflüsse zu finden sind (Schubert et al. 2018, S. 16).

3.3. Qualitätssicherung in der Beratung

Im obigen Unterkapitel sollte das Arbeitsfeld der Beratung in der Sozialen Arbeit und die benötigten Grundhaltungen, sowie Kompetenzen für eine wirksame Beratung umrissen werden. Im Folgenden wird nun darauf eingegangen, wie dementsprechend Qualität in der Beratung gesichert werden kann.

3.3.1. Qualitätssicherung: Eine kurze Begriffsklärung

Da die Wichtigkeit des Nachweises von Qualität in der Sozialen Arbeit von den beteiligten Akteuren heute nicht mehr in Frage gestellt wird (vgl. Kapitel 2), bleibt zu klären, wie gute Qualität in der Sozialen Arbeit zu erreichen ist. Denn es geht nicht nur um das nüchterne Aufzeigen eines Ist-Zustandes, sondern Qualität steht auch immer in Verhältnis zu einem Ziel, das es durch Qualitätssicherung zu erreichen gilt. Qualitätssicherung (oder auch Qualitätsmanagement) ist daher „das Bemühen, die Versorgungsrealität (Ist-Situation) mit Blick auf einen Soll-Wert oder Standard zu verbessern“ (Vogel 2007, S. 838). Um hier Handlungsbedarfe im Bereich der Beratung zu erkennen und um daraus Ziele abzuleiten, ist eine Betrachtung der bereits vorgestellten Dimensionen von Qualität nach Donabedian (1966) sinnvoll.

3.3.2. Dimensionen von Qualität in der Beratung

Donabedian (1966) benennt drei Dimensionen von Qualität, die für die folgende Arbeit aufgegriffen werden. Er unterscheidet in seinem Modell, das ursprünglich zur Beurteilung von Qualität im Gesundheitsbereich entwickelt wurde zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

Strukturqualität: Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der Konzeptqualität (gibt es ein ausgearbeitetes Konzept, ein Leitbild?) und der Strukturqualität im engeren Sinn. Betrachtet werden hierfür die Erreichbarkeit, Möglichkeiten einer zeitnahen Beratung bei Krisen, ausreichendes Personal, Zusatzqualifikationen, Kooperationen mit anderem Fachpersonal, geeignete Räumlichkeiten, um einige Kriterien zu benennen (Vogel 2007, S. 841).

Prozessqualität: Bei der Prozessqualität wird die konkrete Gestaltung der Beratungsarbeit in den Blick genommen. Es soll dafür analysiert werden welche Inhalte vermittelt werden, welche Methodik zur Anwendung kommt und wie die Interaktion zwischen den beteiligten Parteien gestaltet wird. Bewährt hat sich dafür die Aufstellung handlungsleitender Richtlinien und Prinzipien („Leitlinien“), die Orientierung für die Mitarbeiter:innen bieten und maßgeblich die Prozessqualität beeinflussen. Es geht darum einen hohen fachlichen Standard in der Beratung aufrechtzuerhalten. Konkrete Maßnahmen dafür sind u.a. der Schutz des Vertrauensverhältnisses, zeitnahe Dokumentation, regelmäßige Fort- und Weiterbildungen zu den spezifischen Schwerpunktthemen in Beratung, Supervision oder die Erstellung von Hilfeplänen (Vogel 2007, S. 843). Frenzke-Kuhlbach/Kuhlbach (1998, S. 197f.) merken an, dass die Überprüfung der Prozessqualität jedoch ungleich schwieriger ist als die der Strukturqualität. Dies ist dadurch bedingt, dass es zum einen keine wissenschaftlich anerkannten Qualitätskriterien für die Beratung gibt (die Beratungsansätze wie z.B. systemische oder ressourcenorientierte Beratung stehen gleichgewichtet nebeneinander). Darüber hinaus ist die Beratung immer ein komplexer Vorgang, bei dem nicht nachgewiesen werden kann wodurch genau eine Verbesserung der Situation herbeigeführt wird. Ein hilfreiches Element, die Prozessqualität zu verbessern, ist das fest eingeplante Fallgespräch unter Fachkolleg:innen, welches zugleich die Möglichkeit zur Selbstreflexion und Fachaufsicht gibt. Hier kann der Blick darauf gelenkt werden, ob zum Beispiel in der Beratung das Prinzip der Ressourcenaktivierung umgesetzt wurde, die Qualifikationen im Team ausreichend genutzt werden oder der es einer Hilfeplanung bedarf. Neben der der Gestaltung der direkten Beratung werden Öffentlichkeitsarbeit, Präventionsarbeit und die politische Arbeit einer Beratungsstelle zur Dimension der Prozessqualität gezählt (Vogel 2007, S. 840).

Ergebnisqualität: Bei den Ergebnissen der Beratungstätigkeit ist zwischen den Zielen der beteiligten Akteure zu unterscheiden. Klient:innenzufriedenheit, Mitarbeiter:innenzufriedenheit, Erreichung der Beratungsziele und die Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Verhältnis) stehen nebeneinander und sind durch unterschiedliche Maßnahmen zu ermitteln. Evaluation zur Klient:innenzufriedenheit ist eine Möglichkeit die Ergebnisqualität zu ermitteln. Dies ist jedoch sehr aufwendig und bedarf personeller und zeitlicher Ressourcen. Zu bedenken ist auch, dass die Beratung immer auch eine „Koproduktion“ mit den Klienten ist und beide Parteien durchaus unterschiedliche Vorstellungen vom Ergebnis der Beratung haben (Frenzke-Kuhlbach/Kuhlbach 1998, S. 197). Die statistische Aufbereitung der Arbeit (z.B. Zahl der Anmeldungen, Art der Beendigung der Beratung) ist eine weitere Möglichkeit die Qualität der Beratungsarbeit zu überprüfen und um neue Ziele zu erarbeiten. Genannt werden soll auch noch die regelmäßige Reflexion der Arbeit im Team, um interne Strategien zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.

Die Betrachtung der vorgestellten Ebenen von Qualität in der Beratung kann zur Orientierung bei der Beurteilung von Qualität genutzt werden. Dennoch ist zu beachten, dass sich die drei Ebenen zwar gegenseitig beeinflussen, jedoch nicht kausal aufeinander beziehen. So können Veränderungen auf der Strukturebene zu Veränderungen der Prozessebene führen, müssen jedoch nicht zwingend zu Veränderungen der Ergebnisqualität hinleiten. Ein Beispiel aus der Praxis wäre eine erhöhte Teilnahme an Fortbildungen. Wenn diese jedoch thematisch nicht passen oder die neu erlernten Inhalte keinen Eingang in den Prozess der Beratung finden, ist auf der Ergebnisebene keine Wirkung zu erwarten.

3.3.3. Qualitätsstandards

Wird durch die Analyse der erläuterten Qualitätsdimensionen ein Handlungsbedarf abgeleitet, können Qualitätsstandards entwickelt werden, mithilfe derer die Verbesserung der Qualität erzielt werden soll. Sie versichern, dass in „bestimmten Situationen nach festgelegten Regeln gehandelt wird“ (Frenzke-Kuhlbach/Kuhlbach 1998, S. 198). Dies ist ein stetiger Prozess, da auch bereits festgelegte Qualitätsstandards eine regelmäßige Überprüfung bedürfen, um auf sich verändernde Anforderungen in der Beratung reagieren zu können. Erath et al. (2005, S. 165) verweist darauf, dass die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Sozialen Arbeit unabdingbar ist und diese gleich mehrere Funktionen erfüllen. Neben der Sicherung der fachlichen Autonomie und Glaubwürdigkeit wird durch Einführung von Qualitätsstandards Transparenz geschaffen. Die Klient:innen bekommen einen Überblick darüber, welche Leistungen sie erwarten können. Kostenträger können nachvollziehen, wie Gelder verwendet

werden und Organisationen können nach innen Einfluss auf die Umsetzung ihres Leistungsspektrums nehmen und sich von Konkurrenten gezielt absetzen (vgl. Kapitel 2). Erath et al. (2005) unterscheiden dabei drei Kategorien von Qualitätsstandards. So gibt es demnach erstens staatliche Qualitätsstandards. Dabei handelt es sich um Rahmenrichtlinien, Verwaltungsvorschriften oder auch Anforderungen an Personal. Diese Vorgaben sind zu erfüllen, sichern jedoch nur einen Mindeststandard an Versorgung. Daneben gibt es zweitens fachwissenschaftliche Standards an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis. Gültige Standards im Sinne einer *evidence-based practice* sollen etabliert werden, erreichen hierzulande jedoch meist nur den Status einer Empfehlung und sind somit nicht verbindlich. Andere Länder sind in der Entwicklung von verbindlichen fachlichen Qualitätsstandards weiter. So gibt es zum Beispiel in Tschechien *Standards for Quality in Social Services* vom Ministerium für Arbeit und Soziales (Erath et al. 2005, S.163). Zu erwähnen für Deutschland ist der „Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ oder der „Nationale Kriterienkatalog für Tageseinrichtungen für Kinder“ (Erath et al. 2005, S.163). Eine dritte Kategorie bilden schließlich die Qualitätsstandards, die einrichtungsspezifisch und konzeptionell aufgestellt werden. Die unterschiedlichen Zielgruppen und die damit verbundenen Bedürfnisse an Hilfeleistungen bedingen allgemein das zusätzliche Erarbeiten spezifischer Qualitätsstandards, die nicht beliebig von „außen“ übernommen werden können. Beratungseinrichtungen zeichnen sich durch sehr unterschiedliche Beratungsschwerpunkte aus. Neben Familienberatungsstellen, mit dem Schwerpunkt für Erziehung, Prävention sexueller Missbrauch oder Eheberatung gibt es Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen oder Schuldenberatung, um nur einige Schwerpunkte zu nennen. Jede Einrichtung muss somit eigenständig darlegen was sie leistet und wie dies umgesetzt wird.

3.3.4. Prozess der Qualitätssicherung in der Beratung

Für die Beratungstätigkeit leiten sich hinsichtlich der „internen“ Qualitätssicherung folgenden sieben Aufgaben ab (vgl. Vogel 2007, S. 838):

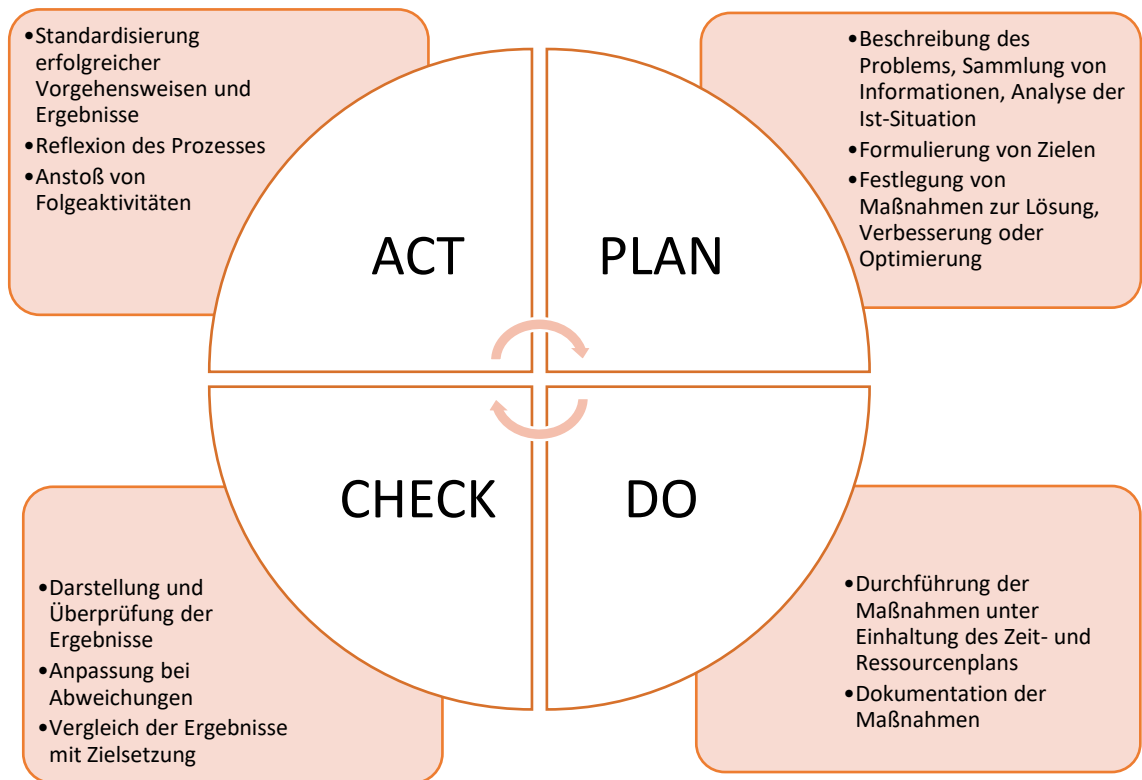
1. Beschreiben der geforderten Parameter des Beratungsangebots. Ein genauer Schwerpunkt wird hierbei ausgewählt. (z.B. *interdisziplinäre Vernetzung der Beratungseinrichtung mit anderen Fachbereichen*)
2. Entwicklung von Beratungszielen und Zielen für die Gestaltung der Beratung. Handlungsleitlinien mit Qualitätsstandards werden formuliert. Um die Entwicklung und Verfestigung von Qualitätsstandards zu unterstützen, ist das Einhalten bestimmter

Kriterien gefordert: sie sollten in den Kontext der Einrichtung eingebettet sein; konkrete Ziele vorgeben und begrifflich klar formuliert sein, d.h. die angestrebte Vorgehensweise nachvollziehbar beschreiben. Auch die vertretenen Werthaltungen gegenüber den zu Beratenden sollen transparent gemacht werden (Erath et al. 2005, S. 166) (*z.B. Aufbau einer festgeschriebenen Kooperation mit Psychologen zur niedrigschwelligen Vermittlung von Klient:innen*).

3. Danach erfolgt eine Bestandsaufnahme der momentanen Situation, des Ist-Zustandes. Probleme müssen dokumentiert werden. (*z.B. bisherige Kooperationen waren nur mündlich und bestanden nicht langfristig, waren an konkrete Personen gebunden, Klient:innen konnten nicht immer zeitnah und niedrigschwellig vermittelt werden*)
4. Daraus abgeleitet erfolgt die Problemanalyse und das Entwickeln von Lösungsmöglichkeiten und geeigneten praktikablen Maßnahmen. (*z.B. Suchen neuer Kooperationspartner mit der Absicht eine Kooperation mittels eines detaillierten Kooperationsvertrages (Erreichbarkeit, Zuständigkeit wird geklärt) zu verstetigen; die Nutzung der Räume in der Beratungseinrichtung wird den Kooperationspartner:innen angeboten*)
5. In der Praxis werden die Maßnahmen angewandt.
6. Es erfolgt darauf eine erneute Analyse der Wirkung der eingeleiteten Veränderungen. (*z.B. es konnte eine feste Kooperation aufgebaut werden, die auch vertraglich geregelt ist*)
7. In einem kontinuierlichen Prozess der Qualitätssicherung erfolgt eine wiederholte Themenauswahl und Bearbeitung, formulierte Qualitätsstandards sollten immer die Option zur Weiterentwicklung beinhalten.

Die hier vorgestellte Herangehensweise zur Implementierung von Qualitätssicherung und der damit verbundenen Aufstellung von Qualitätsstandards wird auch häufig als Qualitätskreislauf im Sinne eines „Plan-Do-Check-Act-Zirkels“ beschrieben. Die folgende Darstellung verdeutlicht diesen Kreislauf schematisch.

Abbildung 2: Qualitätszirkel Plan-Do-Check-Act⁵



Dieses Vier-Phasen-Modell zum Lernen nach dem Physikers Walter Andrew Shewart fand Eingang in die verschiedensten Fachbereiche (z.B. Gesundheitswesen oder Ökonomie) und bildet die Grundlage für eine kontinuierliche Qualitätssicherung. Betreut werden sollte ein wirksamer Qualitätssicherungsprozess dabei von einer zuständigen Person innerhalb der Einrichtung mit entsprechenden Ressourcen (z.B. Zeit, Kompetenzen in Personalführung). Eine weitere wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Qualitätssicherung ist die Dokumentation. Sie bildet die Grundlage zur Klärung der Ausgangslage, der Ressourcen, der Beratungsplanung, dem Beratungsverlauf und der Beratungsergebnisse (Vogel 2007, S. 845). Zusätzlich sind die regelmäßige Reflexion der Beratung, zeitlich festgelegte Teamsitzungen, und Supervision Möglichkeiten Ideen zur Verbesserung des Beratungsangebots zu entwickeln. Als weitere Möglichkeiten der Qualitätssicherung innerhalb einer Beratungseinrichtung gelten das Erstellen eines Qualitätshandbuches, mit der Darstellung des Leitbildes und der differenzierten Beschreibung der Tätigkeitsabläufe; die Etablierung von Qualitätszirkeln oder ein Peer Review (Bewertung der Einrichtung durch Fachkolleg:innen), um nur einiges zu nennen.

⁵ Eigene Darstellung nach Vogel 2007, S. 838.

Wie hier dargestellt wurden, bieten Qualitätsstandards innerhalb der Beratung als Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit nicht nur der Legitimation der Profession nach „außen“, in Bezug auf die Gesellschaft oder zur Abgrenzung zu anderen Einrichtungen, sondern sie bieten neuen Mitarbeiter:innen auch die Möglichkeit der Orientierung und Absicherung ihres Handelns. Sie bilden zudem die Grundlage zur konstruktiven Reflexion über die eigene Arbeit und „kontinuierlichen Evaluation der Arbeit“ (Erath et al. 2005, S. 167). Nur wenn Abläufe und Inhalte systematisch hinterfragt werden, kann Bisheriges überprüft und hinsichtlich einer gewünschten Qualität weiterentwickelt werden. Erath et al. (2005, S. 165) betont daher die Unabdingbarkeit der Entwicklung von Qualitätsstandards, auch vor dem Hintergrund, dass fachwissenschaftliche Grundlagen in den meisten Bereich der Sozialen Arbeit nicht vorliegen und rechtliche Regelungen eher strukturelle Vorgaben machen.

Anzumerken ist jedoch, dass besonders kleinere Beratungsstellen die Implementierung von Qualitätssicherung vor inhaltlichen und personellen Herausforderungen stellen. Orientierung geben können die erstellten Qualitätskriterien des DBSH (Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit). Der Berufsverband vertritt grundsätzlich eine sehr kritische Haltung zu der durch staatliche Vorgaben eingeforderten Qualitätsdebatte und erhebt den Vorwurf Qualitätsstandards seien „wesentlich über die Macht und den Einfluss politischer und ökonomischer Interessen bestimmt“ (DBSH 2002, S.1). Gleichzeitig plädiert der DBSH dafür die Qualitätsdiskussion als Chance zu nutzen, um fachliche Mindeststandards aus der Profession heraus zu definieren und selbstständig die Qualität der eigenen Arbeit zu sichern und zu verbessern. Soziale Arbeit soll somit auch aus der Sicht des Berufsverbandes transparenter und effizienter werden. Die Entwicklung von Qualitätsstandards soll der „Deprofessionalisierung“ entgegenwirken und zugleich der Abgrenzung zum Ehrenamt dienen.

3.3.5. Qualitätsstandards der Sozialen Arbeit nach DBSH (2002)

Der DBSH lehnt es allerdings ab Qualitätsstandards für die jeweils einzelnen Tätigkeitsfelder in der Sozialen Arbeit zu definieren, da die Gefahr einer Aufsplitterung der Profession in neue Berufsfelder gesehen wird. Betont wird dagegen das Beschreiben von Qualitätsmerkmalen, die für die ganze Profession verbindend sind (DBSH 2002, S. 3). Diese werden auf drei „Handlungsebenen“ verortet (vgl. DBSH 2002, S. 7) die im Folgenden kurz vorgestellt werden:

- **Ebene der institutions- und gesellschaftsbezogenen professionellen Sozialen Arbeit (Kontextebene)**

Es werden Qualitätsstandards genannt, die die strukturellen Rahmenbedingungen für die Soziale Arbeit bilden. Diese müssen von den Trägern und gesellschaftlichen

Rahmensetzungen umgesetzt werden. Exemplarisch seien die zur Verfügungstellung eines Arbeitsplatzes und der benötigten Arbeitsmittel genannt. Fortbildungen und Supervision muss ermöglicht werden. Neben diesen eher materiellen Qualitätsstandards werden die Zusicherung der Entscheidungskompetenz über die Hilfestellung oder Autonomie und Handlungsfreiheit im Kontext kritischer Parteilichkeit (Aufzeigen von Benachteiligungen) genannt.

- **Ebene der klientsystembezogenen beruflichen Sozialen Arbeit (Klientenbezug)**

Die genannten Qualitätsstandards beziehen sich auf die „Art und Weise“ des Erbringens von Leistungen für die Klient:innen. Die Qualität der Leistungen müssen transparent gemacht werden. Dies bedeutet u.a., dass Leistungsbeschreibungen zugänglich gemacht, verständlich dargestellt werden oder Feedback eingeholt wird. Weiter zu nennende Qualitätsstandards sind das Einhalten der Schweigepflicht; die Vereinbarung von Kontrakten in denen Aufgaben, Ziele, Klärung von Zuständigkeiten; die erbrachten Leistungen sind wissenschaftlich fundiert und stützen sich auf Konzepte; Empowerment und Hilfe zur Selbsthilfe sind die handlungsleitenden Maxime.

- **Ebene des Kompetenzerwerbs, der Kompetenzsicherung und der berufsethischen Selbstbindung (Kompetenzebene)**

Auf dieser Ebene werden Qualitätsstandards formuliert, die von den Tätigen in der Sozialen Arbeit in Eigenverantwortung umzusetzen sind und dem Ziel dienen die hohe fachliche Kompetenz aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln. Nur dadurch kann die Qualität der Sozialen Arbeit im Allgemeinen gewährleistet werden. Die Umsetzung der Qualitätssicherung auf der Kompetenzebene soll in dieser Arbeit an einem Praxisbeispiel untersucht werden. Daher werden einige empfohlenen Qualitätsmerkmale an dieser Stelle etwas ausführlicher vorgestellt.

- *Qualifizierten Abschluss:* Fachkräfte im Bereich der Sozialen Arbeit haben einen qualifizierten Abschluss im Bereich der Sozialen Arbeit mit staatlicher Anerkennung. Eine Tätigkeit im Bereich der Sozialen Arbeit ist unter bestimmten Voraussetzungen auch Dipl. Pädagoginnen, Heilpädagogen und Erzieherinnen möglich.
- *Verpflichtung zur Fortbildung:* An mindestens fünf Tagen im Jahr sollen sich die professionell Tätigen fortbilden. Dabei soll auf die Weiterentwicklung der „personellen, fachlichen und sachlichen Kompetenzen“ hingewirkt werden. Da

die jeweiligen Tätigkeitfelder sehr unterschiedlich sind, gibt es keine generellen inhaltlichen Vorgaben.

- *Soziale/Kommunikative Kompetenz:* Fachkräfte in der Sozialen Arbeit sollen zum einen in kollegialen Austausch stehen. Darüber hinaus wird zusätzlich die Zusammenarbeit mit anderen Professionen explizit eingefordert.
- *Supervision:* Supervision soll als reguläres Mittel zur Reflexion der eigenen Arbeit genutzt werden. Fallsupervision wird zusätzlich in (nicht näher definierten) Bereich der Beratung und Therapie empfohlen.
- *Fachberatung:* Um auf auftauchende Fragestellungen reagieren zu können, sollen sich Fachkräfte ein umfangreiches Netzwerk zur Beratung und Kooperation aufbauen. Dies kann in Form von Fallbesprechungen, Coaching, kollegialer Netzwerke umgesetzt werden.
- *Berufliches Selbstverständnis/Selbstorganisation:* Dieser Standard umfasst mehrere Unterpunkte. Zunächst sind die Fachkräfte aufgefordert ein berufliches Selbstverständnis zu entwickeln, berufliche Interessen zu vertreten und sich beruflich zu organisieren (Gewerkschaft DBSH). Zweitens sollen berufsethische Prinzipien vertreten werden. Drittens geht der Fokus zu den Klient:innen, die in ihren Zielen und in ihrer Diversität geachtet werden sollen, über. Zuletzt sind die Fachkräfte aufgefordert, sich hinsichtlich des Bezugs zu den Klient:innen für die Weiterentwicklung der kommunikativen und beratungsbezogenen Kompetenzen weiterzubilden.
- *Evaluation:* In diesem Standard sind drei Punkte vereint. Fachkräfte sehen erstens ihre Tätigkeit als Dienstleistung an, die der demokratischen Gesellschaft dient. Zweitens dokumentieren sie ihre Arbeit für die Klient:innen und Auftraggeber. Drittens tragen sie schließlich zur Qualitätssicherung und -kontrolle bei. Dabei wird betont, dass die Interessen und Rückmeldungen der Klient:innen mit einbezogen werden müssen. Dem Einholen von Feedback wird somit ein hoher Stellenwert zugesprochen. Wie dies erfolgen soll, wird jedoch offengelassen.

Weitere Qualitätsstandards zur Kompetenzsicherung, die jedoch in dieser Arbeit nicht hinsichtlich ihrer Überprüfung in der Praxis beleuchtet wurden, sind: Soziale Arbeit als „unverzichtbare“ Dienstleistung, die sich als Angebot versteht, Klient:innen zur Selbsthilfe zu befähigen. Ziele und Aufnahme der Hilfeleistung wird dabei dann von Klient:innen bestimmt.

3.4. Zusammenfassung

Es sollte dargestellt werden, auf welchen Ebenen die Qualität im Arbeitsfeld der Beratung einer Analyse unterzogen werden kann. Zudem wurden Möglichkeiten zur Qualitätssicherung vorgestellt. Das Erarbeiten und die Implementierung von Qualitätsstandards nehmen dabei eine zentrale Rolle ein. Die Funktion und die Vorteile von Qualitätsstandards wurden benannt. Dennoch gibt es weiterhin kritische Meinungen zur Einführung von Qualitätsstandards. Erath et al. (2005, S. 163) diagnostiziert für die Soziale Arbeit gar eine „Ablehnung von Standardisierung und Messbarkeit“ besonders im Bereich der Beratung. Aufgrund der komplexen Beziehung und ihrer Dynamik zwischen Berater:in und Klient:in scheint es dort Schwierigkeiten in der Kontrolle von Qualität zu geben. Dieser Einwurf ist sicherlich berechtigt, dennoch scheint es einige Qualitätsstandards zu geben, die eine Überprüfung ihrer Umsetzung mit geringem Aufwand zulassen. Dies bezieht sich zunächst auf materielle Komponenten (z.B. Gestaltung des Beratungssettings), die bei der Betrachtung der Strukturqualität einfach zu erfassen sind. Komplizierter wird es allerdings wie erwähnt bei der Analyse der Prozessqualität. Die vom DBSH (2002) zusammengetragenen Qualitätsstandards zur Kompetenz geben jedoch eine gute Richtlinie zur Gestaltung der Beratungsarbeit. Denn wer kompetent ist, berät qualitativ hochwertig. Es bleibt die Frage nach der Überprüfung der beschriebenen Qualitätsstandards zur Kompetenzsicherung in der Praxis. Die folgenden Kapitel sollen dazu einen Beitrag leisten.

4. Forschungsdesign und Methoden

4.1. Forschungsdesign

Um die in der Einleitung aufgeworfene Forschungsfrage „Wie werden Kompetenzen in der Beratung im Arbeitsalltag im Bereich der Sozialen Arbeit gesichert und in welchem Verhältnis steht dies zu den allgemeinen Qualitätsstandards an Kompetenzsicherung?“ zu beantworten, wurden zunächst Überlegungen zur Herangehensweise an die Datenerfassung getroffen. Die Datenverfügbarkeit zum Thema muss als gering eingeschätzt werden. In der Literatur überwiegt der konzeptionelle Fokus auf Kompetenzsicherung in der Praxis der Beratung, Einschlägige empirische Arbeiten sind selten (z. B. Woopen 2013). Daher sind der Sekundäranalyse von bereits erhobenen Daten Schranken auferlegt. Eben aus diesem Grund entstand die Notwendigkeit mittels einer explorativen Untersuchung das Thema zu erschließen. Zunächst stand die Überlegung im Vordergrund qualitativ zu arbeiten und Berater:innen für Experteninterviews zu gewinnen. Experteninterviews bieten die Möglichkeit das „Fakten- und Erfahrungswissen“ einer speziellen Zielgruppe zu erfassen (Helfferich 2019, S. 669). Allerdings ist Anspruch dieser Arbeit auch, die Kompetenzsicherung im Arbeitsalltag von einer breiteren Zahl von Berater:innen abzubilden.

Aus diesen Überlegungen erscheint es besonders zielführend einen Methodenmix anzuwenden, welcher sich einerseits aus qualitativen Experteninterviews ergibt, andererseits darauf aufbauend jedoch auch quantitative Datenerhebung und deren statistische Analyse einfließen lässt. Dabei dienen Experteninterviews dem Erschließen der Problemlagen, auf welchen sodann die Operationalisierung der Fragen und deren quantitative Erhebung folgt. Dieser Methodenmix entpuppte sich als praktikable Möglichkeit, den Prozess der Erkenntnisgewinnung zu strukturieren. In der vorliegenden Forschungsarbeit geht es somit nicht um die Überprüfung von Hypothesen, sondern es handelt sich um eine deskriptive Untersuchung, die sich nach Diekmann (2004, S. 31) „weniger auf die Erforschung sozialer Zusammenhänge und Verhaltensursachen als vielmehr auf die Schätzung von Häufigkeiten, Anteilen, Durchschnittswerten und anderen Merkmalen der Verteilung sozialer Aktivitäten (...) in einer Bevölkerungsgruppe“ ausrichtet. Weniger steht also eine Theorieprüfung oder Ursachenforschung im Vordergrund, als vielmehr die primäre Beschreibung des Ist-Zustandes (Diekmann 2004, S. 32). Aus der Analyse der erhobenen Daten können perspektivisch für eine weitere Forschungsarbeit Fragen abgeleitet werden.

4.2. Untersuchungsbereich

Beratung in der Sozialen Arbeit ist ein großer Themen- und Arbeitsbereich in dem sich die verschiedensten Beratungsfelder vereinen. Neben der Beratung im Kontext von Schulsozialarbeit und Studienberatung, gibt es die Ehe- und Familienberatung, Arbeitslosenberatung, Gesundheitsberatung oder Schwangerenberatung, um nur einige Felder zu nennen (vgl. Nestmann 2004). Die jeweiligen sozialen, ökonomischen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen stellen dabei unterschiedliche Herausforderungen an die Berater:innen in ihrem Berufsalltag. Zudem ist die Tätigkeit im jeweiligen Beratungsfeld immer mit dem Aneignen von spezifischem Fachwissen und Kontextwissen verbunden. Im Bereich der Schulsozialarbeit sind zum Beispiel spezielle Kenntnisse zu neurophysiologischen Entwicklungen im Kindesalter oder zur Dynamik von Gruppen wichtig (Fachwissen) und darüber sind Kenntnisse zur Jugendsprache und Social Media gefragt (Kontextwissen). Dieser Sachverhalt gibt einen zu diversen Rahmen vor, um die Kompetenzsicherung in der Praxis beratungsfeldübergreifend zu erfassen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit ein Beratungsfeld beispielhaft ausgewählt, um dieses dann „dichter“ nach der Arbeit des Ethnologen Clifford Geertz (1987) zu beschreiben. Im Sinne einer Tiefenbohrung soll durch die Konzentration auf ein Beratungsfeld analytische Schärfe gewonnen werden, auch wenn dabei eine Generalisierung der Ergebnisse für sämtliche Beratungsfelder nicht herzustellen ist. Dennoch können durch Fokussierung auf eine Beratungsfeld Erkenntnisse abgeleitet werden, die auch für andere Beratungsfelder relevant sein können.

