

# Humanistische Pflege

Mitgliederzeitung der Gesellschaft für Humanistische Pflege e.V.  
Nr. 4 – Jahreswechsel 2004/2005

---



Wenn der Tisch zu hoch erscheint

## Auf ein Wort

### Wenn der Tisch zu hoch erscheint

hat der Neujahrsfriede oft keine Chance.

Rolf Riebesell  
über die  
Pflege am Menschen.

Seite 2

## Menschen der GHP

In dieser Reihe stellen wir  
regelmäßig Menschen vor,  
die sich für die GHP  
engagieren.

Dieses Mal kommen sie aus  
Bayern und Bremen.

Seiten 4 und 12

## Folgen Sie Ihrem Verstand

Ein Fachbericht  
zur Bedeutung  
bestehender Pflegetheorien  
von  
Sabine Flott.

Seite 5

## Neues aus der GHP

Die neuesten Informationen

Seite 13

## GHP-Fortbildungen 2005

Erste Planungen

Seite 14

Wir begrüßen unsere  
neuen Mitglieder  
und  
der GHP - Buchtip

Seite 15

## Auf ein Wort

### Wenn der Tisch zu hoch erscheint

Liebe Mitglieder der GHP,

Es ist wieder soweit. Ein neues Jahr beginnt. Und auf welche Weise auch immer – es beschäftigt uns. Für den einen Teil bedeutet es Stress und Ruhelosigkeit angesichts der vielen Silvestervorbereitungen und der Vorhaben für das kommende Jahr. Für sehr viele Menschen aber, die für sich einen Sinn aus den zurückliegenden Weihnachtstagen erschlossen haben, gehören diese Tage zum Jahreswechsel zu den wichtigsten und schönsten im Jahreskreis. Für diese Menschen, denen ich mich zugehörig fühle, freue ich mich sehr. Denn jede Gelegenheit, die in der Lage ist, uns Ruhe, Freude und neue Energien zu geben, ist für sich schon ein wunderbares Geschenk.

Doch dann gibt es da noch eine weitere Gruppe von Menschen. Für sie ist ein solcher Jahreswechsel immer wieder verbunden mit Traurigkeit und Schmerz. Es sind die Menschen, die am Rande unserer Gesellschaft stehen oder sich zumindest so fühlen. Die Mittel für Geschenke, Besorgungen und Vorbereitungen fehlten schon in der Weihnachtszeit; da stellt sich angesichts der persönlichen Situation ein Sinn oder eine freudige Aufbruchstimmung zum neuen Jahr nur schwer ein. Und dann die Einsamkeit, das nicht dazu gehören und sich ausgegrenzt fühlen.

**Wenn der Tisch zu hoch erscheint**  
hat der Neujahrsfriede oft keine Chance.

Wir alle kennen solche Menschen. Gerade in unseren Kliniken und Einrichtungen begegnen wir ihnen eigentlich jeden Tag. Aber auch in unserer Nachbarschaft, im Kollegenkreis und selbst in unseren Familien ist uns diese Beobachtung nicht wirklich neu.

Pflege ist ein weiter Begriff. Wir dürfen ihn nicht allein auf die Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten beschränken. Wenn wir die Pflege am Mitmenschen versuchen, können wir einen Teil der genannten Einschränkungen auflösen helfen. Ein Mensch, dem wir einen kleinen Teil unserer Zeit widmen, muss sich nicht mehr einsam fühlen.

Ich möchte uns Mut machen, nach den Menschen zu suchen, die unserer ganz persönlichen Pflege bedürfen. Wir werden sie finden und sie werden auch uns beschenken.

In diesem Sinne  
wünsche ich uns ein Jahr 2005 voller Erfüllung  
und Wohlbefinden.

Ihr/Euer

Rolf Riebesell  
1. Vorsitzender der GHP



## Hoffnung

*(einer nach dem anderen)*

*Einer unserer Freunde ging bei Sonnenuntergang an einem einsamen Strand entlang. Als er da so entlang schlenderte, sah er in der Ferne einen anderen Mann. Er näherte sich und bemerkte, dass der Einheimische sich fortwährend hinunter beugte, etwas aufhob und ins Wasser warf. Wieder und wieder schleuderte er etwas hinaus in den Ozean. Als unser Freund sich noch mehr näherte, sah er, dass der Mann Seesterne aufhob, die an den Strand gespült worden waren, und – einen nach dem anderen – warf er sie ins Meer zurück.*

*Unser Freund war verblüfft. Er näherte sich dem Mann und sagte: „Guten Abend, mein Freund. Ich habe mich gefragt, was Sie da tun.“*

*„Ich werfe diese Seesterne zurück ins Meer. Sehen Sie, es ist gerade Ebbe und alle Seesterne sind ans Ufer gespült worden. Wenn ich sie nicht ins Meer zurückwerfe, werden sie an Sauerstoffmangel sterben.“*

*„Ich verstehe“, erwiderte mein Freund, „aber es muss an diesem Strand Tausende von Seesternen geben. Sie können unmöglich alle erwischen. Es gibt einfach zu viele. Und sind Sie sich nicht klar darüber, dass dies wahrscheinlich an hunderten von Stränden überall an dieser Küste passiert? Sehen Sie nicht, dass Sie unmöglich etwas ändern können?“*

*Der Einheimische lächelte, beugte sich hinunter und hob noch einen weiteren Seestern auf. Als er ihn ins Meer zurückwarf, erwiderte er:  
„Hab für den was geändert!“*

