

Silvia Neumann-Ponesch

# Modelle und Theorien in der Pflege

3., überarbeitete Auflage

facultas.wuv 

In der Pflegewissenschaft, die versucht, genuin pflegespezifische Modelle und Herangehensweisen zu erarbeiten, ist die Beschäftigung mit theoretischen Ansätzen Grundlage und Bestandteil jeder Ausbildung. Das vorliegende Buch führt in einem ersten Teil in die Terminologie und theoretische Denkweise der Pflegewissenschaft ein und gibt einen guten Überblick über die Geschichte, zentrale Vorstellungen sowie über die wichtigsten Pflegemodelle und ihre Klassifikation. In einem zweiten Teil wird auf der Basis ausgewählter Beispiele die Umsetzung des theoretischen Denkens in der Pflege illustriert und in unterschiedlichen Kontexten dargestellt. Der übersichtliche Aufbau und die klare Strukturierung machen den Band zu einem wertvollen Studienbuch und Begleiter in der Praxis.



**Mag. PhDr. Silvia Neumann-Ponesch, MAS, DGKS**  
Geschäftsführerin der Akademie für Weiterbildung der Fachhochschule Oberösterreich. Leiterin der Lehrgänge Advanced Nursing Practice, Caremanagement und Integrated Care Systems. Lektorin an verschiedenen Universitäten und Fachhochschulen.

ISBN 978-3-7089-1013-0



[www.facultas.at/verlag](http://www.facultas.at/verlag)



Empfehlungen, die aus den Ergebnissen und den Erfahrungen des Projektes abgeleitet wurden:

- Evidenzbasierung und Praxisorientierung der Konzepte voraussetzen
- Proaktive Interventionen bei den Familien ermöglichen
- Individuelle Unterstützungsprogramme anbieten
- Professionalität der Gesundheitsberaterinnen fördern
- Caremanagementstruktur zur Ergebnissteigerung und zur koordinierten Fallarbeit ausweiten
- Nutzungsbarrieren identifizieren und überwinden bzw. abbauen
- Zugang zu den gebündelten Leistungen eines Entlastungsprogramms bei Demenz auf Antrag hin in Zukunft ermöglichen
- Gutachten zur sozialökonomischen Wirkung des Programms initiieren

## 6.8 Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell

Dr. Cora van der Kooij, Urheberin

### Kurzbiografie

- 1946 Geboren in Amsterdam, Niederlande
- 1969 Examierte Krankenschwester
- 1979 Studienabschluss Akademisches Hochschuldiplom Geschichte
- 1980 Krankenschwester im Krankenhaus
- 1981–1982 Praxisanleiterin in einem Pflegeheim
- 1982–1985 Pflegeforscherin am Institut für Pflegewissenschaft, Utrecht
- 1986–1996 Forscherin und Seniorprojektleiterin am nationalen Krankenhausinstitut, Utrecht
- 1988–1995 Leitung, Entwicklung und Implementierung von Validation (Stichting Validation, Apeldoorn)
- 1996 Gründung von IMOZ, dem Institut für mäeutische Entwicklung der Pflegepraxis, Apeldoorn
- 1996–2003 Leitung von Entwicklung und Forschung am IMOZ
- 2003 Promotion an der Freien Universität Amsterdam, Fachgruppe Psychiatrie, Doktorarbeit *„Einfach nett sein?“*
- 2003 und weiter Freiberuflich tätig, Gründung der Akademie für Mäeutik, Zusammenarbeit mit IMOZ-Niederlande, IMOZ-Deutschland und IMOZ-Österreich
- 2007 deutschsprachige Veröffentlichung von *Ein Lächeln im Vorübergehen*. Huber Verlag.

2010 Veröffentlichung von *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation*. Huber Verlag.

Für eine vollständige Liste von Publikationen siehe [www.akademiefuer-maeuetik.eu](http://www.akademiefuer-maeuetik.eu). Siehe auch [www.IMOZ.de](http://www.IMOZ.de) und [www.IMOZ.au](http://www.IMOZ.au).

### Mäeutik

Der Begriff Mäeutik wird von der didaktischen Fragemethode von Sokrates, der diese Methode als Hebammenkunst bezeichnete, abgeleitet: Was im Unbewussten schlummert, wird zum Bewusstsein, auf die Welt gebracht. So entstand die ‚mäeutische‘ didaktische Methode als Hebammenkunst für Pflgetalent und Pflegewissen. Die erste Annahme der Mäeutik ist, dass viele Pflegenden in der Alten- und Langzeitpflege ihre Arbeit aufgrund eines praekonzeptuellen, nicht expliziten Bewusstseins durchführen. Dieses Bewusstsein findet sein Wissen und Können in der menschlichen Veranlagung, zu sorgen. Durch Integration von Arbeits- und Lebenserfahrung wächst diese Veranlagung im Laufe des Lebens weiter, schlummert aber als ‚tacit knowledge‘ im Unbewussten. Mitarbeiterinnen sind es meistens nicht gewöhnt, ihre Vielfalt an Erfahrungen methodisch zu nützen. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell wurde gerade zu diesem Zweck entwickelt. Die mäeutische didaktische Methode, kurz die ‚Mäeutik‘, führt auch auf den Befreiungspädagogen Paulo Freire (1921–1997) zurück: *Lehren und Lernen in Dialog*. Der Lehrstoff sind die Arbeitssituation, der Lehrling und die damit verbundenen Erfahrungen und Spannungsfelder. Der Lehrer ist gleichzeitig auch Lehrling. Er sucht nach den Schlüsselworten, mit denen die Lernenden ihre Welt erschließen. Ausgangspunkt bei diesen ‚mäeutischen‘ Dialogen mit Pflegenden und Betreuerinnen sind die schönen Momente, Einfälle und Beziehungen, die sich während der Arbeit ergeben.

