

Grundlagen der Beratung

Christine von Reibnitz, Katja Sonntag, Dirk Strackbein

- 2.1 **Bedarfsbezogene Beratungsangebote – 10**
- 2.2 **Was bedeutet „Patientenorientierung“? – 12**
- 2.3 **Patientenorientierung in der Pflege – 13**
- 2.4 **Was bedeutet Patientenzentrierung? – 16**
- Literatur – 17**

Die Pflegeberufe zählen zu den Berufsgruppen, die den häufigsten Kontakt zu Patienten und Angehörigen haben, meist sogar als erste Ansprechperson für die Betroffenen. Dieser Erstkontakt erfolgt zunächst in einer Erstsituation der Erkrankung oder chronischen Belastung, meist einer Phase, wo Patienten und Angehörige einen hohen Informations- und Klärungsbedarf aufweisen, sehr häufig auch begleitet von hoher emotionaler Belastung. Die Kommunikation stellt in dieser Beziehung eine tragende Säule für eine Verbesserung der Situation dar. Dies bildet die Basis für Beratung in der Pflege, die insbesondere in komplexen Versorgungssituationen gefordert ist.

Bewusste, aktive Beratung gab es bereits in der Antike. Ausgangspunkt waren seinerzeit Alltagsprobleme, für deren Lösung Hilfe in Anspruch genommen wurde. Diese Beratung war allerdings noch nicht an ein professionelles Vorgehen oder gar an ein Berufsbild gebunden. Dies folgte erst sehr viel später. In den frühen Tagen der Beratung wurde der Rat von Menschen gesucht, deren analytische Fähigkeiten und objektiver Blick auf Situationen und Problemstellungen sie befähigten, andere Menschen zu beraten. Die Professionalisierung von Beratung begann wissenschaftlich eigentlich erst im 20. Jahrhundert. Spricht man von der professionelle Beratung in der Pflege, bedarf sie folgender Kompetenzen und Voraussetzungen (Koch-Straube 2008, S. 66):

1. Dialogische Kommunikation
2. Achtung vor der Menschenwürde
3. Wahrnehmen der Kompetenz der Pflegebedürftigen
4. Förderung der Ressourcen
5. Respekt vor der Selbstbestimmung
6. Wahl ermöglichen
7. Umweltbedingungen einbeziehen, vom biografischen Geworden-Sein
8. und den Zukunftsperspektiven ausgehen.

➤ **Professionelle Beratung ist notwendig, „... wenn die individuelle Kompetenz oder das informelle Hilfenetz für die Lösung oder die Bewältigung einer krisenhaften Situation nicht mehr ausreicht oder überfordert ist“ (Koch-Straube 2008, S. 66).**

Ein weiterer Begriff im Kontext der Beratung ist die von Abt-Zegelin beschriebene Patientenedukation.

Edukation wird von Abt-Zegelin (2003) durch folgende Begriffe beschrieben und zusammengeführt: Einerseits die Information, welche eine direkte Bereitstellung von Wissen in Form von beispielsweise Broschüren ist, andererseits die Schulung, welche ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Fertigkeiten beschreibt. Diese beiden Begriffe lassen sich als Beratung zusammenfassen (Abt-Zegelin 2003).

Eine Beratung und Begleitung durch professionell Pflegende im engeren Sinne ist dann gegeben, wenn sich eine komplexe Problemstellung des Patienten abzeichnet. Im Rahmen von Case Management – im Sinne einer patientenorientierten Fallbegleitung – wird gemeinsam mit dem Patienten an einer individuellen Problemlösung für den Patienten gearbeitet. Dabei begleiten mehrere Leistungserbringer koordiniert und immer wieder miteinander abgestimmt den Patienten im Sinne des Patienten. Wichtig ist hier die kontinuierliche Abstimmung, um aus Sicht des Patienten „mit einer Sprache zu sprechen“. In Bezug auf den individuellen Versorgungsbedarf soll unmittelbar im direkten Kontakt zum Hilfesuchenden und zu dessen Umgebung der Bedarf ermittelt und abgedeckt werden. Das Einbezogensein und die partnerschaftliche Beteiligung des Patienten und seiner mittel- und unmittelbaren Umgebung und Bezugspersonen sowie die Stärkung seiner Eigenressourcen (Empowerment) in komplexen Versorgungssituationen sind dabei zentrale Anliegen des Case Management.

