



**HOCHSCHULE OSNABRÜCK**  
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik  
Institut für Duale Studiengänge  
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

**BACHELORARBEIT**

**Beziehungsfördernde Kommunikation bei  
einer Frau mit totalem Vertrauensverlust  
zum Gesundheitspersonal bedingt durch  
*Negativ Erleben* in der Vergangenheit  
- eine Fallanalyse**

Erstgutachterin: Prof'in Dr. rer. medic. Stefanie Seeling  
Zweitgutachterin: Isabel Alsmann (B.A.)

Eingereicht von: Kerstin Stubbe  
Matrikelnummer: 749479

Eingereicht am: 25.05.2020



# Zusammenfassung

## Hintergrund:

Patienten erleben während eines Krankenhausaufenthaltes psychische Belastungen, da sie aufgrund ihrer Unwissenheit über ihre Erkrankung und deren Behandlung dem Gesundheitspersonal untergeordnet sind. So wird ein grundlegendes Vertrauen von Patienten zu diesen Professionellen benötigt. Verschiedene Befragungen zeigten allerdings, dass etwa ein Drittel der deutschen Bevölkerung dem Gesundheitswesen kaum oder gar kein Vertrauen schenkt. Diese Patienten mit Misstrauen gelten als *schwierige* Patienten, da ein Beziehungsaufbau zu diesen anspruchsvoll ist und ihr Verhalten oft nicht dem therapeutischen Plan entspricht.

## Methodisches Vorgehen:

Ziel dieser Arbeit ist es, das Gesundheitspersonal für die Relevanz der Beziehung zu Patienten zu sensibilisieren und kommunikative Interventionen aufzuzeigen, die einen Beziehungsaufbau mit *schwierigen* Patienten ermöglichen. Die Erarbeitung erfolgt anhand der Fallanalyse einer Patientin, die durch frühere traumatische Erlebnisse einen Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal erfahren hat. Die Forschungsfrage lautet: Welche beziehungsfördernde Kommunikation ist bei einer Frau mit totalem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal bedingt durch *Negativ Erleben* in der Vergangenheit erforderlich? Die Bearbeitung erfolgt anhand des Hermeneutischen Fallverstehens und mehrerer Literaturrecherchen.

## Ergebnisse:

Eine Beziehung zwischen einem Patienten und einem Arzt/ einer Pflegekraft hat einen positiven Effekt auf die Adhärenz des Patienten und so auf das Gesundheitsergebnis. Unterschiedliche Herangehensweisen können den Beziehungsaufbau bei Menschen mit einem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal fördern: Die Narrative Expositionstherapie und die Klientenzentrierte Gesprächsführung. Diese Maßnahmen können individuell auf andere Patienten übertragen werden. Eine Steigerung des Vertrauens fördert die Beziehung zwischen Patienten und Personal und so dessen Adhärenz. Durch ein positives Gesundheitsergebnis von Patienten wird ihr generalisiertes Vertrauen zum Gesundheitswesen gestärkt.

## Schlussfolgerungen:

Das Gesundheitspersonal eines Krankenhauses sollte in der pflegerischen bzw. ärztlichen Ausbildung und während der Berufsausübung an Schulungen über eine professionelle Beziehungsgestaltung durch Kommunikation teilnehmen. So können Kommunikationstechniken effizient in der Praxis umgesetzt werden. Es wird erlernt, wie eine professionelle Beziehung auch zu *schwierigen* Patienten aufgebaut werden kann.

## Abstract

### Background:

Patients experience psychological stress during a hospital stay because they are subordinated to the health care staff due to their unawareness of their disease and its treatment. Thus, a basic trust of patients to these health care professionals is needed. However, various surveys have shown that about one third of the German population has little or no trust in the health care system. Those patients with mistrust are considered as *difficult* patients because building up a relationship with them is demanding and their behavior often does not correspond to the therapeutic plan.

### Methods:

The aim of this work is to sensitize health care professionals to the relevance of the relationship with patients and to show communicative interventions that enable the development of relationships with difficult patients. The work is based on the case analysis of a female patient who has experienced a loss of trust in the health care staff due to previous traumatic experiences. The research question is: Which relationship-promoting communication is necessary for a woman with a total loss of trust in the health care personnel due to negative experiences in the past? The approach is based on hermeneutical case understanding and literature research.

### Results:

A relationship between a patient and a doctor/nurse has a positive effect on the patient's adherence and thus on the health outcome. Different approaches can help to build relationships with people who have lost trust in the healthcare professional: The Narrative Exposure Therapy and the Client-Centered Conversation. These interventions can be transferred individually to other patients. An increase in trust helps building a relationship between patients and staff and thus its adherence. Generally a positive health outcome of patients strengthens their overall trust in the health care system.

### Conclusions:

Health care staff in a hospital should participate in training courses on professional relationship management through communication in nursing or medical education and during professional practice. In this way, communication techniques can be efficiently put into practice. They learn how to build a professional relationship even with a *difficult* patient.

## I. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis .....	VI
III. Abbildungsverzeichnis .....	VII
IV. Tabellenverzeichnis .....	VIII
1. Einleitung .....	1
1.1 Zielsetzung und Fragestellung .....	1
1.2 Abgrenzung des Themas .....	1
1.3 Aufbau der Arbeit .....	2
2. Problemhintergrund .....	2
2.1 Psychische Belastungen während eines Krankenhausaufenthaltes .....	3
2.2 Vertrauen der deutschen Bevölkerung zum Gesundheitswesen .....	4
3. Theoretischer Rahmen .....	5
3.1 Professionelle Beziehungsgestaltung .....	5
3.2 Vertrauen und Misstrauen .....	6
3.2.1 Positionsbestimmung von Vertrauen .....	6
3.2.2 Misstrauen im Gesundheitswesen .....	9
3.3 Gesundheitspersonal .....	10
3.3.1 Kommunikations- und Interaktionskompetenzen von Pflegefachkräften .....	11
3.3.2 Kommunikations- und Interaktionskompetenzen von Ärzten .....	13
3.4 Die Erwachsenenphase .....	14
3.5 Negativ Erleben .....	15
4. Methodisches Vorgehen .....	16
4.1 Die hermeneutische Fallanalyse .....	16
4.2 Literaturrecherche .....	17
5. Fallbeschreibung .....	19
5.1 Falldarstellung Frau T. .....	19
5.1.1 Entwicklungsbedingte Selbstpfleegerfordernisse .....	19
5.1.2 Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse .....	20

5.1.3 Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse.....	20
5.2 Dimension und Perspektive der Fallbearbeitung .....	21
5.2.1 Dimension der Fallbearbeitung: Pflegeempfängerin.....	21
5.2.2 Perspektive der Fallbearbeitung: Handlungsebene/ Beziehungsgestaltung .....	22
6. Fallanalyse.....	22
6.1 Genogramm .....	22
6.2 Ein Assessment zur Analyse des Vertrauensverlustes .....	24
6.3 Tod der Eltern als traumatisches Erlebnis .....	24
6.4 Pflegediagnosen .....	26
6.4.1 Angst .....	26
6.4.2 Beeinträchtigte Beziehung .....	27
6.4.3 Unwirksame Adhärenz.....	28
6.5 Einfluss des Misstrauens in die Gesundheitsberufe auf das Gesundheitsergebnis.	30
7. Beziehungsfördernde Kommunikation.....	31
7.1 Narrative Expositionstherapie.....	31
7.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung .....	36
7.3 Verknüpfung der Ergebnisse zur Falllösung.....	41
8. Fazit.....	43
9. Ausblick .....	44
10. Kritische Reflexion .....	45
V. Literaturverzeichnis .....	IX
VI. Rechtsquellenverzeichnis .....	XIII
VII. Anhang .....	XIV
Eidesstattliche Erklärung	

## II. Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärzte
BMI	Body- Mass- Index
CanMEDS	Canadian Medical Education Directives for Specialists
CFAM	Calgary Familien-Assessment-Modell
DBIS	Datenbank- Infosystem
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HCR	The health care relationship trust scale
Hüft- TEP	Hüft- Totalendoprothese
ICN	International Council of Nurses
IES- R	Impact of Event- Skala- revidierte Version
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MeSH	Medical Subject Headings
NET	Narrative Expositionstherapie
PfIAPrV	Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung
PfIBG	Pflegeberufegesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
Scinos	Scientific information Osnabrück

### III. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kontinuum von Misstrauen und Vertrauen .....	7
Abb. 2: Personalstruktur der Krankenhäuser 2017 (Vollkräfte).....	10
Abb. 3: Genogramm der Familie von Frau T. ....	23
Abb. 4: Ergebnisse der Falllösung. ....	41



## IV. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Vertrauen in das Gesundheitssystem von 1984 bis 2008 (in %) .....	4
Tab. 2: Plan der Narrativen Expositionstherapie .....	32
Tab. 3: Konkrete Beispiele der Klientenzentrierten Gesprächsführung mit Frau T. ....	39

## 1. Einleitung

Die Verfasserin dieser Arbeit ist Studierende des Studiengangs Pflege (dual) im achten Semester und strebt den akademischen Abschluss Bachelor of Science an. Diese Bachelorarbeit stellt die Abschlussarbeit zum Erreichen des angestrebten Studienabschlusses dar.

