

**„Beratung in der Pflege“ e. V.:**

## **Beratungsverständnis**

**(vorläufige Abschlussversion)**

**Bochum**

**April 2007**

## **Vorbemerkung**

Beratungsbedarf und Beratungsangebote begegnen uns allerorten. Sie durchziehen viele Bereiche unseres sozialen, kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Lebens. Wenn im Folgenden die Beratung in der Pflege thematisiert wird, ist nicht die relativ beliebige alltägliche Unterstützung gemeint, wie wir sie häufig spontan im beruflichen und privaten Kontext leisten und selbst annehmen. Der Fokus unseres Konzeptes liegt vielmehr auf der Beratung als integralem Bestandteil professionell erbrachter Pflege. Beratung wird in verschiedenen beruflichen Kontexten und aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven thematisiert. So finden sich psychoanalytische, systemische, gestalttheoretische u. a. Ansätze. Sie können auch für die pflegerische Beratung relevant sein und sind bei der Erarbeitung des folgenden Textes berücksichtigt worden. Allerdings ist ihre Tauglichkeit immer im Licht der Besonderheiten pflegerischen Handelns einzuschätzen. Der Text versteht sich als Grundsatzpapier, nicht als konkrete Anleitung zur Gestaltung von Beratungsprozessen in der Praxis.

## **Beratung als Aufgabe der Pflege**

In der Pflege gewinnt das Thema Beratung seit Jahren an Bedeutung. Als Teil des beruflichen Selbstverständnisses der Pflege findet sie beispielsweise ihren Niederschlag in den Inhalten der Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)<sup>1</sup> und den neuen Qualitätsniveaus der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS)<sup>2</sup>. Beratung nimmt hier als pflegerisches Angebot einen wichtigen Stellenwert ein. Auch in der Rahmenberufsordnung, die der Deutsche Pflegerat im Jahr 2004 vorgelegt hat, wird Beratung der „Leistungsempfänger“ und ihrer Bezugspersonen nicht nur als eigenständige Aufgabe professionell Pflegenden aufgeführt, es wird darüber hinaus eine Pflicht zur Beratung dieser Personengruppen postuliert.<sup>3</sup>

Die Erlangung von Beratungskompetenz stellt dementsprechend ein wichtiges Ausbildungsziel der pflegerischen Berufsausbildung dar. So findet sich im Krankenpflegegesetz in § 3 Absatz 2 folgende Formulierung:

„Die Ausbildung für die Pflege nach Absatz 1 soll insbesondere dazu befähigen

---

<sup>1</sup> Z. B.: DNQP 2005.

<sup>2</sup> Z. B.: BUKO-QS 2006.

<sup>3</sup> Deutscher Pflegerat 2004.

1. die folgenden Aufgaben eigenständig auszuführen: Beratung, Anleitung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit“.

Das Altenpflegegesetz gibt in § 3 vor:

„Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind. Dies umfasst insbesondere:

(...)

8. die Betreuung und Beratung alter Menschen in ihren persönlichen und sozialen Angelegenheiten

(...)

10. die Anregung und Begleitung von Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Beratung pflegender Angehöriger.“<sup>4</sup>

Als weiterer Indikator für die Bedeutung von Beratung als pflegerischer Aufgabe findet sich im Kontext des Pflegeversicherungsgesetzes eine Verpflichtung zur Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Zu nennen sind hier die Beratung im ambulanten Bereich gemäß Rahmenempfehlung nach § 132 SGB V, die Beratungseinsätze durch ambulante Pflegedienste bei Bezug von Pflegegeld nach § 37.3 SGB XI, die Beratung pflegender Angehöriger nach § 45 SGB XI und die Arbeit der Pflegeberatungsstellen. Krankenhäuser sind durch die Rahmenempfehlung nach § 112 SGB V ebenfalls zur Beratung der Patienten verpflichtet. Auch wenn Pflege dort nicht explizit genannt wird, muss sie sich als größte Berufsgruppe dieser Beratungspflicht im Krankenhaus stellen.

Es ist also offensichtlich, dass Beratung im beruflichen Selbstverständnis der Pflege zu ihren eigenverantwortlichen Aufgaben gehört und diese Tatsache inzwischen auch in Ausbildungsinhalten und leistungsrechtlichen Regelungen ihre Entsprechung findet. Pflegefachkräfte sind sowohl autorisiert als auch verpflichtet, Pflegebedürftige und ihre Bezugspersonen zu beraten.<sup>5</sup> Obwohl in der Pflegepraxis Beratungsleistungen bereits häufig erbracht werden, fehlt es bisher an aus der Pflege heraus entwickelten Konzeptionen von Beratung. Als Grundbausteine einer solchen Konzeption werden nachfolgend zunächst drei zentrale Annahmen zur Leiblichkeit des Menschen, zum

---

<sup>4</sup> Ergänzend ist hier auch „die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Pflegefachkräften, die nicht Pflegefachkräfte sind“ zu nennen.

