

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN HAMBURG
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management

Dualer Studiengang Pflege (BA)

Professionelle Verantwortung und Identität in der Pflegebeziehung

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 01.06.2011

Vorgelegt von: Laura Marie Leonhardt

Betreuende Prüferin: Katharina Straß

Zweiter Prüfender: Andreas Müller

Inhaltsverzeichnis

I Abbildungsverzeichnis.....	3
II Tabellenverzeichnis.....	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Problemdarstellung.....	4
1.2 Forschungsziel und Fragestellung.....	5
2. Theoretischer Bezugsrahmen.....	6
2.1 Psychodynamische Krankenpflege nach Hildegard Peplau.....	6
2.2 Kongruente Beziehungspflege nach Rüdiger Bauer.....	12
2.3 Begriffsbestimmungen.....	18
3. Methodisches Vorgehen.....	20
4. Ergebnisse.....	23
4.1 Gestaltung der Interaktion in der professionellen Pflegebeziehung.....	23
4.1.1 Wahrnehmung, Deutung und Verstehen der Patientensituation.....	23
4.1. 2 Kommunikation.....	28
4.2 Bedeutung von Nähe und Distanz in der Pflegebeziehung.....	29
4.3 Identität in der Pflegebeziehung.....	33
5. Diskussion.....	36
5.1 Pflegebeziehung als Gratwanderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit.....	36
5.2 Implikationen für die Praxis.....	40
6. Schlussbetrachtung.....	43
7. Literaturverzeichnis.....	45
Eigenständigkeitserklärung.....	48

I Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überlappende Phasen der Pflegekraft/Patient-Beziehung	8
Abbildung 2: Professionelle Bearbeitung von Beziehungsthemen	14

II Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundeinstellungen bei der Beziehungsgestaltung	17
Tabelle 2: Resultate Literaturrecherche	21
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für Publikationen	22

1. Einleitung

1.1 Problemdarstellung

Der pflegerische Auftrag in der klinischen Praxis ist unscharf definiert. Der Spagat zwischen ärztlicher Assistenz und eigenständiger, fachkundiger Pflege kann laut Hofmann (2001, S. 208) durch Abgrenzungsschwierigkeiten seitens der Pflegenden zu Defiziten im beruflichen Selbstverständnis führen. Die konzentrierte Ausbildung von praktischen Fertigkeiten lässt neben den rein fachlichen Inhalten wenig Spielraum für die Vermittlung von Argumentations-, Reflexions- oder Begründungsfähigkeiten, mit deren Hilfe das eigene Wissen und Handeln hinterfragt und überprüft werden kann. Einzelne Handlungsabläufe werden dafür umso mehr bis ins kleinste Detail festgelegt. Die Auseinandersetzung mit dem eigenen pflegeberuflichen Verständnis und die Entwicklung einer stabilen Identität – als Persönlichkeit und als Krankenpfleger¹ – wird damit erheblich schwieriger (Hofmann, 2001, S. 207). Daraus unter Umständen resultierende Irritationen über die eigenen Zuständigkeiten und die eigene Rolle können dazu führen, dass eine der eigenständigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben von Pflege – die Beziehungsarbeit mit dem Patienten – gar nicht als solche wahrgenommen und demnach vernachlässigt wird. Doch über die Sorge für andere definiert sich Pflege und ohne sorgende Zuwendung kann laut Benner und Wrubel Heilung „weder erreicht noch verstanden werden“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 29). Dies impliziert, dass Pflegenden entsprechend verantwortlich den Personen und Ereignissen zugewandt sind und sie in ihrer Besonderheit ernst nehmen.

Sofern aber die sorgende Zuwendung in der Pflegebeziehung zum Patienten nicht als Teil der eigenen pflegerischen Verantwortung und des beruflichen Verständnisses angesehen und - bewusst oder unterbewusst - mehr Distanz als Nähe zum Patienten aufgebaut wird, bedeutet dies in der Konsequenz eine Entfernung von der Lebenswelt der Patienten und damit einem zentralen Element pflegerischer Arbeit.

¹ In dieser Arbeit wird sowohl die männliche als auch die weibliche Schreibweise verwendet. Beide Formen schließen jeweils das andere Geschlecht mit ein.

1.2 Forschungsziel und Fragestellung

Ausgehend von der Problembeschreibung sollen in der vorliegenden Arbeit bisher bekannte Erkenntnisse zu Beziehung und Pflege anhand des aktuellen Forschungsstands in Deutschland untersucht werden. Ziel ist es, die bereits bestehenden Erkenntnisse zu analysieren, indem Bekanntes unter dem Fokus von professioneller Verantwortung und Identität miteinander in Beziehung gesetzt und vor dem Hintergrund der theoretischen Entwürfe von Hildegard Peplau und Rüdiger Bauer diskutiert wird. Es ergeben sich folgende leitenden Fragestellungen:

1. Wie erleben Pflegende und Patienten die Beziehung im pflegerischen Alltag?
2. Welche Rolle nimmt die pflegerische Identität innerhalb der Beziehungsgestaltung ein?

Im weiteren Verlauf der Arbeit werden nach einem theoretischen Überblick und der Darstellung des methodischen Vorgehens Aspekte pflegerischer Beziehungsarbeit anhand von Interaktion, Nähe und Distanz sowie pflegerischer Identität dargestellt und analysiert. Die Grundlage hierfür sind vorrangig empirische Erkenntnisse der Interaktions- und Beziehungsforschung in der Pflege. Eine zusammenfassende Diskussion sowie eine darauf basierende Schlussfolgerung mit Implikationen für die pflegerische Praxis bilden den Abschluss der Arbeit.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

Der theoretische Bezugsrahmen bildet erkenntnisleitend die Grundlage für die Analyse und Auswertung der recherchierten Literatur. Bei der Entscheidung für die Theorien war die Relevanz der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung als Inhalt der Theorie ausschlaggebend. Im Detail wird im Folgenden auf die Aussagen zu professioneller Beziehungsgestaltung und pflegerischer Verantwortung und Identität in den beiden theoretischen Entwürfen eingegangen. Von dieser Darstellung ausgehend werden als weitere Ausgangspunkte der Arbeit relevante Begriffe definiert.

2.1 Psychodynamische Krankenpflege nach Hildegard Peplau

Als die Entwicklung von Theorien in der Pflegewissenschaft „noch relativ neu war“ (Marriner-Tomey, 1992, S. 312), leistete Peplau mit ihrem Modell der psychodynamischen Krankenpflege einen entscheidenden Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflege. Als eine der ersten Pflegewissenschaftlerinnen integrierte sie neben eigenen empirischen Erkenntnissen zahlreiche Theorien (u.a. von Maslow, Freud und Sullivan) in ihre Arbeit (vgl. Marriner-Tomey, 1992, S. 312). Ursprünglich entwickelte sie das Modell, um examinierten Pflegenden und Auszubildenden in der Pflege zu helfen, ihre Beziehungen zum Patienten zu verbessern. Indem Beziehungsarbeit in einem theoretischen Konzept formuliert wurde, ist sie greifbarer und damit für andere erlernbar geworden:

„Die Aufgabe der Pflege und der Pflegeausbildung besteht in einer die Reife fördernden Entwicklung der Persönlichkeit; dies setzt die Anwendung von Prinzipien und Methoden voraus, die den Prozeß des Ringens mit den alltäglichen interpersonalen Problemen oder Schwierigkeiten ermöglichen und leiten“ (Peplau, 1995, S. 16 f.)

Gleichzeitig wollte Peplau Pflegende ermutigen, sich von stereotypen Handlungsmustern und hierarchischen Strukturen loszulösen, ihre professionelle Verantwortung wahrzunehmen und aus einem mehr demokratischen Verständnis heraus selbstbestimmt und eigenständig denkend Pflege auszuführen. Die Patienten-Pflegenden-Beziehung stellt dabei für sie das entscheidende Medium dar. Über

sie können Pflegekräfte Informationen über den Patienten erhalten, Probleme kommunizieren, Erleichterung schaffen und eine umfassende pflegerische Versorgung gewährleisten. Dies spiegelt sich auch in Peplaus Definition von Pflege wieder:

„Die Pflege ist ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozeß. Sie wirkt in Kooperation mit anderen menschlichen Prozessen, die dem einzelnen in der Gesellschaft Gesundheit ermöglichen. In spezifischen Situationen, in denen ein professionelles Gesundheitsteam gesundheitsbezogene Dienstleistungen erbringt, beteiligen sich die Pflegekräfte an der Organisation von Bedingungen, die die natürlichen fortlaufenden Tendenzen im menschlichen Organismus unterstützen. Die Pflege ist ein edukatives Instrument, eine die Reife fördernde Kraft, die darauf abzielt, die Vorwärtsbewegung der Persönlichkeit in Richtung auf ein kreatives, konstruktives, produktives persönliches und gesellschaftliches Leben bewirken“ (Peplau, 1995, S. 39 f.).

Die Definition macht deutlich, welchen zentralen Stellenwert die Themen Persönlichkeit, Entwicklung und Selbstständigkeit in Peplaus Theorie einnehmen. Pflege fungiert nicht nur als individuelle Dienstleistung für den Patienten, sondern erfüllt auch einen gesamtgesellschaftlichen Auftrag. Durch die Weiterentwicklung der Persönlichkeit im Pflegeprozess lernen Patienten, sich im Kontext ihres Umfeldes zu betrachten und Rückschlüsse für die eigene Lebensgestaltung zu ziehen. Gleichzeitig betont Peplau in ihrer Definition den wechselseitigen Charakter der Pflege, der vor allem hinsichtlich der Gestaltung des Pflegeprozesses an Bedeutung gewinnt – Pflegenden leiten den Prozess zwar aus ihrer professionellen Verantwortung heraus, müssen aber mit den Patienten interagieren und sich mit ihnen verständigen, um die Prozessziele zu erreichen.

Die prozesshafte Entwicklung der Pflegekraft/Patienten-Beziehung steht im Mittelpunkt der Theorie und wird von Peplau in vier Phasen eingeteilt – Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung. Sie sind konzeptionell voneinander getrennt, können sich real aber immer wieder überschneiden, da sie laut Peplau „in jeder umfassenden Pflegesituation enthalten [sind] und [...] erkannt werden“ können (Peplau, 1995, S. 41). In diesen Phasen sollen Patient und Pflegeperson gemeinsam auf zwischenmenschlicher Ebene Problemlösungen entwickeln und durch praktische Erfahrungen aneinander reifen. Die

Persönlichkeit der Pflegenden – mit all ihrem Wissen und ihren Fähigkeiten - wirkt sich dabei unmittelbar darauf aus, was der Patient im Verlauf seines Gepflegtwerdens erfährt und was er daraus lernt. Pflegenden kommt damit die Verantwortung zu, sich und ihr Wissen ständig weiterzuentwickeln. Die folgende Grafik soll die einzelnen Phasen sowie die entsprechenden Foki der Phasen verdeutlichen.

