

# Salutogene Kommunikation im Krankenhaus

## Heilsames Verstehen

ROBERT SCHILLING

Wenn man über salutogene Kommunikation im Krankenhaus nachdenkt wird man sich zunächst folgende Fragen stellen:

Wie können wir Pflegekräfte unsere PatientInnen besser verstehen?

Und: Wirkt sich eine verständnisvolle Beziehung positiv auf die Gesundheit der PatientInnen aus?

In diesem Artikel zeige ich meine Gedanken zu der Fragestellung auf und hoffe die o.g. Fragen für den Leser damit beantworten zu können. Zur Einstimmung auf dieses Thema möchte ich hier den Brief einer Patientin wiedergeben, die als Logopädin selbst mit Patienten arbeitet und hier ihre persönliche Erfahrung schildert.

Frau ...: „Und heute glaube ich auch sagen zu können, was mir damals so Probleme gemacht hat, bzw. mich davon abgehalten hat gesund zu werden. Ich habe die komplette Mühle Uni-Klinik ausgekostet. Ich bin mit der Notfall-Ambulanz hineingekommen und 100% schwer krank nach 10 Tagen gegangen, es folgten noch 2 Aufenthalte und mir ging es immer schlechter. Wenn ich traurig über meinen Zustand war und geweint habe, war die einzige Antwort: Tavor (starker Tranquilizer, Angstlöser), und ich wurde total zgedröhnt. Ich wurde von einer Untersuchung zur nächsten geschickt, und man vermutete einen Tumor oder eine andere schwerwiegende Erkrankung, man fand auch Einiges (Myom in der Gebärmutter, Polyp im Magen, unklare Raumforderung in der Leber...), wie gesagt, ich wurde immer kränker und ich fühlte mich abhängig und fremdbestimmt. Heute kann ich das so sagen, aber damals habe ich das nicht so erkennen können. Ich war einfach nur ungewohnt schwach und hilflos. Ihr Beispiel mit dem Fluss trifft auf mich voll und ganz zu. Die Ärzte haben mich zwar rausgeholt, aber sie haben mir keine Regeln fürs Schwimmen an die

Hand gegeben, im Gegenteil sie haben den Fluss so mit Angst besetzt, dass ich dachte, vor mir liegen die Niagarafälle!!! Nun, seitdem ich einmal die Perspektiven meiner Patienten eingenommen habe, hat meine Arbeit eine ganz andere Qualität bekommen. Ich kann viele Befindlichkeiten meiner Patienten noch besser verstehen, und ich weiß heute, dass ein Mensch, der Angst hat oder sich handlungsunfähig und verständlicherweise traurig fühlt mit seiner oft überraschenden Krankheitsperspektive, einfach Probleme mit gesund werden hat. Und ich habe auf meinem langen Weg einige Persönlichkeiten in weißen Kitteln kennen gelernt.

Einige haben mich regelrecht lahm gelegt, andere haben mich beruhigt, und einige haben mich getröstet. Am besten taten mir die, die mich mit meiner Befindlichkeit und meinen Sorgen ernst genommen haben, die sich Zeit nahmen, mir Dinge zu erklären, die ich bis dahin nicht verstanden hatte. Heute weiß ich, welche Ärzte mir gut tun bzw. mit wem ich gut zusammenarbeiten kann, die anderen, nun, die anderen die lass ich einfach weg.“

### Pathogenese vs. Salutogenese

Was die Patientin in ihrem Brief so eindrucksvoll beschreibt, ist im Grunde so etwas wie eine erlebte Gegenüberstellung der Pathogenese zur Salutogenese. Die Metapher des Flusses, die von der Patientin angesprochen wird, ist die Metapher aus „Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit“ von Aaron Antonovsky. Sie beschreibt den Fluss des Lebens mit seinen Hindernissen, wie Steine oder Treibholz, mit seinen Turbulenzen und Stromschnellen und mit seinen Flussgabelungen, an denen man sich für eine Richtung entscheiden muss. Wenn ein Mensch droht zu ertrinken,

erkrankt ist, wird die Medizin rettend eingreifen und den Patienten aus diesem Fluss ziehen. Die Salutogenese dagegen verfolgt das Ziel, dem Patienten das Schwimmen beizubringen, so dass er lernt, mit Hindernissen umzugehen, dass er lernt, wie er sich am besten in Stromschnellen oder Strudeln verhält, sie zu durchschwimmen und dass er lernt sich zu entscheiden, wenn es mal eine Flussgabelung gibt. In dieser verkürzten Form der Metapher wird der Unterschied der Pathogenese – es entsteht ein Verhältnis der Abhängigkeit, Retter-Opfer-Beziehung – und der Salutogenese – es entsteht Autonomie und eine wechselseitige Beziehung – deutlich.

### Soll-Zustand / Ist-Zustand

Dazu möchte ich zunächst einige Grundsätze der Salutogenese, die ich als Soll-Zustand verstehe, noch einmal erläutern. Dem gegenüber stelle ich dann den Ist-Zustand, die heutige Art der Patienten-Pflegekraft-Beziehung und werde aufzeigen wie dieser möglicherweise entstanden ist. In der Erläuterung der Grundsätze beschränke ich mich auf den Teil der Salutogenese von Aron Antonovsky, den ich für die salutogene Kommunikation als besonders wichtig einschätze. Es handelt sich dabei um ein positives Grundgefühl des Patienten, welches durch die Art und Weise der Beziehungsgestaltung und die dafür notwendige Kommunikation entweder gestärkt oder geschwächt werden kann. Es ist das Kohärenzgefühl. Was ist ein Kohärenzgefühl und aus welchen Bausteinen baut es sich auf?

### Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl ist das Gefühl, in sich stimmig zu sein. Eine Art, besonders gut entwickelten Vertrauens, auch in den schwierigsten Situationen des Lebens eine Perspektive zu finden. Eine mich besonders ansprechende Beschreibung des Kohärenzgefühls ist: *“Es ist das Gefühl, zu wissen, dass man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine schwierige Situation bewältigen wird“*. Sie beschreibt deutlich die positive Energie, die dieses Gefühl freisetzt. Das Kohärenzgefühl baut sich auf drei Säulen auf. Diese drei Säulen verstehe ich als einen Prozess, der das Kohärenzgefühl immer wieder in den jeweiligen Kontexten entstehen lassen kann.

Der Prozess beginnt mit der Säule des Verstehens. Es geht hier darum eine Situation zu analysieren und zu verstehen. Aus der Summe rational und emotional wahrgenommener Informationen entwickelt sich ein intuitives und rationales Verstehen.

In der zweiten Säule handelt es sich um die Säule der Bedeutsamkeit. Die Frage nach dem Sinn einer Krankheit, der Therapie oder des Lebens stellt sich besonders oft und besonders intensiv in den dramatischen Lebenslagen, wie sie z.B. eine bedrohliche Erkrankung mit sich bringt. Von der Beantwortung dieser Frage hängt es oft ab, ob ein Patient Energie für den Heilungsprozess entwickeln kann oder nicht. In dem Moment, in dem eine Situation als

vollkommen sinnlos betrachtet wird, steht keine Energie für den Genesungsprozess zur Verfügung.

Das Resultat aus beiden Säulen, der Säule des Verstehens und der Säule der Sinnhaftigkeit, beeinflusst die dritte Säule, die Säule der Handlungsfähigkeit, positiv in ihrer Umsetzung. In der Säule der Handhabbarkeit (Handlungsfähigkeit) finden sich die gelernten Strategien, die ein Mensch im Laufe seines Lebens entweder bewusst oder unbewusst erfahren hat. Diese Strategien sind so vielfältig und mit einem Gefühl des Erfolges besetzt, dass der Mensch das subjektive Empfinden und auch oft eine konkrete Idee davon hat, wie er die schwierige Situation bewältigen wird. Die Handhabbarkeit ist somit das instrumentelle Vertrauen eines Menschen. Eine optimale Voraussetzung um den Heilungsprozess zu fördern wäre also gegeben, wenn ein Patient die Möglichkeit hat, genügend Informationen zu sammeln und diese in einem inneren Dialog abzugleichen, um seine Situation weitgehend verstehen zu können. Oder das Gefühl zu haben, alles das, was ihm zunächst unverständlich erscheint, noch für sich klären zu können. Der Patient erreicht hier ein Gefühl des Vertrauens in die Situation und ein wenig mehr Sicherheit für sich selbst. Dieses teilweise intuitive und teilweise kognitive Verstehen führt dann mit der Energie der Bedeutsamkeit aus der Sinnvorstellung, bzw. den eigenen Wertvorstellungen dazu, dass der Patient sich immer wieder trotz der Krankenhaussituation als handlungsfähig erlebt. Denn erst wenn Patienten einen Sinn in ihrer Erkrankung oder der entsprechenden Therapie erkennen, entsteht eine Motivation zu neuem Verhalten wie ein gesundheitsförderndes Verhalten, Verbesserung der Mitarbeit im Genesungsprozess und eine Erweiterung der Toleranzgrenzen gegenüber schwierigen krankheitsbedingten Situationen wie z.B. unangenehmen Therapiemethoden.

### Salutogene Kommunikation und das Kohärenzgefühl

Aus der Ausprägung dieser drei Säulen ergibt sich die Intensität des Kohärenzgefühls. Wenn das Kohärenzgefühl also ein Prozess ist, der sich in die eine Richtung zu einer starken Form oder in die andere Richtung zu einer eher schwachen Form entwickeln kann, dann muss es etwas geben, was diesem Prozess die Richtung anzeigt und es muss etwas geben, das das Tempo des Prozesses bestimmt. Für mich stellt die Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten, Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen im Krankenhaus die treibende Kraft für diesen Prozess im Klinikalltag dar. Salutogene Kommunikation getragen von Empathie steigert das Kohärenzgefühl, verbessert die Selbstregulation und hat somit einen positiven Einfluss auf die Selbstheilungskräfte des Menschen. Die salutogene Kommunikation ist für den Heilungsprozess also richtungweisend und kann den Prozess erheblich intensivieren.

Hier geht es darum, wie kommuniziert wird, was kommuniziert wird und vor allen Dingen was *nicht* kommuniziert wird. Da Nicht-Kommunizieren nicht geht, so Paul Watzlawick, ist dem Nichtausgesprochenen hier eine besondere Bedeutung zuzusprechen.