*(aus „Hühnersuppe für die Seele“)*



## Menschen der GHP

### Eberhard Lempelius, Bremen

Eberhard Lempelius kann man ohne Frage als „Kultfigur“ der Suchtpflege bezeichnen. Er ist vielen Kolleginnen und Kollegen durch seine Fachvorträge bekannt, die er zu den unterschiedlichsten Gelegenheiten zum Besten gibt. Vor allem die Fachtagung *Pflege suchtkranker Menschen* im Kloster Irsee im Allgäu (die wichtigste Pflegeveranstaltung im Bereich Sucht in Deutschland) ist ohne ihn kaum noch vorstellbar. Seine Beiträge zeichnen sich durch eine Reihe von Besonderheiten aus: Zum einen sind sie geprägt von einem hohen Fachwissen; zum anderen werden sie in einer Sprache präsentiert, die jedem Zuhörenden verständlich und nachvollziehbar ist. Aber es kommt noch ein dritter Aspekt hinzu, der die Schilderungen einzigartig und nicht kopierbar macht. Eberhard Lempelius kennt die Suchtproblematik von beiden Seiten. Er ist selbst trockener Alkoholiker und hat einen Einblick in den Klinikalltag und die Befindlichkeiten der Betroffenen, der den meisten von uns nicht zugänglich ist. Und nach seiner Gesundung hat er dann auch noch „die Seiten gewechselt“ und 1983 sein Krankenpflegeexamen gemacht. Seitdem arbeitet er in unterschiedlichen Bereichen mit suchtkranken Menschen (Sebaldsbrück, Bremen – Ost) und hat sich durch die Erfahrungen beider Seiten mit der Zeit zu einem Experten auf diesem Gebiet entwickelt. Eberhard Lempelius ist Gründungsmitglied der GHP und hat in der schwierigen Gründungsphase als stellvertretender Vorsitzender fungiert. Nach seinen eigenen Angaben gibt es von ihm kein Foto. Wir bitten alle, die ihn kennen, diese Aussage zu widerlegen. Zur Zeit arbeitet Eberhard Lempelius an der Autobiographie seines aufreibenden Lebens, auf dessen Veröffentlichung wir uns alle schon freuen dürfen.

### Unsere Homepage

bringt Sie immer auf den neuesten Stand der Dinge:

[www.dghp.de](http://www.dghp.de)

**Übrigens: Unser Logo ist fast fertig.  
Präsentation in der nächsten Ausgabe.**

**GHP – Wir arbeiten für eine menschenfreundliche Pflege**

# Folgen Sie Ihrem Verstand, Ihr Gefühl ist schon da

## Ein Fachbericht von Sabine Flott\* über die Bedeutung bestehender Pflegetheorien

Als erste Pflegetheoretikerin gilt Florence Nightingale, die bereits Mitte des 19. Jahrhunderts auf die Unerlässlichkeit einer Ausbildung für Krankenschwestern hinwies.

Sie war der festen Überzeugung, dass „Krankenpflege Wissen benötigt, welches sich vom medizinischen Wissen unterscheidet. Sie beschrieb die nach ihrer Meinung eigentliche Funktion der Krankenschwester – dem Patienten in den besten Zustand bringen, so dass die Natur auf ihn einwirken kann“ (S. 98 Marriner-Tomey 1992).

Im Deutschland des 19. Jahrhunderts fanden soziale und politische Umwälzungen statt, die großen Einfluss auf die Entwicklung der Krankenpflege hatten.

Es war die Geburtsstunde der freiberuflichen Pflege. Christliche Ideale wurden „verweltlicht“ und die angeblich den Frauen angeborenen Eigenschaften wie Selbstaufgabe, Dienen, Opfertum und Nächstenliebe wurde gleichgesetzt mit beruflichen Anforderungen für die Pflege.

1903 gründete Agnes Karll (1868-1927) die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (B.O.) und forderte u.a. die Erziehung der Schwestern zu mehr Selbständigkeit und Mitverantwortung, Fortbildungsmaßnahmen und eine 3 jährige Ausbildung mit staatlicher Abschlussprüfung. Es sollte aber noch ein paar Jahrzehnte dauern, bis die Forderungen von Agnes Karll umgesetzt wurden.

Immerhin gab es 1907 das erste Krankenpflegegesetz, das eine Ausbildungszeit von einem Jahr vorschrieb. Auf Betreiben der B.O. wurden zweijährige Fortbildungskurse für Krankenschwestern an der Leipziger Frauenhochschule durchgeführt. Diese Schulen galten aber nicht als berufliche, sondern als geschlechtsspezifische allgemeinbildende Schulen. Die Berufsschulpflicht für Mädchen setzte sich erst nach dem Ersten Weltkrieg durch. Die Weiterbildung von Pflegekräften wurde nicht in das höhere Bildungswesen integriert.

„Stattdessen waren die Pflegekräfte wiederum von der Wissensproduktion ausgeschlossen. Aufgrund der gegebenen Bildungswege blieb ihnen, anders als ihren Berufskolleginnen in den USA, die Verwissenschaftlichung und Professionalisierung dieser für die Pflege wichtigen Gegenstandsbereiche versperrt. Damit verpasste die Pflege die Chance, sich zu einem eigenständigen und von der Medizin unabhängigen Beruf zu entwickeln“ (S. 238 Mischo-Kelling/Wittneben 1995).

Aber nicht nur die gesellschaftliche Rolle der Frau zur Zeit Kaiser Wilhelm II, sondern auch die Pflege im Dritten Reich hemmte die Entwicklung von Pflegetheorien als eigenständiger Bereich von Pflegeforschung massiv.