Die Motivation für das Thema entstand durch das Erleben einer Patientin, die das Team der Pflegefachkräfte und der Ärzte in der Praxis als *schwierige* Patientin bezeichnete, weil sie sich kaum an die Maßnahmen des therapeutischen Plans hielt und sich gegenüber dem Gesundheitspersonal zurückgezogen und abweisend verhielt. Es stellte sich die Frage, wie auch für eine solche *schwierige* Patientin eine adäquate Versorgung gewährleistet werden kann. Die Erarbeitung dessen erfolgt anhand der Auseinandersetzung mit der Fallsituation einer 58-jährigen Patientin, die aufgrund von *Negativ Erleben* in der Vergangenheit einen totalen Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal aufweist.

Der Fall ist unter Einhaltung des Datenschutzes und unter der Beachtung des Kodexes des International Council of Nurses (ICN) soweit anonymisiert, dass keine Rückschlüsse auf die Daten der Patientin möglich sind. In der gesamten Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.

### 1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, das Gesundheitspersonal im stationären Setting Krankenhaus für die Auswirkungen ihres Umgangs mit *schwierigen* Patienten und für die Bedeutung der Beziehung zwischen einem Patienten und dem Gesundheitspersonal zu sensibilisieren. Es sollen Empfehlungen für Kommunikationstechniken bei Patienten mit einem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal ausgesprochen werden. Diese sollen helfen, eine Beziehung zu diesen Patienten aufzubauen, die das Gesundheitsergebnis eines Patienten positiv beeinflussen kann. So kann auch für *schwierige* Patienten eine adäquate Versorgung gewährleistet werden.

Die konkrete Forschungsfrage lautet: Welche beziehungsfördernde Kommunikation ist bei einer Frau mit totalem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal bedingt durch *Negativ Erleben* in der Vergangenheit erforderlich?

### 1.2 Abgrenzung des Themas

Abzugrenzen von dieser Arbeit ist die Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen oder alten Menschen. Der Fokus liegt nur auf der Lebensphase des Erwachsenenalters. Zudem handelt es sich ausschließlich um Kommunikationsmöglichkeiten von Ärzten und Pflegekräften zum Pflegeempfänger. Andere Gesundheitsprofessionen werden nicht berücksichtigt, da diese kaum in Kontakt mit der Patientin stehen. Die Beziehung und das Vertrauen von Patienten

zum Gesundheitspersonal kann auch durch andere Maßnahmen beeinflusst werden, die nicht die Kommunikation betreffen. Auch diese werden in dieser Arbeit außer Acht gelassen. Des Weiteren haben andere Gesundheitsprobleme, die nicht den Vertrauensverlust der Patientin betreffen, kaum eine Bedeutung für die Fallbearbeitung.

### **1.3 Aufbau der Arbeit**

Zunächst wird im Problemhintergrund (Kap. 2), der von psychischen Belastungen während einer Hospitalisierung und vom allgemeinen Vertrauensverlust der deutschen Bevölkerung zum Gesundheitswesen handelt, die Notwendigkeit einer Beziehungsförderung zu Patienten durch das Gesundheitspersonal verdeutlicht. Die anschließende Einordnung in einen theoretischen Rahmen (Kap. 3) befasst sich mit der Begriffsklärung von Beziehungsgestaltung, Vertrauen und Misstrauen. Außerdem wird das Gesundheitspersonal in Bezug auf die Fallbearbeitung eingegrenzt und dessen kommunikative Kompetenzen beschrieben. Zuletzt befasst sich der theoretische Rahmen mit der Lebensphase Erwachsenenalter und mit den Auswirkungen von *Negativ Erleben*. Danach wird das methodische Vorgehen dieser Arbeit (Kap. 4) erläutert. Dabei handelt es sich um die Hermeneutische Fallanalyse nach Bertha Schrems und um die Darstellung der Literaturrecherche und -bewertung.

Es erfolgt eine Fallbeschreibung der Patientin (Kap. 5) sowohl anhand der drei Selbstpflegetherfordernisse nach Orem und als auch anhand einer Begründung der gewählten Dimension und Perspektive der Fallbearbeitung. Darauf aufbauend wird der Fall mithilfe eines Genogramms, eines Assessments zur Analyse des Vertrauensverlustes und mithilfe verschiedener Pflegediagnosen analysiert (Kap. 6). Zudem wird der Einfluss des Misstrauens auf den Genesungsprozess erläutert.

Im letzten Teil der Bachelorarbeit werden theoretische Erkenntnisse auf den Fall transferiert (Kap. 7). Zwei Kommunikationstechniken, die den Beziehungsaufbau zu der Patientin fördern, werden angewandt. Dabei handelt es sich um die Narrative Expositionstherapie (NET) und die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers.

Ein Fazit der Bachelorarbeit, ein Ausblick auf notwendige kommunikative Schulungen und eine kritische Reflexion beschließen die Arbeit.

## **2. Problemhintergrund**

Die folgenden Ausführungen über psychische Belastungen während eines Krankenhausaufenthaltes und über das eingeschränkte Vertrauen der deutschen Bevölkerung zum Gesundheitswesen sollen die Relevanz der Beziehungsförderung durch das Gesundheitspersonal verständlich machen.

## 2.1 Psychische Belastungen während eines Krankenhausaufenthaltes

Ein Krankenhausaufenthalt beinhaltet für einen Patienten verschiedene psychische Belastungen. Dieser leidet an einer Erkrankung, die in ihm Schmerzen, Ängste und Unsicherheiten auslösen kann. Er steht unter Stress und reagiert deshalb oft sehr emotional.

Der Krankenhausaufenthalt erstreckt sich in der Regel über mehrere Tage oder Wochen, in denen der Patient seinen Tagesablauf kaum kontrollieren kann, da dieser durch die Institution Krankenhaus vorbestimmt ist. Der Patient hat nur wenig Kontakt zur Außenwelt (vgl. Haselhoff, 2010, S.28f.). Er hat seine sozial stabilisierende und vertraute Umwelt verlassen und muss Beziehungen zu seiner Familie und zu Freunden einschränken. Auch einen Statusverlust kann ein Patient erleben, wenn er die gewohnten Rollen, wie die Rolle als Arbeitnehmer oder als verantwortungsvolles Familienmitglied, für kurze oder lange Zeit aufgibt. Der Patient wird zu einer *Nummer* und verliert seine vorherige Identität (vgl. Haselhoff, 2010, S.49).

Die Privatsphäre ist eingeschränkt, da sich ein Patient dem Gesundheitspersonal physisch als auch psychisch offenbaren soll. Auch auf die Nähe und Distanz zu Mitpatienten, die sich auf derselben Station oder im selben Patientenzimmer befinden, hat er kaum einen Einfluss (vgl. Haselhoff, 2010, S.29). Außerdem ist er vom Gesundheitspersonal abhängig und erlebt einen Kontrollverlust über sich selbst und über seine Ressourcen. Er ist schon bei der Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen, wie Essen und Trinken, auf das Personal angewiesen. Dadurch erlebt er eine ungewohnte Unselbstständigkeit bzw. eine Infantilisierung (vgl. Haselhoff, 2010, S.49).

Ein Patient ist in der Regel Laie und unwissend über seine Erkrankung und über die Notwendigkeit von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen. Er muss der Angemessenheit der Behandlung durch das Gesundheitspersonal vertrauen und kann die Qualität der Behandlung kaum einschätzen. Ärzte haben eine große Autonomie und wären in der Lage, die Vulnerabilität und Abhängigkeit des Patienten auszunutzen, um einen eigenen Vorteil, z.B. finanziell, zu erlangen (vgl. Haselhoff, 2010, S.38). Es herrscht eine Informationsasymmetrie zwischen dem Patienten und einem Arzt/ einer Pflegekraft, die ihnen Macht über den Patienten ermöglicht (vgl. Haselhoff, 2010, S.28).

Die Entscheidung über die Versorgung beinhaltet immer das Risiko, dass das Leben eines Patienten gefährdet werden kann. Es kann nie sicher davon ausgegangen werden, dass die Behandlung für den Patienten gut verlaufen wird. Der Gesundheitszustand bei der Entlassung oder Verlegung ist für den Patienten nicht vorhersehbar. Eine nosokomiale Infektion oder verschiedene Behandlungsfehler können nie ausgeschlossen werden. Der Patient gibt somit sein Leben in die Hände des Arztes und der Pflegefachkräfte (vgl. Haselhoff, 2010, S.30).