Da diese Arbeit im Rahmen eines berufsbegleitenden Studiums verfasst wird, erscheint die Auswahl eines Beratungsfeldes sinnvoll, mit dem auch zukünftig eine berufliche Vernetzung beabsichtigt ist. Daher soll in dieser explorativen Untersuchung zur Kompetenzsicherung eine Gruppe von Berater:innen im Bereich der psychosozialen Beratung bei Pränataldiagnostik (PND) in den Fokus genommen werden, da hier eine Schnittstelle zur Hebammentätigkeit, dem Beruf der Autorin besteht. Dieser Beratungsbereich erscheint für diese Forschungsarbeit auch vorrangig dazu geeignet, da es sich um ein kleines und sehr spezialisiertes Feld der sozialprofessionellen Beratung handelt und zudem eine sehr hohe fachliche Kompetenz einfordert. Die Beratung richtet sich als Teilbereich der Schwangerenberatung dabei an Frauen, Männer und Paare, die Fragen, Konflikte oder Krisen klären möchten, welche in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik stehen. Mayer-Lewis (2010, S. 10) sieht die psychosoziale Beratung verortet in einem „interdisziplinären Schnittfeld“ mit Verbindungen zur: 1. Medizinischen Betreuung (Ärzt:innen, Hebammen), 2. (bereits

erwähnten) regulären Schwangerschaftsberatung und 3. den sozialen und familienbezogenen Diensten.

Grundsätzlich soll in der Beratung bei PND ein „Raum für Gefühle wie Unsicherheit, Befürchtungen, und Ambivalenzen zur Verfügung“ gestellt werden in dem „Handlungsspielräume und Entscheidungen“ ermöglicht werden (Wassermann/Rohde 2018, S. 4). Die individuellen Themen können je nach Zeitpunkt der Beratung sehr unterschiedlich sein. Mayer-Lewis (2010, S. 11) spricht daher auch von verschiedenen Dimensionen in denen die psychosoziale Beratung stattfindet. So sind Themenschwerpunkte vor der Inanspruchnahme von PND die Aufklärung über Untersuchungsmethoden, deren Grenzen und Konsequenzen oder das Aufdecken von Ängsten und Befürchtungen (z.B. Angst vor einem behinderten Kind). Beratungsinhalte während der Inanspruchnahme von PND sind u.a. die Auseinandersetzung mit Erwartungen an und Vorstellungen von dem Kind, Auseinandersetzung mit der Frage nach einem Schwangerschaftsabbruch oder Schwierigkeiten in der Paarbeziehung. Beratungsinhalte nach PND können dagegen sein: Ängste vor einem Leben mit einem behinderten Kind; neue Zukunftsperspektiven, Klärung von Unterstützungsmöglichkeiten oder der Umgang mit Schuldgefühlen.

Das Beratungsfeld zeichnet sich zusätzlich dadurch aus, dass die inhaltlichen Entwicklungen einer großen Dynamik unterliegen und das spezifische Fachwissen somit ständig aktualisiert werden muss. Zusätzlich zu den der Profession eigenen Kenntnissen und Handlungs-Kompetenzen (vgl. Zwicker-Pelzer 2010) sind somit vor allem medizinische Kenntnisse gefragt. Es werden Kenntnisse zu Methoden der PND, Entwicklungsstörungen, Arten von Behinderungen und Abläufen im Krankenhaus bei Spätabbrüchen gefordert. Zudem sind Kenntnisse zur Krisenintervention, Trauerbegleitung, Familien- und Paarberatung wichtig. Die benötigten Kenntnisse können aus den Inhalten der Beratung bei PND abgeleitet werden.

Besondere Bedeutung erhält in diesem Beratungsfeld auch die Fähigkeit zur Vernetzung. Zum einen, um sich die Möglichkeit zur eigenen Fachberatung zu sichern und um zeitgleich den oft unter einer hohen psychischen Belastung stehenden Klient:innen eine zeitnahe und niedrigschwellige Vermittlung zu ermöglichen (z.B. an Psycholog:innen, Vertreter:innen von Behindertenverbänden, Pränataldiagnostiker:innen). Dafür ist der Kooperationsaufbau mit Kliniken und Ärzt:innen, zur engmaschigen Unterstützung der Klient:innen gefordert. Eine gelingende Kooperation zwischen Ärzt:innen und Berater:innen ist einer der maßgebliche Faktoren dafür, ob psychosoziale Beratung überhaupt in Anspruch genommen wird (Wooopen 2013, S. 24).

4.3. Operationalisierung

Wie eingangs erwähnt wird, wurden zunächst Experteninterviews dazu genutzt, um erste Informationen zum Untersuchungsbereich zu gewinnen. Erste Datenerhebungen mittels Experteninterviews bieten die Möglichkeit das „Fakten- und Erfahrungswissen“ einer speziellen Zielgruppe zu erfassen (Helfferich 2019, S. 669). Als „Expert:innen“ gelten dabei Personen, die über ein spezielles Wissen in einem Fachgebiet verfügen. Dieses „Binnenwissen“, kann unterschieden werden in Wissen über betriebliche Abläufe, Deutungswissen und Kontextwissen (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010, S. 131-134). Dabei stehen die befragten Expert:innen nicht selbst „im Zentrum des Forschungsinteresses, sie sind nur Zeugen des interessierenden Sachverhaltes“. Somit sollen nicht persönlichen Ansichten, sondern die Informationen über ihr Arbeitsfeld erfasst werden (Hildebrandt 2015, S. 241). In der Planung des Forschungsprozesses muss also geklärt werden welche Akteure bezogen auf die Forschungsfrage in Betracht kommen und wie die Kontaktaufnahme gestaltet werden kann. Zudem ist zu bedenken welche anderen Quellen und Methoden genutzt werden zur Erkenntnisgewinnung. Je mehr Interviews geführt werden, desto weniger andere Quellen müssen angeführt werden, um die Argumentation zu untermauern (Hildebrandt 2015, S. 243).

Aufbauend auf diesen Experteninterviews wurde dann eine Operationalisierung der Forschungsfrage vorgenommen, die dann wieder in den Aufbau eines Fragebogens (siehe Anlage) mündete. Dieser Fragebogen wurde schließlich dazu genutzt, per Telefoninterview quantitative Daten zu erheben. Im Folgenden wird nun veranschaulicht, wie die Umsetzung der bereits im vorherigen Kapitel vorgestellten einzelnen Qualitätsstandards zur Kompetenzsicherung (DBSH 2002) in der Praxis mittels Fragen erfasst werden kann. Dafür wurden Themenblöcke mit einzelnen Unterfragen für Telefoninterviews gebildet. Dabei orientiert sich das Vorgehen bei der Bearbeitung der Forschungsfrage an Diekmann (2004). Der Fragebogen findet sich in der Anlage dieser Arbeit.

1. Qualitätsstandard „qualifizierter Abschluss“

Die Berater:innen wurden nach ihrer Grundausbildung (Studienabschluss) und Zusatzausbildung gefragt (einzelne Fragen sind im Anhang B: Fragebogen zu finden).

2. Qualitätsstandard „Verpflichtung zu Fortbildung“

Bei diesem Qualitätsstandard ist von Bedeutung, dass nicht nur beliebige Fortbildungen im Rahmen einer Tätigkeit zu besuchen sind, sondern der DBSH fordert explizit ein, dass dies in Hinblick auf die besonderen Schwerpunkte im jeweiligen Arbeitsfeld geschehen soll. Daher wurde für diese Forschungsarbeit zunächst ermittelt wie die Berater:innen ihren Kenntnisstand

zu spezifischen Schwerpunktthemen in der psychosozialen Beratung bei PND einschätzen. Bezogen darauf wurde erfragt, welche Fortbildungen passend zu den Schwerpunktthemen besucht werden.

Besonders zur Klärung der auf das Arbeitsfeld bezogenen Schwerpunkte erfolgte vor der Befragung der Berater:innen ein Blick in die Fachliteratur. Hieraus konnten einige Schwerpunktthemen in der Beratung bei PND abgeleitet werden, die dann in der Datenerfassung überprüft wurden. Dies spezifischen Schwerpunkte in der Beratung sind: Beratung bei „schwieriger Entscheidungsfindung“, Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten, Beratung zu Methoden der PND und kindlichen Entwicklungsstörungen, Krisenintervention nach Erhalt eines pathologischen Befundes und Trauerbegleitung (pro familia 2014, S.9). Dafür wurden die Berater:innen um die Einschätzung ihres Kenntnisstandes zu den verschiedenen Schwerpunktthemen gebeten. Dieser sollte eingeschätzt werden anhand einer Likert-Skala (Diekmann 2004, S. 209) von 1-5. Wobei die Variable „1“ mit sehr geringen Kenntnissen, „2“ mit geringen Kenntnissen, „3“ mit ausreichenden Kenntnissen, „4“ mit guten und „5“ mit sehr guten Kenntnissen angegeben wurde. Die Variablen werden in einem ordinal Skalenniveau erfasst. Die Likert-Skala (1932) erscheint geeignet, da ein subjektiv gut erfassbares und ausreichendes Spektrum an Wahlmöglichkeiten geben ist und es einen neutralen Wert („3“) in der Mitte gibt. Natürlich ist der Abstand zwischen den einzelnen Ausprägungen der Variablen nicht genau definiert, dennoch wird eine Vergleichbarkeit der Angaben unter den Befragten geschaffen. In einem zweiten Schritt wurde eine „offene“ Frage generiert, bei der das Schwerpunktthema angegeben werden soll, das die subjektiv größten Herausforderungen im Berufsalltag für die Berater:innen stellt. Damit sollte ermittelt werden, ob einige Schwerpunktthemen in der Beratung einen besonderen Stellenwert einnehmen und eventuell besonderer Zuwendung bedürfen. Die einzelnen Fragen sind im Fragebogen, im Anhang B: Fragebogen unter Themenblock 1 zu finden.

Von Interesse ist, wie bereits erwähnt, ob sich die genannten Schwerpunktthemen in den besuchten Fortbildungen wiederfinden. Daher wird in einem zweiten Themenblock des Fragebogens gezielt nach besuchten Fortbildungen mit den Schwerpunktthemen (u. a. Methoden der PND, Pädiatrie, Paarberatung, Trauerbegleitung und Krisenintervention) gefragt. Da die Möglichkeit besteht, dass eine aus Sicht der Berater:innen wichtige Fortbildung nicht erfasst wird, werden die Befragten zusätzlich darum gebeten, eine oder mehrere weitere besuchte Fortbildung anzugeben, die sie persönlich als wichtig für die Tätigkeit in der Beratung bei PND erachten.

3. Qualitätsstandard „soziale-kommunikative Kompetenz“

Nach DBSH (2002) schließen sich nun drei weitere Qualitätsstandards mit sozial-kommunikativer Kompetenz, Supervision und Fachberatung an. Die vorgelagerten Experteninterviews ergaben jedoch, dass Befragte mit dieser Unterteilung Verständnisprobleme aufwarfen. Auf Grund dieser Ausgangslage wurden diese Qualitätsstandards in einen Standard „sozial-kommunikative Kompetenz“ zusammengeführt, wobei innerhalb dieses Spektrums auf die Punkte Fachberatung und Supervision eingegangen wurde.

Um zu erschließen, wie sich Beraterinnen um Kompetenzsicherung bemühen, wird zunächst die Inanspruchnahme von Methoden zur Selbst- und Fallreflexion innerhalb des Teams ermittelt (teamintern). Es wird daher nach der Implementierung von Supervision, Teamsitzungen, Fallbesprechungen und Kollegialer Beratung in den Arbeitsalltag gefragt. Die erwähnten Methoden werden an dieser Stelle vereinfacht dargestellt:

- *Supervision*: wird hier im Sinne einer Prozessberatung verstanden, diese „bietet Unterstützung in komplexen Arbeitssituationen“. Einzelne oder eine Gruppe sollen zur selbstständigen Bewältigung von Herausforderungen befähigt werden, konkrete Lösungsvorschläge werden nicht gegeben. Zentral sind Selbstreflexion und die Reflexion der eigenen Arbeitsweise. Geleitet wird die Supervision durch eine/n Supervisor:in (Schibli/Supersaxo 2009, S. 35).
- *Teamsitzung*: regelmäßige Treffen im Kollegium, die die Möglichkeit bieten in einem zeitlich festgelegten Rahmen organisatorische, administrative Abläufe, sowie personelle Fragen zu klären.
- *Fallbesprechungen*: Besprechungen im kollegialen Rahmen (ohne Anleitung durch Externe) mit dem Ziel „Hilfe für die Helfer“ zu ermöglichen. Dabei wird nicht nur die Situation der/des Klient:in betrachtet, sondern auch die „Bedingungen der Hilfe“, sowie die Beziehung zwischen Berater:in und Klient:in thematisiert. Fünf Kriterien bedingen hierfür eine Fallbesprechung (König/Schattenhofer 2017, S. 10-12): (1) Der Fall wird von jemanden berichtet; (2) Der/die Berichtende ist Teil der Interaktion; (3) Der Fall bearbeitet eine konkrete Situation; (4) Es gibt ein spezifisches Anliegen zur Klärung; (5) Die zu klärende Situation braucht ein „Gegenüber“, optimal eine Gruppe, da hier mehrere Perspektiven auf das Geschilderte eingebracht werden sollen.
- *Kollegiale Beratung (Intervision)*: Ist eine Form der Fallbesprechung, die in der Gruppe, ohne externe Leitung (daher „kollegial“) und nach einem festgelegten Ablauf durchgeführt wird. Dafür werden bestimmte Rollen verteilt (Moderator:in,

Fallerzähler:in, kollegiale Berater:innen, Prozessbeobachterin) und ein zeitlicher Rahmen für den Beratungsablauf in einzelnen Phasen befolgt (Ryschka/Tietze 2011).

Von diesen Tools wird angenommen, dass sie einen Beitrag zu einer produktiven Arbeitsatmosphäre, Fall- und Selbstreflexion, der Entwicklung von Lösungs- und Handlungsstrategien, positiven Fehlermanagement und Ideengenerierung leisten. Darüber hinaus, um die Verankerung im Berufsalltag darstellen zu können, wird nach der Regelmäßigkeit der angewandten Methoden gefragt (Fragenkatalog im Anhang: Themenblock vier).

In Abgrenzung zu Möglichkeiten der Kompetenzsicherung innerhalb eines Teams wird sodann erfasst, welche Möglichkeiten von Beraterinnen außerhalb des eigenen Teams zur Fachberatung genutzt werden (teamextern). Der DBSH (2002) empfiehlt dafür den Aufbau von Strukturen um eventuell auftauchende Fragestellungen wirksam begegnen zu können. Dafür wird die Teilnahme und deren Regelmäßigkeit an interprofessionellen Qualitätszirkeln, Netzwerktreffen und Hospitationen ermittelt.

- *Interprofessionelle Qualitätszirkel* nach Meyer-Lewis (2010) sind regelmäßig stattfindende Treffen (2-6x Jahr) mit Vertreter:innen verschiedener Professionen mit zum Austausch über selbst festgelegte Themenschwerpunkten.
- *Netzwerktreffen*: formelle oder informelle Zusammenarbeit auf Meso- Makrosozialer Ebene zwischen Vertreter:innen (Akteuren) verschiedenen unabhängiger Organisationen zur Bündelung von Ressourcen (z.B. Informationsaustausch) (Schubert 2008, S. 34-35). Voraussetzung zur Netzbildung sind geteilte Interesse, Ziele oder Visionen (Kirchhofer 2019, S. 294).
- *Hospitation*: Besuch und Begleitung eines/r Vertreter:in einer anderen Profession mit dem Ziel Einblicke in deren Arbeitsalltag zu erlangen

Neben der Teilnahme ist zusätzlich die Einschätzung der Wirkung der jeweiligen Formate auf die eigene Arbeit von Interesse. Dadurch kann ein genaueres Bild ermittelt werden, inwieweit die Teilnahme an Interprofessionelle Qualitätszirkel, Netzwertreffen und Hospitationen als gewinnbringend eingeschätzt wird und hinsichtlich der Kompetenzsicherung wirksam sein kann. Die jeweils subjektive Einschätzung der Effekte oder auch Auswirkungen erfolgt durch die erneute die Bewertung von Items mithilfe der Likert-Skala. Die zu bewertenden Items sind: „Die Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln/ Netzwerktreffen/Hospitationen dient der/dem...“

- Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches
- Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte
- Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe
- Austausch über Praxiserfahrungen
- Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen

Die Likert-Skala wird angegeben mit jeweils „1“= wurde nicht umgesetzt, „2“=wurde weniger umgesetzt, „3“=neutral, „4“=wurde eher umgesetzt, „5“= wurde umgesetzt. Auch aufgetretene Probleme oder Schwierigkeiten bei der Teilnahme an dem jeweiligen Format sollten erfasst werden durch die durch eine Einschätzung der folgenden Punkte:

- Terminfindung
- Zeitaufwand
- Einbringen in die Diskussion
- Äußerung von Kritik
- Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

Ebenfalls dafür wird eine Likert-Skala genutzt mit den Ausprägungen „1“= sehr schwierig, „2“= eher schwierig, „3“=neutral, „4“=eher einfach und „5“=einfach. Um einen Einblick in die tatsächliche fachliche Vernetzung der Berater:innen zu erlangen, wird auch die genaue Teilnehmerbandbreite bei interprofessionellen Qualitätszirkeln, Netzwerktreffen und Hospitationen erfragt (u.a. Hebammen, Ärzt:innen, Humangenetiker:innen, Vertreter:innen von Selbsthilfegruppen, Vertreter:innen von Behindertenverbänden). Daraus kann abgeleitet werden inwieweit die Berater:innen im fachübergreifenden Austausch mit anderen Berufsgruppen stehen. Abschließend wird erfragt, ob eine wiederholte Teilnahme an den jeweiligen Formaten gewünscht ist. Dies gibt Auskunft darüber, ob diese Formate als positiv eingeschätzt werden.

Darüber hinaus wird der bereits erfolgte Aufbau von Kooperationen erfragt. Vor allem die Form (mündlich, vertraglich festgeschrieben) ist dabei von Interesse. Zu Beginn dieses Kapitels wurde bereits kurz auf die Bedeutung von Kooperationen hingewiesen (die Fragen sind im Fragebogen im Anhang B: Fragebogen unter Themenblock 0 zu finden) Eine Herausforderung in der Zusammenarbeit ist, dass Fachärzt:innen häufig geringe Kenntnisse darüber haben, was psychosoziale Beratung leisten kann und vermitteln dementsprechend wenig Frauen und Paare. Zudem scheint es sehr geringe Kenntnisse über Qualifikationen und Kompetenzen der Berater:innen zu geben (Woopen 2013, S. 24f.). Woopen verweist darauf, dass in ihrer

Forschung bei ÄrztInnen keine grundlegend ablehnende Haltung gegenüber dem Angebot der psychosozialen Beratung festgestellt werden konnte. Die Zusammenarbeit jedoch immer sehr personenbezogen ist und sich auf wenige Beratungsstellen konzentriert. Die Zusammenarbeit ist somit nicht institutionsbezogen und muss häufig mit dem Wechsel von Personal neu aufgebaut werden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass eine Kooperation dann erfolgreich ist, wenn medizinische und psychosoziale Beratung als Ergänzung zueinander verstanden, um Frauen und Paare eine unterstützende Begleitung zu ermöglichen.

4. Qualitätsstandard „Selbstorganisation“

Anzumerken ist hier, dass in dieser Arbeit nur die Umsetzung des dritten Punktes überprüft wird: „Fachkräfte der Sozialen Arbeit entwickeln ihre eignen kommunikativen und beratungsbezogenen Kompetenzen ständig weiter und betonen in ihrem Handeln die Bedeutung des berufsbezogenen Austauschs mit der Klientel“ (DBSH 2002, S. 10). Um diesen Qualitätsstandard in der Praxis zu überprüfen, soll erfasst werden ob und welche spezifischen Beratungsansätze hauptsächlich Einfluss in die Beratungsarbeit finden. Um zudem darzustellen wie die Gewichtung der unterschiedlichen Beratungsansätze ist, wird erfragt, welcher Beratungsansatz die hauptsächliche Grundlage der Beratung bildet und ob entsprechend dazu eine Weiterbildung erfolgte.

5. Qualitätsstandard „Evaluation“

In dieser Arbeit soll auch das Einholen von Feedback der Klient:innen betrachtet werden. Erfragt wird daher, ob Methoden angewandt werden, welche die Zufriedenheit mit der geleisteten Beratung ermitteln, aus denen Impulse für die Gestaltung der Beratung gewonnen werden können. Es wird daher direkt nach dem Einholen von Feedback gefragt und in welcher Form und Regelmäßigkeit dies stattfindet.

4.4. Durchführung der Erhebung

Nach der Operationalisierung der einzelnen Unterfragen und der damit verbundenen Variablenbildung wurde ein Fragebogen über sechs Themenblöcke mit dazugehörigen Codebuch erstellt (siehe Anhang D). Erhoben werden sollten die Daten mittels Telefoninterviews bei Berater:innen in Sachsen, die im Bereich der psychosozialen Beratung bei PND tätig sind. Um den Einfluss länderspezifischer Organisation und unterschiedlicher finanzieller Ausstattung der Beratungsstellen in den einzelnen Bundesländern auszuschließen, sollte sich die Erhebung auf ein Bundesland konzentrieren. Eine Fokussierung auf einzelne

Träger (AWO, Caritas, Diakonie, o.ä.) wurde nicht vorgenommen, da sonst die zu untersuchende Gruppe zu klein gewesen wäre.

Es erfolgte ein Pretest um die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen, einen ersten Eindruck von der Aussagekraft der gewählten Variablen und der Sinnhaftigkeit der Auswahl der zu Befragenden zu erhalten. Für den Pretest konnte eine in Leipzig tätige Beraterin mit umfangreicher Berufserfahrung, großem Repertoire an Weiterbildungen, umfangreicher Vernetzung mit anderen Fachbereichen und mit hoher Fallzahl an Beratungen zu PND gewonnen werden. Bei diesem Pretest zeigte sich, dass einige Fragen schwer verständlich und zu komplex formuliert und daher nicht für ein Telefoninterview geeignet waren. Es erfolgte daher eine Umformulierung einiger Fragen, Streichungen und zusätzliche Ergänzungen wurden getätigt. Auch die Auswahl der Proband:innen wurde überdacht. Grund dafür ist die spezifische Organisation der psychosozialen Beratung in Sachsen. Dort gibt es fünf Fachberatungsstellen für die Beratung bei PND, die jeweils mit den Beratungsstellen in ihrem Einzugsgebiet eng vernetzt sind und die Fortbildungen der jeweiligen Beraterinnen organisieren. Diese engmaschige und effektive Organisationsstruktur ist sonst in ähnlicher Form nur in Baden-Württemberg⁶ zu finden und wird vom Land gefördert.

Dieser Sachverhalt ist sonst jedoch in dieser Form nicht in den restlichen Bundesländern zu finden und daher nicht repräsentativ. Die Fallauswahl wurde aus diesem Grund alternativ auf Hessen konzentriert. Im Zuge der Durchführung wurden nun sämtliche Beratungsstellen (36) angeschrieben und angerufen, die jeweils psychosoziale Beratung bei PND anbieten. Diese Beratung ist, wie bereits erwähnt, an die reguläre Schwangerenberatung angebunden. Angeschrieben wurden jedoch nur diese, welchen das Angebot der Beratung bei PND explizit auf ihrer Internetseite zu entnehmen war. Von diesen Beratungsstellen konnte mit 12 Berater:innen ein Interviewtermin vereinbart werden. Von vielen Beratungsstellen, meist in kleineren Gemeinden, kam keine Reaktion oder eine Absage aus diversen Gründen. Auffällig war, dass einige Berater:innen kein Interview vereinbaren wollten, da sie zu wenig Beratungsfälle bei PND haben.

Für die Telefoninterviews war je 40 Minuten geplant und ein Termin weitete sich meist auf eine Stunde aus. Die Daten wurden anonymisiert in einem Fragebogen schriftlich erfasst und anschließend in eine Exceltabelle übertragen. Parallel dazu wurden besonders prägnante

⁶ <https://www.pnd-beratung.de/> (zuletzt besucht am 26.06.2022).

Aussagen oder Themen, die von den Berater:innen eingebracht wurden, stichpunktartig oder als Zitat für eine weitere Auswertung notiert.

Nach der Datenerfassung wurde der entstandene Datensatz auf Fehler kontrolliert. Ein Beispiel für Fehlerbereinigung im Datensatz war die Angabe von drei Berater:innen an einem Qualitätszirkel teilzunehmen. Dieser findet alle zwei Jahre mit wechselnden Teilnehmer:innen aus unterschiedlichen Berufsfeldern statt. In dieser Arbeit wird, wie bereits erwähnt wurde, ein Qualitätszirkel in Anlehnung an die BZgA (2010, S. 17) verstanden als Format, dass dazu dient „an PND beteiligte Berufsgruppen zusammenbringen. Qualitätszirkelarbeit folgt expliziten Regeln und erfordert regelmäßige Arbeitstreffen im Ein- bis Zweimonatsrhythmus.“ Zudem bringen die Teilnehmer:innen konkrete Problemstellungen zur Bearbeitung mit ein. Aus diesem Grund wurde die Angabe der Teilnahme an interprofessionelle Qualitätszirkel herausgenommen, da die Kriterien nicht als erfüllt beachtet wurden.

Im Anschluss an die Übertragung der Daten in Excel und der damit verbundenen Fehlerbereinigung konnte ein Übertrag in SPSS vorgenommen werden. Nach Festlegung der Skalenwerte und dem Messniveau konnten die Daten statistisch ausgewertet werden (univariate deskriptive Statistik). Dabei zeigt sich, dass es der Umkodierung einiger Variablen bedurfte, um diese im Anschluss deutlicher darstellen zu können (zum Beispiel V04 Berufsjahre (in der Beratung (bei) PND)). Mittels Kreuztabellen können nun auch Zusammenhangsanalysen vorgenommen werden. Dazu wurde zum Beispiel die Anzahl der Berufsjahre in Zusammenhang mit der Teilnahme an Fortbildungen untersucht. Diese Methode ermöglicht es vermutete Zusammenhänge nachweisbar darzustellen oder auch als vorausgesetzt wirkende Annahmen zu widerlegen.

Im nun folgenden Auswertungskapitel werden die gewonnen Erkenntnisse der einzelnen Themenblöcke ausführlich dargestellt.

5. Kompetenzsicherung in der Sozialen Arbeit: Empirische Auswertungen

Das folgende Kapitel stellt die erhobenen Ergebnisse zur Umsetzung von Qualitätsstandards (nach DBSH 2002) im Arbeitsfeld der Beratung hinsichtlich der Kompetenzsicherung vor.

5.1. Vorstellung der interviewten Berater:innen

Als Grundausbildung hat die überwiegende Mehrheit (83,3%) ein Studium der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik absolviert. Ein deutlich kleinerer Teil der Berater:innen kommt dagegen aus dem medizinischen Bereich (1 Hebamme, 1 Ärztin). Alle Teilnehmer:innen wiesen zudem ein umfangreiches Repertoire an zusätzlichen Weiterbildungen hinsichtlich ihres Beratungsfeldes auf. Am häufigsten (66,7%) wurde eine interdisziplinär ausgerichtete Weiterbildung zur/m Berater:in bei PND besucht. Diese wurde von den Befragten auch als sehr hilfreich für ihre Arbeit eingeschätzt. Ebenfalls oft vertreten waren die Weiterbildungen zur/m Berater:in für Familien-, Ehe- und Paarberatung (50%), systemische Beratung (50%) und Schwangerenkonfliktberatung (50%). Diese Kombinationen erklären sich dadurch, dass keine der Berater:innen ausschließlich Beratungen bei PND anbietet, sondern diese Beratung meist nur einen kleineren Teil der Beratungstätigkeit darstellt. Vielmehr sind die Berater:innen an Beratungsstellen angesiedelt, die auch allgemeine Schwangerenberatung und zumeist darüber hinaus zu den Themen Familie, Erziehung und Paarleben berät. Dieser Facettenreichtum der Beratung findet sich auch in den vielfältigen Weiterbildungen wieder, die unter „sonstige Weiterbildung“ (83,3%) erfasst wurden. Hier finden sich in einem breiten Spektrum Weiterbildungen zu Themen wie Sexualität, Trauer, Gewaltprävention und Kinderschutz. Eine genaue Auflistung ist im Anhang E zu finden.

Tabelle 1: Grundausbildung

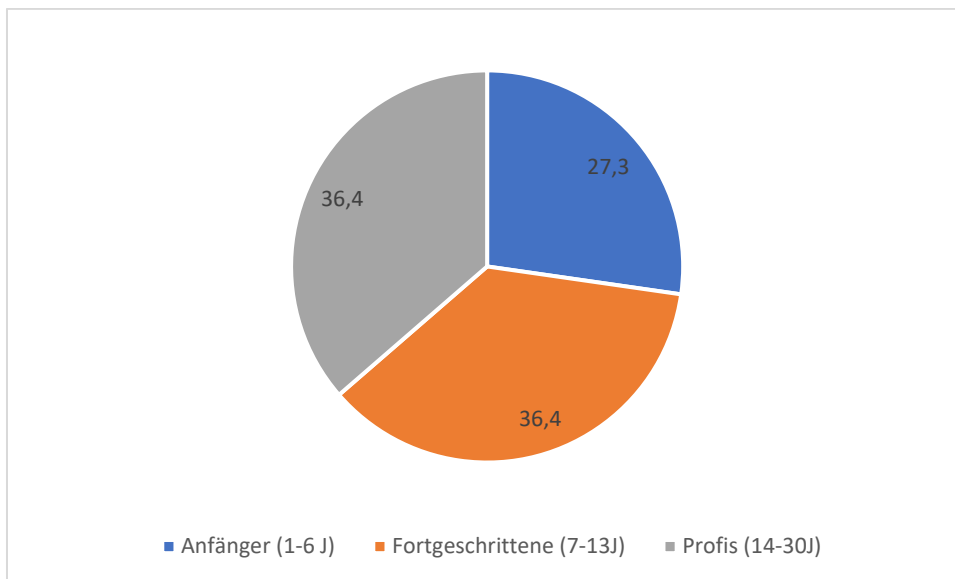
	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
<i>Soziale Arbeit</i>	10	83,3
<i>Sonstiges</i>	2	16,7
<i>Gesamt</i>	12	100

5.1.1. Dauer der Tätigkeit im Bereich psychosoziale Beratung

Gefragt nach den Berufsjahren im Bereich der Beratung bei PND zeigt sich eine große Spannbreite von ein bis dreißig Jahren. Um einen besseren Überblick zu bekommen, wurden

daher eine Unterteilung in Anfänger (1-6 Jahre), Fortgeschrittene (9-13 Jahre) und Profis (20-30 Jahre) vorgenommen. Die Größe der jeweiligen Gruppe ist dabei annähernd gleich.

Abbildung 3: Anzahl der Berufsjahre⁷



5.1.2. Anzahl der Beratungsgespräche

Neben den Berufsjahren zeigt sich auch bei der Anzahl der Beratungsgespräche im Zeitraum eines Jahres eine große Varianz. Von den Berater:innen wurde die Anzahl im Durchschnitt mit geschätzten ein bis 35 Beratungsgesprächen im Jahr angegeben. Wobei es auch Berater:innen gibt, die nicht in jedem Jahr eine Beratung zum Thema PND durchführen.