2.1 Bedarfsbezogene Beratungsangebote

Den Anforderungen an die Beratung liegt bezüglich der personellen und beruflichen Anforderungen idealerweise eine entsprechende fachliche Aus- und/oder Weiterbildung zugrunde. Kriterien hierfür sind methodisches Vorgehen nach etablierten und akzeptierten Standards, Interprofessionalität, Neutralität sowie Effektivität, Effizienz und Transparenz (siehe hierzu ► Abschn. 5.2 mit Praxisanleitung). Dies beinhaltet konkret die Vorrangigkeit einer professionellen Beratung vor der Information mittels Gespräch und Gesprächstechniken. Nachfolgend lassen sich neben den Leitprinzipien und der Grundhaltung

■ **Tab. 2.1** Grundhaltungen in der Beratung (nach von Reibnitz 2011)

Grundhaltungen	Inhalt
Offenheit	„Offenheit“ wird in der Pädagogik häufig im Sinne von Reversibilität verwendet, das bedeutet, dass die beratende Pflegekraft ihre Patienten nicht anders behandelt, als sie selbst von ihnen behandelt werden möchte. Reversibles Verhalten ist nicht nur das Verhältnis von Pflegekraft zu Patienten, sondern kann als Element sozialen Verhaltens allgemein angesehen werden und es lässt sich somit auf die Arbeit der beratenden Pflegekraft mit den Angehörigen übertragen.
Respekt	„Respekt“ kennzeichnet eine Form der Achtung und Ehrerbietung gegenüber einer anderen Person. Mit Blick auf die Patienten und deren Angehörige in komplexen Krankheitssituationen erfolgt die Respekterweisung durch Achtung, Höflichkeit und Toleranz der anderen Person gegenüber.
Toleranz	„Toleranz“ beschreibt die Fähigkeit, Formen des <i>Andersseins</i> oder <i>Andershandelns</i> zu dulden und somit nicht zu bekämpfen. In einer Beratungssituation von Patienten und deren Angehörigen heißt das, die Wünsche und Lebensumstände der jeweiligen Patienten zu respektieren und zu achten, auch wenn diese nicht den persönlichen Vorstellungen der beratenden Pflegekraft entsprechen.
Empathie	„Empathie“ ist die Fähigkeit eines Menschen, sich kognitiv in einen anderen Menschen hineinzuversetzen, seine Gefühle zu teilen und sich damit über sein Verstehen und Handeln klar zu werden.
Authentizität	„Authentizität“ heißt in diesem Kontext, dass das Handeln eines Menschen nicht durch externe Einflüsse bestimmt wird, sondern aus dem jeweiligen persönlichen Kontext. Gruppenzwang und Manipulation unterwandern beispielsweise Authentizität. Eine als <i>authentisch</i> bezeichnete Person wirkt <i>echt</i> , d. h. sie vermittelt ein Bild von sich, das beim Betrachter als real und ungekünstelt wahrgenommen wird. Ziel ist es, dass die Mitarbeiter unter Berücksichtigung der anderen beschriebenen Grundhaltungen von den Betroffenen möglichst als authentisch wahrgenommen werden.

gegenüber dem Patienten zwei Beratungsansätze ausführen, die im Rahmen komplexer Versorgungssituationen eingesetzt werden: die lösungsorientierte Beratung nach Bamberger und die patientenzentrierte Beratung nach Rogers. Leitprinzipien in beiden Beratungsansätzen sind:

- Das Prinzip der Ganzheitlichkeit
- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- Selbstpflegekompetenz
- Datenschutz und Verschwiegenheit

Zu den Eigenschaften bzw. Grundhaltungen des Beraters gegenüber Patienten und Angehörigen in Beratungssituationen gehören die in ■ **Tab. 2.1** aufgeführten Einstellungen.

Beratungen basieren neben den beschriebenen Grundhaltungen auf dem Prinzip des Empowermentansatzes. Unter dem Begriff Empowerment (*engl.* Ermächtigung) sind Strategien und Maßnahmen zu verstehen, die geeignet sind, das Maß an

Selbstbestimmung und Autonomie im Leben der Menschen zu erhöhen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten (vgl. GKV-Spitzenverband 2008, S. 11). Empowerment ist sowohl als Prozess der Selbstbemächtigung zu verstehen als auch als professionelle Unterstützung der Menschen, ihre Gestaltungsspielräume und Ressourcen wahrzunehmen und zu nutzen. Der Beratung liegt die Annahme zugrunde, dass die Betroffenen Partner des selbstverantwortlichen Handelns sind. Daher reicht es beileibe nicht, an dieser Stelle mit Ratschlägen zu arbeiten. Ratschläge führen in den wenigsten Fällen zu einem nachhaltigen selbstverantwortlichen Handeln. Es wird dann, mehr oder weniger motiviert, das umgesetzt, was erwartet wird. Das bedeutet, dass der Schwerpunkt der Arbeit in der Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfeangeboten liegt. Priorität hat immer die Unterstützung der jeweiligen Patienten und deren Angehörigen.

2.2 Was bedeutet „Patientenorientierung“?

Die pflegerische und medizinische Betreuung von Patienten hat sich in den letzten Jahren aufgrund von Qualitätsanforderungen und Erwartungen der Patienten an ihre gesundheitliche Versorgung verändert. Patientenerwartungen an die Behandlungsprozesse, soziale Betreuung und Serviceleistungen haben sich insbesondere durch bessere gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung gewandelt. Die Mehrzahl der Patienten wünscht mehr und andere Informationen, als sie von Pflegekräften und Ärzten erhalten. Viele Patienten sind dazu bereit, eine aktivere Rolle im Umgang mit ihrer Krankheit zu spielen. Dazu möchten sie stärker als bisher an Entscheidungen beteiligt werden.