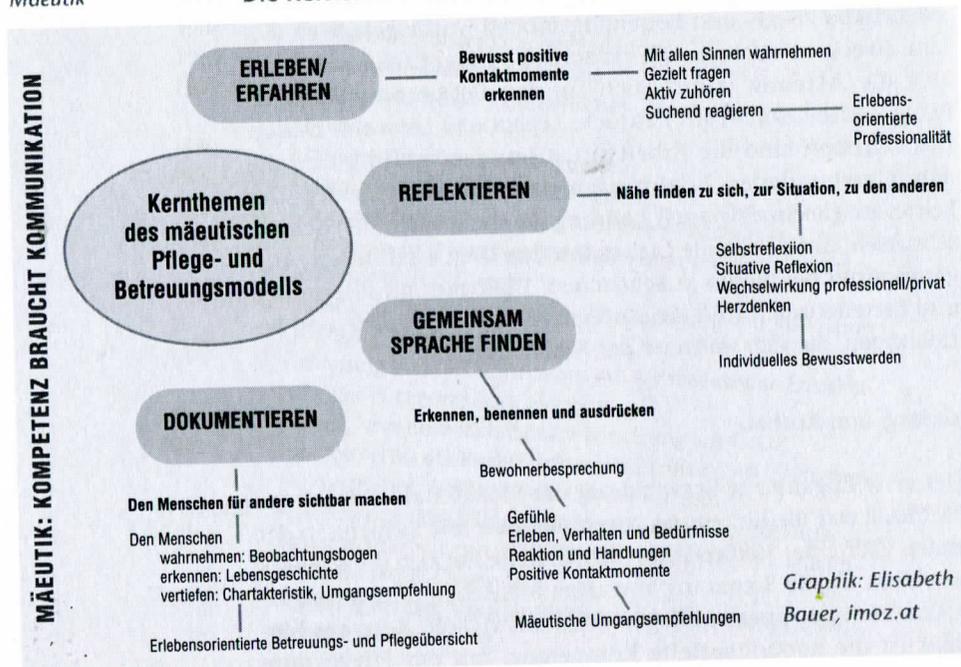
### Anfang und Aufbau

Der erste Zugang zur Entwicklung der Mäeutik als didaktische Methode war die Betreuung von Menschen mit Demenz in der ersten Hälfte der 1980er-Jahre. Mittlerweile hat sich die Mäeutik zu einem für die Betreuung von alten Menschen und chronisch Erkrankten geeigneten Pflegemodell entwickelt. Kern des Modells ist die kontaktgezielte Kompetenz, mit der Pflegekräfte

Pflegebeziehungen angehen und gestalten. Sie reflektieren die Situationen und Momente, wobei sie eine positive Wechselwirkung mit Bewohnerinnen oder Kundinnen erleben. Damit ist dieses Modell als Interaktionsmodell sowie auch als Pflegekompetenzmodell einzustufen. Das Modell beachtet sowohl die Erlebenswelt der zu Pflegenden (Bewohnerinnen, Besucherinnen, Klientinnen), als auch die Erlebenswelt der Pflegenden und Betreuerinnen. Es ist induktiv aufgebaut – es wird von der pflegerischen Praxis ausgegangen – und kann als eine synthetische, phänomenologische Pflege-theorie betrachtet werden. Dabei ist das MPBM ein dynamisches oder situationsschaffendes Modell (Dickoff & James 1968; Dickoff, James & Wiedenbach 1968). Es wurde mit dem Ziel entwickelt, Veränderungen in der Art zu bewerkstelligen, wie Pflegekräfte und ihre Leitungskräfte ihre Arbeit ausführen, erfahren und koordinieren. Die revolutionierenden Konsequenzen für Kommunikation, Pflegedokumentation und Pflegeorganisation sind nach 1995 in der Praxis mithilfe der Mäeutik weiterentwickelt und wissenschaftlich untermauert worden (Van der Kooij 2003, 2007, 2010, 2012).