Interessant erschien, ob es einen Zusammenhang zwischen den Berufsjahren und der Anzahl der Beratungsgesprächen gibt.⁸

Dabei zeigte sich, dass die Anfänger:innen und Fortgeschrittene überwiegend zwischen sechs und zehn Beratungsgespräche im Jahr leisten. Nur die Profis mit über 20 Jahren Berufserfahrung haben mehr als 11 Beratungsgespräche im Jahr. Überraschend ist allerdings, dass gleichzeitig einige Berater:innen aus dieser Gruppe sehr wenige Beratungsgespräche im Jahr haben. Profis arbeiten daher vermehrt oder sehr wenig in diesem Bereich. Die Ursache dafür kann aus den erhobenen Daten jedoch nicht abgeleitet werden.

⁷ Quelle: eigene Darstellung

⁸ Dafür wurden zunächst noch die Anzahl der Beratungsgespräche in drei Kategorien zusammengefasst („wenig“= bis zu 5 Beratungsgespräche; „gelegentlich“= 6-10 Beratungsgespräche; „viel“=mehr als 11 Beratungsgespräche)

Tabelle 2: Anzahl der Beratungsgespräche nach Berufserfahrung

	<i>Anfänger</i>	<i>Fortgeschrittene</i>	<i>Profis</i>
keine	0	0	0
wenig (bis zu 5)	0	1	2
gelegentlich (zwischen 6 und 10)	2	2	0
viel (mehr als 11)	1	1	2

Zu bemerken ist auch, dass die gesetzliche Änderung im Schwangerenkonfliktgesetz und Gendiagnostikgesetz seit 2010 (Ärzt:innen sind verpflichtet über das Angebot der psychosozialen Beratung nach einem auffälligen Befund⁹ aufzuklären (Wooopen 2013)), keine Auswirkung auf die Anzahl der Beratungsfälle zu haben scheint. Nur von zwei Berater:innen (Interview 7;10) wurden eine „leichte“ Zunahme der Beratungsfälle vermerkt. Die Berater:innen aus Interview (4,5,8,10 und 12) gaben dagegen explizit an, keinen Anstieg der Fallzahlen verzeichnet zu haben.

5.1.3. Zeitpunkt des Erstkontaktes in der psychosozialen Beratung

Tabelle 3: Zeitpunkt des Erstkontaktes

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
während PND	4	33,3
nach PND	8	66,7
Gesamt	12	100

Grundsätzlich besteht das Angebot der psychosozialen Beratung bei PND schon vor der Inanspruchnahme von PND. In der Beratung kann also schon im Vorfeld über die Möglichkeiten der PND aufgeklärt und eine Auseinandersetzung über die Bedeutung eventueller Ergebnisse für die Lebensführung der Frau/ des Paares stattfinden. In der Praxis zeigt sich jedoch, dass das Angebot nur in Ausnahmefällen wahrgenommen wird. Keine der hier befragten Berater:innen gab an, dass der Erstkontakt vorrangig in den Zeitraum vor der Inanspruchnahme fällt. Bei den meisten Berater:innen entsteht der Kontakt nach der Inanspruchnahme von PND (8x) und in weniger Fällen während der Inanspruchnahme von PND (4x). Jedoch wurde von den Berater:innen häufiger der Wunsch nach einem deutlich

⁹ Der Begriff „auffälliger Befund“ ist nicht näher definiert, darunter werden „dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist“ verstanden. Ob ein Handlungsbedarf gesehen wird, wird von den Ärzt:innen selbst eingeschätzt (Wooopen 2013, S. 20).

früheren Zeitpunkt des Erstkontaktes geäußert. Wie von der Berater:in im 9. Interview (siehe Anhang C) wird der Beratungsbedarf zu PND als groß eingeschätzt und daher bereits vor der Inanspruchnahme von PND gewünscht, aber „es fehlen Ideen um Frauen zu erreichen“. Eine andere Berater:in (Interview 10) gibt an, gar keine Beratungsgespräche vor der PND zu haben, führt aber weiter aus, dass die Ärzt:innen über das Angebot der Beratung aus ihrer Sicht informiert seien und auch von ihr kontaktiert wurden.

5.1.4. Zusammenfassung

In einem ersten Überblick ist zu erkennen, dass die Beraterinnen neben ihrer Grundausbildung sich durch Weiterbildungen sehr gut auf ihre Zielgruppe in der Beratung einstellen. Zwei Berater:innen erfüllen aufgrund ihres Berufsabschluss nicht den Qualitätsstandard „qualifizierter Abschluss“ für eine Tätigkeit in der Sozialen Arbeit nach den Vorgaben des DBSH. Zu argumentieren ist hier, dass durch die medizinische Ausbildung eine Nähe zum Themenfeld psychosoziale Beratung bei PND besteht und Beratung auch Teil einer Tätigkeit als Ärztin oder Hebamme ist. Diese hat jedoch nicht die sozialprofessionelle Ausrichtung, wie sie in einem Studium der Sozialen Arbeit vermittelt wird (vgl. Kapitel 3). Anzumerken ist jedoch, dass beide Berater:innen passende Zusatzqualifikationen für ihre Beratungstätigkeit (z.B. systemische Beratung) erworben haben.

Wird die Häufigkeit der geleisteten Beratungen betrachtet, fällt auf, dass die Anzahl der geleisteten Beratungen im Jahr mit Themenschwerpunkt PND sehr unterschiedlich ist (zw. 1-35 Beratungsfälle). Etwas mehr als die Hälfte der Berater:innen (66,7%) hat dabei nicht mehr als 10 Beratungsfälle im Jahr. Zu klären wäre daher zum einen, warum das Angebot der Beratung bei PND weiterhin in einem so geringen Ausmaß in Anspruch genommen wird und welche Möglichkeiten es gibt das Angebot bekannt zu machen. Darüber hinaus muss sich der Frage angenommen werden, warum die Verpflichtung der Ärzt:innen über psychosoziale Beratung aufzuklären zu keiner merklichen Veränderung in den Vermittlungszahlen an die Beratung bei PND geführt hat. Ansatzpunkte zur Steigerung der Beratungszahlen gibt sicherlich der Aufbau von Kooperationen, die im Folgenden noch genauer vorgestellt werden.

5.2. Qualitätsstandard: Verpflichtung zu Fortbildung

Im vorhergehenden Methodenkapitel wurden die Schwerpunktthemen in der Beratung bei PND benannt. Zu diesen sollten die Berater:innen ihren Kenntnisstand einschätzen und in einem zweiten Schritt die Schwerpunktthemen angeben, die für sie subjektiv die größten Herausforderungen im Beratungsalltag darstellen. In einem komplementären Frageblock

wurden die besuchten Fortbildungen erfragt und die Passung zu den Schwerpunktthemen überprüft.

5.2.1. Selbsteinschätzung des Kenntnisstandes

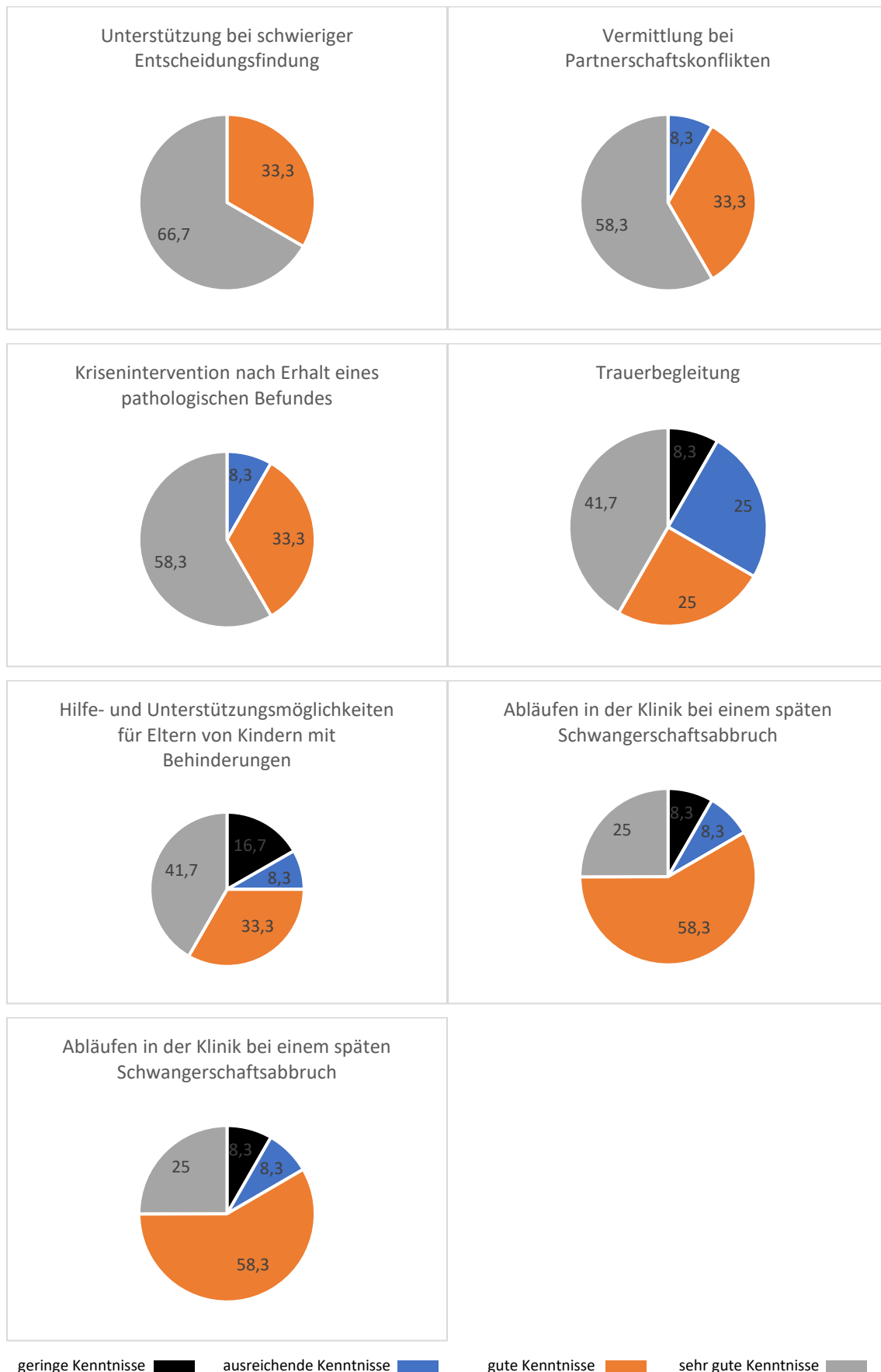
Es zeigt sich, dass es bei der Einschätzung der Kenntnisse zu folgenden Themen „Unterstützung bei schwieriger Entscheidungsfindung“, „Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten“ und „Krisenintervention nach Erhalt eines pathologischen Befundes“ ein sehr übereinstimmendes Antwortverhalten gab. Die Berater:innen gaben überwiegend an über jeweils „sehr gute“ Kenntnisse bei allen drei Schwerpunktthemen zu verfügen. Auch „gute“ Kenntnisse wurden mit je vier Berater:innen häufig angegeben und je nur einmal wurde bei den Themen „Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten“ und „Krisenintervention nach Erhalt eines pathologischen Befundes“ der Kenntnisstand mit „ausreichend“ angegeben.

Dieses homogene Bild lässt die Aussage zu, dass sich die Berater:innen in der Beratung zu diesen Schwerpunktthemen sehr sicher, kompetent und ausreichend ausgebildet fühlen.

Auch beim Schwerpunktthema „Trauerbegleitung“ überwiegen noch die Angaben zum Kenntnisstand mit „sehr gut“ (5/12). Allerdings wird der Kenntnisstand dann jeweils gleich mit 25% als „gut“ oder „ausreichend“ und einmalig mit „gering“ angegeben. Es zeigt sich somit ein leicht ausdifferenzierteres Bild zum Kenntnisstand.

Wie beim Thema Trauerbegleitung überwiegen auch beim Schwerpunktthema „Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von Kindern mit Behinderungen“ die „sehr guten“ und „guten“ Kenntnisse mit zusammen 75%. Nur insgesamt 25% verfügen über „geringe“ und „ausreichende“ Kenntnisse. Von diesen 25% gaben jedoch die Berater:innen explizit an, dass sie die Frauen und Paare für eine weitere Beratung überweisen und sich selbst nicht als hauptverantwortlich in diesem Bereich der Beratung sehen (zum Beispiel Interview 2).

Abbildung 4: Selbsteinschätzung des jeweiligen Kenntnisstandes nach Themen¹⁰



¹⁰ Quelle: eigene Darstellung

Beim Schwerpunktthema „Abläufe in der Klinik bei einem späten Schwangerschaftsabbruch“ wurden die Kenntnisse mit überwiegend gut angegeben (58,3%). „Sehr gute“ Kenntnisse wurden hier nur von drei (25%) der Berater:innen genannt und je eine Berater:in gab „ausreichende“ oder „geringe“ Kenntnisse an (8,3%). Auffallend war in diesem Zusammenhang, dass eine Berater:in mit medizinischer Grundausbildung den schweren Zugang zu den Kliniken kritisierte. Aus ihrer Sicht sei es schwierig genaue Informationen zu den klinischen Abläufen bei einem späten Abbruch zu erhalten. Konzepte müssten aus ihrer Erfahrung umständlich erfragt werden und die Kliniken würden sich zu den Abläufen bedeckt halten (Interview 8). Dieser Einwand ist in sofern interessant, da die befragte Berater:in durch ihre medizinische Grundausbildung schon gute Einblicke in den klinischen Bereich vorzuweisen kann und dennoch ihre Kenntnisse mit „gering“ angegeben hat. Von anderen Berater:innen, die nicht aus diesem Bereich kommen, wurden diese Probleme nicht geäußert und es ist zu hinterfragen, ob es vielleicht doch Wissenslücken in diesem Bereich gibt.

Tabelle 4: Kenntnisstand zu Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik

	Häufigkeit	Prozent
geringe Kenntnisse	1	8,3
ausreichende Kenntnisse	3	25
gute Kenntnisse	6	50
sehr gute Kenntnisse	2	16,7
Gesamt	12	100

Tabelle 5: Kenntnisstand zu kindlichen Entwicklungsstörungen

	Häufigkeit	Prozent
geringe Kenntnisse	1	8,3
ausreichende Kenntnisse	4	33,3
gute Kenntnisse	6	50
sehr gute Kenntnisse	1	8,3
Gesamt	12	100

Bei der Betrachtung des Kenntnisstandes zu „Untersuchungsmethoden bei PND“ und zu „kindlichen Entwicklungsstörungen“ fällt zunächst auf, dass die Einschätzung „sehr gute“ Kenntnisse kaum gewählt wurde. „Gute“ Kenntnisse wurden jedoch bei beiden Themen von der Hälfte der Berater:innen angegeben. Ausreichenden Kenntnisse waren bei einem Viertel zu Untersuchungsmethoden bei PND und bei einem Drittel der Berater:innen angegeben. Daraus ist ablesbar, dass dies die beiden Themen im Vergleich zu den bisher genannten sind, bei welchen eine gewisse Zurückhaltung zu bemerken ist und die meisten Unsicherheiten zu verzeichnen sind. So geben insgesamt 33,3% der Berater:innen bei „Methoden der PND“ und sogar 41,7% bei „Kenntnisstand zu kindlichen Entwicklungsstörungen“ der Berater:innen an nur über maximal ausreichende Kenntnisse zu diesen Schwerpunktthemen zu verfügen. Dies ist auch dadurch zu erklären, dass in diesen Bereichen spezifisch medizinisches Wissen gefordert ist, welches nicht in das klassische Spektrum der Kenntnisse der Sozialen Arbeit fällt. Zudem sind diese Schwerpunktthemen durch ein sich stetig weiterentwickelndes Fachwissen gekennzeichnet, das die moderne Medizin generiert.

Die Berater:innen wurden im Anschluss zur Einschätzung des Kenntnisstandes zusätzlich darum gebeten, die Schwerpunktthemen zu benennen, die für sie persönlich in der Beratung die größten Herausforderungen mitbringen. Gemeint war damit, welche Themen viel Reflexion einfordern und sie auch persönlich „Kraft kosten“. Dabei zeigte sich kein eindeutiges Bild. Am häufigsten wurde die „Beratung bei schwieriger Entscheidungsfindung“ (33.3%) und die „Beratung bei Partnerschaftskonflikten“ (25%) genannt. Da zeitgleich der Kenntnisstand zu diesen Themen überwiegend als „sehr gut“ eingeschätzt wurde, kann die Herausforderung nicht im mangelnden Fachwissen liegen. Vielmehr kann dies als Hinweis auf den hohen Stellenwert dieser Themen in der Beratung gedeutet werden. Alle weiteren Themen wurden nur je einmal genannt.

5.2.2. Teilnahme an Fortbildungen

Von Interesse für diese Arbeit ist, ob sich die aufgeführten Schwerpunktthemen auch in den besuchten Fortbildungen wiederfinden. Erfragt wurde daher die Teilnahme an Fortbildungen zu den Themen „Kommunikation und Gesprächsführung“, „Krisenintervention“, „Trauerbegleitung“, Fortbildungen mit Bezügen zur „Paarberatung“ und Fortbildungen mit medizinischem Schwerpunkt zum Thema „PND“ und „Pädiatrie“ (Kinderheilkunde). Dabei wurde deutlich, dass Fortbildungen mit ‚klassischem‘ Bezug zur Beratung häufig in Anspruch genommen wurden: 83,3% haben jeweils eine Fortbildung zum Thema „Kommunikation und Gesprächsführung“ und „Paarberatung“ besucht, zum Thema „Krisenintervention“ sogar alle

Befragten. Auffällig seltener wurden Fortbildungen mit medizinischem Schwerpunkt zu den Themen „PND“ (54,5%) und „Pädiatrie“ (Kinderheilkunde) (33,3%) besucht.

Dies ist bemerkenswert, da diese Schwerpunktthemen die spezifische Grundlage für die Beratung bei PND bilden. Ein Erklärungsansatz ist hierfür, dass viele Berater:innen angaben ihre interdisziplinäre Weiterbildung als Berater:in zu PND für die Abdeckung dieser Schwerpunktthemen als ausreichend zu empfinden. An dieser Stelle kann jedoch kritisch angemerkt werden, dass es in diesen Bereichen ständige Weiterentwicklungen gibt, die eine Auffrischung des Wissens kontinuierlich erforderlich machen. Die medizinische Aufklärung soll selbstverständlich Aufgabe der Ärzt:innen bleiben, dennoch sollte es aktuelle Kenntnisse über medizinische Entwicklungen geben, für ein professionelles Auftreten und um Vertrauen bei den Klient:innen schaffen zu können. Als ein Beispiel für die Bedeutung von regelmäßigen Fortbildungen in diesem Bereich sei die Einführung des sogenannten Praenatest (Beerheide/Richter-Kuhlmann 2021, S. 1630) genannt, einer nichtinvasiven Methode zur PND, mit welcher die Wahrscheinlichkeit einer Trisomie 21 bereits in der Frühschwangerschaft ermittelt werden kann. Damit verlagert sich auch der Beratungszeitraum deutlich nach vorne und es stellt sich erneut die Frage, wie Frauen und Paare mit dem Unterstützungsangebot der psychosozialen Beratung erreicht werden können.

Schwer einzuordnen ist die Tatsache, warum Fortbildungen zur Trauerbegleitung von nur 54,5% der Befragten besucht wurden. Ein Schwerpunktthema, das häufig in der Beratung auftaucht, wenn Frauen und Paare in der Situation sind Abschied von dem Traum einer unkomplizierten Schwangerschaft, eines Kindes ohne Behinderung oder den Hoffnungen auf eine erfüllte Elternschaft zu nehmen. Die Befragung lieferte jedoch keinen Erklärungsansatz zur geringeren Fortbildungsbereitschaft im Verhältnis zu anderen Themenbereichen.

Abschließend wurden alle Berater:innen nach einer von ihnen besuchten Fortbildung gefragt, die sie für ihre Tätigkeit als zusätzlich hilfreich empfanden. Dabei konnte keine Häufung einzelner Fortbildungen festgestellt werden. Jedoch wurde immer ein Bezug zu den eingangs dargestellten Schwerpunktthemen deutlich. Es wurden zum Beispiel Fortbildungen besucht zu psychischen Krisen(1x), Reproduktionsmedizin (1x), Trauma (1x), Sozialberatung (1x), Sexualtherapie (1x), Gesprächsführung oder nach Rosenberg (1x), um nur einige zu nennen.

5.2.3. Zusammenfassung

Grundsätzlich kann aus den erhobenen Daten abgeleitet werden, dass die Berater:innen im Bereich der psychosozialen Beratung bei PND ihren Kenntnisstand in Bezug auf die in der Beratung auftauchenden Schwerpunktthemen als hoch bewerten. Sie schätzen sich als sicher und kompetent ein. Bei Schwerpunktthemen, die zu den klassischen Bereichen der

psychosozialen Beratung gehören (Entscheidungsunterstützung, Beratung bei Partnerschaftskonflikten, Krisenintervention, Unterstützungsmöglichkeiten bei einem behinderten Kind), werden die Kenntnisse überwiegend mit „gut“ und „sehr gut“ beschrieben. Dagegen wird das Bild des Kenntnisstandes ausdifferenzierter, wenn es in Bereiche der Beratung führt, welchen medizinisches Fachwissen zugrunde liegen. Bei der Beratung zu einem späten Schwangerschaftsabbruch, bei den Methoden der PND, aber auch beim Thema kindliche Entwicklungsstörungen wird der eigene Kenntnisstand nicht gleichwertig zu den erstgenannten Themen eingeschätzt. Auffällig ist die Parallele zu den besuchten Fortbildungen. Hier zeigt sich, dass klassische Fortbildungen zu Themen der Beratung („Kommunikation und Gesprächsführung“, „Krisenintervention“, Fortbildungen mit Bezügen zur „Paarberatung“) häufig besucht wurden. Dies bildet dann auch die Grundlage für einen hohen Kenntnisstand. Medizinische Themen wurden deutlich weniger besucht und auch diese Tatsache kann als Grund für einen geringeren Kenntnisstand gesehen werden.

Schwer einzuordnen ist jedoch das Thema Trauerbegleitung, bei dem 33,3% der Berater:innen angaben nur über ausreichende oder geringe Kenntnisse zu verfügen. Passend zu diesem Sachverhalt besuchten auch nur 54,5% der Berater:innen eine Fortbildung zu diesem Thema. Es ist eigentlich ein Thema, das häufiger im Feld der Beratung zu finden ist und auch keine spezifische Nähe zum medizinischen Bereich aufweist. Dennoch ist hier eine gewisse Zurückhaltung zu vermerken. Eine Berater:in, gefragt nach ihrem Kenntnisstand, verwies darauf, dass sie bei diesem Thema überwiegend an eine weitere Beratung verweise (Interview 10). Diese Handhabung bei Themen, für welche sich Berater:innen selbst nicht ausreichende Kenntnisse zuschreiben, an andere zu verweisen, wurde häufig genannt (Interview 2, 4, 7, 8, und 10). Eine Berater:in (Interview 10) formulierte es mit den Worten „Abgeben können muss gelernt sein!“ und stellt auch die Forderung auf, psychosoziale Beratung bei PND interdisziplinär zu gestalten. Diese Haltung ist nachvollziehbar. Sie spiegelt zudem wider, dass Soziale Arbeit als eine sich vernetzende Profession verstanden wird. Dennoch kann kritisiert werden, dass die Auseinandersetzung mit dem medizinischen Hintergrundwissen, das die Spezifik in diesem Bereich der psychosozialen Beratung ausmacht, noch ausgebaut werden kann.

Eine noch zu erwähnende Feststellung ist, dass die „Fortgeschrittenen“ Berater:innen (6-13 Berufsjahre) immer signifikant am häufigsten Fortbildungen besuchen. Bei den „Anfängerinnen“ kann dies damit erklärt werden, dass die Grundausbildung noch nicht so lang zurück liegt. Bei den „Profis“ ist die Ursache unklar für das nachlassende Besuchen von Fortbildungen.

5.3. Qualitätsstandard sozial-kommunikative Kompetenz

Um die Umsetzung der vorgestellten Qualitätsstandards (Supervision, Fachberatung und Soziale/Kommunikative Kompetenz) zur Sicherung von professionsbezogenen Kompetenzen in der Praxis zu überprüfen, wurde erfragt, welche Möglichkeiten Berater:innen innerhalb des Teams nutzen, um die Soziale/Kommunikative Kompetenz zu sichern, und in wie weit Supervision, Fallbesprechungen, Teamsitzungen und kollegiale Beratung Eingang in die Gestaltung des Arbeitsalltags finden (vgl. Anhang B: Fragebogen, Themenblock 4). Darüber hinaus wurde erfragt, in welcher Form Möglichkeiten zur Fachberatung aufgebaut werden (interdisziplinäre Qualitätszirkel, Netzwerktreffen, Kooperationen, Hospitationen). Die Auswertung der Ergebnisse der Befragung generiert dazu zunächst ein durchaus positives Bild, wenn es um die genutzten Möglichkeiten teamintern geht. Wird die soziale/kommunikative Kompetenz und die genutzten Möglichkeiten der Fachberatung teamextern betrachtet, können dagegen deutliche Handlungsbedarfe ausgemacht werden.

5.3.1. teaminterne sozial-kommunikative Kompetenz

Es gaben alle Berater:innen an Supervision für ihr Team zu nutzen. Bei der Hälfte findet einmal im Monat eine Supervision statt, bei einem kleinen Teil regelmäßig alle zwei Monate (16,7%) und ein Drittel der Befragten gab an Supervisionen nach Bedarf in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 6: Häufigkeit Teamsitzungen pro Monat

	Häufigkeit	Prozent
1x im Monat	2	16,7
2x im Monat	3	25
4x im Monat	5	41,7
nach Bedarf	2	16,7
Gesamt	12	100

Auch Fallbesprechungen und Teamsitzungen werden mit großer Regelmäßigkeit abgehalten. Fallbesprechungen finden bei einem kleineren Anteil (16,7%) zweimal im Monat, oder wie bei einem Viertel wöchentlich, statt. „Nach Bedarf“ werden bei der Hälfte der Befragten Fallbesprechungen abgehalten. Unter „Nach Bedarf“ werden „Tür- und Angelgespräche“ verstanden, die situativ entstehen. Die Berater:innen brachten damit zum Ausdruck zeitnah und niedrigschwellig Zugang in Austausch mit Kolleg:innen zu stehen. Teamsitzungen sind

überwiegend fest in den Arbeitsalltag implementiert und nur bei einem kleinen Teil werden sie nach Bedarf ausgerichtet (16,7%). Bei einem Großteil (41,7%) finden sie wöchentlich, bei einem Viertel alle zwei Wochen und bei einem wiederum kleinen Anteil einmal im Monat statt (16,7%).

Es wurde zusätzlich noch nach der Anwendung des Konzepts der Kollegialen Beratung gefragt. Da es für diese Methode mehrerer Teilnehmer:innen bedarf, ist dies allerdings kein Tool, das in sehr kleinen Teams zur Anwendung kommt. Jedoch gab ein Drittel der Befragten an diese Methode zu kennen und anzuwenden. Allerdings erfolgt dies nicht zu festgelegten Zeiten, sondern wird auf Wunsch initiiert.

Der erlangte Überblick über die Inanspruchnahme von Supervision, Fallbesprechungen, Teamsitzungen und der Methode der Kollegialen Beratung bekräftigt die Aussage, dass die Berater:innen eine Vielzahl von Möglichkeiten nutzen, um die Qualitätsstandards zur Sicherung von professionsbezogenen Kompetenzen umzusetzen. Die große Regelmäßigkeit der Inanspruchnahme lässt annehmen, dass diese Methoden als hilfreich empfunden werden und daher einen großen Stellenwert im Berufsalltag haben. Besonders die Inanspruchnahme von Supervision beansprucht finanzielle Ressourcen. Da diese zur Verfügung gestellt werden, lässt darauf schließen, dass die Wirksamkeit auch von den Trägern anerkannt wird. Die Häufung und Regelmäßigkeit dieser Tools ist für Tätige anderer Berufsgruppen, zum Beispiel im Gesundheitssektor, überraschend. Bedarf es doch hierfür neben den bereits erwähnten finanziellen auch große zeitliche Ressourcen. Für die Qualität der Arbeit im Team und der Beratung ist diese Tatsache jedoch nicht zu überschätzen, da so die Möglichkeit geschaffen wird, Fragen, Probleme und Anregungen zeitnah zu erörtern und gemeinsam Lösungswege zu entwickeln.

5.3.2. *teamexterne sozial-kommunikative Kompetenz*

Neben der teaminternen Arbeit, gibt es auch außerhalb eines Teams Ansätze, um sich die Möglichkeit der Fachberatung zu sichern. Der DBSH (2002) empfiehlt ausdrücklich den Aufbau von Kooperationen und kollegialen Netzwerken. Dabei geht es immer auch um die Zusammenarbeit mit Vertreter:innen anderer Professionen. Neben der Möglichkeit der Fachberatung dient eine bestehende Vernetzung immer auch der Bekanntmachung des Beratungsangebots, der Verbesserung der Zugänglichkeit zur Beratung, der Steigerung der Wertschätzung anderer Professionen, der Optimierung der Organisationsabläufe, sowie einer wirksamen Öffentlichkeitsarbeit, um nur einige Facetten zu erwähnen. Bewährt hat sich die Teilnahme an interdisziplinären Qualitätszirkeln und Netzwerktreffen. Der Vorteil von Qualitätszirkeln und Netzwerktreffen liegt darin, dass bei diesen Formaten meist mehrere

Teilnehmer:innen aus verschiedenen Professionen gleichzeitig zusammenkommen. Fragen, Ideen, Probleme können systematisch bearbeitet werden und der Wirkungsgrad von Diskussionsergebnissen wird erhöht.

Darüber hinaus wurden noch geleistete Hospitationen erfasst. Dies soll ein Ausblick darauf geben, inwieweit der Anspruch vorhanden ist gezielte Einblicke in andere Berufsfelder zu erhalten, zu denen es Überschneidungen gibt. Darüber hinaus ist von Interesse, ob Hospitationen auch ein Mittel sind, um die Zusammenarbeit mit anderen zu stärken.

5.3.2.1. interdisziplinäre Qualitätszirkel

Zunächst gilt es noch einmal den Unterschied zwischen interdisziplinären Qualitätszirkeln und Netzwerktreffen zu verdeutlichen. Unter interdisziplinären Qualitätszirkel werden regelmäßige Treffen verstanden, bei denen die Auseinandersetzung mit einer Problemstellung oder auch Fallbesprechung im Mittelpunkt stehen. Dabei diskutiert eine festgelegte Gruppe von Teilnehmer:innen aus unterschiedlichen Berufsgruppen und liefern Beiträge zur Diskussion. In dieser Forschungsarbeit wurden ausschließlich interdisziplinäre Qualitätszirkel aufgenommen, die einen klaren Bezug zum Thema Pränataldiagnostik aufweisen konnten. Ein weiteres Merkmal ist die Engmaschigkeit der Treffen. Ein Intervall von zwei Monaten wurde als Minimum definiert. Im Vordergrund steht der fachliche Austausch.

Diese Charakteristika stellen auch den Unterschied zu den hier ebenfalls untersuchten Netzwerktreffen dar. Diese sind bestimmt durch Treffen in größeren Abständen (bis zu 2 Jahren) mit eventuell auch wechselnden Teilnehmer:innen. Inhaltlich sind diese Treffen eher auf den Aufbau von Netzwerken und die Verbesserung organisatorischer Abläufe ausgerichtet. Auch die Öffentlichkeitsarbeit steht hier mehr im Vordergrund. So wenden sich einige Netzwerke in ihrer Arbeit auch an ein fachexternes Publikum und veranstalten zum Beispiel Filmvorführungen zu bestimmten Schwerpunktthemen (Interview 4, 5 und 6). Erfasst wurden Netzwerke mit Bezug zur Pränataldiagnostik, jedoch steht die PND nicht immer im Focus der Netzwerkarbeit. Nicht selten wurde daher auch der Wunsch nach einem spezialisierteren Qualitätszirkel mit direktem PND Bezug geäußert (Interview 1 und 9). Eine Umsetzung dieser konnte aber häufig nicht realisiert werden.

