DZD
Dialog- und Transferzentrum Demenz

universität Witten/Herdecke

Arbeitspapier des DZD

Qualität in der Beratung:

Klientenzufriedenheit als Indikator für „gelingende Beratung“

Detlef Rüsing

001

gefördert von:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
LANDESVERBÄNDE DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service
Dialog- und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten/Herdecke

©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2008
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 3
2. Beratungsqualität und Konzepte der Qualitätssicherung in der psychosozialen Beratung 5
2.1. Qualität und Qualitätssicherung: Begriffsklärung 5
2.2. Ebenen und Kriterien von Beratungsqualität 6
2.3. Klientenzufriedenheit als Indikator von Ergebnis- und Beratungsqualität 9
3. Beratungsqualität in der Demenzberatung 11
3.1. Bedürfnisse der Ratsuchenden 12
3.1.1. Bedürfnisse und Unterschiede in der Prioritätensetzung zwischen Erkrankten und pflegenden Angehörigen 13
3.1.2. Hilfe- und Informationsbedürfnisse in unterschiedlichen Phasen des Prozesses 18
3.2. Unterstützungsstrategien 22
3.3. Beraterqualität 24
4. Beispielhaftes Beratungskonzept 26
4.1. Counseling the Alzheimer's Caregiver von Mittelman et al 2003 26
5. Ausblick 34
6. Literaturverzeichnis 35

1. Einleitung

Die hier vorliegende Ausarbeitung wurde durch die erste Praxisbefragung des Dialogzentrums Demenz an der Universität Witten/Herdecke initiiert. Die Praktiker stellten Fragen, die sich in dem Thema „Qualität von Beratung" oder „gelingende Beratung" bündeln ließen. Die hier vorliegende Ausarbeitung behandelt lediglich einzelne Teilaspekte des Schwerpunktes Beratungsqualität und dient als Arbeits- und Diskussionspapier für den Workshop des Dialogzentrums Demenz am 16.10 2006 an der Universität Witten Herdecke.

> In blauer Schrift finden Sie einige Anmerkungen des Verfassers und erste Hinweise auf mögliche weitere Recherche- und Forschungsthemen.

Die Frage, wann eine Beratung als „gelungen" zu bewerten ist, ist schwer zu beantworten. Sehr vielfältig sind die möglichen Einflüsse auf die Beratungsqualität. Zu diesem Zwecke wird in dieser Ausarbeitung - ausgehend vom Qualitätsbegriff - beleuchtet, welche Qualitätskriterien im Allgemeinen und im Besonderen bei einer Beratung im Bereich Demenz von Bedeutung sind.

Nach einer theoretischen Einleitung zur Bedeutung von Qualität und Qualitätssicherung in der Beratung wird aus der Literatur das Konzept der Klientenzufriedenheit als Indikator für Ergebnis - und somit Beratungsqualität entwickelt. Klientenzufriedenheit ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Ein wesentlicher Aspekt der Klientenzufriedenheit ist das Maß, mit dem die Beratung die Erwartung der Ratsuchenden - bezüglich der eigenen Bedürfnisse und Hilfewünsche - erfüllt.
Vor diesem Hintergrund werden dann im Speziellen in der Forschung beschriebene Bedürfnisse und Hilfewünsche von an Demenz

erkrankten Personen und ihren Angehörigen dargestellt. Des Weiteren wird nach Bedingungen, Einschränkungen und anderen die Bedürfnisse betreffenden Faktoren in der Forschungsliteratur recherchiert.

Zudem werden in diesem Arbeitspapier verschiedene Strategien der Informationsweitergabe vor dem Hintergrund von Studien diskutiert und ein Modell notwendiger Kompetenzen eines Beraters vorgestellt.

Zum Schluss wird als Diskussionsgrundlage für den Workshop ein Konzept einer Beratungseinrichtung auszugsweise in Übersetzung beschrieben. Eine ausführlichere Bearbeitung und Übersetzung der Inhalte des Beratungskonzeptes wird den Teilnehmern des Workshops „Beratung" bei Anmeldung per Mail zugestellt.

2. Beratungsqualität und Konzepte der Qualitätssicherung in der psychosozialen Beratung

2.1. Qualität und Qualitätssicherung: Begriffsklärung

Um festzustellen, ob und wann eine Beratung qualitativ hochwertig ist, muss zunächst der Qualitätsbegriff geklärt werden. Vogel bedient sich in seinem Aufsatz zur „Qualitätssicherung von Beratung"[1] der Definition der Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO) als Ausgangspunkt: Demnach ist „Qualität die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen."[2] Deutlich wird hier, dass Qualität das Verhältnis zwischen einem „Ist-Wert" und einem „Soll-Wert" beschreibt. Je näher der Ist-Wert also nach oder durch die Beratung dem Soll-Wert kommt, desto höher ist in diesem Sinne die Beratungsqualität. Diesen Prozess zu stabilisieren, ist das Ziel von Qualitätssicherung.

In diesem Sinnen beschreibt Vogel Aufgaben für die Qualitätssicherung psychosozialer Beratung:[3]

- Benennung von Qualitätsrelevanten Dimensionen/Parametern in der Beratungsarbeit

[1] Vogel, H.: Qualitätssicherung von Beratung. In: Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Bd. 2 Ansätze, Methoden und Felder. dgvt-Verlag, Tübingen, 2004:

[2] ISO 9004, Teil 2, 1991)

[3] Siehe Vogel 2004

- Formulierung von Standards der Beratungsarbeit („Soll-Werten")
- Beobachten/Prüfen, inwieweit die beobachtbaren Abläufe und Ergebnisse (Ist-Werte) den definierten Anforderungen entsprechen
- Aufdecken von Problemen (aufgrund von Soll-/Ist-Wert-Differenzen oder Spontanrückmeldungen)
- „Qualitätsverbesserung": Beseitigung von Mängeln durch entsprechende Problemanalysen und Einleitung geeigneter Gegenmaßnahmen
- „Sichern von Qualität": ständiges Bemühen, möglichst von vornherein, den definierten Standards zu genügen.

Da aber die Beratungsaufträge und Einbindungen in Strukturen der vielfältigen Beratungsstellen keinesfalls einheitlich sind, lassen sich natürlich keine übergreifenden Standards formulieren.[4] Vogel bemerkt, dass „vor diesem Hintergrund […] die Festlegung von Zieldimensionen und Standards kaum einheitlich denkbar [ist; DR.], sondern muss in jedem Fall von Beteiligten separat vorgenommen werden und ggf. mit den Trägern ausgehandelt werden".[5]

2.2. Ebenen und Kriterien von Beratungsqualität

Um das Konstrukt ‚Qualität von Beratung' zu erfassen und näher zu betrachten, macht es Sinn den Beratungsprozess auf drei unterschiedlichen konzeptuellen Ebenen zu betrachten. Diese sind[6]:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

[4] Lohmeier, A.; Kolednik, H.: Klientenzufriedenheit als Element der Qualitätssicherung. Eine katamnestische Feldstudie an einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Beratung Aktuell 7, 2006, 1: 18-39.
[5] Siehe Vogel 2004; S. 839
[6] Siehe Vogel 2004

Lohmeier und Kolednik[7] nehmen das schriftliche Beratungskonzept, das Leitbild und die fachliche Konzeption einer Beratungseinrichtung aus der Strukturqualität heraus und benennen dies explizit als Konzeptqualität.