Der Begriff „**Patient**“ lässt sich definieren als: „(...) Kranker in ärztlicher Behandlung, Kunde des Arztes ... [zu *lat.* *patiens*: Gen. *patientis* ‚(er) duldend, leidend‘; zu *pati* ‚(er) dulden, leiden‘]“ (Wahrig 2002, S. 961) „**Orientieren/Orientierung**“ bedeutet: „**orientieren**, jmdn. ~ über etwas unterrichten; in Kenntnis setzen; (...)“ meist reflexiv im Sinne von „(...) jmdn. auf etwas hinlenken, ausrichten, sich über etwas unterrichten, über etwas Auskünfte einholen (...)“ (Wahrig 2002, S. 946). Somit lässt sich der Begriff Patientenorientierung im Hinblick auf zwei wesentliche Aspekte erklären: Zum einen deutet er auf den Patienten, der sich – indem er sich orientiert – in bestimmter Weise auf etwas (bzw. jemanden) bezieht. Gleichzeitig bezeichnet der Begriff, dass der Patient – ebenfalls in bestimmter Weise – einem anderen Subjekt – das sich orientiert – gegenübertritt.

Der Begriff Patientenorientierung weist auf ein Kommunikations- und Interaktionsverhältnis zwischen (mindestens) zwei Subjekten: Als kranker Mensch steht der Patient mit bestimmten Ansprüchen und Bedürfnissen Mitarbeitern wie Ärzten oder Pflegefachkräften gegenüber (Bleses 2005, S. 12). Für diese stellt Patientenorientierung einen Handlungsrahmen dar, der sich an dem individuellen Bedarf des Patienten ausrichtet. Zugleich wird somit der Patient zum Leistungsempfänger, der professionelle Leistungen benötigt, während die Pflegenden/Ärzte zu Leistungsanbietern werden, die die erforderlichen Leistungen erbringen. Folglich löst ein Patient den Bedarf

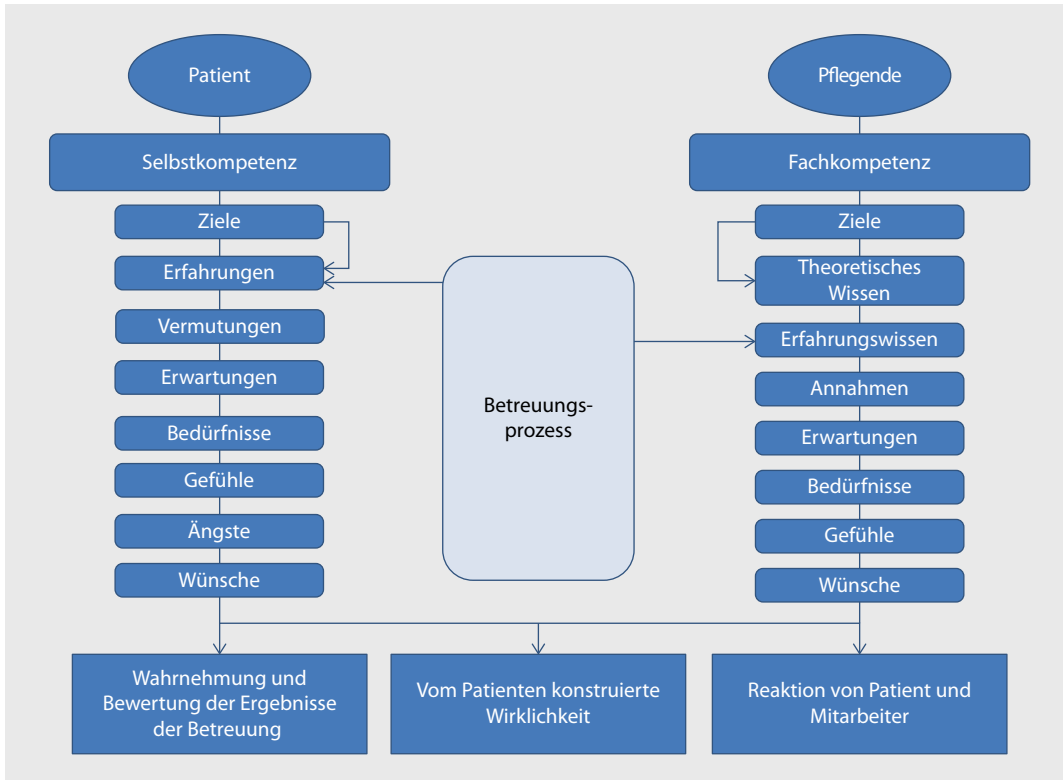
an Orientierung aus und die Pflegekraft oder der Arzt handelt (Bleses 2005, S. 12).