In der vorliegenden Untersuchung konnte letztlich nur ein Qualitätszirkel herausgefiltert werden, der die beschriebenen Kriterien erfüllt. Vier weitere Teilnahmen an einem „Qualitätszirkel“ wurden letztlich als Netzwerktreffen erfasst. Die Gründe dafür waren der fehlende Fokus auf den Bereich der Pränataldiagnostik, die sehr großen Abstände der Treffen oder das Fehlen einer konkreten Fall- oder Problembearbeitung. Der kontinuierliche fachliche Austausch stand somit weniger im Vordergrund als Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit.

Bei dem hier erfassten Qualitätszirkel handelt sich um ein Treffen von Sozialarbeiter:innen, welche in der psychosozialen Beratung bei PND an zwei definierten Beratungsstellen tätig sind, Humangenetiker:innen und Gynäkolog:innen aus dem Bereich der Pränataldiagnostik. Der Qualitätszirkel trifft sich sechsmal jährlich und konkrete Fallbeispiele aus der Pränataldiagnostik werden besprochen. Die Teilnahme daran wurde aus Sicht der befragten Berater:in durchweg positiv gewertet und dient neben dem fachlichen Austausch auch dem Aufbau persönlicher Kontakte und der Steigerung der Anerkennung der jeweils anderen Berufsgruppe. Als besonders wertschätzend wurde von der Berater:in beschrieben, dass sie durch die Teilnahme eine Vorstellung von der „Ethik“ der anderen Teilnehmer:innen gewinnen konnte (Interview 10). Lediglich das Verstehen der medizinischen Fachsprache wird als herausfordernd beschrieben. Um die Diskussion aber nicht zu unterbrechen, wird das Nachfragen vermieden (Interview 10). Dieser Aspekt gibt einen Einblick in die Schwierigkeiten von Qualitätszirkeln mit Teilnehmer:innen aus verschiedenen Fachbereichen.

Der beschriebene Qualitätszirkel ist vorrangig ein medizinisch dominierter Qualitätszirkel. Der Einfluss von Diskussionsbeiträgen von Teilnehmer:innen aus dem sozialen Bereich durch Vertreter:innen von Behindertenverbänden oder Selbsthilfegruppen kann als fehlend gewertet werden. Auch Berufsgruppen an der Schnittstelle vom medizinischen zum psychosozialen Bereich, wie Familienhebammen und Psycholog:innen sind nicht vertreten. Deren Teilnahme würde den Austausch sicherlich bereichern. Dennoch wird hier sehr wichtige Arbeit geleistet. Denn, wie Mayer-Lewis (2010, S. 15) in ihrer Untersuchung zu Qualitätszirkeln gezeigt hat, dienen diese neben dem fachlichen Austausch auch dem Aufbau von Kooperationen und letztlich einer besseren Versorgung von Frauen und Paaren. Die Pränataldiagnostiker:innen haben nach wie vor die Schlüsselposition in der Vermittlung zu psychosozialer Beratung inne. Im hier beschriebenen Fall zeigt sich diese Feststellung. Die hier wiedergegebene Berater:in hat als einzige:r einen Kooperationsvertrag mit einer Klinik und somit besteht eine tragfähige Zusammenarbeit, die auch mit steigenden Beratungszahlen einhergeht (Interview 10).

5.3.2.2. Netzwerktreffen

Im Gegensatz zur Teilnahme an Qualitätszirkeln ist die Teilnahme an Netzwerktreffen sehr verbreitet und Treffen finden teilweise mehrmals jährlich statt. Bis auf eine Ausnahme, gaben alle Befragten (11) an in mehreren Netzwerken aktiv zu sein. Dies erklärt sich auch aus der Tatsache, dass die Berater:innen in den Schwangerenberatungsstellen zu einer Vielzahl von Themen Beratung anbieten. Bei diesen Netzwerktreffen liegt der Schwerpunkt jedoch nicht immer auf der Pränataldiagnostik, wie zum Beispiel bei Netzwerktreffen mit den Titeln:

„Kinderwunschzeit“, „Frühe Hilfen“ oder Netzwerk der Schwangerenberatungsstellen Hessen. Andere wie „Netzwerk PND Frankfurt“ weisen einen deutlicheren Focus zur PND auf.

Tabelle 7: Häufigkeit der Netzwerktreffen pro Jahr

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
1x	4	33,3
2x	2	16,7
4x	4	33,3
6x	1	8,3
Gesamt	11	91,7

Bei der Betrachtung der in den Netzwerktreffen vertretenen Berufsgruppen ist zu vermerken, dass die größte Gruppe psychosoziale Berater:innen aus anderen Beratungsstellen für PND (83,3%) darstellen. Die Berater:innen aus diesem speziellen Beratungsbereich scheinen somit untereinander als sehr gut vernetzt. Auch zu der Gruppe der Hebammen scheint es gute Kontakte zu geben. Diese waren bei den Netzwerktreffen häufig vertreten und stellen überraschend die zweit größte Teilnehmergruppe dar (63,6%). Diese Verbindung ist auch insofern wichtig, da Hebammen Frauen und Paare in der Schwangerschaft und nach der Geburt weiterbegleiten. Eine enge Zusammenarbeit in diesem Zeitraum ist daher gut denkbar. Allerdings entsteht der Kontakt der Frauen und Paare zu Hebammen nicht in einem frühen Zeitraum der Schwangerschaft. Sie nehmen somit keine Schlüsselposition in der Vermittlung zu einer psychosozialen Beratung ein. Diese ist den Ärzt:innen vorbehalten und daher ist es auch kritisch zu sehen, dass nur bei drei Netzwerktreffen Ärzt:innen vertreten sind (25%). Dieser Zustand sollte mit dem Ziel ein umfangreicheres Betreuungsangebot zu schaffen geändert werden. Das viele Berater:innen sich des Problems bewusst sind, kam vielfach zu Ausdruck in den Interviews. Der Wunsch nach einer besseren Kooperation besteht und zugleich eine gewisse Resignation und Ratlosigkeit, wie dies geändert werden kann (Interview 1,4,5,6,8,9). Teilweise wurde berichtet, dass die Teilnahme an bestehenden Netzwerktreffen von Ärzt:innen wieder beendet wurde (Interview 4).

Parallel dazu sind Vertreter:innen von Behindertenverbänden und Selbsthilfegruppen auch mit jeweils nur zwei Teilnahmen vertreten. Auch hier kann kritisiert werden, dass einige Netzwerk weiterhin ausbaufähig sind, um Frauen und Paare im Zuge der Beratung bei PND an konkrete Ansprechpartner:innen vermitteln zu können.

Gar nicht eingebunden sind Sozialarbeiter:innen, die direkt in den Kliniken arbeiten. Auch dies wäre ein sinnvoller Anknüpfungspunkt, um die Netzwerkarbeit zu verdichten und auch an sie

könnte sich ein Kooperationsaufbau richten. Unter „Sonstige Teilnehmer:innen“ wurden darüber hinaus noch Seelsorger:innen (3x) genannt, die in den Kliniken arbeiten, und die ebenfalls als Ansprechpartner:innen gelten. Vereinzelt sind noch Juristen (1x), Familienhebammen (1x), Psycholog:innen (2x) und Trauerbegleiter:innen (1x) als Teilnehmer:innen der Netzwerktreffen zu verzeichnen.

Bei der Beurteilung der Effekte der Netzwerktreffen sehen meist etwas über die Hälfte bis zu zwei Dritteln der Befragten die folgenden Punkte „Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen“, „Austausch von Praxiserfahrungen“, „Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe“ und „die Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches“ als umgesetzt. Jedoch gibt es auch einige kritische Stimmen. So sehen immerhin fast ein Drittel der Berater:innen nicht, dass die Netzwerkarbeit der Verbesserung der organisatorischen Abläufe dient. Auch den Austausch von Praxiserfahrungen erfolgt nach Ansicht von je zwei Berater:innen nicht oder wird nur mit „neutral“ eingeschätzt. Zusammengefasst sieht auch hier ein Drittel der Befragten den Punkt eher kritisch. Auch beim Punkt „Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen“ gibt es Differenzen. Zwar positioniert sich nur eine Berater:in klar mit „wurde nicht umgesetzt“, aber es wurde je auch einmal „wurde weniger umgesetzt“ und „neutral“ als Antwort gewählt. Auch hier sehen etwas mehr als ein Viertel der Befragten die gewünschten Effekte nicht gänzlich erreicht.

Gefragt nach den Schwierigkeiten oder Problemen bei der Teilnahme an Netzwerktreffen die mit den Punkten „Äußerung von Kritik“, „Einbringen in die Diskussion“, „Terminfindung“ und „Zeitaufwand“ erfasst werden sollten. Es zeigte sich, dass diese Punkte keine Herausforderungen für die Berater:innen darstellen. Hauptsächlich wurde dazu die Antwortmöglichkeit „einfach“ gewählt. „Schwierig“ oder „eher schwierig“ wurde dagegen nie gewählt. Unter der offenen Frage nach „Sonstigen“ Schwierigkeiten wurde jedoch erneut deutlich die schwierige Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen erwähnt. Dies drückte sich aus in „die Ärzte fehlen“, „es gibt keine Wahrnehmung durch die Gynäkologen“, die Kommunikation mit den Ärzten ist schwierig“ aber auch „es gibt Konkurrenz unter den Beratungsstellen“.

Einstimmig brachten jedoch alle Befragten zum Ausdruck auch in Zukunft an Netzwerktreffen teilnehmen zu wollen.

5.3.2.3. Hospitationen

Zwei Drittel (8/12) der Berater:innen gaben an, im Laufe ihres Berufslebens schon einmal eine Hospitation absolviert zu haben. Davon fanden zwei Hospitationen in einer Praxis für Gynäkologie und vier in einer Klinik (Gynäkologie) statt. Ärzt:innen stellen somit die größte Gruppe dar, bei welcher hospitiert wurde. Dies ist insofern nachvollziehbar, da die Ärzt:innen

(Gynäkologie) PND anbieten und auch in der Schlüsselposition sitzen, um Frauen/Paare an die psychosoziale Beratung zu verweisen. Die weiteren Hospitationen (Mehrfachnennungen waren möglich) verteilen sich auf folgende Berufsgruppen: Humangenetiker:in (1x), Sozialarbeiterin:in in der Klinik/andere Einrichtung (2x), Selbsthilfegruppe (1x). Auffallend ist, dass es keine Hospitation bei einem Behindertenverband gab. Dies ist insofern wichtig, dass bei enger Zusammenarbeit schnell und unkompliziert Informationen an Eltern weitergeben können, die ein Kind mit Behinderung erwarten. Auch der Einblick in die Arbeit von Humangenetiker:innen erscheint wichtig, da diese Eltern zu erwartenden Erkrankungen beraten können.

Auch hier wurde neben der Teilnahme auch nach den Effekten der Hospitation für die eigene Arbeit gefragt. 75% der Hospitant:innen gaben an, dass eine Hospitation der Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches diene und Praxiserfahrungen ausgetauscht wurden (62,5%). Etwas kritischer wird die „Verbesserung organisatorischer Abläufe“ betrachtet. Eine Hospitantin gab an, dass dieser Effekt nicht eingetreten ist und auch zwei weitere Befragte nahmen dazu eine neutrale Haltung ein. Die Hälfte jedoch gab an, dass die Hospitation der Verbesserung organisatorischer Abläufe diene. Auch der Effekt „Aufbau und Verfestigung“ persönlicher Kontakte“ zeigte sich zwar bei der Hälfte der Hospitant:innen, jedoch wurde dieser nicht von allen als eingetreten bewertet (2x).

Erwähnt werden soll an dieser Stelle auch, dass die Hälfte der Berater:innen schon einmal Hospitant:innen in der eigenen Beratungsstelle betreut hat. Allerdings kamen diese ausschließlich aus dem Bereich der Sozialen Arbeit und waren meist Student:innen. Andere Berufsfelder waren nicht vertreten. Anzumerken ist, dass die Beratung bei PND sich an Frauen/Paare richtet, die in einer besonders sensiblen Situation sind und Hospitant:innen sicherlich schwer zu integrieren sind, dennoch ist zu bedenken, dass eine Hospitation Vertreter:innen aus anderen Berufen immer auch die Möglichkeit bietet Einblicke in diese wichtige Arbeit zu gewähren. Längerfristig könnte daraus eine fruchtbare Zusammenarbeit entstehen.

5.3.2.4. Kooperationen

Von Interesse war, ob die Berater:innen spezielle Kooperationen mit Praxen für Gynäkologie/PND oder Kliniken (Gynäkologie/Geburtshilfe) haben. Denn die Vermittlung zu einer psychosozialen Beratung erfolgt hauptsächlich aus diesem Bereich, wenn dies nicht aus Eigeninitiative geschieht. Eine wirksame Zusammenarbeit erscheint daher sinnvoll. Mit der Änderung der Schwangerenkonfliktgesetzes 2010 (§2a SchkG) und der damit verbundenen Einführung der Hinweispflicht soll erzielt werden, dass zumindest Frauen mit einem

pathologischen Befund auf die Möglichkeit der Beratung hingewiesen werden. Mayer-Lewis (2010, S.37) weist jedoch zu Recht darauf hin, dass damit nicht sichergestellt wird, „dass das Angebot positiv vermittelt und die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme betont wird“. Die betroffenen Frauen müssen für die Aufklärung über das Angebot der psychosozialen Beratungsstelle unterschreiben, was einen Pflichtcharakter implizieren kann. Es ist somit eine Aufgabe der Berater:innen bei einem Erstkontakt die Freiwilligkeit dieses Angebots zu betonen, um eine gute Vertrauensbasis zu schaffen.

In dieser Befragung gaben auch sieben von zwölf Berater:innen an, Kooperationspartner:innen aus dem medizinischen Bereich zu haben. Jedoch nur zwei Berater:innen haben eine Kooperation mit einer Klinik und einer Praxis; zwei Berater:innen kooperieren ausschließlich mit einer Praxis; drei dagegen nur mit einer Klinik.

Tabelle 8: Kooperationspartner:innen

	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
Klinik	3	25
Praxis für Gynäkologie/ Pränataldiagnostik	2	16,7
Klinik und Praxis	2	16,7
Gesamt	7	58,3

Die Kooperationen bestehen jedoch fast ausschließlich mündlich (6x). Nur in einem einzigen Fall gab es einen Kooperationsvertrag. Das ist insofern kritisch zu sehen, da ein mündlicher Kooperationsvertrag sehr personengebunden ist, und mit dem Ausscheiden einzelner Kooperationspartner die Zusammenarbeit meist zum Erliegen kommt. Mit der Arbeitsaufnahme einer neuen Berater:in muss eventuell eine Kooperation wieder neu aufgebaut und kann nicht nahtlos weitergeführt werden. Dieser Zustand wurde auch im Interview wiedergegeben (Interview 8 und 9). Zudem gibt es von Seiten der Träger der Schwangerenberatung (z.B. pro familia 2014) die Empfehlungen zum Aufbau und der Verstetigung von Kooperationen mittels Kooperationsverträge. Diese ermöglichen eine Institutionalisierung der Kooperation, die nicht nur von einzelnen Personen getragen wird. Die Vermutung, dass Berater:innen mit langer Berufstätigkeit eher in Kooperationen mit einer Praxis/Klinik stehen, lies sich nach Auswertung der Daten nicht bestätigen.

Wird jedoch das Vorhandensein einer Kooperation mit der Anzahl der Beratungsgespräche verglichen, so zeigt sich, dass Berater:innen mit gelegentlichen (6-10) und vielen (>11)

Beratungsgesprächen gehäuft in einer Kooperation stehen (je drei Berater:innen). Nur eine Berater:in hat trotz dem Bestehen einer Kooperation nur wenig Beratungsgespräche (≤ 5) im Jahr. Das Ergebnis ist nicht wirklich überraschend. Dennoch untermauert dieser Befund die Bedeutung von Kooperationen für die Vermittlungshäufigkeit an die Beratung. Dass diese Tatsache vielen Berater:innen bewusst ist, spiegelt sich in dem in den Interviews wiederholt angegebenen Wunsch nach einer Kooperation und der Aussage, dass es diesbezüglich Bemühungen gab, die jedoch ohne Erfolg blieben (Interview 1,5,8). Die Anstrengungen sollten besonders dahingehen Kooperationen auch schriftlich festzuhalten. Aus der Perspektive einer Klinik, in der verschiedene Ärzt:innen gleiche Funktionen wahrnehmen, erscheint ein schriftlicher Kooperationsvertrag inklusive einem festgeschriebenen Organisationsablauf sinnvoll um Vermittlungsabläufe zu standardisieren. Woopen (2013, S. 17) kam bei ihrer Forschungsarbeit zur interdisziplinären Beratung bei PND zu dem Ergebnis, dass Kooperationen immer dann gut funktionieren, wenn die Initiative zur Zusammenarbeit von Seiten der Ärzt:innen ausgeht. Dabei konzentriert sich die Zusammenarbeit auf einige wenige Beratungsstellen, in der Breite ist keine regelmäßige Zusammenarbeit zu vermerken. Umgekehrt sind die Bemühungen zur Kooperation von Seiten der Berater:innen in den Beratungsstellen deutlich seltener erfolgreich. Ein Grund dafür sind mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen (Woopen 2013, S. 15). Im Gegensatz dazu ist nach Woopen (2013) in den Regionen, in denen zusätzliche Ressourcen zum Netzwerkaufbau bereitgestellt wurden (Sachsen, Baden-Württemberg, Modellstandort NRW) ein Zuwachs an Kooperationen und somit auch einer zunehmenden Vermittlung an Beratungsstellen zu vermerken. Es spielt somit nicht nur die soziale/kommunikative Kompetenz seitens der Berater:innen hinsichtlich dem Aufbau von Kooperationen eine Rolle, sondern auch die Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen, die Kooperationen flankieren und unterstützen. Diese hier aufgezeigte Schwierigkeit bei der Zusammenarbeit verweist zudem darauf, dass die Vernetzung von Sozial- und Gesundheitswesen weiterhin eine große Herausforderung ist.

Tabelle 9: Kreuztabelle Kooperation und Anzahl der Beratungsgespräche

Vorhandensein einer Kooperation	Anzahl Beratungsgespräche				
		wenig (bis zu 5)	gelegentlich (zwischen 6 und 10)	viel (mehr als 11)	Gesamt
	Anzahl	1	3	3	7
	% von Vorhandensein einer Kooperation	14,3%	42,9%	42,9%	100%
	% von Anzahl Beratungsgespräche	25,0%	75,0%	75,0%	58,3%
	% der Gesamtzahl	8,3%	25,0%	25,0%	58,3%

5.3.3. Zusammenfassung

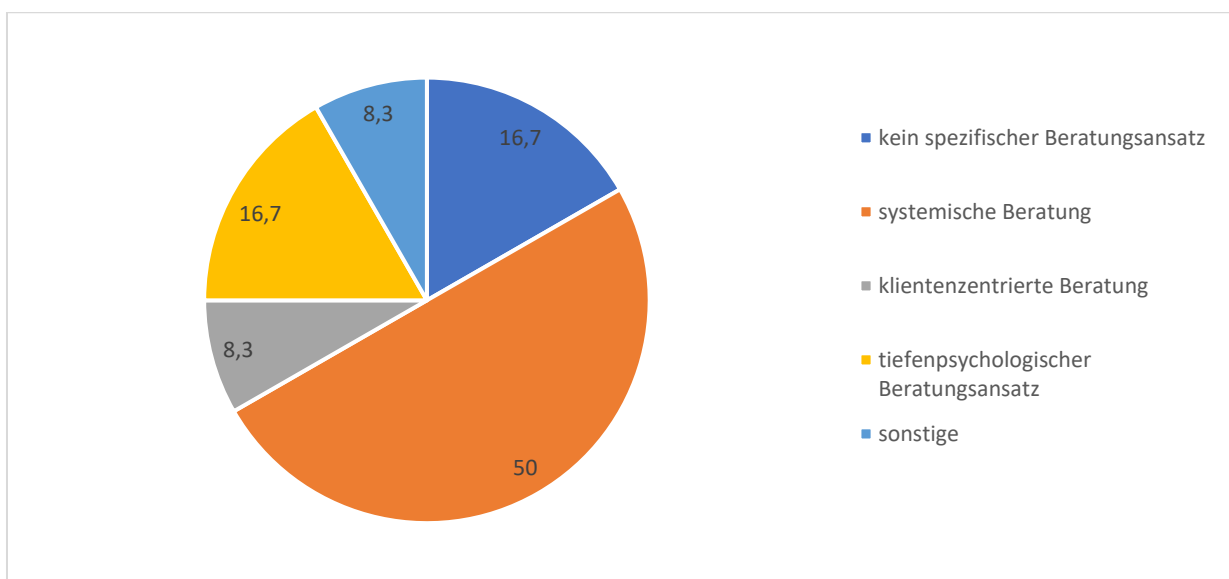
Zusammengefasst kann nun dargestellt werden, dass Berater:innen im Bereich der psychosozialen Beratung auch teamextern verschiedene Möglichkeiten nutzen, die einen Beitrag zur Kompetenzsicherung leisten um die Qualität in der Beratungsarbeit zu sichern. Dabei geschieht dies bei den untersuchten Proband:innen hauptsächlich durch die Teilnahme an Netzwerktreffen. Auffällig ist dabei, dass an diesen Netzwerktreffen die Zahl der Ärzt:innen gering ist. Ihre Teilnahme wäre aus drei Gründen wünschenswert: Zunächst bietet sich hier eine entscheidende Möglichkeit die Ziele und Vorteile der psychosozialen Beratung zu verdeutlichen. Zweitens ist der fachliche Austausch wichtig, um Entwicklungen im medizinischen Bereich wahrnehmen zu können. Darüber hinaus ist der Kontaktaufbau wichtig, um eine kontinuierliche Vermittlung an die Beratungsstellen zu bewirken. Neben den Ärzt:innen ist auch zu überlegen weitere Akteure in Netzwerktreffen miteinzubinden. Hierfür ist an Vertreter:innen von Behindertenverbänden, Psycholog:innen, Selbsthilfegruppen für Eltern und Sozialarbeiter:innen in den Kliniken zu denken. Ähnlich verhält es sich im Hinblick auf Qualitätszirkel. Auch sie bieten neben dem intensiven fachlichen Austausch, die Möglichkeit Kooperationen aufzubauen. In Anbetracht der ermittelten geringen Beratungszahlen besteht hier Handlungsbedarf. Zu vermerken bleibt, dass Hospitationen sich durchaus positiv auf den Austausch von Fachwissen und Praxiserfahrungen auswirken können. Längerfristig ist aber nicht immer absehbar, ob eine Hospitation auch der Verbesserung organisatorischer Abläufe dient. Es könnte perspektivisch diskutiert werden, in welcher Häufigkeit Hospitationen sinnvoll sind und mit welchen Partnern, damit Hospitationen auch den Effekt haben Kooperationen aufzubauen und Netzwerkarbeit zu unterstützen.

5.4. Qualitätsstandards: Selbstorganisation

5.4.1. „Mixtur“ der Beratungsansätze

Anzumerken ist hier, dass in dieser Arbeit nur die Umsetzung des dritten Unterpunktes überprüft wird: „Fachkräfte der Sozialen Arbeit entwickeln ihre eignen kommunikativen und beratungsbezogenen Kompetenzen ständig weiter und betonen in ihrem Handeln die Bedeutung des berufsbezogenen Austauschs mit der Klientel“ (DBSH 2002, S. 10). Sämtliche befragte Berater:innen greifen in ihrem Arbeitsalltag auf ein Beratungskonzept zurück, dass sich in der Regel aus verschiedenen Beratungsansätzen zusammensetzt. Einige sprechen dabei auch von einer „Mixtur“ der genutzten Beratungsansätze (z.B. Interview 10). Mit 91,7% findet der systemische Beratungsansatz Eingang in die Beratung, meist kombiniert mit der ressourcenorientierten Beratung (66,7%). Darauf folgt der klientenzentrierte Beratungsansatz (41,7%), gleichgestellt mit einem tiefenpsychologisch orientiertem Beratungsansatz (41,7%). Ein Viertel (25%) gaben an, sich auf einen „weiteren“ Beratungsansatz zu beziehen. Diese wiederum setzen sich zusammen aus der lösungsorientierten Beratung (2x) und der transaktionsanalytischen Beratung (1x). Um die Gewichtung der Beratungsansätze, die Eingang in die Beratung finden, zu veranschaulichen, wurde nach dem Beratungsansatz gefragt, der aus Sicht der Berater:innen die Grundlage der Beratung bildet. Hierbei konnte festgestellt werden, dass der systemische Beratungsansatz mit 50% am häufigsten als Grundlage für die Beratung genutzt wird.

Abbildung 5: Beratungsansätze¹¹



¹¹ Quelle: eigene Darstellung

Nur zwei der Berater:innen (16,7%) gaben dagegen an keinen spezifischen Beratungsansatz als Grundlage für die Beratung zu nutzen.

5.4.2. *Ausbildung Beratungsansatz*

Zwei Drittel der Berater:innen haben zudem eine Ausbildung zu einem spezifischen Beratungsansatz absolviert. Hierbei ist der systemische Beratungsansatz (deckungsgleich zur genutzten Beratungsgrundlage) am häufigsten mit 50% vertreten. Zu beobachten ist hier, dass obwohl der tiefenpsychologisch-orientierte Beratungsansatz als Beratungsgrundlage genannt wird, dazu keine Ausbildung abgeschlossen wurde.

5.4.3. *Zusammenfassung*

Es kann festgehalten werden, dass die Berater:innen für die Gestaltung ihrer Beratung auf verschiedene Beratungsansätze zurückgreifen, wobei der systemische Beratungsansatz am stärksten vertreten ist. 75% haben auch eine Ausbildung zu einem Beratungsansatz, was auf eine hohe Professionalität der Beratung hindeutet. Wie auch schon von Nestmann (2019) beschrieben, zeigt sich hier, dass die Berater:innen für ihre Arbeit eine eklektischen Praxis für die Beratung nutzen.

5.5. Qualitätsstandard Evaluation

Allgemein wurde in dieser Arbeit die Einholung von Feedback bezüglich der von ihnen angebotenen Beratung erfragt. Von Interesse ist, wie Anregungen zur Verbesserung der Beratung von denjenigen eingeholt werden, die die Beratung in Anspruch nehmen. Es wurde gefragt, welche Methoden genutzt werden, um ein Feedback von den Beratenen zu ermitteln. Dabei gaben zwei Drittel an, dass es keine verfestigten Methoden gibt ein Feedback zu ihrem Beratungsangebot einzuholen. Nur ein Drittel der Befragten gab an, Feedback regelmäßig im Rahmen der Beratung zu erfragen. Dieses ist für sie Teil des Abschlussgesprächs.

Einmalig wurde ein Fragebogen erwähnt, der in dieser Beratungsstelle an Klient:innen in großen Abständen (3 Jahre) versandt wird um die Beratungsqualität zu erfragen. Dieser richtet sich jedoch nicht ausschließlich an Klient:innen, die für eine psychosoziale Beratung bei PND gekommen sind (Interview 3). Der Einfluss für die Reflexion der Gestaltung der psychosozialen Beratung bei PND ist daher nicht als groß einzuschätzen.

Die mangelnden Ansätze Feedback einzuholen kann kritisch betrachtet werden. Eine große Herausforderung hierfür ist allerdings die sensible Belastungssituation der Frauen und Paare, in der das Aushändigen oder Zuschicken eines Fragebogens am Ende der Beratung sicherlich irritierend wirken würde. Auch die kurze Dauer der Beratung, die auch mal nur ein Gespräch umfassen kann, macht das Einholen von Feedback problematisch. Dennoch kann grundsätzlich

überlegt werden, welche Ideen es neben der Selbstreflexion der Beratenden gibt, um Impulse für eine stetige Anpassung der Beratung an die Bedürfnisse der Klient:innen zu generieren. Eine Idee wäre eine enge Kooperation mit den betreuenden Hebammen oder Gynäkolog:innen im Umkreis, um im Austausch über die erfahrene Beratung der Frauen und Paare (anonymisiert) zu stehen. Darüber hinaus könnte in Betracht gezogen werden neue Formen der Digitalisierung für die Einholung von Feedback zu nutzen. Mittels einer App oder einem Link zu einer kurzen Onlinebefragung könnte zum Beispiel niedrigschwellig die Zufriedenheit mit der Beratung ermittelt werden. Jungen Frauen und Paare nutzen diese Formate in anderen Zusammenhängen regelmäßig, so dass hierbei keine großen Berührungängste zu erwarten sind. Neue technische Möglichkeiten bieten sicherlich einige Ansätze, um neue Ideen zur Resonanzermittlung umzusetzen. Dies erfordert aber auch gleichzeitig die Kompetenzweiterentwicklung in diesen Bereichen.

Im nun folgenden Auswertungskapitel sollen aus den hier dargestellten Ergebnissen des gewählten Fallbeispiels diskutiert werden. Dabei sollen einige grundsätzliche Herausforderungen für die Kompetenzsicherung in der Praxis der Beratung abgeleitet und erläutert werden.

6. Diskussion der gewonnenen Ergebnisse und Ausblick

Zur Beantwortung der Forschungsfrage nach der Umsetzung der Kompetenzsicherung im Arbeitsfeld der Beratung wurde der Einblick in einen Mikrokosmos der Beratungsarbeit gewählt. Betrachtet wurde ein Bereich der Beratung, der sehr spezifisch hinsichtlich seiner Zielgruppe und des geforderten Spezialwissens ist. Psychosoziale Beratung bei PND umfasst im Vergleich zu anderen Beratungsbereichen, nur einen kleinen Anteil an Beratungen und ist dabei überwiegend an die reguläre Schwangerenberatung angegliedert. Um nochmals Zahlen zur Einordnung des Beratungsfeldes zur Hilfe zu nehmen, lohnt ein Blick in die Geburtenstatistik: 2021 wurden in Deutschland 795.517 Kinder (Statistisches Bundesamt, 2021) geboren und es ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Frauen PND in Anspruch nimmt. Dies deshalb, weil allein der regulär vorgesehene Ultraschall, als eine Methode der PND, fest in den Mutterschaftsrichtlinien (Gemeinsamer Bundesausschuss 2021) verankert ist und diese einen verbindlichen Leitfaden für die ärztliche Schwangerenvorsorge darstellen. Auch wird die Hemmschwelle PND in Anspruch zunehmend durch die Einführung neuer Methoden herabgesetzt. So wurde zum Beispiel die invasive Methode der Fruchtwasserpunktion zur Diagnostik von Trisomie 21 von dem nichtinvasiven Pränatest abgelöst (Beerheide/Richter-Kuhlmann 2021, S. 1630). Aus diesen Fakten lässt sich ein potentiell großer Bedarf an psychosozialer Beratung ableiten, wenn bedacht wird, dass sich das Beratungsangebot explizit auch auf den Zeitraum vor der Inanspruchnahme von PND bezieht. Es verwundert dennoch, dass die in dieser Arbeit Befragten angaben, dass Beratungen so gut wie nie vor PND stattfinden und auch insgesamt wenig Beratungen zum Thema PND stattfinden (max. 35 Mal im Jahr pro Berater:in).