Abbildung 24:  
Kernthemen der  
Mäeutik

### Die Kernthemen der Mäeutik



### Das Paradigma der psychodynamischen Orientierung

In Bezug auf Entstehung und Aufschwung von Pflege-theorien erwähnt Neumann-Ponesch einen Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung. (Neumann-Ponesch 2011, S. 101) Dieser Paradigmenwechsel hat in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts stattgefunden. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell befürwortet als nächsten Schritt eine Synthese dieser Paradigmen. Diese Synthese ist als ‚Psychodynamische Orientierung‘ zu bezeichnen. Konsequenz ist das Integrieren von psychologischen Theorien in der Pflegewissenschaft, so zum Beispiel das Denken über die einander folgenden Lebensphasen mit Begriffen wie Selbstbild und Lebensthemen und die Einwirkung von Krankheit je nach Lebensalter und Lebensphase. Diese Orientierung berücksichtigt auch das Verstehen von Coping, Verhaltensstrategien und Adaptation. Die Pflege hat also mehr Aufgaben als Menschen ihre Autonomie beziehungsweise ihre Selbstständigkeit, wo möglich, zu gewährleisten, ihre Gesundheit zu fördern und ihr Wohlbefinden zu verbürgen. Abhängigkeit gehört genauso sicher zu den menschlichen Lebensbedingungen wie Autonomie (Schnabl 2010). Es ist eine Aufgabe der Pflege, den Menschen und seine Angehörigen in der Akzeptanz von Abhängigkeit oder des Lebensendes zu begleiten (Van der Kooij 2011). Die mäeutische didaktische Methode regt die Lehrenden an, über Lebensphasen, Lebensthemen, Verhaltensmuster, Copingstrategien und über die Wirkung davon bei sich und auf sie selbst zu reflektieren.

### Schlüsselbegriffe

#### Kompetenz

Patricia Benner beschreibt in ihrem Pflegekompetenzmodell das Entstehen und die Wirkung von Intuition. Sie fasst Intuition als integrierte Erfahrung auf, die sich nach einer Initialausbildung in der Praxis weiterentwickelt. Wo der Anfänger Theorie braucht, Verfahrensweisen, und dadurch noch stark zerebral beschäftigt ist, hat sich der Experte die Kenntnisse in der Praxis derart zu eigen gemacht, dass sie nicht mehr bewusst vorhanden sind. (Benner 1997). Aber sie bleibt Richtschnur für das Handeln. Rae (1998) nennt das unbewusste Kompetenz. Diese bewirkt, dass Pflegenden so schnell wahrnehmen, fühlen, denken und reagie-

ren, dass sie dieses Handeln später nicht argumentieren können. Sie wissen einfach, dass es richtig war.

Dem analytischen Denken, wie es in vielen Pflge-theorien gelehrt wird und in der Entwicklung von Pflegediagnosen seinen Höhepunkt erreicht hat, ist dieses intuitive Handeln widersprüchlich. Experten in der Pflege fangen bei der Beurteilung einer Situation, so Benner, nicht mit Analyse, Argumentation und rationeller, zweckmäßiger Schlussfolgerung an. Sie denken aufgrund von Mustererkennung („Pattern recognising“) und sind imstande, die Situation als ein Ganzes, als eine Gestalt zu betrachten. Dabei wissen sie intuitiv aufgrund dieser Erkenntnis, was zu tun ist. Dieses Wissen ist sofort und ohne Umweg über die vorgeschriebenen Phasen aus dem Pflegediagnosedenken da. Die Muster beruhen auf im Laufe der Jahre aufgebauten Netzwerken von spezifischen Kenntnissen, zusammengesetzt aus Krankheitsbildern, Verhaltensstrategien, Beobachtungs- und Umgangsfertigkeiten, Erfahrungen und ‚Schlüsselereignissen‘. Theoretische Kenntnisse und Praxiserfahrung werden so miteinander verbunden, immer weiter aufgebaut und nuanciert. Bei Expertinnen verwandeln sich diese netzwerkartigen Kenntnisse dann zum Schluss in mehr narrative Kenntnisse, oder ‚illness scripts‘ (Krankheitsskripts). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell betrachtet Pflegediagnosen demzufolge als festgelegte Illness Scripts. Diese Scripts sind nicht vorschreibend, aber prüfend, und funktionieren damit als Standards innerhalb einer unendlich variablen Wirklichkeit.

### Professionalität

Pflegen und betreuen gelten als Fähigkeiten, die zum Wesen des Menschen gehören. Die gewünschte Fachlichkeit ist gekennzeichnet von Charaktereigenschaften wie nett, munter, ausgeglichen, geduldig und taktvoll. Im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell wird die Fachlichkeit von Pflegenden und Betreuerinnen anders aufgefasst. Pflegekräfte begleiten Menschen in ihrer Hilfsbedürftigkeit, mitunter auch zunehmenden Hinfälligkeit. Mäeutisch arbeiten bedeutet, immer wieder in der aktuellen Situation suchend zu reagieren und sich zu fragen: „Was bedeutet das Verhalten dieser Bewohnerin, woher kommt es, was braucht sie, wie ist ihr Selbstbild, was bedeutet Eigenwert für sie und wie kann ich ihr ein Gefühl von Geborgenheit vermitteln?“.

In dieser Auffassung der Fachlichkeit von Pflegenden findet man die *professionelle* Freiheit wieder, nach eigener Wahrnehmung handeln zu dürfen. Deshalb ist Professionalität im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell definiert als *authentisches und kreatives Wahrnehmen, Reagieren und, wenn nötig, Handeln, und sich danach entsprechend zu verantworten* (van der Kooij 2003, 2007, 2010). In diesem Verantworten findet man die Notwendigkeit, über Wörter zu verfügen, womit man seine Wahrnehmungen und Empfindungen bewusst reflektieren und kommunizieren kann. Professionalität setzt fachspezifische Sprache voraus. Diese Sprache ist das Ergebnis der auf eine bewusste Ebene gebrachten Inhalte des praekonzeptuellen Bewusstseins, vernetzt mit bereits in Konzepten und Theorien griffig verfassten Kompetenzen. Laut Abbott (1988) benötigt man eine solche Sprache, um eigene Standards, Klassifikationen, Methoden und wissenschaftliche Kenntnisse zu entwickeln. Wer eine Fachsprache entwickelt und sich damit seiner Identität bewusst wird, der macht deutlich auf sich aufmerksam und beansprucht Anerkennung. Mäeutik in der Pflege bedeutet deshalb auch Empowerment der Pflege.