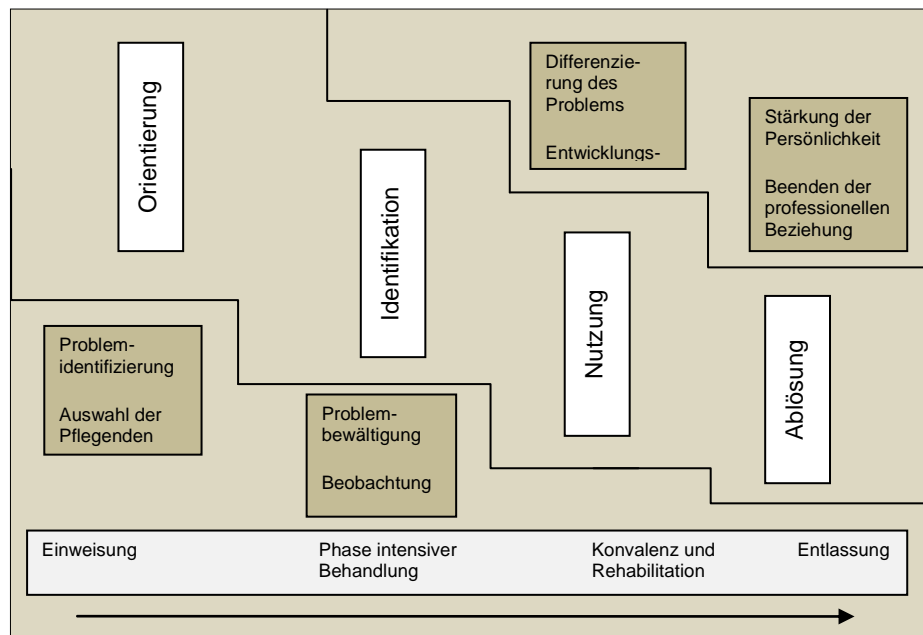


Abbildung 1: Überlappende Phasen der Pflegekraft/Patient-Beziehung
 Quelle: Eigene Darstellung nach Peplau, 1995, S.45

Neben den vier Phasen des Beziehungsprozesses identifiziert Peplau verschiedene Rollen in der professionellen Beziehungsarbeit, die notwendig sind, um zwischenmenschliche Beziehungen bewusst zu machen. Rollenbilder ergeben sich aus den „interpersonalen Beziehungen mit einzelnen oder in der Gesellschaft“ (Peplau, 1995, S. 96). Im Beziehungsprozess weisen Patienten den Pflegenden Rollen zu, die ihnen für die Bewältigung ihres Problems notwendig erscheinen und Pflegenden wiederum wählen Rollen, die sie als ein „für Pflegekräfte wünschenswertes Verhalten ansehen“ (Peplau, 1995, S. 69). Damit ergeben sich verschiedene Ideen von den Aufgaben einer Pflegekraft, die je nach gesellschaftlicher und ökonomischer Herkunft variieren (Peplau, 1995, S. 69). Die Rollen der Pflegenden im Beziehungsprozess können sein:

- Die Rolle des Fremden
- Die Rolle des Unterstützenden
- Die Rolle des Lehrenden
- Die Rolle des Führenden
- Ersatz – Rollen (beispielsweise Mutter oder Geschwister)
- Beratende Rolle

Gemeinsam ist allen Rollen, dass sie den Prozess der Beziehungsentwicklung und des Kennenlernens begünstigen. Durch die Übernahme der Rollen helfen Pflegende dem Patienten, im Prozess der Identifikation seine Vorstellungen zu klären. Über die Differenzierung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten zwischen Pflegekraft und ihrer Rolle lernt der Patient zunehmend, die Pflegekraft als eigene Persönlichkeit wahrzunehmen. Im Folgenden werden die oben genannten Rollen näher beleuchtet.

Rolle des Fremden: (nach Peplau, 1995, S.69 ff.)

Patient und Pflegekraft begegnen sich zum ersten Mal. Die Pflegekraft tritt dem Patienten höflich und respektvoll gegenüber und nimmt ihn so an, wie er ist. Sie behandelt ihn als einen zu Gefühlen fähigen Menschen und wählt ihre Worte, die sie an den Patienten richtet, sorgsam aus.

Rolle des Unterstützenden: (nach Peplau, 1995, S.73 ff.)

Die Pflegekraft tritt als Vermittlerin von Wissen und technischen Maßnahmen auf, was zur Verbesserung der Gesundheit des einzelnen und der Gesellschaft beiträgt. Sie gibt spezifische Antworten auf Fragen, die aus einem größeren Problem resultieren.

Rolle des Lehrenden: (nach Peplau, 1995, S. 74 ff.)

Eine Kombination aller Rollen, die darauf abzielt, mithilfe des problemorientierten Ansatzes Schwierigkeiten zu bewältigen, die während des ganzen Lebens auftreten können. Pflegekräfte ersuchen ein Lernen durch Erfahrung und schaffen

dafür Situationen, in denen sich die Patienten öffnen, ihre Probleme entfalten und zu neuen Erkenntnissen gelangen.

Rolle des Führenden: (nach Peplau, 1995, S. 75 ff.)

Pflegende nehmen in der Beziehung zu Patienten verschiedene Führungsstile ein. Der demokratische Führungsstil erlaubt es, dass die Patienten sich aktiv an der Pflegeplanung und -handlung beteiligen können. Ein eher autokratischer Führungsstil wird von den Patienten gefordert, wenn sie sich unsicher fühlen, die Situation nicht einschätzen können und folglich die Pflegekraft überbewerten. In diesem Fall schlägt Peplau vor, zunächst einmal das Bedürfnis nach ‚Unterwerfung‘ oder ‚Beherrschung‘ anzunehmen, sich aber zeitnah gezielt mit dem Patienten über seine Ängste und Erwartungen zu verständigen und zu einem demokratischen Verständnis in der Pflegenden-Patienten-Beziehung zurück zu finden. Die dritte Form des Führungsstils, die des Laissez-faire, ist durch eine fehlende aktive und bewusste Teilnahme der Führungsperson – der Pflegekraft – gekennzeichnet; lediglich Materialien oder Informationen, die für die Bewältigung einer Situation nötig sind, werden zur Verfügung gestellt. Eine persönliche Anteilnahme an der Situation der Patienten fehlt.

Ersatz-Rollen: (nach Peplau, 1995, S. 78 ff.)

Der Patient sieht unbewusst eine andere Person in der Pflegekraft. Typische Projektionen sind Mutter- oder Geschwisterrollen, möglich sind aber auch Personen aus der Vergangenheit des Patienten – Lehrer, andere Pflegekräfte, bestimmte Bezugspersonen. Durch die Projektion sieht der Patient nicht die Pflegekraft selbst, sondern nur die Ersatz-Rolle und das Verhältnis, in dem er zu ihr stand. Nach Peplau entstehen Ersatz-Rollen im Bewusstsein des Patienten, „in der Gefühle reaktiviert werden, die er in einer früheren Beziehung entwickelt hatte“ (Peplau, 1995, S. 78). Die Pflegende kann in diesem Fall helfen, dem Patienten die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen ihr und der Ersatz-Rolle bewusst zu machen, um irgendwann als die Pflegeperson angesehen zu werden, die sie tatsächlich ist.

Die beratende Rolle: (nach Peplau, 1995, S.88 ff.)

In der beratenden Rolle hilft die Pflegekraft dem Patienten, sich über alle Voraussetzungen, die zu seiner Gesundheit beitragen, bewusst zu werden, diese Voraussetzungen in der Pflegesituation zu schaffen und zu erkennen, wovon seine Gesundheit bedroht ist. Sie unterstützt ihn darin, zu erinnern und zu verstehen, was ihm in bestimmten Situationen widerfahren ist oder noch immer widerfährt, damit er neue Einsichten gewinnt und ein „produktiverer Mensch“ (Peplau, 1995, S. 96) wird.

Die Arbeit mit Rollen ist Herausforderung und Verantwortung zugleich - Pflegende sollen Lernerfahrungen entwickeln, in der die jeweiligen Beziehungen zwischen den Betroffenen genutzt werden können. Eine persönlichkeitsfördernde Pflege erfordert es, dass einerseits die Rollen, die sich Pflegende und Patienten gegenseitig zuweisen, erkannt werden. Gleichzeitig soll sich bei Pflegekräften ein Bewusstsein dafür entwickeln, wie sich Rollen im Laufe einer professionellen Beziehung auch verändern (Peplau, 1995, S. 87).

„Es gehört zum Können einer Pflegekraft, die Rollen, die der Patient ihr zuweist, zu erkennen, die durchzuarbeitenden Schwierigkeiten zu verstehen und eine funktionierende Arbeitsbeziehung zu entwickeln, die dem Patienten ermöglicht, sich seiner Gefühle bewußt zu werden“ (Peplau, 1995, S. 84).

Sofern dies gelingt, können Pflegende durch das Beobachten von Veränderungen sowie das Erkennen von Potenzialen in den Patientenpersönlichkeiten positive Kräfte beim Patienten freisetzen. Durch gemeinsame Reflektion und Problemlösung wächst die Beziehung und es werden Lernerfahrungen für den Patienten geschaffen, die er später auch außerhalb des Pflegesettings wieder hervorrufen und auf neue Situationen in seinem Alltag übertragen kann.

„Das eigene Verhalten zu verstehen, anderen beim Erkennen ihrer gefühlten Schwierigkeiten zu helfen und die Prinzipien menschlicher Beziehungen auf die Probleme anwenden zu können, die sich auf allen Ebenen der Erfahrung ergeben, sind die Aufgaben der psychodynamischen Pflege“ (Peplau, 1995, S. 17).

Damit macht Peplau deutlich, dass sich aus dem Verstehen der eigenen Situation und der des Patienten heraus positive und sinnvolle pflegerische Handlungen ergeben können, die langfristig eine „nutzbringende Verbesserung der Pflegepraxis gewährleiste[n]“ (Peplau, 1995, S. 17).

2.2 Kongruente Beziehungspflege nach Rüdiger Bauer

Rüdiger Bauer lehnt sein induktiv entwickeltes Konzept der kongruenten Beziehungspflege an die Theorie von Hildegard Peplau und Ida Orlando an. Die Spezialisierung auf den Aspekt der Kongruenz in der Pflegbeziehung erfolgte aufgrund der Annahme, dass eine pflegerische Beziehung erst dann wirksam ist, wenn sich Pflegekräfte² und Patienten von Person zu Person und nicht in Form von Rollen begegnen (Bauer, 1997, S. 16). Bauer sieht die Beziehungsarbeit in der Pflege dabei als eigenständigsten und eigenverantwortlichsten Teil der Pflege (Bauer, 2002, S. 18). Die Konzeptionalisierung von Beziehungsarbeit sieht er als notwendig an, um sie „beschreibbar, messbar und kommunizierbar zu machen“ (Bauer, 2002, S. 18). Ziel eines Konzepts zur Beziehungsarbeit ist das Zusammenwachsen von Patient und Pflegekraft im Beziehungsprozess.

„Die kongruente Beziehungspflege ist die bewusste Wahrnehmung und die professionelle Bearbeitung und Klärung der interpersonalen und interdependenten Aspekte einer Schwester-Patient-Beziehung im Pflegeprozess“ (Bauer, 2002, S. 19)

Wie auch Peplau stellt Bauer in seiner Definition den wechselseitigen und prozesshaften Charakter der Pflegenden-Patienten-Beziehung in Form des interpersonalen und interdependenten Beziehungsaspekts heraus. Beziehung und Problemlösung bedingen sich gegenseitig und tragen zum Gelingen des jeweils anderen bei. In einem „dynamischen, interaktionellen Prozeß“ (Bauer, 1997, S. 15) begegnen sich Pflegekraft und Patient und erreichen durch den Austausch von Wissen über den anderen und Verständnis für den anderen eine echte, kongruente Beziehung. Dazu gehört auch, die immanenten Abhängigkeiten, die eine pflegeri-

² Bauer verwendet sehr häufig das Wort ‚Schwester‘ in seinen Ausführungen. In Ergänzung zu Seite 4, Fußnote 1 wurde sich hier für eine allgemein gültigere Form entschieden.

sche Beziehung birgt, akzeptieren und für die Problemlösung nutzen zu können (Bauer, 1997, S. 16).

In der praktischen Anwendung soll das Modell Pflegenden dazu verhelfen, sowohl Nähe als auch Distanz professionell zu gestalten (Bauer, 2002, S. 18). Der Weg des Beziehungsprozesses ist von Verstehen füreinander und gegenseitiger Annahme geprägt, das übergreifende Ziel ist das Kennen und Erkennen des jeweils anderen, aber auch der eigenen Person. Beziehung gestalten bedeutet für Bauer, Verantwortung zu übernehmen unter Berücksichtigung dessen, was jeder persönlich zu geben und zu leisten imstande ist (Bauer, 2002, S. 19). Demnach kann auch Dissens zur Kongruenz in der Beziehung führen – „Wir sind uns einig, dass wir uns noch uneinig sind“ (Bauer, 2002, S. 22). Entscheidend ist, dass Beziehungsinhalte benannt und geklärt werden.