Der beschriebene Sachverhalt lässt zunächst die Frage nach der Relevanz der erhobenen Ergebnissen zur Beantwortung der Forschungsfrage auftauchen. Doch wie bereits im Methodenkapitel dargelegt wurde, lässt das Zoomen in ein spezifisches Beratungsfeld durchaus Aussagen zur generellen Beschaffenheit der Qualitätssicherung in der Sozialen Arbeit zu. Denn die zu überprüfenden Qualitätsstandards zur Sicherung von Kompetenz wurden nicht für dieses Spezialfeld der Beratung gebildet, sondern sollen für sämtliche Bereiche in der Sozialen Arbeit gelten. Im nun Folgenden werden daher noch einmal kurz die überprüften Qualitätsstandards beleuchtet und Auffälligkeiten näher betrachtet.

6.1. Umsetzung der Qualitätsstandards zur Sicherung von Qualität auf der Kompetenzebene

Im vorherigen Kapitel zur empirischen Auswertung wurden die erhobenen Ergebnisse bereits detailliert vorgestellt und einzeln zusammengefasst. Daraus ist abzuleiten, dass die Berater:innen in ihrem Arbeitsalltag viel für die Sicherung einer qualitativen Arbeitsweise tun und darauf bedacht sind ihre Kompetenzen zu sichern. Sehr viele Arbeitsweisen decken sich dabei mit den Qualitätsstandards des DBSH. Die Berater:innen verfügen vorrangig über die benötigten Berufsabschlüsse (*Qualitätsstandard „qualifizierter Abschluss“*) und über sehr gute Kenntnisse zu verschiedenen Beratungskonzepten (*Qualitätsstandards „Selbstorganisation“*). Detailliert wurde auch der *Qualitätsstandard „Verpflichtung zur Fortbildung“* betrachtet. Dabei zeigt sich, dass es sehr gute Kenntnisse zu Schwerpunktthemen der Sozialen Arbeit gibt (z.B. „Hilfe schwieriger Entscheidungsfindung“) und dazu passende Fortbildungen regelmäßig besucht werden. Handlungsbedarf kann jedoch darin gesehen werden, dass bei Themen, die auch die Spezifika der Beratung begründen (z.B. „Methoden der PND“) nicht die gleiche Intensität an Fortbildungen festzustellen ist. Dies erscheint aber aus zweierlei Gründen bedeutsam: Erstens sind die technologischen Entwicklungen im Bereich der PND sehr schnell, wie die Einführung des Präntest zeigt. Up-to-Date-Sein dient somit der eigenen Fachkompetenz und sichert gleichzeitig ein kompetentes Auftreten vor den Ratsuchenden. Zweitens ist die permanente Weiterentwicklung des Fachwissens wichtig für eine fruchtbare Zusammenarbeit mit angrenzenden Berufsgruppen, ins besonders mit den Ärzt:innen. Meyer-Lewis (2013, S. 17) konnte in ihrer Arbeit zum Aufbau von Kooperationsbeziehungen zwischen psychosozialer Beratung und Ärzt:innen in Interviews ermitteln, dass Ärzt:innen für eine Zusammenarbeit voraussetzen, dass Berater:innen eine „gute PND-Fortbildung“ haben. Sicherlich ist in Frage zu stellen, was eine Berufsgruppe von einer anderen erwarten darf, dennoch ist dies ein wichtiger Hinweis für das Gelingen tragfähiger Kooperationen. Hinsichtlich der Umsetzung des *Qualitätsstandards „Verpflichtung zur Fortbildung“* sind daher sehr gute Ergebnisse in der „Breite“, damit sind die klassischen Bereiche der Sozialen Arbeit gemeint. In der „Spezifik“ und damit bei den speziellen Themen der Beratung bei PND ist aber noch Handlungsbedarf zu vermerken. Handlungsbedarf gibt es daran anschließend auch bei der Einholung von Feedback bei den Frauen und Paaren (*Qualitätsstandard „Evaluation“*), wobei auf die Schwierigkeiten bei der Beratung bei PND hingewiesen wurde. Erfragt wurde in dieser Arbeit allerdings nicht, inwieweit es Selbstevaluationen im Team intern gibt. Sehr positiv war zu vermerken, wie umfangreich Supervisionen (*Qualitätsstandard „Supervision“*) Eingang in den Arbeitsalltag finden. Diese werden regelmäßig und engmaschig abgehalten und bieten eine sehr gute

Möglichkeit sich mit Schwierigkeiten im Beratungsalltag auseinanderzusetzen. Gleiches gilt für andere Möglichkeiten zur Fachberatung (*Qualitätsstandard „Fachberatung“*). Teamsitzungen und Fallbesprechungen werden ähnlich wie Supervisionen regelmäßig abgehalten. Vereinzelt gibt es auch Kollegiale Beratung. Es wurde deutlich, dass teamintern ein reger Austausch über die Gestaltung der Beratung stattfindet und somit der etwas sperrige Qualitätsstandard *„Soziale/Kommunikative Kompetenz“*, der einfordert, dass die Tätigen „in einem kollegialen Austausch stehen“ umgesetzt wird. Darüber hinaus wird jedoch zusätzlich die Zusammenarbeit mit anderen Professionen eingefordert. An dieser Stelle konnten mit den erhobenen Interviews die meisten Defizite festgestellt werden und dementsprechend auch die größten Handlungsbedarfe für den Beratungsbereich, aber auch für die Soziale Arbeit im Allgemeinen abgeleitet werden.

6.2. Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit: Eine stetige Herausforderung

Grundsätzlich lassen die erhobenen Ergebnisse die Aussage zu, dass interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation immer eine Herausforderung im Arbeitsalltag der befragten Berater:innen ist. Bei einem Blick in die Literatur wird jedoch deutlich, dass dies Arbeitsfeld übergreifend festzustellen ist. Bauer (2011, S. 341) beschreibt Kooperation daher auch als „unabdingbare Anforderung an eine professionelle und sozialpädagogische Problem- und Fallbearbeitung“ und betont somit die Bedeutung von Zusammenarbeit in Teams und Netzwerken. Im Folgenden sollen zunächst die festgestellten Defizite des Fallbeispiels zusammengefasst werden und auf ihre Bedeutung für das gewählte Beratungsfeld eingegangen werden. In einem zweiten Schritt soll darauf bezogen ein Ausblick gegeben werden, wie Kooperation gelingen kann und welcher Voraussetzungen es dafür bedarf.

In der Arbeit konnte ein Handlungsbedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit an folgenden Stellen ausgemacht werden:

- Einige Berater:innen standen in keiner Kooperation mit einer Ärzt:in oder Klinik. Sie haben somit keinen direkten Ansprechpartner zur Klärung fachlicher Fragen auf der einen Seite und keine Anlaufstelle zur direkten und niedrigschwelligen Vermittlung von Frauen und Paaren auf der anderen Seite. Der größere Teil der Berater:innen hat mündliche Kooperationen. Nur eine Berater:in hat eine festgeschriebene Kooperation in Form eines Kooperationsvertrags.
- Die Beratungszahlen sind insgesamt nicht sehr hoch (7 Berater:innen haben nicht mehr als 10 Beratungen im Jahr) und vor der Inanspruchnahme von PND wird die Beratung

kaum in Anspruch genommen. Hier kann ein Handlungsbedarf hinsichtlich der Bekanntmachung des Angebots und einer besseren Vermittlung ausgemacht werden.

- Der Aufbau von interdisziplinären Qualitätszirkeln ist bisher kaum gelungen.
- In den Netzwerktreffen sind wichtige Bezugsprofessionen unterrepräsentiert (v.a. Ärzt:innen, die in einer Schlüsselposition zur Vermittlung stehen und wichtig für einen fachlichen Austausch sind, aber zum Beispiel auch Psycholog:innen)

Die aufgezählten Punkte machen die Probleme einer fehlenden oder unzureichenden Vernetzung und Kooperation deutlich. Diese reichen von fehlenden Möglichkeiten das Angebot der Beratung bekannt zu machen; in einen fachlichen Austausch mit anderen Professionen zu treten und Frauen und Paare zeitnah und unkompliziert weiter zu vermitteln. Lützenkirchen (2005, S. 317-318) verweist in ihrer Untersuchung zur „Interdisziplinären Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen“ auf die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit speziell im Gesundheitsbereich. Die von ihr interviewten Sozialarbeiter:innen bemängeln unter anderem, dass Gesundheit nicht als „biopsychosoziales Phänomen“ verstanden wird und fühlen sich aus dem Gesundheitsbereich herausgedrängt. Zudem werden „Überlegenheits- und Minderwertigkeitsgefühle“ als Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen im Gesundheitsbereich beschrieben. Dies gibt einen Ansatz zur Erklärung des herausfordernden Aufbaus von Kooperationen im Gesundheitsbereich. Weiter sind als Herausforderungen für den Aufbau von Kooperationen noch das Fehlen zeitlicher und monetärer Ressourcen zu nennen. Dennoch sind Probleme in der Zusammenarbeit nicht nur auf den Gesundheitsbereich beschränkt.

Vernetzung und Kooperation als Formen der Zusammenarbeit gelten grundsätzlich und arbeitsfeldübergreifend als „Handlungsmaxime“ und „Strukturmerkmale“ (Merten/Amstutz 2019, S. 35) der Sozialen Arbeit. Sie werden zunehmend durch eine wachsende „Zersplitterung, Spezialisierung und Ausdifferenzierung von Dienstleistungsangeboten und Organisationsformen des Sozial-, Gesundheits-, und Bildungswesens“ eingefordert (Merten et al. 2019, S. 13). Ziel ist dabei immer die Verbesserung klientenbezogener Handlungsprozesse. Anzumerken ist, dass es keine einheitliche Begriffsbestimmung von Kooperation gibt. In Anlehnung an Merten et al. (2019, S. 15) kann professionelle Kooperation als Zusammenwirken gesehen werden, das die „Anschlussfähigkeit von Hilfsangeboten und Dienstleistungen“ in den Mittelpunkt stellt. Weitere Merkmale sind das Vorhandensein von mindestens zwei Kooperationspartner:innen, sowie eine „bewusst gewählte, beabsichtigte und fachlich begründete Zusammenarbeit“. Dagegen handelt es sich bei einem Netzwerk eher um

einen „losen Zusammenschluss“, bei den eigenständigen Interessen verfolgt werden, jedoch auch ein gemeinsames Ziel oder „Vision“ verfolgt wird. Die Hauptaufgabe besteht eher in der Bündelung von Ressourcen, wie zum Beispiel Wissen und Informationen (Merten et al. 2019, S. 18). Neben Kooperation und Netzwerk taucht häufig auch der Begriff „Koordination“ auf. Dabei teilen zwei oder mehrere lose miteinander verbundenen Handlungssysteme ihre Aufgaben und Zuständigkeiten untereinander auf, dem ein Aushandlungsprozess vorangeht (Merten et al. 2019, S. 18). Es kann diskutiert werden, ob es sich bei den erfragten Kooperationen nicht eher um Koordinationen handelt, da die beteiligten Professionen sehr eigenständig arbeiten und meist nur die Vermittlung von Frauen und Paaren die Schnittstelle bildet. Von den Befragten selbst wurde jedoch von Kooperationen gesprochen, die eine Zusammenarbeit hinsichtlich einer ganzheitlichen Versorgung der Frauen und Paare bewirken sollte. Im Folgenden wird daher weiter von Kooperation, verstanden als „bewusst gewählte Form der Zusammenarbeit“ gesprochen (Merten/Amstutz 2019, S. 35). Um zu verstehen warum die interdisziplinäre Zusammenarbeit sich mühsam oder gar nicht entwickelt, lohnt ein Blick auf die Voraussetzungen zum Aufbau von Kooperationen. Merten/Amstutz (2019, S. 48) erwähnen dafür vier Komponenten:

- **„Bewusstsein“:** Kooperation kann nur stattfinden, wenn dieser eine „eigenverantwortliche Entscheidung“ vorausgeht. Für die Kooperationspartner bedeutet dies, dass ein Sinn in der Zusammenarbeit gesehen wird und sie nicht von außen aufoktroziert wird. Doch auch wenn der Sinn einer Zusammenarbeit erkannt wird, so kann diese an ganz praktischen Sachen scheitern. So ist zum Beispiel der benötigte zeitliche Aufwand für einen Kooperationsaufbau nicht unwesentlich. Tätigen in der Sozialen Arbeit haben häufig die zeitlichen Ressourcen zu Verfügung, für vernetzte Berufsgruppen gilt dies oft gar nicht. Im Gesundheitsbereich kommen daher Kooperationen häufig wieder zum Erliegen, da medizinischem Personal diese Ressourcen nicht zu Verfügung stehen und die Arbeit unentgeltlich stattfinden soll (Lützenkirchen 2005, S. 113).
- **„Interdependenz“:** Für stabile Kooperationen sollen reziproke Beziehungen entstehen. Im beschriebenen Fallbeispiel kann dies nur gelingen, wenn Gesundheit ganzheitlich betrachtet und psychosoziale Beratung als feste Komponente im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung gesehen wird. In der Praxis hat sich diese Sicht bisher nicht durchgesetzt. Eher ist ein Abbau von sozialen Leistungen und ein damit verbundener Stellenabbau von Sozialarbeiter:innen festzustellen (Lützenkirchen 2005, S. 317).

- **„Gemeinsamkeit“:** Verbindende Ziele bewirken gemeinsames Handeln „auf Augenhöhe“. Als Voraussetzung gilt ein ausgewogenes Machtverhältnis. Besonders im hierarchiegeprägten Gesundheitsbereich erweist sich dies in der Praxis als sehr schwierig. Lützenkirchen (2005, S. 318) weist darauf hin, dass besonders Ärzt:innen sich überwiegend an der Spitze einer Versorgungspyramide sehen. Interdisziplinarität bedeutet hier Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Bereichen. Die Machtposition wird im Fallbeispiel der Arbeit auch durch die Tatsache untermauert, dass die Frauen und Paare zuerst in die Praxis gehen und nicht andersherum über die Beratungsstelle zu den Ärzt:innen kommen.
- **„Vorteilhaftigkeit“:** Vereinfacht gesagt, muss sich eine Kooperation für alle Parteien lohnen, um über einen längeren Zeitraum stabil zu bleiben. Das Maß muss dabei nicht zwingend für alle gleich sein, dennoch darf nicht das Gefühl einer einseitigen Abhängigkeit entstehen. Auch hier ist für das vorgestellte Fallbeispiel wieder das Verständnis einer ganzheitlichen Versorgung der Frauen und Paare von zentraler Bedeutung. Wenn das ärztliche Personal nicht die Erfahrung macht, dass sie die Versorgung durch die Vermittlung an die psychosoziale Beratung erweitern und durch den Fachaustausch auch für die eigene Praxis lernen kann, sondern sich nur als Zulieferer von Klient:innen versteht, ist eine Zusammenarbeit fraglich. Dies zeigt, dass das Vorhandensein von gemeinsamen Zielen nicht immer sofort gegeben ist. Als Ziele können aber auch Austausch- und Abstimmungsprozesse benannt werden. Vermieden werden sollte dabei ein simples Präsentieren der eigenen Ansichten. Vielmehr wirkt sich ein unvoreingenommenes Interesse an der Arbeit anderer Mitwirkenden positiv auf die Zusammenarbeit aus.

Die beschriebenen Komponenten geben einen kurzen Einstieg zu den Voraussetzungen für das Entstehen von Kooperationen und zeigen gleichzeitig wo die ersten Hürden zu finden sind. Denn die beschriebenen Punkte können von den jeweiligen Akteuren durchaus unterschiedlich gewertet werden. Eine Reflexion darüber was eine Kooperation für weitere Beteiligte bedeutet, ist sicher ein guter Ansatz um Fehlerquellen zu vermeiden. Als Erfolgsfaktoren seien noch die „fachliche und personengebundene Anerkennung, Akzeptanz und Vertrauensbasis“, sowie die Bereitschaft zum Austausch zu nennen (Merten/Amstutz 2019, S. 56). Die Probleme die sich dem Kooperationsaufbau in den Weg stellen sind sicherlich vielfältig und werden bestimmt durch fachspezifische, soziale und ökonomische Einflussfaktoren. Auf Seiten der Sozialen Arbeit kann aber angeführt werden, dass das berufliche Profil für Außenstehende oftmals unklar ist und einen Kooperationsaufbau erschwert. Anderen Berufen sind die Arbeitsweise und

Methodik der Sozialen Arbeit häufig unbekannt oder schwer nachvollziehbar. Der Sozialen Arbeit scheint wiederum die Fähigkeit zu fehlen, „das eigene Profil zu verdeutlichen und die Offenheit und Flexibilität des alltagsorientierten Vorgehens offensiv zu begründen und in ein Konzept ganzheitlicher Problembearbeitung einzuordnen“ (Merten/Amstutz 2019, S. 47). Was daraus folgt, ist fehlende Akzeptanz und Anerkennung und somit wichtige Voraussetzungen für eine Konsensfindung zum Kooperationsaufbau. Auch in dieser Arbeit wurden Stimmen gesammelt, die von erfolglosen Versuchen der Kooperationsaufnahme berichteten. Der Beitrag für die Versorgung und der Zugewinn bei einer Zusammenarbeit konnte anscheinend nicht deutlich gemacht werden. Bleibt die Frage, was die Profession inhaltlich für ein wirksames Vorgehen beim Aufbau von Kooperationen tun kann.

6.3. Kooperation als Kompetenz

Um auch zukünftig der Bearbeitung von Problemen nachzukommen, muss die Soziale Arbeit durch Kooperation die Anschlussfähigkeit von Hilfsangeboten in einem sich weiter spezialisierenden Angebotsnetz gewährleisten. Doch welche Kompetenzen müssen dafür perspektivisch im Studium oder in Fortbildungen vermittelt werden und welche müssen interpersonell vorausgesetzt werden? Kritisiert wird ein derzeitiger Mangel an „psychologischen und systemtheoretischen Grundlagen von Interaktion, Konfliktbearbeitung und Kooperation“ (Merten et al. 2019, S. 13). So könnte die Vermittlung von soziologischen Erkenntnissen dazu beitragen Probleme zu verstehen. Bezogen auf das vorliegende Beispiel bedeutet dies, dass sich der schwierige Kooperationsaufbau auch dadurch erklären lässt, dass es hier zwei völlig verschiedene Systeme gibt (Soziale Arbeit und Medizin) die einer eigenen Dynamik, eigenen Gesetzen unterliegt und nach an eigenen Interessen ausgerichtet ist. Eine Kommunikation untereinander schließt sich systemtheoretisch eher aus.

Um die Fähigkeit zur Zusammenarbeit in der Sozialen Arbeit zu stärken, legen Merten et al. (2019, S. 30) den Entwurf eines kooperationsspezifischen Kompetenzprofils zur Implementierung in die Ausbildung vor. Folgende Punkte sollen, bezogen auf die jeweilige Kooperationssituation im Arbeitsalltag angewendet werden können.

Kompetenzprofil „Kooperation“ nach Merten et al. (2019, S.30-31):

- Formulierte Kooperationsziele müssen anschlussfähig sein, der Mehrwert muss für alle Akteure erkennbar sein
- Anliegen, Wissen und Ziele müssen verständlich vermittelt und repräsentiert werden können, das berufliche Profil muss sichtbar gemacht werden

- Wissen über Arbeitsweisen, Handlungsmöglichkeiten, Organisationsstrukturen, Zuständigkeiten der gewünschten Kooperationspartner:innen müssen zusammengetragen werden
- die verfügbaren Ressourcen müssen ermittelt werden können
- Vertrauen und Verlässlichkeit wird den beteiligten Akteuren entgegengebracht, der Wunsch Wissen zu teilen, sollte bestehen
- angemessene Vorstellungen und Ziele an eine Kooperation sollen formuliert und kommuniziert werden können

Grundsätzlich wird auf der persönlichen Ebene die Fähigkeit zur Kommunikation, zur Vermittlung bei Konflikten, Empathie und das Interesse an Zusammenarbeit vorausgesetzt. Wird noch einmal ein Blick auf die im 3. Kapitel („Qualitätssicherung in der Beratungsarbeit“) beschriebenen Handlungskompetenzen in der Beratungsarbeit geworfen, so fällt auf, dass es hier sehr viele Überschneidungen gibt. So finden sich reflexive Kompetenzen (u.a. Fähigkeit zur Selbsteinschätzung), diagnostisch-analytische Kompetenzen (u.a. Fähigkeit zur selbstorganisierten Datensammlung) und vor allem die Beziehungskompetenzen, die zum Aufbau, Entwicklung und Beendigung von Interaktion befähigen, im beschriebenen Kompetenzprofil wieder. Das Kompetenzprofil „Kooperation“ erfindet somit nicht das Rad neu, sondern es geht eher um eine Zuspitzung der Kompetenzausbildung auf den Bereich der Kooperation. Diese erscheint jedoch wichtig, um in Kombination mit der Vermittlung von theoretischen Grundlagen aus Soziologie und Psychologie anwendungsbezogen auf einen erfolgreichen Aufbau von Kooperationen hinwirken zu können.

Was aus dieser Arbeit hinsichtlich der Sicherung von Qualität abgeleitet werden kann, ist das viel für den Ausbau und Erhalt von Kompetenzen getan wird. Bezogen auf den Aufbau von Kooperationen noch ein Handlungsbedarf gesehen wird und daher die fachliche Vermittlung von Kompetenzen zum Aufbau von Kooperationen frühzeitig stattfinden muss. Die Vermittlung des anwendungsbezogenen Kompetenzprofils „Kooperation“ kann dafür als Leitfaden genutzt werden.

6.4. Soziale Beratung im Spannungsfeld: Ein Schlussfazit

In der Einleitung wurde das Spannungsfeld, in dem sich die Soziale Arbeit positionieren muss, bereits dargestellt. Es wurde aufgezeigt, wie der Diskurs um Qualität genutzt wird, um mit den damit verbundenen Herausforderungen umzugehen. Wird qualitative Arbeit durch die Profession nachgewiesen, kann sie dadurch ihre Verhandlungsmacht stärken und sich

legitimieren. Durch eigenständige Qualitätssicherung mittels der Aufstellung, Erfüllung und dem Nachweis von Qualitätsstandards kann dies gelingen. In der vorliegenden Arbeit konnte die Umsetzung von Qualitätsstandards auf der Ebene der Kompetenzen überwiegend nachgewiesen werden. Wie beschrieben zeigen sich beim Kooperationsaufbau Lücken. Für eine Stärkung der Profession von innen heraus sollte hier angesetzt werden. Dennoch ist auf die unterschiedlichen Machtverhältnisse zwischen den Akteuren hinzuweisen. Finanzielle Rahmenbedingungen und rechtliche Vorgaben, die von staatlichen Institutionen vorgegeben werden, grenzen die Möglichkeiten sich aus der Profession von innen heraus zu profilieren erheblich ein. Wenn sämtliche Projekte knapp bemessen werden, und mit minimalen monetären und zeitlichen Ressourcen zu arbeiten ist, wird auch der Nachweis eines wirksamen Handelns schwierig. Der Nachweis von Qualität und eine anhaltende Diskussion darum „was“ Qualität in der Sozialen Arbeit ist, bleibt dennoch wichtig, um eine ständige Erneuerung der Arbeit zu erwirken. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch die Weiterentwicklung eines professionellen Habitus, der hilfreich für ein Standing in der Diskussion um Qualität bieten kann und hilft sich gegenüber anderen Berufsgruppen zu positionieren. Die Weiterentwicklung von Kompetenzen ist hier besonders von Bedeutung, da das Bewusstsein um die eigenen Kompetenzen für einen professionellen Habitus die Grundlage bildet. Wer klar und strukturiert benennen kann was er/sie fachlich leistet, welche Ziele angestrebt werden und in welchen Schritten etwas zu erreichen ist, wird Anerkennung in der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen erfahren.

Darüber hinaus hängt der Einfluss der Sozialen Arbeit jedoch auch immer davon ab, welchen Stellenwert ihr von der Gesellschaft ihr zugesprochen und letztlich eingefordert wird. Hier zeigen sich die Grenzen der Debatte um Qualität.

7. Literaturangaben

- AWO Bundesverband e.V. (2015): AWO-QM im Überblick. Berlin: AWO Bundesverband e.V..
- Bauer, Petra (2011): Multiprofessionelle Kooperation in Teams und Netzwerken- Anforderungen an Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialpädagogik, 9 (4), S. 341-361.
- Beckmann, Christof (2009): Qualitätsmanagement und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beckmann, Christof/Otto, Hans-Uwe/Richter, Martina/Schrödter, Mark (2004): Negotiating Qualities- Ist Qualität eine Verhandlungssache? In: Beckmann, Christof/Otto, Hans-Uwe/Richter, Martina/Schrödter, Mark (Hg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzeninteressen und Kostenkontrolle. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwesen, S. 9-34.
- Beerheide, Rebecca/Richter-Kuhlmann, Eva (2021): Nichtinvasive Pränataltests: Kassen sollen ab 2022 zahlen. In: Deutsches Ärzteblatt 2021; 118(37), S. 1630-1631, online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221178/Nichtinvasive-Praenataltests-Kassen-sollen-ab-2022-zahlen/>, abgerufen am 26.06.2022.
- Beushausen, Jürgen (2016): Beratung lernen. Grundlagen Psychosozialer Beratung und Sozialtherapie für Studium und Praxis. Opladen Berlin Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (DBSH)(2002): Qualitätskriterien des DBSH. Grundraster zur Beurteilung der Qualität in den Handlungsfeldern Sozialer Arbeit. Berlin: Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
- Die Tageszeitung (taz)(22.2.2022): Tarifverhandlungen für KITAS & Co.: Streiken nur im Notfall, online verfügbar unter <https://taz.de/Tarifverhandlungen-fuer-Kitas--Co/>, abgerufen am 26.06.2022.
- Diekmann, Andreas (2004): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendung. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Donabedian, Avedis (1996): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 44 (3), S. 166–203.

- Droste, Thomas (2000): Soziale Arbeit zwischen Qualitätssicherung und Sozialabbau. In: Soziale Arbeit 49 (12), S. 454-462.
- Erath, Peter/Eszlinger, Norbert/Schwarzkopf, Franz (2005): Qualitätsstandards in der Sozialen Arbeit. Fachliche Autonomie, Selbstachtung und Glaubwürdigkeit sichern. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 152 (5), S. 163-167.
- Erpenbeck, John/Heyse, Volker (2021): Die Kompetenzbiographie. Wege der Kompetenzentwicklung. Münster New York: Waxman.
- Flösser, Gaby/Oechler, Melanie (2004): Chancen und Risiken von Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit. In: Beckmann, Christof/Otto, Hans-Uwe/Richter, Martina/Schrödter, Mark (Hg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzeninteressen und Kostenkontrolle. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwesen, S. 175-184.
- Frenzke-Kuhlbach, Anette/Kuhlbach, Roderich (1998): Qualitätssicherung in der Beratungsarbeit. In: Soziale Arbeit 47 (6), S. 195-200.
- Geertz, Clifford (1987): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Berlin: Suhrkamp.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“), online verfügbar unter <https://www.g-ba.de/richtlinien>, abgerufen am 22.06.2022.
- Großmann, Ruth (2014): Psychotherapie und Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band I. Tübingen: dgvt Verlag, S. 89-102.
- Helfferrich, Cornelia (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, S. 669-688.
- Hildebrandt, Achim (2015): Experteninterviews. In: Hildebrandt, Achim/Jäckle, Sebastian/Wolf, Frieder/Heindl, Andreas (Hg.): Methodologie, Methoden, Forschungsdesign. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Kirchhofer, Roger/Uebelhart, Beat (2019): Netzwerkarbeit, Kooperation und Versorgungsketten. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 291-315.
- König, Oliver/Schattenhofer, Karl (2017): Einführung in die Fallbesprechung und Fallsupervision. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Likert, Rensis (1932): A Technique for the Measurement of Attitudes. In: Arcives of Psychology 140 (22), S. 1-55.
- Lützenkirchen, Anne (2005): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen- eine aktuelle Bestandsaufnahme. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung 36 (3), S. 311-324.
- Maaser, Wolfgang (2004): Werteorientierung und Qualitätssicherung im Kontext Sozialer Arbeit. In: Beckmann, Christof/Otto, Hans-Uwe/Richter, Martina/Schrödter, Mark (Hg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzeninteressen und Kostenkontrolle. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwesen, S. 235-250.
- Maus, Friedrich/Nodes, Wilfried/Röh, Dieter (2013): Schlüsselkompetenzen der Sozialen Arbeit. Für die Tätigkeitsfelder Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Frankfurt: Wochenschauverlag.
- Mayer-Lewis, Birgit (2010): Modellprojekt "Psychosoziale Beratung bei pränataler Diagnostik in Mittelfranken": Projektbericht 2004-2010. Bamberg: Staatsinstitut an der Universität Bamberg.
- Merten, Ueli/Kaegi, Urs/Zängl, Peter (2019): Kooperation- Eine Antwort auf die Zerplitterung und Ausdifferenzierung psychosozialer Dienstleistungen. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.): Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 13-34.
- Merten, Ueli/Amstutz, Jeremias (2019): Zur Notwendigkeit der Kooperation in der Sozialen Arbeit. In: Amstutz, Jeremias/Kaegi, Urs/Käser, Nadine/Merten, Ueli/Zängl, Peter (Hg.):

- Kooperation kompakt. Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit. Ein Lehrbuch. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich, S. 35-60.
- Nestmann, Frank (2019): Die Zukunft der Beratung in der sozialen Arbeit. In: Beratung Aktuell 20 (4), S. 4-27.
- Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (2014): Beratung- Ein Selbstverständnis in Bewegung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Das Handbuch der Beratung. Band I. Tübingen: dgvt Verlag, S. 33-44.
- Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.)(2004): Das Handbuch der Beratung. Band II. Ansätze, Methoden, Felder. Tübingen: dgvt Verlag.
- Oechler, Melanie (2009): Dienstleistungsqualität in der Sozialen Arbeit. Eine rhetorische Modernisierung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- pro familia (2014): Beratung zu Pränataldiagnostik. Eine Arbeitshilfe für psychosoziale Beratungseinrichtungen in der Kooperation mit GynäkologInnen.
- Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg Verlag.
- Rose, Barbara (2004): Wer bestimmt Qualität? Anmerkungen zum Qualitäts-Diskurs und seinen Wirkungen in der Sozialen Arbeit. In: Beckmann, Christof/Otto, Hans-Uwe/Richter, Martina/Schrödter, Mark (Hg.): Qualität in der Sozialen Arbeit. Zwischen Nutzeninteressen und Kostenkontrolle. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwesen, S. 211-222.
- Ryscka, Jurij/Tietze, Kim-Oliver (2011): Kollegiale Beratung. In: Ryscka, Jurij; Solga, Marc/Mattenklott, Axel (Hg.): Praxishandbuch der Personalentwicklung. Wiesbaden: Gabler, S. 114-119.
- Sauermost, Andrea (2010): Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. In: Sozialmagazin 10, S. 53-56.
- Schibli, Silvia/Supersaxo, Katja (2009): Einführung in die Supervision. Bern-Stuttgart-Wien: Haupt Verlag UTB.

Schubert, Herbert (2008): Netzwerkkooperationen- Organisation und Koordination von professionellen Vernetzungen. In: Schubert, Herbert (Hg.): Netzwerkmanagement. Koordination von professionellen Vernetzungen- Grundlagen und Beispiele. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 7-105.

Schubert, Franz-Christian/Rohr, Dirk/Zwicker-Pelzer, Renate (2019): Beratung. Grundlagen-Konzepte-Anwendungsfelder. Wiesbaden: Springer.