### Die empathische Grundhaltung

#### Herkunft

Arbeiten nach der ‚Mäeutik‘ heißt, empathisch veranlagt zu sein und bewusst empathische Umgangsfertigkeiten einzusetzen. Zwei Entwicklungen aus dem 20. Jahrhundert fließen damit in der Mäeutik zusammen: 1. die des Entstehens der humanistischen Psychologie und 2. die praktischen Möglichkeiten im Umgang mit Menschen mit Demenz sowie auch mit Menschen, die chronisch erkrankt sind oder palliativ betreut werden.

Die humanistische Psychologie mit ihren Methoden wie empathisches und authentisches Zuhören und Reagieren entwickelte sich nach dem Zweiten Weltkrieg in der dann aufkommenden Hilfeleistung für psychosoziale Probleme. Der stark intuitive Ansatz von Carl Rogers (1902–1987) wurde von seinen Schülern Gordon (1918–2002, aktives Zuhören) und Rosenberg (1934, gewaltfreie Kommunikation) konkretisiert und praktikabel gemacht. Maslow (1908–1970) entwickelte eine Bedürfnispyramide. Der Lebensbaum der humanistischen Psychologie erzeugte immer mehr Abzweigungen wie NLP, Psychosynthese

und Gestalttherapie – alle mit praktischen Ansätzen. Auch gab es einen Sprung von individuellen zu gruppentherapeutischen Ansätzen (Cohn 1984). Viele dieser Fertigkeiten aus der humanistische Psychologie sind über die Validation nach Feil auch in der Mäeutik gelandet.

### Suchend Reagieren

Die empathische Grundhaltung und die Auffassung von Professionalität verbinden sich im Konzept des Suchend-Reagierens, einem Kernkonzept aus dem mäeutischen Modell. Der wichtigste Anlass zur Entwicklung dieses Konzeptes war die Frage: *Woher wissen die Pflegenden, welche Kombination von Methoden und Fertigkeiten bei wem und wann angebracht sind?* Um echten Kontakt zustande zu bringen, lässt sich die Pflegekraft auf einen „empathischen Suchprozess“ ein. Die Pflegekraft reagiert suchend, bis sie einen Kontakt spürt – den Kick – und weiß: Das ist es! Sie schöpft aus allen ihr zur Verfügung stehenden Methoden und Fertigkeiten, verbal und nonverbal. Dazu braucht sie nicht nur intuitives und emotionales Feingefühl, sondern auch kommunikative Fertigkeiten und Fachkenntnisse. So muss sie zum Beispiel wissen, wie nicht nur Krankheitsbilder, sondern auch Persönlichkeit und Copingstrategien das Verhalten beeinflussen können. Das Suchen führt dann zu den positiven Momenten, die sie später reflektiert. Ihre erste Reflexionsfrage ist nicht, ob sie eine Methode richtig angewandt hat, sondern ob sie wirklich Kontakt erreicht hat. Danach fragt sie sich, wie sie das gemacht hat und welche Fertigkeiten und Kenntnisse sie dabei genutzt hat.

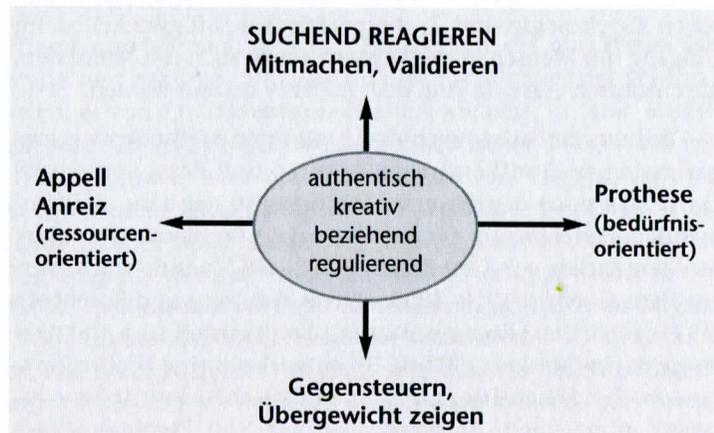


Abbildung 25:  
Suchend reagieren

Pflegende haben die Möglichkeit, sich in die Welt der Bewohnerinnen zu versetzen, ihnen dort zu begegnen und ihre Gefühle zu benennen. Sie können ‚mitmachen‘ und validieren. Pflegende stimmen sich auf das gefühlsmäßige Verhalten ein, auch bei Angst, Wut und Trauer. Dabei kann das Validieren manchmal therapeutisch wirken, wie Feil das lehrt (Feil 1985, 1989). In der Mäeutik heißt es, dass man Rücksicht auf Lebensphasen und Lebensthemen nimmt. Benner und Wrubel (1989) sprechen vom ‚Time Frame of Illness‘. Pflegende können sich auch dafür entscheiden, gegenzusteuern oder geistiges Übergewicht zu zeigen. Das machen sie, wenn jemand sich so in seinen Gefühlen oder seinem Verhalten verliert, dass er sich damit isoliert. Den Konflikt, der dann entsteht, muss man aushalten können. Man bleibt in der Situation, bis sich etwas zeigt, das als Kontakt empfunden wird. Eine Pflegenden braucht nicht immer lieb und nett zu sein, aber man muss ganz und gar präsent und voller Selbstvertrauen sein.