Im Folgenden sollen die genannten vier Bereiche und deren Inhalte und Kriterien in Bezug auf eine Beratungsstelle kurz beschrieben werden.[8]

Konzeptqualität:

- Leitbild der Beratungsstelle und des Trägers
- Fachliche Konzeption
- Art der erbrachten Leistungen
- Gesetzliche Vorgaben und Grundlagen der Beratungsleistungen

Strukturqualität:

- Räumliche, personelle und organisatorische Ausstattung der Beratungsstelle
- Rahmenbedingungen zur Erfüllung der Aufgaben einer Einrichtung:
    - Freiwilligkeit
    - Vertraulichkeit
    - Gebührenfreiheit
    - Niedrigschwelligkeit
    - Kapazität für Kriseninterventionen
    - Interinstitutionelle Vernetzung

[7] Lohmeier, A.; Kolednik, H.: Klientenzufriedenheit als Element der Qualitätssicherung. Eine katamnestische Feldstudie an einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Beratung Aktuell 7, 2006, 1: 18-39.
[8] Ebd.

Prozessqualität:

- Art und Weise, wie eine Leistung erbracht wird
    - Gezielte Einsatz unterschiedlichster Qualifikationen und Spezialisierungen
    - Erstellung eines Beratungs- oder Therapieplans
    - Partizipation der Klienten bzw. Transparenz der durchgeführten Methoden

Ergebnisqualität:

- Wirksamkeit
    - Muss, um ihre Wiederholbarkeit sicherzustellen, dokumentiert, analysiert und ggf. verbessert werden
- Kriterien der Ergebnisqualität
    - Alltags- und Lebenswelttransfer der erarbeiteten Lösungsmöglichkeiten
    - Gesteigerte Kommunikations- und Diskursfähigkeit
    - Ressourcenaktivierung
    - Grad der Problembewältigung
    - Klientenzufriedenheit

Um also die Qualität von Beratung sicherzustellen, muss Qualitätsscherung in den genannten Bereichen betrieben werden. Dies stellt sicher - in Zeiten knapper Ressourcen - die meisten Beratungsstellen samt ihren Trägern vor kaum lösbare Probleme. Nichts desto trotz braucht es Qualitätssicherung, damit Beratung als nicht „beliebig" und von jedem durchführbar erscheint. Die hochkomplexen thematischen und familiären Settings, in denen Beratung stattfindet, brauchen qualitativ hochwertige Beratungsprozesse.

2.3. Klientenzufriedenheit als Indikator von Ergebnis- und Beratungsqualität

Eine Möglichkeit, Beratungsqualität zu überprüfen, ist die Überprüfung der Klientenzufriedenheit nach einer Beratung oder einem andauernden Beratungsprozess'. Allerdings stellen Lohmeier und Kolednik fest, dass „in der Literatur keine einheitliche Terminologie für Klientenzufriedenheit" existiert.[9] Hofstätter identifiziert vier Theorien, welche eine Rolle bei der Beschreibung von „Klientenzufriedenheit" spielen (zitiert bei Lohmeier, Kolednik 2006).[10]

- „Eine Person ist erst dann zufrieden, wenn es dieser Person mindestens gleich gut oder besser als anderen geht." - **Soziale Vergleichstheorie**
- „Zufriedenheit ist dann der Fall, wenn der Betroffene seine subjektiven Erfahrungen in einem Vergangenheits-Gegenwartsvergleich macht und diese in der Gegenwart besser einschätzt." - **Adaptionstheorie**
- „Zufriedenheit ist dann gegeben, wenn der Anspruch der Person an die Erwartung mit der tatsächlichen gegenwärtigen Situation übereinstimmt" - **Anspruchsniveautheorie**
- „Wohlbefinden tritt erst dann ein, wenn der Betroffene die Erwartungen an die aktuellen geänderten äußeren Bedingungen anpasst." - **Kompetenztheorie**

Alle genannten vier Theorien greifen ineinander. In jeder der Theorien ist die Kundenzufriedenheit in einem gewissen Maße abhängig von den Erwartungen und Ansprüchen der Ratsuchenden.

[9] Lohmeier, A.; Kolednik, H.: Klientenzufriedenheit als Element der Qualitätssicherung. Eine katamnestische Feldstudie an einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Beratung Aktuell 7, 2006, 1: 18-39

[10] Hofstätter, P.R.: Bedingungen der Zufriedenheit. Verlag A. Fromm, Osnabrück, 1986.

Diese wiederum werden geprägt von den individuellen Bedürfnissen und Wünschen, welche abhängig von der Situation und dem Kenntnisstand der Klienten sind. Kennt also der Beratende die individuelle Situation und die Bedürfnisse der Ratsuchenden, ist er in der Lage, mit den Klienten einen passenden auf die Person(en) zugeschnittenen Beratungsprozess zu gestalten. Dieser Prozess hat ist dann in hohem Maße individuell und für die Klienten (und Berater) Erfolg versprechend.

> Eine spannende Frage wäre die nach der Zufriedenheit der Beraterin mit dem Beratungsprozess. Wie könnten Kriterien einer Beraterzufriedenheit aussehen?

3. Beratungsqualität in der Demenzberatung

Die Qualität der Beratung von Betroffenen und Angehörigen Demenzerkrankter lässt sich in den zuvor aufgezeigten Ebenen Konzeptqualität, Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität ausdrücken und überprüfen.

Ausgehend von dem Konzept der Ergebnisqualität ausgedrückt durch Kundenzufriedenheit werden in den folgenden Ausführungen auf der Basis internationaler Studien Aussagen zu Bedürfnissen und Erwartungen von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen getroffenen.

Sehr deutlich macht eine kanadische Studie[11] mit Erfahrungen misslungener Unterstützung die Notwendigkeit des Kennens der Bedürfnisse der Ratsuchenden und benennt Gründe für das Versagen. Die Studie bestätigt in umgekehrter Weise die Notwendigkeit einer individuellen - auf die Bedürfnisse der Ratsuchenden abgestellten - Beratung. Ziel der Studie war es, Erfahrungen mit misslungener Unterstützung zu identifizieren. Aus diesen Erfahrungen konnten zwei grundsätzliche Typen misslungener Unterstützung entwickelt werden. Die erste, stärkste und tiefgreifenste negative Erfahrung mit Hilfsangeboten war die Erfahrung von Unterstützungsleitungen, die den Erwartungen nicht widersprachen.[12] Hierin eingeschlossen waren folgende Erfahrungen:

- unerfüllte oder fehlende Angebote zur Hilfe
- nicht erfüllte Erwartungen bezüglich sozialer Integration
- fachlich falsche Hilfen
- fachliche Inkompetenz des Helfenden (Beratenden)

[11] Neufeld, A.; Harrison, M.: Unfulfilled expectations and negative interactions: nonsupport in the relationships of women caregivers. Journal of Advanced Nursing 41, 2003, 4: 323-331.

[12] Anm.: vergleiche dazu Kap. 2.3. Klientenzufriedenheit

Des Weiteren wurde als Typus misslungener Hilfe die Interaktion (Kommunikation) mit den Hilfestellen genannt. Hierzu gehörten im Einzelnen:

- nicht wertschätzende Kommentare, die die Erfahrungen der Pflegenden herabwürdigen
- unterschiedliche Meinungen bezüglich des Gesundheitsstatus' des Erkrankten
- Kritik an der Art und Weise der Pflege
- Langdauernde Familienkonflikte

Die Vermeidung derartiger Erfahrungen (wenn dies sicher auch nicht immer geht) muss Ziel einer „gelungenen Beratung" sein.

> Hier stellt sich die Frage, inwieweit sich Sympathie und Antipathie zwischen Klient und Beraterin auswirken. Bestimmt Sympathie und Antipathie über die Meinung zur fachlichen Kompetenz der Beraterinnen?

Neben der Nennung von Bedürfnissen werden im weiteren Verlauf des Textes die Qualität der Informationen und die Abhängigkeit des Bedarfes der Ratsuchenden von der individuellen Situation diskutiert. Hinsichtlich der Situation wird zwischen der Situation bedingt durch den Krankheitsverlauf und der Situation bedingt durch die innerfamiliäre Entwicklung unterschieden.
Schlussendlich wird die Person der Beraterin selbst mit ihren Fähigkeiten und Kompetenzen in den Fokus genommen.

3.1. Bedürfnisse der Ratsuchenden

Nimmt man die Kundenzufriedenheit als einen Indikator für Beratungsqualität, so ist es von hoher Bedeutung herauszufinden, welche Bedürfnisse und Erwartungen Ratsuchende an den

Beratungsprozess haben. Zu diesem Zwecke macht es Sinn, internationale Studie hinsichtlich ihrer Aussagen zu Bedarfen und Erwartungen zu sichten. Dies wurde in den Studien zum einen durch Befragung speziell nach diesen Bedürfnissen erfasst und ist zum anderen aus Beschreibungen der Probleme von potentiellen Klienten in ihren jeweiligen individuellen Situationen ablesbar.

3.1.1. Bedürfnisse und Unterschiede in der Prioritätensetzung zwischen Erkrankten und pflegenden Angehörigen

Eine der umfangreichsten Studien zu Bedürfnissen und Erwartungen von Personen mit Alzheimerdemenz und ihren Angehörigen an Beratungsinstanzen im ländlichen Bereich führten Edelman und andere durch.[13] Edelman et al. befragten Personen mit Alzheimer im Anfangs- und mittleren Stadium ebenso wie ihre pflegenden Angehörigen getrennt voneinander. Beiden Gruppen wurde eine Liste von 22 verschiedenen möglichen Themen vorgelegt, welche sie jeweils auf einer dreistufigen Skala des Interesses bewerten sollten. Mögliche Antworten waren:

1. nicht interessiert
2. etwas interessiert
3. sehr interessiert

Die 22 möglichen Interessenschwerpunkte entstammen zu einem großen Teil (16 Themen) einer weiteren Studie zu Bedürfnissen von Alzheimererkrankten im Frühstadium.[14] In der vorliegenden Studie

[13] Edelman, P.; Kuhn, D.; Fulton, B.R.; Kyrouac, G.A.: Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their Family Caregivers living in rural communities. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006, 4: 226-233.
[14] Kuhn, Daniel

von Edelman et al. wurden diese um weitere sechs Themen erweitert.[15]

Informations- und Unterstützungsthema
Sinnvolle Beschäftigung
Verbesserung der Kommunikation
Entscheidungen zum Führerschein/Fahren
Finanzielle Hilfen
Ämterbesuche und Finanzplanung
Umgang mit Depression & Angst
Umgang mit Freunden und Familie
Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen
Regelung zunehmender/abnehmender Verantwortung
Umgang mit Frustration
Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige
Genetische Aspekte
Stadien und Symptome der Erkrankung
Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten
Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust
Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust
Teilnahme an Forschung
Selbsthilfegruppen für Menschen mit Gedächtnisverlust
Stationäre Pflege
Zugang zu Hilfsangeboten
Intimität und Sexualität
Informationen aus dem Internet

Durch die Befragung erstellten die Autoren eine „Top 10" des Interesses und verglichen die Bedürfnisprioritäten von betroffenen Erkrankten und den pflegenden Angehörigen.

Im Folgenden werden die 10 meistgenannten Bedürfnisse der befragten Gruppen gegenübergestellt:

[15] Anm.: Übersetzung des Verfassers (DR)

Top 10 der (Informations-)Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen und Demenzerkrankten[16]|[17]

Pflegende Angehörige (% Nennung interessiert und sehr interessiert)		**Erkrankte (% Nennung interessiert und sehr interessiert)**
1	Stadien und Symptome der Erkrankung (99%)	Stadien und Symptome der Erkrankung (70%)
2	Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten (99%)	Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten (63%)
3	Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust (98%)	Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust (52%)
4	Genetische Aspekte (Vererbung der Erkrankung) (96%)	Sinnvolle Beschäftigung (49%)
5	Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen (96%)	Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen (49%)
6	Umgang mit Freunden und Familie (95%)	Verbesserung der Kommunikation (47%)
7	Verbesserung der Kommunikation (95%)	Teilnahme an Forschung (47)
8	Sinnvolle Beschäftigung (92%)	Selbsthilfegruppen für Menschen mit Gedächtnisverlust (45%)
9	Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust (89%)	Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust (44%)
10	Umgang mit Frustration (88%)	Umgang mit Frustration (44%)

[16] Edelman, P.; Kuhn, D.; Fulton, B.R.; Kyrouac, G.A.: Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their Family Caregivers living in rural communities. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006, 4: 226-233

[17] Anm.: Übersetzung durch den Verfasser (DR)

Betrachtet man die Tabelle, so ist auffällig, dass Pflegende und Erkrankte immerhin acht von zehn Themen gleichsam eine hohe Priorität zuordnen.
In zwei Bereichen der „Top 10" gab es jeweils nur Nennungen einer Gruppe. Nur pflegende Angehörige waren interessiert an Informationen zu genetischen Aspekten und Umgang mit Familie und Freunden hinsichtlich der Erkrankung. Dahingehend interessierten sich nur die Erkrankten selbst für Selbsthilfegruppen für Personen mit Gedächtnisstörungen und die Teilnahme an Forschungsprojekten.

Das größte Interesse beider Gruppen waren Informationen zu Stadien und Symptomen wirksamen Medikamenten bei Gedächtnisstörungen. Nur 50% der Teilnehmer beider Gruppen interessierten sich zu den Themen Intimität und Sexualität.
Bemerkenswert war auch, dass es in der Studie hinsichtlich der Bewertung der Bereiche keine signifikanten Unterschiede zwischen pflegenden Angehörigen unterschiedlicher Familienrolle (Ehepartner oder erwachsene Kinder), mehr oder weniger Pflegeerfahrung (mehr als drei Jahre), zwischen mehr oder weniger kognitiv eingeschränkten Erkrankten, zwischen den Geschlechtern (sowohl Angehörige als auch Erkrankte) und auch sogar bei Erkrankten, die allein lebten gegenüber Erkrankten in Partnerschaften gab.
Zusammenfassend lässt sich berichten, dass die Erkrankten weniger (und weniger intensiv) ihre Bedürfnisse äußerten. Geht man aber von den geschilderten Bedürfnissen aus, so wird deutlich, dass die Prioritätensetzung trotz vieler Gemeinsamkeiten des Interesses bei pflegenden Angehörigen zum Teil eine andere ist als bei den Erkrankten selbst. Dies wiederum bedeutet für eine qualitativ hochwertige Beratung, dass der Beratungsprozess jeweils unterschiedlich gestaltet werden muss.

Takabayashi et al.[18] befragten pflegende Angehörige von Demenzerkrankten in Japan, woran sie am stärksten in der Pflegesituation leiden. Fast 50 Prozent der Befragten gaben erstaunlicherweise an, keine Schwierigkeiten zu haben. Bei dem Rest der Befragten teilten sich die Bereiche wie folgt auf, wobei es in über 40 Prozent der Teilnehmer zu mindestens zwei Nennungen kam:[19]

Schwierigkeiten der Pflegenden (in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen)
Stress aufgrund von Schwierigkeiten bei der (Körper)Grundpflege
Emotionale Schwierigkeiten bei der Pflege
Soziale Probleme wegen der Pflegesituation
Körperliche Probleme in der Pflegesituation
Finanzielle Probleme wegen der Pflegesituation

Die daraus resultierenden Anliegen der Pflegenden und somit die sich herauskristallisierenden Bedürfnisse und Hilfewünsche waren wiederum in der Reigenfolge der Häufigkeiten:[20]

Anliegen der Pflegenden (in der Reihenfolge der Häufigkeit der Nennungen)
Wie versorgt man alte Menschen mit geistiger Erkrankung?
Wie versorgt man alte Menschen mit geistiger Erkrankung? (insbesondere bei M. Alzheimer)
Wie bekomme ich Zugang und wie nutze ich öffentliche Service-Leistungen?
Wann sollte ein Arzt konsultiert werden?
Ausdruck und Mitteilung von Gefühlen

[18] Takabayashi, T.; Osada, S.; Hiraguti, S.; Onaka, K.; N., K.; Ishigaki, K.: Study on the effects of telephone conseling for familiy caregivers of demented patients. Nippon Koshu Eisei Zasshi 49, 2002, 12: 1250-1258.
[19] Anm.: Übersetzung durch den Verfasser (DR)
[20] Anm.: Übersetzung durch den Verfasser (DR)

3.1.2. Hilfe- und Informationsbedürfnisse in unterschiedlichen Phasen des Prozesses

Recherchiert man die internationalen Studien und deren Aussagen zu Bedürfnissen und Erwartungen an Hilfe- und Unterstützungsleistungen wird schnell deutlich, dass nicht jede Information oder Hilfestellung zu jeder Zeit gebraucht wird.

Es existieren einige Studien, die durch eine qualitative Herangehensweise (mit Hilfe von Tiefeninterviews) versuchen, den psychischen Verlaufsprozess einer Familie, in deren Mitte ein Mensch mit einer psychiatrischen Erkrankung steht, abzubilden. Aus diesen Studien lassen sich unterschiedliche Bedarfe in verschiedenen Phasen extrahieren. Die meisten dieser Studie allerdings sind nicht im Speziellen auf Familien mit einem an einer Demenz erkrankten Mitglied angelegt. Trotzdem liegt die Vermutung nahe, dass sich die innerfamiliären Prozesse bei psychiatrischen(die Geistesfähigkeiten betreffenden) Erkrankten zu einem gewissen Maße ähneln.

In jedem Falle lohnt die Auseinandersetzung mit den im Folgenden aufgezeichneten Phasen.

Die Amerikanerin Susan A. Muhlbauer[21] unternahm eine qualitative Studie in der sie 26 Interviews in betroffenen Familien durchführte. Aus diesen entwickelte sie sechs Phasen, die hier näher beschrieben werden sollen:[22]

1. Entwicklung des Bewusstseins: Sturmwarnungen

- Erkennen eines Problems mit wachsender Bedeutung
- Verstärktes aber erfolgloses Bemühen um Hilfe

2. Krise: Konfrontation mit dem Sturm

- Verschlimmerung der Probleme jenseits der Möglichkeiten der Familie, die Probleme zu kontrollieren

[21] Muhlbauer, S.A.: Navigating the storm of Mnetal Illness: Phases in the Family's Journey. Qualitative Health Research 12, 2002, 8: 1076-1092.

[22] Anm.: Überstzung des Verfassers (DR)

- Abrupte Konfrontation mit dem Gesundheitssystem
- Enormer emotionaler Stress
- Probleme in Verbindung mit Mitgliedern des Gesundheitssystems
- Probleme mit finanziellen Belangen

3. Kreislauf von Instabilität und wiederkehrender Krise

- Instabilität und wiederkehrende Krisen
- Wut, Kummer und Verlust
- Suche nach Erklärungen, Behandlung und Wissenszuwachs
- Intensivere finanzielle Probleme und Probleme mit Versicherungen
- Gelegentliches Erfahren von Hilfen und neuer Behandlungsmethoden und Technologien
- Gelegentlich geäußerte Unzufriedenheit mit Diensten des Gesundheitssystems and privaten Anbietern
- Erfahrung von Stigmatisierung seitens der Gesellschaft

4. Bewegung hin zu mehr Stabilität: Neuausrichtung des Kompass'

- Wege zu mehr Kontrolle finden
- Umgang mit Gefühlen von Schuld und Hilflosigkeit
- Veränderung der Wahrnehmung und der Erwartungen
- Kampf mit ethischen und begrenzenden Barrieren, die die eigene Kontrolle beeinträchtigen
- Entwicklung praktikabler Techniken zum Umgang mit Krankheitssymptomen

5. Kontinuum der Stabilität: Verbesserung der Navigationsfähigkeiten

- Weiterentwicklung der Fähigkeiten zum Umgang mit den Symptomen und Verhaltensweisen, Entwicklung von praktikablen Abläufen

- Nutzung der Vielzahl von Unterstützungsleistungen: staatl. Stellen, Freunde, Selbsthilfegruppen u.s.w.

6. Entwicklung und Verantwortlichkeit: Segeln in existentiellen Seen

- Entwicklung und Wachstum der eigenen Persönlichkeit
- Ängste um die Zukunft des Betroffenen

Diese aus Interviews mit betroffenen Familien gewonnen Erkenntnisse geben ein gutes Bild von innerfamiliären Entwicklungen im Krankheitsfall eines Familienmitgliedes. Betrachtet man die unterschiedlichen Phasen wird deutlich, dass Hilfeangebote stark auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestellt werden müssen. Wie lange jeweils die Phasen in einer Familie dauern (oder ob unter Umständen gar Phasen übersprungen werden) ist höchst unterschiedlich.

Wald et al[23] haben die Bedürfnisse pflegender Angehöriger erfasst und untersucht, ob und inwieweit sich die Bedürfnisse in einem auf dem Verlauf der Demenzerkrankung basierenden Phasenmodell unterscheiden. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass zunächst einmal viele Pflegende so viel Informationen wie möglich haben wollen. Andererseits gibt es aber auch das Problem, dass sich Pflegende von zu viel Informationen „überfahren" fühlen. Es gibt eine ganze Reihe von Probanden, die lieber bestimmte Informationen erst haben wollten, wenn sie in einer Situation sind, in der sie das Bedürfnis danach verspüren. Wald und Kollegen entwickelten auf den Aussagen der Interviewten ein Modell, in dem pro Bratung oder Schulung lediglich drei verschiedene Bereiche angesprochen werden sollten. Welche dies sind, ergibt sich aus den Befragungen. Auf die Frage der Forschenden nach den drei wichtigsten

[23] Wald, C.; Fahy, M.; Walker, Z.; Livingston, G.: What to tell sdementia caregivers - the rule of three. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 2003, 313-317.

Informationsbereichen bei Diagnosestellung „Demenz" waren die Antworten recht eindeutig. Aus der Forschung ist weiterhin bekannt, dass Informationen und Hilfestellungen immer in einem begrenzten Zeitraum gegeben werden müssen. Insofern ist eine Fokussierung auf einzelne Bereiche während einer Sitzungng ausgesprochen sinnvoll. Wald et al entwickelten eine Modell der „rules of three", in dem ihren Forschungsergebnissen hinsichtlich der Prioritäten der Bedürfnisse in unterschiedlichen Phasen Rechnung getragen wird.

The rules of three [24] | [25]
1. Welche Informationen bei der Diagnosestellung
• Was ist eine demenzielle Erkrankung? • Welche Medikamente sind erhältlich und wirksam • Herausfordernde Verhaltensweisen bei Demenzerkrankten
2.Früh nach der Diagnosestellung
• Welche Hilfeleistungen gibt es? • Verlauf der Erkrankung • Was ist in einer (psychiatrischen) Krise zu tun?
3. Spätere Sitzung
• Selbsthilfegruppen • Leistungen (Sachzuwendungen) • Finanzen und gesetzliche Themen
4. Noch spätere Sitzung
• Psychotherapien • Was löst der Prozess beim Pflegenden aus? • Komplementärtherapien

Diese Beschreibung eines inhaltlichen Aufbaus von Beratungs-/Schulungssitzungen lässt sich aus den Aussagen der Befragten filtern. Diese Studie ist ein weiteres Indiz für ein - nach verschiedenen individuellen Kriterien entwickeltes - Beratungsangebot.

[24] Wald, C.; Fahy, M.; Walker, Z.; Livingston, G.: What to tell sdementia caregivers - the rule of three. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 2003, 313-317.
[25] Anm.: Übersetzung des verfassers (DR)

3.2. Unterstützungsstrategien

In jeder Beratungsstelle werden verschiedene Beratungs- und Informationsstrategien diskutiert. Zumeist werden Informationen und Beratungsangebote auf unterschiedliche Weise parallel zugänglich gemacht.

Eine kanadische Studie aus dem Jahre 2001[26] versuchte zwei Fragen zu beantworten. Zum einen interessierte sich die Forschergruppe dafür, welche Beratungs- und/oder Informationswege/Strategien von pflegenden Angehörigen gewünscht werden und zum anderen sollte die Studie die Frage nach einer möglicherweise unterschiedlichen Bedürfnislage von Pflegenden (Angehörigen) von alten Pflegebedürftigen im Allgemeinen mit gewünschten Unterstützungsstrategien einer Gruppe Pflegender von alten Menschen mit Demenz im Speziellen. Aus den Daten ergab sich, dass offenbar kein signifikanter Unterschied zwischen den gewünschten Strategien der beiden Gruppen bestand.

Die genannten Unterstützungswege mit ihrer prozentualen Verteilung waren:[27]

Unterstützungsart	**Prozent**
Selbsthilfe und Angehörigengruppen	10,4%
Telefonunterstützung (ad hoc Beratung)	
Vom Profi	44,9%
Von anderen pflegenden Angehörigen	41,0%
Newsletter	40,5%
Ehrenamtliche Hilfe/Freiwillige	24,2%
Computerinformationen	14,8%

[26] Colantonio, A.; Kositsky, A.; Cohen, C.; Vernich, L.: What support do caregivers of elderly want? Results from the CanadiansStudy of Health and Ageing. Can J Public Health 92, 2001, 5: 376-379.

[27] Anm: Übersetzung durch den Verfasser (DR)

Diese Studie kann Hinweise auf Vernetzungs- und Kooperationsarbeit für Beratungsstellen geben. Fragen nach den genannten Unterstützungsangeboten sollten von den Beratungsstellen beantwortet werden können. Insbesondere die Hinweise auf telefonische Beratung und auch Informationsvermittlung durch Internetangebote stellen große Herausforderungen an Beratungsstellen. Eine japanische Studie[28] stellte fest, dass pflegende Angehörige von Demenzerkrankten leichter am Telefon über ihre Probleme reden können als Auge in Auge mit einer Beraterin.

Eine weitere Studie belegt das Interesse sowohl von pflegenden Angehörigen als auch den Betroffenen selbst an Angeboten ohne „face-to-face-Kontakt". Colantonio et al.[29] fanden in 148 Telfoninterviews heraus, dass Pflegende und Erkrankte hohes - wenn auch ihrer jeweiligen Situation geschuldetes - Interesse an Unterstützung per Telefon, durch Newsletter und Internetangebote haben.

Wald et al[30] stellten hinsichtlich des Wie der zu gebenden Informationen fest, dass es für die Pflegenden wichtig ist, die Informationen parallel in einem persönlichen Gespräch und quasi als Nachschlaghilfe gleichzeitig zu den besprochenen Themen in Papierform zu bekommen. Anders als in den bereits zitierten Studien, gab es bei den Teilnehmern dieser Studie kaum Interesse an elektronischem Informationsmaterial (Cd-Rom oder Internet).

Die bisher gebräuchliche Abgabe von Informationsmaterialien in der Menge, in der sie vorhanden sind, muss in Frage

[28] Takabayashi, T.; Osada, S.; Hiraguti, S.; Onaka, K.; N., K.; Ishigaki, K.: Study on the effects of telephone conseling for familiy caregivers of demented patients. Nippon Koshu Eisei Zasshi 49, 2002, 12: 1250-1258.
[29] Colantonio, A.; Cohen, C.; Pon, M.: Assessing support needs of caregivers of persons with dmentia: who wants what? Community Ment Health J 37, 2001, 3: 231-243.
[30] Wald, C.; Fahy, M.; Walker, Z.; Livingston, G.: What to tell sdementia caregivers - the rule of three. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 2003, 313-317

gestellt werden. Folgt man den Wünschen der Teilnehmer dieser Studie, müssten die Informationsmaterialien in kleinen Themenschwerpunkten zu den aktuellen Beratungsthemen ausgegeben werden. Solche müssten aber zum Teil noch erstellt werden oder größere Materialienpakete in kleinere Bausteine zu den einzelnen Sitzungen zergliedert werden.

3.3. Beraterqualität

Pia Haas-Unmüßig[31] beschreibt in der Diskussion um das Feld Patientenedukation (Beratung und Schulung von Patienten durch Pflegende/Berater)ein Modell zur Beratungskompetenz von Beratenden in einem Fach/Spezialgebiet. Forschungen aus der Beratungspraxis in Erziehungsberatungsstellen weisen auf die Wichtigkeit des Beraters mit seinen Fähigkeiten für die Klientenzufriedenheit hin. Positiv ausgewirkt haben sich insbesondere Professionalität, Engagement und Kompetenz des Beraters.[32]
Haas-Unmüßig spricht von vier zu erwerbenden Kompetenzen für einen Berater in der Pflegeberatung. Diese so in der Forschung im Feld der Beratung Betroffener und Angehöriger von Demenzerkrankten nicht wissenschaftlich belegten Kriterien, sind ein erster Versuch der Beschreibung eines Beraterprofils im genannten Feld.

Selbstkompetenz

Selbstkompetenz eines Beraters bezieht sich auf die Persönlichkeit der beratenden Person. „Die Basis der Beratung von anderen ist die Akzeptanz fremder Werte und Annahmen. Dazu ist notwendig, dass sich die Pflegende [die Beratende; DR] sich ihrer persönlichen Werte,

[31] Haaß-Inmüßig, P.: Neue Aufgaben erfordern umfassende Weiterbildung. Pflegezeitschrift 2001, 4: 285-286.
[32] [32] Lohmeier, A.; Kolednik, H.: Klientenzufriedenheit als Element der Qualitätssicherung. Eine katamnestische Feldstudie an einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Beratung Aktuell 7, 2006, 1: 18-39

Normen und Zielvorstellungen als Grundlage ihres Handelnsbewusst ist und diese trennen kann von ihrem gegenüber."

Methodenkompetenz

„Methodenkompetenz wird benötigt, wenn es darum geht, Beratungssettings zu gestalten. […] Unterschiedliche Formen der Beratung erfordern auch, situativ angepasste Beratungsmethoden zu wählen. […] Unabhängig von der konkret gewählten Methode sollte die Pflegende [die Beraterin; DR] unterschiedliche Arten von Gesprächen führen können. Ein Repertoire an kommunikativen Fähigkeiten ist die Voraussetzung, um verschiedene Beratungsmethoden zu wählen.

Systemische Kompetenz

„Systemische Kompetenz ist gefragt, um in Organisationen, Gruppen, Teams und Familien gruppendynamische Prozesse, Konflikte und Beziehungsmuster beobachten zu können und entsprechende Interventionen einzuleiten."

Feldkompetenz

Feldkompetenz bedeutet, „sie muss mit dem Arbeitsbereich, in dem sie als Beraterin wirkt, vertraut sein und über spezifische Erkenntnisse verfügen. Feldkompetenz bedeutet auch, rechtzeitig zu erkennen, wo die Grenzen der Beratung […] liegen.

Diese vier Kompetenzbereiche beschreiben die Beratungskompetenz einer Beraterin.

4. Beispielhaftes Beratungskonzept

1996 veröffentlichten Mittelman et al. ihre Studie zum Effekt von Beratung auf den Einzugszeitpunkt dementiell Erkrankter in eine Alteneinrichtung.[33] Am Ende dieser Studie forderten sie ein Beratungskonzept/Beratungsprogramm, welches entsprechend konzeptualisiert, den in der Studie aufgezeigten Möglichkeiten Rechnung trägt.

4.1. Counseling the Alzheimer's Caregiver von Mittelman et al 2003

2003 erschien von Mittelman et al ein entsprechendes Buch[34], welches das Konzept einer Beratungsstelle für Familien mit Alzheimererkrankten beschreibt. An dieser Stelle soll auszugsweise die Konzeption der dort beschrieben Beratungsstelle aufgezeigt werden. Dazu gehört unter anderem ein Initialassessment, welches von Beratern genutzt, notwendige Informationen erfasst, um den Beratungsprozess - wie in den Ausführungen zu vor beschreiben - individuell auf die Ratsuchenden abzustimmen. Insofern ist das in Folge beschrieben Beispiel einer Konzeption eines Beratungsangebotes eine mögliche Schlussfolgerung aus den zuvor aus der Wissenschaft extrahierten Erkenntnisse. Die Kurzbeschreibung ist nur ein vom Verfasser übersetzter und ergänzter Auszug mit den Checklisten am jeweiligen Ende eines Kapitels und soll als mögliche Diskussionsgrundlage für den Workshop dienen. Vorgestellt werden hier nur die Kapitel zum Assessment, zur Beratung der pflegenden (Angehörigen), zur Familienberatung und zur Ad Hoc Beratung (Kapitel 2-5).

[33] Mittelman, M.S.; Ferris, S.H.; Shulman, E.; DSteinberg, G.; Levin, B.: A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients With Alzheimer Disease. A randomisized controlles Trial. JAMA 276, 1996, 21: 1725-1731.
[34] Mittelman, M.S.; Epstein, C.; Pierzchala, A. (Hrsg.): Counseling the Alzheimer's Caregiver. A ressource for Health Care Professionals. American Medical Association.

Eine ausführlichere Übersetzung und Beschreibung inhaltlicher Schwerpunkte der einzelnen Listenpunkte liegt vor und wird den TeilnehmerInnen des Workshops „Beratung" als Diskussionsgrundlage per Mail zugestellt.

Kurzfassung (Übersetzung der Checklisten am Ende der jeweiligen Kapitel)[35]

Kapitel 2: Die Berater-Checkliste

Das aktuelle Problem

- ☐ Fragen Sie den Pflegenden, warum er Hilfe benötigt.
- ☐ Betrachten Sie alle speziellen Fragestellungen mit allen sich ergebenen Aspekten während der gesamten Befragung.

Die Befragung

- ☐ Verdeutlichen Sie, dass der Schwerpunkt auf dem Pflegenden nicht auf dem Patient liegt.
- ☐ Der Alzheimer-Patient sollte bei der Befragung des Pflegenden nicht anwesend sein.

Demografische Daten

- ☐ Notieren Sie das Alter des Pflegenden, Geschlecht, Kultur und ethnische Zugehörigkeit, Religion, finanziellen und beruflichen Status, Bildungshintergrund und familiäre Zusammensetzung

Beziehung zwischen Pflegenden und Patient

- ☐ Fragen Sie nach der (vergangenen und aktuellen) Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem Patienten.

[35] Anm.: Übersetzung des Verfassers (DR)

Informationen über den Patienten

- ☐ Wenn keine medizinischen Informationen vorhanden sind, fragen Sie die drei Fragen, mit denen Sie den Grad der Demenzerkrankung des Patienten herausfinden können.
- ☐ Fragen Sie nach dem Leben des Patienten, seinem beruflichen Status, seiner Rolle und den Pflichten in der Familie und seinem sozialen Leben.
- ☐ Finden Sie heraus, ob die häusliche Umgebung des Patienten sicher ist.

Die Rolle des Pflegenden

- ☐ Finden Sie heraus, welche Rolle der Pflegende in dem Leben des Patienten mit der Alzheimerschen Erkrankung spielt.

Die physische Gesundheit des Pflegenden

- ☐ Notieren Sie die Krankengeschichte des Pflegenden, fragen Sie nach einer subjektiven Einschätzung seiner Gesamtkonstitution.
- ☐ Finden Sie etwas heraus über Selbstpflege, einschließlich Schlaf, Bewegung und Ernährungszustand.

Die emotionale Verfassung des Pflegenden

- ☐ Finden Sie etwas heraus über das Ausmaß seiner emotionalen Belastung und verweisen Sie, soweit erforderlich, an eine Stelle, an die man sich wenden kann.
- ☐ Achten Sie auf Zeichen von unsachgemäßem Genuss von Alkohol oder Drogen.
- ☐ Achten Sie auf Selbsttötungsabsichten oder –plänen bei depressiven Pflegenden und verweisen Sie sofort auf entsprechende Behandlung.
- ☐ Bei extremen Fällen von Unfähigkeit seitens der Pflegenden unterstützen Sie alternative Pläne zur Versorgung des Patienten (vielleicht durch andere Familienmitglieder, Verlegung in ein Pflegeheim).

Das Wissen und das Verständnis der Erkrankung auf Seiten des Pflegenden

- ☐ Finden Sie den Wissensstand des Pflegenden über die Alzheimersche Erkrankung heraus.
- ☐ Überprüfen Sie die Wahrnehmung des Pflegenden über die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Patienten.
- ☐ Identifizieren Sie die Symptome, die für den Pflegenden am schwierigsten zu bewältigen sind.

Soziale Unterstützung

- ☐ Finden Sie etwas über die Qualität der Beziehungen im sozialen Umfeld des Pflegenden heraus (nicht-professionelle Unterstützung).
- ☐ Finden Sie etwas heraus über die zur Zeit genutzte professionelle Unterstützung, um zu sehen, ob diese Angebote die Bedürfnisse des Pflegenden wirklich berühren und ob der Patient alle beanspruchbaren Leistungen nutzt.

Lebensqualität

- ☐ Fragen Sie den Pflegenden, ob er seine momentane Lebensqualität auf einer Skala von 0 bis 100 einschätzen kann, wobei 0 fürchterlich und 100 perfekt ist.

Klinischer Eindruck

- ☐ Finden Sie den persönlicher Typus des Pflegenden heraus um einen individuellen Beratungsfahrplan zu entwerfen, welcher die Stärken des Pflegenden nutzt und mit seinen Einschränkungen arbeitet.

Kapitel 3 Beratung des Pflegenden

Bedingungen einer Beratung

- ☐ Vor Beginn einer Beratung muss der Pflegende über möglichen Inhalt, Grenzen und Kosten der Beratung informiert werden.
- ☐ Die Beratung umfasst sowohl Sitzungen mit dem Hauptpflegenden als auch Sitzungen mit dem Hauptpflegenden und anderen Familienmitgliedern
- ☐ Die Beratung sollte über den gesamten Zeitraum der Erkrankung des Patienten angeboten werden.

Der Beratungsprozess

- ☐ Zusammenfassung der anfänglichen Befragung
- ☐ Herausfinden von Problemen und Fragestellungen
- ☐ Sollte Gefahr im Verzug sein - für den Pflegenden oder den Patienten - muss der Berater sofort eingreifen.
- ☐ Festlegung der Beratungsziele
- ☐ Auswahl der Herangehensweise und der therapeutischen Methode
- ☐ Seelische Unterstützung wird ebenso angeboten wie die Möglichkeiten pflegerische Fähigkeiten zu erlernen.
- ☐ Beurteilung des Beratungsprozesses

Beratungstechniken und Strategien

- ☐ Befragung
- ☐ Rollenspiel / Schauspiel
- ☐ Erkennende Umstrukturierung
- ☐ Verhaltensänderung
- ☐ Visualisierung / Benutzung von Bildern
- ☐ Humor

Kapitel 4 Beratung der Familie

Vorbereitung der familiären Miteinbeziehung

- ☐ Ansprechen der Bedenken des Pflegenden
- ☐ Wer sollte teilnehmen?
- ☐ Einladung der Familienmitglieder

Das Erstgespräch einer Familienberatung

- ☐ Herstellen einer Verbindung
- ☐ Vorstellung des Ablaufes
- ☐ Herausfinden der einzelnen Sichtweisen
- ☐ Klärung der Fragestellungen und Zusammenfassung an wen sie gerichtet sind und in welcher Reihenfolge
- ☐ Beginn des Änderungsprozesses
- ☐ Zusammenfassung der Sitzung

Laufende Beratungssitzungen

- ☐ Rückblick auf die vergangenen Sitzungen
- ☐ Zusammenfassung vorheriger Übereinkünfte
- ☐ Erarbeitung von Fragestellungen für folgende Übereinkünfte
- ☐ Zusammenfassung der Sitzung

Die letzte Sitzung

- ☐ Der Berater verdeutlicht, dass das die letzte Sitzung ist und fasst den Prozess in Hinblick auf die erreichten Ziele zusammen.

Der Berater wiederholt das Muster der letzten Sitzungen. Sollten neue Fragestellungen auftauchen, bringt der Berater sie mit vorangegangenen gelösten Fragestellungen in Verbindung.