Statistisches Bundesamt (2021): Datenreport. Bevölkerung und Demographie, online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(17.05.2022): Soziales - Mainz - Vereinbarung von Sozialminister und Wohlfahrtsverbänden, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-mainz-vereinbarung-von-sozialminister-und-wohlfahrtsverbaenden-dpa/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(11.05.2022): Soziales - Erfurt - Deutscher Fürsorgetag soll 2025 in Erfurt stattfinden, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-erfurt-deutscher-fuersorgetag-soll-2025-in-erfurt-stattfinden-dpa/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(05.05.2022): Soziales - Dresden - Mehr Geld für soziale Arbeit in benachteiligten Stadtteilen, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-dresden-mehr-geld-fuer-soziale-arbeit-in-benachteiligten-stadtteilen-dpa/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(15.03.2022): GEW: Prekäre Arbeitsbedingungen bei Sozialer Arbeit, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-schwerin-gew-prekaere-arbeitsbedingungen-bei-sozialer-arbeit/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(06.01.2022): Prostitution - Berlin - 56.000 Beratungen für Prostituierte in vier Jahren, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/prostitution-berlin-56-000-beratungen-fuer-prostituierte-in-vier-jahren-dpa/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(22.12.2021): Soziales - Berlin - Sozialsenatorin Kipping: Kältehilfe ist überlebenswichtig, online verfügbar unter

<https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-berlin-sozialsenatorin-kipping-kaeltehilfe-ist-ueberlebenswichtig/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(15.12.2021): Soziales - Bremen - Förderprogramm: Corona-Folgen für Kinder abfedern, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/leben/soziales-bremen-foerderprogramm-corona-folgen-fuer-kinder-abfedern-dpa/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ) (21.01.2015): Sozialarbeiter an Schulen – „Der Trend geht zu Schulsozialarbeit“, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/bildung/sozialarbeiter-an-schulen-helfer-in-not/>, abgerufen am 06.06.2022.

Süddeutsche Zeitung (SZ)(21.01.2005): Sozialarbeiter an Schulen - „Der Trend geht zu Schulsozialarbeit“, online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/bildung/sozialarbeiter-an-schulen-helfer-in-not/>, abgerufen am 06.06.2022.

Vogel, Heiner (2007): Qualitätssicherung von Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.): Handbuch der Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 837-856.

von Spiegel, Hiltrud (2021): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Wälte, Dieter/Lübeck, Anja (2018): Was ist psychosoziale Beratung? In: Wälte, Dieter/Borg-Laufs, Michael (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: Kohlhammer, S. 24-41.

Wassermann, Kirsten/Rohde, Anke (2018): Pränataldiagnostik und Psychosoziale Beratung. Aus der Praxis in die Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Wendt, Wolf Rainer (2016): Zwischen Befähigung und Zuständigkeit. Soziale- und gesundheitsberufliche Kompetenz im Wandel. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 163 (2), S. 43-45.

Woopen, Christiane (2013): Interdisziplinäre und multiprofessionelle Beratung bei Pränataldiagnostik und Schwangerschaftsabbruch (§imb-pnd). Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

ZEIT ONLINE (21.02.2022): Wohnungslosigkeit: Zack, hat Frau Meyer wieder eine Bude, online verfügbar unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/2022-02/housing-first-wohnungslosigkeit-obdachlosigkeit-berlin>, zuletzt abgerufen am 26.06.2022.

Zwicker-Pelzer, Renate (2010): Beratung in der Sozialen Arbeit. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Anhang

A) Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich mit den angegebenen Hilfsmitteln angefertigt habe und dass alle Stellen, die mit dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Autoren entnommen sind, durch Angabe der Quellen als Entlehnung kenntlich gemacht worden sind.

Kassel, den

Gudrun Berger

B) Fragebogen

Fragebogen Masterarbeit: „Qualitätssicherung in der Sozialen Arbeit: Das Themenfeld der Kompetenzsicherung in der Beratung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die vorliegende Befragung soll Erkenntnisse über die konkreten Anforderungen im Arbeitsalltag bei psychosozialer Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik (PND) geben. Es wird ermittelt, welche fachlichen Schwerpunkte es in der Beratung gibt und welche Beratungskonzepte und Weiterbildungen BeraterInnen passend dazu wählen. Zusätzlich wird untersucht, welche Möglichkeiten BeraterInnen innerhalb und außerhalb eines Beratungsteams nutzen, um sich mit Anforderungen im Berufsalltag auseinanderzusetzen.

Perspektivisch soll daraus ein Ausblick abgeleitet werden, welche Beratungsschwerpunkte mehr fachlicher Kenntnisse, sowie Weiterbildung bedürfen und welche Möglichkeiten der internen und externen Auseinandersetzung dafür förderlich sind.

Zunächst werden einige persönliche Daten abgefragt, um dann auf inhaltliche Themenblöcke überzuleiten. Die Befragung ist in insgesamt 5 große Themenblöcke unterteilt, die sich auf Schwerpunkte im Beratungsalltag (1.), Fort- und Weiterbildungen (2.), Beratungskonzepte (3.) und Möglichkeiten der beruflichen Auseinandersetzung mit beruflichen Herausforderungen intern (4.) und extern (5.) beziehen. Der Fragebogen wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen.

Sicherlich konnten auch Sie Ihre Arbeit als BeraterIn in der Coronazeit nur sehr eingegrenzt anbieten. Ich bitte Sie daher, sich bei der Beantwortung der Fragen auf den Zeitraum vor der Pandemie zu beziehen, da sonst ein sehr verzerrtes Bild Ihrer Arbeit in dieser Befragung erfasst wird.

Vielen Dank!

Persönliche Daten

0.1. Alter

0.2. Grundausbildung:

- ☐ Soziale Arbeit/Sozialpädagogik
- ☐ Psychologie
- ☐ Sonstiges

0.3. Zusatzausbildung

- ☐ Beraterin in Familien/Ehe/Parberatung
- ☐ Psychotherapeutin
- ☐ Schwangerenkonfliktberatung
- ☐ Klientenzentrierte Beraterin
- ☐ Interdisziplinär ausgerichtete Weiterbildung zur Beraterin bei PND
- ☐ Sonstiges _____

0.4. Seit wie vielen Jahren sind sie im Bereich der psychosozialen Beratung bei PND tätig:

0.5. Anzahl der Beratungsgespräche zum Thema PND (Monat):

0.7.1. im Jahr

0.8. Besteht gehäufte Zusammenarbeit oder Kooperation mit einer Klinik oder Praxis für PND?

0.8.1. Wenn ja, mit wem ? _____

0.9. Zeitpunkt des Erstkontaktes fällt vorrangig in den Zeitraum vor /während/nach der Inanspruchnahme von PND

- ☐ vor PND
- ☐ während PND
- ☐ nach PND
- ☐ gleichgewichtet

0.10. Steht Ihre Beratungsstelle in einem fachlichen Austausch mit anderen Beratungsstellen zu PND in Hessen?

1. Frageblock

Psychosoziale Beratung bei PND ist durch spezifische thematische Beratungsschwerpunkte gekennzeichnet. In diesem Frageblock soll erfasst werden, welche Beratungsthemen die größten fachlichen Anforderungen an die BeraterInnen darstellen.

Dazu frage ich zunächst mit einigen Fragen nach Ihrer Einschätzung Ihres Kenntnisstandes in bezug auf einige Vertiefungsthemen, die in der Beratung bei PND eine besondere Bedeutung spielen. Zum anderen erfrage ich dann, wie Sie einschätzen, dass Sie diese Kenntnisse in der Beratung auch einbringen können.

Hier geht es also zunächst um den Kenntnisstand:

- 1.1.1. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Unterstützung bei schwieriger Entscheidungsfindung** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.2. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.3. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Intervention bei Krisen nach Erhalt eines pathologischen Befundes** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.4. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Trauerbegleitung** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.5. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Abläufen in der Klinik bei einem späten Schwangerschaftsabbruch** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.6. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von Kindern mit Behinderungen** ein (finanzielle Unterstützung, Beratung zu rechtlichen Aspekten, Beantragung Pflegegrad, Schwerbehindertenausweis, Frühförderung, Vermittlung an Selbsthilfegruppen, Behindertenverbände), wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.7. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.
- 1.1.8. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **kindlichen Entwicklungsstörungen** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.

1.2. Gewichtung der Schwerpunktthemen/ Welche Schwerpunkte stellen die größten Herausforderungen dar (Mehrfachnennung möglich)

- 1.2.1. Beratung bei Entscheidungsfindung
- 1.2.2. Beratung bei Partnerschaftskonflikten
- 1.2.3. Beratung bei Krisenintervention
- 1.2.4. Beratung bei Trauerbegleitung
- 1.2.5. Beratung bei spätem Schwangerschaftsabbruch
- 1.2.6. Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten bei behindertem Kind
- 1.2.7. Beratung zu Methoden der PND
- 1.2.8. Beratung bei kindlichen Entwicklungsstörungen

2. Fort- und Weiterbildung sind fester Bestandteil des Berufsalltags von BeraterInnen. Erfasst werden soll in diesem Frageblock, welche Fortbildungen psychosoziale BeraterInnen für die Beratung bei PND wählen und wie sich die oben erfragten Schwerpunktthemen darin abbilden.

2.1. Haben sie eine Fortbildung zum Thema Kommunikation und Gesprächsführung besucht?

- ☐ Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten 5 Jahren?
- ☐ Nein
- ☐ Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- ☐ Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.2. Haben Sie eine Fortbildung zum Thema PND mit medizinischem Schwerpunkt besucht?

- ☐ Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten 5 Jahren?
- ☐ Nein
- ☐ Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- ☐ Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.3. Haben Sie eine Fortbildung zu Themen der Pädiatrie (Syndrome, Formen der Behinderung, Therapien, Stoffwechselerkrankungen) besucht?

- ☐ Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten 5 Jahren?
- ☐ Nein
- ☐ Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- ☐ Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.4. Haben Sie eine Fortbildung zur Krisenintervention besucht?

- Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten fünf Jahren?
- Nein
- Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.5.Haben Sie eine Fortbildung zur Trauerbegleitung besucht?

- Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten fünf Jahren?
- Nein
- Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht

2.6.Haben Sie eine Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung besucht?

- Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten 5 Jahren?
- Nein
- Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.
- Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.7.Haben Sie sonstige Fortbildungen besucht, die sie für Ihre Beratungstätigkeit zur PND als hilfreich einschätzen?

Ja Wenn ja, wie häufig in den letzten 5 Jahren?
Nein

Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus.

Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht.

2.8.

2.9.Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein, wie ausreichend Ihre durch Ausbildung (Studium Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin) erlangten Kenntnisse für Ihre Beratungstätigkeit bei PND waren, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse.

2.10. Gibt es eine Fortbildungspflicht mit festgeschriebenen Themen? Ja/nein

*2.10.1. Welchen*_____

3. Frageblock

Für die psychosoziale Beratungsarbeit gibt es die Möglichkeit sich an Beratungskonzepten zu orientieren. Es wird erfragt welche Beratungskonzepte Einfluss in Ihre Arbeit als Beraterin finden.

3.1. Orientieren sie sich bei Ihrer Beratung zu den eingangs erfragten Schwerpunkthemen an spezifischen Beratungskonzepten?

3.1.1. ja wenn ja:, an welchen der folgenden Beratungskonzepte orientieren Sie Ihre Arbeit vorwiegend?

- Systemische Beratung
- klientenzentrierte Beratung
- tiefenpsychologisch orientierte Beratung
- Ressourcenorientierte Beratung
- Lebensweltorientierter Beratungsansatz
- Weitere Beratungseinflüsse: Welche? _____

3.2. An welchen der folgenden Beratungskonzepte orientieren Sie sich weniger?

- Systemische Beratung
- klientenzentrierte Beratung
- tiefenpsychologisch orientierte Beratung
- Ressourcenorientierte Beratung
- Lebensweltorientierter Beratungsansatz
- Weitere Beratungseinflüsse: Welche? _____

3.3. Haben Sie eine Ausbildung zu einem spezifischen Beratungsansatz?

3.3.1. Wenn ja, welche? _____

4. Frageblock

Als BeraterIn sind sie mit einer Vielzahl von Herausforderungen im Arbeitsalltag konfrontiert (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen und der Kommunikation intern). Für die Auseinandersetzung damit stehen Ihnen teamintern verschiedene Methoden zur Lösungsfindung zur Verfügung. (Supervision, Teamsitzungen mit Fallbesprechungen, Erstellen von Kompetenzprofilen). Die Nutzung dieser Angebote soll an dieser Stelle ermittelt werden.

4.1. *Nutzen Sie Supervision für Ihr Team?*

4.1.1. Wenn ja, wie regelmäßig? Monat:

4.2. *Führen Sie im Team Fallbesprechungen durch?*

4.2.1. Wenn ja, wie regelmäßig?

4.3. *Halten Sie Teamsitzungen ab?*

4.3.1. Wenn ja, wie regelmäßig?

4.4. *Führen sie die Methode der kollegiale Beratung durch?*

4.4.1. Wenn ja, wie regelmäßig?

4.5. *Führen Sie in Ihrer Beratungsstelle Qualitätsmanagement durch? (Methoden zur Erfassung der Wirksamkeit ihrer Beratung)*

4.5.1. Wenn ja, wie regelmäßig?

5. Frageblock

In diesem Block wird erfragt, wie sich BeraterInnen mit den Herausforderungen (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen, Verbesserung der Kommunikation) im Arbeitsalltag extern (außerhalb des Teams) auseinandersetzen. Ermittelt wird, ob Möglichkeiten von Qualitätszirkel, Hospitationen und Netzwerktreffen genutzt werden.

5.1. Nehmen Sie an Qualitätszirkeln teil?

5.1.1. Wenn ja, wie häufig in den letzten fünf Jahren

5.1.2. Welche TeilnehmerInnen nehmen an diesen Qualitätszirkeln teil? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ GynäkologInnen
- ☐ Hebammen
- ☐ VertreterInnen von Behindertenverbänden,
- ☐ VertreterInnen von Selbsthilfegruppen
- ☐ HumangenetikerInnen
- ☐ VertreterInnen der Frühförderung
- ☐ SozialarbeiterInnen Klinik
- ☐ Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung
- ☐ Andere psychosoziale BeraterInnen bei PND
- ☐ Sonstige Welche? _____

(In der nächsten Frage geht es darum, was erreicht wird durch Qualitätszirkel, Effekte)

5.1.3. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt)

- ☐ Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches
- ☐ Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte
- ☐ Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe
- ☐ Austausch über Praxiserfahrungen
- ☐ Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen
- ☐ Sonstiges _____

5.1.4. Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einem Qualitätszirkel als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach)

5.1.4.1. Terminfindung

5.1.4.2. Zeitaufwand

5.1.4.3. Einbringen in die Diskussion

5.1.4.4. Äußerung von Kritik

5.1.4.5. Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

5.1.5. Würden Sie noch einmal an einem Qualitätszirkel teilnehmen? 1= ja , 0= nein

5.1.5.1. Wenn nein, warum?

- kein Erkenntnisgewinn
- schwierige Organisation
- keine Vergütung

5.2. Haben Sie an **Netzwerktreffen** teilgenommen? 1=ja 0=nein

5.2.1. Wenn ja, wie regelmäßig?

5.2.2. Ich richte Netzwerktreffen selber aus.

5.2.3. Welche TeilnehmerInnen gibt es? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- ÄrztInnen de Gynäkologie
- Hebammen
- VertreterInnen von Behindertenverbänden,
- VertreterInnen von Selbsthilfegruppen,
- HumangenetikerInnen
- VertreterInnen der Frühförderung SozialarbeiterInnen Klinik
- Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung
- Andere psychosoziale BeraterInnen bei PND
- Sonstige 5.2.3.6.1. Welche? _____

5.2.4. Bitte chätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Teilnahme an Netzwerktreffen umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt)

5.2.4.1. Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches

5.2.4.2. Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte

5.2.4.3. Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe

5.2.4.4. Austausch über Praxiserfahrungen

5.2.4.5. Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen

5.2.4.6. Sonstiges _____

5.2.5. *Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einem Netzwerktreffen (mit PND Bezug) als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach)*

- Terminfindung
- Zeitaufwand
- Einbringen in die Diskussion
- Äußerung von Kritik
- Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

5.2.6. *Würden Sie nochmals an einem Netzwerktreffen teilnehmen? 1= ja , 0= nein*

5.2.6.1. Wenn nein, warum?

- Kein Erkenntnisgewinn
- schwierige Organisation
- Keine Vergütung

Hospitationen

5.3. *Haben Sie schon einmal eine Hospitation in einer mit Ihrem Berufsfeld vernetzten Einrichtung gemacht?*

5.3.1. Ja Wenn ja, wie regelmäßig?

5.3.2. Nein

5.3.3. *In welcher Einrichtung haben Sie hospitiert?*

- Praxis für PND/GynäkologIn
- Hebamme
- Behindertenverband
- Selbsthilfegruppe
- HumangenetikerIn
- Frühförderung
- SozialarbeiterInnen Klinik
- Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung

Welchen Effekt hatte die Hospitation?

5.3.4. *Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Hospitation umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt)*

- Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches
- Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte
- Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe
- Austausch über Praxiserfahrungen
- Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen
- Sonstiges

5.3.4. *Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einer Hospitation als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach)*

- Terminfindung
- Zeitaufwand
- Fachlicher Austausch
- Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

5.3.6. Würden sie nochmals eine Hospitation machen?

5.3.6.1. Ja Wenn ja warum?

5.3.6.2. Nein Wenn nein, warum? 5.3.6.2.1. Kein Erkenntnisgewinn

5.3.6.2.2. schwierige Organisation

5.3.6.2.3. Keine Vergütung

5.3.7. *Hat ein/e VertreterIn aus einem mit ihrem Berufsfeld verbundenen Bereich schon einmal bei Ihnen in der psychosozialen Beratung hospitiert?*

5.3.7.1. Wenn ja, wer? (Mehrfachnennung möglich)

- Praxis für PND/GynäkologIn
- Hebamme
- Behindertenverband
- Selbsthilfegruppe
- HumangenetikerIn
- Frühförderung
- SozialarbeiterInnen Klinik
- Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung

C) Notizen zu Anmerkungen der Berater:innen im Interview

1. Interview 1 (Diakonie)

- es besteht keine Kooperation mit einer Praxis oder Klinik. Ein Kooperationsaufbau wurde von Seiten der Beratungsstelle versucht, blieb aber erfolglos.
- Der Wunsch nach Beratung zum Thema PND wird meist nicht bei Anmeldung genannt. Ein Paarkonflikt, der Wunsch nach einer finanziellen Beratung oder nach Erziehungsberatung sind zunächst der Anlass der Beratung. Das Thema PND taucht dann im Verlauf der Beratung auf.
- Beratung findet eher nach der Geburt statt.
- Keine Qualitätszirkel
- Netzwerk nicht mit direktem PND-Bezug, „Frühe Hilfen“

2. Interview (Diakonie)

- Kooperation mit Klinik und Praxis vorhanden
- Vernetzung mit anderen Beratungsstellen der Diakonie in Hessen
- Beraterin überweist in der Beratung bei Themen: kindliche Entwicklungsstörungen, Unterstützungsmöglichkeiten bei Behinderung (sieht dies nicht als Schwerpunkt ihrer Beratung)
- Größte Herausforderung: „aushalten“ der Anspannung und Konflikte der Klient:innen
- Nutzt auch Einzelsupervision
- Führt Fallbesprechungen extern durch, nicht im Team
- Qualitätszirkel wurden offiziell eingestellt, da sich die Ärzte zerstritten haben, bedauert dies
- NW "Frühe Hilfen"; NW chron. Kranke Kinder, NW "Leere Wiege", NW "Kinderwunschzeit"

3. Interview (pro familia)

- Obwohl Kassel zwei größere Kliniken hat, gibt es keine Kooperation, sehr wenig Beratungsgespräche!
- Gute Vernetzung über den Landesverband, kein PND spezifisches Netzwerk
- Beratungskonzept wird regelmäßig überarbeitet, LVB passt Themen und Bedarfe an
- Alle 3 Jahre Bögen zur Erfassung der Beratungsqualität

4. Interview 4 (Donum Vitae)

- Beratung erfolgte immer in Präsenz, auch in Coronazeit
- Beruf Röntgenassistentin
- 20 Fälle/Jahr mit häufigen Folgegesprächen
- Frauen/Paare kommen meist nach PND, Vermittlung durch ÄrztInnen ist schwierig, Gynäkolog:innen sind in Beratung nicht offen, „tendenziös“, verstehen Sinn der psychosozialen Beratung nicht, keine Veränderung der Vermittlung seit 2010 bemerkt
- Verweist bei Beratung zu kindlichen Entwicklungsstörungen, Methoden der PND, Unterstützungsmöglichkeiten bei Behinderung
- Keine Fobi zu PND mit medizinischem Schwerpunkt, aber der Wunsch dazu besteht
- Kleines Team, Supervision 3-4x im Jahr, Fallbesprechungen auf Zuruf, Teamsitzung alle 2 Monate

- Kein systematisches Qualitätsmanagement, Abschlussgespräch gibt Möglichkeit für Feedback
- Qualitätszirkel nur alle zwei Jahre, Referentin wird geladen, hat nicht den Charakter um kontinuierlich an Zusammenarbeit zu arbeiten; sehr geringe Beteiligung von Gynäkolog:innen, Wunsch nach besserer Beteiligung durch die Ärzt:innen besteht auf Seiten der Berater:Innen, „Gynäkologen sehen uns nicht“, die Effekte der Qualitätszirkel werden als gering eingestuft, eine Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches wurde mit „wurde nicht umgesetzt“ eingestuft

5. Interview (Caritas)

- Beratung fand trotz Corona in Präsenz statt
- Großer Wunsch nach Kooperation und mehr Vermittlung der Frauen
- Keine Änderung der Vermittlungsrate seit 2010
- Wertschätzung der Beratungstätigkeit erfahren, jedoch gibt es keine gestiegene Vermittlungsrate
- Zusammenarbeit im Qualitätszirkel „trägt keine Früchte“, zu geringe Teilnahme der Ärztinnen wird bemängelt, Effekte der Qualitätszirkel sind marginal
- Unverständnis und Ratlosigkeit warum Vermittlung so gering ist, obwohl die Flexibilität der Beratung geleistet werden kann
- Anstrengungen, das Angebot der Beratung zu verbreiten wurden gemacht
- Beraterin erwähnt gute Zusammenarbeit im Arbeitskreis zu PND- bemerkt aber auch, dass Beratungsstellen in einer Art Konkurrenz stehen
- Hat noch nie hospitiert, kann sich dies in der Klinik vorstellen

6. Interview (Diakonie)

- Kinderkrankenschwester
- Nutzt auch Einzelsupervision bei Bedarf
- 2x im Jahr Gynäkologinnen, „um die Ärzte wird sich sehr bemüht
- Arbeitskreis der Schwangerenberatungsstellen in Wiesbaden, Netzwerk Diakonie Hessen (wenig PND-Bezug)
- Ein Thema der AK Wiesbaden ist Öffentlichkeitsarbeit

7. Interview (Donum vitae)

- Hebamme, empfindet Hebammenausbildung als sehr unterstützend für ihre jetzige Tätigkeit
- Vermerkt leichte Zunahme an Beratungsgesprächen
- Verweist bei Partnerschaftskonflikten
- Kritisiert fehlende Möglichkeit zum Schwangerschaftsabbruch in Fulda
- keine systematische Evaluation, Gespräch als Möglichkeit für Feedback

8. Interview (pro familia)

- Hat Vorteile durch Corona erlebt, Telefonberatung wurde nun genutzt
- Keine Zunahme der Beratungen seit 2010 bemerkt, nimmt jedoch an, dass Ärztinnen über das Angebot aufklären

- Kooperationsaufbau wurde versucht, zurzeit jedoch nur lockere mündliche Kooperation mit niedergelassener Gyn.
- Kritisiert schweren Zugang zu Kliniken, Kliniken halten sich zu Abläufen bei späten Schwangerschaftsabbrüchen bedeckt, Konzepte müssen erfragt werden
- Hinzuziehung von Kolleginnen bei Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten bei einem behinderten Kind, Hinzuziehung von Humangenetikerin bei Beratung zu Entwicklungsstörungen (ist vernetzt)
- Fallbesprechungen auch mit anderen Beratungsstellen möglich
- Es gab einen Qualitätszirkel in Darmstadt, wurde von Ärztinnen beendet
- Teilnahme der Gynäkologinnen am AK "leere Wiege" ist nicht zuverlässig

9. Interview (Gießen)

- Zurzeit Kooperationsaufbau mit Klinik, es bestand bereits eine Kooperation, diese ist mit Teamwechsel abgebrochen
- Erstkontakt während oder nach PND, Beratungsbedarf wird als groß eingeschätzt
- Beratung vor PND wird von Seiten der Beraterin gewünscht, aber Ideen fehlen um Frauen zu erreichen
- Herausfordernd ist Beratung bei Paarkonflikten („sehr dynamischer Prozess“); Beratung bei Trauerbegleitung „sehr individuell, sehr emotional; eigene Anteile kommen hoch, es ist viel Reflexion nötig“
- Projekt „HeLB“ Helfen.Lotsen.Beraten. Modellprojekt zur Erprobung multipler Beratungszugänge zu schwer erreichbaren und vulnerablen Zielgruppen, „gute Möglichkeit um Frauen zu erreichen“
- Im Schlussgespräch wird Feedback eingeholt
- Qualitätsdialog im Landkreis hat PND nicht als Focus, Statistik wird vorgestellt, Wunsch nach PND Qualitätszirkel besteht
- Ärzt:innen nicht im Qualitätszirkel“ Kommunikation sehr schwierig“, Ärzte „klinken sich aus“
- Hospitation mit Klinik in Planung
- Beraterin sieht Beratung bei PND als „interdisziplinäres Arbeitsfeld“

10. Interview (Caritas)

- Zunahme an Beratungsgesprächen in diesem Jahr von im Schnitt 5/Jahr auf 10 in diesem Jahr; Erklärung Angebot der bekannter durch Netzwerkarbeit; seit 2009 Kontakt zu Humangenetikerin
- Kooperationsvertrag mit Klinik (schriftlich)
- Beratung zu PND und Schwangerenberatung finden in der Klinik statt
- Beratung meist nach PND, Wunsch der Beraterin schon vor Inanspruchnahme zu beraten
- Wenig Kenntnisse zu Trauerberatung- gibt Beratung ab/verweist, „Abgeben können, muss gelernt sein“-sieht dies auch als große Herausforderung
- Besucht keine medizinischen Fortbildungen zu PND, nimmt aber regelmäßig an medizinischen Qualitätszirkel teil
- Beratungskonzept als „Mixtur“ aus verschiedenen Ansätzen
- Feedback wird am Ende der Beratung im Gespräch eingeholt

- Medizinischer Qualitätszirkel der von Ärzten (Gyn.) ausgerichtet wird, 2 Beratungsstellen sind dabei und Humangenetik; 6x jährlich, schwierig ist das Verstehen der Fachsprache, Pausen werden genutzt um Fachliches nachzufragen (um die Diskussion nicht zu stören) und um Kontakte zu knüpfen, Vorstellung von Ethik der Teilnehmerinnen wird erfahren
- Netzwerkarbeit wird von der Beraterin als extrem wichtig erachtet, dient der Information, Respekt gegenüber anderen Berufsgruppen steigt, Konkurrenz sinkt
- Hospitation in der Beratung bei PND wird als schwierig empfunden aufgrund der Sensibilität der Situation
- Psychosoziale Beratung „muss interdisziplinär gestaltet werden“

11. Interview (Sozialdienst katholischer Frauen)

- zurzeit keine Beratungsfälle im Kontext von PND, obwohl Kooperation mit einer Klinik besteht (kein schriftlicher Vertrag)
- bereits vor 2010 wurden Notfallpläne für kurzfristige Beratung initiiert, Erreichbarkeit wurde organisiert mit Notfalltelefon, Fax, Mail, es gab halbjährliche Treffen
- bisher kamen Frauen nach einem Abbruch in die Beratung
- seit Einführung des NIPT-Test gibt es keinen Bedarf an Beratung mehr
- keine Qualitätssicherung, bei Projekten gab es Fragebögen
- Zurzeit kein Qualitätszirkel, früher gab es einen mit Beraterinnen zu PND im Kreis Fulda (skf)
- Netzwerktreffen mit geringem Bezug zu PND

12. Interview pro Familia

- Mündliche Kooperation Klinikum Hanau „enge Vernetzung“, laut Beraterin besteht bei einigen Ärzt:innen der Irrtum, dass Schwangere zur Beratung „müssen“
- Kein Anstieg der Beratungsfälle seit 2010
- Keine Beratung vor Inanspruchnahme von PND, Angebot ist bekannt, Kontakt wurde zu Ärzt:innen aufgenommen
- Team der pro Familia Beratungsstellen trifft sich in Hessen, 4xJahr
- Struktur und Vernetzung, Kontakt zu Ärzt:innen aufrechtzuerhalten wird als große Herausforderung gesehen
- Intervention alle 2 Wochen
- Alle 2 Jahr Qualitätsmanagement- was kann verbessert werden?
- Qualitätszirkel mit PND sind gewünscht, bisher als „Einbahnstraße“ wahrgenommen

D) Codebuch

Persönliche Daten

0.1.Alter (V01)

0.2.Grundausbildung (V02):

1= Soziale Arbeit/Sozialpädagogik

2= Psychologie

3= Sonstiges

0.3.Zusatzausbildung (V03) (Mehrfachnennung möglich)

0.3.1. Berater:in in Familien/Ehe/Paarberatung (V031)

1=ja

2=nein

0.3.2. Psychotherapeut:in (V032)

1=ja

2=nein

0.3.3. Schwangerenkonfliktberatung (V033)

1=ja

2=nein

0.3.4.Klientenzentrierte Berater:in (V034)

1=ja

2=nein

0.3.5. Interdisziplinär ausgerichtete Weiterbildung zur Beraterin bei PND (V035)

1=ja

2=nein

0.3.6. systemische Berater:in (V036)

1=ja

2=nein

0.3.7. Sonstiges (V037)

1=ja

2=nein

0.3.7.1. Text (V0371)

0.4. Seit wie vielen Jahren sind sie im Bereich der psychosozialen Beratung bei PND tätig (V04):

0.5. Anzahl der Beratungsgespräche zum Thema PND im Jahr (V05)

0.8. Besteht gehäufte Zusammenarbeit oder Kooperation mit einer Klinik oder Praxis für PND? (V08)

1=ja

2=nein

0.8.1. Wenn ja, mit wem besteht die Kooperation? (V081)

1= Klinik

2= Praxis für Gynäkologie/Pränataldiagnostik

3= Klinik und Praxis

0.8.2. Besteht ein Kooperationsvertrag? (V082)

1=ja

2= nein

0.9. Zeitpunkt des Erstkontaktes fällt vorrangig in den Zeitraum vor /während/nach der Inanspruchnahme von PND (V09)

1= vor PND

2= während PND

3= nach PND

4= gleichgewichtet

0.10. Steht Ihre Beratungsstelle in einem fachlichen Austausch mit anderen Beratungsstellen zu PND in Hessen? (V010)

1= ja

2=nein

1. Frageblock

Psychosoziale Beratung bei PND ist durch spezifische thematische Beratungsschwerpunkte gekennzeichnet. In diesem Frageblock soll erfasst werden, welche Beratungsthemen die größten fachlichen Anforderungen an die BeraterInnen darstellen.

Dazu frage ich zunächst mit einigen Fragen nach Ihrer Einschätzung Ihres Kenntnisstandes in Bezug auf einige Vertiefungsthemen, die in der Beratung bei PND eine besondere Bedeutung spielen. Zum anderen erfrage ich dann, wie Sie einschätzen, dass Sie diese Kenntnisse in der Beratung auch einbringen können.