Bei der Beziehungsgestaltung befinden sich Pflegende und Patienten zunächst in der gleichen Ausgangsposition. Die Pflegende ist jedoch im Unterschied zum Patienten eine „professionelle Helferin“ (Bauer, 2002, S. 20) und trägt die Verantwortung für den Pflegeprozess und damit auch für „die Gestaltung und die Qualität der Beziehung“ (Bauer, 2002, S. 20). Ihr kommt die Aufgabe zu, Probleme bewusst wahrzunehmen und sie innerhalb des Problemlösungsprozesses professionell zu bearbeiten und zu klären. Die Erfahrung und Erkenntnis, die aus der Bewältigung einer Situation heraus entsteht, verhilft schließlich auch dem Patienten, die Mitverantwortung in einem Beziehungsprozess tragen zu können (Bauer, 2002, S. 20). Das Zusammenwirken von Wissen, Wahrnehmung und Erkenntnisfähigkeit der Pflegekraft tragen dabei wesentlich zum Gelingen des Beziehungsprozesses bei.

Ein zentrales Anliegen der kongruenten Beziehungspflege ist die bewusste Wahrnehmung, denn sie beugt Beziehungsstörungen und Antipathien vor, die durch unreflektierte oder unbewusste Wahrnehmung hervorgerufen werden. Bewusstes Wahrnehmen im Pflegealltag ist bedingt durch die Erkenntnis, dass alle Wahrnehmung persönlich gefärbt ist: durch die eigene Geschichte, die eigenen Erfahrungen und Werte. Das Bewusstmachen derselben führt dazu, dass eine Wahr-

nehmung nicht mehr wertend, sondern nur noch beschreibend ist. Bauer führt hierfür zwei Beispiele an (Bauer, 2002, S. 19):

Bewertend \implies „Der Kerl ist total unsympathisch!“

Beschreibend \implies „Ich entdecke in mir ein Gefühl der Antipathie im Kontakt mit diesem Menschen, woher kommt dieses Gefühl und was hat es mit mir zu tun?“

Mit dem Ablegen von alt eingefahrenen Wahrnehmungsmustern beginnt auch die professionelle Bearbeitung und Klärung. Durch die beschreibende Wahrnehmung und die daraus resultierenden Fragen können Pflegende ableiten, ob eine auftretende Beziehungsbehinderung (beispielsweise Antipathie oder Distanz gegenüber einem Patienten) bei ihnen selbst entsteht und demnach auch für sich selbst bearbeitet werden muss oder ob die Beziehungsbehinderung beim Patienten stattfindet (Bauer, 2002, S. 20).

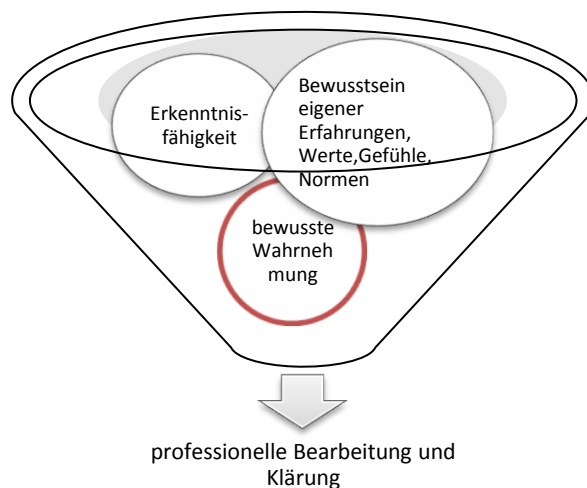


Abbildung 2: Professionelle Bearbeitung von Beziehungsthemen

Quelle: Eigene Darstellung nach Bauer, 2002, S. 19 ff.

Bauer teilt die kongruente Beziehungspflege in vier Phasen ein, in der sich Patient und Pflegekraft begegnen. Die Inkongruenzphase stellt dabei die erste Phase dar. Die Phase wird als Chance zur Veränderung gesehen, in der eine professionelle Distanz zur eigenen Wahrnehmung hergestellt und eine Beziehungsbehinderung bearbeitet wird. Auf ihr bauen alle weiteren Phasen auf, die fortführend der Bewäl-

tigung des Beziehungsthemas dienen (Bauer, 2002, S. 24). Auf die Inkongruenzphase folgt die *Bearbeitungsphase*, in welcher das Thema der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient sowie die Wurzeln des Beziehungsthemas geklärt werden. Das gewonnene Wissen über den anderen wird anschließend in der *Integrationsphase* dafür genutzt, sein Gegenüber ganzheitlicher betrachten zu können. Sobald das Beziehungsthema geklärt und bearbeitet ist, tritt die *Kongruenzphase* ein. Wie auch Peplau betont Bauer die Flexibilität seiner Phasen: sie laufen nicht linear hintereinander und kausal ab, sondern können sich auch überschneiden. Eine Phase der Begegnung kann zu jeder Zeit neu beginnen und alle anderen Phasen ergeben sich daraus ebenfalls neu (Bauer, 2002, S. 24).

Bauer benennt in seiner Definition sowohl den interpersonalen als auch den interdependenten Aspekt der Beziehungsgestaltung. Beide Aspekte versuchen das Verhalten oder Reagieren in einer Beziehungssituation zu erklären. Dabei beschreibt der interpersonale Aspekt, welche Themen beide Beziehungspartner in den Prozess mit einbringen, ohne zu wissen, warum gerade diese Themen für die Situation prägend sind (Bauer, 2002, S. 20). Ein Beispiel hierfür wäre:

- Patient und Pfleger lernen sich am Aufnahmetag kennen, beide begegnen einander zum ersten Mal. Seitens des Pflegers entsteht beim Kennenlernen ein Gefühl von Sympathie und Vertrautheit, der Patient jedoch begegnet ihm mürrisch und distanziert. Beiden ist nicht bewusst, warum der andere sich genau in dieser Gefühlslage befindet.

Der interdependente Aspekt wiederum beschreibt, wie die Reaktion des einen Beziehungspartners in Abhängigkeit von der Reaktion des jeweils anderen unbewusst ausgelöst wird (Bauer, 2002, S. 20). Zur Verdeutlichung soll an dieser Stelle ein weiteres Beispiel angeführt werden:

- Der Pfleger erlebt eine Enttäuschung, weil der Patient, dem er mit Sympathie begegnet ist, mit Distanz reagiert hat. Er erinnert sich an eine ähnliche Situation im privaten Umfeld, in der er ebenfalls Zurückweisung erleben musste. Da er auch in der jetzigen Situation seine Enttäuschung nicht be-

wältigen kann, entzieht der Pflegende sich der Situation und baut keine weitere Beziehung zum Patienten auf.

Auch hier kommt erneut der Prozess der professionellen Klärung und Bearbeitung zum Tragen (siehe Abbildung 2, S.13). In diesem Beispiel gilt es zu klären, inwiefern ein persönliches Erlebnis, die eigene Geschichte handlungsleitend war und warum der Pflegende im konkreten Fall mit Zurückweisung schwer umgehen kann. Der Prozess der Klärung der Beziehungsinhalte ist entscheidend für die Kongruenz in einer Pflegenden- Patienten-Beziehung (Bauer, 2002, S. 22). Denn nicht nur dem Patienten wird im Beziehungsprozess die Möglichkeit gegeben, sich mit sich selbst und seinen Beziehungen zur Umwelt auseinander zu setzen, sondern auch die Pflegenden können über die Beziehung zum Patienten eigene Lebensthemen aktualisieren und bearbeiten. Durch die aktuelle Beziehungsebene zum Patienten werden alte Reaktions- und Verhaltensmustern aus privaten Kontexten sichtbar. Über die Auseinandersetzung mit denselben können Beziehungsbehinderungen geklärt werden und neue Perspektiven in der Beziehung eröffnet werden. Gleiches gilt auch für die Bearbeitung von zentralen Themen des Patienten.

Bauer identifiziert vier Grundeinstellungen, die die Beziehungsgestaltung wesentlich prägen und zur Entwicklung des Einzelnen in der Beziehung beitragen:

- Wollen
- Können
- Sollen
- Dürfen

Dabei differenziert er zwischen den Grundeinstellungen der Pflegekraft und den Grundeinstellungen des Patienten. Beide Perspektiven werden auf der folgenden Seite in Form einer Tabelle gegenüber gestellt.

Grundeinstellungen	Perspektive Pflegekraft	Perspektive Patient
Wollen	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtigste Grundeinstellung • Bewusste und freiwillige Entscheidung, eine Beziehung aufzunehmen und zu gestalten • Beziehungspflege muss freiwillig sein, um hilfreich zu sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterliegt den gleichen Gesetzmäßigkeiten wie das Wollen der Pflegekraft • Einschränkung durch Hilfsbedürftigkeit und Machtposition der Pflegekraft • Wollen des Patienten sollte durch die Pflegekraft gefördert werden • Patient kann Angebot zur gemeinsamen Beziehungsgestaltung auch ablehnen
Können	<ul style="list-style-type: none"> • Fachliche, soziale und persönliche Kompetenz • Entscheidend ist, wie die Pflegekraft ihre Kompetenzen gegenüber dem Patienten einschätzt und einsetzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten besitzen gleiche Kompetenzen, welche jedoch in Qualität und Inhalten oftmals unterschiedlich sind
Sollen	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerischer Auftrag – Wie sollen Pflege und Beziehung gestaltet werden? • 3 Ebenen der Auftragserteilung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Arbeitgeber (Krankenhaus) ○ Selbst erteilter Auftrag der Pflegekraft („Ja, ich pflege diesen Patienten!“) ○ Patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Motivation besitzt ein Patient, wenn er aufgenommen wird? • Wessen Auftrag erfüllt er, wenn er sich behandeln lässt? (Arzt, Partner, Arbeitgeber, seinen eigenen?)
Dürfen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausdruck der hohen Verantwortung, die eine Beziehungsaufnahme mit sich bringt • Worüber darf geredet werden? Wie sensibel muss dabei vorgegangen werden? Wie tief darf in die Geschichte und das Erleben des Patienten vorgedrungen werden? <ul style="list-style-type: none"> • Was ist erlaubt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wie regelt der Patient Nähe und Distanz? Wie nah darf er der Pflegekraft kommen?

Tabelle 1: Grundeinstellungen bei der Beziehungsgestaltung
Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Bauer, 2002, S. 21 ff.

Die Tabelle macht in jeder der einzelnen Grundeinstellungen die Verantwortung der Pflegekraft deutlich: Sie initiiert den Pflegeprozess, somit auch den Beziehungsprozess. Sie kennt die Möglichkeiten, wie Themen und Fragen in der Beziehungsgestaltung bearbeitet und geklärt werden können. Wollen, Können, Sollen

und Dürfen stehen dabei als Abstraktion für „die praktischen, alltäglichen Inhalte, die sich aus der Bearbeitung dieser Fragen ergeben“ (Bauer, 2002, S. 22). Dabei betont Bauer, dass nicht die Störung, die ein Patient mitbringt, im Mittelpunkt der Bearbeitung steht, sondern die Beziehung selbst. Durch die Verantwortungsübernahme der Pflegekraft kann der Beziehungsprozess gezielt und unabhängig gesteuert werden; die Beantwortung der grundsätzlichen Fragen, die aus der oberen Tabelle hervorgehen, hilft, Beziehung wirksam werden zu lassen (Bauer, 2002, S. 22). Damit wird der Beziehungsprozess explizite Aufgabe der Pflege und begleitet den Patienten während seiner Behandlung ebenso wie die anderen therapeutischen Prozesse.

