

# Theoretische Grundlage für die pflegerische Praxis

nach  
Hildegard Peplau und Silvia Käppeli



# Inhalt

Inhalt.....	2
Einleitung.....	3
Hildegard Peplau.....	5
Die „Pflegerperson-Patient-Beziehung“ .....	6
Die Nutzung von „Rollen“ .....	7
Silvia Käppeli.....	9
Biomedizinische Aspekte.....	10
Sozial-Geisteswissenschaftliche Aspekte.....	11
Pflegerkonzepte .....	13
Literaturverzeichnis .....	17

## Einleitung

Der Pflegeberuf hat sich im Laufe der Zeit stark gewandelt, fortwährend weiter entwickelt und immer mehr spezialisiert. Mit zunehmendem Selbstbewusstsein der Pflegenden ergibt sich ein deutlich gestiegenes Interesse an theoretischen Modellen in der Krankenpflege, um so eine eigene Identität zu entwickeln und als eigenständige Profession anerkannt zu werden.

Pflege ist ein dynamischer Prozess, durch den sich nicht nur der Patient, sondern auch die Pflegeperson weiterentwickeln bzw. weiterbilden kann. Voraussetzung hierfür ist die Herstellung und die Gestaltung einer Beziehung. Das System der Bezugspflege, Pflegeplanung und Pflegediagnosen wird zum unverzichtbaren Bestandteil der psychiatrischen Pflege.

An die Pflegenden innerhalb der Psychiatrie werden hohe Ansprüche an die Fachkenntnis, die Persönlichkeit und die Belastbarkeit gestellt. Es bedeutet eine ständige Auseinandersetzung mit den Menschen denen der Pflegende in seiner Arbeit begegnet. Das Einbringen der eigenen Persönlichkeit ist wesentlich für die Arbeit mit dem Patienten. Menschenbild, Weltbild, Auffassung über Gesundheit und Krankheit, sowie die Beziehungsfähigkeit der einzelnen Pflegeperson prägen maßgeblich deren Handlungen.

Wer Pflege ausüben will, muss nicht nur die Fähigkeit besitzen in Beziehung zu treten, sondern auch die Bereitschaft, sich kontinuierlich mit ethischen Werten und Grundsätzen auseinanderzusetzen.

Der pflegerische Schwerpunkt liegt auf der Förderung und dem Erhalt der gesunden Anteile des Patienten. Dies bedeutet „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Vorrangiges Ziel ist es, ihm größtmögliche Autonomie zu ermöglichen und ihn sobald wie möglich wieder in seine Selbständigkeit zu entlassen.

Hierzu ist es erforderlich, dass die Pflegenden sich die theoretischen Hintergründe transparent machen, Zusammenhänge schaffen und die Erlebensebene der Pflegeempfänger sichtbar und fassbar machen. Dies ist auch hilfreich für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in die Psychiatrische Pflege.

**Fazit:**

Der spezielle Charakter psychiatrischer Krankenpflege legt es nahe, das „psychologische Modell“ von Hildegard Peplau und das „integrierte Pflegemodell“ von Silvia Käppeli zu verbinden.

Diese beinhalten zusammenfassend folgende Kernaussagen über:

- die psychiatrische Krankenpflege
- die strukturellen Konzepte des zwischenmenschlichen Prozesses
- die emotionalen und psychosozialen Aspekte der Krankheitserfahrung
- den Beziehungsprozess Patient und Bezugspflegerperson
- die Personen, die mit der Psychiatrie in Kontakt kommen (Patienten, Angehörige, Pflegende)
- Pflegemodelle/Pflegekonzepte als Grundlage für Pflegediagnosen.
- den Erhalt und die Förderung der gesunden Anteile (Ressourcen)

Daraus haben wir für uns die „Theoretische Grundlage für die pflegerische Praxis“ abgeleitet.