## 2.2 Vertrauen der deutschen Bevölkerung zum Gesundheitswesen

Vertrauen in das Gesundheitswesen meint eine Gewissheit zu haben, angemessen behandelt zu werden, wenn gesundheitliche Versorgung benötigt wird (vgl. Grünberg, 2014, S.207). Das Vertrauen der deutschen Bevölkerung zum Gesundheitswesen ist in den letzten Jahrzehnten gesunken.

	1984	1994	2000	2002	2008
Kein Vertrauen	1,1	3,2	3,3	4,1	6,6
Sehr wenig Vertrauen	2,8	5,1	4,9	7,3	9,3
Wenig Vertrauen	6,9	12,7	13,9	15,6	20,9
Mittel	14,9	20,9	25,6	25,6	26,4
Etwas Vertrauen	26,7	24,7	28	26,4	21,1
Viel Vertrauen	28,6	21,7	17,3	14,9	10,2
Sehr viel Vertrauen	19,1	11,6	7,1	6,2	5,4

**Tabelle 1: Vertrauen in das Gesundheitssystem von 1984 bis 2008 (in %)**  
(nach Grünberg, 2014, S.217)

Während 47,7 Prozent der deutschen Bevölkerung im Jahr 1984 sehr viel oder viel Vertrauen in das Gesundheitssystem hatte, waren es 2008 lediglich 15,6 Prozent. Zudem hatten 2008 mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung wenig, sehr wenig oder gar kein Vertrauen in das Gesundheitssystem. Der Gesundheitsmonitor 2010 der Bertelsmann Stiftung zeigt zudem, dass die deutsche Bevölkerung im Jahr 2010 dem zukünftigen Gesundheitssystem noch weniger Vertrauen schenkte als dem damaligen (vgl. Grünberg, 2014, S.217).

Eine Statistik zu einer Umfrage über das Ausmaß des Vertrauens in das Gesundheitswesen aus dem Jahr 2017 (siehe Anhang 1) verdeutlicht, dass das Vertrauen auch in den letzten Jahren weiterhin eingeschränkt war: Fast die Hälfte aller Befragten wies ein mittelmäßiges Vertrauen zum Gesundheitswesen auf, während 18 Prozent der Befragten ein eher niedriges, sehr niedriges oder gar kein Vertrauen hatte (vgl. Statista, 2017, o.S.).

Es sind maßgebliche Unterschiede des Vertrauens zu den Gesundheitsorganisationen vorhanden: Etwa 65 Prozent der Deutschen berichteten über das Vorhandensein eines Vertrauens zu Krankenhäusern und 87 Prozent vertrauten den Krankenkassen. Sehr niedrig war das Vertrauen zu Pflegeheimen mit etwa 22 Prozent (vgl. Grünberg, 2014, S.215f.).

Die beiden dargestellten Ausführungen verdeutlichen die Relevanz der Vertrauens- und Beziehungsförderung durch das Gesundheitspersonal. Nur durch eine Beziehung zum Gesundheitspersonal kann das Gesundheitsergebnis verbessert werden. Durch einen guten Behandlungserfolg und daraus resultierendem persönlichen Vertrauen kann dann wiederum das generalisierte Vertrauen zum Gesundheitswesen steigen.

### 3. Theoretischer Rahmen

Im Folgenden wird der theoretische Rahmen erläutert, der die Basis für das Verständnis der Fallanalyse und des Transfers bildet. Zuerst wird ein Überblick über eine professionelle Beziehungsgestaltung gegeben. Zusätzlich werden die Begriffe Vertrauen und Misstrauen erläutert. Anschließend erfolgen eine Eingrenzung des für die Fallbearbeitung relevanten Gesundheitspersonals und eine Einordnung ihrer kommunikativen Kompetenzen. Außerdem werden die Lebensphase Erwachsenenalter und die Auswirkung von kritischen Lebensereignissen beschrieben.

#### 3.1 Professionelle Beziehungsgestaltung

Die Beziehung zwischen einem Patienten und einem Professionellen des Gesundheitswesens während eines stationären Krankenhausaufenthaltes ist eine berufliche Beziehung, die weder vom individuellen Patienten noch vom Gesundheitspersonal freiwillig gewählt wurde. Sie ist eher von kurzer Dauer und an einen Zweck gebunden (vgl. Bükler, 2019, S.19). Aufgrund der geringen Distanz handelt es sich auch um eine persönliche Beziehung.

Eine Beziehung im Gesundheitsbereich wird folgendermaßen definiert:

*„Qualität der Verbundenheit oder Distanz sowie der Verbindung zwischen Menschen aufgrund von Austauschprozessen, z.B. Sprache, Gestik, Mimik, Berührung (Kommunikation). Beziehungen sind immer wechselseitig und entstehen sowohl bei aktivem, scheinbar einseitigem oder vermeintlich nichtvorhandenem Austausch (z.B. gemeinsames Schweigen)“* (Bauer, 2016, o.S., zitiert nach Bükler, 2019, S.20).

Interaktion und Kommunikation sind bedeutende Bestandteile der Beziehung zwischen einem Patienten und einem Professionellen. Diese sind die Basis, um gemeinsam an den Problemlagen des Pflegeempfängers zu arbeiten (vgl. Bükler, 2019, S.18). Eine gute Beziehung zu den professionellen Akteuren hat eine zentrale Relevanz für einen Patienten, da dessen Ängste und Sorgen, die durch den Krankenhausaufenthalt entstehen, mithilfe dieser bewältigt werden können. Auch die selbst wahrgenommene Vulnerabilität eines Patienten kann reduziert werden. So kann der Erfolg der therapeutischen und pflegerischen Therapie gesteigert werden. Zudem spielt die Beziehung zusammen mit den fachlichen Kompetenzen bzw. der Leistungserbringung vom Gesundheitspersonal eine zentrale Rolle für die Einschätzung der Versorgungsqualität (vgl. Bükler, 2019, S.31f.).

Auch Pflegende haben einen Vorteil durch eine gute Beziehung zum Patienten, da ein höherer Erfolg der Behandlung eine persönliche Zufriedenheit auslöst (vgl. Bükler, 2019, S.34f.).

Die Basis einer guten Beziehung zwischen einem Patienten und einem Professionellen aus dem Gesundheitsbereich umfasst drei wesentliche Elemente: Respekt, Vertrauen und Gegenseitigkeit. Zunächst muss dem Patienten vom Gesundheitspersonal Respekt und Ver-

trauen entgegengebracht werden, um einen erfolgreichen Beziehungsaufbau zu ermöglichen.

Respekt vor sich selbst und vor anderen ist der wichtigste moralische Grundwert einer Beziehung. Das schließt Ehrlichkeit, Großzügigkeit und Selbstlosigkeit mit ein. Charakteristisch für eine respektvolle Beziehung zwischen Einzelpersonen sind Wertschätzung, die Bereitschaft, Anderen zuzuhören, Loyalität, Toleranz und Verständnis für die Situation des Anderen. Dieses lässt sich auf die Beziehung zwischen einem Patienten und dem Gesundheitspersonal übertragen. Die Basis des Respektes liegt im persönlichen moralischen Wissen jedes Einzelnen. Somit ist es eine Aufgabe vom Gesundheitspersonal, dem Patienten gegenüber Respekt zu zeigen (vgl. Tarlier, 2004, S.236f.).

Auch Vertrauen ist ein essentieller Bestandteil einer Beziehung. Vertrauensaufbau beruht zwar auf einer persönlichen Moral, gehört aber auch zum Berufsverständnis und zu den Kompetenzen des Gesundheitspersonals. Die Entwicklung von Vertrauen ist ein multidimensionaler Prozess, der auf gegenseitigem Respekt beruht. Pflegende sind moralisch verpflichtet, sich um die Vertrauensbildung des Patienten zu bemühen. Der Patient benötigt Vertrauen, da er sich auf die Versorgung durch eine fremde Person und auf deren Kompetenzen einlassen muss (vgl. Tarlier, 2004, S.237f.).

Das dritte Element einer professionellen Beziehungsgestaltung ist die Gegenseitigkeit, da nur durch die Bemühungen beider Beteiligten eine gute Beziehung aufgebaut werden kann. Es handelt sich um eine Zusammenarbeit oder Partnerschaft (vgl. Tarlier, 2004, S.238.).

Jede individuelle Beziehung zwischen einem Patienten und einer Pflegekraft oder einem Arzt kann variieren. Allerdings sind die Fundamente jeder guten Beziehung gegenseitiger Respekt und gegenseitiges Vertrauen (vgl. Tarlier, 2004, S.236ff.).

## **3.2 Vertrauen und Misstrauen**

Der Zusammenhang von Vertrauen und Misstrauen wird mithilfe einer Positionsbestimmung von Vertrauen und der Erläuterung des Misstrauens im Gesundheitswesen verdeutlicht.