Dies bedeutet, dass hier ein **interaktiver und kommunikativer Prozess** zwischen Mitarbeiter und Patient stattfindet. Darüber hinaus erfolgt die Orientierung am Patienten im Gesundheitswesen mit einem offiziellen Handlungsauftrag (Behandlungsvertrag mit dem Arzt oder der Pflegekraft mit Einwilligung des Patienten), wobei sich alle Leistungen des Behandlers oder der Pflegekraft am Bedarf des Patienten orientieren sollen.

➤ **Patientenorientierung bedeutet daher, dass Pflegende, Behandelnde und Patient eine Beziehung aufbauen, die sich auf den Pflege- und Behandlungsprozess richtet und in der jeder „Partner“ seine Rolle einnimmt.**

Jeder Beteiligte/Partner im Prozess der Patientenorientierung bringt seine persönliche Kompetenz in Bezug auf sich selbst ein. Dazu zählen unter anderem Bedürfnisse, allgemeine und spezielle Kenntnisse in Bezug auf Erkrankung und Behandlung, Ängste, Erfahrungen, Erwartungen, Gefühle, Vermutungen, Wünsche und Ziele (Bleses 2005, S. 16). Sowohl der Patient als auch der Mitarbeiter bringen also Einflussfaktoren mit, die den Betreuungsprozess prägen. Sowohl Patienten als auch Pflegende erleben und verarbeiten vor ihrem persönlichen Hintergrund Maßnahmen, nehmen diese wahr und bewerten sie. Wahrnehmung beinhaltet auch das Aufnehmen und Erfassen von Gehörtem, Gesehenem, Gefühltem usw. in das Bewusstsein, wo es einen Rang einnimmt. Dieses hängt vornehmlich mit den Erfahrungen desjenigen zusammen, der wahrnimmt. Das bedeutet, eine Pflegende, die die Worte eines Patienten hört, integriert sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Wahrnehmungsmöglichkeiten in ihr Bewusstsein und bewertet die Worte des Patienten (Bleses 2005, S. 15). Entsprechend reagiert der Patient auf das Angebot der Pflegenden, ist zufrieden oder unzufrieden mit den Leistungen, wird die betroffene Person oder die Einrichtung loben oder kritisieren (■ Abb. 2.1).

Dieser Bewertungsprozess des Patienten ist grundsätzlich ergebnisoffen und wird entscheidend beeinflusst von der Qualität der vom Patienten wahrnehmbaren Leistungen und der Interaktion



■ Abb. 2.1 Einflussfaktoren auf den Betreuungsprozess: Patient und Pflegende

zwischen Patient und Mitarbeitern. Dabei handelt es sich um einen komplexen Prozess, in dem der Interaktion zwischen Patient und Mitarbeitern zentrale Bedeutung zukommt. Hierzu ist eine Haltung der Mitarbeiter erforderlich, die auf die notwendige Hilfe zur Erfüllung der Erfordernisse und auf die Erreichung der Ziele des Patienten eingeht.

➤ **Patientenorientierung** ist die geistige Einstellung von Mitarbeitern, die Ausrichtung auf das Befinden, die Bedürfnisse und die Erwartungen des Patienten durch Wahrnehmung, Einschätzung, Bewertung und Beachtung seines Zustands. Das daraus abgeleitete Verhalten und Handeln ist auf den Patienten als Individuum in seiner Situation gerichtet und als solches von ihm erkennbar. Hierfür setzen die Handelnden ihre berufliche sowie ihre soziale Kompetenz, Empathie und Erfahrung ein. Sie verbinden bei der Interaktion

und Kommunikation mit dem Patienten Sachebene und Beziehungsebene. Gleichberechtigte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten sind Grundbedingung für Orientierung am Patienten.

2.3 Patientenorientierung in der Pflege

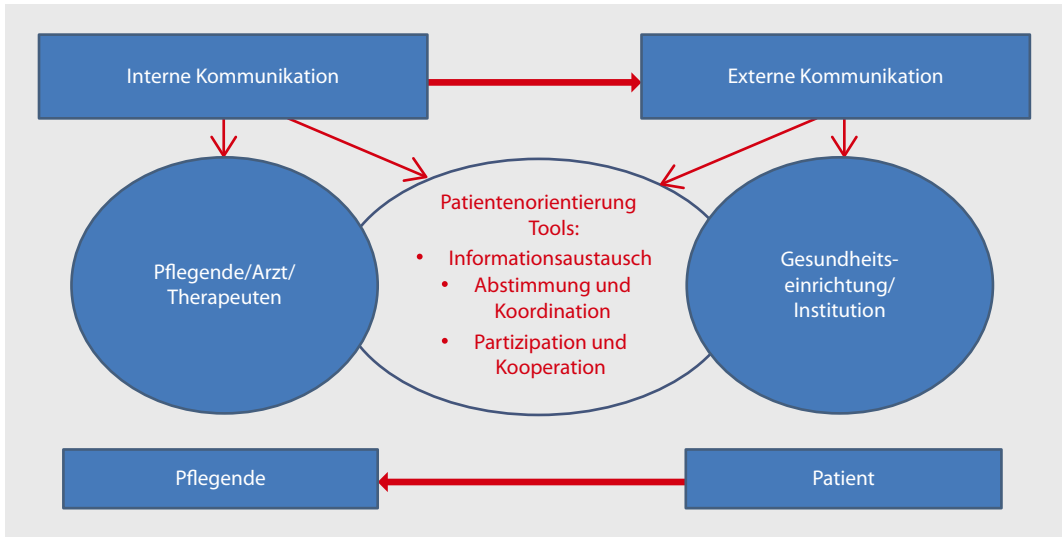
In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden die Begriffe „Patientenorientierung“ und „ganzheitliche Pflege/Ganzheitlichkeit“ vielfach in engem Zusammenhang, teilweise sogar synonym verwandt. Es bestehen aber aus Sicht von Bleses (2005) deutliche Unterschiede zwischen beiden Begriffen, sowohl in Bezug auf die historische Entwicklung wie auch im Hinblick auf die sich ableitenden Implikationen in Bezug auf Ausbildung und berufliche Praxis (Bleses 2005, S. 18). „Ganzheitlichkeit“ bezieht sich auf das Aristotelische Verständnis, wonach das Ganze mehr