Hier geht es um Botschaften die nonverbal oder implizit weitergegeben werden. Patienten sind sehr empfänglich für solche Botschaften. Sie nehmen sie auf und machen sich über lange Phasen des Krankenhausaufenthaltes Gedanken darüber, was diese Botschaften wohl für sie bedeuten könnten und wie sie mit der Information umgehen wollen. Eine tatsächliche Auseinandersetzung mit der Umwelt in Bezug auf diese Botschaft ist oft nicht möglich, da Patienten nur selten das implizit oder nonverbal Kommunizierte hinterfragen. Wird der Inhalt dieser Botschaft vom Patienten als eine für seine Gesundheit gefährdende Information verstanden, kann dieser Gedanke die Selbstheilungskräfte schwächen, da aufgrund fehlender Auseinandersetzung keine Klärung dringender Fragen möglich ist, und somit der Patient sich selbst als handlungsunfähig erlebt.

### Pathogenese – Ist-Zustand

Dass Pflegesituationen von medizinischem Personal anders verstanden und interpretiert werden als diese Situationen von Patienten verstanden werden, hat Astrid Elsbernd in einer Studie über Pflegesituationen deutlich gemacht. Nachzulesen in „Pflegesituationen, erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege“ erschienen im Hans Huber Verlag (2000). Diese unterschiedliche Wahrnehmung der Situationen spiegelt sich in der Beziehung und in der Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten wieder. Die Kommunikation und die Beziehungsinhalte sind in der Pflege stark pathogenetisch orientiert und damit weniger gesundheitsförderlich als es eine salutogenetische oder ressourcenorientierte Beziehung sein würde. Die pathogenetische Orientierung in der Pflege zeigt sich in den verschiedensten Situationen. So werden Patienten immer wieder auf ihre Krankheit reduziert. Wenn es z.B. um die Belegungsplanung einer Station geht, heißt es möglicherweise: „Wir bekommen zwei Zugänge, eine Unterschenkelfraktur mit einem septischen Prozess und einen akuten Bauch.“. Auch in der Pflegedokumentation und den Pflegestandards steht die Pathogenese im Vordergrund. Hier ist z.B. die Rede von der Decubitus - Prophylaxe, der Pneumonie - Prophylaxe, der Kontrakturen - Prophylaxe usw. Leider stellen die hier beschriebenen Situationen nicht einfach einen äußeren Umstand dar. Es geht hier viel mehr um die Fokussierung auf die Pathogenese, die sich dann in der Handlung der Pflege wiederfindet. So erlebe ich es immer wieder, dass z.B. ein Decubitus-Prophylaxe-Standard, zweistündliches Lagern des Patienten, vor dem Ruhebedürfnis oder sogar dem Bedürfnis, sich selbst im Bett bewegen zu wollen, steht. Eine ressourcenorientierte oder salutogenetisch orientierte Patienten-Pflege-Beziehung dagegen ist getragen von den Bedürfnissen und den Ressourcen der Patienten. Da jeder Mensch grundsätzlich ein Bedürfnis nach Wohlbefinden und Gesundheit hat, ist es sinnvoll, nach den vorhandenen Strategien oder Fähigkeiten zu fragen, mit denen ein Patient in der Regel sein Wohlbefinden bzw. seine Gesundheit herstellt und ihm eher Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten.

Die pathogenetische Orientierung der Pflege ist entwicklungs-geschichtlich begründet. Der Weg dieser Entwicklung ist bis in die heutige Zeit erhalten geblieben. Um diese Argumentation zu be-gründen, möchte ich nur kurz auf einige Eckpunkte der Entwick-lung zurückgreifen.

### Prägende Pflegetheorien

Richtungweisend für die Pflege sind einige Pflegetheorien, die Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt haben, an denen sich so-wohl die Handlungsweise als auch die Kommunikation der Pflege ausrichten.

Da wäre erst mal Florence Nightingale (1820-1910) zu nennen. Ein wesentlicher Bestandteil ihrer Theorie ist die Auswirkung der Um-ggebung des Patienten auf seine Gesundheit. Die Umgebung übt einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden des Menschen und seiner natürlichen Genesungsprozesse aus. Deshalb ist es wichtig, diese Umgebung so zu gestalten, dass Wohlbefinden entsteht. Florence Nightingale beschreibt mit dieser Aussage schon zu ei-nem sehr frühen Zeitpunkt eine salutogenetische Orientierung und hat den Einfluss von Wohlbefinden auf den natürlichen Gene-sungsprozess schon damals erkannt. Da der Mensch sich in ständi-ger Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umgebung befin-det, hat die Umgebung, wie Frau Nightingale berichtet, Einfluss auf sein Wohlbefinden. Umgebung bedeutet allerdings in diesem



©Bernardo-Peters-Velasquez / pixelio.de

Zusammenhang auch die Vernetzung mit dem sozialen Umfeld. Hier wünsche ich mir die Aufmerksamkeit auf die Pflege-Patientenbeziehung, das Einbeziehen von Familienangehörigen soweit dieses von den Patienten bzw. deren Angehörigen gewünscht wird und machbar ist. Da Krankheit bzw. ein Krankenhausaufenthalt die sozialen Beziehungen belasten können und damit einem Wohlbefinden des Patienten entgegen stehen, könnte ich mir vorstellen, dass Pflegekräfte bei einem entsprechenden Auftrag vom Patienten hier beratend tätig werden können.