## Hildegard Peplau

Hildegard Peplau verwendet Erkenntnisse aus den Verhaltenswissenschaften, die als „psychologisches Modell“ bezeichnet werden können. Sie entfernt sich mit Ihrem „psychologischen Modell“ von der krankheitsorientierten Pflege und betont die Bedeutung von Ereignissen, Gefühlen und Verhalten des Patienten, die untersucht und in die Pflegeintervention eingebaut werden können. Der Patient erkennt an dem Verhalten und an der Vorgehensweise der Pflegeperson wie die Pflege und Unterstützung in seiner Situation aussehen wird.

Pflege ist ein Reifungsprozess, eine Art Erziehung, in der sich die Pflegeperson reflektiv mit ihren Fähigkeiten, ihrer Arbeit und ihren zwischenmenschlichen Begegnungen mit den zu Pflegenden auseinandersetzt, um sich fachlich und persönlich weiter zu entwickeln.

Peplaus Modell beschreibt die strukturellen Konzepte des zwischenmenschlichen Prozesses, welche die Phasen der Pflegeperson-Patient-Beziehung darstellen. Im Rahmen der Beziehungsgestaltung werden vier Phasen durchlaufen, die ineinander übergehen und nicht klar voneinander zu trennen sind: die Orientierungsphase, die Identifikationsphase, die Nutzungsphase und die Ablösungsphase. Darüber hinaus definiert Peplau die Rolle der Bezugspflegeperson in dieser Beziehung. Die Pflegeperson muss nicht nur jeden einzelnen Schritt bewusst reflektieren, sondern sich auch noch ihrer Rolle, die sie für den Patienten in einer bestimmten Phase der Beziehungsgestaltung einnimmt, bewusst werden. Während der Pflegeperson-Patient-Beziehung, nimmt die Pflegeperson verschiedene Rollen ein. Dies sind die Rolle als Fremde, die Rolle des Unterstützenden, die Rolle der Lehrenden, die Führungsrolle, die Rolle als Stellvertreter und die Rolle als Berater. Darüber hinaus definiert Peplau die Rolle der Bezugspflegeperson was ihrer Meinung nach die Grundlage für die „Psychodynamische Krankenpflege“ darstellt.

Psychodynamische Krankenpflege bedeutet, eigenes Verhalten zu verstehen, um anderen zu helfen, empfundene Schwierigkeiten zu erkennen und die Prinzipien der menschlichen Beziehung auf die Probleme anzuwenden, die auf allen Ebenen der Erfahrung entstehen.

## **Die „Pflegerperson-Patient-Beziehung“**

### ***Orientierungsphase***

Patient und Pflegerperson begegnen sich als „Fremde“. In dieser Phase ist es wichtig, dem Patienten Orientierung, zum Beispiel durch Aufklärung, zu geben. Die Bezugspflegerperson hilft dem Patienten seine Probleme zu erkennen und zu verstehen. Dadurch wird eine Vertrauensebene zwischen Patient und Pflegerperson geschaffen.

### ***Identifikationsphase***

In dieser Phase bilden sich wechselseitige Muster von Hilfeersuchen seitens des Patienten und Hilfeleisten seitens der Pflegerperson heraus. Peplau unterscheidet drei Reaktionsmuster:

- Wechselseitige Abhängigkeit, das heißt ein „Miteinander“ mit der Pflegerperson
- Unabhängigkeit, das heißt Isolation oder eine Abwehrreaktion auf ein Hilfsangebot
- Abhängigkeit, das heißt Regression und Hilflosigkeit seitens des Patienten.

Diese Phase endet in einer gemeinsamen Klärung der Erwartungen, Probleme und Ziele. Patient und Pflegerperson beginnen, einvernehmlich an Gesundheitszielen zu arbeiten. Der Patient kann dabei die Hilfe der Pflegerperson nutzen. Dementsprechend werden auch Maßnahmen gemeinsam geplant.

### ***Nutzungsphase (Explorationsphase)***

Der Patient beginnt in dieser Phase, die angebotene Hilfe aktiv zu nutzen und den Prozess der Hilfe bewusst zu kontrollieren. Im weiteren Verlauf entwickelt der Patient die Erfahrung, den Genesungsprozess in sein Leben integriert zu haben. Die Rolle der Pflegerperson ist in dieser Phase eine beratende und reflektierende.