<sup>5</sup> Vgl. Becker-Jensen 2005.

Gesundheitsverständnis und zur professionellen Beziehung dargestellt. Sie schaffen die Basis für die sich anschließende Beschreibung des Beratungsprozesses.

## **Leiblichkeit**

Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geistwesen, dem wir immer in dieser Komplexität begegnen. Diese kategorische holistische Grundannahme überwindet die Addition der als getrennte Einheiten gedachten Einzeldimensionen. Der Begriff des Leibes bezeichnet diese unauflösliche Interdependenz der Dimensionen. Der Mensch zeigt sich niemals nur als Körper, denn er ist wesentlich mehr als ein funktionaler Zusammenhang von anatomischen Strukturen und physiologischen Vorgängen. Er erlebt sich selbst und besitzt eine innere Repräsentation von sich und der Welt: *„Ein Leib ist ein wahrnehmender und sich gewahrseiender, sich erinnernder Organismus“*<sup>6</sup>. Soentgen führt zum Leibbegriff weiter aus:

„Der Unterschied zwischen Körper und Leib besteht darin, dass der Körper etwas Gegenständliches, Materielles ist: ein Ding. Körper ist das, was wir von uns sehen und tasten können, sich aus Organen zusammensetzt und von der Haut begrenzt wird. Der Leib dagegen ist nicht gegenständlich. Der Leib ist das, was wir von uns spüren: Der Leib ist das leibliche Befinden. Was wir spüren sind keine Organe, sondern die sich stetig wandelnden (in den Vordergrund rückenden und wieder verschwindenden) „Leibesinseln“. Dieses Spüren ist unwillkürlich und unmittelbar. Der Leib lässt sich nicht gut erklären und lässt sich anderen nicht zeigen“.<sup>7</sup>

Der Leibbegriff negiert den Körper als materielle Einheit also nicht, geht aber wesentlich darüber hinaus. Zwar sind in der Pflege der funktionale Körper und das Wissen darüber von großer Bedeutung. Sich aber vorrangig darauf zu konzentrieren, schränkt die Wahrnehmung der Vielgestaltigkeit menschlichen Lebens ein. Die Einsicht von der Leiblichkeit des Menschen erweitert unsere Wahrnehmung, unser Verstehen von Pflegesituationen und der in sie involvierten Personen entscheidend. Sie verändert die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten. Für das Pflegehandeln eröffnen sich auf diese Weise neue Dimensionen, denn die Wahrnehmung wird auf Phänomene gelenkt, die in pflegerischen Situationen sonst kaum erkennbar sind. Dies kann uns helfen, sie ernst zu nehmen und in den Prozess der Pflege wirkungsvoll einzubeziehen:

„Indem wir den Körper eines Menschen pflegen, berühren wir ebenso seine Emotionen, seine Werte und Vorstellungen vom Leben. Aus diesem Grund

<sup>6</sup> Rahm et al. 1995: 77.

<sup>7</sup> Soentgen 1998: 16f., Hervorhebung im Original.

können wir auf die Pflege bezogen von leiborientierter Beratung sprechen. Damit wird deutlich, dass Beratung nicht als eine zusätzliche Dienstleistung verstanden werden kann, die bei Bedarf eingesetzt wird, sondern dass wir bereits in der ersten Begegnung uns nicht allein auf den kranken oder beschädigten Körper konzentrieren dürfen, sondern den Menschen in seiner Leiblichkeit wahrnehmen.“<sup>8</sup>

Der Mensch ist als leibliches Wesen existenziell in sein soziales und ökologisches Umfeld eingebunden und steht mit ihm in beständigem Austausch, in Ko-respondenz<sup>9</sup>. Er wird in seinem Selbstverständnis, in seinem Fühlen, Denken und Handeln vom Umfeld bestimmt und wirkt gleichzeitig bestätigend und verändernd darauf ein. Der Mensch als leibliches Wesen bewegt sich im Kontinuum von Vergangenheit und Zukunft: Er wird sowohl von seiner individuellen Biografie, historischen Ereignissen usw. als auch von individuellen Zielen, Hoffnungen, gesellschaftlichen Perspektiven usw. geprägt:

„Ko-respondenz vollzieht sich also als Entwicklungs- und Veränderungsprozeß des Leibsubjektes in der Zeit. (Vergangene Erfahrungen werden als Grundlage der Persönlichkeitsstrukturen gespeichert und als Erwartungen in die Zukunft projiziert. Die Menschen ko-respondieren mit ihrer Mitwelt, indem sie wahrnehmen, sich ausdrücken, handeln, Neues schaffen und sich erinnern)“.<sup>10</sup>

So entwickelt der Mensch eigene soziale bzw. intermentale Welten, ein „eigenes“ System. Seine mentalen Repräsentationen sind subjektiv und gleichzeitig durchtränkt von kollektiven Repräsentationen, die wiederum von individuellen sozialen Welten gebildet werden. Jeder Mensch teilt mit anderen bestimmte Sichtweisen auf die Welt, die seine subjektiven Theorien anschlussfähig machen.<sup>11</sup>

Gesundheitliche Veränderungen (wie beispielsweise Krankheiten) sind keine isolierten oder isolierbaren patho-physiologischen Prozesse. Sie sind vielmehr und gleichzeitig Veränderung des leiblichen Bezugs des Menschen zu sich selbst, den Mitmenschen und der Lebenswelt. Diese unauflösbaren Zusammenhänge sind bei einer professionellen Beratung in der Pflege in jedem Fall zu beachten und zu reflektieren. Beratung heißt daher auch, den Menschen in Ko-respondenzprozessen zwischen Pflegenden und Gepflegten darin zu unterstützen, zu einem besseren Verständnis seiner selbst im lebensweltlichen Kontext zu finden und seine schöpferischen Kräfte zu stärken.<sup>12</sup>

---

<sup>8</sup> Koch-Straube 2005.

<sup>9</sup> Rahm et al 1995: 88.

<sup>10</sup> a. a. O.

<sup>11</sup> Petzold 2005: 17.

<sup>12</sup> vgl. Rahm 2000: 87 ff.

## Gesundheit

Pflege unterstützt Menschen in der Auseinandersetzung mit ihrer Gesundheit unter anderem durch Beratung. Beratung in der Pflege muss dabei auf einem Verständnis von Gesundheit aufbauen, das über den naturwissenschaftlichen Entwurf grundlegend hinausgeht. Das salutogenetische Modell eignet sich für die pflegerische Perspektive in besonderer Weise und bietet Anknüpfungspunkte für Beratung.

Im Gegensatz zu der verbreiteten Vorstellung von einer Dichotomie zwischen Gesundheit und Krankheit, geht die Salutogenese von einem Gesundheitskontinuum aus. Gesundheit wird hier als kontinuierlicher Prozess der Auseinandersetzung zwischen schützenden und belastenden Faktoren verstanden, dessen Ergebnis die Position auf einem Kontinuum bestimmt.<sup>13</sup> Ein Zitat des Begründers der Salutogenese, A. Antonovsky, verdeutlicht die Vorstellung:

„... meine fundamentale philosophische Annahme ist, dass der Fluss der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. (...) Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?‘“.<sup>14</sup>

Es kann also nicht darum gehen, „gesund“ zu bleiben, indem man nicht ins Wasser fällt. Jeder Mensch befindet sich bereits im Fluss und arbeitet kontinuierlich daran sich über Wasser zu halten, indem er sich mit den Bedingungen auseinandersetzt. Auch diese Lebensbedingungen des Menschen sind wiederum auf einem Kontinuum verortet, dessen Endpunkte von Ressourcen und Stressoren gebildet werden. Bei den Ressourcen wird unterschieden zwischen

- sozialen Ressourcen (Familienverhältnisse, Freundschaften, Nachbarschaft usw.)
- materiellen Ressourcen (finanzielle Ausstattung, Wohnstandard usw.)
- kulturellen Ressourcen (Schulbildung, Ausbildung, Freizeitangebote usw.)
- Traditionsressourcen (Familientradition, Bewusstsein von persönlichen Wurzeln usw.)
- Weltbildressourcen (religiöse Bindung, Überzeugungen usw.).<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Antonovsky 1987; Waller 1995.

<sup>14</sup> Antonovsky 1997: 92.

<sup>15</sup> Angelehnt an Plümer 1995: 44.