Das gleiche Suchen gilt dem Anregen von Ressourcen oder dem Übernehmen von Fähigkeiten, sei es geistig (Gedächtnisprothese) oder körperlich, durch Unterstützung beim Waschen oder Kleiden.

### Kommunikatives Handeln

Die Sichtweise auf Pflege und Betreuung im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell legt viel Wert auf integrierte Erfahrung als Nährboden der Intuition und der Fachkompetenz, aber immer unter der Voraussetzung von systematischer und strukturierter Kommunikation und Koordination. Intuition ist subjektiv. Jede interpretiert das, was sie wahrnimmt und empfindet aus der Summe der eigenen Erfahrungen und Kenntnisse. Auch die Teamkultur, Regeln und Routinen dämpfen hin und wieder die individuelle Intuition. Die Intuition ist keine zuverlässige Sicherheit, dass die Pflegekraft das Beste macht, was zu tun wäre. Es ist das Beste, was sie zu bieten hat. Die größte Herausforderung für die Pflege ist deshalb das Schaffen des ‚Sprunges‘ von individueller Intuition und Reflexion zur systematischen, gruppendynamischen Kommunikation (Buscher 2012). Diese Kommunikation findet innerhalb eines Teams oder einer Bezugsgruppe statt. Sie führt zu gemeinsamen geteilten Kenntnissen, Einsichten und vom Team getragenen Normen und Werten. Die individuelle Pflegekraft handelt dann als Mitglied eines Ganzen.

Dieses Wissen hat keine allgemeine Gültigkeit, aber ist *intersubjektiv*. Habermas nennt dieses intersubjektive Wissen ‚kommunikative Rationalität‘, und das darauf basierte Tun und Lassen das ‚kommunikative Handeln‘ (Kunnenman 1983). Kennzeichen dieser Kommunikation im ‚mäeutischen‘ Sinne sind Dialog, Gleichberechtigung aller Teilnehmerinnen, ein festes erlebensorientiertes Muster oder vorgeschriebene Struktur und eine Moderation, die Dialoge lenken kann (Van der Kooij 2010).

### Pflegeprozess und mäeutische Methodik

Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell sieht den Pflegeprozess erlebens- und bedürfnisorientiert und enthält dazu entwickelte methodische Instrumente. Das Modell distanziiert sich von der gängigen Praxis, die Pflegeprozess und Pflegeplanung gleichsetzt. Bis in die pflegewissenschaftliche Literatur sind die Begriffe Pflegeprozess und problemorientierte Pflegeplanung mit Anamnese, Diagnose, Maßnahmen und Evaluierung identisch (Van der Kooij 2010, Kapitel 5). In dem mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell gilt der Pflegeprozess als die pflegerische Begleitung der Bewohnerin bzw. der Patientin in ihrem Prozess von Krankheit, Heilung oder Verlusten. Am Beginn dieses Prozesses werden sie in der Einrichtung empfangen, ein meist von Emotionen gekennzeichnetes Geschehen (Empfang und Einzug). Sie brauchen Zeit sich einzugewöhnen und um Gewohnheiten und Beziehungen aufzubauen (Eingewöhnungsphase). Dann folgt eine Phase, in der sie für kürzere oder längere Zeit mit der Situation und mit den Mitarbeiterinnen vertraut sind (Aufenthalt). Das Ende dieser Periode, sei es wegen Umzug, Verlegung oder Sterben, führt dann zur Abrundung der Periode und zur gefühlsmäßigen Verabschiedung (Van der Kooij 2010, Kapitel 5).

Für diese vier Zeitabschnitte, die je nach Person unterschiedlich lange dauern, verfügen die Pflegenden über angemessene methodische Instrumente. Die Instrumente beschäftigen sich einerseits mit den Gefühlen, Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und andererseits mit Behandlungsproblemen und Risikofaktoren. Die methodischen Instrumente beinhalten einen erlebensorientierten Beobachtungsbogen, einen Fragenbogen für die Lebensgeschichte, eine ‚Charakteristik‘ oder eine ganzheitliche Beschreibung dieses Menschen in seinem Erleben im Hier und Jetzt, eine erlebens- und bedürfnisorientierte Pflege- und Be-

treuungsübersicht und eine ‚klassische‘ Pflegeplanung für Behandlungsprobleme und Risikofaktoren. Die Pflege- und Betreuungsübersicht (oder die Pflegekarte) ist entsprechend der Tagesstrukturierung aufgebaut und behandelt Themen, die mit Persönlichkeit, Identität und Alltagsgestaltung (Van der Kooij 2010, Teil II) zu tun haben. Die AEDLs wurden umbenannt in BSDL oder Bedürfnisse zur Sicherung der Lebensqualität, ungeachtet der Gegebenheit, wie viel Hilfe man dabei braucht.