### ***Ablösungsphase (Resolutionsphase)***

Der Patient hat sich effektive Problemlösungsstrategien erarbeitet und auch die Fähigkeit entwickelt, diese selbständig anzuwenden. Die Pflegerperson fördert die Reintegration in das soziale Umfeld. Damit wird das Beziehungsverhältnis zwischen Pflegerperson und Patient beendet. Er ist wieder in der Lage für sich selbst Verantwortung zu übernehmen.

## **Die Nutzung von „Rollen“**

Hildegard Peplau stellt die pflegerische Beziehung zum Patienten in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen. Sie hält es für notwendig, dass sich nicht nur der Betroffene weiterentwickelt, sondern auch die Pflegeperson. Eine zwischenmenschliche Orientierung und eine tragfähige Beziehung verpflichten zum verantwortlichen und bewussten Handeln in der Pflege. Ein nützliches Hilfsmittel ist dabei, sich die unterschiedlichen Rollen im pflegerischen Handeln bewusst zu machen.

Die **Rolle als Fremde** nimmt die Pflegeperson zu Beginn der professionellen Beziehung ein, wenn sie dem Betroffenen vorurteilsfrei, mit Respekt und Interesse begegnet. Dabei setzt sie individuelle pflegerische Zugangswege und Anknüpfungspunkte ein. Bei der Aufnahme auf der Station oder in der Kontaktaufnahme im häuslichen Umfeld geht es darum, eine Atmosphäre zu schaffen, in der sich der Betroffene wohl fühlt und in der das Gefühl vermittelt wird, dass der Erkrankte willkommen ist, auch wenn er immer wieder professionelle Hilfe in Anspruch nehmen muss. Die Neugierde auf das, was zwischen den einzelnen Kontakten geschehen ist, wird eine wesentliche Grundlage bilden.

Die **Rolle des Unterstützenden** meint, dass die Pflegeperson Hilfemöglichkeiten aufzeigt, dass sie Informationsquelle, Zuhörer und Vermittler zugleich ist. Dies wird sich darin zeigen, dass sie den psychisch erkrankten Menschen laufend informiert, Fragen aufwirft und gemeinsam mit ihm auch nach Antworten sucht. Dabei spart sie existenzielle Fragen nicht aus und lässt die Verantwortung bei ihm.

Die **Rolle der Lehrenden** nehmen wir als Pflegende ein, wenn wir dem Betroffenen das Wissen vermitteln, das er braucht, ihm dabei zu helfen, seinen Gefühlen auf die Spur zu kommen, und ihm einen Einblick in seinen Gesundheitszustand ermöglichen. Das heißt, wir wollen seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Ressourcen mit ihm aufspüren, sein subjektives Krankheitserleben thematisieren und auch mit ihm überlegen, was ihn dazu befähigt, weitgehend gesund zu bleiben und seine für ihn stimmige Lebensqualität zu erreichen bzw. zu erhalten.

Die **Führungsrolle** übernehmen wir als Pflegende, indem wir die Beziehung und die einzelnen Kontakte aktiv gestalten, und zwar in einer partnerschaftlichen und demokratischen Art, sowie die Entscheidungsfähigkeit des Betroffenen fördern. Dies wird unterstützt, indem wir unsere Handlungsabläufe den Bedürfnissen des Einzelnen anpassen und Ziele gemeinsam so formulieren, dass sie nachvollziehbar und erreichbar sind. Wir können Kontakte vermitteln und dazu ermutigen, Neues auszuprobieren, und dabei werden Fehler nicht als „Scheitern“ eingeordnet.

Die **Rolle als Stellvertreter** wäre in diesem Kontext gegeben, wenn die Pflegeperson „Ersatzfigur“ ist und eine bestimmte Rolle und Verantwortung übernimmt, Ähnlichkeiten und Verschiedenheiten von Menschen aufzeigt und Beziehungsmuster in ihrer Komplexität erfasst. Die Bezugspflegeperson muss sich bewusst sein, dass es sich nur um eine Stellvertretung und nicht um eine Übernahme handelt. Durch die Ersatzrolle kann auch die Beziehung wachsen und tragfähiger werden. Die Gefühle der Machtlosigkeit und Hilflosigkeit gegenüber realen Personen können so reduziert werden.