Stressoren, können unterteilt werden in

- chronische Stressoren (relativ kontinuierlich wirkende Phänomene, die zu negativen Lebenserfahrungen beitragen. Beispiele sind Armut, soziale Ausgrenzung usw.),
- einschneidende Lebensereignisse (Scheidung, Kündigung, Tod eines Angehörigen usw.),
- alltägliche Widrigkeiten („daily hassles“: Zeitdruck, verlegter Schlüssel usw.).<sup>16</sup>

Die Auseinandersetzung mit den jeweiligen Lebensbedingungen führt zu unterschiedlichen Lebenserfahrungen. Diese wiederum prägen das so genannte „Kohärenzgefühl“ als zentraler Komponente des salutogenetischen Gesundheitskonzeptes. Dabei handelt es sich um ein Bündel menschlicher Orientierungen, die von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit sind. Es werden drei Komponenten differenziert:

- Verstehbarkeit: Das Vertrauen drauf, die Anforderungen des Lebens verstehen, erklären und deuten zu können. Das Ausmaß, „in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich“<sup>17</sup>.
- Handhabbarkeit: Das Vertrauen auf die persönliche Handlungskompetenz und Problemlösungsfähigkeit. Die Überzeugung, Bewältigung durch Nutzung der verschiedenen Ressourcen leisten zu können.
- Sinnhaftigkeit<sup>18</sup>: Das Leben wird als sinnhaft empfunden. Veränderungen stellen eher Herausforderungen als Belastungen dar. Diese Komponente wird als besonders wichtig für das Kohärenzgefühl erachtet und kann negative Auswirkungen in den beiden anderen teilweise kompensieren.<sup>19</sup>

Das positive Ende des Gesundheitskontinuums ist gleichbedeutend mit einer starken Ausprägung des Kohärenzgefühls, während das andere Ende als „Demoralisierungsgefühl“ bezeichnet worden ist: eine Grundeinstellung, die von geringem Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Angst charakterisiert ist. Hier heißt es eher „Welt gestaltet mich“ als „ich gestalte Welt“, wie es bei einem starken Kohärenzgefühl der Fall ist.<sup>20</sup>

Insgesamt betont das salutogenetische Konzept die subjektiven Anteile des Menschen und bietet zahlreiche Anknüpfungspunkte für Beratung in der Pflege. Undeutlich ist, in wie weit das Kohärenzgefühl noch im fortgeschrittenen Lebensalter weiter-

<sup>16</sup> Vgl. Antonovsky 1997: 44f.

<sup>17</sup> Antonovsky 1997: 34.

<sup>18</sup> Dieser Bezeichnung von Bengel et al. (1998) wird hier der Vorzug gegeben vor dem Begriff Bedeutsamkeit aus Antonovsky 1997; vgl. Klettke 2003: 33.

<sup>19</sup> Antonovsky 1997: 37; Bengel et al. 1998: 30.

<sup>20</sup> Heffels 2003: 108.

entwickelt und beispielsweise in Beratungsprozessen beeinflusst werden kann. Während Antonovsky davon ausgeht, dass die Ausbildung des Kohärenzgefühls mit rund 30 Lebensjahren abgeschlossen ist und eine Veränderbarkeit lediglich noch im Kontext radikaler Lebensveränderungen vermutet, mehren sich in den letzten Jahren Anzeichen dafür, dass auch im fortgeschrittenen Alter Weiterentwicklungen wahrscheinlich sind.<sup>21</sup>

## Beziehung

Das Selbstbestimmungsrecht des Klienten<sup>22</sup> ist Ausgangspunkt der professionellen Beziehung. Jeder Mensch hat das Recht, sein Leben nach eigenem Ermessen selbst zu gestalten. Er ist Experte für seine eigene Situation, seine Bedürfnisse, Probleme und Ressourcen und verfügt über ein individuelles Repertoire subjektiver Theorien, Erfahrungen und Bewältigungsoptionen. Es ist von einer grundsätzlichen Handlungs- und Entscheidungsautonomie jedes Menschen auszugehen.<sup>23</sup> Aufgrund besonderer Umstände, wie beispielsweise einer Verschlechterung des Gesundheitszustands, können Menschen in Situationen „defizitären Handlungsinns“<sup>24</sup> geraten. „Handlungs- und Deutungsunfähigkeit“<sup>25</sup>, in der die bewährten individuellen Bewältigungsmuster versagen, kann die Folge sein. Es gilt dennoch auch in dieser Situation, dass die Autonomie der Lebenspraxis zu respektieren ist.<sup>26</sup>