Voraussetzungen um Wohlbefinden zu erzeugen sind laut Nightingale folgende Umgebungsqualitäten:

- Licht
- Sauberes Wasser
- Wärme
- Geräusch-Kontrolle
- Reinlichkeit der Umgebung

Pflegende und die Verantwortlichen in der Pflege sind sehr bemüht, die Umgebung nach diesen Kriterien zu gestalten. Wenn man sich oben genannte Kriterien einmal anschaut, geht es hier hauptsächlich um Sauberkeit und Ordnung definiert durch die Pflege selbst. Da Wohlbefinden aber eine subjektive Empfindung ist und das Erzeugen von Wohlbefinden nur durch individuelle Maßnahmen möglich ist, ist es unabdingbar, mit dem Patienten in eine dafür geeignete Kommunikation zu treten und eine entsprechende Beziehung aufzubauen. Das Bedürfnis helfen zu

wollen und Ordnung herzustellen passt allerdings in die Bedürfnisstruktur der Pflegenden. Somit wird viel Zeit und viel Geld in die Gestaltung der Umgebung investiert. Die Bemühungen für die Umgebungsgestaltung sind dabei sehr unterschiedlich. Im Eingangsbereich oder anderen öffentlichen Bereichen legt man Wert auf eine möglichst angenehme Wirkung auf die Menschen, die sich dort aufhalten. In den Patientenzimmern oder in Untersuchungsbereichen haben dann wieder Sauberkeit und Ordnung den Vorrang. Die Umgebung dieser Bereiche erscheint daher eher ein wenig einfach gestaltet.

Die Pflege ist hier sehr stark in ihrer eigenen Bedürfniswelt eingebunden. Hierbei handelte es sich weitgehend um Bedürfnisse wie Sicherheit, Handlungskompetenz und gleichzeitig Schutz davor, dass die Hilfe der Pflegekräfte versagen könnte. Denn immer, wenn ein Patient ein Problem äußert, finden Pflegekräfte in den Pflegestandards und anderen Anweisungen Hinweise für eine korrekte Handhabung, um z.B. Ordnung oder Sauberkeit wieder herstellen zu können. Erst wenn der Patient die angebotene Pflege Tätigkeit oder das anvisierte Pflegeziel verweigert und die Pflege sich intensiv mit den Bedürfnissen des Patienten auseinandersetzen muss, gerät die Bedürfniswelt der Pflegekräfte, Bedürfnis nach Sicherheit, Handlungskompetenz und Schutz vor Versagen, in Gefahr. Die Beziehungsebene und die Kommunikation werden auf diese Basis, nämlich im Glauben, für den Patienten zu handeln, reduziert. Regelmäßig kommt es dann zum Konflikt, wenn der Pa-



©Paul-Georg-Meister / pixelio.de

tient seine Umwelt ganz anders gestalten will: z.B. Menschen aus anderen Kulturen. Hier besteht eine starke Familienbindung, die auch innerhalb eines Krankenhauses bestehen bleibt. So kommt es vor, dass Angehörige den Patienten mit Speisen versorgen und diese Speisen am Patientenbett ausbreiten, was von Pflegenden oft als eine Unordnung empfunden wird. Gleichzeitig findet sich ein Großteil der Familie zu sehr unterschiedlichen Zeiten am Patientenbett ein. Diese Situationen bringen die gewohnte Ordnung durcheinander und sorgen für eine lebhaftere Geräuschkulisse. Hieraus entstehen Konflikte, die dazu führen, dass nicht selten von der Pflege Verbote ausgesprochen werden, die mit dem Schutz der anderen Patienten oder der Hausordnung (Hygienebestimmungen) begründet werden. In den meisten Fällen führt dieser Konflikt zu einer großen Unruhe innerhalb des Pflegeteams.

Die Pflegetheorie von Virginia Henderson (1897-1996) legt den Schwerpunkt für die optimale Pflegesituation in die Befriedigung der Patientenbedürfnisse. Hierzu ist es laut Henderson wichtig, dass die Pflegeperson die Fähigkeit hat, sich in die Situation des Patienten zu versetzen, um herauszufinden, was dem Patienten fehlt. Hierzu ist es wichtig, dass die Patienten-Pflegebeziehung von Empathie getragen wird. Empathie wird allerdings in der Ausbildung Pflegenden vernachlässigt und wird dann in der Praxis oft als eher problematisch betrachtet, im Sinne von falsch verstandener professioneller Distanz, von: den Patienten emotional nicht an sich heran kommen lassen. „Sich in die Situation des Patienten zu versetzen“ bedeutet daher oft, dass Pflegekräfte auf sich selbst fokussiert sind. „Wie würde ich mich in der Situation fühlen? Was würde mir da fehlen?“ Dieser Gedanke, sich in die Situation des Patienten zu versetzen, führt also dazu, dass Pflegekräfte sich selbst mit dem Patienten und dessen Situation vergleichen. Ein Hinweis hierfür sehe ich in der immer wiederkehrenden Aussage: „Pflege einen Patienten so, wie du es dir selbst für dich wünschen würdest.“ Eine von Empathie getragene Kommunikation mit dem Patienten könnte hier Klarheit über die tatsächlichen Bedürfnisse des Patienten bringen. Meine praktische Erfahrung und die o.g. Studie zeigen, dass Patienten eigene Vorstellungen und Bedürfnisse die Pflege betreffend haben und dass diese nicht mit denen der Pflegekraft übereinstimmen müssen. Hier könnte ich es mir als besonders hilfreich vorstellen, wenn Pflegekräfte sich nicht in die Situation des Patienten versetzen sondern eher eine empathische Beziehung aufbauen, um mitfühlend und fragend Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten in der jeweiligen Situation finden zu können. Virginia Henderson schlägt weiter vor, dass die Patientenbedürfnisse nicht unüberprüft festgelegt werden dürfen, sondern dass die Pflegekraft diese mit Hilfe ihrer Beobachtungsgabe und in Zusammenarbeit mit dem Patienten einschätzt und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Virginia Henderson beschreibt hier einen Prozess der Bedürfniskommunikation mit gleichberechtigten Kommunikationspartnern und salutogenetischem Ansatz. Aber heute noch übernimmt die Pflegekraft die Verantwortung für den Patienten teilweise auch über das Maß hinaus, welches die

Patienten selbst tragen können und wollen. Die fehlende Kommunikation lässt diese Situation oft in einem Schwebestadium. Nur wenige Patienten äußern sich und bitten darum, für bestimmte Dinge selbst sorgen zu dürfen. Es sind Situationen wie sich selbst waschen und pflegen zu dürfen oder die Dekubitusprophylaxe durch eigenständiges Bewegen, auch im Bett, selbst durchführen zu können. Die Bedürfnisse der Patienten werden in der Regel eingeschätzt und es wird nicht nachgefragt. Die Lösungsmöglichkeiten liegen heute mehr denn je im Rahmen festgelegter Standards. Diese Standards haben an Bedeutung zugenommen seit es Qualitätssicherung und ähnliche Instrumente des Pflegemanagements und der betriebswirtschaftlichen Herangehensweisen gibt. Mit diesen Standards werden somit die guten Absichten Hendersons ausgehebelt. Henderson hat schon damals eine Liste von 14 Grundbedürfnissen aufgestellt, an Hand derer die Pflegekraft eine Einschätzung über die Bedürfnisse des Patienten vornehmen sollte. Henderson nennt diese Grundbedürfnisse auch „Aktivitäten“ und versteht diese als Aktivitäten in der Pflege.

1. Normal atmen
2. Ausreichend essen und trinken
3. Körperliche Abbauprodukte ausscheiden
4. Sich bewegen und an der Körperhaltung arbeiten
5. Schlafen und Ruhen
6. Passende Kleidung aussuchen, sich an- und auskleiden
7. Durch entsprechende Bekleidung und Veränderung der Umwelt die Körpertemperatur im Normalbereich halten
8. Den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen
9. Selbstgefährdung und Gefährdung Anderer vermeiden
10. Durch Äußerungen von Gefühlen, Bedürfnissen, Ängsten usw. mit Anderen kommunizieren
11. Sich entsprechend in seiner Religion betätigen
12. In einer Art und Weise arbeiten, die das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles zu tun
13. Spielen oder an Freizeitaktivitäten teilnehmen
14. Lernen, entdecken und die Neugier befriedigen, die eine ‚normale‘ Entwicklung und Gesundheit zur Folge hat

Die Pflege übernimmt also die Verantwortung für die oben aufgeführten Aktivitäten und regelt entsprechend. Punkt 10 z.B. führt bei Gefühlen wie Angst eher dazu, dass eine entsprechende medikamentöse Therapie in Betracht gezogen wird oder bei weniger starken Angstgefühlen eher ein gut gemeinter Rat gegeben wird wie: „Sie müssen keine Angst haben, es ist alles halb so schlimm.“ oder „Das ist für uns schon ein Routineeingriff. Da passiert selten etwas Schlimmes“.

Die zurzeit am häufigsten zitierte und zur Pflegetätigkeit herangezogene Theorie ist die Pflegetheorie von Dorothea Orem (1914-2007). Diese ist 1971 veröffentlicht worden und kann als ein modernes Gedankengut bezeichnet werden. Diese Theorie hat Frau Orem als eine „Selbstfürsorge-Defizit-Theorie“ betitelt. Hierbei handelt es sich, wie bei Henderson zuvor, um eine aus der Pflegepraxis hervorgegangene Theorie, die durch Generalisie-

rung der Situation zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden entstanden ist. Die Ergebnisse und Pflegeprozesse der praktischen Pflege wurden dabei mit einbezogen. Diese Pflegetheorie setzt sich aus drei Untersystemen zusammen. Es sind die „Theorie der Selbstfürsorge“, die „Theorie des Selbstfürsorge-Defizits“ und die „Theorie des Pflegesystems“.

Dorothea Orem beschreibt in der Theorie der Selbstfürsorge die Selbstfürsorge weniger als ein eigenständiges bedürfnisorientiertes Handeln, sondern eher als einen Zustand, der von den Be-

dürfnissen, dem Alter und der Gesundheit abhängig ist. Sie teilt in diesem Sinne die Selbstfürsorge in drei Bereiche ein:

1. Allgemeine und universelle Selbstpflegeerfordernisse – hier ist die Sauerstoffaufnahme, Nahrungsaufnahme, Wasseraufnahme und die Ausscheidung angesprochen
2. Entwicklungsbezogene Selbstpflegeerfordernisse - hier sind altersbedingte Pflegeerfordernisse gemeint.
3. Gesundheitsbezogene Selbstpflegeerfordernisse - hierbei handelt es sich um die besonderen Bedingungen, die durch Krankheit oder Behinderung entstehen.

## Fallbeispiel aus der Intensivstation

### Intuitives Verstehen der Pflegesituation (Sollzustand)

#### Die Pflegekraft:

*Guten Tag Frau X. Ich heiße Y und bin heute Nachmittag für Sie da. Ich möchte nach der Übergabe von meinem Kollegen mit Ihnen besprechen, was wir heute miteinander tun werden. Wenn irgendwelche Fragen zu Ihrer Situation oder dem, was wir tun, auftauchen, stellen Sie sie. Ich werde Ihnen alles erklären, bevor wir etwas machen.*

#### Patientin:

*Ach, wissen Sie Herr Y, mir ist heute gar nicht nach Reden. Ich möchte mich lieber ausruhen. Ich habe eine Operation hinter mir und bin sogar beatmet worden, und dann war da noch dieser unangenehme Schlauch im Hals. Jetzt habe ich Kopfschmerzen und Halsschmerzen.*

#### Pflegekraft:

*Es ist sehr wichtig, dass Sie sich um Ihr Wohl und Ihre Gesundheit kümmern. Und wenn Sie erst einmal eine Ruhepause brauchen, bevor Sie sich durch ein wenig Bewegung um ihren Kreislauf und um eine gute Atmung bemühen, ist das das Beste, was Sie tun können.*

Etwas später

#### Patientin:

*Ich habe starke Rückenschmerzen, können Sie mir nicht eine Spritze geben?*

#### Pflegekraft:

*Wo genau sind Ihre Schmerzen? Diese Betten führen häufig zu Rückenschmerzen, wenn man länger liegen muss. Haben Sie zu Hause schon einmal im Bett Rückenschmerzen gehabt?*

#### Patientin :

*Ja.*

### Bisheriges Handlungsorientiertes Verstehen der Pflegesituation (Istzustand)

#### Die Pflegekraft:

*Guten Tag Frau X. Ich heiße Y und bin heute Nachmittag für Sie da.*

*Nach der Übergabe von meinem Kollegen zeige ich Ihnen, wie Sie die Atemübungen mit dem Mediflow durchführen können. Diese Atemübungen dienen der Atelektasen- und Pneumonieprophylaxe.*

#### Pflegekraft:

Die Reaktion der Patienten erscheint dem Pflegepersonal oft als eine abwehrende Haltung.

#### Pflegekraft:

Patientin wird als eine sogenannte „schwierige Patientin“ eingestuft und damit die Qualität der Beziehung festgelegt. Der Patientin werden Lutschtabletten gegen Halsschmerzen angeboten und Schmerzmittel gegen die Kopfschmerzen verabreicht.

#### Pflegekraft:

Bestätigung der schwierigen Beziehung, da die Patientin als überempfindlich eingestuft wird.

#### Pflegekraft:

*Sie haben hier über die Spritzenpumpe schon ein Schmerzmittel laufen. Ich kann die Dosis noch ein wenig erhöhen. Aber man muss dann schon aufpassen, dass es nicht zu einer Atemdepression, zu einer flachen Atmung kommt. Daraus könnte dann eine Pneumonie entstehen.*

Die Beschreibung der Selbstfürsorge und die dann folgende Aufzählung erwecken den Anschein, dass die Begriffe Selbstfürsorge und Selbstpflegetherfordernisse in dieser Theorie gleichgesetzt werden. Unter Selbstfürsorge verstehe ich allerdings nicht nur die Handlungsfähigkeit, bestimmte Erfordernisse zu erfüllen, sondern auch die Eigenständigkeit und die Selbstbestimmtheit der Patienten, sich für das Maß an Gesundheit zu entscheiden, welches den individuellen Bedürfnissen entspricht. Die Selbstpflegetherfordernisse werden (siehe Aufzählung) eher an äußeren Bedingungen als an den Bedürfnissen der Patienten festgelegt.

### Die Selbstpflegekompetenz wird fremdbestimmt

Interessant im Hinblick auf eigenständiges Handeln und Selbstverantwortung wird es, wenn man sich die Definition der Selbstpflegekompetenz ansieht. Orem definiert die Selbstpflegekompetenz als die Fähigkeit, den Bedarf der Selbstpflege richtig einzuschätzen, die richtigen Entscheidungen für das korrekte Handeln dazu zu treffen und das ordnungsgemäße Durchführen und die Effizienz der Tätigkeit zu überprüfen. Diese Selbstpflegekompetenz kann im Krankheitsfall eingeschränkt sein oder auch ganz verloren gehen. Aus dieser Definition wird für mich sehr deutlich, dass die

#### Pflegekraft:

*Wie entspannen Sie zu Hause ihren Rücken?*

#### Patientin :

*Ich lege mich anders hin.*

#### Pflegekraft:

*Zeigen Sie mir bitte, was genau Sie machen und wenn Sie dabei Hilfe brauchen, sagen Sie mir, was ich tun soll.*

#### Pflegekraft:

*Ist es so besser und geht es Ihnen jetzt gut?*

#### Patientin :

*Ja, das ist schon viel besser, mal sehen wie lange es anhält.*

Etwas später

#### Patientin:

*Jetzt kann ich so nicht mehr liegen.*

#### Pflegekraft:

*Ich könnte mir vorstellen, dass es gut wäre, wenn Sie ein wenig im Stuhl sitzen. Manchmal ist das ganz schön entlastend für den Rücken und so ganz nebenbei verbessern Sie Ihre Atmung und stützen Ihren Kreislauf. Ich bin gespannt, wie gut Ihnen das gefallen wird.*

#### Patientin :

*Ich will mal sehen ob ich das kann. Sie helfen mir wieder, wenn ich Sie brauche? Hier im Stuhl fühle ich mich jetzt wirklich gut und kann auch mal sehen, wo ich hier eigentlich bin.*

#### Pflegekraft:

*Am besten wird es sein, wenn ich Sie alle zwei Stunden auf eine andere Seite lagere, damit beugen wir einer Pneumonie vor.*

#### Patientin:

Macht ohne etwas zu sagen mit

Oder weigert sich, sich alle zwei Stunden drehen zu lassen

#### Pflegekraft:

Geht nach Standard vor, sieht ihre Einschätzung über die Patientin bestätigt. Das führt zu einer Vermeidungsstrategie.

#### Pflegekraft:

*Bekommen Sie genug Luft und sind die Schmerzen jetzt besser geworden?*

„Mal sehen wie lange es anhält“

Dieser Teil der Aussage wird mehr gewichtet als der erste Teil und führt dazu, dass die schwierige Beziehung noch einmal bestätigt wird.

„Jetzt kann ich so nicht mehr liegen,“

Diese Äußerung unterstreicht die o.g. Einschätzung und führt zu weiteren Vermeidungsstrategien.

#### Pflegekraft:

*Ich kann sie ja mal in einen Stuhl setzen. Dann werden die Muskeln gestärkt. Wenn sie morgen auf die Normalstation verlegt werden, müssen Sie mehr Kraft haben, denn auf dieser Station ist weniger Personal und Sie müssen etwas selbstständiger sein.*

#### Beziehungsqualität:

Die distanzierte Beziehung wird nun auf beiden Seiten offensichtlich. Daher streben jetzt beide eine Vermeidungsstrategie an, die in ihrer Umsetzung die Verlegung der Patientin bedeutet.

Selbstpflegekompetenz hier nicht als eine individuelle und selbstbestimmte Eigenschaft betrachtet wird, sondern eine Festlegung dessen ist, was im Allgemeinen und in bestimmten Situationen für richtig und effizient gehalten wird. Die Selbstpflegekompetenz wird damit fremdbestimmt

Natürlich gibt es Normen z.B. für das Idealgewicht. Aber ist das Idealgewicht für jeden Menschen ideal? Was ist eine ordnungsgemäße Durchführung, um dieses Gewicht zu erreichen? Und welche Methode ist hier effizient? usw. Orem fragt hier nicht nach den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen, die zum Ziel führen können, sondern sie versucht, so verstehe ich ihre Definition, ein allgemeingültiges Regelwerk festzulegen. In der Umsetzung dieses Regelwerkes zeigt sich dann deutlich die Anforderung an die Pflegekräfte. Die Pflegekräfte sollen in der Umsetzung dieses Systems vollständig kompensatorisch, teilweise kompensatorisch oder unterstützend anleitend im Sinne der o.g. Pflegeerfordernisse handeln.

Die Ansätze in den Pflegetheorien folgen alle sehr edlen Motiven, nämlich die Situation für den Patienten angenehm und gesundheitsförderlich zu gestalten und ihm damit die bestmögliche Hilfe zur Bewältigung seiner Krankheit anzubieten. Die Pflegetheorien sind allerdings stark norm- und handlungsorientiert und geben der Pflege entsprechende Verhaltensmuster vor. Diese Verhaltensmuster, die sich in der Umsetzung von Standards und Routinearbeiten wiederfinden, verstärken meines Erachtens die schon vorhandene Deprivation. Standards und Routinemaßnahmen sind

oft zeitlich gebunden oder bringen den Patienten in für ihn ungewohnte Situationen, die nicht weiter als solche mit ihm kommuniziert werden. Persönliche Bedürfnisse oder Empfindungen der Patienten finden hier nur selten Beachtung.

Die Beziehungsebene und die Kommunikation werden im Sinne der Selbstbestimmtheit in diesen Pflegetheorien nicht angesprochen.

Etwas anders stellt sich die Theorie von Jean Orlando (geb. 1926) dar. Orlando hat ihre Theorien anhand des Ergebnisses ihrer Forschungsarbeit (1954-1959) aufgestellt. In diesem Forschungsprojekt hat sie die Pflegekraft-Patienten-Interaktionen auf gesundheitsfördernde und gesundheitshemmende Faktoren untersucht. Orlando definiert hier die Beziehung zwischen Patienten und Pflegekräften als eine gleichberechtigte Beziehung. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass effektives pflegerisches Handeln einer offenen Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft bedarf. Diese Beziehung ist deutlich durch die Pflegesituation geprägt und sollte die Bedürfnisse des Patienten zum Inhalt haben. Als Grundstruktur sieht Orlando daher drei wesentliche Elemente, die eine solche Beziehung gestalten sollten:

1. Verhalten des Patienten
2. Reaktion der pflegenden Person
3. Pflegerische Handlung

In den Pflegesituationen sieht sie diese Elemente, wenn es sich um gesundheitsförderliche Pflegesituationen handelt, folgendermaßen umgesetzt:

- Die Handlungen der Pflegekraft sind beeinflusst durch die Bedeutung des Verhaltens des Patienten und durch die spezifischen Aktivitäten, die nötig sind um seine Bedürfnisse zu decken.
- Die Pflegemaßnahmen werden so ausgeführt, dass der Patient den Sinn und Zweck der Pflegemaßnahme versteht und in der Lage ist, deren Einfluss auf seine Person wiederzugeben.
- Die spezifischen Aktivitäten sind so ausgelegt, dass sie die Bedürfnisse des Patienten decken und ihm in der aktuellen Situation helfen.
- Der Pflegenden steht dem Patienten zur Verfügung, um auf seine Bedürfnisse nach Hilfe entsprechend zu antworten.
- Die Pflegekraft weiß, wie die Pflegeaktivitäten den Patienten beeinflussen können.