Die **Rolle als Berater** zeigt sich, indem die Pflegeperson das Verhalten und die Gefühle mit dem Betroffenen reflektiert, sein Selbstvertrauen fördert und ihn bei der Bewältigung seiner Erkrankung unterstützt. Sie hat dabei die Autonomie und die Selbständigkeit des Betroffenen im Blick und fragt sich, was kann er selbst, wozu muss er motiviert werden und wobei braucht er Unterstützung. Die Pflegeperson ist Wegbegleiter bei der Alltagsbewältigung und in Krisen.

---

An dem „psychologischen Modell“ von Hildegard Peplau, wird die Wichtigkeit pflegerischer Beziehungsgestaltung verdeutlicht.

Die pflegerischen Einzelaktivitäten und Gruppenangebote orientieren sich immer an bestimmten Problemen und/oder Ressourcen von Patienten, verfolgen bestimmte Ziele und bedingen eine ganze Reihe an Maßnahmen, gegliedert nach Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung.

Hier wird also deutlich, dass der Problemlösungsprozess im Rahmen der Beziehungsgestaltung greift. Die Durchführung von pflegerischen Einzelaktivitäten und Gruppenangeboten kann somit als Maßnahme einer individuellen Pflegeplanung verstanden werden.

## Silvia Käppeli

Der praktische Ursprung des integrierten Pflegemodells hat mit ihrer Tätigkeit als Pflegende zu tun.

In dieser Rolle fragte sie sich: „Womit beschäftigt sich oder was beschäftigt eigentlich die Bezugspflegeperson?“

Es war aber auch die unendlich scheinende Anzahl von Rollen und die Funktionsvielfalt innerhalb der praktischen Pflegetätigkeit sowie die Fülle von dauernd veränderbaren Verantwortungen und Kompetenzen, die ihr Bedürfnis nach Klärung weckten.

Sie entwickelte die nachfolgend beschriebene Konzeption für die Pflegepraxis aus ihrer Überzeugung, dass Pflege eine integrierende und integrierte Tätigkeit ist und dass Pflege sich hauptsächlich dadurch von anderen Berufsfeldern unterscheidet. Diese Konzeption sollte in keiner Weise von Entweder-oder-Situationen ausgehen.

Die Pflege setzt sich mit den sozial-geisteswissenschaftlichen (emotionalen und psychosozialen) Aspekten der Krankheitserfahrung auseinander, die durch die biomedizinischen (funktionalen) Aspekte ergänzt werden. Um Pflegequalität herstellen zu können, müssen beide Bereiche gleichermaßen berücksichtigt sein.

## **Biomedizinische Aspekte**

### **Inhalte**

In diesem Bereich gibt es messbare Normen. Der Organismus kann mit quantitativen Methoden erfasst werden, um so den funktionellen Gesundheitszustand zu ermitteln. Hiervon werden alle therapeutischen Interventionen inklusive Pflege in Bezug auf Gesundheit, Normalität, Krankheit, Abnormität, Invalidität und Behinderung abgeleitet.

### **Zielsetzungen**

Durch therapeutische und pflegetherapeutische Interventionen werden das Überleben des Organismus und der biologischen Strukturen und Funktionen gewährleistet.

Da Überleben ein integraler Bestandteil der Lebensqualität ist, ist es selbstverständlich, dass therapeutische und pflegetherapeutische Interventionen integriert sein müssen.

### **Expertise**

Im organischen Bereich, in dem man sich auf relativ objektive Daten stützen kann, kann die Bezugspflegeperson als Experte betrachtet werden. Sie kennt die Werte und kann sie richtig beurteilen.

Der Patient entwickelt Vertrauen und lässt sich auf die Fachkompetenz der Bezugspflegeperson ein.