Hier geht es also zunächst um den Kenntnisstand:

- 1.1.1. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Unterstützung bei schwieriger Entscheidungsfindung** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V111)
- 1.1.2. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V112)
- 1.1.3. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Intervention bei Krisen nach Erhalt eines pathologischen Befundes** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V113)
- 1.1.4. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zur **Trauerbegleitung** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse (V114)
- 1.1.5. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Abläufen in der Klinik bei einem späten Schwangerschaftsabbruch** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V115)
- 1.1.6. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von Kindern mit Behinderungen** ein (finanzielle Unterstützung, Beratung zu rechtlichen Aspekten, Beantragung Pflegegrad, Schwerbehindertenausweis, Frühförderung, Vermittlung an Selbsthilfegruppen, Behindertenverbände), wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V116)

1.1.7. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand zu **Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V117)

1.1.8. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 Ihren Kenntnisstand **zu kindlichen Entwicklungsstörungen** ein, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V118)

1.2. Gewichtung der Schwerpunktthemen/ Welche Schwerpunkte stellen die größten Herausforderungen (es geht um die individuell empfundenen persönlichen und fachlichen Herausforderungen, die der Reflexion und Auseinandersetzung bedürfen) (Mehrfachnennung möglich) (V12)

1.2.1. Beratung bei schwieriger Entscheidungsfindung (V121)

1=ja

2=nein

1.2.2. Beratung bei Partnerschaftskonflikten (V122)

1=ja

2=nein

1.2.3. Beratung bei Krisenintervention (V123)

1=ja

2=nein

1.2.4. Beratung bei Trauerbegleitung (V124)

1=ja

2=nein

1.2.5. Beratung bei spätem Schwangerschaftsabbruch (V125)

1=ja

2=nein

1.2.6. Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten bei behindertem Kind (V126)

1=ja

2=nein

1.2.7. Beratung zu Methoden der PND (V127)

1=ja

2=nein

1.2.8. Beratung bei kindlichen Entwicklungsstörungen (V128)

1=ja

2=nein

2. Fort- und Weiterbildung sind fester Bestandteil des Berufsalltags von BeraterInnen.
Erfasst werden soll in diesem Frageblock, welche Fortbildungen psychosoziale BeraterInnen für die Beratung bei PND wählen und wie sich die oben erfragten Schwerpunktthemen darin abbilden.

2.1.Haben sie eine Fortbildung zum Thema Kommunikation und Gesprächsführung besucht? (V21)

1=ja

2=nein

2.1.1. Häufigkeit (Fobi 2.1.) in den letzten 5 Jahren als Zahl (V211)

2.1.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (V212)

1=ja

2=nein

2.1.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V213)

1=ja

2=nein

2.2.Haben Sie eine Fortbildung zum Thema PND mit medizinischem Schwerpunkt besucht? (V22)

1=ja

2=nein

2.2.1. Häufigkeit in den letzten 5 Jahren als Zahl (V221)

2.2.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (V222)

1=ja

2=nein

2.2.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V223)

1=ja

2=nein

2.3.Haben Sie eine Fortbildung zu Themen der Pädiatrie (Syndrome, Formen der Behinderung, Therapien, Stoffwechselerkrankungen) besucht? (V23)

1=ja

2=nein

2.3.1. Häufigkeit in den letzten 5 Jahren als Zahl (V231)

2.3.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (V231)

1=ja

2=nein

2.3.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V233)

1=ja

2=nein

2.4.Haben Sie eine Fortbildung zur Krisenintervention besucht? (V24)

1=ja

2=nein

2.4.1. Häufigkeit in den letzten 5 Jahren als Zahl (V241)

2.4.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (242)

1=ja

2=nein

2.4.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V243)

1=ja

2=nein

2.5.Haben Sie eine Fortbildung zur Trauerbegleitung besucht? (V25)

1=ja

2=nein

2.5.1. Häufigkeit in den letzten 5 Jahren als Zahl (V251)

2.5.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (V252)

1=ja
2=nein

2.5.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V253)

1=ja
2=nein

2.6.Haben Sie eine Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung besucht? (V26)

1=ja
2=nein

2.6.1. Häufigkeit in den letzten 5 Jahren als Zahl (V261)

2.6.2. Ich richte selber Fortbildungen zu diesem Thema aus. (V262)

1=ja
2=nein

2.6.3. (die Fobi) Ist Teil meiner Grundausbildung und ich habe daher keine weitere Fortbildung dazu in letzter Zeit gemacht. (V263)

1=ja
2=nein

2.7.Haben Sie sonstige Fortbildungen besucht, die sie für Ihre Beratungstätigkeit zur PND als hilfreich einschätzen? (V27)

1=ja
2=nein

2.7.1. Welche? (V271)

2.8.Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein, wie ausreichend Ihre durch Ausbildung (Studium Soziale Arbeit, Psychologie, Medizin) erlangten Kenntnisse für Ihre Beratungstätigkeit bei PND waren, wobei 5 einen allumfassenden Kenntnisstand beschreibt und 1 keine Kenntnisse. (V28)

3. Frageblock

Für die psychosoziale Beratungsarbeit gibt es die Möglichkeit sich an Beratungskonzepten zu orientieren. Es wird erfragt welche Beratungskonzepte Einfluss in Ihre Arbeit als Beraterin finden.

3.1. Orientieren sie sich bei Ihrer Beratung zu den eingangs erfragten Schwerpunktthemen an spezifischen Beratungskonzepten? (V31)

1= ja

2= nein

3.1.1. ja wenn ja :, an welchen der folgenden Beratungskonzepte orientieren Sie Ihre Arbeit vorwiegend? (V311)

3.1.1.1 Systemische Beratung (V3111)

1= ja

2=nein

3.1.1.2.klientenzentrierte Beratung (V3112)

1= ja

2=nein

3.1.1.3.tiefenpsychologisch orientierte Beratung (V3113)

1= ja

2=nein

3.1.1.4.Ressourcenorientierte Beratung (V3114)

1= ja

2=nein

3.1.1.5.Lebensweltorientierter Beratungsansatz (V3115)

1= ja

2= nein

3.1.1.6.Weitere Beratungseinflüsse (V3116)

1=ja

2=nein

3.1.1.6.1. Welche? _____ (V31161)

3.2. An welchen der folgenden Beratungskonzepte orientieren Sie sich weniger? (wurde nicht erhoben)

1= klientenzentrierte Beratung

2= tiefenpsychologisch orientierte Beratung

3= Systemische Beratung

4= Ressourcenorientierte Beratung

5= Lebensweltorientierter Beratungsansatz

6= Weitere Beratungseinflüsse: Welche? _____

3.3. Haben Sie eine Ausbildung zu einem spezifischen Beratungsansatz? (V33)

1= ja

2= nein

3.3.1. Wenn ja, welche? _____ (V331)

3.4. Welchen Beratungsansatz nutzen sie hauptsächlich als Grundlage für ihre Beratung? (V34)

1= keinen

2=systemische Beratung

3=klientenzentrierte Beratung

4= tiefenpsychologischer Beratungsansatz

5=sonstige

4. Frageblock

Als BeraterIn sind sie mit einer Vielzahl von Herausforderungen im Arbeitsalltag konfrontiert (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen und der Kommunikation intern). Für die Auseinandersetzung damit stehen Ihnen teamintern verschiedene Methoden zur Lösungsfindung zur Verfügung. (Supervision, Teamsitzungen mit Fallbesprechungen, Erstellen von Kompetenzprofilen). Die Nutzung dieser Angebote soll an dieser Stelle ermittelt werden.

4.1. Nutzen Sie Supervision für Ihr Team? (V41)

1=*ja*

2=*nein*

4.1.1. Wenn ja, wie regelmäßig im Monat? (V411)

0=0,5 im Monat

1=1x im Monat

2=2x im Monat

3=3x im Monat

4=4x im Monat

5= nach Bedarf

4.2. Führen Sie im Team Fallbesprechungen durch? (V42)

1=*ja*

2=*nein*

4.2.1. Wenn ja, wie regelmäßig im Monat? (V421)

1=1x im Monat

2=2x im Monat

3= 3x im Monat

4= 4x im Monat

5= nach Bedarf

4.3. Halten Sie Teamsitzungen ab? (V43)

1=*ja*

2=*nein*

4.3.1. Wenn ja, wie regelmäßig im Monat? (V431)

1=1x im Monat

2=2x im Monat

3=3x im Monat

4=4x im Monat

5= nach Bedarf

4.4. Führen sie die Methode der kollegiale Beratung durch? (V44)

1=ja

2=nein

4.4.1. Wenn ja, wie regelmäßig im Monat? (V441)

1=1x im Monat

2=2x im Monat

3=3x im Monat

4=4x im Monat

5= nach Bedarf

4.5. Führen Sie in Ihrer Beratungsstelle Qualitätsmanagement durch? (Methoden zur Erfassung der Wirksamkeit ihrer Beratung) (V45)

1=ja

2=nein

4.5.2. Feedback wird im Abschlussgespräch erfragt (V452)

1=ja

2= nein

4.5.3. Feedback wird durch einen Fragebogen ermittelt. (V453)

1=ja

2=nein

5. Frageblock

In diesem Block wird erfragt, wie sich BeraterInnen mit den Herausforderungen (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen, Verbesserung der Kommunikation) im Arbeitsalltag extern (außerhalb des Teams) auseinandersetzen. Ermittelt wird, ob Möglichkeiten von Qualitätszirkel, Hospitationen und Netzwerktreffen genutzt werden.

5.3. Nehmen Sie an Qualitätszirkeln teil? (V51)

1=ja

2=nein

5.1.0. Bezeichnung Qualitätszirkel (V510)

5.3.1. Wenn ja, wie oft im Jahr? (V511)

5.3.2. Welche TeilnehmerInnen nehmen an diesen Qualitätszirkeln teil? (Mehrfachnennung möglich) (V512)

5.1.2.1. GynäkologInnen (V5121)

1=ja

2=nein

5.1.2.2. Hebammen (V5122)

1=ja

2=nein

5.1.2.3. VertreterInnen von Behindertenverbänden (V5123)

1=ja

2=nein

5.1.2.4. VertreterInnen von Selbsthilfegruppen (V5124)

1=ja

2=nein

5.1.2.5. HumangenetikerInnen (V5125)

1=ja

2=nein

5.1.2.6. VertreterInnen der Frühförderung (V5126)

1=ja

2=nein

5.1.2.7. SozialarbeiterInnen Klinik (V5127)

1=ja

2=nein

5.1.2.8. SozialarbeiterInnen andere Einrichtung (V5128)

1=ja

2=nein

5.1.2.9. Andere psychosoziale BeraterInnen bei PND (V5129)

1=ja

2=nein

5.1.2.10. Sonstige (V51210)

1=ja

2=nein

5.1.2. 10.1. Welche? _____(V512101)

(In der nächsten Frage geht es darum, was erreicht wird durch Qualitätszirkel, Effekte)

5.3.3. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt) (V513)

5.1.3.1. Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches (V5131)

5.1.3.2. Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte (V5132)

5.1.3.3. Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe (V5133)

5.1.3.4. Austausch über Praxiserfahrungen (V5134)

5.1.3.5. Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen (V5135)

5.1.3.6. Sonstiges _____ (V5136)

5.3.4. Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einem Qualitätszirkel als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach) (V514)

5.3.4.1. Terminfindung (V5141)

5.3.4.2. Zeitaufwand (V5142)

5.3.4.3. Einbringen in die Diskussion (V5143)

5.3.4.4. Äußerung von Kritik (V5144)

5.3.4.5. Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen (V5145)

5.3.5. Würden Sie noch einmal an einem Qualitätszirkel teilnehmen? (V515)

1= ja

2= nein

5.3.5.1. Wenn nein, warum?(V5151)

1= kein Erkenntnisgewinn

2= schwierige Organisation

3= keine Vergütung

5.4. Haben Sie an Netzwerktreffen teilgenommen? (V52)

1=ja

2 =nein

5.2.0. Bezeichnung Netzwerktreffen

5.4.1. Wenn ja, wie häufig im Jahr? (V521)

5.4.2. Ich richte Netzwerktreffen selber aus. (V522)

1=ja

2=nein

5.4.3. **Welche TeilnehmerInnen gibt es? (Mehrfachnennungen sind möglich) (V523)**

5.2.3.1. ÄrztInnen der Gynäkologie/Pränatalmediziner:innen (V5231)

1=ja

2=nein

5.2.3.2. Hebammen (V5232)

1=ja

2=nein

5.2.3.3. Vertreter:innen von Behindertenverbänden (V5233)

1=ja

2=nein

5.2.3.4. Vertreter:innen von Selbsthilfegruppen (V5234)

1=ja

2=nein

5.2.3.5. Humangenetiker:innen (V5235)

1=ja

2=nein

5.2.3.6. Vertreter:innen der Frühförderung (V5236)

1=ja

2=nein

5.2.3.7. Sozialarbeiter:innen andere Einrichtung (V5237)

1=ja

2=nein

5.2.3.8. Andere psychosoziale Berater:innen bei PND (V5238)

1=ja

2=nein

5.2.3.9. Sonstige (V5239)

1=ja

2=nein

5.2.3.9.1. Welche?_____ (V52391)

5.2.3.10. SozialarbeiterInnen Klinik (V52310)

5.4.4. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Teilnahme an Netzwerktreffen umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt) (V524)

5.4.4.1. Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches (V5241)

5.4.4.2. Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte (V5242)

5.4.4.3. Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe (V5243)

5.4.4.4. Austausch über Praxiserfahrungen (V5244)

5.4.4.5. Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen (V5245)

5.4.4.6. Sonstiges _____ (V5246)

5.4.5. Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einem Netzwerktreffen (mit PND Bezug) als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach) (V525)

5.2.5.1. Terminfindung (V5251)

5.2.5.2. Zeitaufwand (V5252)

5.2.5.3. Einbringen in die Diskussion (V5253)

5.2.5.4. Äußerung von Kritik (V5254)

5.2.5.5. Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen (V5255)

5.2.5.6. Sonstiges (V5256)

5.4.6. Würden Sie nochmals an einem Netzwerktreffen teilnehmen? (V526)

1= ja

2= nein

5.4.6.1. Wenn nein, warum? (war nie der Fall) (V5261)

1=Kein Erkenntnisgewinn

2=schwierige Organisation

3=Keine Vergütung

Hospitationen

5.3. *Haben Sie schon einmal eine Hospitation in einer mit Ihrem Berufsfeld vernetzten Einrichtung gemacht? (V53)*

1=Ja

2= Nein

5.3.3. *In welcher Einrichtung haben Sie hospitiert? (V533)*

5.3.3.1. Praxis für PND/GynäkologIn (V5331)

1=ja

2=nein

5.3.3.2. Hebamme (V5332)

1=ja

2=nein

5.3.3.3. Behindertenverband (V5333)

1=ja

2=nein

5.3.3.4. Selbsthilfegruppe (V5334)

1=ja

2=nein

5.3.3.5. HumangenetikerIn (V5335)

1=ja

2=nein

5.3.3.6. Frühförderung (V5336)

1=ja

2=nein

5.3.3.7. SozialarbeiterInnen Klinik (V5337)

1=ja

2=nein

5.3.3.8. Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung (V5338)

1=ja

2=nein

5.3.3.9. Klinik Gynäkologie/ PND (V5339)

1=ja

2=nein

5.3.3.10. Sonstige

Welchen Effekt hatte die Hospitation?

5.3.4. Bitte schätzen Sie auf einer Skala von 1-5 ein inwieweit folgenden Punkte durch die Hospitation umgesetzt werden konnten. (1=wurde nicht umgesetzt, 2=wurde weniger umgesetzt, 3=neutral, 4=wurde eher umgesetzt, 5= wurde umgesetzt) (V534)

5.3.4.1. Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches (V5341)

5.3.4.2. Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte (V5342)

5.3.4.3. Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe (V5343)

5.3.4.4. Austausch über Praxiserfahrungen (V5344)

5.3.4.5. Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen (V5345)

5.3.4.5.1. Sonstiges _____ (V53451)

5.3.5. Was stellte sich für Sie bei der Teilnahme an einer Hospitation als schwierig/problematisch dar? (1=sehr schwierig, 2=eher schwierig, 3=neutral, 4=eher einfach, 5= einfach) 5.3.4. wurde im Fragebogen zweimal vergeben und wird nur hier als 5.3.5.! codiert (V535)

5.3.5.1. Terminfindung (V5351)

5.3.5.2. Zeitaufwand (V5352)

5.3.5.3. Fachlicher Austausch (V5353)

5.3.5.4. Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen (V5354)

5.3.6. Würden sie nochmals eine Hospitation machen? (V536)

1=ja

2=nein

5.3.7. Hat ein/e VertreterIn aus einem mit ihrem Berufsfeld verbundenen Bereich schon einmal bei Ihnen in der psychosozialen Beratung hospitiert? (V537)

1=ja

2=nein

5.3.7.1. Wenn ja, wer? (Mehrfachnennung möglich) (V5371)

5.3.7.1.1. Praxis für PND/GynäkologIn (V53711)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.2. Hebamme (V53712)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.3. Behindertenverband (V53713)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.4. Selbsthilfegruppe (V53714)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.5. HumangenetikerIn (V53715)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.6. Frühförderung (V53716)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.7. SozialarbeiterInnen Klinik (V53717)

1=ja

2=nein

5.3.7.1.8. Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung (V53718)

1=ja

2=nein

E) Datenanalyse (SPSS) nach Frageblöcken

1. Die Berater:innen:

Grundausbildung:

		Grundausbildung			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	soz. Arbeit	10	83,3	83,3	83,3
	Sonstiges	2	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Zusatzausbildung:

Berater:in in Familien/Ehe/Paarberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	ja	6	50,0	50,0	50,0
	nein	6	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Psychotherapeutin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	ja	2	16,7	16,7	16,7
	nein	10	83,3	83,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Schwangerenkonfliktberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	ja	6	50,0	50,0	50,0
	nein	6	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Schwangerenkonfliktberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	ja	6	50,0	50,0	50,0

	nein	6	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

klientenzentrierte Beraterin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	ja	2	16,7	16,7	16,7
	nein	10	83,3	83,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Interdisziplinär ausgerichtete Weiterbildung zur Beraterin bei PND

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	ja	8	66,7	66,7	66,7
	nein	4	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

systemische Beraterin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	ja	6	50,0	50,0	50,0
	nein	6	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Sonstige Zusatzausbildungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	ja	10	83,3	83,3	83,3
	nein	2	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Text Sonstiges Zusatzausbildung

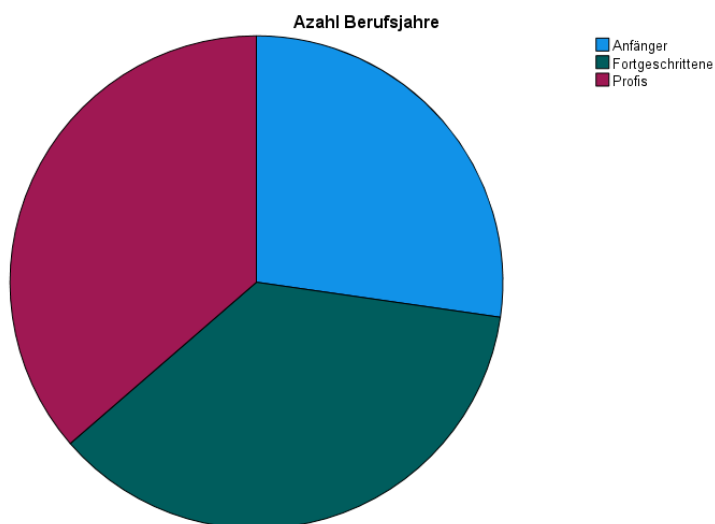
		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig		2	16,7	16,7	16,7

PEKIP	1	8,3	8,3	25,0
psychologische Beraterin für integrative Familienberatung	1	8,3	8,3	33,3
Sexualberaterin, WB Beratung bei Kinderwunsch	1	8,3	8,3	41,7
Sexualmedizinerin, psychoanalyt. WB	1	8,3	8,3	50,0
Sexualpädagoge	1	8,3	8,3	58,3
Systemische Transaktionsanalyse	1	8,3	8,3	66,7
Trauerbegleiterin	1	8,3	8,3	75,0
WB vertrauliche Geburt, WB häusliche Gewalt	1	8,3	8,3	83,3
WB z Abbruch, Tod und Verlust	1	8,3	8,3	91,7
WB zur Kinderschutzfachkraft	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

0.4. Tätigkeit im Bereich der psychosozialen Beratung bei PND in Jahren

Jahre Beratung PND					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	2	16,7	18,2	18,2
	6	1	8,3	9,1	27,3
	9	1	8,3	9,1	36,4
	12	2	16,7	18,2	54,5
	13	1	8,3	9,1	63,6
	20	3	25,0	27,3	90,9
	30	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

		Anzahl Berufsjahre			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Anfänger	3	25,0	27,3	27,3
	Fortgeschrittene	4	33,3	36,4	63,6
	Profis	4	33,3	36,4	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		



0.5. Anzahl der Beratungsgespräche zum Thema PND im Jahr

		Anzahl Beratungsgespräche Jahr			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	1	8,3	8,3	8,3
	1	1	8,3	8,3	16,7
	2	1	8,3	8,3	25,0
	5	1	8,3	8,3	33,3
	6	1	8,3	8,3	41,7
	10	3	25,0	25,0	66,7
	12	1	8,3	8,3	75,0
	14	1	8,3	8,3	83,3

20	1	8,3	8,3	91,7
35	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Anzahl der Beratungsgespräche im Verhältnis zu den Berufsjahren

		Anzahl Berufsjahre		
		Anfänger Anzahl	Fortgeschritte ne Anzahl	Profis Anzahl
Anzahl Beratungsgespräche	keine	0	0	0
	wenig (bis zu 5)	0	1	2
	gelegentlich (zwischen 6 und 10)	2	2	0
	viel (mehr als 11)	1	1	2

0.8. Bestehen einer Kooperation mit einer Klinik oder Praxis für PND

Vorhandensein einer Kooperation

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	7	58,3	58,3	58,3
	nein	5	41,7	41,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	



0.8.1. Kooperationspartner

		Kooperationspartner		Gültige	Kumulierte
		Häufigkei t	Prozent	Prozente	Prozente
Gültig	Klinik	3	25,0	42,9	42,9
	Praxis für Gynäkologie/ Pränataldiagnostik	2	16,7	28,6	71,4
	Klinik und Praxis	2	16,7	28,6	100,0
	Gesamt	7	58,3	100,0	
Fehlend	System	5	41,7		
Gesamt		12	100,0		

0.8.2. Vorhandensein eines Kooperationsvertrages

		Häufigkei t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	8,3	14,3	14,3
	nein	6	50,0	85,7	100,0
	Gesamt	7	58,3	100,0	
Fehlend	System	5	41,7		
Gesamt		12	100,0		

0.9. Zeitpunkt des Erstkontaktes

		Häufigkei t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	während PND	4	33,3	33,3	33,3
	nach PND	8	66,7	66,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

0.10. fachlichen Austausch mit anderen Beratungsstellen zu PND

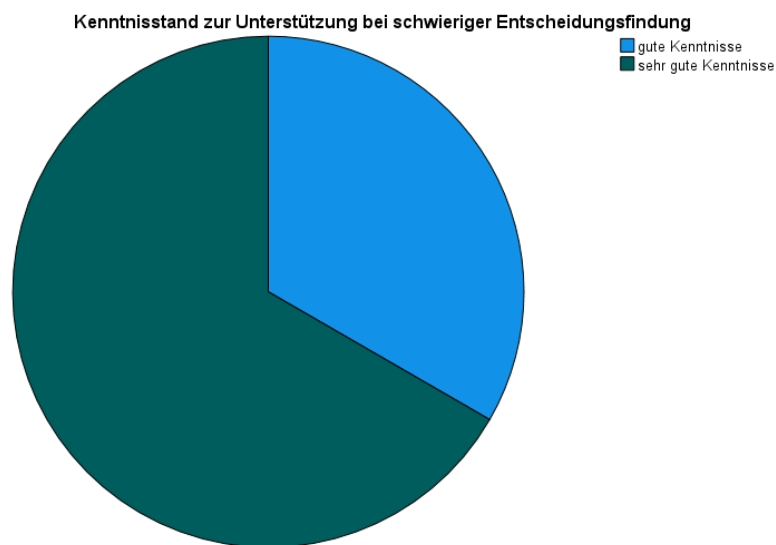
in Hessen

		Häufigkei t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	11	91,7	91,7	91,7
	nein	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

1. Frageblock: Psychosoziale Beratung bei PND ist durch spezifische thematische Beratungsschwerpunkte gekennzeichnet. In diesem Frageblock soll erfasst werden, welche Beratungsthemen die größten fachlichen Anforderungen an die BeraterInnen darstellen.

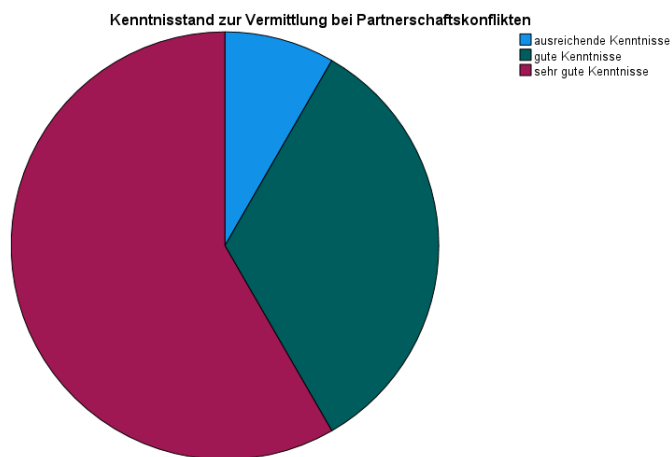
Kennnisstand zur Unterstützung bei schwieriger Entscheidungsfindung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig gute Kenntnisse	4	33,3	33,3	33,3
sehr gute Kenntnisse	8	66,7	66,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	



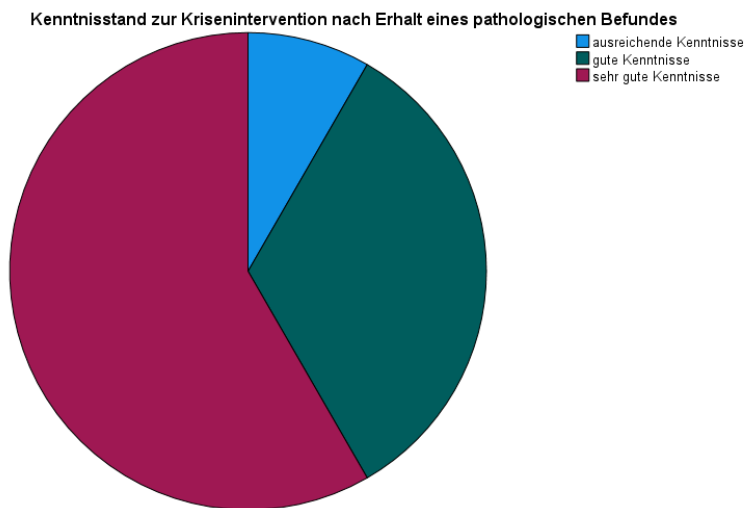
Kennnisstand zur Vermittlung bei Partnerschaftskonflikten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ausreichende Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
gute Kenntnisse	4	33,3	33,3	41,7
sehr gute Kenntnisse	7	58,3	58,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	



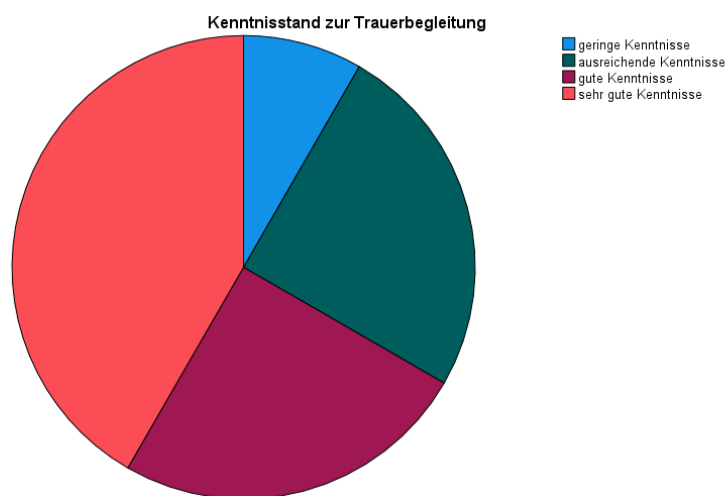
Kenntnisstand zur Krisenintervention nach Erhalt eines pathologischen Befundes

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ausreichende Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
gute Kenntnisse	4	33,3	33,3	41,7
sehr gute Kenntnisse	7	58,3	58,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	



Kennntnisstand zur Trauerbegleitung

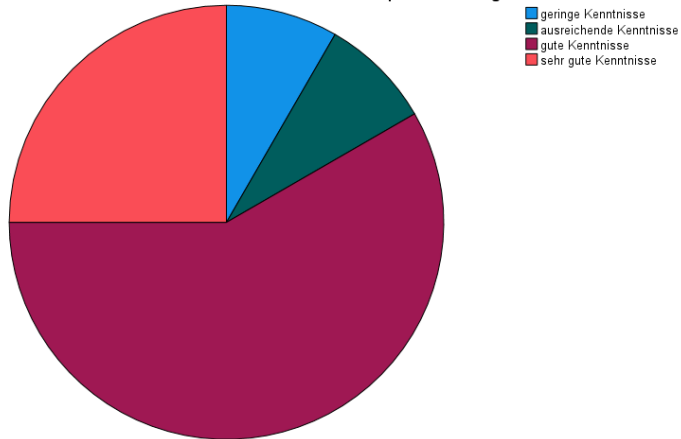
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	geringe Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
	ausreichende Kenntnisse	3	25,0	25,0	33,3
	gute Kenntnisse	3	25,0	25,0	58,3
	sehr gute Kenntnisse	5	41,7	41,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	



Kennntnisstand zu Abläufen in der Klinik bei einem späten Schwangerschaftsabbruch

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	geringe Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
	ausreichende Kenntnisse	1	8,3	8,3	16,7
	gute Kenntnisse	7	58,3	58,3	75,0
	sehr gute Kenntnisse	3	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

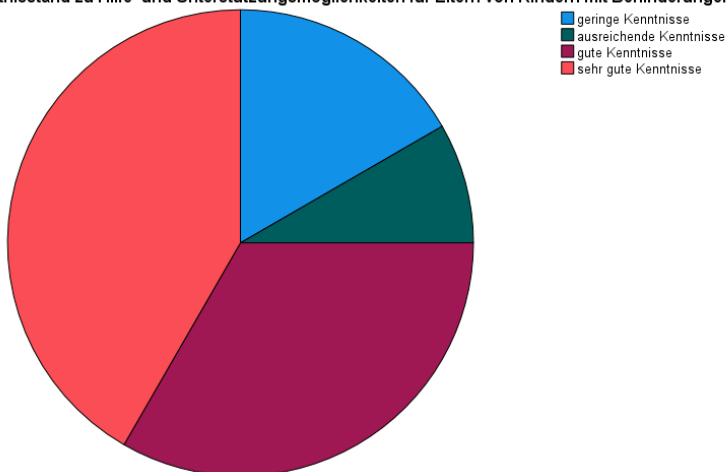
Kennnisstand zu Abläufen in der Klinik bei einem späten Schwangerschaftsabbruch



Kennnisstand zu Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von Kindern mit Behinderungen

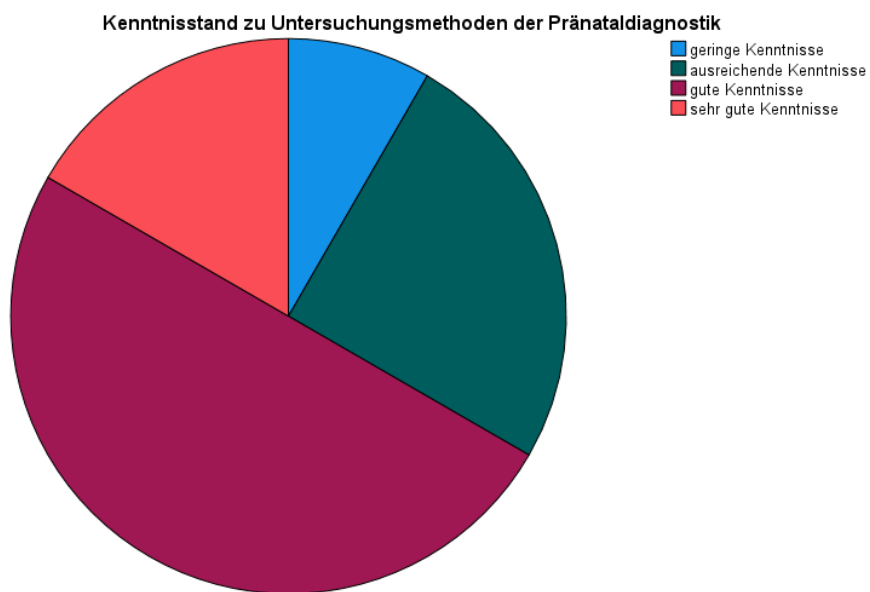
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig geringe Kenntnisse	2	16,7	16,7	16,7
ausreichende Kenntnisse	1	8,3	8,3	25,0
gute Kenntnisse	4	33,3	33,3	58,3
sehr gute Kenntnisse	5	41,7	41,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Kennnisstand zu Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern von Kindern mit Behinderungen



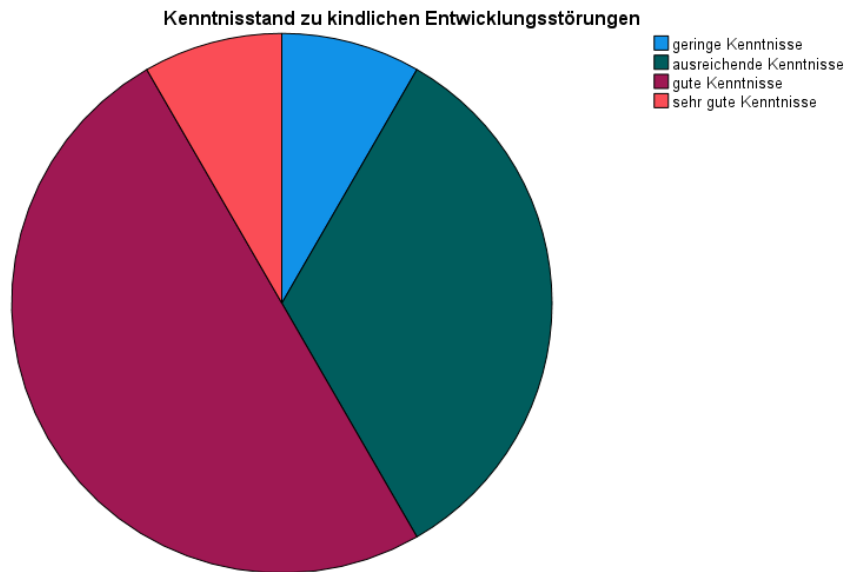
Kenntnisstand zu Untersuchungsmethoden der Pränataldiagnostik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	geringe Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
	ausreichende Kenntnisse	3	25,0	25,0	33,3
	gute Kenntnisse	6	50,0	50,0	83,3
	sehr gute Kenntnisse	2	16,7	16,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	



Kenntnisstand zu kindlichen Entwicklungsstörungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	geringe Kenntnisse	1	8,3	8,3	8,3
	ausreichende Kenntnisse	4	33,3	33,3	41,7
	gute Kenntnisse	6	50,0	50,0	91,7
	sehr gute Kenntnisse	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	



Gewichtung der Schwerpunktthemen:

Beratung bei schwieriger Entscheidungsfindung

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	4	33,3	33,3	33,3
nein	8	66,7	66,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung bei Partnerschaftskonflikten

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	3	25,0	25,0	25,0
nein	9	75,0	75,0	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung bei Krisenintervention

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung bei Trauerbegleitung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung bei spätem Schwangerschaftsabbruch

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung zu Unterstützungsmöglichkeiten bei behindertem Kind

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung zu Methoden der PND

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Beratung bei kindlichen Entwicklungsstörungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	8,3	8,3
nein	11	91,7	91,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

2. Themenblock Fortbildungen Fort- und Weiterbildung sind fester Bestandteil des Berufsalltags von BeraterInnen. Erfasst werden soll in diesem Frageblock, welche Fortbildungen psychosoziale BeraterInnen für die Beratung bei PND wählen und wie sich die oben erfragten Schwerpunktthemen darin abbilden.