### Die Bewohnerinnenbesprechung

Die hier genannten schriftlichen methodischen Instrumente funktionieren erst dann richtig, wenn es dazu ein Kommunikationssystem gibt, das mündlichen Austausch und Besprechung ermöglicht. Ohne diese Kommunikation gibt es keinen gruppendynamischen Lernprozess (Buscher 2012). Grundlage des mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells ist die erlebensorientierte Bewohnerinnenbesprechung. Sie dauert 45 Minuten und ist ein Teamgespräch zum Austausch darüber, wie die Mitarbeiterinnen Gefühle, Bedürfnisse und Betreuung bei dieser Bewohnerin oder Kundin wahrnehmen und empfinden. Auch ihre eigenen Gefühle sind, wenn angebracht, Teil der Besprechung. Diese Besprechung hat die Betreuung und Pflege von *einer* Bewohnerin oder Kundin zum Inhalt. Sie ist gedacht für die Bewohnerinnen, die für die Ermöglichung von Lebensqualität von ihrer Umgebung abhängig sind, und die nicht imstande sind, ihre Bedürfnisse und Wünsche sprachlich zu äußern. Es handelt sich dabei zum Beispiel um Menschen mit Demenz, Aphasie (Schlaganfall), Depression, Korsakow, geistiger Behinderung und schwer behindernden körperlichen Krankheiten wie Parkinson oder Multipler Sklerose. Die Bewohnerinnenbesprechung führt zur Verfassung einer Charakteristik und zum Erstellen oder Überarbeiten der Pflege- und Betreuungsübersicht. Sie ist keine Fallbesprechung, hat also nicht zum Zweck, das Verhalten von herausfordernden Bewohnerinnen zu erörtern. Für die mäeutische Besprechung der Betreuung von Menschen mit für die Mitarbeiterinnen herausforderndem Verhalten gibt es einen separaten ‚Stufenplan‘ (Van der Kooij 2010, S. 153–157). Zwei auf Bewohnerinnenbesprechung und Stufenplan aufbauende Entwicklungen sind die ethische Bewohnerinnenbesprechung und die Schmerzbesprechung (Schmidt 2008, 2010).

### Implementierung

Die Implementierung dieses Modells geschieht adaptiv, das heißt mit einem an die Einrichtung oder Organisation angepassten Plan. Dieser Plan ist eine Mischung von standardisierten und nach Maß gestalteten Trainings und Beratung. Implementierung findet statt durch Fortbildung und Training von Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes, der Sozialen Dienste, der Hauswirtschaft und der Leitungskräfte. Training-on-the-Job ist ein wichtiger Teil der Fortbildung, vor allem zur Übung der Bewohnerinnenbesprechung. Daneben findet je nach Bedarf eine Beratung der Leitung statt. Im praktischen Sinne gibt es bei der Implementierung einen Bausteinplan, wissenschaftlich wird dieser Plan vom Sieben-S-Modell untermauert (Van der Kooij 2003). Voraussetzungen für das Gelingen der Implementierung sind neben Stabilität in der Organisation und Bezugspflege das Ermöglichen von Zeit für Fortbildung und Zeit für Bewohnerinnenbesprechungen. Die Planung dieser Besprechungen ist Aufgabe der Leitungskraft, Vorbereitung und Ausarbeitung sind Aufgaben der Bezugspflegekraft. Die Pflegedokumentation wird durch die Charakteristik ergänzt.

Ein erschwerender Faktor ist das Handhaben der zurzeit gängigen Pflegeplanung. Oft ist diese Pflegeplanung entlang der AEDLs zum Beispiel nach Krohwinkel aufgebaut. Argumente dafür sind, dass die Organisation und die Mitarbeiterinnen viel Zeit und Geld in Entwicklung, Fortbildung und EDV investiert haben. Die Handhabung der gängigen Pflegeplanung erschwert leider die Implementierung der Mäeutik. Sie ist von der Orientierung auf Gesundheit geprägt und regt die Mitarbeiterinnen an, defizitär, zielorientiert und fördernd zu denken. Sie fragt nicht systematisch nach Erleben von Krankheit und Verlusten, Verhalten und Bedürfnissen. Die Pflegedokumentation bleibt demzufolge trotz Einführung der Mäeutik oft ein Kompromiss zwischen problemorientierten und erlebungs- und bedürfnisorientierten Denkweisen. Nichtsdestotrotz kann die Implementierung der Mäeutik durch die Intensivierung der gefühlsbetonten Kommunikation und die Bewusstwerdung von positiven Kontaktmomenten die Kultur innerhalb eines Teams grundlegend ändern.

### Ergebnisse

Die Effektivität des mäeutischen Ansatzes wurde in einer triangulären randomisierten kontrollierten Studie (RCT) nachgewiesen. Diese RCT fand 1996 und 1997 statt und wurde in 2x8 Wohnbereichen in holländischen Pflegeheimen durchgeführt. Die Kontrollgruppe arbeitete nach dem damals gängigen Modell der Pflegeplanung, die experimentelle Gruppe kombinierte diese gängige Pflegeplanung mit den neuen Methoden aus dem mäeutischen Modell. Auch hier gab es somit einen Kompromiss zwischen der gängigen defizitär geprägten Planung und der mäeutischen erlebensorientierten Kommunikation.

Erforscht wurden die Implementierungseffektivität bei etwa 2x50 Mitarbeiterinnen und die Innovierungseffektivität bei 2x100 Bewohnerinnen mit leichter und mäßiger Alzheimerdemenz oder vaskulärer Demenz. Die *Implementierungseffektivität* beschäftigt sich mit der Frage, ob die geschulten Mitarbeiterinnen ihre Arbeitsweise und ihren Umgang mit den von Demenz betroffenen Bewohnerinnen tatsächlich verändert hatten. Diese Veränderungen wurden quantitativ und qualitativ geprüft. Es zeigte sich, dass sich die Mitarbeiterinnen in den experimentellen Wohnbereichen tatsächlich erlebensorientierter verhielten und mehr Interesse für die Lebensgeschichte hatten und dass der Zeitaufwand nicht anders war als bei der gängigen Betreuung. Es wurde auch klar, dass Mitarbeiterinnen, die nach dem Basiskurs auch am Aufbaukurs beteiligt waren, sich am stärksten weiterentwickelt hatten (Van der Kooij, Droës et al. 2012). Bei der Innovierung handelte es sich um eine standardisierte *Implementierung*, das methodische und multidisziplinäre Anwenden von integrierter, erlebensorientierter Pflege. Die *Innovierungseffektivität* betraf die Frage, wie und inwieweit das Verhalten der Menschen mit Demenz sich tatsächlich im positiven Sinne verändern würde. Auch Verhaltensänderungen wurden quantitativ und qualitativ geprüft. Es zeigte sich, dass sich das Selbstbild der an der Forschung teilnehmenden Bewohnerinnen in den experimentellen Wohnbereichen im Gegensatz zu den Bewohnerinnen der Kontrollbereiche in positive Richtung änderte und dass sie emotional ausgeglichener waren. Auch waren die leicht dementen Bewohnerinnen, die in ‚Validationsgruppen‘ mitgemacht hatten, sozial aktiver. (Finnema, Dröes et al. 1998). Eine Befragung der Angehörigen zeigte, dass die Mitarbeiterinnen sich mehr nach den Lebensgeschichten erkundigt hatten und

dass die Angehörigen eine Verbesserung im Umgang der Mitarbeiterinnen mit den Bewohnerinnen wahrnahmen. (Finnema, De Lange et al. 2001).

In Allgemeinen zeigt sich, dass Innovierungseffektivität von auf Gefühle abstimmenden Methoden sehr schwer zu erforschen ist (Halek und Bartholomeyczik, 2006). Der wichtigste Anstoß kommt bisher von den Pflegenden und den Betreuerinnen in den Einrichtungen, in denen Mäeutik eingeführt wurde. Am häufigsten hören wir, dass sie sich vielem ‚bewusstwerden‘, dass sie sich ihre positiven Kontaktmomente merken und dass sie einander mehr vertrauen und schätzen. Mäeutik bedeutet eine Weiterentwicklung der Professionalität von Pflegenden und von bewusster Pflegequalität (Wiesinger, 2009).

#### Fragen zur Vertiefung

- In welche Denkschulen und Klassifikationen lassen sich die Modelle, Theorien und Konzepte von Betty Neumann, Martha Rogers, Hildegard Peplau, Erwin Böhm, Silvia Neumann-Ponesch und Alfred Höller sowie Josi Bühlmann einordnen?
- Welches sind die fünf Klientenvariablen von Betty Neuman?
- Welche Aufgaben haben die Klientenvariablen bei Betty Neuman?
- Welche Aufgabe hat die Prävention im Modell von Betty Neuman?
- Was versteht Martha Rogers unter „pflegen“?
- Beschreiben Sie die Rollen der Pflegenden im Pflegeprozess in der Theorie von Hildegard Peplau!
- Beschreiben Sie die vier Phasen der Beziehung zwischen Pflegenden und Patientin in der Theorie von Hildegard Peplau.
- Wie definiert Erwin Böhm in seinem Modell Gesundheit und Krankheit?
- Beschreiben Sie den Regelkreis des pflegewissenschaftlichen Handelns im Modell von Erwin Böhm.
- Welche Argumente gibt es für die Anwendung von Gefühlsarbeit nach Silvia Neumann-Ponesch und Alfred Höller?

- Erläutern Sie die Prinzipien der Gefühlsarbeit nach Neumann-Ponesch und Höller.
- Welche theoretischen Grundlagen legt Bühlmann bei der Bewältigung eines Unfalls zugrunde?
- Was sind Struktur-, Prozess- und Ergebniskomponenten? Nennen Sie Beispiele aus dem Modellprojekt EDe.
- Erklären Sie die Schlüsselbegriffe der Mäeutik.

#### Weiterführende Literatur zu Betty Neuman

- Hinds, C.: Personal and contextual factors predicting patients' reported quality of life: exploring congruency with Betty Neuman's assumptions. *Journal of Advanced Nursing* 15/1990, S. 456–462.
- Neuman, B.: Das Systemmodell. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1998.
- Neuman, B.: The systems concept in nursing. In: Neuman, B.: *The Neuman systems model: Application to nursing education and practice*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1982, S. 3–7.
- Ross, M./Bourbonnais, F.: The Betty Neuman systems model in nursing practice: a case study approach. *Journal of Advanced Nursing* 10/1985, S. 199–207.
- Schrader, J.: Inwieweit erfaßt „The Neuman Systems Model“ subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte? Projektgruppe Subjektive Gesundheits- und Krankheitskonzepte. Die Kunst der patientenorientierten Pflege. Frankfurt a. M.: Mabuse, 1997.
- Internet: <http://www.neumansystemmodel.com/NSMdocs/nsmbib1.htm>

#### Weiterführende Literatur zu Martha Rogers

- Barrett, E.: *Visions of Rogers' science-based nursing*. New York: National League for Nursing, 1990.
- Cowling, W.: Unitary Knowing in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly* 6/1993, S. 201 ff.
- Hosking, P.: Utilizing Rogers' Theory of Self-Concept in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 18/1993, S. 980–984.
- Mason, T.: A critical review of the use of Rogers' model within a special hospital: a single case study. *Journal of Advanced Nursing* 15/1990, S. 130–141.
- Rogers, M.: *Theoretische Grundlagen der Pflege. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1997.

**Weiterführende Literatur zu Hildegard Peplau**

- Aggleton, P./Chalmers, H.: Peplau's development model. *Nursing Times* 86 (2)/1990, S. 38–40.
- Gastmans, C.: Interpersonal relations in nursing: a philosophical-ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing* 28/1998, S. 1312–1319.
- Hüsken, W.: Peplau: Krankheit als Lernchance. *Krankenpflege/soins infirmiers* 3/1997, S. 20 f.
- Kellnhauser, E.: Primary Nursing und die Interaktionstheorie von Hildegard Peplau. *Die Schwester/Der Pfleger* 8/1998, S. 633–638.
- Peplau, H.: *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Putnam, 1952.
- Peplau, H.: *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Rahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel: Recom, 1995.
- Peplau, H.: *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Ausgewählte Werke*. Bern: Huber, 1997.
- Peplau, H.: *Interpersonale Beziehungen in der psychiatrischen Pflege*. In: Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A.: *Pflege-theorien*. Bern: Huber, 1997.
- Roth-Langhorst, H.: *Persönlichkeitsentwicklung als zentrale Aufgabe. Altenpflege* 1/1998.
- Simpson, H.: *Pflege nach Peplau, Bd. 3*. Freiburg i. Br.: Lambertus, 1997.

**Weiterführende Literatur zu Erwin Böhm**

- Böhm, E.: *Verwirrt nicht die Verwirrten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1988.
- Böhm, E.: *Alte verstehen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1991.
- Böhm, E.: *Pflegediagnosen nach Böhm*. Basel: Recom, 4. Aufl. 1994.
- Böhm, E.: *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm*. Wien: Wilhelm Maudrich, 1999.

**Weiterführende Literatur zu Neumann-Ponesch und Höller**

- Neumann-Ponesch, S.: *Orientiert am Patienten*. *Österreichische Krankenhauszeitung* 2009, S. 26–29.
- Neumann-Ponesch, S./Höller, A.: *Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung: Altes Konzept ganz neu?* Wien: Springer, 2010.

**Weiterführende Literatur zu van der Ahe, Meyer, Weidner, Lang, Isfort**

- www.dip.de: Abschlussbericht EDE
- Barthelmess, M.: *Systemische Beratung. Eine Einführung für psychosoziale Berufe*. Weinheim, München: Juventa, 2005.
- Oevermann, U.: *Theoretische Skizzen einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*. In: Combe, A./Helsper, W. (Hg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1996, S. 70–182.
- Weidner, F.: *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – Eine empirische Untersuchung der beruflichen Voraussetzungen und Perspektiven der Krankenpflege*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 1995.
- Wiesinger, B.: *Einführung des Mäeutischen Pflegemodells nach Cora van der Kooij in Österreich und dessen Auswirkungen auf Management und Strategieentwicklung in der stationären Altenversorgung*. Donauuniversität Krems: Master-Thesis, 2009.

**Weiterführende Literatur zu van der Kooij**

- Finnema, E., Dröes, R.M., Ettema, T.P., Ooms, M.E., Adèr, H., Ribbe, M.W., Tilburg, W. van. *The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on professional carers; a randomized clinical trial*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (4), 330–43, 2005.
- Hallwirth-Spörk, D.: *Merkmale der sokratischen Methode im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell von Cora van der Kooij*. Master Thesis Nursing Science. Donau Universität Krems. Apeldoorn: Zorgtalentproducties, 2005.
- Schmidt, G.: *Entwicklung eines mäeutischen Instrumentes zur ethischen Entscheidungshilfe. Leitfaden zur Nutzung der Bewohnerinnen- bzw. Bewohnerbesprechung bei ethischen Fragestellungen*. Master Thesis, *Advanced Nursing Studies, Palliative Care*. Alpen-Adria-Universität, Klagenfurt, Wien, 2008.
- Van der Kooij, C.H.: *Ein Lächeln im Vorübergehen*. Bern: Huber Verlag, 2007.
- Van der Kooij, C.H.: *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. Darstellung und Dokumentation*. Bern: Huber Verlag, 2010.
- Van der Kooij, C.H.: *Mäeutik: gefühlsmäßige Professionalität*. *Pflegenetz* 2011/01, S. 9–11.
- Van der Kooij, C.H., Drees R.M., De Lange J., Ettema T.P., Cools H.J.M., Van Tilburg W. van: *The implementation of integrated emotion-oriented care: did it actually change the attitude, skills and time-spent of trained caregivers?* *Dementia*, online version, march 2012.