Hilde Steppe schreibt: „... ganz konkret führten der Nationalsozialismus und seine Folgen für die deutsche (und auch für die österreichische) Pflege zu einem Rückstand in der internationalen Weiterentwicklung der Pflege zur Profession, was sich auch daran zeigte, dass viele in anderen Ländern bereits erfolgten Fortschritte erst mit langer Verzögerung hier Fuß fassen konnten.“

„Daraus folgt, dass die Angehörigen der Pflegeberufe für die Gestaltung ihrer Aufgaben, ihre Zielsetzung, die Qualität der Durchführung ebenso verantwortlich sind wie für das, was sie unterlassen“ (Editorial Psych. Pflege Heute 35. Jahrgang August 99).

Nach dem 2. Weltkrieg wurde der „NS – Reichsbund Deutscher Schwestern“ aufgelöst und die Berufsverbände ordneten sich neu. 1957 wurde das erste Krankenpflegegesetz nach dem 2. Weltkrieg und 1959 eine Prüfungsordnung verabschiedet. Darin wurde die Berufsbezeichnung geschützt und die Ausbildungsdauer auf 3 Jahre festgelegt. 1965 erfolgte eine Neufassung. Im Krankenpflegegesetz von 1985 wird erstmals ein Ausbildungsziel definiert. Wurde bisher in der schriftlichen Prüfung Krankenpflege, Krankheitslehre, Anatomie und BSG – Kunde abgefragt, so

soll im neuen Krankenpflegegesetz, das 2004 in Kraft getreten ist hauptsächlich Krankenpflege abgefragt werden. Die einzelnen Prüfungsschwerpunkte sind:

1. Pflegesituationen bei Menschen aller Altersgruppen erkennen, erfassen und bewerten.
2. Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und auswerten.
3. Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und Pflegehandeln an Qualitätskriterien, rechtlichen Rahmenbedingungen sowie wirtschaftlichen und ökologischen Prinzipien ausrichten.

Krankheitslehre und Anatomie, also rein medizinisches Wissen wurde als Prüfungsfach gestrichen. Dies ist meiner Meinung nach eine sehr erfreuliche Entwicklung und zeigt die langsam wachsende Bedeutung von Pflegewissenschaft in Deutschland. Trotzdem steckt die Entwicklung von Pflege-theorien bei uns noch in den Kinderschuhen. Der erste Lehrstuhl für Pflegemanagement wurde erst 1987 an der Fachhochschule Osnabrück mit Frau Dr. Schröck besetzt, immerhin 84 Jahre später als in den USA, wo bereits 1903 Adelaine Nutting Professorin am Columbia Teachers College der Universität New York wurde. Es ist daher logisch, dass wir Pflege-theorien anderer Länder betrachtet und teilweise übernommen haben.

Ich möchte hier die Pflege-theorien von Peplau, Orlando und Watson näher erklären und erläutern, welche Bedeutung sie für die Pflege haben.

## **HILDEGARD PEPLAU (1909 – 1999)**

Mit der 1952 erschienenen Veröffentlichung ihres Buches „Interpersonale Beziehung in der Pflege“ begründete Hildegard Peplau eine neue Ära in der Pflegepraxis. Sie betonte als erste die Bedeutung der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten als therapeutisch relevante Kraft. „Durch eine Reihe systematischer Handlungen der Pflegekraft wird die Beziehung zu einer sinnvollen persönlichen Verbindung entwickelt, die ein Wachstum für beide ermöglicht“ (S. 37 Mischo-Kelling/Wittneben 1995).

Peplau selbst schreibt dazu: „Zu erkennen, was geschieht, wenn eine Pflegekraft sich hilfreich auf einen Patienten bezieht, es zu erklären und ein Verständnis dafür zu entwickeln, sind die wichtigsten Schritte der psychodynamischen Pflege; Pflege ist dann hilfreich, wenn beide, die Pflegekraft und der Patient, im Ergebnis des Lernvorgangs, der sich aus der pflegerischen Situation ergibt, wachsen“ (S. 15 Peplau 1995).

Sie beschreibt in ihrem Modell vier Phasen in der Beziehung und bezog sich dabei auf das zeitgenössische psychoanalytische Modell. Die vier Phasen sind:

1. Orientierung.
2. Identifikation.
3. Nutzung.
4. Ablösung.

Ferner beschreibt Peplau 6 verschiedene Rollen der Krankenschwester, die in den verschiedenen Phasen der Krankenschwester-Patient-Beziehung entstehen. So gibt es die Rolle des Unbekannten, die Rolle der Hilfsperson, die Lehrerrolle, die Führungsrolle, die Stellvertreterrolle und die Beraterrolle.

„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“ (S. 84 Peplau 1995).

„Was Pflege ist und was sie werden kann, hängt davon ab, wie weit die Pflegekräfte in der Lage sind, die Probleme wahrzunehmen, auf die sie in den Beziehungen zu den Menschen treffen, und

wie weit sie fähig sind, den Menschen bei der Lösung ihrer Probleme und bei der Entwicklung neuer Fähigkeiten zu helfen, um die jeweils neu auftretenden Probleme zu bewältigen“ (S. 34 Peplau 1995).

Als Peplau 1952 ihre Pflgeetheorie vorstellte, war Pflege absolut medizinlastig und Ärzte bestimmten, was in der Pflege Inhalt war. Peplau appellierte, dass die Pflege für sich selbst denken muss. „Peplau befand, dass die professionelle Pflege rechtlich für die Definition der Pflege verantwortlich war, und legte dar, dass die Sorge für Kranke, besonders über längere Zeiträume, eine einzigartige Aufgabe war, die von der Pflege in das Gesundheitssystem eingebracht wurde“ (S 39 Mischo-Kelling/Wittneben 1995).