2.3 Begriffsbestimmungen

Ausgehend von der Darstellung der beiden theoretischen Entwürfe, wurden folgende Definitionen der nachfolgenden Abhandlung zugrunde gelegt:

Beziehung: *„Qualität der Verbundenheit oder Distanz sowie der Verbindung zwischen Menschen (Pflegerinnen und Patienten) aufgrund von Austauschprozessen, wie z.B. Sprache, Mimik, Gestik oder Berührung. Sowohl bei Austauschprozessen höchster Aktivität (z. B. beim Erläutern und Durchführen von Pflegehandlungen) als auch scheinbar wenig Aktivität (z.B. beim gemeinsamen Schweigen oder Trauern) entsteht eine bestimmte Qualität von Beziehung“* (Wied & Warmbrunn, 2003, S. 110). *Es existieren verschiedene Konzepte von Pflegebeziehung, allen wohnt jedoch das gemeinsame Verständnis eines wechselseitigen Prozesses inne.*

Identität: *„Identität ist das Bewusstsein, ein unverwechselbares Individuum mit einer eigenen Lebensgeschichte zu sein, in seinem Handeln eine gewisse Konsequenz zu zeigen und in der Auseinandersetzung mit Anderen eine Balance zwischen individuellen Ansprüchen und sozialen Erwartungen gefunden zu haben“* (Abels, 2010, S. 258).

Interaktion: *„Bezeichnung für wechselseitigen Austausch von Information sowie des qualitativen Verhältnisses zwischen Personen, Gruppen und Systemen. Das*

wichtigste Instrument der Interaktion ist die Kommunikation“ (Wied & Warmbrunn, 2003, S. 352).

Nähe und Distanz: „Bedürfnis nach physischer und /oder psychischer Intimität und Wahrung von Abstand in der Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen , d.h. auch in der pflegerischen Beziehung“ (Wied & Warmbrunn, 2003, S. 459).

Professionelles Selbstverständnis: Bezeichnung für die Art und Weise, wie Pflegende sich selbst als Pflegende sehen (Arthur & Randle, 2007, S. 61)

Verantwortung: „Die selbst übernommene und/oder zugeschriebene Zuständigkeit von Pflegenden für ihr berufliches Tun, inklusive der Rechenschaftspflicht für die Konsequenzen ihrer pflegerischen Entscheidungen und Handlungen“ (Wied & Warmbrunn, 2003, S. 672). Der Verantwortungsbereich beruflich Pflegender lässt sich dabei nach M. Krohwinkel (1993) in drei Aufgabenbereiche unterteilen: direkte Pflege, Dokumentation sowie patientenorientierte Arbeitsorganisation. Für eine erfolgreiche Verantwortungsübernahme benötigen Pflegende Voraussetzungen wie Autorität, Autonomie, berufliche Kenntnisse sowie interpersonale Kompetenzen

3. Methodisches Vorgehen

Anhand einer Literaturstudie in Form einer integrativen Review³, die der Methode von Whitemore & Knafl (2005) folgt, wurden in dieser Arbeit Datenquellen unterschiedlicher Art (experimentelle als auch nicht- experimentelle Forschungsarbeiten) sowie theoretische Grundlagenwerke ausgewertet. Diese Methode eignet sich laut Whitemore & Knafl (2005, S. 546) aufgrund der Vielzahl von möglichen einzuschließenden Arbeiten in besonderer Weise, um ein pflegerelevantes Problem aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und zu bearbeiten und Verständnis für pflegerische Konzepte, Theorien und Modelle zu entwickeln. Das folgende Kapitel soll einen Überblick über das Vorgehen bei der Recherche und die Auswahl der verwendeten Literatur geben.

Die Recherche für diese Arbeit erfolgte in mehreren Schritten sowie auf verschiedenen Wegen. Zu Beginn der Arbeit wurde zunächst eine Grobrecherche nach Theorien im Bereich der pflegerischen Interaktion und der zwischenmenschlichen Beziehungen durchgeführt. Nach dem Sichten und Selektieren der Literatur wurde sich für die theoretischen Entwürfe von Hildegard Peplau und Rüdiger Bauer entschieden. Sie bildeten den Bezugsrahmen für die weitere Bearbeitung der Fragestellung.

Anschließend wurde eine intensive Recherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL sowie im digitalen Verzeichnis der Zeitschrift PFLEGE zu den in den Theorien behandelten Themen vorgenommen.

- CINAHL® - wichtigste internationale Datenbank
- PubMed® - wichtigste und weltgrößte medizinische Datenbank
- PFLEGE® - erste unabhängige wissenschaftliche Zeitschrift für die Gesundheits- und Krankenpflege im deutschen Sprachraum

³ Integrative review: An integrative review is a specific review method that summarizes past empirical or theoretical literature to provide a more comprehensive understanding of a particular phenomenon or healthcare problem (Broome, 2003 zitiert nach Whitemore& Knafl, 2005, S.546)

Ergänzt wurde die Datenbankrecherche durch die Handsuche in der Fachbibliothek Soziale Arbeit & Pflege der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg sowie in der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg.

Die umfassende Datenbank-Recherche ergab folgende Ergebnisse:

Datenbank	Suchbegriffe	Resultate	Suchdatum
PFLEGE	Beziehung	39	31.03.2011
	Interaktion	22	31.03.2011
	Identität	6	
	Selbstverständnis	7	
	Professionell	72	
CINAHL	Relation AND patient AND nurs*	1719	31.03.2011
	Professional self-concept	25	
	Nurs* AND professional role	2978	
PubMed	Interpersonal relations (Mesh) AND patients (Mesh) OR Nurse-Patient relations	31 663	31.03.2011

Tabelle 2 : Resultate Literaturrecherche

Um die enorme Datenmenge zu reduzieren, wurden zunächst Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, nach denen die Titel und Abstracts der Publikationen anschließend gesichtet wurden. Die Kriterien wurden in den Bereichen Population, Inhalt, Zeitraum und Sprache definiert und führten entweder zur Aufnahme der Literatur in den weiteren Arbeitsprozess oder aber zum Ausschluss.

	Einschlusskriterien für Literatur	Ausschlusskriterien für Literatur
Population	<ul style="list-style-type: none"> • Professionell Pflegende • Patienten in der Akut- oder Rehabilitationspflege • Veröffentlichungen aus Deutschland, Schweiz, Österreich 	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige, Betreuungspersonen • Spezifische Gruppen, deren kulturelle oder ethnografische Herkunft sich nicht auf die Gesamtpopulation übertragen lassen
Inhalt der Literatur	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationen, die sich theoretisch mit Beziehung, Interaktion und/oder Identität befassen • Publikationen, die sich mit der Entwicklung von Konzepten zu Interaktions-/Beziehungsgestaltung aus der Praxis heraus beschäftigen • Empirische Arbeiten zur Beziehung in der pflegerischen Praxis • Publikationen, die sich theoretisch mit dem Selbstverständnis in der Pflege beschäftigen • Empirische Arbeiten zum Selbstverständnis in der pflegerischen Praxis 	<ul style="list-style-type: none"> • andere Publikationen
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> • 1995-2010 • Zeitlos: häufig zitierte Quellen 	<ul style="list-style-type: none"> • andere Zeiträume
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • englisch • deutsch 	<ul style="list-style-type: none"> • andere Sprachen

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für Publikationen

Nach der Handsuche wurde die auf Grundlage der oben genannten Kriterien eingeschlossene Literatur anhand der Referenzlisten auf häufig zitierte und damit relevante Quellen untersucht. Ältere Veröffentlichungen wurden somit in den weiteren Arbeitsprozess mit eingeschlossen, um allgemeine Entwicklungen und Aussagen über einen längeren Zeitraum identifizieren zu können.

4. Ergebnisse

Die bestehenden Theorien zur Interaktion und zu den zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege beschreiben einzelne Phänomene aus der pflegerischen Praxis. Sie bilden einen möglichen Handlungsrahmen und liefern Konzepte für die Gestaltung von Beziehung in der pflegerischen Praxis. Aufgrund des hohen Abstraktionsniveaus sind Theorien unter Umständen jedoch schwer in die Praxis transferierbar. Daher erscheint es sinnvoll, das theoretische Wissen um empirische Erkenntnisse zu erweitern und zu ergänzen, um so eine differenzierte Betrachtung der Pflegebeziehung sowohl aus der Perspektive von Pflegenden als auch von Patienten zu erhalten.

Im Rahmen dieses Kapitels werden einzelne Aspekte der Pflegebeziehung näher betrachtet. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf den Themen Wahrnehmung sowie Nähe und Distanz, da sich aus der häufigen Bearbeitung der Phänomene in den theoretischen und empirischen Forschungsarbeiten eine hohe Relevanz für die pflegerische Beziehungsarbeit ableiten lässt.

4.1 Gestaltung der Interaktion in der professionellen Pflegebeziehung

Die Gestaltung der Interaktion wird im Folgenden anhand von Wahrnehmung, Deutung und Verstehen der Patientensituation sowie der Kommunikation mit Patienten dargestellt. Sie stellen nach Analyse des recherchierten Materials einen bedeutenden Teil der Interaktion dar. In die Darstellung fließen sowohl empirische als auch theoretische Erkenntnisse mit ein.

4.1.1 Wahrnehmung, Deutung und Verstehen der Patientensituation

Käppeli (2005, S.187) stellt fest, dass „entgegen dem in der Pflegefachliteratur universal propagierten Ideal der pflegenden Beziehung als wesentlichem Identitätsmerkmal und als wirksamem Instrument der Pflege [...] das Verhältnis zwischen Pflegenden und Kranken oft von Irrelevanz geprägt [ist]“ (Käppeli, 2005, S. 187). Beobachtungen in der Praxis würden den Eindruck vermitteln, dass „Beziehungen zwischen Pflegenden und Kranken oft kühl, diffus, banal und

unachtsam sind“ (Käppeli, 2005, S. 187) und dass Bedürfnisse und wichtige Veränderungen übersehen werden.

Elsbernd hat Pflegesituationen untersucht, die von Patienten und Pflegenden als außerordentlich gelungen oder außerordentlich misslungen erlebt wurden. Dafür wurde das Erleben der Beteiligten rekonstruiert und analysiert, um so Rückschlüsse auf bedeutsame Themen und Elemente ziehen zu können, die dazu beitragen, pflegerische Situationen effektiv zu gestalten (Elsbernd, 2001, S. 253). In den Ergebnissen hat sich gezeigt, dass Patienten und Pflegende Pflegesituationen verschieden definieren, was einerseits durch das unterschiedliche Erleben einer Situation, andererseits durch persönliche Inhalte und Themen, die die Beteiligten bewegen, bedingt sei. Wenn auch oftmals unbewusst, seien eben diese Themen und Inhalte in den pflegerischen Situationen handlungsleitend (Elsbernd, 2001, S. 253).

Als ein zentrales Thema in den untersuchten Pflegesituationen lässt sich das Befinden des Patienten identifizieren. Dabei würden nach Elsbernd (2001) Pflegende die Befindlichkeiten ihrer Patienten anders wahrnehmen als die Patienten selbst. In den Interviews stellten Patienten insbesondere „körperlich existenziell als bedrohlich empfundene Befindlichkeiten“ (Elsbernd, 2001, S. 253) wie Hunger, Durst oder Übelkeit als bedeutsam heraus, während Pflegende sich demgegenüber auf den Genesungsprozess oder die Krankheitszunahme konzentrierten und eine Verschlechterung des Befindens primär vor diesem Hintergrund sahen.

In Ergänzung zu Elsbernd steht die Aussage von Sieger et al. (2010). Sie haben die pflegerische Interaktion im Rehabilitations-Setting analysiert und kommen zu dem Schluss, dass Pflegende zwar über eine präzise Wahrnehmung von Bedürfnissen und situativen Befindlichkeiten von Patienten verfügen. Jedoch würden diese nur dann erkannt und berücksichtigt werden, wenn sie dem eigenen pflegerischen Konzept nicht im Wege stehen:

„Diese [Bedürfnisse] werden von den Pflegenden wahrgenommen, und aufgegriffen – und zwar dann, wenn sie den vorhandenen Pflege- und

Rehabilitationskonzepten nicht entgegenstehen. Wenn jedoch die von den Patienten eingebrachten Bedürfnisse die jeweiligen Pflegekonzepte ins Wanken bringen, so erfolgt in den wenigsten Fällen eine Verständigung mit dem Patienten“ (Sieger et al., 2010, S. 262).

Erfolge keine Verständigung mit dem Patienten, gingen wesentliche Informationen über den Patienten verloren und Mitwirkungspotenziale des Patienten blieben ungenutzt. Werden die Bedürfnisse des Patienten nur unzureichend berücksichtigt oder sieht er keine Möglichkeit der aktiven Beeinflussung des Pflegeprozesses, fühle er sich nicht integriert und würde sich zurückziehen.

