

Darmann-Finck, Ingrid ; Sahm, Martina

Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document\* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3287>

Publication date of this document: 06/09/2024

\* for better findability or for reliable citation

**Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:**

Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.  
Ingrid Darmann-Finck and Martina Sahm. *Pflege* 2006 19:5, 287-293. Hogrefe.  
DOI: <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.5.287>



Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift *Pflege* veröffentlichten Artikel unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.5.287>. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

This document is made available with all rights reserved.

**Take down policy**

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact [publizieren@suub.uni-bremen.de](mailto:publizieren@suub.uni-bremen.de) with full details and we will remove access to the material.

# Biografieorientierte Diagnostik in der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Martina Sahn (Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft)

## Zusammenfassung

*In dem Beitrag werden zunächst zwei im deutschsprachigen Raum populäre Konzepte pflegerischer Beratung im Hinblick auf ihre wissenschaftlichen Grundpositionen und Wertvorstellungen sowie ihre Auswirkungen auf Beratungsprozess und -ergebnis untersucht. Die Autorinnen kommen zu dem Schluss, dass in beiden Konzepten die für den Umgang mit und die Verarbeitung von chronischen Erkrankungen bedeutsamen biografischen Konstruktionsprozesse ausgeblendet bleiben. Möglichkeiten einer biografischen Diagnostik im Rahmen von Pflegeberatung werden abschließend erörtert.*

## Summary

Biography-oriented diagnostics in counselling of patients with chronic illness  
*The article examines two concepts of counselling of patients by nurses that are popular in the German-speaking area with regard to their underlying scientific standpoint and ideals and their implications on counselling-process and -result. The authors determine that both concepts disregard the biographic construction processes which are so important for coping with and tackling chronic illness. The article concludes with a discussion of prospective use of biographic diagnostics in counselling of patients with chronic illness.*

## Einleitung

In der Pflegeliteratur wird die gestiegene Bedeutung von Beratung als Aufgabenfeld für beruflich Pflegende mit der Zunahme an Pflegeempfängern mit chronischen Erkrankungen und der Notwendigkeit begründet, die Selbstmanagementkompetenzen der Betroffenen zu unterstützen. Die über Beratung erworbenen Handlungskompetenzen sollen den Betroffenen eine weitgehend autonome Lebensgestaltung trotz Krankheit und Pflegebedürftigkeit ermöglichen (vgl. Müller-Mundt, Schaeffer, Pleschberger, Brinkhoff, 2000; Ewers, 2001). Beratung als Intervention zur Bearbeitung der in der Lebenswelt des Patienten auftretenden Problemlagen und Krisen (vgl. Stimmer, 2000) ist kein wirklich neues pflegerisches Handlungsfeld. Im Tätigkeitsprofil von Pflegenden war immer schon eine psychosoziale Komponente vorhanden. Sie erfuhr aber zugunsten der von der Medizin stärker gewichteten naturwissenschaftlichen Fertigkeiten wenig Wertschätzung (Koch-Straube, 2001), so dass beratende Tätigkeiten in der deutschen Pflege lange Zeit ein «Schattendasein» führten (Abt-Zegelin, 1999). Die wachsende Bedeutung von beratenden Tätigkeiten für die Pflege in den letzten Jahren lässt sich daran ablesen, dass sich die Beschäftigungsrate mit dem Thema in wissenschaftlichen Zeitschriften der Pflege von 1990 bis 2004 verfünffacht hat (Sahn, 2005) und

in den letzten Jahren vermehrt pflegerische Beratungsangebote eingerichtet wurden. In einer explorativen Studie der Universität Bielefeld stellten Schaeffer und Ose (2005) fest, dass diese Beratungsangebote bislang jedoch nur wenig professionell gestaltet werden. Pflegerische Beratungskonzepte liefern Begründungen und Erklärungen für die Beratungspraxis. In diesem Beitrag wird die These vertreten, dass die in der Pflege diskutierten Konzepte den Anforderungen an die Beratung chronisch kranker Menschen nur bedingt gerecht werden, weil sie bei der Ermittlung des Patientenanliegens zuwenig biografische Perspektiven berücksichtigen, dadurch die Komplexität der Problemlage nicht angemessen erfassen helfen und zu lebensgeschichtlich unzureichenden Lösungen führen. Um diese These zu erhärten, werden zunächst die Ansätze von Koch-Straube (2001, 2004) und Abt-Zegelin (1999, 2003; Abt-Zegelin, Huneke, 1999; Gossens, 2004) vorgestellt. Im zweiten Schritt werden die Anforderungen an die Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen anhand eines Beispiels gekennzeichnet und mit den beiden Konzepten in Beziehung gesetzt. Schließlich werden Möglichkeiten einer biografieorientierten Diagnostik im Rahmen pflegerischer Beratung geprüft.

## Analyse bestehender pflegewissenschaftlicher Beratungsansätze

In der gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Beratungskonzepte vertreten:

u.a. integrative (Koch-Straube, 2001), verhaltensmedizinische (Abt-Zegelin, 2003; Abt-Zegelin, Huneke 1999; Petermann, 1997), systemtheoretisch fundierte (Kleve, 2005) und transkulturelle (Rommelspacher, 2005) Ansätze. Beratungskonzepte oder Beratungstheorien stellen ein wissenschaftlich fundiertes Bezugssystem bzw. Kategorien bereit, mit deren Hilfe angemessene von weniger angemessenen Verhaltens- und Erlebensformen unterschieden, beschrieben, erklärt und vorhergesagt sowie alternative Situationsdeutungen und Handlungsoptionen gefunden werden können (vgl. Breuer, 1979). Außerdem beinhalten sie Werte und Überzeugungen und haben für den Berater stabilisierende Funktion (Rechtien, 2004). Zwei in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft bekannte Konzepte zur pflegerischen Beratung werden in diesem Beitrag vorgestellt und untersucht, nämlich das von Koch-Straube (2001) und das von Abt-Zegelin (2003).

Koch-Straube (2001) grenzt pflegerische Beratung von der Beratung durch andere Professionen ab. Sie stellt fest, dass pflegerische Beratung nicht mit rein psychologischer Beratung, die auf nicht-direktive Verhaltensmodifikation abzielt, und auch nicht mit rein sozialer Beratung, bei der lebensweltliche Schwierigkeiten bearbeitet werden, kompatibel ist. Auch die psychosoziale Beratung, die als eine Integration beider Beratungsformen angesehen werden kann und somit gesellschaftlich-soziale Faktoren ebenso beachtet wie subjektive Bedürfnisse eines Individuums, stellt keine Basis für pflegerische Beratung dar. Die Besonderheit der pflegerischen Beratung ergibt sich nach Ansicht von Koch-Straube dadurch, dass die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten gleichermaßen den Austausch von Sprache wie den Austausch von Berührung enthält und die Pflege sich etwa vom somatischen Blick der Medizin durch eine holistische, ganzheitliche Wahrnehmung der Patientensituation abhebt (vgl. Koch-Straube, 2001). Koch-Straube (2004, 2001) stellt daher den Aspekt der Leiborientierung in den Mittelpunkt ihres Verständnisses von pflegerischer Beratung, wobei sie den Leib im Anschluss an Rahm, Otte, Bosse und Ruhe-Hollenbach (1993, zit. nach Koch-Straube, 2004) als den «beseelte(n) lebendige(n) Körper oder genauer (...) (den) erlebende(n) und sich selbst erlebende(n) Körper» versteht. Für die Verschränkung von sprachlicher und leiblicher Kommunikation verwendet Koch-Straube (2001: 40) den Begriff der «interaktiven Kompetenz» als Erweiterung bzw. pflegespezifische Modifikation der «kommunikativen Kompetenz» im Anschluss an Habermas (1981).

Ein weiteres, ebenso zentrales Charakteristikum besteht in der von Koch-Straube beabsichtigten «Heilung» im Sinne eines prozesshaften, leiborientierten Geschehens als Ziel pflegerischer Beratung. Konkret geht es um die Integration der Problemlage und der damit verbundenen Erfahrungen ins Lebensganze. Eine Berücksichtigung des biografischen Kontextes des Rezipienten pflegerischer Beratung ist daher unabdingbar (Koch-Straube, 2001). Der Patient wird nicht wie in der Medizin und traditionell auch in der Pflege als Objekt, sondern als Subjekt, als Träger momentaner Empfindungen, Erinnerungen, Haltungen und Einstellungen betrachtet und befindet sich stets auf einem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit. Aus dieser biografisch geprägten Sichtweise ergibt sich die Kom-

patibilität mit dem methodischen Vorgehen der Integrativen Beratung, wonach Beratung als ein Lernprozess verstanden wird, der auf die Stärkung personaler, sozialer und lebenspraktischer Kompetenz und Performanz abzielt.

Koch-Straubes Konzept von Beratung lässt sich einem humanistisch orientierten, phänomenologischen Paradigma zuordnen. Indem sie nicht das pathologische Ereignis, sondern weitergefasst Lebenskrisen fokussiert und das subjektive Erleben des Patienten in all seiner Komplexität verstehen will, deckt sich der Ansatz mit den Zielen des lebensweltlich verstandenen Empowerments, bei dem die Stärkung und Erweiterung der Selbstverfügungskräfte des Subjektes im Mittelpunkt stehen (Herriger, 2002).

Abt-Zegelin, Mitbegründerin des *Wittener Konzepts*, verwendet den Begriff der Patientenedukation als einen Oberbegriff für folgende Aktivitäten: Information, Schulung und Beratung. Information meint die gezielte Mitteilung, Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Kontakte und Recherchehilfen. Schulung hingegen wird als ein zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen und Fertigkeiten beschrieben, beispielsweise in Form von Mikroschulungen zum subkutanen Injizieren. Beratung wird als ein ergebnisoffener, dialogischer Prozess verstanden, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird (Abt-Zegelin, 2003). Demzufolge wird der Begriff Edukation nicht in der eigentlichen Wortbedeutung als Erziehung verwendet, sondern unter Berücksichtigung seiner internationalen Gebräuchlichkeit (ebd.). Ausgangspunkt der Patientenedukation stellt eine Erkrankung mit den damit einhergehenden Defiziten in der alltäglichen Lebensbewältigung dar. Dieser Zustand wird mit dem Begriff «Nullpunkterfahrung» bezeichnet, womit ein Bruch in der Biografie gemeint ist, der mit einer Erkrankung beginnt und zu einem Verlust der Kontrolle über wesentliche Handlungsbereiche führt (Gossens, 2004). Durch Patientenedukation soll Empowerment im Sinne einer Stärkung des eigenen Lebensmanagements, insbesondere der so genannten Alltagskompetenz erreicht werden. Als ein Arbeitsinstrument der Empowerment-Praxis wird im Wittener Konzept die Methode des Kompetenzdialogs übernommen (ebd.). Der Kompetenzdialog stellt eine Form der lösungsorientierten Beratung dar und beabsichtigt eine radikale Zukunftsorientierung, was bedeutet, dass nicht das «Verstehen» der Ursachen zur Veränderung der Zukunft (der Lebenspraxis) beiträgt, sondern das «Tun» (ebd.). Um die Wiederherstellung der Alltagskompetenz zu unterstützen, werden im Wittener Konzept folgende Komponenten vorgeschlagen: Wissen über die Erkrankung, Handlungsfähigkeit und Motivation (Gossens, 2004). Vergleicht man diese Komponenten mit den von Hermanns und Kulzer (2003) genannten zentralen Ebenen des verhaltensmedizinischen Modells (kognitive, emotional-motivationale und behaviorale Ebene), so lassen sich deutliche Parallelen feststellen. Das verhaltensmedizinische Modell ist dem biomedizinischen Paradigma zuzuordnen und zielt nicht auf Empowerment, sondern auf Compliance ab. Da das Wittener Konzept eine Erkrankung als Ausgangspunkt von Beratung angibt, Bezüge zum verhaltensmedizinischen Modell aufweist und vornehmlich punktuelle, zielgerichtete Interventionen, beispielsweise in Form von Mikro-

schulungen, vorsieht, kann geschlussfolgert werden, dass es letztlich dem Ziel der Compliance und dem naturwissenschaftlichen Paradigma verhaftet bleibt, auch wenn vordergründig Empowerment behauptet wird.

## Anforderungen an die Beratung chronisch Kranker

Die Anforderungen an die Beratung chronisch Kranker sollen anhand eines von den Autorinnen konstruierten Fallbeispiels verdeutlicht werden.

*Herr M. (54) lebt gemeinsam mit seiner Ehefrau. Seit einem Apoplex hat Herr M. mehrere neurologische Ausfallerscheinungen. Um die häusliche Versorgungssituation finanziell zu gewährleisten und sozialrechtliche Ansprüche erheben zu können, muss Herr M. gemäß der Pflegeversicherung in eine Pflegestufe eingeordnet werden. Daher nimmt das Paar Kontakt mit einem Pflegedienst, welcher mit einer umfassenden Pflegeberatung wirbt, auf. In der Beratungssituation informiert der Pflegedienst über die Vorgehensweise der Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), er macht dem Paar ein Angebot hinsichtlich möglicher pflegerischer Leistungen und übernimmt schließlich die Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse.*

Das Fallbeispiel bildet eine typische Beratungssituation ab, wie sie auch den Ergebnissen der Studie von Schaeffer und Ose (2005) entspricht, wonach sozialrechtliche Aspekte in den überprüften Beratungsangeboten im Vordergrund standen. Im obigen Beispiel orientieren sich die angebotenen Dienstleistungen nicht am individuellen Fall, sondern stellen ein Standardangebot dar. Die komplexen Problemlagen von Herrn M. und seiner Ehefrau werden nicht erfasst. Beispielsweise könnte für Herrn M. die plötzliche Berufslosigkeit ein Problem darstellen. Damit einher gehen häufig die neu zu ordnenden Rollen innerhalb der Familie, insbesondere bei einer traditionellen Rollenkonstellation. Vielfach kommt es zur Überlastung der informellen Pflegeperson, in diesem Fall der Ehefrau, da plötzlich von ihr selbstständig Entscheidungen zu treffen sind, welche zuvor stets dem Pflegebedürftigen vorbehalten waren. Umgekehrt könnte Herr M., der Pflegeabhängige, es als schwierig empfinden, dass seine Frau nun die «dominante Position» in der Beziehung einnimmt. Diese möglichen psychosozialen Hintergründe und Folgen der Pflegebedürftigkeit wie auch die Ressourcen von Herrn M. werden vom beratenden Pflegedienst in keiner Weise untersucht und folglich werden daraus auch keine Konsequenzen gezogen.

Den Prozess der emotionalen, kognitiven und aktionalen Auseinandersetzung der Patienten mit solchen äußeren und inneren Belastungen, deren Bewältigung nur unter besonderen Anstrengungen möglich ist, bezeichnet Lazarus (Lazarus, Folkman, 1984) als Coping. Schwere körperliche und über einen längeren Zeitraum bestehende Erkrankungen fordern von den Betroffenen eine umfassende Revision ihres bisherigen Lebensentwurfs. Sie haben Verluste, Einschränkungen und Verunsicherungen zu ver-

kraften und Emotionen, wie Angst, Minderwertigkeitsgefühle, Trauer um verlorene Fähigkeiten und Möglichkeiten, Schmerzen, Gefühle der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins zu verarbeiten, zudem müssen sie ein krankheitsbezogenes Selbstmanagement aufbauen, ihrem Leben vor dem Hintergrund der Ereignisse einen neuen Sinn verleihen sowie ihre beruflichen und privaten Planungen anpassen (Fischer, 1985; Schaeffer, Moers, 2000). Aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive (Maturana, Varela, 1987) kann Coping als die strukturdeterminierte Antwort eines Systems (des Betroffenen) auf eine Störung in Form einer Erkrankung verstanden werden. Das heißt nicht die Erkrankung an sich bestimmt ausschließlich oder zu einem großen Teil die Antwort, sondern mindestens ebenso die im System bestehenden Deutungsmuster und Verarbeitungsmechanismen. Diese wiederum sind lebensgeschichtlich geprägt. Ob ein Mensch auf eine chronische Erkrankung beispielsweise mit Abwehr reagiert und diese möglicherweise auch dauerhaft beibehält, hängt wesentlich davon ab, welche subjektiven Krankheitskonzepte, Kontrollüberzeugungen, Kausalattributionen und sozialen Netzwerke biografisch entwickelt wurden (vgl. Griesehop, Holtkotte, 1999; Hanses, 1996; Antonovsky, 1985). Die Bedeutung biografischer Erfahrungen beim Coping wird durch biografische Studien zur Krankheitsverarbeitung z.B. bei Multipler Sklerose (Griesehop, 2003; Griesehop et al., 1999) und bei Epilepsie (vgl. Hanses, 1996) sowie durch eine Studie zum Nutzungshandeln von an HIV erkrankten Patienten (Schaeffer, 2004) bestätigt (vgl. auch Corbin, Strauss, 1993, 2004). Hanses (1996) geht sogar so weit, «Epilepsie als ein biografisches Konstrukt zu formulieren». Krankheit und Kranksein stünden in einer ständigen, untrennbaren Wechselbeziehung und geben sich darüber «ihre gegenseitige Ausprägung» (ebd.). Am Konzept der Bedingtheit biografischer Prozesse, wie es von der systemisch-konstruktivistischen Sichtweise nahe gelegt wird, bemängelt Hanses (1996) die ausschließliche Determiniertheit des Lebens durch die Vergangenheit. Er betont dagegen stärker die Zukunftsoffenheit von Lebensgeschichte bzw. von Erkrankungs- und Gesundungsprozessen und damit die Möglichkeit, insbesondere in Krisensituationen zu einer Neuorientierung der Biografie zu gelangen. Geht man davon aus, dass Krankheiten immer mehr oder weniger biografisch konstruiert werden, dürfen sich Pflegenden nicht allein auf das Management des somatischen Krankheitsgeschehens konzentrieren, sondern müssen der Perspektive der Patienten mehr Beachtung beimessen und zunächst auch die im Kontext der Erkrankung bedeutsamen biografisch geprägten Wertpräferenzen und Handlungsorientierungen der Klienten ermitteln (Hanses, 2000; Schaeffer, 2004). Eine solche biografische Diagnostik ist vor allem dann von Bedeutung, wenn – wie bei den meisten Patienten mit chronischen Erkrankungen – die Problemlagen komplex sind.

Die im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Beratungskonzepte von Koch-Straube und Abt-Zegelin sind nur bedingt geeignet, der biografischen Prägung des Bewältigungs- und Anpassungshandelns Rechnung zu tragen. Beratungskonzepte, die sich dem bio-medizinischen Paradigma zuordnen lassen, wie das Wittener Konzept, heben primär auf die Vermittlung eines schulmedizinisch be-

gründeten Normverhaltens ab. Über eine Erhöhung der Patienten-Compliance, also der Kompetenz und Bereitschaft zur Einhaltung der ärztlichen therapeutischen Maßgaben, sollen die Lebensqualität des Patienten verbessert und die Kosten im Gesundheitswesen gesenkt werden (vgl. Petermann, 1997). Eines der Hauptprobleme von verhaltensmedizinischen Beratungskonzepten besteht in der Non-Compliance von Patienten. Unter dem Begriff Non-Compliance werden Verhaltensweisen der Patienten, wie fehlende Krankheitseinsicht oder -akzeptanz, Therapieverweigerung, mangelnde Medikationsdisziplin oder Wissens- und Kompetenzdefizite, zusammengefasst (Petermann, Mühlig, 1998). Nun wird auch in der Verhaltensmedizin versucht, die individuellen Voraussetzungen der Patienten einzubeziehen. Hierfür entwickeln Petermann und Mühlig (1998) eine Typologie verschiedener Non-Compliance-Phänomene und listen Risikofaktoren für die Non-Compliance des Patienten auf. Mittels dieser Systematiken können potenzielle Risikopatienten identifiziert und gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Compliance ausgewählt werden (ebd.). Dieses Vorgehen ist insofern unangemessen, als die Situation des Patienten nicht in ihrer Komplexität wahrgenommen wird, sondern der Schwerpunkt sowohl der Diagnostik als auch der vorgeschlagenen Interventionen einseitig auf der Krankheit und den damit verbundenen objektiv zu beobachtenden Symptomen sowie dem nicht regelrechten Verhalten des Patienten liegt (Jäger, 2001). Bei einer auf vorgegebene Lösungen ausgerichteten Beratung werden häufig nur die aus Sicht des Beraters relevanten Probleme ermittelt und anhand von feststehenden Etiketten kategorisiert (Hanses, 2000). Die individuellen Deutungen und damit auch Ressourcen der Patienten werden als Störungen aufgefasst. Indem die handlungsleitenden Sinnkonstruktionen der Patienten ausgeblendet bleiben und die Problemlage nicht angemessen bestimmt wird, kommt es oft nicht nur zu der Subjektivität des Patienten nicht berücksichtigenden und von ihm letztlich nicht realisierten Problemlösungen, sondern außerdem zu einer systematischen Fremdbestimmung des Klienten mit nachteiligen Folgen für den Genesungsprozess (vgl. Friesacher, 1999). Eine solche sozialtechnische, expertokratische Beratungsinteraktion (Dewe, Scherr, 1990) kann bei abgegrenzten Beratungsanlässen sinnvoll sein, nicht aber für eine umfassende Beratung von Menschen mit chronischer Erkrankung.

Eher auf das Verstehen von Hintergründen ausgerichtet ist das Beratungskonzept von Koch-Straube (2001). Sie geht davon aus, dass das aktuelle Erleben in das Kontinuum von Vergangenheit und Zukunft eingebettet ist und eröffnet damit auch, wie oben gefordert, eine biografische Perspektive. Eine leiborientierte Beratung soll «die Lebenssituation eines Menschen entfaltet (...) (aufnehmen) und die Kompetenzen, Ressourcen, Wünsche, Bedürfnisse, inneren und äußeren Konflikte (...) (wahrnehmen) und ihre Klienten darin (...) (unterstützen), auch schmerzliche Einschnitte bewusst und verantwortungsvoll in das Kontinuum des eigenen Lebens zu integrieren» (Koch-Straube, 2001). Um dieses Ziel zu erreichen, empfiehlt Koch-Straube im Sinne der integrativen Beratung von Rahm (1990) Methoden, mit denen die Patienten aufgefordert werden, die Problemsituation aus einer anderen Perspektive zu be-

trachten, z.B. aus einem anderen räumlichen oder zeitlichen Blickwinkel oder aus der Sicht einer anderen Person. Zwar legt Koch-Straube ein Beratungskonzept vor, mit dem sie den Anspruch verfolgt, eine umfassende, leiborientierte Wahrnehmung der Patientensituation zu realisieren, mit den angegebenen Methoden gelingt ihr die Umsetzung dieses Anspruchs aber nur zum Teil. Beispielsweise sieht Koch-Straube die Notwendigkeit, die Situation des Patienten im Hinblick auf seine Lebenswelt, Ressourcen, Bedürfnisse, Interessen, Probleme, Konflikte sowie seine Vergangenheit und Zukunftserwartung zu analysieren, letztlich bleibt aber im Dunkeln, wie dies geschehen soll. Zudem hebt Koch-Straube mit dem gestalttherapeutisch fundierten Modell der integrativen Beratung einseitig auf die Anhebung der Kompetenz im Umgang mit den psychosozialen Folgen der chronischen Erkrankung ab. Auch wenn sie damit einen wichtigen Aspekt von Pflegeberatung aufgreift, wird das Konzept der Komplexität der Aufgaben der Pflegeberatung bei chronischer Erkrankung nicht gerecht und verleiht der Pflegeberatung eine zu starke psychotherapeutische und damit ebenso eindimensionale Ausrichtung.

Zwar wurden in diesem Beitrag Grenzen der beiden Beratungsansätze dargestellt, grundsätzlich bleibt aber festzustellen, dass unterschiedliche Beratungsanlässe unterschiedlicher Beratungsmethoden und -konzepte bedürfen, in denen wiederum unterschiedliche Paradigmen koexistieren können (vgl. Kim, 1989). Wenn Information und Schulung stärker im Vordergrund stehen, bietet das Wittener Konzept einen möglichen Rahmen. Das Konzept von Koch-Straube ist hilfreich bei der Beratung von Patienten mit psychosozialen Problemlagen. Sollen chronisch kranke Menschen so beraten werden, dass sie biografisch passende Lösungen für ihre individuell spezifischen, im Zusammenhang mit chronischer Erkrankung auftretenden Problemlagen finden können, dann muss eine biografische Diagnostik ein wesentliches Element der Pflegeberatung sein.

## **Biografische Diagnostik in der Pflegeberatung**

Biografien sind das eigene Leben betreffende soziale Selbstbeschreibungen oder Selbstpräsentationen (Fischer-Rosenthal, Rosenthal, 1997; zur Biografieforschung in der Pflege vgl. Sander, 2003, 2006). Mit Beginn der Moderne und dem Brüchigwerden von normierten Lebenswegen ist das Individuum aufgefordert, sein Leben stärker selbst zu gestalten (vgl. Beck, Beck-Gernsheim, 1994). Das bedeutet nicht, dass es keine gesellschaftlichen Vorgaben mehr gäbe, es handelt sich dabei aber eher um eine Vielzahl von Angeboten, die das Individuum aktiv in sein Leben integrieren muss, wenn es an den gesellschaftlichen Ressourcen teilhaben will. Dieser aktive Prozess wird in der Soziologie als biografische Arbeit bezeichnet. Biografie als gelebtes Leben konstituiert sich in einem dialektischen Verhältnis der lebensgeschichtlichen Erlebnisse und Erfahrungen der Subjekte einerseits und der gesellschaftlich angebotenen Muster andererseits (Fischer-Rosenthal et al., 1997). Die erzählte Biografie bildet die geschehe-

nen Lebensentscheidungen nicht ab, sie ist vielmehr eine Konstruktion und entsteht in Auseinandersetzung mit dem Vergangenen und dem, was zukünftig erwartet oder erhofft wird. Mit dem Ziel, Kontinuität und Identität zu sichern, erfolgt die Erinnerung (auch um-)deutend und selektierend. Indem dem Leben und seinen unterschiedlichen Ereignissen (z.B. einer chronischen Erkrankung) durch die erzählte Biografie Sinn verliehen wird, ermöglicht sie dem erzählenden Subjekt Reflexion und Orientierung. Zugleich kann die erzählte Biografie dem Außenstehenden, also z.B. einem Forscher oder einer Pflegeperson, Anhaltspunkte geben sowohl über reale historische Ereignisse und Bedingungen als auch über deren Verarbeitung durch die Subjekte.

Methodisch erfordert der biografieorientierte Ansatz einen rekonstruktiv-hermeneutischen Zugang. Der Soziologe Schütze (1983) hat mit dem Ziel der Erforschung von elementaren Prozessstrukturen des Lebenslaufs sowie der Auswirkungen sozialer Bedingungen und Prozesse auf den Lebenslauf die Methode des narrativen Interviews entwickelt. Schütze stützt sich bei der Datensammlung auf Erzählungen, weil sie im Unterschied etwa zu Beschreibungen und Argumentationen noch besonders eng mit dem tatsächlichen Handeln verbunden sind (Fischer-Rosenthal et al., 1997) und dadurch am ehesten die «lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtung des Biografieträgers (...) reproduzieren» (Schütze, 1983). Kennzeichnend für die Methode ist, dass die Probanden durch eine offene Erzählaufforderung angeregt werden, eine Erzählung ihrer Lebensgeschichte oder bestimmter Lebensphasen zu generieren und während des Erzählens möglichst wenig vom Interviewer unterbrochen werden. Durch die so genannte autobiografische Anfangserzählung können die von den Probanden selbst vorgenommenen Strukturierungen, Schwerpunktsetzungen und Auslassungen erfasst und untersucht werden. Erst nach Abschluss der Erzählphase richtet der Interviewer an den Probanden Nachfragen, die sich zunächst noch eng auf das Erzählte beziehen und anschließend stärker auf Abstraktion abheben, indem z.B. nach Begründungen gefragt wird. Bei der Auswertung narrativer Interviews werden zum einen die inhaltliche Struktur der Erzähltexte und zum anderen die erlebte Lebensgeschichte rekonstruiert. Beim Vergleich des Erzählten mit der lebensgeschichtlichen Abfolge gewinnt der Forscher Interpretationen des Erzählten z.B. im Hinblick auf Orientierungs-, Verarbeitungs-, Deutungs- und Legitimationsfunktionen (Schütze, 1983).

Mit den hier vorgestellten Thesen soll auf ein Desiderat bei der Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen aufmerksam gemacht werden. Die folgenden Beispiele können lediglich eine Idee von der Fruchtbarkeit der biografischen Diagnostik geben, weitere Konkretisierungen und Projekte sollen damit angeregt werden. Hanses (2000; Dern, Hanses, 2001) setzte die Methode der Biografieanalyse in einem Projekt des Instituts für angewandte Biografie- und Lebensweltforschung der Universität Bremen und der Abteilung «Berufliche Rehabilitation» des Rehabilitationskrankenhauses Ulm ein. Das Projekt richtete sich auf die Berufsfindungsberatung, in der ausgelotet wird, ob durch Fortbildung, Umschulung oder andere unterstützende Maßnahmen eine berufliche Wiederein-

gliederung der Rehabilitanden ermöglicht werden kann oder eher eine Verrentung angeraten ist. Anlass für Reformen war die wachsende Erfolglosigkeit bei der Wiedereingliederung, eine gestiegene Abbruchrate bei Fördermaßnahmen sowie die Beobachtung, dass sich das Klientel in der beruflichen Rehabilitation in den letzten Jahren verändert hat. Die Rehabilitanden sind im Unterschied zu früher nicht mehr nur krank oder behindert, sondern befinden sich außerdem in psychischen Krisen, sind sozial benachteiligt und beruflich ausgebrannt. Die bisher bei der Berufsfindungsberatung eingesetzten diagnostischen Instrumente, wie strukturierte Anamnese, Psychodiagnostik sowie die direkte Befragung nach Motivationslagen, wurden durch Methoden der biografischen Diagnostik ersetzt. Damit war die Hoffnung verbunden, sowohl eine treffendere Diagnose finden als auch passendere Hilfepläne entwickeln zu können. Methodisch wurde dieses Vorhaben durch narrative Interviews realisiert, wobei der Erzählimpuls an den Anwendungskontext angepasst wurde: «Erzählen Sie doch bitte, wie Sie hierher (in die Institution) gekommen sind» oder «Wie kam es denn zu den Problemen (Krankheit, Arbeitslosigkeit etc.) und wie hat sich dann alles weiterentwickelt, erzählen Sie doch mal.» Mit diesem Gesprächsarrangement ging eine fundamentale Änderung der «Interaktionsordnung» (Dern et al., 2001: 293) einher. Anstelle des durch den Professionellen strukturierten Frage-Antwort-Spiels tritt jetzt die Erzählung des Rehabilitanden in den Vordergrund des Gesprächs, während sich der Professionelle in einer stärker zuhörenden Position befindet und erst später erzählgenerierende und thematische Nachfragen stellt.

Bei der Auswertung der aufgezeichneten und transkribierten Gespräche waren vier sensibilisierende Konzepte leitend, mit denen der Autor «ein originäres, eigenständiges sozialarbeiterisches Profil von Diagnose» (Hanses, 2000) prägen möchte. Untersucht wurden zentrale biografische Themen, die hinter der Erzählung erkennbare soziale Rahmung, generative Muster der Erzählung und Ressourcen der Rehabilitanden (vgl. Dern et al., 2001). Hanses (2000) geht davon aus, dass Ressourcen und Defizite wie zwei Seiten einer Medaille eng beieinander liegen und z.B. biografische Ereignisse sowohl positiv als auch negativ gedeutet werden können. Neben dem problemorientierten müsse der Berater stets zugleich einen ressourcenorientierten Blick «mitlaufen» lassen (Dern et al., 2001).

Ob die mit der Methode der biografischen Diagnostik beratenden Rehabilitanden eine bessere Erfolgsquote aufweisen als diejenigen, die traditionell beraten wurden, konnte im Rahmen des Projekts nicht evaluiert werden. Hanses (2000) kommt aber zu dem Ergebnis, dass die Professionellen zu einem veränderten, stärker individualisierenden Verständnis der Rehabilitanden gelangten, mehr Sensibilität für deren Krisen und Leistungen entwickelten und weniger auf Typisierungen zurückgriffen.

Der Erkenntnisgewinn und der Nutzen, der durch den biografieorientierten Zugang zum Ratsuchenden zu erwarten ist, wurden auch in einem Seminar an der Universität Bremen zur «Praxis pflegerischer Beratung» deutlich. Die Studierenden erhielten in diesem Seminar den Auftrag, mit einer chronisch erkrankten Person ein biogra-

fisch-narratives Interview zu führen, dieses auf Tonband aufzunehmen, anschließend auszuwerten sowie Schlussfolgerungen für die Beratung der interviewten Person zu ziehen. Die Eingangsfrage orientierte sich an der aus dem Projekt von Hanses und wurde thematisch auf den Umgang der Person mit der chronischen Erkrankung beschränkt. Die Auswertung erfolgte anhand von folgenden Fragestellungen: Über welche Ereignisse wird lange erzählt, über welche gar nicht? Was wird mit großem Engagement erzählt, was mit wenig? Gibt es sich wiederholende Themen, die die ganze Darstellung durchziehen? Bei der Entwicklung der Fragen bildeten die Auswertungsstrategien von Fischer-Rosenthal et al. (1997) und Schütze (1983) eine Orientierung, wurden aber für den Anwendungszweck reduziert. Ziel war es, durch den Vergleich der erzählten mit der erlebten bzw. vermutlich erlebten Lebens- bzw. Krankheitsgeschichte zu einer Deutung bezüglich der Verarbeitung der Erkrankung zu gelangen. Zwar sind die Ergebnisse dieser Übung natürlich nicht repräsentativ, sie zeigen aber, welche Schwierigkeiten chronisch Kranke bei der Neustrukturierung ihrer Lebensgeschichte haben, wie wenig sie dabei von Professionellen unterstützt werden und dass die biografische Diagnostik ein geeignetes Instrument ist, um Zugang zur lebensgeschichtlich geprägten Krisenverarbeitung der Ratsuchenden zu erhalten. Die Studierenden haben Einblick in die psychosozialen Hintergründe der chronischen Erkrankung bekommen, die ihnen nach ihren Aussagen sonst verschlossen bleiben. Ein 56 Jahre alter Beamter der Berufsfeuerwehr und Rettungstaucher<sup>1</sup> beispielsweise, der an Parkinson erkrankt ist, und der ausdrücklich den Wunsch geäußert hatte, mit den Studierenden zu sprechen, berichtet im Interview lange, mit großem Engagement und immer wieder von seiner körperlichen Leistungsfähigkeit vor der Erkrankung und seinen weiterhin praktizierten sportlichen Aktivitäten. Weiterhin geht aus seiner Erzählung hervor, dass er sich umfangreiches Spezialwissen über die Erkrankung angeeignet hat und alles daran setzt, die Krankheit zu bekämpfen. Oft wird der «Ausfall» seines linken Armes thematisiert. Seine Gefühle gegenüber der Erkrankung sowie der Umgang mit Leistungseinbußen werden dagegen nicht angesprochen. Zwischendrin fängt der Proband einmal kurz an zu weinen, bemüht sich aber, seine Fassung schnell wieder zu gewinnen. Die Studierenden gelangten zu der Hypothese, dass der Proband seine Erkrankung eher verdrängt, denn verarbeitet und hofft, die Krankheit besiegen zu können. Wäre dieses Interview der Beginn einer vom Probanden gewünschten Beratung, so wäre daraus der Schluss zu ziehen, gemeinsam nach körperlichen und anderen Aktivitäten zu suchen, die ihm Befriedigung und Bestätigung verschaffen, und ihm über weitere Gesprächsangebote die Gelegenheit zu geben, sich mit der Erkrankung auch stärker emotional auseinander zu setzen und ggf. zusammen mit seiner Ehefrau neue Sinnhorizonte zu entdecken.

<sup>1</sup> Für dieses Beispiel danken wir Sophia Kück, Marita Katzner und Sabine Bujalla.

## Fazit

Chronische Erkrankungen erfordern von den davon Betroffenen eine Revision ihres bisherigen Lebensentwurfs und stellen zugleich ein Ergebnis der bisherigen Lebensgeschichte dar. Die beiden besprochenen Konzepte für Pflegeberatung tragen dem kaum Rechnung, sondern orientieren sich stärker an medizinischen Erfordernissen oder an psychotherapeutischen Grundsätzen. Auch wenn zur biografieorientierten Diagnostik noch keine Wirksamkeitsanalysen vorliegen und die Methode relativ zeitaufwändig ist, geben die Fallstudien von Hanses (2000) aber Anlass zu der Vermutung, dass sie sich gut eignet, um in der Pflegeberatung von chronisch Kranken und ihren Angehörigen die Rekonstruktion der eigenen Biografie zu unterstützen und lebensgeschichtlich angemessene Handlungsoptionen für pflegerelevante Problemlagen zu finden. Die Erprobung und Evaluation des Ansatzes bei der Beratung von chronisch Kranken und ihren Angehörigen durch Pflegende wäre daher wünschenswert.

## Literatur

- Abt-Zegelin, A.: Patienten-Eduktion als Pflegeaufgabe. Planung und Aufbau von zwei Patienten-Informationszentren. Forum Sozialstation, 1999, 96: 66–68.
- Abt-Zegelin, A.; Huneke, M.: Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. www.PR-INTERNET.com für die Pflege, 1999, 1: 11–18.
- Abt-Zegelin, A.: Patienten- und Familienedukation in der Pflege. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Tagungsband. Mabuse Verlag, Frankfurt a. Main, 2003, 103–115.
- Antonovsky, A.: Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco, 1985.
- Beck, U.; Beck-Gernsheim, E.: Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie. In: Dies. (Hrsg.): Riskante Freiheiten. Suhrkamp, Frankfurt, 1994: 10–39.
- Breuer, F.: Psychologische Beratung und Therapie in der Praxis. Quelle & Meyer, Heidelberg, 1979.
- Corbin, J.M.; Strauss, A.S.: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 2. erw. Aufl.
- Dern, W.; Hanses, A.: Berufsfindung und Biografie – Biografische Diagnostik als Zugang zu den Sinnhorizonten und Ressourcen der Menschen in der beruflichen Rehabilitation. Rehabilitation, 2001, 40: 289–303.
- Dewe, B.; Scherr, A.: Beratung und Beratungskommunikation. Neue Praxis, 1990, 20: 488–500.
- Ewers, M.: Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse und Literaturanalyse. 2001. <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) P01–115.
- Fischer, W.: Soziale und biografische Konstitution chronischer Krankheiten. In: Lutz, B. (Hrsg.): Soziologie und gesellschaftliche Entwicklung. Verhandlungen des 22. Deutschen Soziologentages in Dortmund 1984. Campus Verlag, Frankfurt/Main, 1985: 559–569.
- Fischer-Rosenthal, W.; Rosenthal, G.: Warum Biografieanalyse und wie man sie macht. ZSE, 1997, 4: 405–427.
- Friesacher, H.: Verstehende, phänomenologisch-biografische Diagnostik. Dr. med. Mabuse, 1999, 120: 54–60.
- Gossens, J.: Grundlagen der Patientenedukation. In: [www.patientenedukation.de/download/grundlagender\\_patientenedukation.doc.pdf](http://www.patientenedukation.de/download/grundlagender_patientenedukation.doc.pdf) (2004) (Stand 01/2005).

- Griesehop, H.R.; Holtkotte, B.: Multiple Sklerose – Multiple Bewältigungsformen. Werkstattberichte des IBL der Universität Bremen, Bremen, 1999.
- Griesehop, H.R.: Leben mit Multipler Sklerose. Lebensgestaltung aus biografischer Sicht. VAS, Frankfurt/Main, 2003.
- Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1981.
- Hanses, A.: Epilepsie als biografische Konstruktion. Donat, Bremen, 1996.
- Hanses, A.: Biografische Diagnostik in der sozialen Arbeit. Neue Praxis, 2000, 4: 357–379.
- Hermanns, N.; Kulzer, B.: Patientenschulung bei Diabetes mellitus: Von der Wissensvermittlung zur Verhaltensmedizin. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 2003, 16: 345–349.
- Herriger, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, Berlin, Köln, 2002, 2. Aufl.
- Jäger, H.: Compliance & Empowerment. In: Reibnitz, C. v.; Schnabel, P.-E.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Juventa Verlag, Weinheim, München, 2001: 169–177.
- Kim, H.S. (1989): Theoretical Thinking in Nursing: Problems and Prospects. In: Nicoll, L.H. (Ed.): Perspectives on Nursing theory. Lippincott, Philadelphia, 1992: 157–167.
- Kleve, H.: Eine systemtheoretische Perspektive auf Beratung. In: Pflege & Gesellschaft, 2005, 4: 172–181.
- Koch-Straube, U.: Entwicklung eines Beratungskonzepts für die Pflege. In: Pflegemagazin, 2004, 4: 4–9.
- Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, 2001.
- Lazarus, R.S.; Folkman, S.: Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York, 1984.
- Maturana, H.R.; Varela, F.J.: Der Baum der Erkenntnis. Bern, München: Goldmann, 1987.
- Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P.: Patientenedukation – (k)ein Thema in der deutschen Pflege? Pflege & Gesellschaft, 2000, 2: 42–53.
- Petermann, F.: Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: Ders. (Hrsg.): Patientenschulung und Patientenberatung. 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl., Hogrefe Verlag, Göttingen, 1997: 3–21.
- Petermann, F.; Mühlig, S.: Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: Petermann, F. (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Hogrefe Verlag, Göttingen, 1998: 73–102.
- Rahm, D.; Otte, H.; Bosse, S.; Ruhe-Hollenbach, H.: Einführung in die integrative Therapie. Junfermann, Paderborn, 1993.
- Rahm, D.: Gestaltberatung – Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit. Junfermann, Paderborn, 1990.
- Rechtien, W.: Beratung – Theorien, Modelle, Methoden. Profil Verlag, München, Wien, 2004, 2. Aufl.
- Rommelspacher, B.: Transkulturelle Beratung. Pflege & Gesellschaft, 2005, 4: 182–189.
- Sahm, M.: Patientenedukation – nur ein neues Handlungsfeld der Pflege oder eine neue qualitative Dimension pflegerischer Versorgung? – Der Weg zu einem gesellschaftlichen Bildungsauftrag der Pflege Universität Bremen. Unveröffentlichte Diplomarbeit, 2005.
- Sander, K.: Biografiearbeit. Grundlagen der Pflege für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Heft 21. Prodos Verlag, Brake, 2006.
- Sander, K.: Biografieforschung und Pflege. In: Schneider, K.; Brinker-Meyendriesch, E.; Schneider, A. (Hrsg.): Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Springer, Berlin, u.a., 2003: 35–56.
- Schaeffer, D.: Der Patient als Nutzer. Verlag Hans Huber, Bern, 2004.
- Schaeffer, D.; Moers, M.: Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim und München, 2000: 447–483.
- Schaeffer, D.; Ose, D.: Orientierung das Ziel – Desorientierung das Ergebnis? Forum Sozialstation, 2005, 135: 17–20.
- Schütze, F.: Biografieforschung und narratives Interview. Neue Praxis, 1983, 3: 283–293.
- Stimmer, F.: Grundlagen des methodischen Handelns in der sozialen Arbeit. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 2000: 77–82.

*Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Universität Bremen, Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften, Studiengang Pflegewissenschaft, Grazer Str. 6, D-28359 Bremen*

*Martina Sahm, Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft, Elbeklinikum Stade, Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflegeschule, Bremervörder Str. 111, D-21682 Stade*