

## 2.2.1 Das interaktive Beratungskonzept

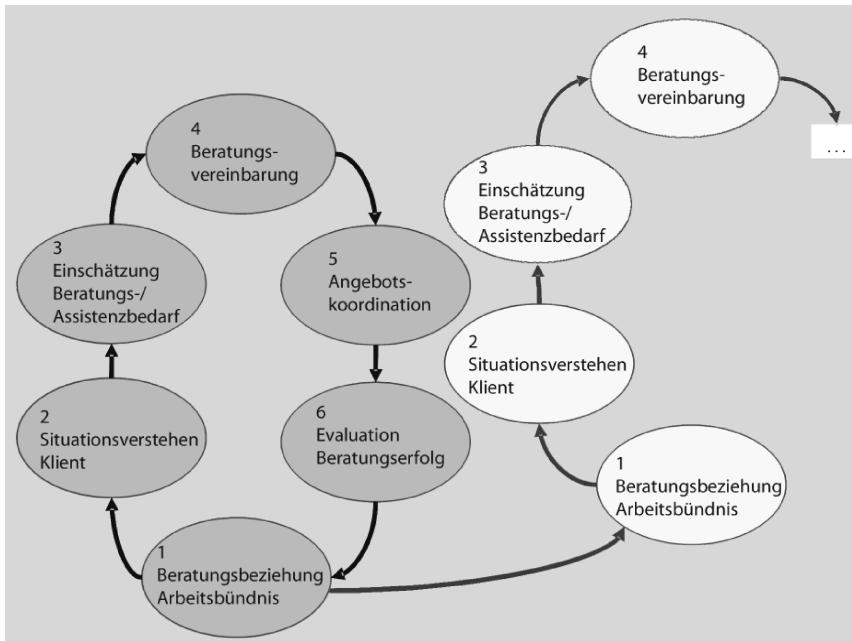
ASTRID HEROLD-MAJUMDAR UND ROLAND JOBST

Im Mittelpunkt des Beratungsprozesses steht die Rat suchende Person. Mit sämtlichen Bürgerrechten ausgestattet, ist sie ein mündiger und selbstbestimmter Partner in der Beratungsbeziehung. Der Erfolg der Beratung ist auch wesentlich davon abhängig, ob es gelingt, die Person mit ihrer Sicht der Dinge in den Beratungsprozess einzubinden. Im Rahmen des Gender-Ansatzes sollen Beratungskonzepte nach Geschlecht differenziert sein. Beratungsangebote müssen angesichts des zunehmenden Anteils pflegebedürftiger Bürger mit Migrationshintergrund und unterschiedlicher individueller Lebensstile in unserer Gesellschaft auch transkulturell ausgerichtet sein. Der zugrunde liegende systemische und ressourcenorientierte Beratungsansatz richtet sein Augenmerk bereits auf die individuellen Wünsche und Lebensentwürfe, die nicht nur vom Geschlecht, sondern auch von Herkunft, Kultur und Glaubenszugehörigkeit abhängig sind.

Ziele des ressourcenorientierten systemischen Beratungsansatzes sind eine möglichst lange Unabhängigkeit von pflegerischer Assistenz und Erhalt der Selbstbestimmung im Fall des Bedarfes an Pflege und Assistenz. Der Verlust der Durchführungsautonomie (Autarkie im Sinne, sich selbst pflegen zu können) durch physische, psychische oder kognitive Einschränkungen begründet einen verstärkten Schutz der Entscheidungsautonomie [1, 2].

Die Pflege nimmt eine „Anwaltsfunktion“ insbesondere für die Bürger wahr, welche aufgrund kognitiver und psychischer Einschränkungen (z.B. bei Demenz) ihre Wünsche und Lebensentwürfe nicht mehr direkt verbal äußern und einfordern können. Durch aufmerksame Beobachtung und empathische Wahrnehmung sämtlicher Reaktionen und Äußerungen (z.B. der Mimik und Gestik) auf ein Angebot sowie durch die behutsame Interpretation dieser Äußerungen, können individuelle Wahlmöglichkeiten und Alternativen angeboten werden. Persönlichkeit und Selbstbestimmung im Sinne der Entscheidungsautonomie bleiben erhalten. Die Effizienz der Pflegeberatung ist daher insbesondere an ihrer Ausrichtung am jeweils einzigartigen Klienten, seinen Bedürfnissen und Wünschen und an den angebotenen Wahlmöglichkeiten zu messen.

Ein Modell als ein vereinfachtes Abbild der Wirklichkeit kann dabei unterstützen, Beratungsbeziehungen reflektiert, professionell und systematisch aufzubauen und zu pflegen. Es kann als Orientierungsrahmen für die Beurteilung der Effizienz von Beratung in der Pflege dienen.



**Abbildung 9:** Interaktives Beratungsprozessmodell nach Herold-Majumdar und Jobst 2010

Ausgangspunkt ist immer die Beziehung zwischen dem Ratsuchenden und dem Berater (**Prozess-Schritt 1: „Beratungsbeziehung, Arbeitsbündnis“**). Die Beziehung als Basis der Interaktion entscheidet darüber, wie viele Informationen der Berater erhält, um sein Beratungsangebot auf die Ziele und Bedürfnisse des Klienten auszurichten. Ein Arbeitsbündnis entsteht erst dann, wenn sich der Ratsuchende verstanden fühlt. Nur so kann dieser den Rat annehmen. Die Beziehung zwischen beruflich Helfendem bzw. Berater und dem Rat suchenden „Hilfebedürftigen“ ist von der Natur der Sache aus unaus-

gewogen. Der Unterschied zwischen dem professionellen Berater und der Rat suchenden Person liegt in der „Betroffenheit“ [3]. Die Erfahrung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit berührt den Menschen existenziell und kann als bedrohlich und Angst auslösend wahrgenommen werden. Durch diese persönliche Betroffenheit, verbunden mit einer ungleichen Ressourcenverteilung, ist die Pflege- und Beratungsbeziehung hinsichtlich der Machtverteilung von Grund auf nicht ausbalanciert. Die Rat suchende Person ist deshalb in ihrer Position als Expertin ihrer Lebenssituation und der damit verbundenen Werte, Wünsche und Zukunftsperspektiven im Beratungsprozess zu stärken. Dies beginnt schon damit, dass Beratung „proaktiv“ angeboten werden soll im Sinne eines frühzeitigen, initiativen Tätigwerdens für den Klienten. Häufig sind Ratsuchende nicht mehr in der Lage, selbst die Initiative zu ergreifen und sich aktiv Rat zu holen. Der Zugang zu Beratungsangeboten muss barrierefrei sein. Die Beratungsangebote sind den kognitiven, psychischen und physischen Fähigkeiten des Ratsuchenden anzupassen. Das Angebot darf dabei jedoch nicht aufgedrängt werden. Der Beratungsauftrag ist sorgfältig zu klären. Zunächst ist der Klient mit seinem Selbstverständnis, seiner Deutung von Gesundheit und Krankheit, seinen Werten und Zukunftsplänen/-visionen ernst zu nehmen und zu verstehen. Dies setzt zu Beginn der Beratung eine zuhörende, fragende und aufnehmende, eher passive Haltung des Beraters voraus. Diese dient dem Erkunden des wahren Beratungsauftrages des Klienten (**Prozess-Schritt 2: „Situationsverständhen Klient“**). Erst nach der Klärung des Situationsverständens durch den Klienten und nach der Einigung über den Beratungsauftrag können Ressourcen und Entwicklungspotenziale der Person eingeschätzt werden. Beeindruckt von dem oft dramatisch wirkenden Krankheitsgeschehen richtet sich der Blick der erkrankten Person auf die erlittenen Defizite. Die Kunst in der Beratung liegt nun darin, den Blick auf die verbliebenen oder neu hinzugewonnenen Ressourcen zu lenken. Die Fachlichkeit besteht in der professionellen Einschätzung des Bedarfs des Ratsuchenden an Beratung und an Unterstützungsleistungen (**Prozess-Schritt 3: „Einschätzung des Beratungs- und Assisenzbedarfs“**). Der Kohärenzsinn („Sense of Coherence“) nach Antonovsky [4] ist zu stärken. Dieser beschreibt die Überzeugung der Person, dass innere und äußere Einflussfaktoren (Stimuli) im Laufe des Lebens vorhersehbar und erklärbar sind (Verstehbarkeit/Comprehensibility), dass Ressourcen verfügbar sind, um den Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit/Managea-

bility) und dass die Anforderungen, die durch die Krankheit entstanden sind, ein Engagement lohnen (Sinnhaftigkeit/Meaningfulness).

Im Arbeitsbündnis mit dem Klienten werden gemeinsam Lösungsschritte erarbeitet, vereinbart und Assistenzangebote wahrgenommen (**Prozess-Schritt 4: „Beratungsvereinbarung“**). Dies ist nur auf der Basis einer tragfähigen Beratungsbeziehung möglich. Beratung ist aber nicht nur als ein rein kognitiver Prozess zu verstehen, in dem sich der Experte für Pflege (der Berater) und der Experte für die eigene Krankheit sowie das eigene Leben (Klient) begegnen. Beratung ist vielmehr die Begegnung zweier Wesen mit eigenem Selbstverständnis, mit Einstellungen und Werten [5]. Dabei steht das individuelle Erleben der Erkrankung und der Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Bei der Beratung geht es um die Integration dieses Erlebens in die Lösungsansätze und letztlich in das Lebensganze der Person, d.h. in ihren Lebensentwurf und in ihre Biografie. In der Beratung vorgeschlagene Lösungsmöglichkeiten müssen dabei die Geschichte und die Zukunftsorientierung der Person berücksichtigen. Ihre Werte und Einstellungen müssen sich in den Lösungsschritten widerspiegeln. Es geht nicht nur um die Wissensvermittlung und Information, sondern vielmehr darum, wie der Klient dieses Wissen „zum eigenen gesundheitlichen Nutzen“ [6] und zur Verbesserung seiner Lebensqualität umsetzen kann. Auf die Person ausgerichtete Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Lösungswegen und Dienstleistungsanbietern stärken das Wahlrecht des Klienten und sein Gefühl, die Kontrolle über seine Situation zu haben. Die Information zu den verschiedenen Leistungsangeboten muss dabei unabhängig erfolgen. Häufig sind Beratungsangebote in der Pflege jedoch an den Interessen der Leistungserbringer (Kundengewinnung und -bindung) oder der Kostenträger (Kostenminimierung) orientiert [7]. Unabhängige Beratung muss den Vorsprung an Wissen über die unterschiedlichen Assistenz- bzw. Hilfsangebote und deren Finanzierungsmöglichkeiten verantwortungsvoll nutzen. So weiß der Berater z.B. wo eine Haushaltshilfe zu organisieren ist, niedrigschwellige Betreuungsleistungen über die Nachbarschaftshilfe abzurufen und wie ambulante Pflegeleistungen zu finanzieren sind. Darüber hinaus wirkt er als Fallmanager, der die Dienstleistungen möglichst auf die spezifische Situation des Klienten ausrichtet und koordiniert (**Prozess-Schritt 5: „Angebotskoordination“**). Im Auftrag und im Arbeitsbündnis mit dem Klienten tritt der Berater in Kontakt mit den

verschiedenen Dienstleistern und fördert die Beziehung zwischen diesen und dem Klienten. Die Art und Intensität seiner Intervention richtet er dabei an den Ressourcen und den Wünschen des Klienten aus. Während bei körperlichen Einschränkungen der Klient sich mithilfe von Telefon und Internet Information und Hilfe meist selbst beschaffen kann, ist der kognitiv und psychisch eingeschränkte Klient in besonderer Weise zu unterstützen („Anwaltsfunktion“ des Pflegeberaters). Diese Rolle hat der Pflegeberater sowohl an den Maßstäben einer sicheren und angemessenen pflegerischen Versorgung als auch an den Lebensentwürfen des Klienten auszurichten. In Situationen der zunehmenden oder plötzlich einsetzenden Pflegebedürftigkeit vermitteln diese Managementfähigkeiten des Beraters dem Klienten Sicherheit und Vertrauen. Neben dieser einführenden Begleitung, die empathische Kompetenz beim Berater voraussetzt, ist die Zielorientierung und Überprüfung der Zielerreichung im Beratungsprozess eine wichtige Aufgabe des professionellen Beraters (**Prozess-Schritt 6: „Evaluation des Beratungserfolgs“**). Die subjektive Einschätzung des Klienten hinsichtlich seiner Versorgungssituation und Erfüllung des Beratungsauftrages ist gleichrangig mit der professionellen Einschätzung der von außen betrachteten Versorgungssituation abzuwägen. Beim ambulant betreuten Wohnen ist hierbei die subjektiv empfundene Wohn- und Lebensqualität des Klienten ein wichtiger Outcome-Parameter [8]. In der Reflexion des Beratungsprozesses ist auf einer zweiten Ebene zu fragen, ob der Berater den Erfolg seiner Aktivität sowohl hinsichtlich seiner Einschätzung der Versorgungssituation vor dem Hintergrund eines professionellen pflegerischen Assessments als auch hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung der Versorgungssituation und Lebensqualität durch den Klienten überprüft hat.

**Beispiel:** Der Berater stellt beim Besuch des Klienten in der eigenen Wohnung fest, dass bestehende ungünstige Lichtverhältnisse das bereits vorhandene Sturzrisiko seines Klienten erhöhen. Zunächst ergründet er das Wohnerleben des Ratsuchenden, um mögliche Gestaltungsvorschläge danach auszurichten. Es stellen sich im vorliegenden Fall verschiedene Fragen:

- Welche Bedeutung haben Lampenschirme?
- Wann werden welche Wohnbereiche für welche Aktivitäten aufgesucht?
- Wo hat der Klient seine Ruheplätze?
- Wann und wo finden kritische Transfers statt?

Die Versorgungssicherheit hat sich objektiv verbessert, wenn sich durch die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen das Sturzrisiko reduziert hat. Für den Klienten war die Beratung erfolgreich, wenn er sich weiterhin in seiner Wohnung wohlfühlen, seine Einrichtung einschließlich seiner geliebten Lampe und des mühsam ersparten Teppichs behalten kann und keine teuren Investitionen tätigen muss. Im vorliegenden Fall konnten allein durch das Auswechseln der Beleuchtungsmittel und das Installieren von Bewegungssensoren die Lichtverhältnisse deutlich verbessert und das Sturzrisiko minimiert werden.

Nicht zuletzt beurteilt der Klient die Assistenzangebote unter alltagspraktischen Gesichtspunkten. Sind die Angebote für ihn überhaupt erreichbar und reichen seine finanziellen Mittel für die Bezahlung derselben aus? Die fachliche Kompetenz des Beraters bemisst sich aus Sicht des Klienten am Informationsgehalt, an den praktisch umsetzbaren Vorschlägen und vor allem an der Angemessenheit der Angebote für die eigene individuelle Lebenssituation. Die Reflexion der Klientensicht hinsichtlich des Beratungserfolgs verstärkt das Gefühl des Ratsuchenden, dass er vom Berater ernst genommen wird. Die fachlich fundierte Überprüfung der Versorgungssituation vermittelt dem Klienten Sicherheit und Vertrauen. Die Beratungsbeziehung vertieft sich in dieser Phase und das Arbeitsbündnis festigt sich auf einer höheren Ebene der Beziehungsqualität. Diese Beziehung dient als Fundament für eventuelle Folgeberatungen.

## Literatur

- [1] Collopy BJ: Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions In: *The Gerontologist* Vol. 28, 1988, p. 10-17
- [2] Leibl, Matthias: Medizinischer Paternalismus und Patientenautonomie. In: *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 3, 2001, S. 42-50
- [3] Behrens J, Langer G: Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“, 2., vollst. überarb. U. erg. Aufl., Bern 2006
- [4] Antonovsky A: Meine Odyssee als Stressforscher. Argument AS 193, 1991, 112-130
- [5] Koch-Straube U: Was versteht „Beratung in der Pflege e.V.“ unter Beratung? Kurze Antwort: Eine in die Pflege integrierte leiborientierte Beratung, Beitrag, Symposium 28. April 2006, Münster/Westfalen
- [6] Lummer P: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Bielefeld 2006