Hier geht es also darum, die Beziehung in die Aktivitäten mit einzubeziehen und in der Kommunikation mit dem Patienten sich ein Feedback über den tatsächlichen Einfluss auf die Seele und den Körper des Patienten einzuholen.

Jean Orlando kritisiert den derzeitigen Stand in den Pflegesituationen. Sie sagt, dass diese Situationen vielfältiger Störungen unterliegen und dass diese Störungen durch mangelnde Kommunikationsfähigkeit von Patienten und Pflegekräften und aus der



©Günter-Havlena / pixelio.de



Schwierigkeit entstehen, die Bedeutung der Pflegesituation für den Patienten zu verstehen.

Die Pflgetheorien von Orlando haben bislang in der heutigen Pflegepraxis keinen Platz gefunden.

### Gegenüberstellung Soll-Zustand und Ist-Zustand

An einem authentischen Fallbeispiel möchte ich aufzeigen, wie ich mir die Kommunikation und die Interaktion einer gesundheitsfördernden Pflegesituation vorstelle. Ich werde hier diese Situation auch mit den möglichen, zurzeit eher üblichen Reaktionen und Verhalten der Kollegen aufzeigen, um die Unterschiede der pathogenetischen zur salutogenetischen Orientierung deutlich zu machen. Dabei entstammen die Verhaltensweisen der pathogenetischen Orientierung aus meinen Erfahrungen und Beobachtungen – hier allerdings von mir frei erfunden.

### Fallbeispiel aus der Intensivstation

Situation: 35-jährige Patientin nach großer Darm-Operation, ca. 8 Std. nachbeatmet, bei der Übergabe am Bett.

In dieser Gegenüberstellung wird nur ein Beispiel beschrieben. In meiner Pflegepraxis habe ich schon viele ähnlich geartete Situationen erleben dürfen. Dabei ist allerdings anzumerken, dass Patienten und auch ich selbst immer wieder anders reagieren und die Antworten der Patienten auf Fragen ganz unterschiedlich ausfallen. Es gibt also keine Standardsätze oder Antworten. Es gibt lediglich ein Kommunikationsmodell z.B. die salutogene Kommunikation. Die unterschiedlichen Reaktionsmöglichkeiten hier aufzuzeigen würde den Rahmen sprengen.

### Fazit

Die Situationsbeschreibung auf der rechten Seite ist eine fiktive Situation, die auf meiner Erfahrung und auf der Kommunikation mit Patienten und Kollegen beruht. Der für mich wesentliche Unterschied zwischen den beiden Situationen liegt in der stressabbauenden Beziehungsgestaltung, die durch ein intuitives Verstehen geleitet wird. Intuitives Verstehen entsteht immer dann, wenn man in der Kommunikation mit den Patienten hoch empathisch ist, seine eigene Wahrnehmung hinterfragt und damit die eigene Wahrnehmungsfähigkeit erweitert, und wenn man in regelmäßigen Abständen sich seiner eigenen Gefühle, in der Patienten-Pflegebeziehung, durch Selbstreflexion oder durch eine Fallsupervision im Team bewusst wird.

Die durch diese Art der Beziehung entstehende Stressentlastung findet sich auf der Seite des Patienten und auf der Seite der Pflege. So sind gute Bedingungen für eine gesundheitsfördernde Situation für den Patienten, wie auch für das Pflegepersonal geschaffen. Die Patientin erreicht aus eigenem Antrieb und vollkommen autonom ihr Wohlbefinden und mobilisiert so ihre Selbstheilungskräfte. Im Gegensatz dazu braucht die Patientin im rechten Beispiel mehr Medikamente, mit den oben beschriebenen Nebenwirkungen, die nicht immer das Wohlbefinden verbessern. Schmerzme-

dikamente nehmen zwar den Schmerz, machen aber bei einer bestimmten Dosis müde und teilnahmslos. Die Gesundheit wurde also nur punktuell verbessert und nicht als Ganzes eines Menschen.

Mein Wunsch wäre es, wenn alle Pflegekräfte die Fähigkeit erlangen würden, eine Patienten-Pflegekraft-Beziehung durch salutogene Kommunikation als eine offene, die Autonomie des Patienten erhaltende bzw. stärkende und gesundheitsfördernde Beziehung zu gestalten. Da Pflegekräfte 24 Stunden für die Patienten vor Ort sind und eine Kommunikation immer wieder stattfindet, denke ich, dass durch salutogene Kommunikation die Selbstheilungskräfte, die jede medizinische Therapie unterstützen, gestärkt werden. Nebenwirkungen von Medikamenten werden deutlich reduziert, was alleine schon durch den geringeren Einsatz von Medikamenten möglich ist. Auch Komplikationen, die nicht selten stressinduziert sind, treten erheblich weniger auf. Und nicht zu vergessen ist der gesundheitsfördernde Einfluss der salutogenen Kommunikation auf das Pflegepersonal. Dieser entsteht durch eine stressfreie und weniger belastende Patienten-Pflegebeziehung. Damit kann der Begriff „Ein schwieriger Patient“ der Vergangenheit zu geordnet werden. Dass o.g. Ziele leicht zu erreichen sind, habe ich in meiner langjährigen Praxis selbst erleben dürfen. ■

### Robert Schilling geb. 21.06.56

Krankenpfleger  
Psychologischer Berater und Kommunikationstrainer  
Ausbildung: NLP-Master, Hypnose und Autonomietraining  
Veröffentlichungen:  
in Resümee - Magazin für Gesundheit  
Ausgabe 03/02  
Titel: NLP in der Pflege