2 sei als die Summe seiner Teile. Die Analyse der Einzelteile könne damit niemals die Gesamtheit bzw. die Gesamtwirkung einer Sache – in diesem Fall der Pflege – erklären, denn das Einzelne sei nur aus dem Ganzen heraus zu verstehen (Schmidt 1991, S. 228).

Entgegen der traditionellen Auffassung von Gesundheit und Krankheit, welche die Krankheitsbeseitigung in den Mittelpunkt stellt, rückt die Nutzung und Förderung vorhandener Gesundheitsressourcen in den Vordergrund. Pflege orientiert sich in erster Linie an den individuellen Bedürfnissen des Menschen. Es hat sich ein Paradigmenwechsel von einer krankheits- und defizitorientierten Haltung hin zu einem gesundheitsförderlichen und ressourcenorientierten Pflegeverständnis vollzogen. Den klassischen Aufgabengebieten sind neue Schwerpunkte hinzugefügt worden. Pflegerisches Handeln wird durch präventive und gesundheitsfördernde Aufgabenfelder ergänzt. Wittneben entwickelte (1998) das **Modell der multidimensionalen Patientenorientierung**. Dieses Modell findet insbesondere auch in der Pflegeausbildung und Praxisanleitung Anwendung (siehe hierzu ► Abschn. 5.2). Ziel einer Patientenorientierung ist es, die bloße Ausrichtung der Pflege an einzelnen Verrichtungen, Symptomen und Krankheiten zu überwinden. Ablauforientierung bildet die unterste Stufe. Die jeweils folgenden Stufen in aufsteigender Richtung werden als Verrichtungs-, Symptom-, Krankheits-, Verhaltens- und Handlungsorientierung bezeichnet. Der Patient wird als Partner aktiv in die Prozessgestaltung einbezogen und zeichnet sich durch ein Höchstmaß an Autonomie und Selbstverantwortung aus (Wittneben, zit. nach Obex 1995, S. 29). Die Verständigung zwischen Pflegekraft und Patient wird an den Möglichkeiten des Patienten individuell ausgerichtet. Die Anerkennung kultureller Besonderheiten des Patienten bildet die Voraussetzungen kommunikativen Handelns. Der Grad der Patientenorientierung und die Pflegequalität stehen im unmittelbaren Zusammenhang. Neben der Versorgung der akut erkrankten Patienten leistet Pflege gerade zur Anpassung an das Leben bei chronischen Erkrankungen professionelle Unterstützung. Hilfestellung und Patientenorientierung bedeuten Informations-, Kommunikations- und Gefühlsarbeit sowie eine verbesserte Abstimmung und Vernetzung der medizinischen und sozialpflegerischen Versorgungsangebote.

Professionelle Pflege fördert den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Patienten, gibt Hilfe zur Selbsthilfe und erhält den Patienten dabei eine größtmögliche Lebensqualität sowie Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Eigenständigkeit. Die Angehörigen und deren Bedürfnisse werden berücksichtigt und soweit möglich in die Versorgung mit einbezogen. Die Kommunikation spielt dabei eine entscheidende Rolle.

Eine informative und wertschätzende Kommunikation mit dem Patienten beinhaltet auch die Integration der Angehörigen, denn diese bilden die wichtigste Beziehungs- und Betreuungsgruppe für den Kranken. Da Pflegekräfte in der Regel den engsten Kontakt zu Patienten und deren Angehörigen haben, ist es wichtig, diese Kommunikation nicht rein intuitiv zu gestalten, sondern professionell zu steuern. Die Bedeutung der Kommunikation lässt sich beispielhaft anhand der Informationssammlung in der Pflegeanamnese darstellen. Im Erstgespräch mit dem Patienten werden pflegerische und individuelle Probleme identifiziert und damit zusammenhängende Aspekte und mögliche Ressourcen erkannt. Hier gewonnene Erkenntnisse bilden die Grundlage der weiteren Pflegeprozessgestaltung. Die kommunikativen Fähigkeiten der betreuenden Pflegekraft sind ausschlaggebend für die Qualität der Informationen. Bei der Betreuung von Patienten, die über unzureichende oder keine Sprachkompetenz verfügen (z. B. Patienten nach einem Schlaganfall oder mit demenzieller Erkrankung) werden nonverbale Kommunikationsformen über Berühren und Bewegen gezielt in die Pflege einbezogen. Konkret erfordert dies geschulte Fähigkeiten sowie die umfangreiche Methodenkompetenz im Bereich der basalen Stimulation und der Kinästhetik in der Pflege. Die Erwartungen von Patienten und ihren Angehörigen an Kommunikation und Beratung in der Gesundheitsversorgung fokussieren besonders auf die empathische Kompetenz der Mitarbeiter. Eine Pflege, die die Beziehung zum Patienten in den Mittelpunkt des Pflegehandelns rückt, erfordert vom Pflegenden, sich als persönliche Assistenz eines autonomen und entscheidungsfähigen Menschen zu verstehen. Das bedeutet, sich in die Situation des Patienten hineinzuversetzen, seine Ressourcen zu erkennen, mit ihm gemeinsame Ziele für die Pflege zu entwickeln sowie seine persönliche Integrität, Autonomie und



■ Abb. 2.2 Zusammenspiel interner und externer Kommunikation in der Patientenorientierung

Intimität zu achten. Nur so kann die optimale stellvertretende Deutung der Pflegesituation innerhalb einer patientenorientierten kooperativen Behandlungsform gelingen.

Patientenorientierung bedeutet nicht nur, dass alle Behandler die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten kennen und sich bemühen, diese zu erfüllen, sondern dass auch zwischen allen an der jeweiligen Versorgung beteiligten Akteuren eine Abstimmung über die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten im Hinblick auf die Behandlung erfolgt (■ Abb. 2.2).

Patientenorientierung aus Sicht des Gesundheitssystems bedeutet eine Ausrichtung gesundheitlicher Versorgung neben dem medizinischen Bedarf auf die (individuellen) Interessen von Patienten, Versicherten oder anderen Nutzern des Gesundheitswesens. Die Perspektive der Patienten, Nutzer, Versicherten orientiert sich an dem subjektiven Bedarf, den Wünschen, Zielen und Erwartungen der Patienten an ihre Versorgung im Hinblick auf die Auswahl von Leistungen, Einrichtungen, Behandlern. Gleichmaßen fokussiert diese Perspektive auf die Art und Weise der Leistungserbringung, d. h. den Leistungsprozess (z. B. Kommunikation, Information, Interaktion).

Patientenorientierung ist zusätzlich eine konkrete Forderung im Qualitätsmanagement, und der Erfüllungsgrad dient als Qualitätsmerkmal in der

Leistungserbringung. Indikatoren der Patientenorientierung im Kontext von Qualitätsmanagement sind nach Donabedian die Ergebnis- sowie die Prozessqualität. Qualität muss nicht nur bei der Leistungserbringung und gegenüber dem Leistungsbesteller (Krankenkassen) nachgewiesen werden, sondern auch gegenüber dem Leistungsempfänger, dem Patienten. Seine Erwartungen an Dienstleistung, soziale Betreuung und Serviceleistungen sind – bedingt durch bessere gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung, aber auch durch höhere Eigenbeteiligung und hohe Vorsorgeaufwendungen – gestiegen. Der Strukturwandel trifft auf das Bedürfnis von Patienten nach Sicherheit, Geborgenheit und Kontinuität (Straub 1993, S. 376) und gleichzeitig auf ein verändertes Selbstbewusstsein und Informationsbedürfnis des Patienten als Kunde in der Gesundheitsversorgung. Das bedeutet für eine Patientenorientierung, auch in der Beratung den mündigen Patienten als Gegenüber wahrzunehmen.

Vom mündigen Patienten wird erwartet, dass er sein Wissen und seine Erfahrungen in den Versorgungsprozess aktiv einbringt (Langediekhoff 1999, S. 1) und Verantwortung für den Dienstleistungsprozess übernimmt. Nach Badura et al. (1999) werden Qualität und Produktivität moderner Gesundheitssysteme nicht allein vom Handeln der Leistungserbringer und dem Umgang mit dem Patienten

bestimmt, sondern auch von der Motivation, Befähigung und Mitwirkungsmöglichkeit der Leistungsadressaten. Dabei kommt der Kommunikation und Interaktion zwischen Dienstleister und Leistungsnachfrager eine besondere Rolle zu. Bienstein (1989, S. 216) stellt heraus, dass nur „personalorientierte Pflege“ patientenorientierte Pflege ermöglicht.

Bei der Orientierung am Patienten geht es wie bei Kundenorientierung und Kundenbeziehungen um Dienstleistungen am Menschen und um deren Bedürfnis- und Erwartungserfüllung (Bleses 2005, S. 24). In einem Unternehmen wie im Krankenhaus oder einer stationärer Pflegeeinrichtung lässt sich die Dimension **Kundenorientierte Struktur** anhand von Analysen unternehmensinterner Abläufe, von Organisations- und Kommunikationsstrukturen, Hierarchieaufbau und Kompetenzverteilung darstellen. In Gesundheitseinrichtungen gehören hierzu auch der Grad der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und Abteilungen/Bereichen, der Verwaltung sowie internen und externen Dienstleistern.

2.4 Was bedeutet Patientenzentrierung?

Zwischen „patientenzentriert“ und Begriffen wie „personalisierte“ oder „individualisierte Medizin“ werden oftmals wenig Unterscheidungen getroffen, und oft werden diese synonym verwendet. Verschiedene Definitionen sind zu Termini wie „patientenzentrierte Medizin“, „patientenzentrierte Pflege“ und „patientenzentrierte Kommunikation“ zu finden. Sowohl patientenzentrierte Medizin als auch patientenzentrierte Pflege basieren auf der Annahme, dass der Patient als „Stakeholder“ behandelt wird, der nicht nur ausführt, was ihm Pflegenden oder Ärzte empfehlen, sondern sowohl an der Entscheidung über die Maßnahmen als auch an deren Umsetzung aktiv teilnimmt.

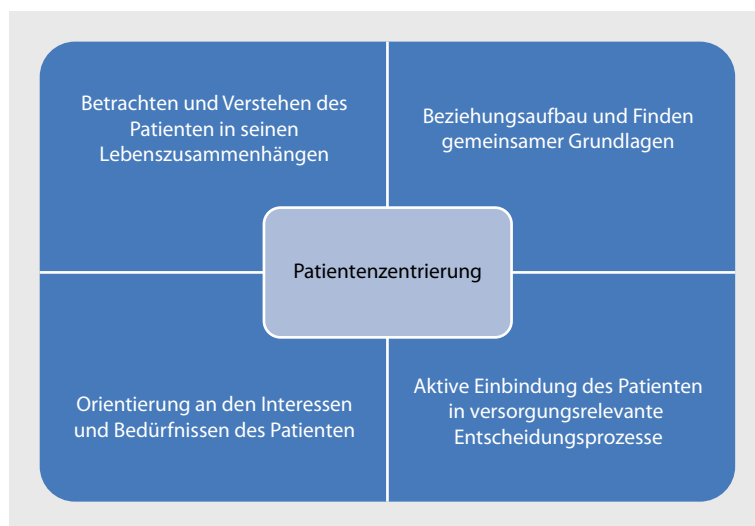
Die patientenzentrierte Kommunikation folgt einer engeren Definition und umfasst sowohl die klinische Kompetenz des Gesprächspartners als auch den Einsatz patientenzentrierter Gesprächstechniken. Ausdrücklich sollen auch die Erwartungen, Gefühle und Krankheitsvorstellungen des Patienten Berücksichtigung finden. Die Bedürfnisse des

Patienten sind zu respektieren. Der Patient hat ein Anrecht darauf, dass Ärzte oder Pflegekräfte ihr spezifisches Fachwissen einbringen und Informationen an den Patienten weitergeben und nicht abwarten, ob der Patient wohl Fragen stellt. Im Rahmen der patientenzentrierten Kommunikation hat der Arzt/die Pflegekraft ein Anrecht darauf, dass der Patient für sich selbst Verantwortung übernimmt, wenn dies aus rechtlichen (im Sinne von „informed consent“) oder pragmatischen Gründen (keine Therapie ohne Adherence) notwendig ist. Aktives Zuhören ist ein Kernstück der ärztlichen und pflegerischen Kommunikation. Es geht darum, die Gespräche in geeigneter Form zu strukturieren, sodass der Patient die für ihn wichtigen Informationen aufnehmen und gegebenenfalls auch Widerspruch äußern kann (Bas 2012, S. 5). Patientenzentrierung basiert auf Kommunikation, damit es zu einer Annäherung der unterschiedlichen subjektiven Wirklichkeiten von Patient und Arzt kommen kann (Langewitz et al. 2002). Das setzt zunächst voraus, dass scheinbar Banale anzuerkennen, nämlich dass Arzt und Patient nicht dieselbe Wirklichkeit teilen. Einer Definition von Stewart (1995) zufolge ist patientenzentrierte Kommunikation gekennzeichnet durch (■ Abb. 2.3):

- Wahrnehmen und Berücksichtigen der physischen und affektiv-emotionalen Verfassung,
 - Berücksichtigen von Werten, Bedürfnissen und Präferenzen,
 - Befähigung und Unterstützung des Patienten zu Selbstbestimmung und Kontrolle.
- » Today, consumers are seeking a more meaningful involvement in the decisions made about their care. They want a partnership of shared responsibility with their health care professionals. (Daniels u. Ramey 2005, S. 9)

Voraussetzung für die Gestaltung dieser Beziehung ist **Kommunikation** – womit im ursprünglichen Wort-sinn Aktivitäten gemeint sind, die ein „commune“, etwas Gemeinsames zwischen zwei Personen entstehen lassen.