Pflegende begegnen Klienten immer in individuellen Situationen. Es ist entscheidend sich bewusst zu machen, dass die Situation eines Klienten nicht mit einer objektiv gegebenen Konstellation identisch ist. Daher kann sie nicht allein auf der Basis externer Beobachtung erfasst werden. Von zentraler Relevanz ist die subjektive Bedeutung der Situation für den Klienten, Bedeutung konstituiert seine Situation. Sie muss „vom Subjekt her“ begriffen werden.<sup>27</sup> Für die Beratung in der Pflege gilt es daher, „*jeder Situation die eigene Gestalt zu belassen, sie als solche zu erkennen und im Kontext mit dem aufgefundenen Bedeutungsgehalt zu beantworten*“<sup>28</sup>. Dazu ist es erforder-

<sup>21</sup> Hintermair 2003; Straube 2006.

<sup>22</sup> Solche geschlechtsspezifischen Formulierungen dienen der Lesbarkeit und schließen selbstverständlich immer beide Geschlechter ein.

<sup>23</sup> Dewe et al. 1995.

<sup>24</sup> Weidner 1995: 328.

<sup>25</sup> Dewe et al. 1995: 139.

<sup>26</sup> Oevermann 1981.

<sup>27</sup> Markowitz 1979: 16.

<sup>28</sup> Schöniger / Zegelin-Abt 1998: 308; die Formulierung bezieht sich auf den Pflegeprozess, hat aber ebenso Gültigkeit für den Beratungsprozess.

lich, die Situation gemeinsam mit dem Klienten zu erschließen, um das Theorie- und Erfahrungswissen der Pflegenden zu dieser einzigartigen Konstellation in Beziehung setzen zu können. Die Beschäftigung mit der jeweiligen Situation des Klienten, so wie er selbst sie sieht, ist Ausgangspunkt jeder Beratung.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt bei der Beratung im Rahmen pflegerischen Handelns ist die Abkehr von der Vorstellung eines Expertentums des Professionellen, dessen Aufgabe darin besteht, dem Klienten aufgrund seiner fachlichen Expertise Verhaltensanweisungen zu erteilen. Stattdessen ist der Klient gleichwertiger Dialogpartner. Jede Bevormundung durch den Berater verbietet sich. Beratung zielt nicht darauf ab, Veränderungen in bestimmte, vom Beratenden definierte Richtungen zu erreichen sondern dient als Unterstützungsleistung, die (Selbst-)Veränderung ermöglicht. Die von Ko-respondenz getragene Bearbeitung einer Krise mit dem Ziel der Wiederherstellung der Handlungsautonomie kennzeichnet die professionelle Arbeit. Beratung in der Pflege – wie auch die Pflege insgesamt – entspricht damit denselben Anforderungen an Professionalität wie andere höhere personenbezogene Dienstleistungen<sup>29</sup>.

Die professionelle Pflege begegnet dieser Anforderung durch die Anwendung der Methode des Pflegeprozesses, die ihre grundlegende denk- und handlungsstrukturierende Arbeitsmethode ist. Der Pflegeprozess stellt eine systematische Verknüpfung von konsensorientierter Interaktion und Problembearbeitung dar. Pflegende und Klienten werden als Personen betrachtet, die ihre jeweilige Expertise in die Interaktion einbringen: Die Pflegenden ihre Fachlichkeit und ihr Erfahrungswissen, die Klienten hingegen ihr Wissen, ihre Lebenserfahrungen und Überzeugungen, ihre erprobten Bewältigungsstrategien und ihre Emotionalität. Auf der Basis dieser Kompetenzen arbeiten sie verständigungsorientiert an der Lösung pflegerelvanter Probleme, indem sie diese gemeinsam definieren, Ziele und Maßnahmen planen und die Wirksamkeit der Bemühungen gemeinsam evaluieren<sup>30</sup>.

Beratung ist als integraler Bestandteil des Pflegeprozesses zu verstehen.<sup>31</sup> Für beide gelten die oben aufgezeigten Prinzipien der Professionalität (Respektierung der Entscheidungsautonomie des Klienten, Interaktions- und Konsensorientierung). Die Integ-

<sup>29</sup> Oevermann 1981; vgl. Habermas' Theorie des kommunikativen Handelns (1981).

<sup>30</sup> Ashworth et al 1987: 35.

<sup>31</sup> Koch-Straube 2001: 128-135.

ration von Beratung in den Pflegeprozess fördert die Möglichkeiten Pflegenden, indem sie den Menschen in seiner Leiblichkeit wahrnehmen und die Beziehung entsprechend gestalten hilft.