Ihre Theorie wird als zweite „Order of change“ in der Krankenpflege gelobt, d.h. Peplau hat Ideen entwickelt, was Pflege sein könnte und wie sie erlernt und gelehrt werden könnte. Sie gab der Pflege neue Denkanstöße, ihre Ideen waren fundiert und setzten sich allmählich durch. Peplau verwendet den Begriff der psychodynamischen Pflege. Darunter versteht sie nicht nur die reine Versorgung, sondern einen Lernprozess, durch den sich der Patient und die Pflegeperson weiterentwickeln können. Die Pflege konnte sich in eine andere Richtung entwickeln – weg von der medizinlastigen Pflege hin zur zwischenmenschlichen Beziehungspflege. Diese Veränderung war mit Sicherheit ein Gewinn und hat nachfolgende Theorien mit beeinflusst. Rüdiger Bauer hat ihr Buch **„Interpersonale Beziehungen in der Pflege“** im Rahmen einer Fortbildung einmal als **„Bibel der Krankenpflege“** bezeichnet und auch sein Konzept der „kongruenten Beziehungspflege“ ist nicht nur von Carl Rogers u.a. beeinflusst, sondern auch stark von Peplau geprägt.

Ich finde auch, das Peplaus Theorie einige Parallelen zu Marsha Linehans dialektisch – behavioraler Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörung hat. Marsha Linehan hat ihre Theorie in den neunziger Jahren entwickelt und den Umgang mit suizidalen Borderline-Patienten als „dialektisch“ bezeichnet. Darunter versteht man die bedingungslose Akzeptanz vor dem Drängen auf Veränderung. In Peplaus Theorie gilt „der Grundsatz, dass wenn aufgetretenen Bedürfnissen Rechnung getragen wird, reifere entstehen“ (S. 209 Peplau 1995), was der Dialektik sehr nahe kommt. In der Ablösungsphase beenden Pflegekraft und Patient die Beziehung. „Dieser Prozess bedeutet, dass sich das Vermögen, seine Bedürfnisse zu befriedigen und seine Probleme zu bewältigen, auf den Patienten verlagert. Die Ablösung ist nicht ohne eine erfolgreiche Beendigung der vorausgehenden Phasen möglich. Die übergreifende Qualität im gesamten Prozess ist die bedingungslose Akzeptanz des Patienten durch die Pflegekraft. Dies ermöglicht eine Neuprüfung und Bewältigung älterer, ungelöster Bedürfnisse und fördert die Entwicklung neuer, effektiverer Problemlösungsstrategien beim Patienten. Die Pflegekraft hilft dem Patienten, eine Haltung des „Aus-der-Krankheit-Lernens“ einzunehmen, und ermöglicht ihm eine volle Reintegration in die Gesellschaft durch die Wiedererlangung seiner Funktionsfähigkeit auf höchstmöglichem Niveau“ (S. 43 Mischo-Kelling/Wittneben 1995). Dieses Ziel verfolgt auch Linehan mit ganz ähnlichen Strategien.

Peplaus Theorie ist bereits über 50 Jahre alt und hat nichts von ihrer Nützlichkeit verloren. Oder wie Mischo-Kelling und Wittneben in ihrem Buch „Pflegebildung und Pflgeetheorien“ beschreiben: „Die umfangreiche Integration des Modells ist mit keinem anderen Pflegemodell und keiner Theorie vergleichbar; das Peplau-Modell wurde so umfassend integriert, dass es oft gar nicht mehr als eine besondere Theorie bemerkt wird, was wiederum für seine universale Anwendbarkeit und Brauchbarkeit spricht“ (S. 48).

## IDA JEAN ORLANDO

„Die Hauptannahme, die Orlando über die Krankenpflege macht, besteht darin, dass sie ein fest umrissener Beruf sein sollte, der autonom funktioniert. Obwohl die Krankenpflege historisch auf die Medizin abgestimmt war und weiterhin eine enge Beziehung mit der Medizin haben wird, sind Krankenpflege und Medizin zwei klar getrennte Berufe“ (S. 347 Marriner-Tomey 1992). Ziel der Pflege ist es, „dem Patienten die Hilfe anzubieten, die für die Erfüllung seiner Bedürfnisse erforderlich ist“ (S. 8 Orlando 1961). Orlando nimmt an, dass Patienten, die ihre Bedürfnisse selbst befriedigen können, und in der Lage sind, verschiedene Maßnahmen ohne fremde Hilfe auszuführen, nicht auf die Hilfe der Pflegekraft angewiesen sind; dass sie aber leiden, wenn sie es nicht können. „Eine Pflegesituation ergibt sich aus drei wesentlichen Elementen: 1. dem Verhalten des Patienten. 2. der Reaktion der Pflegenden und 3. den pflegerischen Handlungen, die zum Nutzen des Patienten bestimmt sind. Die Interaktion dieser Elemente untereinander bilden den Pflegeprozess“ (S. 43 Orlando 1996).

### *Zu 1: dem Verhalten des Patienten*

Unter Patientenverhalten versteht Orlando das Verhalten, „dass sich von der Pflegenden in ihrer unmittelbaren Situation zwischen ihr und dem Patienten beobachten lässt“ (S. 44 Orlando 1996).