Pragmatisch lässt sich patientenzentrierte Interaktion anhand folgender Komponenten bzw. Funktionen beschreiben, die empirisch bestätigt, auch von Patienten als bedeutsam angesehen werden (Little et al. 2001):



■ Abb. 2.3 Patientenzentrierung

■ Tab. 2.2 Abgrenzung von Patientenorientierung und -zentrierung

Patientenzentrierte Kommunikation	bezeichnet ein kommunikatives Verhalten, das den Patienten in seiner aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung wahrnimmt, seine persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen berücksichtigt und seine Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit fördert (Bensing 2000)
Patientenorientierte Kommunikation	beinhaltet den ganzheitlichen Aspekt und bezieht sich auch auf Wünsche, Bedürfnisse, Wertvorstellungen, Handlungsmöglichkeiten und Kognitionen des Patienten (vgl. Sander 1999, S. 28) und auf eine Ausrichtung von Prozessen und Organisationen auf den Patienten im Sinne der Kundenorientierung

- Die Perspektive des Patienten, seine persönlichen Erfahrungen, Erwartungen und sein Informationsbedürfnis kennen lernen
- Ein eingehendes Verständnis für die subjektive Wirklichkeit des Patienten entwickeln (subjektives Krankheitserleben, Lebenskontext, Werte und Bedürfnisse),
- Zu einer gemeinsamen Einschätzung der aktuell wichtigen Probleme und Anliegen kommen,
- Konsens zu einem den jeweils aktuellen Problemen und Anliegen angemessenen Vorgehen anstreben (z. B. Therapieentscheidung)

■ Tab. 2.2 zeigt mögliche Abgrenzungen der Begriffe Patientenorientierung und -zentrierung. Im

Folgenden wird der Begriff der patientenorientierten Kommunikation in diesem Sinne verwandt.

Literatur

- Abt-Zegelin A (2003) Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg) Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Sonderausgabe Pflege & Gesellschaft. Mabuse, Frankfurt, S 103–115
- Badura B, Hart D, Schellschmidt H (1999) Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Nomos, Baden-Baden
- Bas H (2012) Was bedeutet eigentlich „patientenzentrierte Medizin“? Hausarztmedizin (KHM): 4–5
- Bensing J (2000) Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. Patient Educ Couns 39(1):17–25

- Bienstein C (1989) Inhalt und Zielsetzung der patientenorientierten Pflege. *Krankenpflege (DBFK)* 5: 214–216
- Bleses H (2005) Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. Verfügbar unter <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/HTML/chapter2.html> [16. 05. 2016]
- Daniels S, Ramey M (2005) *The leader's guide to hospital case management*. Jones & Bartlett, Sudbury (Mass)
- GKV-Spitzenverband (Hrsg) (2008) Modellprojekt im Rahmen der trägerneutralen Pflegeberatung. Beratungsleitfaden. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/case_und_care/Anhang_I_Beratungsleitfaden_Maerz_2008_10285.pdf [16. 05. 2016]
- Koch-Straube, U (2008) *Beratung in der Pflege*. Huber, Bern
- Langediekhoff U (1999) Patientenorientierung in der Pflege. Denkanstöße für den pflegerischen Alltag. Patientenorientierung nützt Kunden, Patienten, und dem Krankenhaus. *Die Spritze* 1. Verfügbar unter http://www.fachkliniken-wangen.de/bibliothek/FK_Wangen/pdf/Die_Spritze_2_05_Internet.pdf [16. 05. 2016]
- Langewitz W, Conen D et al. (2002) Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychother Psych Med* 52(8): 348–54
- Little P, Everitt H, Williamson I et al. (2001) Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 322: 1–7
- Obex F (1995) Multidimensionale Patientenorientierung. Interview zur multidimensionalen Patientenorientierung mit Karin Wittneben. *Pflege Pädagogik* 3: 25–30
- Sander K (1999) *Personenzentrierte Beratung. Ein Arbeitsbuch für Ausbildung und Praxis*. Beltz: Weinheim/Basel
- Schmidt H (1991) *Philosophisches Wörterbuch*. Neu bearb. von Georgi Schischkoff, 22. Aufl. Körner, Stuttgart
- Stewart M (1995) Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J* 152(9): 1423–1433
- Straub C (1993) Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle des Patienten. In: Badura B, Feuerstein G, Schott T (Hrsg) *System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung*. Juventa, Weinheim, S 376–389
- Wahrig G (2002) *Deutsches Wörterbuch*. 7. vollständig neu bearb. und aktual. Aufl. Wissen Media, Gütersloh
- Wittneben K (1998) *Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Lehrkraft. Über Voraussetzungen einer kritisch-konstruktiven Didaktik in der Krankenpflege*, 4., überarb. Auflage. Lang: Frankfurt a. M.

Patientenorientierte Beratung in der Pflege

Leitfäden und Fallbeispiele

von Reibnitz, C.; Sonntag, K.; Strackbein, D. (Hrsg.)

2017, XI, 159 S. 18 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-662-53027-6