### **3.2.1 Positionsbestimmung von Vertrauen**

Im Nachschlagewerk Brockhaus wird Vertrauen wie folgt definiert:

*„...emotionale Sicherheit, einem anderen Menschen und dem eigenen Dasein offen gegenüberzutreten und sich hingeben zu können; auch optimistische Einstellung (Vertrauen in die Welt)“* (Brockhaus, 2020c, o.S.).

Zudem ist Vertrauen die Basis für eine enge Beziehung zwischen zwei Menschen, für das Zusammenkommen mit einem fremden Menschen und für jede Kommunikation (vgl. Brockhaus, 2020c, o.S.). Vertrauen zum Gesundheitspersonal zu haben, meint folglich, dass der Patient sich der gesundheitlichen Versorgung hingeben kann, obwohl er nicht weiß, ob diese zu den gewünschten Gesundheitszielen führen wird.

Da die Asymmetrie zwischen dem Patienten und dem Gesundheitspersonal oft unüberwindbar ist, ist es für einen Patienten notwendig, zu vertrauen:

*„The need for trust and reliance on trust are especially important in health care because of patients‘ acute vulnerability to suffering, lost opportunity, and lack of power“* (Goold, 2001, S.26, zitiert nach Haselhoff, 2010, S.55).

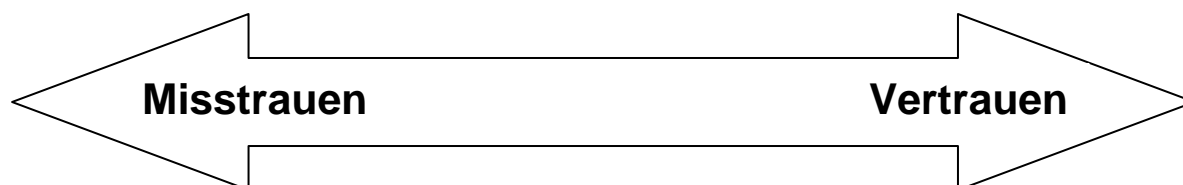
Das Vertrauen eines Erwachsenen zum Gesundheitssystem wird durch persönliche Erfahrungen, durch die Kommunikation anderer Menschen über ihre Erfahrungen und durch die Medien beeinflusst. Diese drei Faktoren wirken sich aufeinander aus und können eine bereits vorliegende negative oder positive Einstellung zum Gesundheitswesen verstärken (vgl. Grünberg, 2014, S.207).

Häufig von Bedeutung für die Entwicklung eines persönlichen Vertrauens zum Gesundheitspersonal sind deren Loyalität, Ehrlichkeit, Kompetenz und Vertraulichkeit. Durch einzelne positive Erfahrungen, z.B. beim letzten Kontakt mit einem Arzt, kann das Vertrauen zum gesamten Gesundheitssystem gestärkt werden (vgl. Grünberg, 2014, S.209ff.). Für das Vertrauen von Patienten in einzelne Krankenhäuser ist dessen öffentliches Ansehen, Atmosphäre und Organisation ausschlaggebend (vgl. Haselhoff, 2010, S.176).

Berichte von Dritten über negative oder positive Erfahrungen wirken sich generalisierend auf das Vertrauen zum Gesundheitssystem aus, wenn die Person nicht direkt in Kontakt mit der beschriebenen Gesundheitsperson steht (vgl. Grünberg, 2014, S.257).

Medien sind wichtige Vertrauensvermittler und nehmen Einfluss auf die allgemeinen Erwartungen der deutschen Bevölkerung an das Gesundheitspersonal und an die Gesundheitseinrichtungen. In der Vergangenheit wurde oft über verschiedene negative Vorkommnisse in Krankenhäusern berichtet, wie z.B. über Hygienemängel und Abrechnungs- oder Behandlungsfehler. Solche Berichte können zu einem generalisierten Vertrauensverlust in das Gesundheitspersonal und/ oder in Gesundheitsorganisationen führen (vgl. Grünberg, 2014, S.261).

Vertrauen und Misstrauen werden als Pole eines Kontinuums verstanden, da sie voneinander abhängig sind:



**Abbildung 1: Kontinuum von Misstrauen und Vertrauen**  
(nach Grünberg, 2014, S.50)



Das Kontinuum von Vertrauen und Misstrauen verdeutlicht, dass Vertrauen und Misstrauen in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. „Erst ein enttäushtes Vertrauen, etwa durch Missbrauch des Vertrauens durch andere, führt zu Misstrauen“ (Brockhaus, 2020c, o.S.). Somit sind Misstrauen und Vertrauen äquivalente Begriffe (vgl. Grünberg, 2014, S.368).

Ist gar kein Vertrauen mehr vorhanden, dann handelt es sich um pathologisches Misstrauen bzw. um Paranoia. Ist nur Vertrauen, und kein Misstrauen, vorhanden, dann erlebt die Person ein Blindes Vertrauen, Abhängigkeit und Passivität. Beide Extreme sind unangebracht, da eine Balance zwischen Vertrauen und Misstrauen bestehen sollte. Es gibt Situationen, wie das Erhalten einer E-Mail, die einen Lottogewinn verspricht, bei denen Misstrauen angebracht ist. Es gibt auch Situationen, in denen ein sehr hohes Vertrauen notwendig ist, wie bei einem Fallschirmsprung (vgl. Needham, 2011, S.1054f.).

Der Begriff Vertrauen kann Vertrauen in Institutionen oder persönliches Vertrauen meinen. Institutionelles Vertrauen beinhaltet das Vertrauen von Patienten gegenüber den Professionellen bzw. den Gesundheitsberufen und fördert die Interaktion zwischen diesen. Es handelt sich auch um das Vertrauen zum System. Dieses wird durch die vorhandene Ausbildung, die Erfahrungen und die Kompetenzen zur Problemlösung der Professionellen dieses Systems gestärkt (vgl. Needham, 2011, S.1047f.).

Persönliches Vertrauen ist von institutionellem Vertrauen stark abzugrenzen. Hierbei ist das Vertrauen zwischen zwei unabhängigen Personen gemeint, die nicht in einem institutionellem Kontext stehen (vgl. Needham, 2011, S.1047f.).

Birkhäuser et al. haben in einer Meta-Analyse von 47 Studien aus verschiedenen Ländern die Auswirkungen von Vertrauen in die Gesundheitsberufe auf die Gesundheitsergebnisse untersucht (vgl. 2017, S.5). Dabei wurden subjektive, objektive (z.B. Blutdruck, durchschnittlicher Zuckergehalt im Blut oder der Body-Mass-Index (BMI)) und beobachtete (z.B. Diagnostikstellungen durch einen Professionellen) Gesundheitsergebnisse betrachtet. Subjektive Gesundheitsergebnisse wurden aufgeteilt in selbstberichtetes Gesundheitsverhalten (z.B. Medikamenteneinnahme, Screening-Verfahren, Gesundheitsfördernder Lebensstil, Online-Forschungsverhalten) und gesundheitsbezogene subjektive Erfahrungen (z.B. Patientenzufriedenheit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Schmerzgefährdung, Depression, Sorgen) (vgl. Birkhäuser et al., 2017, S.4).

Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in die Gesundheitsberufe und den Gesundheitsergebnissen beobachtet. Allerdings zeigte sich lediglich eine positive Auswirkung von Vertrauen auf subjektive Gesundheitsergebnisse. Objektive Gesundheitsergebnisse wurden aber in Verbindung mit subjektiven Gesundheitsergebnissen gebracht, da sich beispielsweise die Adhärenz bei der Medikamenteneinnahme oder die Zufriedenheit mit der Behandlung positiv auf objektive Gesundheitsergebnisse auswirkt.

Ein großes Vertrauen in die Fachkräfte des Gesundheitswesens bewirkt für einen Patienten ein besseres gesundheitsförderliches Verhalten, eine höhere Zufriedenheit, eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität und durch diese Aspekte eine Besserung der Symptome. Somit hat das Patientenvertrauen eine fundamentale Rolle im Kontext der patientenzentrierten Versorgung. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch positive Gesundheitsergebnisse wiederum das Vertrauen in das Gesundheitspersonal gestärkt wird (vgl. Birkhäuer et al., 2017, S8ff.).

### **3.2.2 Misstrauen im Gesundheitswesen**

Im Brockhaus wird der Begriff Misstrauen als

*„Zurückhaltung und skeptische[n] Verschlossenheit bis hin zu einem manchmal neurotischen Unterstellen schädigender Motive vonseiten anderer Menschen [beziehungsweise eine] entsprechend misstrauische[n] Allgemeinhaltung gegenüber der Umwelt“* (Brockhaus, 2020c, o.S.)

definiert. In Bezug auf das Gesundheitswesen bedeutet Misstrauen

*„... die Kompetenz, die Integrität oder das Wohlwollen von Personen, Organisationen oder Systemen in Zweifel zu ziehen“* (Grünberg, 2014, S.368).