## **Sozial-Geisteswissenschaftliche Aspekte**

### **Inhalte**

In diesem Bereich gibt es keine Normen.

Reaktionen können nicht mit quantitativen Methoden erfasst, sondern nur beschrieben und verglichen werden. Man erkennt Tendenzen.

Diese Aspekte beschäftigen sich mit Reaktionen auf den funktionellen Gesundheitszustand und alle therapeutischen sowie pflegetherapeutischen Interventionen. Daraus ergibt sich, wie ein Patient die therapeutischen sowie pflegetherapeutischen Interventionen in Bezug auf seinen funktionellen Gesundheitszustand erlebt:

- Wie reagiert er darauf?
- Welchen Sinn und welche Bedeutung gibt er ihnen (Wertesysteme, Glaubenssysteme, Lebenseinstellungen)?
- Wie geht er damit um/bewältigt er sie?
- Wie lebt er damit (Gestaltung des Lebensstiles, der Aktivitäten des täglichen Lebens, ...)?
- Wofür übernimmt er Verantwortung?
- Welche Entscheidungen trifft er?
- Was lernt der Patient daraus (Entwicklung)?
- Wie integriert er den funktionellen Gesundheitszustand und alle therapeutischen Interventionen in sein soziales Umfeld oder seine materiellen Bedingungen?

### **Zielsetzungen**

Durch therapeutische und pflegetherapeutische Interventionen werden alle Reaktionen im Sinne der Optimierung der Lebensqualität positiv beeinflusst und unterstützt.

Da Überleben ein integraler Bestandteil der Lebensqualität ist, ist es selbstverständlich, dass therapeutische sowie pflegetherapeutische Interventionen integriert sein müssen.

### **Expertise**

Im Bereich der Erfahrung, die die vom Patienten subjektive Wirklichkeit darstellt, muss die betroffene Person als Experte für die Beurteilung der Situation betrachtet werden.

Die Pflege akzeptiert bzw. toleriert die Wahrnehmung des Patienten, passt sich an und kooperiert.

Durch die Umsetzung der aus den zwei Aspekten resultierenden Interventionen werden Pflegenden in vielfacher Weise gefordert. Auf diesem Hintergrund entwickelte Käppeli Pflegekonzepte.

Pflegekonzepte werden als Überbegriffe, Verallgemeinerungen für ein Phänomen oder verschiedene ähnliche Phänomene, die sich in der täglichen Pflegearbeit zeigen, verstanden. Sie verarbeiten Erkenntnisse aus der Pflegepraxis und liefern neue Erkenntnisse. Das heißt mit anderen Worten auch: Sie definieren und differenzieren das pflegerische Gesamtwissen.

Die so entstandenen Konzepte verfolgen drei Ziele:

1. Sie bieten eine Arbeitsgrundlage für die Pflege.
2. Sie kommen dem Pflegeempfänger in dem Sinne zugute, indem sie die Wahrnehmung seiner Wirklichkeit und die psychosozialen Auswirkungen seiner Krankheitssituation erleichtern.
3. Das dargelegte Pflegekonzept-Wissen schafft eine Verbindung zwischen der Pflegewissenschaft und der konkreten täglich gelebten Pflegearbeit.

Diese drei Ziele ermutigen und regen zur Auseinandersetzung mit spezifischem Pflegewissen an. Sie bieten konkrete Hilfe zum Lernen und Lehren von beruflichem Fachwissen, zum Reflektieren von Pflegesituationen bzw. von alltäglicher Pflegearbeit und zu weiteren Versuchen, humanistisches Pflegeverständnis fassbar – und damit anwendbar – zu machen.