Fortbildung Kommunikation und Gesprächsführung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	83,3	90,9	90,9
	nein	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Fortbildung zu PND mit medizinischem Schwerpunkt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	50,0	54,5	54,5
	nein	5	41,7	45,5	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Häufigkeit (Fortbildung PND) in den letzten 5 Jahren als Zahl

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	7	58,3	63,6	63,6
	1	1	8,3	9,1	72,7
	2	1	8,3	9,1	81,8
	5	2	16,7	18,2	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Fortbildung zu Themen der Pädiatrie

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	4	33,3	36,4	36,4
	nein	7	58,3	63,6	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Häufigkeit (Fortbildung Pädiatrie) in den letzten 5 Jahren als Zahl

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	9	75,0	81,8	81,8
	1	1	8,3	9,1	90,9
	5	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Fortbildung zur Krisenintervention

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	11	91,7	100,0	100,0
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Häufigkeit (Fortbildung Krisenintervention) in den letzten 5 Jahren als Zahl

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	4	33,3	36,4	36,4
	1	4	33,3	36,4	72,7
	2	2	16,7	18,2	90,9
	5	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Fortbildung zur Trauerbegleitung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	6	50,0	54,5	54,5
	nein	5	41,7	45,5	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Häufigkeit (Fortbildung Trauerbegleitung) in den letzten 5 Jahren als Zahl

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	0	7	58,3	63,6	63,6
	1	3	25,0	27,3	90,9
	2	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	10	83,3	90,9	90,9
	nein	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Häufigkeit (Fortbildung Paarberatung) in den letzten 5 Jahren als Zahl

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	0	6	50,0	54,5	54,5
	1	2	16,7	18,2	72,7
	5	3	25,0	27,3	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

sonstige besuchte Fortbildungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	8	66,7	72,7	72,7
	nein	3	25,0	27,3	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Überblick „sonstige Fortbildungen“

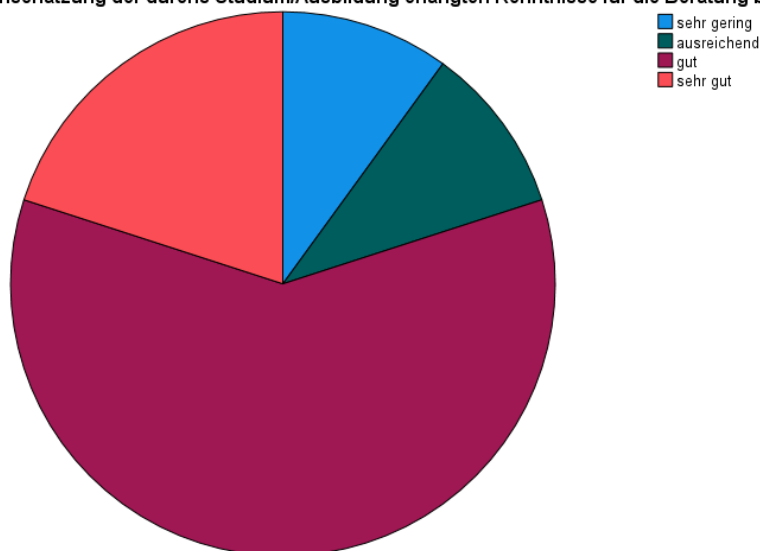
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		4	33,3	33,3	33,3
	Familientherapie	1	8,3	8,3	41,7
	FB zu psychischen Krisen, system. Beratung; Projekt HeLB	1	8,3	8,3	50,0
	Fobi psychoanalytische Supervision	1	8,3	8,3	58,3
	Gesprächsführung nach Rosenberg, Transaktions analyse	1	8,3	8,3	66,7
	Reproduktionsmedizin, Fachkongresse Gynäkologie	1	8,3	8,3	75,0
	Sexualtherapie, Paarbera- tung	1	8,3	8,3	83,3
	Sozialberatung, Schwan- gerenberatung	1	8,3	8,3	91,7
	Thema Trauma, Schwere Geburten	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Einschätzung der durchs Studium/Ausbildung erlangten Kenntnisse für die Beratung bei PND

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr gering	1	8,3	10,0	10,0
	ausreichend	1	8,3	10,0	20,0

	gut	6	50,0	60,0	80,0
	sehr gut	2	16,7	20,0	100,0
	Gesamt	10	83,3	100,0	
Fehlend	System	2	16,7		
Gesamt		12	100,0		

Einschätzung der durchs Studium/Ausbildung erlangten Kenntnisse für die Beratung bei PND



Fortbildung Kommunikation und Gesprächsführung * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	Gesamt
Fobi Kommunikation und Gesprächsführung	ja	Anzahl	2	4	3	9
		% von Fobi Kommunikation und Gesprächsführung	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	66,7%	100,0%	100,0%	90,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	40,0%	30,0%	90,0%
	nein	Anzahl	1	0	0	1
		% von Fobi Kommunikation und Gesprächsführung	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	33,3%	0,0%	0,0%	10,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
Gesamt		Anzahl	3	4	3	10

	% von Fobi Kommunikation und Gesprächsführung	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	% von Anzahl Berufsjahre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%

Fortbildung zu PND mit medizinischem Schwerpunkt * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	Gesamt
Fobi zu PND mit medizinischem Schwerpunkt	ja	Anzahl	1	3	1	5
		% von Fobi zu PND mit medizinischem Schwerpunkt	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	33,3%	75,0%	33,3%	50,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	30,0%	10,0%	50,0%
	nein	Anzahl	2	1	2	5
		% von Fobi zu PND mit medizinischem Schwerpunkt	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	66,7%	25,0%	66,7%	50,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	10,0%	20,0%	50,0%
Gesamt	Anzahl	3	4	3	10	
	% von Fobi zu PND mit medizinischem Schwerpunkt	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%	
	% von Anzahl Berufsjahre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%	

Fortbildung zu Themen der Pädiatrie * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			Gesamt
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	
Fortbildung zu Themen der Pädiatrie	ja	Anzahl	1	1	1	3
		% von Fortbildung zu Themen der Pädiatrie	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	33,3%	25,0%	33,3%	30,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	10,0%	10,0%	30,0%
	nein	Anzahl	2	3	2	7
		% von Fortbildung zu Themen der Pädiatrie	28,6%	42,9%	28,6%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	66,7%	75,0%	66,7%	70,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	30,0%	20,0%	70,0%
Gesamt	Anzahl		3	4	3	10
	% von Fortbildung zu Themen der Pädiatrie		30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	% von Anzahl Berufsjahre		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl		30,0%	40,0%	30,0%	100,0%

Fortbildung zur Krisenintervention * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			Gesamt
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	
Fortbildung zur Krisenintervention	ja	Anzahl	3	4	3	10
		% von Fortbildung zur Krisenintervention	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
Gesamt	Anzahl		3	4	3	10
	% von Fortbildung zur Krisenintervention		30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
	% von Anzahl Berufsjahre		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% der Gesamtzahl		30,0%	40,0%	30,0%	100,0%

Fortbildung zur Trauerbegleitung * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			Gesamt
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	
Fortbildung zur Trauerbegleitung	ja	Anzahl	1	3	1	5
		% von Fortbildung zur Trauerbegleitung	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	33,3%	75,0%	33,3%	50,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	30,0%	10,0%	50,0%
	nein	Anzahl	2	1	2	5
		% von Fortbildung zur Trauerbegleitung	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	66,7%	25,0%	66,7%	50,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	10,0%	20,0%	50,0%
Gesamt	Anzahl	3	4	3	10	
	% von Fortbildung zur Trauerbegleitung	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%	
	% von Anzahl Berufsjahre	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% der Gesamtzahl	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%	

Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung * Anzahl Berufsjahre Kreuztabelle

			Anzahl Berufsjahre			
			Anfänger	Fortgeschrittene	Profis	Gesamt
Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung	ja	Anzahl	2	4	3	9
		% von Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung	22,2%	44,4%	33,3%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	66,7%	100,0%	100,0%	90,0%
		% der Gesamtzahl	20,0%	40,0%	30,0%	90,0%
	nein	Anzahl	1	0	0	1
		% von Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% von Anzahl Berufsjahre	33,3%	0,0%	0,0%	10,0%
		% der Gesamtzahl	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%
	Gesamt	Anzahl	3	4	3	10
		% von Fortbildung mit inhaltlichen Bezügen zur Paarberatung	30,0%	40,0%	30,0%	100,0%
% von Anzahl Berufsjahre		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% der Gesamtzahl		30,0%	40,0%	30,0%	100,0%	

3. Frageblock:

Für die psychosoziale Beratungsarbeit gibt es die Möglichkeit sich an Beratungskonzepten zu orientieren. Es wird erfragt welche Beratungskonzepte Einfluss in Ihre Arbeit als Beraterin finden.

systemische Beratung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente
Gültig ja	11	91,7	91,7	91,7
nein	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

klientenzentrierte Beratung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente
Gültig ja	5	41,7	41,7	41,7
nein	7	58,3	58,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

tiefenpsychologisch orientierte Beratung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente
Gültig ja	5	41,7	41,7	41,7
nein	7	58,3	58,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

ressourcenorientierte Beratung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente
Gültig ja	8	66,7	66,7	66,7
nein	4	33,3	33,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Lebensweltorientierter Beratungsansatz

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente
Gültig nein	12	100,0	100,0	100,0

Weitere Beratungseinflüsse

	Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
	t		Prozente	Prozente

Gültig ja	3	25,0	25,0	25,0
nein	9	75,0	75,0	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

welche Beratungsansätze

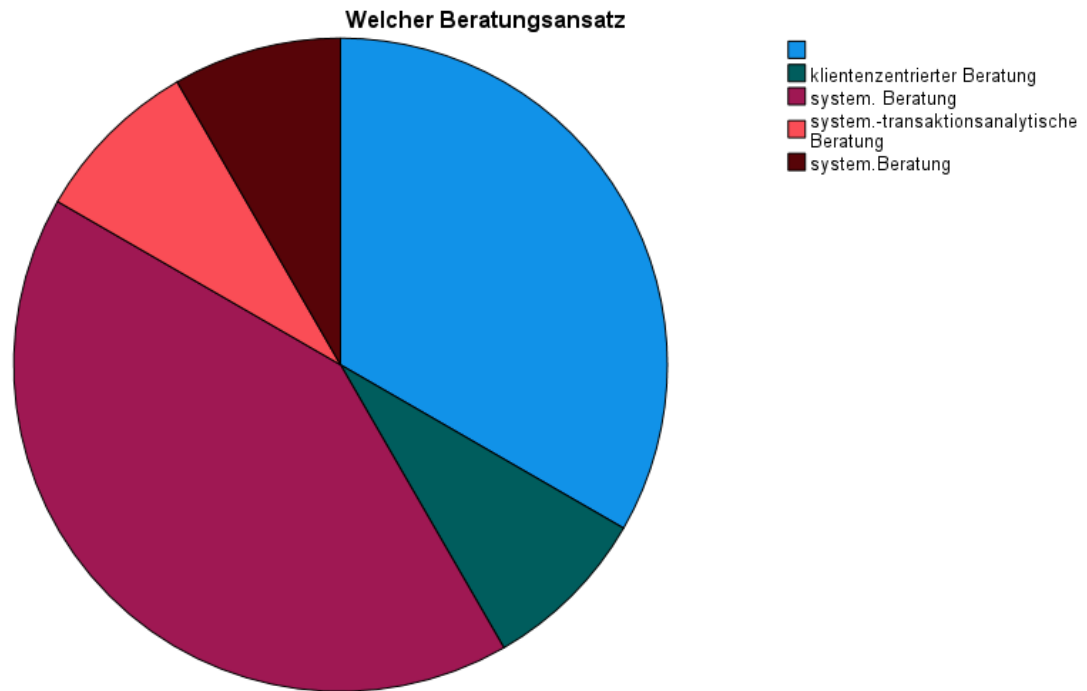
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	9	75,0	75,0	75,0
lösungsorientierte Beratung	1	8,3	8,3	83,3
lösungsorientierte Trauerbegleitung	1	8,3	8,3	91,7
system.- transaktionsanalytische Beratung	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Ausbildung Beratungsansatz

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	8	66,7	66,7	66,7
nein	4	33,3	33,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Welcher Beratungsansatz (Ausbildung)

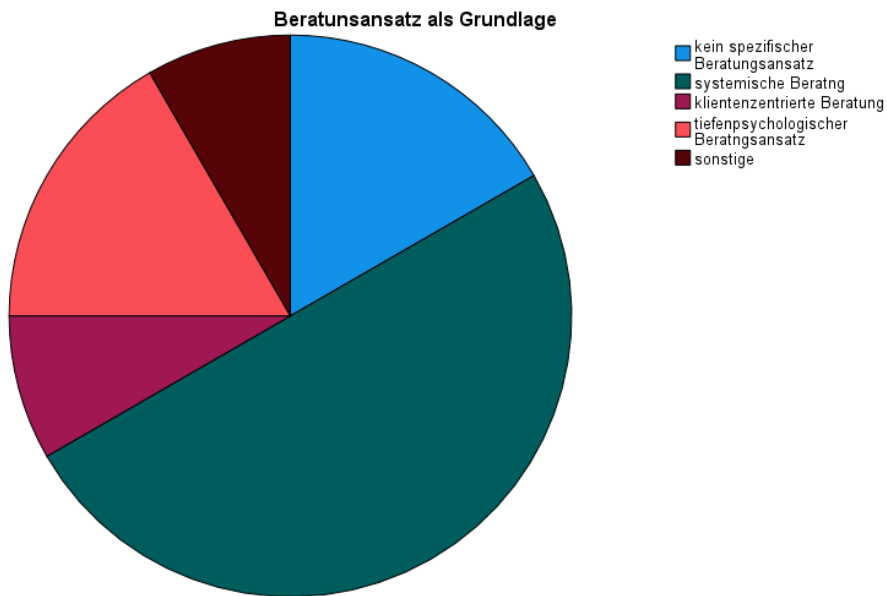
	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	4	33,3	33,3	33,3
klientenzentrierter Beratung	1	8,3	8,3	41,7
system. Beratung	5	41,7	41,7	83,3
system.- transaktionsanalytische Beratung	1	8,3	8,3	91,7
system.Beratung	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	



Hinweis: systemische Beratung wird in zwei Bereichen aufgeführt, Grund ist ein Rechtschreibfehler

Beratungsansatz als Grundlage

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig kein spezifischer Beratungsansatz	2	16,7	16,7	16,7
systemische Beratung	6	50,0	50,0	66,7
klientenzentrierte Beratung	1	8,3	8,3	75,0
tiefenpsychologischer Beratungsansatz	2	16,7	16,7	91,7
sonstige	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	



4. Frageblock :

Als BeraterIn sind sie mit einer Vielzahl von Herausforderungen im Arbeitsalltag konfrontiert (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen und der Kommunikation intern). Für die Auseinandersetzung damit stehen Ihnen teamintern verschiedene Methoden zur Lösungsfindung zur Verfügung. (Supervision, Teamsitzungen mit Fallbesprechungen, Erstellen von Kompetenzprofilen). Die Nutzung dieser Angebote soll an dieser Stelle ermittelt werden.

Häufigkeit Supervision im Monat

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	0,5x im Monat	2	16,7	16,7	16,7
	1x im Monat	6	50,0	50,0	66,7
	nach Bedarf	4	33,3	33,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Häufigkeit Fallbesprechungen im Monat

		Häufigkeit	Prozent	Gültige	Kumulierte
		t		Prozente	Prozente
Gültig	2x im Monat	2	16,7	18,2	18,2
	4x im Monat	3	25,0	27,3	45,5
	nach Bedarf	6	50,0	54,5	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		

Gesamt	12	100,0		
--------	----	-------	--	--

Teamsitzungen

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	12	100,0	100,0	100,0

Häufigkeit Teamsitzungen im Monat

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 1x im Monat	2	16,7	16,7	16,7
2x im Monat	3	25,0	25,0	41,7
4x im Monat	5	41,7	41,7	83,3
nach Bedarf	2	16,7	16,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Methode der kollegialen Beratung

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	4	33,3	33,3	33,3
nein	8	66,7	66,7	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Häufigkeit kollegiale Beratung im Monat

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nach Bedarf	4	33,3	100,0	100,0
Fehlend System	8	66,7		
Gesamt	12	100,0		

Qualitätsmanagement

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
--	-----------------	---------	---------------------	------------------------

Gültig	ja	4	33,3	33,3	33,3
	nein	8	66,7	66,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Feedback im Abschlussgespräch

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	4	33,3	100,0	100,0
Fehlend	System	8	66,7		
Gesamt		12	100,0		

Feedback Fragebogen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	8,3	25,0	25,0
	nein	3	25,0	75,0	100,0
	Gesamt	4	33,3	100,0	
Fehlend	System	8	66,7		
Gesamt		12	100,0		

5. Frageblock:

In diesem Block wird erfragt, wie sich BeraterInnen mit den Herausforderungen (fachlicher Kenntnisstand, Verbesserung von Organisationsabläufen, Verbesserung der Kommunikation) im Arbeitsalltag extern (außerhalb des Teams) auseinandersetzen. Ermittelt wird, ob Möglichkeiten von Qualitätszirkel, Hospitationen und Netzwerktreffen genutzt werden.

Qualitätszirkel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	8,3	8,3	8,3
	nein	11	91,7	91,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Häufigkeit Qualitätszirkel im Jahr

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	6,0	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Gynäkologinnen

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Hebammen

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Vertreter:innen von Behindertenverbänden

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Vertreter:innen von Selbsthilfegruppen

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Humangenetiker:innen

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Vertreter:innen der Frühförderung

	Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend System	11	91,7		
Gesamt	12	100,0		

Sozialarbeiter:innen Klinik

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Sozialarbeiter:innen andere Einrichtung

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Andere psychosoziale Berater:innen bei PND

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Sonstige

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Effekte Qualitätszirkel:**Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches**

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde eher umgesetzt	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde umgesetzt	1	8,3	100,0	100,0

Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde umgesetzt	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Austausch über Praxiserfahrungen

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde umgesetzt	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde umgesetzt	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Sonstiges

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		11	91,7	91,7	91,7
	Ethikvorstellungen der Teilnehmerinnen kann erfahren werden	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Schwierigkeiten/Probleme:

Terminfindung

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	einfach	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Zeitaufwand

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	einfach	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Einbringen in die Diskussion

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	einfach	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Äußerung von Kritik

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	einfach	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	einfach	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

nochmalige Teilnahme an Qualitätszirkel gewünscht

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	1	8,3	100,0	100,0
Fehlend	System	11	91,7		
Gesamt		12	100,0		

Netzwerktreffen Teilnahme

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	11	91,7	91,7	91,7
	nein	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Netzwerk Bezeichnung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	8,3	8,3	8,3
NW "Frühe Hilfen"; NW chron. Kranke Kinder, NW "Leere Wiege", NW "Kinderwunschzeit"	1	8,3	8,3	16,7
AK PND (4 SS- Beratungsstellen); Netzwerk Diakonie Hessen, alle 2 J."QZ" v Donum Vitae	1	8,3	8,3	25,0
AK PND; all 2 J. QZ v. Donum Vitae	1	8,3	8,3	33,3
AK vertrauliche Geburt, NW Sexualpädagogik	1	8,3	8,3	41,7
Arbeitskreis PND, "Frühe Hilfen", "QZ" Donum Vitae zu PND alle 2 Jahre	1	8,3	8,3	50,0
interdisziplinärer Qualitätsdialog im LK PND mit Bezug	1	8,3	8,3	58,3
Netzwerk "Frühe Hilfen"	1	8,3	8,3	66,7
Netzwerk "Leere Wiege"	1	8,3	8,3	75,0
Netzwerk PND Frankfurt	1	8,3	8,3	83,3
NW pro Familia Landesverband	1	8,3	8,3	91,7
NW Schwangerenberatungss tellen der pro familia Hessen	1	8,3	8,3	100,0
Gesamt	12	100,0	100,0	

Häufigkeit Netzwerk Jahr

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	4	33,3	36,4	36,4
	2	2	16,7	18,2	54,5
	4	4	33,3	36,4	90,9
	6	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Teilnehmer:innen Netzwerk:

ÄrztInnen der Gynäkologie

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	3	25,0	27,3	27,3
	nein	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Vertreterinnen von Behindertenverbänden

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	2	16,7	18,2	18,2
	nein	9	75,0	81,8	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	2	16,7	18,2	18,2
	nein	9	75,0	81,8	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Humangenetikerinnen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	1	3	25,0	27,3	27,3
	2	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	5	41,7	45,5	45,5
	nein	6	50,0	54,5	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Sonstige Teilnehmer:innen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig		6	50,0	50,0	50,0
	Psycho. Juristen, Frühe Hilfen, Jugendamt, Frauenbüro, Fam.Hebamme	1	8,3	8,3	58,3
	Seelsorge, Familienhebamme	3	25,0	25,0	83,3
	Seelsorgerinnen, Palliativteam	1	8,3	8,3	91,7
	Seelsorgerinnen, Trauerbegleiterinnen, Psychologinnen	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Hebammen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	7	58,3	63,6	63,6
	nein	4	33,3	36,4	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		

Gesamt	12	100,0		
--------	----	-------	--	--

Andere psychosoziale Beraterinnen bei PND

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	10	83,3	90,9	90,9
	nein	1	8,3	9,1	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

SozialarbeiterInnen Klinik

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	11	91,7	100,0	100,0
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Effekte der Netzwerktreffen:

Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde nicht umgesetzt	1	8,3	9,1	9,1
	wurde weniger umgesetzt	1	8,3	9,1	18,2
	neutral	1	8,3	9,1	27,3
	wurde umgesetzt	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Austausch über Praxiserfahrungen

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde nicht umgesetzt	2	16,7	18,2	18,2
	neutral	2	16,7	18,2	36,4
	wurde umgesetzt	7	58,3	63,6	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	wurde nicht umgesetzt	3	25,0	27,3	27,3
	neutral	1	8,3	9,1	36,4
	wurde umgesetzt	7	58,3	63,6	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	wurde nicht umgesetzt	1	8,3	9,1	9,1
	neutral	2	16,7	18,2	27,3
	wurde umgesetzt	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Schwierigkeiten/Probleme:

Terminfindung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	neutral	1	8,3	9,1	9,1
	eher einfach	1	8,3	9,1	18,2
	einfach	9	75,0	81,8	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Einbringen in die Diskussion

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	neutral	2	16,7	18,2	18,2
	eher einfach	1	8,3	9,1	27,3
	einfach	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Zeitaufwand

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	neutral	1	8,3	9,1	9,1
	eher einfach	2	16,7	18,2	27,3
	einfach	8	66,7	72,7	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Äußerung von Kritik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	neutral	1	8,3	9,1	9,1
	eher einfach	1	8,3	9,1	18,2
	einfach	9	75,0	81,8	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Entgegenbringung von Wertschätzung durch andere TeilnehmerInnen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	neutral	1	8,3	9,1	9,1
	eher einfach	1	8,3	9,1	18,2
	einfach	9	75,0	81,8	100,0
	Gesamt	11	91,7	100,0	
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Sonstiges

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig		8	66,7	66,7	66,7
	Ärzte fehlen	1	8,3	8,3	75,0
	keine Wahrnehmung v. Gyn erfahre	1	8,3	8,3	83,3
	Kommun. mit Ärzten schwierig	1	8,3	8,3	91,7
	Konkurrenz unter Beratungsstellen	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Wunsch nach erneuter Teilnahme an Netzwerktreffen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	11	91,7	100,0	100,0
Fehlend	System	1	8,3		
Gesamt		12	100,0		

Hospitationen:**Teilnahme an Hospitation**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	8	66,7	66,7	66,7
	nein	4	33,3	33,3	100,0
Gesamt		12	100,0	100,0	

Hospitationsort**Praxis für PND/GynäkologIn**

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	2	16,7	25,0	25,0
	nein	6	50,0	75,0	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Hebamme

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	nein	8	66,7	100,0	100,0
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Behindertenverband

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	nein	8	66,7	100,0	100,0

Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Selbsthilfegruppe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	1	8,3	12,5	12,5
	nein	7	58,3	87,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Humangenetikerin

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	1	8,3	12,5	12,5
	nein	7	58,3	87,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Frühförderung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	nein	8	66,7	100,0	100,0
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

SozialarbeiterInnen Klinik

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	1	8,3	12,5	12,5
	nein	7	58,3	87,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	t				
Gültig	ja	1	8,3	12,5	12,5
	nein	7	58,3	87,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	

Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Klinik Gynäkologie/ PND

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	4	33,3	50,0	50,0
	nein	4	33,3	50,0	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Sonstige

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	10	83,3	83,3	83,3
	2	1	8,3	8,3	91,7
	Theologin in der Klinik, Familienhebamme	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Effekte Hospitation:

Verbesserung des fachlichen Informationsaustausches

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	wurde eher umgesetzt	2	16,7	25,0	25,0
	wurde umgesetzt	6	50,0	75,0	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Aufbau und Verfestigung persönlicher Kontakte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	netral	2	16,7	25,0	25,0
	wurde eher umgesetzt	2	16,7	25,0	50,0
	wurde umgesetzt	4	33,3	50,0	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Austausch zur Verbesserung organisatorischer Abläufe

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	wurde nicht umgesetzt	1	8,3	12,5	12,5
	netral	2	16,7	25,0	37,5
	wurde eher umgesetzt	1	8,3	12,5	50,0
	wurde umgesetzt	4	33,3	50,0	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Austausch über Praxiserfahrungen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	netral	2	16,7	25,0	25,0
	wurde eher umgesetzt	1	8,3	12,5	37,5
	wurde umgesetzt	5	41,7	62,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Steigerung der Anerkennung durch andere Berufsgruppen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
		t			
Gültig	wurde nicht umgesetzt	1	8,3	12,5	12,5
	wurde eher umgesetzt	2	16,7	25,0	37,5
	wurde umgesetzt	5	41,7	62,5	100,0
	Gesamt	8	66,7	100,0	
Fehlend	System	4	33,3		
Gesamt		12	100,0		

Hospitation durch andere in eigener Einrichtung

erfolgte Hospitation durch andere Berufsgruppen in eigener Einrichtung

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	6	50,0	50,0	50,0
	nein	6	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Praxis für PND/GynäkologIn

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
	Gesamt	12	100,0		

Hebamme

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
	Gesamt	12	100,0		

Behindertenverband

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
	Gesamt	12	100,0		

Selbsthilfegruppe

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
	Gesamt	12	100,0		

Humangenetiker:in

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
	Gesamt	12	100,0		

SozialarbeiterInnen Klinik

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	6	50,0	100,0	100,0
Fehlend	System	6	50,0		
Gesamt		12	100,0		

Sozialarbeiterinnen andere Einrichtung

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	2	16,7	33,3	33,3
	nein	4	33,3	66,7	100,0
	Gesamt	6	50,0	100,0	
Fehlend	System	6	50,0		
Gesamt		12	100,0		

Praktikantin Soziale Arbeit

		Häufigkeit t	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	4	33,3	66,7	66,7
	nein	2	16,7	33,3	100,0
	Gesamt	6	50,0	100,0	
Fehlend	System	6	50,0		
Gesamt		12	100,0		