### *Zu 2: der Reaktion der Pflegenden*

Unter der Reaktion der Pflegekraft versteht Orlando die nicht beobachtbare Wirkung des Patientenverhaltens. Die drei relevanten Dimensionen lauten: Wahrnehmung, Denken und Fühlen. Diese sind nur schwer voneinander zu trennen. Orlando ist jedoch der Meinung, dass „sich der Versuch lohnt, um die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, wie ein Aspekt der Reaktion der Pflegekraft sich auf die anderen Aspekte auszuwirken vermag“ (S. 40 Orlando 1961). Sie plädierte deshalb für eine Schulung der Wahrnehmung und die Beschäftigung mit wahrnehmungsabhängigen Gedanken und Gefühlen während der Ausbildung. Nur so kann die Pflegekraft das Verhalten des Patienten richtig deuten und ihre eigenen Gedanken korrigieren und verifizieren.

### *Zu 3: den pflegerischen Handlungen*

„Das dritte Element einer Pflegesituation besteht aus jeder Handlung, die die Pflegende ausführt. Es schließt nur ein, was sie sagt oder tut mit dem Patienten oder zum Nutzen des Patienten. Diese Handlungen werden mit oder ohne Beteiligung des Patienten beschlossen, und es sind hauptsächlich zwei Arten: 1. Handlungen, die nach Absprache beschlossen werden – jene, die die unmittelbaren Bedürfnisse des Patienten decken – und 2. unwillkürliche Handlungen – jene, die aus anderen Ursachen als den unmittelbaren Bedürfnissen der Patienten resultieren“ (S. 66 Orlando 1996). Ferner unterscheidet Orlando zwischen mechanisch „abgespulten“, also automatisierten Pflegehandlungen und dem individuell abgestimmten Pflegeprozess. Automatisierte Pflegehandlungen entsprechen nicht den Hilfsbedürfnissen der Patienten.

„Wenn daher eine Pflegende auf irgend eine Wahrnehmung, einen Gedanken oder ein Gefühl hin automatisch handelt, ohne es zuvor mit dem Patienten besprochen zu haben, kann die Aktivität sehr wohl wirkungslos sein und ihren Zweck, dem Patienten zu helfen, nicht erreichen“ (S. 66 Orlando 1996).

Individuell abgestimmte überlegte Pflegehandlungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie „den unmittelbaren Bedarf des Patienten nicht erfüllen“ (S. 60 Orlando 1961). Dadurch wird professionelle Pflege erst möglich.

„Zuerst teilt die Pflegekraft in Worten oder nonverbalen Gesten Aspekte ihrer Wahrnehmung und ihres Denkens und Fühlens mit, um sich zu vergewissern, wie präzise oder angemessen

ihre Reaktion tatsächlich ist. Die Rückmeldung des Patienten gibt Anlass zu neuen Reaktionen, die sie wiederum äußert und auf die Probe stellt. Auf diese Art und Weise erfahren beide, was der jeweils andere denkt, so dass allmählich ein tief greifendes Verständnis vom tatsächlichen Hilfsbedarf des Patienten entstehen kann. Erst wenn der unmittelbare Bedarf des Patienten ermittelt ist, kann die Pflegekraft über angemessene Handlungen entscheiden. Sie führt diese Handlungen aus oder kommt gemeinsam mit dem Patienten zu dem Schluss, dass die Hilfe einer anderen Person hinzugezogen werden muss. Anschließend befragt die Pflegekraft den Patienten erneut, um herauszufinden, welche Wirkungen ihre Handlungen auf sein Befinden haben“ (S. 67 Orlando 1961).

„Wie weiß nun die Pflegende wirklich, ob ihre Handlung dem Patienten geholfen hat? Durch den untersuchenden Prozess mit dem Patienten erhält sie den Beweis, der ihr hilft, einen Eindruck zu gewinnen. Dieser Eindruck entsteht, wenn sie im Verhalten einen Wechsel zum „besseren“ feststellen kann, im Vergleich zum Beginn der Behandlung“ (S. 71 Orlando 1996).

Orlando hat eine einfache und praktisch umsetzbare Theorie geschaffen. Über die besondere Signifikanz der Theorie schreibt Schmieding in einem Geleitwort zu der 1990 publizierte Neuauflage von Orlandos ursprünglich 1961 erschienenen Buch: „Orlandos Werk gab einen wichtigen Anstoß dafür, den Schwerpunkt der Pflege von der medizinischen Diagnose auf die unmittelbare Erfahrung der Patientinnen und Patienten zu lenken. Für Orlando ist der unmittelbare Hilfsbedarf eines jeden Patienten ebenso einzigartig wie das Handeln der Pflegekraft bei dessen Ermittlung und Erfüllung. Der Einsatz von Orlandos Theorie hindert die Pflegekraft also daran, aufgrund ungesicherter Annahmen aktiv zu werden... Orlandos Theorie macht klar, dass es unbedingt notwendig ist, die Patientinnen und Patienten in alle Aspekte ihrer Pflege einzubeziehen. Auf diese Weise hat sie zur Individualisierung der Pflege beigetragen.“

## JEAN WATSON

Jean Watsons Theorie ist „keine streng naturwissenschaftliche Theorie, die von sich behauptet, absolut, quantifizierbar und jederzeit nachprüfbar zu sein, und sich auf Fakten, Wahrheiten und axiomatisierte Aussagen stützt“ (S. 15 Watson 1996).