## **Pflegekonzepte<sup>1</sup>**

Um die Konzepte auf einzelne Krankheitssymptome zu übertragen, wurde auf folgendes Raster zurückgegriffen:

1. Thema/Überbegriff
2. Konzeptbezeichnung inkl. Definition
3. Mögliche Ursachen  
Was kann zu diesem Zustand führen und / oder ihn begünstigen? (biologisch-physiologisch, sozio-kulturell, psychisch-geistig, ökologisch/umgebungsbedingt)
4. Erleben/Bedeutung  
Welche möglichen Gefühle kann dieser Zustand beim betroffenen Menschen auslösen? Was kann dieser Zustand/diese Situation für diesen Menschen bedeuten?
5. Verhalten/Erscheinungsformen  
Welche Pflegephänomene sind beobachtbar? Wie reagiert, wie verhält sich möglicherweise der betroffene Mensch aufgrund des Erlebten?
6. Interventionen  
Welche möglichen pflegerischen Interventionen lassen sich von diesem Zustand ableiten? Welche pflegerischen Maßnahmen, welches pflegerische Verhalten ist indiziert?
7. Konsequenzen für die Pflege  
Was kann die Begegnung mit einem Betroffenen bei der Pflegeperson auslösen? Welche Konsequenzen hat der Umgang mit dem Betroffenen in seiner Situation für die Pflege?
8. Literaturverzeichnis  
Angaben für die Erstellung des jeweiligen Pflegekonzeptes hinzugezogener Fachliteratur.

Wie in dem Raster zu erkennen ist, enthält es einen systemischen Denkansatz, wie er den Pflegenden aus der Arbeit mit dem Pflegeplanungsprozess vertraut ist. Gleichzeitig bietet es ein Orientierungsgerüst, das der Vereinheitlichung der Pflegeinterventionen, wie auch der Fachsprache in der Pflege förderlich ist. Es kann eine Grundlage für Pflegediagnosen bilden.

---

<sup>1</sup> siehe Literaturverzeichnis

Silvia Käppeli richtet mit ihren Pflegekonzepten den Blick auf die gesunden Anteile des Menschen.

Pflege arbeitet folglich ressourcenorientiert und entwickelt eine ganzheitliche Sichtweise. Das soziale Umfeld und ethische Werte werden gleichermaßen berücksichtigt. Durch das Einbeziehen des Menschen in den Pflegeprozess können sich starre Arbeitsabläufe auflösen, Spannungsfelder minimiert und Pflegequalität erhöht werden. Die pflegerischen Maßnahmen werden mit dem Patienten zusammen, nicht über oder gar gegen ihn, geplant und durchgeführt.

Durch die Akzeptanz bzw. Toleranz der Wahrnehmung des Patienten wird für ihn größtmögliche Autonomie ermöglicht. Der Patient beteiligt sich aktiv an der Gestaltung des Pflegeprozesses.

„Man kann einen Menschen nichts lehren.  
Man kann ihm nur helfen, es in sich selbst zu entdecken.“

Galileo Galilei

## **Erarbeitet von:**

- **Heike Eberle**  
Krankenschwester
- **Michaela Eckerfeld**  
Krankenschwester
- **Wilma Förster**  
Krankenschwester
- **Dirk Konnegen**  
Krankenpfleger für Psychiatrie
- **Sandra Rohrer**  
Gesundheits- und Krankenpflegerin
- **Silvia Darnia**  
Leiterin des Pflege- und Erziehungsdienstes

# Literaturverzeichnis

Käppeli, S. (1998)

Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 1  
(Leiden, Krise, Hilflosigkeit, Angst, Hoffnung, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Trauer,  
Einsamkeit)  
Verlag Hans Huber, Bern

Käppeli, S. (1999)

Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 2  
(Selbstkonzept, Selbstpflagedefizit, Immobilität, Ermüdung/Erschöpfung,  
Schlafstörungen, Inkontinenz)  
Verlag Hans Huber, Bern

Käppeli, S. (2000)

Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Band 3  
(Angehörige, Ungewissheit, Verwirrung, Kommunikation, Bewältigung, Schuld, Stigma,  
Macht, Aggression, Compliance, Humor)  
Verlag Hans Huber, Bern

Peplau, H. (1995)

Interpersonale Beziehungen in der Pflege  
Recom Verlag, Bad Emstal

Peplau, H. (1997)

Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege, Ausgewählte Werke  
Verlag Hans Huber, Bern

Schädle-Deiningner, H. (2008)

Basiswissen: Psychiatrische Pflege  
Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn