



Abbildung 8: Interaktives Beratungsprozessmodell nach Herold-Majumdar und Jobst 2010

lung, 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: „Situationsverständnis Klient“**). Erst nach der Klärung des Situationsverständnisses 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 Assistenzbedarfs“**). 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/Manageability) 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 einfühlenden 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
- [7] Lummer P: Zugangsmöglichkeiten und Zugangsbarrieren zur Patientenberatung und Nutzerinformation, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld 2006
- [8] Herold-Majumdar A: Was kann man vom Leben im Altenheim noch erwarten? „Lebensqualität“ im Fokus des Qualitätsaudits, Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2009

2.2.2 Ressourcen- und lösungsorientierter Beratungsansatz

ANNA LEIB-GERSTNER

Die lösungsorientierte Beratung gehört zu den systemischen Ansätzen. Der Vater dieses Ansatzes ist der amerikanische Psychotherapeut Steve De Shazer. Von ihm stammt der Satz, „*Problem talk creates problems, solution talk creates solution*“ [1].

Die Übernahme dieser positiven Sichtweise in die Pflegeberatung hat wesentlichen Einfluss auf das Wohlergehen und die Zufriedenheit des Klienten. Dieser Beratungsansatz geht von einem humanistischen Menschenbild aus, welches die Würde und das Recht auf Selbstbestimmung in den Vordergrund stellt. Der Schwerpunkt liegt auf der Reduzierung vorhandener Probleme.

Diese lösungsorientierte Beratungsform ist aus der psychotherapeutischen Gesprächstherapie heraus entstanden. Sie führt den Blick weg von Problemen