Misstrauen im Gesundheitswesen meint also die Skepsis gegenüber dem Gesundheitspersonal und die Vermutung, dass dessen Kompetenz nicht vorhanden ist und dieses der Gesundheit eines Patienten schädigen möchte. Daher kommt es zu einer Verschlossenheit und Abwehr eines misstrauenden Patienten gegenüber dem Gesundheitspersonal.

Ein übersteigertes Misstrauen in das Gesundheitspersonal wirkt sich negativ auf die Adhärenz und den Genesungsprozess aus (vgl. Grünberg, 2014, S.368).

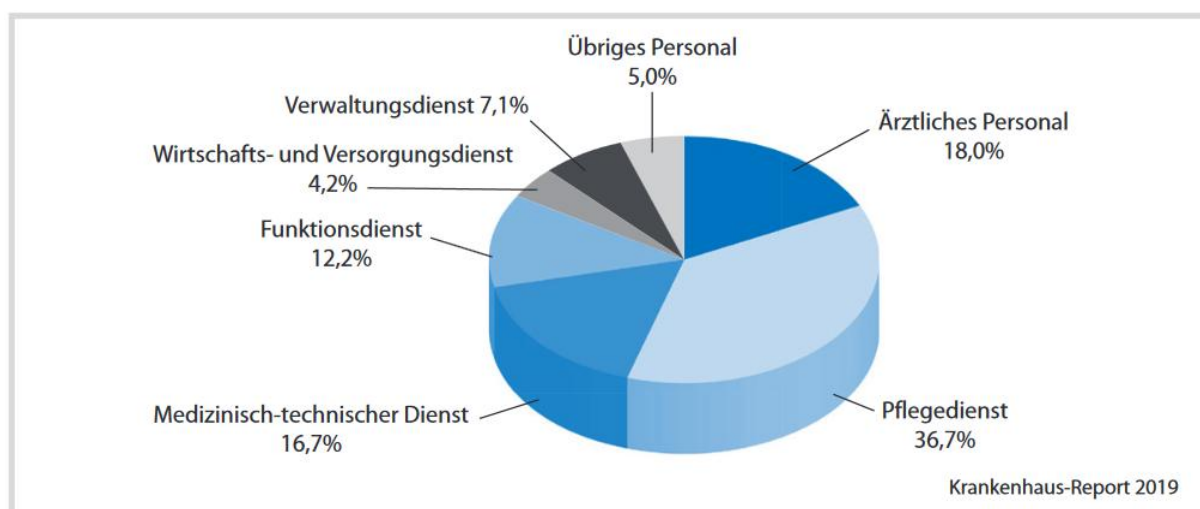
Negative Erfahrungen kann ein Patient selbst erleben oder durch die Kommunikation durch soziale Kontakte oder durch die Medien erfahren. Menschen übertragen negative Erfahrungen eher auf das gesamte Gesundheitssystem als positive Erfahrungen und entwickeln so ein Misstrauen in dieses (vgl. Grünberg, 2014, S.369).

Misstrauen in das Gesundheitspersonal kann sowohl Auswirkungen auf den einzelnen Patienten als auch auf das gesamte Gesundheitswesen haben. Beispielsweise kann ein Misstrauen in die Kompetenz von Ärzten sehr gravierend für einen Patienten sein, da er der Diagnosestellung oder der Therapie nicht vertraut. Infolge dessen nimmt er die Medikamente nicht ordnungsgemäß zu sich und befolgt die Therapie nicht. Dadurch könnte sich die Erkrankung weiter verschlimmern. Auch das System wird durch das Misstrauen von Patienten beeinflusst: Es wird zusätzlichen finanziellen Kosten ausgesetzt, weil Patienten z.B. Zweitmeinungen einholen oder sich aufgrund der vorherigen eingeschränkten Compliance nicht an die Therapie halten und so bei einer Verschlimmerung der Krankheit eine kostenintensivere Therapie benötigen (vgl. Grünberg, 2014, S.369f.).

### 3.3 Gesundheitspersonal

Im Jahr 2017 waren etwa 1,24 Millionen Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern beschäftigt. Davon waren 186.021 Mitarbeiter Ärzte. Mehr als eine Millionen Mitarbeiter waren im nicht-ärztlichen Dienst beschäftigt. Dazu zählten auch Schüler und Auszubildende (vgl. Klauber et al., 2019, S.262). Somit war die Anzahl der nicht-ärztlichen Mitarbeiter etwa fünfmal so hoch als die der ärztlichen Mitarbeiter (vgl. Klauber et al., 2019, S.266).

Die folgende Abbildung zeigt die durchschnittliche Personalstruktur der Krankenhäuser aus dem Jahr 2017:



**Abbildung 2: Personalstruktur der Krankenhäuser 2017 (Vollkräfte)**  
(nach Statistisches Bundesamt, 2018, o.S., zitiert nach Klauber et al., 2019, S.266)

Der Hauptanteil der Mitarbeiter in deutschen Krankenhäusern waren im Jahr 2017 Pflegekräfte mit 36,7 Prozent und Ärzte mit 18 Prozent. 16,7 Prozent der Mitarbeiter waren im Medizinisch-technischen Dienst (z.B. Radiologieassistenten oder Physiotherapeuten) und 12,2 Prozent im Funktionsdienst (z.B. Operationspersonal) angestellt. Alle anderen der Beschäftigten gehörten zum Wirtschafts- und Versorgungsdienst oder zum Verwaltungsdienst. Fünf Prozent bildete das übrige Personal. Je nach Krankenhausträger ist die Personalstruktur individuell unterschiedlich (vgl. Klauber et al., 2019, S.266).

Insgesamt waren etwa 75 Prozent der Ärzte und 52 Prozent der nicht-ärztlichen Mitarbeiter vollbeschäftigt (vgl. Klauber et al., 2019, S.262). Während der Geschlechteranteil bei den Ärzten 2017 relativ ausgeglichen war (Frauen: 46,3 Prozent; Männer: 53,7 Prozent), waren 81 Prozent des nicht-ärztlichen Personals weiblich (vgl. Klauber et al., 2019, S.265).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit handelt es sich bei dem Begriff Gesundheitspersonal nur um Pflegekräfte und um ärztliches Personal. Die Patientin aus dem betrachteten Fallbeispiel weist zwar einen Vertrauensverlust zum gesamten Gesundheitswesen auf, hat während ihrer Hospitalisierung allerdings hauptsächlich nur direkten und persönlichen Kontakt zu Pflege-

kräften und Ärzten. Weil das Vertrauen durch kommunikative Strategien gestärkt werden soll, wäre es in diesem Fall nicht sinnvoll, Mitarbeitende des Medizinisch- technischen Dienstes, des Funktionsdienstes, des Wirtschafts- und Versorgungsdienstes oder des Verwaltungsdienstes mit einzubeziehen. Mit diesen tritt die Patientin kaum in Kontakt, sodass ihr Vertrauen durch dessen kommunikative Kompetenzen kaum gefördert werden kann.

In dieser Arbeit wird also herausgestellt, wie Pflegekräfte und Ärzte durch kommunikative Strategien das Vertrauen der Patientin zum Gesundheitspersonal fördern können. Aus diesem Grund werden im folgenden Kapitel die gesetzlichen Kompetenzen von Pflegekräften und Ärzten erläutert.

### **3.3.1 Kommunikations- und Interaktionskompetenzen von Pflegefachkräften**

Seit dem 01.01.2020 werden die pflegerische Ausbildung und die Rahmenbedingungen des Pflegeberufs durch das Pflegeberufegesetz (PflBG) geregelt. Das vorher gültige Krankenpflegegesetz (KrPflG) wurde somit außer Kraft gesetzt.

Eine wesentliche gesetzliche Veränderung besteht in der Zusammenführung der Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege und der Altenpflege. Zunächst nehmen die Auszubildenden nun die ersten zwei Jahre an einer generalisierten Ausbildung teil und können dann einen Schwerpunkt (Kinderpflege oder Altenpflege) auswählen. Wenn die generalisierte Ausbildung auch im dritten Jahr fortgeführt wird, dann erhalten die Teilnehmer nach bestandenen Prüfungen den Berufsabschluss als Pflegefachmann oder Pflegefachfrau. Dieser ist eine leicht abgewandelte Form des vorherigen Berufsabschlusses als Gesundheits- und Krankenpfleger (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2018, o.S.).

Pflegekräfte, die aktuell in einem Krankenhaus arbeiten, haben einen Berufsabschluss als Krankenschwester/ Krankenpfleger oder als Gesundheits- und Krankenpfleger. Die Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau erhalten erst Personen, die ab 2020 ihre Ausbildung in der Pflege beginnen. Die Bezeichnungen Krankenschwester/ Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpfleger sind vorherige offizielle Bezeichnungen für den pflegerischen Berufsabschluss, die in diesem Kontext gleichzusetzen sind mit der Berufsbezeichnung Pflegefachmann/ Pflegefachfrau. Aus diesem Grund werden hier die aktuell geforderten Kompetenzen der Kommunikation und Interaktion von Pflegefachkräften, also Pflegefachmännern und -frauen, erläutert. Diese lassen sich auf alle Pflegenden im Krankenhaus übertragen. Die Kompetenzen von Altenpflegern, Kinderkrankenschwestern/ Kinderkrankenpflegern oder von Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern werden nicht berücksichtigt.