Das Verständnis für die Familie

- ☐ Der Berater muss erkennen, dass es verschiedene Grade von Offenheit in den Familien.
- ☐ Der Berater muss den Familienmitgliedern helfen, möglicherweise eine neue Rolle einzunehmen unter Berücksichtigung der Position des Patienten in der Familie.
- ☐ Der Berater muss auf verschiedene individuelle Lösungsstrategien achten während er den Familienmitgliedern hilft, den

Hauptpflegenden einen leichteren Umgang mit den Belastungen der Pflege zu verschaffen.

- ☐ Der Berater muss die Art der Kommunikation innerhalb der Familie beachten in Hinblick auf das Ausdrücken ihrer Gefühle.
- ☐ Der Berater muss die kulturellen und religiösen Besonderheiten der Familie erkennen und – falls es zum Wohle der Familie ist – an ein spezielles Angebot verweisen.
- ☐ Der Berater muss sich ein Bild machen über den Wissenstand der Familie über die Alzheimer'sche Erkrankung durch Fragen zu Diagnostik, Krankheitsverlauf und Behandlungsmöglichkeiten.

Kapitel 5: Die "Ad-Hoc-Beratung"

Die "Ad-Hoc-Beratung"

- ☐ Der Berater erhält die Kontinuität in der Pflege durch telefonische Besprechungen.
- ☐ Der Berater dokumentiert die Beratungen um die Abfolge der Kontakte zu beschreiben.
- ☐ Der Berater beschreibt die Eckdaten des Angebotes in einer Broschüre oder auf einer Karte einschließlich der entsprechenden Telefonnummer.

Der Prozess der "Ad-Hoc-Beratung"

- ☐ Der Berater stellt eine Verbindung zum Anrufer durch den Beginn eines Dialoges her und hört sehr sorgfältig auf die Antworten.
- ☐ Der Berater ermittelt den Grund des Anrufes.
- ☐ Der Berater schätzt den Ernst der Situation ein und entscheidet, ob die Situation einen sofortigen Eingriff erfordert.
- ☐ Der Berater findet heraus, was der Anrufer vor dem Anruf getan hat um das Problem oder die Fragestellung zu klären.
- ☐ Der Berater entwickelt Alternativen um das Problem zu lösen.
- ☐ Der Berater beendet das Gespräch und macht, falls notwendig, entsprechende Überweisungen.
- ☐ Der Berater dokumentiert den Anruf, einschließlich der Art des Problems, seiner eigenen Deutungen, Empfehlungen für den Anrufer und Folgepläne.

Implementierung einer "Ad-Hoc-Beratung"

- ☐ Festlegung, wer die "Ad-Hoc-Beratung" durchführt.
- ☐ Festlegung bestimmter Zeiten der "Ad-Hoc-Beratung".
- ☐ Training von jedem Mitarbeiter, der "Ad-Hoc"-Anrufe entgegennimmt, welche Art von Fragen beantwortet werden können und wann Überweisungen zu empfehlen sind.
- ☐ Ausstattung der Berater mit Listen von anderen Ressourcen.

5. Ausblick

Die vorliegende Ausarbeitung stellt theoretische Grundlagen, wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxisvorschläge für die Beratung und somit für die Entwicklung von Beratungsqualität vor. Die Aussagen dienen als Diskussionsbeiträge mit Praktikern. Kaum berücksichtigt sind die in der Regel nicht verschriftlichten - aber ebenso empirisch nachweisbaren - Einzelerfahrungen der Praktiker in der Beratung. Zudem wurde in diesem Arbeitspapier lediglich an einzelnen Aspekten von Beratungsqualität gearbeitet und es blieben viele Studien unberücksichtigt.

Es handelt sich bei den Studienergebnissen nicht um Wahrheiten sondern lediglich um zu diskutierende Erkenntnisse der Forschung. Die Schlüsse, die die Praxis daraus zieht sind wiederum wissenschaftlich zu erfassen und zu überprüfen.

Deutlich aber wird, dass ein großer Forschungsbedarf hinsichtlich Beratung und Beratungsqualität im Bereich Demenz besteht. Im Speziellen müssten Konzepte zu Konzept-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Bereich der Beratung bei Demenz entwickelt werden, die dann in die Praxis implementiert und wissenschaftlich evaluiert werden.

6. Literaturverzeichnis

Colantonio, A.; Cohen, C.; Pon, M.: Assessing support needs of caregivers of persons with dmentia: who wants what? Community Ment Health J 37, 2001, 3: 231-243.

Colantonio, A.; Kositsky, A.; Cohen, C.; Vernich, L.: What support do caregivers of elderly want? Results from the CanadiansStudy of Health and Ageing. Can J Public Health 92, 2001, 5: 376-379.

Edelman, P.; Kuhn, D.; Fulton, B.R.; Kyrouac, G.A.: Information and service needs of persons with Alzheimer's disease and their Family Caregivers living in rural communities. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 21, 2006, 4: 226-233.

Haaß-Inmüßig, P.: Neue Aufgaben erfordern umfassende Weiterbildung. Pflegezeitschrift 2001, 4: 285-286.

Hofstätter, P.R.: Bedingungen der Zufriedenheit. Verlag A. Fromm, Osnabrück, 1986.

Lohmeier, A.; Kolednik, H.: Klientenztufriedenheit als Element der Qualitätssicherung. Eine katamnestische Feldstudie an einer Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche. Beratung Aktuell 7, 2006, 1: 18-39.

Mittelman, M.S.; Ferris, S.H.; Shulman, E.; DSteinberg, G.; Levin, B.: A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients With Alzheimer Disease. A randomisized controlled Trial. JAMA 276, 1996, 21: 1725-1731.

Mittelman, M.S.; Epstein, C.; Pierzchala, A. (Hrsg.): Counseling the Alzheimer's Caregiver. A ressource for Health Care Professionals. American Medical Association.

Muhlbauer, S.A.: Navigating the storm of Mnetal Illness: Phases in the Family's Journey. Qualitative Health Research 12, 2002, 8: 1076-1092.

Neufeld, A.; Harrison, M.: Unfulfilled expectations and negative interactions: nonsupport in the relationships of women caregivers. Journal of Advanced Nursing 41, 2003, 4: 323-331.

Takabayashi, T.; Osada, S.; Hiraguti, S.; Onaka, K.; N., K.; Ishigaki, K.: Study on the effects of telephone conseling for familiy caregivers of demented patients. Nippon Koshu Eisei Zasshi 49, 2002, 12: 1250-1258.

Vogel, H.: Qualitätssicherung von Beratung. In: Nestmann, F.; Engel, F.; Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung, Bd. 2 Ansätze, Methoden und Felder. dgvt-Verlag, Tübingen, 2004

Wald, C.; Fahy, M.; Walker, Z.; Livingston, G.: What to tell sdementia caregivers - the rule of three. International Journal of Geriatric Psychiatry 18, 2003, 313-317.