„ Da halt ich meine Meinung auch'n bisschen hinterm Berg sozusagen, wenn ich weiß, es bringt sowieso nichts darüber zu sprechen. Also ich kenn sozusagen meine Pappenheimer...“ (016- Inter- Pa-a, Z.92-96 bei: Sieger et al., 2010, S. 262)

Viele Patienten würden sich laut Sieger et al. überwiegend in der abhängigen Position sehen. Mit zunehmendem Aufenthalt fingen viele an, das System zu durchschauen und fügten sich den Strukturen, da sie ihre eigenen Strategien als begrenzt erachteten und nicht beharrlich auf eine Veränderung bestehen würden (Sieger et al., 2010, S. 262). Viele Pflegenden würden dennoch ihr regelgeleitetes Handeln weiter ausführen und in einigen Fällen gar in die Rolle des Erziehers fallen, um Patienten für den Stationalltag „robust“ (Sieger et al., 2010, S.262) zu machen. Es käme dann zu einem „verdeckten Machtkampf beider Interaktionspartner“ (Sieger et al., 2010, S. 262), in der sie sich nicht aufeinander beziehen und auf beiden Seiten Kräfte absorbieren, die „Synergieeffekte sowie eine Identitätsstärkung“ behindern (Sieger et al., 2010, S.262).

Laut Sieger et al. bedürfe es einer deutungsoffenen Haltung der Pflegenden gegenüber den Befindlichkeiten und Wissensformen der Patienten, um Differenzen in der Wahrnehmung von Bedürfnissen und Wünschen in der konkreten pflegerischen Situation kommunizieren zu können (Sieger et al., 2010, S. 265). Dafür sei es wichtig, zwischen „Nähe und Distanz, zwischen Innen- und Außenansicht zu unterscheiden“. Durch kontinuierliches Rückversichern, Nachfragen und Beobachten könnten Pflegenden in vielen Einzelschritten ihre fachlichen Hypothesen solange überprüfen, bis eine Übereinkunft über das

gemeinsame Situationsverstehen erreicht ist (Sieger et al., 2010, S.266). Indem die Erfahrungen der Patienten reflektiert und mit den Pflegekonzepten abgeglichen werden, würden sinnvolle Pflegeangebote mit dem Patienten verhandelt werden können. So ließe sich auch der Selbstwert des Patienten vom Ausgeliefertsein zur aktiven Mitgestaltung positiv verändern (Sieger et al., 2010, S. 265).

Teising (2004) nimmt eine weitere Differenzierung bezüglich des Verhaltens der Pflegenden in Pflegebeziehungen vor und bringt den Aspekt der Psychodynamik ein. Demnach ist zwar das subjektive Wohlbefinden des Pflegebedürftigen besonders im hohen Alter entscheidend vom körperlichen Zustand abhängig (Teising, 2004, S. 316). Alte und hilfsbedürftige Menschen müssen sich auch immer wieder vergewissern, dass ihnen jemand zur Seite steht, dass sie wahrgenommen werden und dass sich jemand um sie kümmert (Teising, 2004, S. 315). Teising weist jedoch darauf hin, dass das Erleben von „Begrenzung, Schmerz und Mangel“ (Teising, 2004, S. 315) sich wie ein Motor in der Entwicklung verhält, die aus der Abhängigkeit der Pflegebeziehung heraus führt. Denn sofern eine Pflegeperson sofort und unbegrenzt alle Bedürfnisse erkennt und erfüllt, würde sie den zu Pflegenden in „existenzieller Abhängigkeit halten und eine eigene Entwicklung in die Unabhängigkeit unmöglich machen“ (Teising, 2004, S.315).

Neben der Wahrnehmung von Bedürfnissen, spielt auch das zeitliche Erleben und Definieren eine große Rolle in der Interaktion zwischen Pflegendem und Patient. Elsbernd stellt als weiteres zentrales Ergebnis ihrer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen zeitlichen Erlebniseinheiten und emotionaler Beteiligung in einer pflegerischen Situation her. Demnach würden Pflegende und Patienten Pflegesituationen „in unterschiedlichen zeitlichen Dimensionen“ (Elsbernd, 2000, S. 138) erleben und definieren. Während Patienten in den Interviews zumeist kürzere Zeiteinheiten (Minuten bis wenige Stunden) wählten, um eine Pflegesituation als vollständig zu definieren, nahmen Pflegende zeitlich längere Erlebniseinheiten (Tage bis Wochen) als Grundlage von abgeschlossenen

Pflegesituationen. In kürzeren Erlebniseinheiten seien nach Elsbernd beide – Pflegende wie Patienten – deutlich höher emotional beteiligt, engagiert und betroffen (Elsbernd, 2000, S. 138) gewesen. Um eine pflegerische Situation effektiv zu gestalten, biete es sich folglich an, eine Situation gemeinsam zu definieren und ähnlich lange oder kurze Erlebniseinheiten zu wählen, innerhalb derer die zentralen Themen bearbeitet werden können.

Auch wenn wenig Zeit bleibt, könne laut der Aussage einer Pflegenden in den Interviews von Pohlmann eine Beziehung aufgebaut werden (Pohlmann, 2005, S.127). Entscheidend sei, dass die beteiligte Pflegende Ruhe und Interesse an der Situation des Patienten mitbringt; dass die Prioritäten richtig gesetzt sind (Pohlmann, 2005, S.126):

*„Ja, ansonsten denk ich, liegt einfach ganz viel an einem selbst, was man draus macht, so beziehungsweise, ich glaub auch, wenn man wenig Zeit hat und auch wenn man unterbrochen wird, kann man da einfach Beziehung aufbauen, man muss halt auch einfach nur die Ruhe mitbringen und gewisse Sachen einfach mal sortieren, einfach mal sagen, wenn's klingelt, dann klingelt's jetzt halt dreimal länger, aber ich spreche jetzt hier meinen Satz noch zu Ende und renn nicht einfach raus, weil es ja jetzt geklingelt hat.“
(Interview 6 bei Pohlmann, 2005, S.127)*

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass situatives Verstehen sowie interpretative Fähigkeiten es dem Pflegenden ermöglichen, auf komplexe Situationen und mehrdeutige Signale adäquat einzugehen und zu reagieren (Benner & Wrubel, 1997, S. 95). Die Annäherung an die Wahrnehmung des Patienten und seiner Deutung der Beziehung hilft, zu einem gemeinsamen Verständnis der Situation – inhaltlich wie auch zeitlich – zu kommen. Jedoch sollte auch die Verantwortung einer selbständigkeitsfördernden und aktivierenden Pflege nicht außer Acht gelassen werden: Patienten sollen lernen, nicht nur wahrgenommen zu werden, sondern die eigenen Bedürfnisse auch selbständig zu registrieren und zu kommunizieren. Pflegende können sie darin unterstützen, indem sie helfen, den Patienten für die Wahrnehmung seiner Situation zu sensibilisieren.

4.1. 2 Kommunikation

Die Kommunikation stellt neben der Wahrnehmung das entscheidende Medium in der Pflege dar, um Informationen zu sammeln und Vertrauen zum Patienten aufzubauen. Arets et al. (1997) gehen davon aus, dass ohne Kommunikation keine sinnvolle Pflegebeziehung eingegangen werden kann (Arets et al., 1997, S. 224). Kommunikation diene der Entwicklung eines klaren und adäquaten Konzepts der Krankheitserfahrung beim Patienten. Laut Peplau kommt es darauf an, in der Pflege mehr herauszufinden, als der Patient sagt (Peplau, 1995, S. 323).

Pflegekräfte und Patienten kommunizieren im Sinne ihres Selbstverständnisses und ihrer Erwartungen, die sie dem anderen gegenüber bringen (Peplau, 1995, S. 340). Dabei den richtigen Ton und die richtigen Worte zu finden erfordert seitens der Pflegekraft Sensibilität und Empathie sowie ein Bewusstsein über die eigene Person und ihre Wirkung gegenüber Patienten. Die Fähigkeit, die Bedeutung von Worten und Begrifflichkeiten zu erkennen, wirke sich laut Peplau positiv auf die Umgebung aus und führe zu einer gesunden Persönlichkeitsstruktur (Peplau, 1995, S. 327). Damit ergibt sich auch an dieser Stelle eine hohe professionelle Verantwortung für die Pflegekraft: Wörter und Sprache sind Instrumente, die benutzt werden können, um die Beziehung zu einem Menschen zu erleichtern, sofern sie sinnvoll und zielführend eingesetzt werden. Sie können aber auch unter Umständen dazu führen, dass sie Patient und Pflegekraft trennen oder weiter voneinander distanzieren. Würde das, was der Patient sagt, aufgegriffen und für eine Erweiterung bzw. Vertiefung der Beziehung genutzt, vermittele es dem Patienten das Gefühl, Ernst genommen zu werden (Peplau, 1995, S.323).

Die Ergebnisse der Befragung von Pohlmann haben gezeigt, dass die befragten Pflegenden über ein hohes Maß an Sensibilität in kommunikativ anspruchsvollen Situationen verfügen. Das Gespräch mit den Patienten wirke sich demnach förderlich auf die Beziehung aus (Pohlmann, 2005, S. 124), weil Patienten sich nach Meinung der Pflegenden ernst genommen fühlen. Jedoch „scheint es vielen Pflegenden schwer zu fallen, ehrliche und offene Gespräche zu führen“ (Pohlmann, 2005, S. 124), beispielsweise um die Diagnose einer schweren Er-

krankung mitzuteilen. Jedoch herrsche ein gewisses Bewusstsein bei den Pflegenden für die Notwendigkeit einer aufrichtigen und ehrlichen Gesprächshaltung gegenüber den Patienten, da Patienten ein hohes Bedürfnis nach umfangreicher Information haben. Für Pflegende seien „viele Dinge Routine, nicht aber für die Patienten“ (Pohlmann, 2005, S.124). Wichtig für eine gute und vertrauensvolle Beziehung seien „der richtige Ton und die richtigen Worte“ (Pohlmann, 2005, S. 124), um adäquat auf den Patienten einzugehen und ihn zu motivieren. Pflegende würden so auch versuchen, dem Patienten eine Perspektive aufzuzeigen und ihm die Wiederherstellung seiner Selbständigkeit in Aussicht zu stellen.

Nicht zuletzt ist auch die Hilflosigkeit in pflegerischen Grenzsituationen ein wichtiges Phänomen empirischer Forschung. Pflegende sind in Situationen, bei denen Patienten im Sterben liegen oder viel Leid erfahren, mit ihrer eigenen Sprachlosigkeit konfrontiert. An dieser Stelle komme laut Peplau die taktile Kommunikation zum Tragen: Berührungen und Gesten der Pflegenden können in Situationen der Sprachlosigkeit eine Hilfe zur Unterstützung sein, da sie oft ein spontaner Ausdruck wahrgenommener Gefühle beim Patienten sind (Peplau, 1995, S. 335). Sie zeigen, wie eine Pflegekraft gegenüber einem Patienten denkt. Gleichzeitig hilft sie, schwierige Situationen gemeinsam mit dem Patienten zu bewältigen und das Gefühl von Hilflosigkeit zu überwinden.

Mit den hier dargestellten Ergebnissen und den identifizierten Merkmalen einer patientenorientierten Kommunikation zeigt sich eine gewisse Übereinstimmung zwischen dem von Peplau formulierten Anspruch an die Kommunikation und dem praktischen Wissen der Pflegenden.

4.2 Bedeutung von Nähe und Distanz in der Pflegebeziehung

Eine verständigungsorientierte Pflege, die von einem Wechselspiel aus Nähe und reflexiver Distanz geprägt ist, kann zum Verstehen und Deuten der Patientensituation beitragen; sie berücksichtigt „Befindlichkeiten, Vorstellungen, Aneignungsoptionen und Mitwirkungspotenziale der Patienten“ (Sieger, Ertl-Schmuck, & Harking, 2010, S. 264). Jedoch weisen verschiedene Untersuchun-

gen (Schröck 2003; Käppeli 2005; Pohlmann 2006) Schwierigkeiten der Pflegenden im Umgang mit Nähe und Distanz auf.