Im Pflegeberufegesetz ist das Ausbildungsziel von Pflegefachkräften beschrieben:

*„Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachli-*

*chen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion. [...]*“ (§5 Abs.1 Satz 1 PflBG).

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV), die dem Pflegeberufegesetz angegliedert wurde, erläutert die erforderlichen Kompetenzen, die ein Pflegefachmann/ eine Pflegefachfrau für die pflegerische Arbeit besitzen muss. Dazu gehört neben den Kompetenzen für die Pflegeplanung, -durchführung und -evaluation, für intra- und interprofessionelles Handeln und für die Reflexion und Begründung des Handelns auf der Grundlage verschiedener Richtlinien auch diese Kompetenz: „Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten“ (§9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

Pflegefachkräfte müssen

*„Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen“* (§9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

Dazu zählt das Bewusstwerden und Reflektieren eigener Deutungs- und Handlungsmuster bei der Interaktion mit zu Pflegenden, eine Kommunikation von Empathie und Wertschätzung auch bei nicht nachvollziehbarem Verhalten von Patienten, die Nutzung von verschiedenen Formen der Interaktion und eine angemessene Nähe oder Distanz. Außerdem sollen Pflegefachkräfte die Beteiligung von Patienten an der Entscheidungsfindung fördern, Maßnahmen zur Kompensation von Kommunikationsproblemen einsetzen, Lösungsmöglichkeiten individueller Konflikte entwickeln und die Machthierarchie zwischen Pflegekraft und Patient reflektieren (vgl. §9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

Ein weiterer Punkt ist, die

*„Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich [zu] organisieren, gestalten, steuern und evaluieren“* (§9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

Das meint, dass Pflegefachkräfte über alle Fragestellungen zu Gesundheit und Pflege informieren, Schulungen mit Patienten umsetzen, Patienten und ihre Bezugspersonen beraten und ihre Ressourcen zur Kommunikation und Interaktion reflektieren sollen (vgl. §9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV). Zudem gehört zu der Kompetenz von Pflegefachkräften *„ethisch reflektiert [zu] handeln“* (§9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV). Sie müssen sich also für Ethik, Menschenrechte und für Patienten einsetzen, Menschen in ihrer Autonomie und Selbstverwirklichung unterstützen und in bestimmten Situationen zur ethischen Entscheidungsfindung beitragen (vgl. §9 Abs.1 Satz 2 PflAPrV).

### 3.3.2 Kommunikations- und Interaktionskompetenzen von Ärzten

Die ärztliche Ausbildung bzw. das Medizinstudium wird seit dem 01.10.2003 durch die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) gesetzlich geregelt (vgl. §44 Satz 1 ÄApprO). Diese besagt das Folgende über das Ziel der ärztlichen Ausbildung:

*„Ziel der ärztlichen Ausbildung ist der wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind. Die Ausbildung zum Arzt wird auf wissenschaftlicher Grundlage und praxis- und patientenbezogen durchgeführt. [...] Die Ausbildung soll auch Gesichtspunkte ärztlicher Gesprächsführung sowie ärztlicher Qualitätssicherung beinhalten und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe des Gesundheitswesens fördern. [...]“ (§1 Abs.1 ÄApprO).*

Das Royal College of Physicians and Surgeons of Canada hat in den 1990er Jahren einen Kompetenzrahmen für Ärzte entwickelt, der auf empirischen Ergebnissen beruht und mittlerweile weltweit verbreitet ist. Durch diesen soll die ärztliche Ausbildung und somit die Patientenversorgung verbessert werden (vgl. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2020a, o.S.). Es handelt sich dabei um die Canadian Medical Education Directives for Specialists (die sogenannten CanMEDS), die Fähigkeiten beschreiben, die Ärzte benötigen, um die Gesundheitsbedürfnisse von Menschen zu erfüllen. Die CanMEDS- Rollen von Ärzten sind folgende: Medizinischer Experte, Kommunikativ Handelnder, Teamarbeiter, Manager, Gesundheitsanwalt, Wissenschaftler und Professionell Handelnder. Die Rolle des Medizinischen Experten steht in enger Verbindung zu allen anderen CanMEDS- Rollen. Ein kompetenter Arzt sollte alle sieben CanMEDS- Rollen nahtlos befolgen (vgl. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2020b, o.S.).

Die Rolle des Arztes als Kommunikativ Handelnder wird in diesem Kontext genauer erläutert. Ein Arzt knüpft Beziehungen zu Patienten und ihren Familien, die das Sammeln und Weitergeben wesentlicher Informationen für eine effektive Gesundheitsversorgung erleichtern. Im Zentrum steht dabei der patientenzentrierte Ansatz mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Folgende Schlüsselkompetenzen werden definiert: Herstellen von professionellen therapeutischen Beziehungen zu Patienten und ihren Familien; Ermittlung und Synthese von genauen und relevanten Informationen unter Berücksichtigung der Perspektiven der Patienten und ihrer Familien; Mitteilung von Informationen und Plänen zur Gesundheitsversorgung an Patienten und ihre Familien; Einbindung von Patienten und ihren Familien in die Entwicklung von Plänen, die die Gesundheitsbedürfnisse und -ziele des Patienten widerspiegeln und Dokumentation und Teilen von schriftlichen und elektronischen Informationen über die medi-

zinische Begegnung, um die klinische Entscheidungsfindung, die Patientensicherheit, die Vertraulichkeit und den Datenschutz zu optimieren. Der Begriff Familie steht in diesem Kontext für alle Personen, die für den Patienten persönlich von Bedeutung sind und sich mit seiner Pflege befassen (vgl. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2020c, o.S.). Eine Übersicht aller benötigten Kompetenzen eines Arztes als Kommunikativ Handelnder findet sich im Anhang 2.

### **3.4 Die Erwachsenenphase**

In diesem Kapitel wird die Lebensphase Erwachsenenalter erläutert, da die Fallbearbeitung von einer 58-jährigen Patientin handelt, die sich am Ende dieser Lebensphase befindet. Außerdem wird Bezug auf die Lebensphase Senior genommen, weil diese der Patientin in den nächsten Jahren bevorstehen wird.

Der Eintritt in das Erwachsenenalter erfolgt bei den meisten Menschen zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. Die Lebensphase eines Erwachsenen wird durch zwei wesentliche Entwicklungsaufgaben bestimmt: Die Aufgabe als Berufstätiger und die Aufgabe als Familiengründer. Die Entwicklungsaufgaben der Berufsausführung und der Familiengründung stellen große Anforderungen an das Selbstmanagement einer Person. Die Herausforderungen des Berufes, der einen hohen Stellenwert hat, da er einem Menschen hohes Ansehen verleihen kann, sind gestiegen: Ein Arbeitsplatzwechsel, Umschulungen sowie Weiter- und Fortbildungen gehören heute zu einer normalen Berufslaufbahn.

Zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr wird der Hochpunkt der psychischen und körperlichen Belastbarkeit erreicht. Es findet ein Abgleich der früheren Lebensziele und Ansprüche mit der aktuellen Realität und mit den Möglichkeiten in der Zukunft statt. Wurden die früheren Lebensziele nicht erreicht und können auch zukünftig nicht mehr erreicht werden, dann kann das zu einer belastenden Krise führen.

Die Möglichkeiten Erwachsener zur Gestaltung des Lebenslaufs nach persönlichen Wünschen sind vielfältig. Das ist eine Folge der erfolgreichen Wirtschaft und der beständigen Politik Deutschlands. Außerdem fühlen sich die Erwachsenen insgesamt körperlich sowie psychisch gesünder als vor etwa 60 Jahren. Die Lebenserwartung ist stark gestiegen (vgl. Hurrelmann & Bauer, 2018, S.137ff.).

Im Anschluss an das Erwachsenenalter geht dieses in die Lebensphase Senior über. Das frühe Seniorenalter beginnt etwa mit dem 60. Lebensjahr. Zur heutigen Zeit erfreuen sich Menschen während des frühen Seniorenalters durchschnittlich einer leicht eingeschränkten, aber insgesamt noch zufriedenstellenden Gesundheit. Der Lebensstil ändert sich oft kaum, da auch materielle Ressourcen vorhanden sind. Teile des Berufes oder andere Aktivitäten können auch nach dem offiziellen Renteneintritt erhalten bleiben. Trotzdem kann ein Rollenverlust erlebt werden, besonders wenn eine Person ihr berufliches Leben vollständig aufgibt.