### **Folgerungen für die Beratung in der Pflege**

Aus diesen Annahmen zu Leiblichkeit, Gesundheit und Beziehung können verschiedene Folgerungen für die Beratung in der Pflege abgeleitet werden:

1. Die Integration von Beratung in die Pflege schützt und fördert das Selbstbestimmungsrecht des Klienten. Sie ist nicht direktiv sondern versteht sich als Prozessberatung. Diese Beratung ist ergebnisoffen, begleitend und eher fragend als antwortend.
2. Die Situation des Klienten und seine subjektive Sicht ist Ausgangspunkt des Beratungsprozesses.
3. Auch wenn Beratung im Dialog mit einer einzelnen Person ihren Ausgangspunkt hat, ist das Umfeld des Klienten stets zu berücksichtigen und nach Bedarf einzubeziehen.
4. Beratung in der Pflege ist leiborientiert. Es wird vermieden, sich vorrangig auf die physischen Aspekte von Krankheit oder Behinderung zu konzentrieren. Die Beratung bezieht alle für die jeweilige Situation relevanten Dimensionen menschlichen Seins ein und berücksichtigt dabei sowohl die sozialen Kontexte, als auch biographische Gegebenheiten und Zukunftserwartungen des Klienten.
5. Pflege beansprucht dabei nicht die Zuständigkeit für alle Themen des Lebens. Kristallisationspunkt jeder Beratung in der Pflege bleibt die Förderung und der Erhalt von Gesundheit. Dabei folgt sie dem salutogenetischen Gesundheitsverständnis und legt den Schwerpunkt der Beratung auf die Förderung der jeweils individuell vorhandenen Ressourcen.

Auf dieser Grundlage kann im Folgenden der Beratungsprozess in seinen wesentlichen Phasen skizziert werden.

## Der Beratungsprozess

Die bisherigen Darstellungen vermitteln das grundlegende Verständnis einer Beratung im Kontext der Pflege. Diese Annahmen erfordern eine entsprechende Gestaltung des Beratungsprozesses, der im Folgenden skizziert wird:<sup>32</sup>

- **Die Beziehung aufbauen (Initialphase)**

Ausgangspunkt eines jeden Beratungsprozesses ist eine schwierige bzw. eine als schwierig empfundene oder eingeschätzte Situation des Klienten bzw. seiner Bezugspersonen. Sie haben das Recht auf Beratung durch professionelle Pflegenden, ihre Inanspruchnahme beruht jedoch seitens der Klienten auf Freiwilligkeit<sup>33</sup>. Eine gelingende Beratung setzt ein von Vertrauen getragenes Arbeitsbündnis voraus. Eine Vertrauensbasis aufzubauen, ist daher das zentrale Anliegen dieser ersten Phase. Darüber hinaus geht es um eine Verständigung über den „Gegenstand“ der Beratung einschließlich einer Präzisierung der Fragestellung. Den Abschluss dieser Phase bildet die implizite oder explizite Vereinbarung, das angesprochene Thema gemeinsam zu bearbeiten.

- **Die Situation klären (Aktionsphase)**

In dieser Phase wird das Thema in seinen verschiedenen Dimensionen entfaltet. Mit geeigneten Beratungsmethoden kann es in seinen biografischen und sozialen Kontext gestellt werden. Emotionale, kognitive und somatomotorische Anteile eines inneren oder äußeren Konfliktes werden deutlich. So entsteht für den Klienten und seinen Berater ein vielgestaltiges Bild des Themas und eine differenzierte und tiefe Einsicht in die Zusammenhänge einer als problematisch erscheinenden Situation.

- **Die Einsichten reflektieren, Entscheidungen treffen, Lösungen finden (Integrationsphase)**

Das vom Berater methodisch unterstützte Nachempfinden und Überdenken des in der Aktionsphase Erlebten führt zu neuen Erkenntnissen über die Situation, zu neuen Deutungen und sich verändernden Einstellungen. Auf dieser Basis kann nun eine Entscheidung getroffen werden.

---

<sup>32</sup> Vgl. Rahm 2000: 124 ff.; Koch-Straube 2001: 118 ff. Die Unterteilung des Prozesses in einzelne Phasen ist analytischer Natur und dient der Beschreibung. In der Praxis sind diese Phasen häufig nur schwer voneinander zu trennen.

<sup>33</sup> Siehe Becker-Jensen 2005.

○ **Neues erproben (Neuorientierungsphase)**

In dieser Phase werden die gewonnen Einsichten in die eigene Situation integriert und die möglichen Veränderungsschritte mit Hilfe von Imaginationen und – wenn möglich – mit Hilfe von verhaltens- und realitätsorientierten Übungen erprobt. Diese Vorwegnahme zukünftiger Einstellungen und Verhaltensweisen dient der Verankerung und Absicherung. An dieser Stelle sind auch Formen der Unterstützung wie Information, Schulung und Anleitung zu verorten, die häufig synonym mit der Bezeichnung Beratung verwendet werden. Der Berater teilt dabei sein Wissen mit dem Klienten und ermöglicht oder erleichtert Bewältigung.

Der Beratungsprozess dient insbesondere dazu:

- „die im Prozess des Krankseins entstehenden Lebensthemen und Probleme anzusprechen und zu verstehen,
- Krisen und Konflikte bewusst wahrzunehmen, gegebenenfalls zu bewältigen,
- unabwendbare Veränderung und Einschränkung anzunehmen,
- Wissens- und Handlungsstrategien zu erlangen,
- Entscheidungen zu treffen – und letztlich zu einer befriedigenden Lebensweise trotz Krankheit, Behinderung oder Alter zu finden.“<sup>34</sup>

### **Beratungskompetenz**

Professionelle Beratung, die von Pflegenden erbracht wird und die in der beschriebenen Art und Weise in die Pflegearbeit integriert ist, bedarf bestimmter Voraussetzungen. Diese bestehen insbesondere in den Wissensbeständen und persönlichen Kompetenzen der beratenden Person. Sie sind sowohl in der Aus- und Weiterbildung zu erwerben als auch im Verlauf einer reflektierten Berufspraxis. Erkenntnisse und Methoden aus anderen Feldern der beruflichen Beratung können in angepasster Form auf das Feld der Pflege übertragen werden. Wichtige Voraussetzungen für Beratung in der Pflege sind:

- Kenntnisse der theoretischen Grundlagen der Beratung,
- die methodische Kompetenz, einen Beratungsprozess zielorientiert und systematisch zu gestalten,
- die Fähigkeit, den Klienten und seine Situation leiblich wahrzunehmen,
- die Bereitschaft und Fähigkeit, die Perspektive des Klienten einzunehmen und Empathie zu entwickeln, ohne das Bewusstsein „getrennter Identitäten“ aus dem Auge zu verlieren<sup>35</sup>,

---

<sup>34</sup> Koch-Straube 2005.

<sup>35</sup> vgl. Bischoff-Wanner 2002: 272 f.

- die Bereitschaft, Intuition zu entwickeln und sie in angemessener Weise für das Verstehen von Situationen einzusetzen.
- die Fähigkeit, die relevanten Wissensbestände, Informationen, Handlungsanleitungen und Erfahrungen in angemessener Weise mit dem Klienten zu teilen.

Solche Kompetenzen sind heute in der Regel noch nicht ausreichend entwickelt. Daher gelingt es noch zu wenig, Beratungsbedarfe zu erkennen und Beratungsprozesse zu bewältigen. Eine gezielte Förderung des Erwerbs bzw. der Vertiefung solcher Kompetenzen stellt eine der zentralen Herausforderungen an die pflegerischen Aus-, Fort- und Weiterbildung dar. Es reicht nicht aus, Beratung als Aufgabe der Pflege zu formulieren, wenn nicht gleichzeitig die dazu notwendigen Kompetenzen gefördert werden. Ähnliches gilt für die Herstellung von Arbeitsbedingungen, die eine Gestaltung von Beratungsprozessen in der beruflichen Praxis unterstützen statt sie zu behindern, wie dies heute noch weitgehend der Fall ist.

#### **Arbeitsdefinition „Beratung in der Pflege“**

Unter Beratung in der Pflege verstehen wir eine in den Pflegeprozess integrierte, von Pflegefachkräften mit Beratungskompetenz eigenverantwortlich erbrachte Form der Unterstützung. Sie ist eine leiborientierte, also dem Menschen in all seinen Dimensionen, mit seinem Umfeld und seiner Biographie begegnende Beratung. Beratung in der Pflege dient der Förderung der Gesundheit und zielt, orientiert am salutogenetischen Modell, auf die Stärkung individueller Ressourcen. Sie versteht sich als nondirektive Beratung gleichwertiger Personen, in deren Verlauf der Klient eigene Entwicklungs- und Entscheidungsprozesse bewältigen kann. Ausgangspunkt ist die Situation des Klienten, durch deren gemeinsame Klärung und Reflexion eine Neuorientierung, Entscheidungsfindung und erweiterte Handlungsfähigkeit entsteht.