Laut Elsbernd (2001) löst eine unbeabsichtigte Nähe zum Patienten Ängste bei den Pflegenden in der jeweiligen Situation, in der sie sich gerade befinden, aus (Elsbernd, 2001, S. 256). Typische Ängste seien: fachlichen Anforderungen in der Pflegesituation nicht gerecht werden zu können, Handlungsstrategien nicht erfolgreich anwenden zu können oder nicht in der Lage zu sein, neue Handlungsstrategien zu entwickeln (Elsbernd, 2001, S. 256). Zumeist hätten sich die Pflegenden gezwungen gefühlt, durch eigenes Engagement Distanz zum Geschehen herzustellen, um sich der fachlichen und persönlichen Überforderung in der Nähe zu entziehen. Dafür hätten Pflegende unterschiedliche Strategien gewählt. Eine Strategie stelle die konfrontative Auseinandersetzung mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen dar (Elsbernd, 2001, S.256). In deren Verlauf würden Pflegende ihre Machtposition und ihre Entscheidungsrechte unterstreichen und „durch [...] Ausleben von Aggressionen und offenes Ablehnen der Patienten eigene emotionale Entlastung“ suchen (Elsbernd, 2001, S. 256). Eine weitere Möglichkeit des Distanzaufbaus sei die Konzentration auf die pflegerische Gesamtsituation oder gezielte pflegerische Interventionen, wie z.B. das Wechseln von Verbänden oder Betten von Patienten (Elsbernd, 2001, S. 257). Nicht zuletzt würden Pflegepersonen auch räumliche Distanz durch das Verlassen des Zimmers oder der Abwendung des Blickes suchen (Elsbernd, 2001, S.257). Die Distanzierung über den Rückzug vom Patienten führte in den untersuchten Pflegesituationen regelmäßig zu einer Unzufriedenheit seitens der Pflegenden – jedoch konnte so die Situation zumindest bewältigt werden und ein geringeres emotionales Involviertsein als vor dem Rückzug festgestellt werden (Elsbernd, 2001, S.257).

Auch Pohlmann stellt ähnliche Verhaltensmuster in den Schilderungen seiner Interviewpartner fest. Je intensiver und persönlicher die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten werde, desto eher wird Distanz als nötig angesehen, um sich jederzeit abgrenzen zu können (Pohlmann, 2005, S.101). Bedeutsam erscheint das Bedürfnis, sich vor ‚Mitleidenschaft‘ zu schützen. Besonders bei

schwerkranken Patienten sei es Pflegenden wichtig, sich emotional zu distanzieren und so genügend Abstand zum Leiden des Patienten zu bekommen (Pohlmann, 2005, S.102). Durch ihre Arbeit würden Pflegende die Erfahrung machen, dass Tod, Trauer, Schmerz immer wieder eintreten können; um sich dagegen immun zu fühlen, entwickeln sie laut Benner auch hierfür unterschiedlichste Strategien (Benner & Wrubel, 1997, S. 425). Typische Vermeidungsstrategien, um Distanz als Selbstschutz aufzubauen, seien: nichts von sich selbst erzählen, Patienten siezen oder an Kollegen abgeben (Pohlmann, 2005, S. 92).

Diese könnten jedoch nur vorübergehend wirken, angesichts dessen, dass die Angst, von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden, bei jeder Konfrontation mit dem Leid eines Patienten wieder hervortritt. Am Patientenbett weinen zu müssen sei in den Augen der von Pohlmann interviewten Pflegenden unangenehm und unprofessionell (Pohlmann, 2005, S. 85):

„Also ich würde nie am Patientenbett, ich glaube nicht, ich werde nie am Patientenbett mitweinen, das mache ich nicht, das kann ich auch nicht, will ich auch nicht“ (Interview 14)

Benner und Wrubel empfehlen, den eigenen Schmerz, den man am Patientenbett empfindet, zuzulassen und einzugestehen – vor sich selbst als auch vor den Kollegen. Die Wichtigkeit und Bedeutsamkeit des Mitleidens werde durch das Eingestehen deutlich und liefere eine Erklärung für die eigene Verzweiflung. Dies wiederum ermögliche laut Benner und Wrubel (1997, S. 426) einen offensiven Umgang mit dem fremden und dem eigenen Leid. Es stelle eine Möglichkeit der aktiven Bewältigung dar, die auch langfristig und nachhaltig Wirkung zeigt (Benner & Wrubel, 1997, S. 426).

Der eigene Schutz vor der Distanzlosigkeit mancher Patienten wird als weiterer Grund für Distanz gegenüber dem Patienten angegeben. So wird vor allen Dingen das Duzen, kumpelhaftes Verhalten oder Anzüglichkeiten seitens der Patienten von den befragten Pflegenden als distanzlos angesehen (Pohlmann, 2005, S.86). Auch das Verhalten mobiler Patienten, für banale Dinge wie z.B. einer Flasche

Wasser zu klingeln ruft bei einigen Pflegenden Antipathie hervor und führt dazu, dass sie sich immer mehr von den Patienten zurückziehen.

Berufsbedingte Nähe zum Patienten wird in der Veröffentlichung von Dätwyler und Baillod hingegen als Bereicherung betrachtet (Dätwyler & Baillod, 1995, S. 105). Viele der interviewten Pflegenden gaben an, dass die Nähe zu Patienten durchaus als positives Element zu bewerten sei und dass sie ein „natürlicher, wünschenswerter und bereichernder Teil des Pflegeberufes“ (Dätwyler & Baillod, 1995, S. 106) ist. Eine Gruppe der befragten Krankenschwestern empfand Nähe in der Beziehung zu Patienten als richtig und auch wichtig, jedoch unter der Voraussetzung, dass ein Bewusstsein für Nähe und Distanz herrsche und Abgrenzung möglich sei (Dätwyler & Baillod, 1995, S. 106). Die Pflegepersonen würden das Verhältnis zu ihren Patienten unter Kontrolle und die Möglichkeit haben wollen, sich jederzeit der Nähe, die man gibt, wieder entziehen zu können. Eine andere Schwester gibt an, dass die Nähe zum Patienten die Qualität und Professionalität ihrer Arbeit ausmache.

Auch aus Sicht von Benner stellt der Umgang mit Nähe und Distanz ein Merkmal von Professionalität dar. Sie beurteilt Pflegende in Abgrenzung zu anderen Heilberufen als besonders geeignet, um Nähe zum Patienten aufzubauen und zu halten. Durch persönliche Teilhabe am Schicksal des Patienten würden sowohl die eigenen Ressourcen als auch die des Patienten genutzt und der Heilungsprozess vorangetrieben werden:

„Meine Vermutung ist, daß diese Pflegenden gerade deshalb, weil sie sich emotional stärker auf ihre Patienten einlassen, besser in der Lage sind, ihre eigenen Ressourcen sowie die der Patienten, deren Angehörigen und des Umfelds zu mobilisieren. Ich nehme an, daß die Wahrung von Distanz die Schwestern und Pfleger in der Situation zwar ein wenig vor dem Schmerz schützt, ihnen jedoch auch die Chance nimmt, die Ressourcen und Möglichkeiten zu nutzen, die erst durch Engagement und Teilhabe an den persönlichen Interpretationen und Bewältigungsversuchen des Patienten und seiner Angehörigen zugänglich gemacht werden“ (Benner, 1994, S. 163).

Des Weiteren führt Benner an, dass ein gewisses Maß an Nähe notwendig sei, um feine Veränderungen beim Patienten überhaupt erst wahrnehmen zu können; um ein „Gefühl für das Wesentliche zu entwickeln“ (Benner, 1994, S. 163). Sie sieht

Engagement und Teilhabe am Schicksal des Patienten als Voraussetzung für das Handeln als Pflegeexperten.

4.3 Identität in der Pflegebeziehung

Laut Spichinger et al. (2006, S. 49) befasst sich Pflege vorrangig mit der Behandlung und den Auswirkungen von Krankheit und Therapie auf den Alltag betroffener Menschen. Um die Betroffenen in ihrer durch Krankheit eingeschränkten Alltagsbewältigung bestmöglich unterstützen zu können, sind kontinuierliche und zeitintensive Kontakte erforderlich (Spichinger et al., 2006, S. 49). Dies wiederum setzt ein berufliches Selbstverständnis voraus, welches Pflegetätigkeiten und Beziehung zwischen Pflegenden und Kranken nicht separat voneinander sieht, sondern sie als eine Einheit begreift.

Somit ist die pflegerische Identität unmittelbar an die alltägliche Praxis gebunden. Durch ihre praktische Tätigkeit und ihren Kontakt zum Patienten erfahren Pflegenden, wer sie sind und was ihre Arbeit ausmacht. In der Beziehung zum Patienten erhält die Pflege einen unabhängigen Handlungsbereich: Pflegenden nehmen selbstständig die Bedürfnisse von Patienten wahr und entscheiden entsprechend, ob und wie sie handeln. Im direkten Kontakt zu den Patienten und seinen Angehörigen üben Pflegepersonen sich im richtigen Maß an mitmenschlicher Zuwendung, im Zuhören und im Gespräch sowie in der Information, Beratung, Anleitung und Unterstützung. Auch kompensieren sie ausfallende Funktionen, gestalten gemeinsam mit Patienten in der Langzeitpflege deren Umwelt und ermöglichen ihnen eine sinnvolle Beschäftigung. In der psychiatrischen Pflege werden Patienten in der Aufrechterhaltung ihrer sozialen Kontakte und in der Gestaltung ihres täglichen Umfelds unterstützt. Nicht zuletzt helfen Pflegenden auch, in Krisen und beim Sterben begleitend zur Seite zu stehen (Fiechter und Meier, 1998, S.15 f.). Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, jedoch macht sie starke Anbindung der selbstständigen pflegerischen Tätigkeit an die Beziehung zum Patienten. Während in der Vergangenheit der pflegerische Beruf mit Aufopferung, Selbstaufgabe und Unterwürfigkeit in Verbindung gebracht wurde (Benner, 1994, S. 202), wird Pflege heute besonders in der Langzeitbetreuung weniger als ‚Liebesdienst‘

sondern vielmehr als ein eigenverantwortlicher und selbstständiger Beruf gelebt, wie die oben identifizierten und benannten Tätigkeitsbereiche von Pflege zeigen. Dies spiegelt sich auch in der Definition des International Council of Nurses (ICN) wieder:

„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing role“ (International Council of Nurses, 2010)

Auch wenn Pflegende eigenständig Aufgaben wie Beratung, Information und Schulung übernehmen, sei laut Taubert (1994) das berufliche Selbstbewusstsein der Pflegenden in der Regel wenig ausgeprägt.

„Die Arbeitsbedingungen werden hingenommen. Den hohen Anforderungen nicht zu entsprechen, wird eher eigenem Versagen als den Bedingungen zugeschrieben. Diese Haltung wird durch unreflektierte Ideale unterstützt, deren Erfüllung nach wie vor von außen gefordert werden, die aber auch verinnerlicht worden sind“ (Taubert, 1994, S.35).

Das Konzept einer ganzheitlichen und patientenorientierten Pflege würde zwar in den meisten Fällen als Grundlage und Leitbild genutzt werden, jedoch setzt laut Taubert eine solche Ausrichtung der Pflege voraus, dass eine berufliche Identität vorhanden ist und dass „der berufliche Selbst-Wert und das berufliche Selbst-Verständnis erkannt werden“ (Taubert, 1994, S.35).

Doch nicht nur in der hierarchischen Organisation des Krankenhauses finden sich Gründe für eine untergeordnete Position der Krankenpflege. Die kleine Anzahl registrierter Pflegekräfte sowie die organisatorische Zersplitterung in Deutschland entsprächen laut Hofmann in etwa der geringen gesellschaftlichen und öffentlichkeitswirksamen Relevanz der Berufsgruppe (Hofmann, 2001, S. 209). Dies wiederum trage vor allem bei jungen Pflegenden zur Verunsicherung im beruflichen Selbstverständnis bei. Berufsanfänger in der Pflege hätten mit persönlichem und gesellschaftlichem Ansehen zu kämpfen und müssten sich für ihren Beruf rechtfertigen (Benner, 1994, S. 194). Eine junge Pflegende beschreibt:

„Eines der Dinge, die mir am meisten Schwierigkeiten bereiten, ist schlicht und einfach die Tatsache, daß ich eine Krankenschwester bin. Meine Freunde haben kein Verständnis für meine Entscheidung, diesen Beruf zu ergreifen, und finden meine Arbeit erniedrigend. Das bringt mich auf die Palme, und ich versuche, ihnen klarzumachen, daß ich tagtäglich mit wichtigen Dingen zu tun habe, bei denen es um Leben und Tod geht, und daß ich eine große Befriedigung aus den menschlichen Kontakten und Beziehungen ziehen kann, die ich an meinem Arbeitsplatz habe. Ich weiß nicht, wie lange es dauern wird, bis es mir wirklich gut damit geht, eine Krankenschwester zu sein oder – wie meine Freunde sagen – nur eine Krankenschwester, aber noch bin ich nicht so weit“ (Benner, 1994, S. 195).

Noch dazu würde Auszubildenden in der Pflege die Entwicklung einer soliden Identität erheblich erschwert. Im Gegensatz zu Ärzten, die zu einem wesentlich späteren Zeitpunkt ihrer charakterlichen Reife den Stationsdienst beginnen, würden Auszubildende in der Pflege frühzeitig – oft noch im Stadium der Pubertät - im Stationsbetrieb eingesetzt und sind den damit verbundenen emotionalen Belastungen von Schmerz, Leid und Trauer ausgesetzt. Laut Benner verfügen sie über sehr wenig bis keine Erfahrung, um die Situationen, in denen sie aktiv werden sollen, zu bewältigen (Benner, 1994, S. 41).

Mit mehr Erfahrung und Bewältigungsstrategien bietet Krankenpflege laut Benner (1994, S. 208) jedoch die Möglichkeit, sich in der Arbeit mit dem Patienten zu engagieren und die eigenen Kompetenzen im Umgang mit schwierigen Situationen zu erweitern und zu entwickeln. Pflegende besitzen demnach zentrale Rollen bei der Gesundung und Versorgung von Patienten: sie bauen heilsame Beziehungen auf, die dem Gesundheitsprozess förderlich sind (Benner, 1994, S. 208). Sie schaffen Bedingungen, in denen Patienten sich entwickeln und die eigenen Potentiale entfalten können. Pflegende würden wie kein anderer im Therapeutenteam den Alltag des Patienten kennen; durch die gebotene körperliche Nähe bei nahezu allen pflegerischen Handlungen gibt sich der Patient in ein besonderes Verhältnis zu den Pflegenden. Außerhalb des bekannten, häuslichen Terrains stehen Pflegende für einen Vertrauten im sonst fremden Stationsalltag.

Zusammenfassend lässt sich ein großer, selbstständiger Handlungsbereich der Pflegenden im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen identifizieren. Für die Beziehung zum Patienten tragen Pflegende sowohl die Entscheidungs- als

auch Durchführungsverantwortung, sie begleiten ihn durch den Pflegeprozess und sorgen dafür, dass er sich sicher fühlt. Pflegende können sich zu Beginn ihrer Ausbildung durch die schwache Repräsentation des Berufsstands in der Öffentlichkeit zwar nur schwer mit ihrem Beruf identifizieren, jedoch kann die praktische Tätigkeit und das Engagement in der Unterstützung des Patienten bei seinen alltäglichen Verrichtungen helfen, die eigene Rolle zu klären und Wissen über die Inhalte und Themen der pflegerischen Arbeit zu erlangen.

5. Diskussion

Nach der Darstellung der einzelnen Aspekte von Pflege und Beziehung werden diese im folgenden Kapitel vor dem Hintergrund des Themas dieser Arbeit, der professionellen Verantwortung und Identität in der Pflegebeziehung, diskutiert. Implikationen für die Praxis werden ebenfalls in einem weiteren Abschnitt diskutiert.

5.1 Pflegebeziehung als Gratwanderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Ziel der Arbeit ist es, das Erleben der zwischenmenschlichen Beziehung von Patienten und Pflegenden darzustellen und dabei im Besonderen auf die Rolle der pflegerischen Identität einzugehen. Ausgehend von den theoretischen Grundlagen Peplaus und Bauers wurden verschiedene Faktoren – unter anderem Wahrnehmung, Deutung und Kommunikation – identifiziert, die die Beteiligten im Prozess wechselseitig beeinflussen. Es hat sich gezeigt, dass Pflegende der Beurteilung der Situation ihrer Patienten ihr eigenes Pflegekonzept zugrunde legen. Deckt sich dieses nicht mit dem Verhalten oder den Äußerungen des Patienten, werden die Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Patienten nur unzureichend wahrgenommen. Patienten wiederum, die keine oder nur wenig Möglichkeit zur aktiven Einflussnahme auf den Pflegeprozess sehen, ziehen sich zurück und halten auch Meinungen und Bedürfnisse für sich. Ebenfalls thematisiert wurde der Umgang mit Nähe und Distanz, der einerseits mit viel Angst und Unsicherheit in Bezug auf die eigene emotionale Belastung der Pflegenden

verbunden ist. Folglich wird vermehrt Distanz zum Patienten aufgebaut. Andererseits stellt Nähe zum Patienten aber auch ein Merkmal von Professionalität und Pflegeexpertentum dar. Schließlich wird auch die pflegerische Identität entscheidend in der Beziehungsarbeit mit dem Patienten geprägt. Durch intensive Kontakte zum Patienten lernen Pflegende, wer sie sind und was sie ausmacht. Als Leitthema kam während der gesamten Bearbeitung die professionelle Verantwortung zum Tragen, die Pflegende im Beziehungsprozess übernehmen. Im Folgenden werden noch einmal einzelne Aspekte aufgegriffen und diskutiert.

Nach Peplau und Bauer führt die Übernahme der Verantwortung für die Beziehungsgestaltung dazu, dass Pflegende innerhalb eines stark hierarchisierten beruflichen Umfelds selbstbestimmt und autonom agieren können. Ihr Anspruch an die Pflegenden in einer ganzheitlichen professionellen Beziehung zum Patienten liegt im unabhängigen Leiten des Beziehungsprozesses und dem Schaffen von Bedingungen, in denen Patienten gesunden und sich entwickeln können, aber auch im Verstehen der eigenen beruflichen Situation und Verantwortung. Im Beziehungsprozess soll dem Patienten geholfen werden, seine Fragen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Persönlichkeit zu klären. Für die pflegerische Identität und das berufliche Selbstverständnis bedeutet dies: Pflegende erhalten durch ihre Rolle im therapeutischen Prozess und ihre Nähe zum Patienten positives Feedback und werden so in ihrer beratenden, informierenden und unterstützenden Tätigkeit bestätigt. Beziehung und der daraus resultierende Reifeprozess werden zu expliziten Aufgaben der Pflegenden, die den Patienten von Anfang bis Ende ihres Aufenthalts begleiten und ihm so helfen, seinen Alltag und seine Krankheit zu bewältigen.

Die Betrachtung der empirischen Arbeiten hat gezeigt, dass Pflegende durchaus Verantwortung für die Entwicklung des Beziehungsprozesses übernehmen und lernen, sich durch den Kontakt zum Patienten mit ihrem Beruf zu identifizieren. Es herrscht jedoch noch zu wenig Bewusstsein über die eigene Wirkung innerhalb der Beziehung zum Patienten, im Speziellen die Wirkung von Worten, Gesten,

Berührungen und körpernahen pflegerischen Interventionen. Fähigkeiten, die Situation des Patienten wahrnehmen, deuten und reflektieren zu können, sind nicht ausreichend ausgeprägt, um von einer professionellen Beziehungsgestaltung sprechen zu können. Dadurch ergeben sich bei Patienten und Pflegenden teilweise große Unterschiede im Erleben von Pflegesituationen, sowohl auf der inhaltlichen als auch auf der zeitlichen Ebene.

Oftmals werden alltagstheoretische Konzepte auf den beruflichen Kontext übertragen, ohne zu überprüfen, ob die Voraussetzungen und Bedingungen dafür geschaffen worden sind (Pohlmann, 2006, S. 161). Dies birgt nach Auffassung der Autorin die Gefahr, dass auch die Ansprüche und Anforderungen, die jenen alltagstheoretischen Konzepten immanent sind, unreflektiert übertragen werden. Unter anderem die Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen, die ein Einzelner aus privaten Beziehungen gewohnt ist sowie die gewünschte persönliche Nähe zur Intensivierung der Kontakte. Eine private Beziehung reift und wächst über eine längere Zeit und entwickelt sich je nach den Merkmalen und Fähigkeiten, die beide Beziehungspartner einbringen, unterschiedlich schnell oder langsam. Auch in der pflegerischen Beziehung bringen beide Seiten Merkmale und Fähigkeiten ein, jedoch steht hier nur die Zeitspanne zwischen dem Tag der Aufnahme bis zum Tag der Entlassung zur Verfügung. Dies können in einigen Fällen wenige Stunden, in anderen Fällen ganze Wochen und Monate sein. Eine Beziehung im beruflichen Kontext der Pflege muss in jedem Fall vom ersten Moment an aufgebaut werden, damit pflegerisch relevante Informationen sowie das für pflegerische Interventionen benötigte Vertrauen gewonnen werden können.

Folglich gilt es, eventuell auftretende Differenzen zwischen Pflegenden und Patienten zeitnah zu identifizieren und angemessen zu kommunizieren. Kontinuierliches Kommunizieren und Abgleichen der einzelnen Wahrnehmungen bis zum Erreichen eines gemeinsamen Verständnisses der Situation sollte der Kernpunkt in der pflegerischen Interaktion sein, damit das ‚Persönliche‘ des Patienten erhalten bleibt und sein Potenzial in das Pflegehandeln integriert wird. Das pflegfachliche Wissen und Können der Pflegekraft hilft und unterstützt, dieses

zu entfalten. Der Wert einer Pflegehandlung nimmt damit sowohl für den Patient als auch für die Pflegekraft erheblich zu, da auf beiden Seiten das Verständnis für das situative Erleben des jeweils anderen wachsen wird. Wenngleich der Autorin eine symmetrische Beziehung aufgrund der unterschiedlichen Ausgangssituationen von Patient und Pflegekraft unmöglich erscheint, kann zumindest eine kongruente Beziehung, in der beide Seiten sich aufeinander einlassen und annehmen können, angestrebt werden. Theoretische Entwürfe wie das Konzept von Rüdiger Bauer oder die Theorie von Hildegard Peplau können helfen, einen konkreten Handlungsrahmen für die pflegerische Beziehungsarbeit in der pflegerischen Praxis zu entwickeln. Jedoch sind dabei stets die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten des Einzelnen, der sich in die Beziehung mit dem Patienten begibt, zu berücksichtigen. Theorien und Konzepte bieten Handlungsmöglichkeiten an, erheben jedoch nicht den Anspruch, eins zu eins umgesetzt zu werden.

Ein weiteres zentrales Ergebnis der Arbeit ist die Ambivalenz, die Pflegenden im Umgang mit Nähe und Distanz verspüren. Diese ist einerseits bedingt durch die starken Gegensätze, zwischen denen sich Pflegenden und Patienten in ihrer Beziehung bewegen und die ein ausgeglichenes und Anteil nehmendes Verhältnis zur persönlichen Herausforderung werden lassen. Vor allem der Gegensatz Antipathie – Sympathie führt zu einer starken Handlungsunsicherheit seitens der Pflegenden. Patienten, die sich distanzlos verhalten, Ekel und Scham hervorrufen oder die Pflegenden mit ungerechtfertigten Anspruchshaltungen (Pohlmann, 2005, S. 106) konfrontieren, lösen Antipathie aus und führen zu einem verstärkten Aufbau von körperlicher und emotionaler Distanz. Sympathischen Patienten wird hingegen mehr Zeit gewidmet, weil sie einen angenehmen Gesprächspartner darstellen oder sich im Pflegeprozess kooperativ zeigen und dies wiederum als Antrieb für die eigene Arbeit gesehen wird. Andererseits ist auch die immanente gegenseitige Abhängigkeit in der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen ein ausschlaggebender Faktor für die Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz.

Abhängige Pflegebedürftigkeit zählt zu den meist gefürchteten Eigenschaften des hohen Alters (Teising, 2004, S. 315). Pflegeabhängigkeit bedeutet für den Patienten, auf einen anderen angewiesen zu sein, der über seine Anwesenheit selbstständig und unabhängig verfügen kann, der eigene Interessen verfolgt und deswegen auch nicht rund um die Uhr verfügbar ist. Nur das Gefühl, Situationen aktiv beeinflussen zu können oder sich bewusst dem Menschen zu nähern, der für einen verantwortlich ist, kann Sicherheit vermitteln. Die Abhängigkeit auf Seiten der Pflegenden wiederum besteht in der Selbstbestätigung, die aus der Pflegebedürftigkeit anderer entsteht. Pflegenden wollen den Wert der eigenen Arbeit immer wieder bestätigt sehen. Das Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen Hilfsbereitschaft, einer Stärkung des Selbstwertgefühls und auch der Wunsch, vor sich selbst als guter Mensch da zu stehen und als solcher auch gewürdigt zu werden sind Bedürfnisse, die nur in der Pflegebeziehung angemessen befriedigt werden können. Somit können Selbstzweifel an der eigenen Person und an den eigenen Fähigkeiten besänftigt werden (Teising, 2004, S. 317). Um jedoch von der eigenen Abhängigkeit und Versagensangst abzulenken, werden gegenseitige Beherrschungsversuche unternommen und es wird Distanz aufgebaut, um Machtverhältnisse klar demonstrieren zu können.

Nach Meinung der Autorin kann diese Ambivalenz im Laufe der Zeit mit der nötigen Selbstreflexionsfähigkeit und Erfahrungsreife langsam aufgelöst werden. Und auch die Annahme und Berücksichtigung der eigenen Befindlichkeiten und Belange kann helfen, das eigene Wirken im Kontext der Pflegebeziehung besser zu verstehen. Jedoch müssen neben der persönlichen Bereitschaft und Erkenntnis auch die entsprechenden organisatorischen Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden. Diese werden im folgenden Abschnitt noch einmal näher erläutert.

5.2 Implikationen für die Praxis

Die Bearbeitung und Klärung von Beziehungsfragen und die damit verbundene Identitätsbildung sind aus Sicht der Autorin ein vernachlässigter Bereich der pflegerischen Ausbildung und werden auch in der pflegerischen Praxis nur unzureichend aufgegriffen. Fragen, die sich im Laufe der praktischen Ausbildung für die

eigene berufliche Identität ergeben, finden kaum Klärung, da seit Jahrzehnten Uneinigkeit über und geringes öffentliches Interesse am pflegerischen Handlungsfeld in Deutschland besteht. Kaum einer weiß eine konkrete Antwort auf die Frage nach den expliziten Aufgabenfeldern der Pflege zu geben, es sei denn er engagiert sich im Rahmen von Berufspolitik oder Bildungsarbeit für die Klärung des pflegerischen Selbstverständnisses. Fragt man allerdings Berufsanfänger nach ihrer Intention, den Beruf zu ergreifen, erhält man unter anderem folgende Antworten: ‚Ich will Menschen helfen‘, ‚Ich wollte schon immer was mit Menschen machen‘, ‚Jemand muss sich doch um die älteren Menschen kümmern‘. Die Palette an Antworten ist beliebig erweiterbar. Fest steht: Die Intention von Auszubildenden, den pflegerischen Beruf zu ergreifen ist unmittelbar an die menschliche Zuwendung, die zwischenmenschliche Beziehung gebunden. Dies ist einerseits eine Chance für den Berufsstand, sich stärker auf die fürsorgliche Zuwendung als zentrales Thema der pflegerischen Arbeit zu berufen. Gleichzeitig stellt die idealisierte Sicht auf die Pflegebeziehung auch eine Herausforderung dar, da sie die anderen, ebenso wichtigen wie zeitaufwändigen Aufgaben der Pflege aus dem Blickfeld zu verlieren droht: die umfängliche Verantwortung für die Durchführung des Pflegeprozesses, die Dokumentation des Pflegehandelns, die personale Verantwortung innerhalb eines Teams sowie die immer noch bestehende Durchführungsverantwortung medizinisch angeordneter Maßnahmen. Pflege ist vielfältig und komplex und sie kann nicht allein und ausschließlich auf einen Tätigkeitsbereich reduziert werden. Jedoch können Kernbereiche pflegerischer Tätigkeit identifiziert und sowohl finanziell als auch organisatorisch speziell gefördert werden.

Für die Weiterentwicklung der Beziehungsarbeit empfiehlt sich die Entwicklung eines Konzeptes, welches Identität und pflegerische Verantwortungsübernahme im Beziehungsprozess deutlich greifbar macht. Dieses Konzept könnte gleichberechtigt neben anderen Ausbildungsinhalten in das Curriculum der jeweiligen Ausbilder integriert werden. Für die pflegerische Arbeit in den unterschiedlichen Einrichtungen wäre die Einführung von regelmäßigen Reflexionseinheiten sinnvoll. Durch den Austausch der Mitarbeiter untereinander wird offensichtlich, dass positive wie negative Erfahrungen im Umgang mit dem Patienten keine Probleme des

Einzelnen sind. Dennoch ist die Wahrnehmung, Deutung und Bewältigung der erlebten Situationen hochgradig individuell. Im Austausch kann sich schließlich aus den individuellen Strategien eine Methodenkompetenz entwickeln lassen und das Team wiederum kann durch die potentiell positive Erfahrung solcher Reflexionseinheiten aneinander wachsen.

So besteht die Möglichkeit, dass Auszubildende wie examinierte Pflegende als in ihrer professionellen Identität gestärkte Persönlichkeiten agieren, die sich die Beziehung zum Patienten und deren positive Effekte auf die Pflegequalität zu Nutzen machen

6. Schlussbetrachtung

Die vorliegende Arbeit versuchte, Erkenntnisse zum Thema Beziehung in der Pflege unter dem Fokus von Verantwortung und Identität anhand des aktuellen Forschungsstands zu identifizieren und miteinander in Beziehung zu setzen. Damit widmet sie sich einer Thematik, die besonders im Hinblick auf die Identität in der Pflegebeziehung in der bisherigen Pflegewissenschaft und -forschung wenig Beachtung gefunden hat. Mit der recherchierten und analysierten Literatur wurden sowohl theoretische als auch empirische Arbeiten in diesen neuen Kontext eingebettet und sinnvolle Erkenntnisse für die professionelle Beziehungsarbeit in der pflegerischen Praxis hergeleitet. Die Untersuchung rückt mit der Identität und der professionellen Verantwortung in der pflegerischen Beziehungsarbeit zwei Aspekte in den Fokus, die neue Perspektiven und Möglichkeiten für die Gestaltung der Beziehungsarbeit, aber auch der Bearbeitung und Klärung des eigenen pflegerischen Selbstverständnisses eröffnen.

Kritisch anzumerken ist die geringe Datenlage, die dieser Arbeit zugrunde liegt. Auch das Erscheinungsjahr einiger Veröffentlichungen lässt darauf schließen, dass die daraus zitierten Aussagen teilweise an Gültigkeit verloren haben. Die stark eingeschränkte Auswahl der Referenzliteratur sowie die Benutzung von nur zwei großen Suchmaschinen können ebenfalls als Schwäche dieser Arbeit betrachtet werden. Aufgrund der geringen und sehr spezifischen Literatur kann zunächst auch nur von einer limitierten Gültigkeit für die im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse ausgegangen werden. Die besprochenen Konzepte der Psychodynamischen Pflege und der Kongruenten Beziehungspflege sind aus dem Kontext der psychiatrischen Pflege und der Psychotherapie entstanden. Die starke körperliche Nähe in der Pflege und die dadurch bedingten Umgangsformen, Haltungen und Kommunikationsmuster sind in dieser Art und Weise in der Psychotherapie nicht zu finden (Pohlmann, 2006, S. 161). Auch die Persönlichkeitsentwicklung und -förderung als solche erhält in der psychiatrischen Pflege einen anderen Stellenwert als in den sonstigen Akutpflegebereichen. Ob sich die Befunde dieser

Arbeit generell auf alle Bereiche der Krankenpflege übertragen lassen, bleibt daher unklar.

Aufgrund des großen Umfangs des bearbeiteten Themas mussten einige Fragen offen bleiben. So konnte nicht geklärt werden, inwiefern die Qualität und Gestaltung der Beziehung vom Grad des Abschlusses der Pflegenden abhängig ist, sprich: Gibt es einen Unterschied in der Beziehung zwischen Patienten und examinierten Pflegenden und zwischen Patienten und Pflegehelfern? Weiterhin konnte auch nicht geklärt werden, ob es einen Unterschied im Selbstverständnis einer dreijährig ausgebildeten Pflegekraft und einer akademisch ausgebildeten Pflegekraft gibt. Die Beantwortung beider Fragen muss an dieser Stelle offen bleiben, könnte aber ebenso wie die Entwicklung von Konzepten für die Beziehungsarbeit in anderen Kontexten der Krankenpflege eine Weiterführung dieses Projekts in Form einer Master-Thesis darstellen.

7. Literaturverzeichnis

Abels, H. (2010). *Identität*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Arets, J., Obex, F., Vaessen, J., & Wagner, F. (1997). *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen* (Bd. I). Bocholt: Eicanos.

Arthur, D., & Randle, J. (1. März 2007). The professional self-concept of nurses: a review of the literature from 1992- 2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 60-64.

Bauer, R. (1997). *Beziehungspflege*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby .

Bauer, R. (2002). Kongruente Beziehungspflege - Ein Modell zur Gestaltung professioneller Beziehungen in der Pflege. *Psych Pflege* , 18-24.

Benner, P. (1994). *Stufen der Pflegekompetenz*. Bern: Hans Huber Verlag.

Benner, P., & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber.

Dätwyler, B., & Baillod, J. (1995). *Mit-Leidenschaft. Krankenschwestern sprechen über ihren Beruf*. Bern: Verlag Hans Huber.

Elsbernd, A. (2001). Bedeutsame Elemente in Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. *Pflege* , 14, 252-258.

Elsbernd, A. (2000). *Pflegesituationen - Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag.

Fiechter, V., & Meier, M. (1998). *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*. Fritzlär: Recom - Verlag.

Hofmann, I. (2001). Schwierigkeiten im interprofessionellen Dialog zwischen ärztlichem und pflegerischem Kollegium. *Pflege* (14), 207-213.

International Council of Nurses. (12. April 2010). *International Council of Nurses*. Abgerufen am 17. 05. 2011 von <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>

Käppeli, S. (2005). Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegenden Beziehung. *Pflege* (18), 187-195.

Marriner-Tomey, A. (1992). *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel: Recom - Verlag.

Peplau, H. (1995). *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel, Eberswalde: Recom-Verlag .

Pohlmann, M. (2005). *Beziehung pflegen - Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus*. Bern: Verlag Hans Huber .

Pohlmann, M. (2006). Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege* (19), 156-162.

Sieger, M., Ertl-Schmuck, R., & Harking, M. (2010). Gestaltung pflegerischer Interaktion in der Rehabilitation - am Beispiel der Pflege querschnittsgelähmter Men. *Pflege* (23), 261-266.

Spichinger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* (19), 45-51.

Taubert, J. (1994). *Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung*. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag

Teising, M. P. (2004). Die Pflegebeziehung - Psychodynamische Überlegungen. *Pflege* (17), 312-318.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing* , 546-553.

Wied, S., & Warmbrunn, A. (2003). *Pschyrembel® Wörterbuch Pflege*. Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht

Hamburg, 01.06. 2011

Laura Marie Leonhardt