Es ist vielmehr eine philosophische Neubegründung der Pflege, die sich im Begriff des „Caring“ (Zuwendung, Sorge, Fürsorge) festmacht. Für Watson ist „Pflege beides, Humanwissenschaft und Kunst, und lässt sich daher qualitativ nicht in die herkömmliche, ihrem Wesen nach reduktionistische wissenschaftliche Methodologie einreihen“ (S. 17 Watson 1996). Watson sieht die zwischenmenschliche Beziehung als moralisches Ideal der Pflege, bei der Körper, Geist und Seele betrachtet werden. Ihre Theorie bezeichnet man auch als Theorie der transpersonalen Zuwendung.

Dabei entsteht ein besonderer zwischenmenschlicher Kontakt, nämlich „die Vereinigung mit der anderen Person, wobei die Person und ihr In-der-Welt-sein auf ganzheitliche Weise einbezogen werden ... Der Prozess der Zuwendung beginnt in dem Augenblick, in dem die Pflegekraft in den Lebensraum oder das phänomenale Feld einer anderen Person eintritt und deren Seinzustand (Geist, Seele) nicht nur zu erfassen, sondern auch in sich selbst zu erspüren versucht, um dann so darauf einzugehen, dass die Person die Chance hat, den subjektiven Gefühlen und Gedanken, die in ihr auf Befreiung drängen, freien Lauf zu lassen. Auf diese Weise entsteht ein intersubjektiver Fluss zwischen Pflegekraft und Patientin/Patient“ (S. 85 Watson 1996). Oder anders ausgedrückt: Die Selbstheilungskräfte schlummern in jedem einzelnen und können durch den Prozess der Zuwendung geweckt werden. „Auf dieser Fähigkeit des Menschen, den Gefühlsausdruck eines Mitmenschen wahrzunehmen und nachzuempfinden, basiert die Kunst der

transpersonalen Zuwendung“ (S. 90 Watson 1996). Es fordert den vollen persönlichen Einsatz der Pflegekraft. Dazu muss sie:

- menschliches Verhalten und menschliche Reaktionen auf akute und potentielle Gesundheitsprobleme kennen
- individuelle Bedürfnisse erkennen und verstehen
- Möglichkeiten zur Erfüllung von Bedürfnissen beherrschen
- um die eigenen Stärken und Grenzen wissen
- die andere Person in ihren Stärken und Grenzen wahrnehmen
- die Bedeutung der Situation einschätzen
- und Einfühlsamkeit, Trost und Mitgefühl zum Ausdruck bringen können.

Findet ein Prozess der transpersonalen Zuwendung statt, kommt es laut Watson zu einer „Begegnung auf höherer geistiger Ebene“ (S. 80 Watson 1996), auch Caring Moment genannt. Dieser geht in die Lebensgeschichte beider Personen ein und eröffnet ihnen neue Möglichkeiten, die Auswirkungen auf gegenwärtige und zukünftige Ereignisse haben. Er dient zur Harmonisierung von Körper, Geist und Seele und fördert den Prozess der Selbsterkenntnis, Selbstachtung und Selbstheilung. Er fördert die Menschlichkeit und verhindert, dass der Mensch auf ein Objekt reduziert wird. Dieses bietet auch der Pflegekraft die Möglichkeit zu lernen und zu wachsen.

Watson stützt ihre Theorie auf folgende 10 Pflegefaktoren:

1. ein humanistisch – altruistisches Wertesystem
2. Glaube und Hoffnung
3. Sensibilität für sich und andere
4. Aufbau einer auf Hilfe und Vertrauen basierenden Beziehung
5. Ausdruck positiver und negativer Gefühle
6. ein kreativer, problemlösender Zuwendungsprozess
7. transpersonales Lehren und Lernen
8. eine schützende, förderliche und/oder korrektive mentale, physische, soziale und spirituelle Umwelt
9. menschlicher Beistand
10. existentiell-phänomenologisch-spirituelle Kräfte

Sämtliche Faktoren kommen in dem Prozess der zwischenmenschlichen Zuwendung, d.h. bei jeder Patientenbegegnung zum Tragen. Man kann sie auch gut als eine Art „Checkliste“ für Watsons Theorie an einer Patientenbegegnung auslegen. Es wird deutlich, dass die 10 Pflegefaktoren eine innere Haltung widerspiegeln.

Jean Watsons Arbeit ist eine philosophische Grundlage für die Humanistische Pflege. „Watsons Theorie kann eine nützliche und wichtige metaphysische Orientierung für die Krankenpflege bieten. Watsons theoretische Konzepte, wie die Anwendung des Selbst, von dem Patienten identifizierte Bedürfnisse, der Pflegeprozess und der spirituelle Sinn des Menschen, können Krankenschwestern und ihren Patienten helfen, eine Bedeutung und Harmonie in einer immer komplexer werdenden Zeit zu finden“ (S. 267 Marriner-Tomey).

Anmerkung der Redaktion: Jean Watson ist Ehrenvorsitzende der GHP.