Der Fokus wird dann weitestgehend auf die sozialen Rollen in der Familie oder im Freundeskreis gelegt. Der Kontakt zu den eigenen Kindern und Enkelkindern gewinnt in dieser Zeit zunehmend an Bedeutung. Die Prioritäten des Lebens gehen vom Beruf auf die sozialen Kontakte über (vgl. Hurrelmann & Bauer, 2018, S.140ff.).

### **3.5 Negativ Erleben**

Um die Bedeutung von Negativ Erleben herauszustellen, werden die beiden Begriffe Negativ und Erleben zunächst getrennt voneinander beschrieben. Im Brockhaus wird der Begriff Negativ definiert als „verneinend, ablehnend, ungünstig, ergebnislos, schlecht“ (Brockhaus, 2020b, o.S.). Der Begriff Erleben meint

*„die Gesamtheit aller im Bewusstsein der Person repräsentierten Vorgänge. Alle psychischen Phänomene sind eingeschlossen: Empfinden, Wahrnehmen, Denken, Vorstellen, Gedächtnis, Gefühle, Motive“* (Brockhaus, 2020a, o.S.).

Negativ Erleben findet also statt während eines Erlebnisses, das als schlecht und ungünstig empfunden, wahrgenommen und gedacht wird. Es bleibt im Gedächtnis, beeinflusst Gefühle und Emotionen negativ und wird von der betroffenen Person abgelehnt. Das gesamte Bewusstsein wird durch ein schlechtes Erlebnis beeinflusst.

Negativ Erleben meint in diesem Kontext nicht ein kurzzeitiges physiologisches Erleben von fast alltäglichen Emotionen wie Wut oder Verärgerung. Es handelt sich um ein kritisches Lebensereignis, das potenziell traumatisch ist und nur selten im Lebenslauf auftritt, aber zum Menschsein dazu gehört. Beispiele von kritischen Lebensereignissen sind Unfälle, Naturkatastrophen oder auch der Verlust einer nahe stehenden Person. Ein kritisches Erlebnis wird durch jeden Menschen anders empfunden und verarbeitet. Dabei spielen die individuelle Bewertung, vorhandene Bewältigungsstrategien, die Vulnerabilität der Person und die Reaktionen aus der Umwelt eine zentrale Rolle (vgl. Bernard, 2010, S.57f.).

Aus der Erfahrung von negativ Erlebtem kann die Entstehung eines Traumas oder die Förderung der Resilienz folgen. Ein Trauma kann entstehen, wenn ein Mensch unzureichende Anpassungsstrategien bei schwerwiegenden psychischen oder physischen Belastungen aufweist. Durch eine unangemessene Reaktion erlebt er einen Kontrollverlust, ein Gefühl von Ohnmacht, drastischer Angst und Hilflosigkeit. Die Verarbeitung des negativen Erlebnisses ist so kaum möglich (vgl. Bernard, 2010, S.57f.).

Andererseits kann ein kritisches Lebensereignis aber auch zu einer Entwicklung von Resilienz oder langfristig zu einer Posttraumatischen Reifung führen (vgl. Fooker, 2013, S.72). Resilienz meint

*„die Fähigkeit von Menschen ..., Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“* (Bernard, 2010, S.58).



Einflussfaktoren für die Entstehung einer Resilienz sind verschiedene Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwirksamkeit, Handlungs- oder Problemlösefähigkeit. Zudem stärkt ein stabiles soziales Umfeld die Resilienz durch die Unterstützung der Familie oder Freunde (vgl. Fooker, 2013, S.78).

Wenn ein kritisches Lebensereignis bei einem Menschen ein Trauma auslöst, dann kann sich eine Posttraumatische Reifung entwickeln, nachdem das Trauma verarbeitet wurde. Damit ist nicht das Wiederherstellen der Ausgangslage vor dem traumatischen Erlebnis gemeint, sondern eine subjektive besondere psychische Entwicklung. Der Gegenpol der Posttraumatischen Reifung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Fooker, 2013, S.80f.).

Der individuelle Umgang eines Menschen mit einem negativen Erlebnis bestimmt, inwieweit das Ereignis ein Trauma auslöst oder inwieweit es dessen Resilienz fördert. Infolge dessen kann sich eine Posttraumatische Reifung oder Belastungsstörung entwickeln.

## **4. Methodisches Vorgehen**

Die Methodik der Fallarbeit bildet die Hermeneutische Fallanalyse nach Berta Schrems (vgl. Schrems, 2016, S.73ff.). Diese beinhaltet zwei wesentliche Schritte: Die Fallbeschreibung und die Fallbesprechung bzw. -lösung. Für die Bearbeitung des Falles wird Literatur hinzugezogen und angewendet. Das gesamte methodische Vorgehen wird in diesem Kapitel erläutert, um den Prozess der Fallbearbeitung nachvollziehbar zu machen.

### **4.1 Die hermeneutische Fallanalyse**

Das Ziel der hermeneutischen Fallanalyse besteht darin, „Unverständliches verstehbar zu machen“ (Schrems, 2016, S.57). Der Zweck der Fallarbeit in der Pflege ist eine schnelle Lösungsfindung bei typischen Situationen. Typische Fälle werden also zu Musterfällen, bei denen ein bestimmter Auslöser zu einer Störung in der Alltagsroutine führt (vgl. Schrems, 2016, S.85). Das Erfassen eines Patienten in all seinen Facetten macht eine Pflegesituation sehr komplex. Durch die Methodik der Fallarbeit soll die Wahrnehmung der Komplexität reduziert werden. Das geschieht durch die folgenden zwei Schritte:

1. Die Fallbeschreibung: Zunächst wird der Fall in all seinen bedeutungsvollen Facetten ergründet. Anschließend wird das Phänomen oder die Fragestellung, auf das oder auf die der Fokus der Fallbearbeitung gelegt werden soll, bestimmt. Es findet eine Analyse der Situation statt. Auf dieser Basis wird die Fallbeschreibung verschriftlicht. Hierbei muss ein ausreichender Informationsgehalt gewährleistet werden, der für die Bearbeitung nicht relevante Informationen ausschließt. Zudem soll die Fallbeschreibung authentisch sein und keine vorläufigen Interpretationen der Situation enthalten. Der Text sollte nachvollziehbar, fokussiert und verständlich sein (vgl. Schrems, 2016, S.73ff.).

2. Die Fallbesprechung: An der Fallbesprechung bzw. der Kollegialen Fallberatung nehmen mehrere Teilnehmer statt, die die Situation individuell interpretieren. Es kann sich dabei um andere Pflegekräfte oder um Experten handeln. Eine der teilnehmenden Personen moderiert die Besprechung. Zuerst wird die Situation vom Fallzähler nachvollziehbar geschildert. Alle Beratenden dürfen Rückfragen stellen, um den Fall ganzheitlich zu verstehen. Dann wird dieser diskutiert und mithilfe von Wissen, Modellen, Erfahrungen oder wissenschaftlichen Beweisen interpretiert. Verschiedene Perspektiven werden betrachtet, um das Problem zu verstehen und zu definieren. Zum Schluss werden Problemlösungen bzw. passende Interventionen erarbeitet. Der Prozess wird letztlich dokumentiert und die Interventionen überprüft und evaluiert (vgl. Schrems, 2016, S.77ff.).

In diesem Kontext wurden zunächst ein persönliches Gespräch mit der Patientin geführt, Beobachtungen gemacht, die vorliegenden Dokumente hinzugezogen und Assessments angewendet. Die schriftliche Fallbeschreibung wurde im Vorfeld durch die Verfasserin dieser Arbeit erstellt. Eine kollegiale Fallberatung fand im Rahmen des Studiengangs Pflege (dual) mit sieben Kommilitonen und der Dozentin Prof'in Dr. rer. medic. Stefanie Seeling statt, um den Fall zu analysieren. Diese Arbeit gibt Handlungsoptionen wieder, um durch kommunikative Strategien das Vertrauen der Patientin zum Gesundheitspersonal zu stärken. Die erarbeiteten Interventionen zur Problemlösung können auch auf andere Patienten individuell übertragen werden.

#### **4.2 Literaturrecherche**

Die Inhalte der Bachelorarbeit wurden anhand einer intensiven Literaturrecherche ermittelt. Zunächst wurde vor dem Beginn der Bearbeitung Literatur recherchiert, um einen Überblick über das Thema zu erhalten. Es wurde mithilfe des sensitiven Rechercheprinzips vorgegangen, sodass mithilfe vieler Suchbegriffe und Datenbanken alle relevanten Treffer zum Thema gefunden wurden. Vor der Bearbeitung der einzelnen Kapitel wurde erneut Literatur recherchiert, da diese an den Prozess angepasst werden musste. Dabei wurde nach dem spezifischen Rechercheprinzip vorgegangen, sodass mithilfe der wichtigsten Schlagwörter und Datenbanken nur relevante Treffer ermittelt wurden.