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1987): Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Ashworth, P.; Bjorn, A.; Déchanoz, G.; Delmotte, L.; Farmer, E.; Kordas, A.; Kristiansen, E.; Kyriakidou, E.; Slajmer-Japelj, M.; Sorvettula, M.; Stankova, M. (1987): People's needs for nursing care: A European study. Kopenhagen.
- Becker-Jensen, G. (2005): Beratung als elementarer Bestandteil der Pflegeausbildung - curriculare und didaktische Impulse. Vortrag anlässlich des Fachforums des Vereins Beratung in der Pflege am 18. November 2005 in Bochum.
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln.
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- BUKO-QS (Bundeskongferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen) (2006): [http://www.buko-qs.de/pdf/QN\\_III\\_Stand\\_130306.pdf](http://www.buko-qs.de/pdf/QN_III_Stand_130306.pdf) (Download am 15. Juni 2006).
- Deutscher Pflegerat (2004): Rahmenberufsordnung. <http://www.deutscher-pflegerat.de/pdfs/Rahmenberufsordnung.pdf> (Download am 15.5.2006).
- Dewe, B.; Ferchhoff, W.; Scherr, A.; Stewe, G. (1995<sup>2</sup>): Professionelles soziales Handeln: Soziale Arbeit im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Weinheim.
- DQNP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück.
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main.
- Heffels, W. M. (2003): Pflege gestalten: Eine Grundlegung zum verantwortlichen Pflegehandeln. Frankfurt am Main.
- Hintermair, M. (2003): Das Kohärenzgefühl von Eltern stärken - eine psychologische Aufgabe in der pädagogischen Frühförderung. Frühförderung interdisziplinär, 22/2003, S. 61-70.
- Klettke, N. (2003): Gesundheit und Krankheit in Gelsenkirchen: Entwicklung einer Rahmenkonzeption für den städtischen Gesundheitsbericht. Diplomarbeit im Studiengang Pflege an der EFH Rheinland-Westfalen-Lippe. Bochum.
- Koch-Straube, U. (2001): Beratung in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Koch-Straube, U. (2005): Neunzehn Semester "Beratung in der Pflege". EFH Aktuell Februar  
<http://www.efhbochum.de/deutsch/aktuell/efhaktuell/aktuell/aktuell1.html>  
(Download am 11.5.2006).
- Markowitz, J. (1979): Die soziale Situation: Entwurf eines Modells zur Analyse des Verhältnisses zwischen personalen Systemen und ihrer Umwelt. Frankfurt am Main.
- Oevermann, U. (1981): Professionalisierung der Pädagogik - Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Transkript eines Vortrags im Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der Freien Universität Berlin.

- Petzold, H. G. (2005): „Beratung“ als Disziplin und Praxeologie zum Umgang mit subjektiven Theorien und ihren kollektiven Hintergründen in der modernen Wissensgesellschaft. *Beratung Aktuell* 1/05, S. 4-21.
- Plümer, K.-D. (1995): Der Gesundheit auf der Spur – Salutogenese versus Pathogenese: Das ‚Sense of Coherence‘ Konzept von Aaron Antonovsky. In: Bartsch, N.; Meyer, A.-W.: *Chance Gesundheit: Wieviel Gesundheit braucht die Gesellschaft?* Hildesheim, S. 36-50.
- Rahm, D. (2000<sup>9</sup>): *Gestaltberatung: Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit*. Paderborn.
- Rahm, D.; Otte, H.; Bosse, S.; Ruhe-Hollenbach, H. (1995<sup>3</sup>): *Einführung in die Integrative Therapie: Grundlagen und Praxis*. Paderborn.
- Schöniger, U.; Zegelin-Abt, A. (1998): Hat der Pflegeprozess ausgedient? *Die Schwester/Der Pfleger* 37 (4), S. 305-310.
- Soentgen, J. (1998): *Die verdeckte Wirklichkeit: Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz*. Bonn.
- Straube, M. (2006): *Salutogenese – oder warum man auch gesund sein kann*. <http://straube.net/martin/IWB/Salutogenese.doc> (Download am 2.2.2007).
- Waller, H. (1995): *Gesundheitswissenschaft*. Stuttgart, Berlin, Köln.
- Weidner, F. (1995): *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung*. Frankfurt am Main.