## Schlussbemerkung

Im Jahr 2003 lautete der Werbeslogan der Automarke Jaguar: „Folgen Sie Ihrem Gefühl, Ihr Verstand ist schon da.“ Müsste man einen Werbespruch für Pflege-theorien finden, könnte man diesen Slogan umdrehen und sagen: „Folgen Sie Ihrem Verstand, Ihr Gefühl ist schon da.“ Je mehr ich mich mit Pflege-theorien auseinandergesetzt habe, umso mehr Sicherheit habe ich in meiner Arbeit gewonnen. Vieles war mir schon vertraut, ohne dass ich wusste, dass dies meine konzeptionelle Grundlage von Pflege ist oder dass ich dies in einigen Pflege-theorien wiederfinden würde. Ich bin überzeugt, dass es vielen Pflegekräften ähnlich ergeht. Pflege-theorien wurden von Pflegenden für Pflegenden geschaffen, mit dem Bedürfnis, Pflegenden zu helfen, ihre Arbeit besser zu verstehen und entsprechend zu handeln. Pflege-theoretikerinnen haben dabei das Rad nicht neu erfunden, sondern versucht, bestehende Vorgänge in der Patient-Pflegekraft-Beziehung zu erklären und modellhaft darzustellen. Dadurch helfen sie uns, schwierige Situationen besser zu verstehen und zu meistern. Pflege-theorien helfen über „den Tellerrand“ hinaus zu sehen. Man betrachtet Situationen aus einem anderen Blickwinkel und verliert seine „Scheuklappen“ und kann die Situation besser verstehen und angemessener handeln. Sie sind das Fundament unserer Arbeit. Darum ermutige ich Sie: Machen auch Sie sich auf den Weg und folgen Ihrem Gefühl.

- \* Sabine Flott ist Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie arbeitet als Stationsleitung einer allgemeinpsychiatrischen Station am Bezirkskrankenhaus in Kaufbeuren. Ein Literaturverzeichnis zu diesem Bericht sowie weitere Korrespondenzanliegen können über [sabine@flottonline.de](mailto:sabine@flottonline.de) angefordert werden. Wir danken Sabine Flott ganz herzlich für diesen Fachbericht.

## Menschen der GHP



**Rüdiger Bauer, Unterostendorf**

Rüdiger Bauer gehört zu den führenden Fachleuten innerhalb der Pflege. Er leitet das Institut für Beziehungsmarketing und Individualökonomie, mit einem Forschungsauftrag des bayerischen Sozialministeriums und Angeboten im Bildungsmanagement als Berater für Gesundheitseinrichtungen, sowie den Verlag ibicura. Den meisten Pflegenden ist er aber durch seine achtjährige Tätigkeit als Bildungsreferent des Bildungswerkes des Verbandes der bayerischen Bezirke im Kloster Irsee bekannt geworden. Rüdiger Bauer (Jahrgang 1957) machte 1981 sein Krankenpflegeexamen im Bezirkskrankenhaus Regensburg und war im Anschluss langjährig Stationsleitung der Entwöhnungsstation für Alkohol- und Medikamentenabhängige. 1988 begann dann ein „Leben für die Pflege“, was seinesgleichen sucht und kaum zusammenzufassen ist. Fachausbildung zum Fachpfleger für Psychiatrie, Ausbildung in klientenzentrierter Gesprächsführung nach C. Rogers, Pflegebereichsleiter in der Forensik, Ausbilder in klientenzentrierter Gesprächsführung, Fachausbildung zum Fachpfleger für Psychotherapie und Psychosomatik, Theoretische Weiterbildung in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, Pflegedirektor in Bad Kreuznach und dort Weiterbildungsleiter der Fachweiterbildung „Fachschwester/Fachpfleger für Psychotherapie und Psychosomatik“. 1997 Beginn Bachelor in „Sozialer Arbeit“ an der Staatsakademie zu Moskau, Magister „Soziale Arbeit“ an der Staatsuniversität für Service zu Moskau mit Spezialisierung im Sozialmanagement. 2003 Doktorand PhDr an der Fakultät für Management der Comenius Universität Bratislava zum Thema „Identifikation und Motivation von Mitarbeitern in Dienstleistungs- und Produktionsunternehmen.“

Rüdiger Bauer ist Mitinitiator und Mitglied der Kerngruppe „Gruppe 99 – Kritisches Forum Pflegewissenschaft“ und wird im „Who is who in der Pflege“ genannt. Er ist Autor zweier Bücher über „Beziehungspflege“ und „Psychotherapie und Psychosomatik in der Pflege“, sowie Herausgeber eines Buches „Humanistische Pflege“ und mehrerer Fachartikel in Fachzeitschriften.

Rüdiger Bauer gehört zu den „geistigen Urhebern“ der GHP. Seit dem Jahr 2000 setzte er sich engagiert für die Gründung unserer Gesellschaft ein, die dann 2002 ja endlich Wirklichkeit wurde.

## Neues aus der GHP

<b>Offen für neue Berufsgruppen</b>	<b>Einzelsupervision</b>
<p>Die GHP öffnet sich für weitere Berufsgruppen. Auf der MV in Würzburg wurde deshalb die Satzung verändert. Mitglieder anderer Berufsgruppen können dann Mitglied der GHP werden, wenn sie überwiegend in Pflgeteams arbeiten. Hiervon betroffen sind in erster Linie Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Erzieher.</p>	<p>Mitglieder der GHP können z. B. bei Problemen in ihrer persönlichen Arbeitssituation Einzelsupervision über die GHP in Anspruch nehmen.</p> <p>Wer sich angesprochen fühlt, kann sich unter <a href="mailto:Ruthahrens@web.de">Ruthahrens@web.de</a> direkt an uns wenden und eine persönliche Vorgehensweise absprechen.</p>

### **Termine für die Arbeitsgruppe Psychosomatik/Psychotherapie**

02. März 2005	Bundesweites Treffen der AG'n mehrerer Pflegeorganisationen in Isny.
31. Mai 2005	AG in Tauberbischofsheim
27. Sept. 2005	AG in Bad Hersfeld
29. Nov. 2005	AG in Weimar

### **Bitte vormerken**

**Die Mitgliederversammlungen werden am 12. März 2005 in Schleswig (Jahreshauptversammlung) und am 29. Oktober 2005 in Nürnberg stattfinden.**

## GHP – Fortbildungen 2005

Aus den Vorschlägen der Mitglieder und aus Wünschen von TeilnehmerInnen bisheriger Fortbildungen haben wir in Würzburg einen vorläufigen Entwurf für 2005 erarbeitet. Alle Mitglieder sind aufgerufen, sich an der Fertigstellung des Programms mit weiteren Vorschlägen und Anregungen zu beteiligen und auch eigene Angebote zur Verfügung zu stellen. Im Folgenden der bisherige Stand der Dinge:

10. und 11. 03. 2005	<b>Pflege bei Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> Ruth Ahrens	in Schleswig
08. und 09. 04. 2005	<b>Reflexzonenmassage</b> Willi Bender	in Kiel
26. und 27. 05. 2005	<b>Das sichtbare und das unsichtbare in der Pflege</b> Ruth Ahrens	in Nürnberg
03. und 04. 06. 2005	<b>GHP – Forum Stationsleitertreffen</b> Stefan Voigt	in Bad Kreuznach
24. und 25. 06. 2005	<b>Sucht und Psychose – Pflege im Grenzbereich</b> Rolf Riebesell	in Leipzig
12. und 13. 07. 2005	<b>Pflege bei geistiger Behinderung</b> Ruth Ahrens	in Eckernförde
26. und 27. 08. 2005	<b>Stressbewältigung im beruflichen Alltag</b> Willi Bender	in Schleswig
29. 09. 2005	<b>Gespräche zwischen Tür und Angel</b> Rolf Riebesell	in Bad Schussenried
07. Oktober 2005	<b>2. Regionale Fachtagung für Suchtkrankenpflege</b> GHP, IBI	in Lüneburg
04. und 05. 11. 2005	<b>Sucht und Psychose – Pflege im Grenzbereich</b> Rolf Riebesell	in Berlin
09. und 10. 12. 2005	<b>Sterben und Tod bei Kindern</b> Hospiz Sternenbrücke	in Hamburg

## Wir begrüßen unsere neuen Mitglieder

Wieder begrüßen wir an dieser Stelle Menschen in unseren Reihen, die den Weg zur GHP neu gefunden haben. Wir hoffen, dass sie sich bei uns wohl fühlen werden und mit der Zeit von dieser Mitgliedschaft auch profitieren können.  
Wir freuen uns über jedes einzelne neue Mitglied!

Neu dabei sind:

Kathleen Bleyer, Damp  
Ute Förster, Manderscheid  
Michael Krewing, Günzburg/Denzingen  
Elke Kumpf, Memmelsdorf  
Julia Lemanis, Nürnberg  
Isabella Reinwald, Roth  
Klaus Trunetschek, Roth  
Erna Weerts, Wangen  
Christine Trinter, Bad Hersfeld

### Der GHP - Buchtip

Im Hinblick auf eine Thematik, der wir uns am Ende des Jahres widmen wollen.

Eric-Emmanuel Schmitt

### Oskar und die Dame in Rosa

Der zehnjährige Oskar hat Leukämie und weiß, dass er nur noch kurze Zeit zu leben hat. Seine Eltern sind Feiglinge und meiden das Thema. Nur die ehemalige Catcherin Oma Rosa hat den Mut, mit Oskar zusammensitzen und über seine Fragen nachzudenken. Sie rät ihm, sich jeden verbleibenden Tag wie zehn Jahre vorzustellen, und so durchlebt Oskar auf wundersame Weise ein ganzes Menschenleben: Pubertät, erste Liebe, Eifersucht, Midlife-crisis und das Alter. Glücklich, erschöpft und manchmal auch enttäuscht und nachdenklich erstattet er dem lieben Gott davon Bericht und kann schließlich erfüllt und mit seinem Schicksal versöhnt sein Erdendasein beenden.

*Oskar und die Dame in Rosa* ist ein Buch, dem man sich nicht entziehen kann. Uner-schrocken und ohne falsche Sentimentalität begegnet Schmitt der schlimmsten Vorstellung – Krankheit und Tod eines Kindes – und macht mit seiner Erzählung über die Kraft der Liebe und des Lebens Mut, einer solch undenkbaren Situation offen zu begegnen.

Eric-Emmanuel Schmitt, geboren 1960, studierte Klavier und Philosophie in Paris. Seit Beginn der neunziger Jahre arbeitet er als Romancier, Dramatiker und Autor für Theater, Film und Fernsehen. Schmitt lebt heute in Brüssel. Er gehört zu den meistgespieltesten zeitgenössischen Bühnenaufregern. Seine erste deutsche Prosapublikation *Monsieur Ibrahim und die Blumen des Koran* (2003) wurde zum unerwarteten Bestseller.

Amman Verlag, Zürich – ISBN 3-250-60057-1

**Wir arbeiten für eine menschenfreundliche Pflege!**

**Gesellschaft  
für  
Humanistische Pflege e.V.**

**Fortbildungen zum Selbstkostenpreis,  
Unterstützung und Beratung in der Arbeitspraxis,  
Kostenlose Mitgliederzeitung,  
Einzelsupervision, Teamcoaching.**

**Einfluss nehmen. Aktiv sein. Mitglied werden.**

**Infos:**

***Gesellschaft für Humanistische Pflege e. V.*  
Schubystraße 71, 24837 Schleswig  
Tel. 04621/25100**

Verantwortlich: Rolf Riebesell, Flensburger Str 60, 24837 Schleswig  
Tel. 04621/25100

**GHP – Wir arbeiten für eine menschenfreundliche Pflege**