Für die gesamte Recherche wurde im Datenbank- Infosystem (DBIS) der Hochschule Osnabrück, in der hochschuleigenen Suchmaschine scinos (scientific information Osnabrück) und mithilfe einer Handsuche in der Suchmaschine Google Scholar nach entsprechender Literatur gesucht. Die Suche im DBIS schloss die Nutzung dieser Datenbanken mit ein: PubMed, CINAHL, CareLit, PsycARTICLES, SpringerLink, Web of Science Core Collection und Wiley Online Library.

Die Eingrenzung erfolgte durch folgende deutsche Schlagwörter/ MeSH (Medical Subject Headings)-Terms: Erleben, Stressor, Belastung, Krankenhaus, Vertrauen, Verlust, Misstrau-

en, Gesundheitspersonal, Gesundheitswesen, Pflege, Arzt, Beziehung, Wohlbefinden, Erwachsenenphase, Erwachsenenalter, Negativ, Erfahrung, Trauma, Resilienz, Pflegekraft-Patient-Beziehung, Arzt-Patient-Beziehung, Intervention, Adhärenz, Compliance, Gesundheitsergebnis, Interaktion, Kommunikation, Kompetenz, Traumatherapie, Narrativ, Expositionstherapie, Klientenzentriert, Personzentriert, Patientenzentriert, Gespräch, Konversation. Auch englische Schlagwörter bzw. MeSH-Terms wurden hinzugezogen: experience, stress, hospital, trust, loss, mistrust, distrust, health worker, health care, nursing, nurse, doctor, physician, relationship, well-being, welfare, adult phase, adulthood, negative, experience, trauma, resilience; nurse-patient relationship, doctor-patient relationship, physician-patient-relationship, patient-nurse-interaction, patient-physician-interaction, intervention, effect of trust, adherence, compliance, health outcome, interaction, communication, competence, trauma therapy, narrative, exposure therapie, client-centered, person-centered, patient-centered, talk, conversation.

Die Schreibweise der Suchbegriffe und ihre Reihenfolge wurden variiert eingesetzt, um die Trefferanzahl an relevanter Literatur zu erhöhen. Für die logische und sinnvolle Verknüpfung der Suchbegriffe wurden die sogenannten Bool'schen Operatoren (AND, OR und NOT) verwendet. Zudem wurden Trunkierungen vorgenommen, um die Begriffe vielseitig einzusetzen. Einschlusskriterien in der Literaturrecherche waren: Free full Texte; Nur englische und deutsche Literatur; Stationärer Bereich im Krankenhaus und Erwachsenenalter. Folglich waren diese Ausschlusskriterien vorhanden: Keine Texte ohne Zugriff auf Volltext; Keine anderssprachige Literatur als englische oder deutsche; Keine Eingrenzung auf den ambulanten/teilstationären Bereich; Keine Kinder, Jugendlichen oder alte Menschen.

Das Flowchart der Recherchestrategie zur Literaturrecherche befindet sich in Anhang 3.

Es ließen sich verschiedene Formen von Literatur ermitteln, die für die Bachelorarbeit relevant sind: Monographien und Sammelwerke als gedrucktes Buch oder als eBook, Zeitschriftenaufsätze, Internetdokumente und Gesetzestexte.

Die Qualität und Nutzbarkeit der Literatur wurde anhand folgender Kriterien ausgewertet: Verantwortlichkeit (Ist der Autor ein fachlicher Experte?), Zielgruppe, Genauigkeit, Aktualität und Beständigkeit. Zudem wurde überwiegend Primärliteratur verwendet, um Verständnisfehlern vorzubeugen. Sekundärliteratur wurde nur dann hinzugezogen, wenn die dazugehörige Primärquelle nicht verfügbar war oder die Sekundärliteratur einem besseren Verständnis diene. Studien und Meta-Analysen wurden anhand der Qualitätskriterien für die Bewertung von Studien nach Behrens und Langer (vgl. 2016, S.131ff.) beurteilt.

## 5. Fallbeschreibung

Die Fallbeschreibung enthält die Darstellung der Situation der Patientin und die Begründung für die gewählte Dimension und Perspektive der Fallbearbeitung. Es wird nicht die gesamte Situation erläutert, sondern nur Aspekte, die für die Fallbearbeitung von Bedeutung sind.

### 5.1 Falldarstellung Frau T.

Die Anamnese der Patientin, deren Name aus datenschutzrechtlichen Gründen geändert wurde, erfolgt anhand der drei Selbstpflegetherfordernisse nach Orem (vgl. Abderhalden, 2011, S.72). Für die Erarbeitung der Anamnese wurden Gespräche mit der Patientin geführt, Beobachtungen gemacht, alte und aktuelle Dokumente und die Erfahrungen von Pflegefachkräften und Ärzten hinzugezogen. Zudem wurden verschiedene Assessments angewendet. Der Ausgangspunkt der Fallbearbeitung ist der momentane Aufenthalt der Patientin auf der unfallchirurgischen Station. In einigen Tagen ist ihre Operation am Hüftgelenk geplant.

#### 5.1.1 Entwicklungsbedingte Selbstpflegetherfordernisse

Die Patientin namens Frau T. ist zurzeit 58 Jahre alt. Sie ist auf dem Hof ihrer Eltern zusammen mit ihren neun Geschwistern aufgewachsen. Nach ihrem Hauptschulabschluss arbeitete sie ohne eine Ausbildung in einem großen Unternehmen, in dem sie einfache Tätigkeiten ausübte. Als Frau T. 19 Jahre alt war, verstarb ihre Mutter innerhalb von kurzer Zeit an einem metastasierenden Brusttumor. Das schockierte die Patientin sehr, da ihr nicht bewusst war, wie schlecht der Gesundheitszustand ihrer Mutter war. Seit dem hat sie große Angst vor Krankenhäusern und glaubt, das Gesundheitspersonal trage die Schuld an dem Tod ihrer Mutter (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

1982 heiratete Frau T. ihren heutigen Ehemann, der einen landwirtschaftlichen Hof bewirtschaftet. Kurz nach der Hochzeit verstarb auch ihr Vater plötzlich an einem Herzinfarkt. Da auch dieses im Krankenhaus geschah, verstärkte sich ihre Angst vor Krankenhäusern und das Vertrauen zum Gesundheitspersonal und zum Gesundheitswesen nahm weiter ab.

In der folgenden Zeit nach der Hochzeit brachte die Patientin drei Töchter zur Welt und gab ihre Berufstätigkeit auf, um sich um ihre Töchter zu kümmern und ihren Mann bei Hofarbeiten zu unterstützen (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

Hobbys der Patientin waren Fahrrad fahren, Spazieren gehen, Handarbeiten und Freunde treffen. Ihre Lebensqualität empfand sie in dieser Zeit als sehr gut.

Im Jahr 2009 erhielt Frau T. aufgrund einer Coxarthrose in der linken Hüfte eine Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP). Diese zerbrach 2012 aufgrund eines Materialfehlers bei einer einfachen Bewegung. Sie war sehr erschüttert über den Vorfall, weil sie Hoffnung in die Kompetenzen des behandelnden Arztes gesetzt hatte. Seitdem ist ihr Vertrauen zu Ärzten noch stärker beeinträchtigt und ihre Lebensqualität eingeschränkt.

In den Jahren 2013, 2015 und 2016 wurde Frau T. dreimal Großmutter. Ihre Enkelkinder bereichern ihr Leben seitdem besonders. Sie erwartet die Geburt zwei weiterer Enkelkinder im Januar 2020 (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

Soziale Kontakte sind ihre neun Geschwister, ihre ehemaligen Arbeitskollegen und ihre Nachbarn. Mit diesen trifft sie sich regelmäßig. Auch die Dorfgemeinde stellt eine stabile soziale Grundlage dar (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

Auch wenn Frau T. ein stabiles soziales Netzwerk hat, lebt sie im Moment aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme zurückgezogen. Sie hat selten Lust, etwas mit der Familie, mit Freunden oder Bekannten zu unternehmen. Sie gibt an, dass ihre Lebensqualität derzeit um 70 Prozent vermindert ist. Sie wünscht sich, dass sie nach der Operation und Rehabilitation wieder aktiv am Leben teilhaben und sich mehr um ihre eigenen Bedürfnisse und ihre Enkelkinder kümmern kann (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

### **5.1.2 Gesundheitsbedingte Selbstpfleegerfordernisse**

Frau T. leidet unter folgenden Vorerkrankungen: Coxarthrose, arterielle Hypertonie, Depressionen und Diabetes mellitus Typ II.

Im November 2019 wurde Frau T. auf die Station Unfallchirurgie eines Krankenhauses in Niedersachsen aufgenommen, da sie seit etwa drei Wochen über immer stärker werdende und unerträgliche Schmerzen in der rechten Hüfte klagt. Die Gehfähigkeit und dadurch auch die Lebensqualität sind stark beeinträchtigt. Die diagnostischen Untersuchungen am Aufnahmetag zeigten eine Coxarthrose vierten Grades mit einer eingebrochenen Hüftkopfnekrose. Aufgrund von Nebenwirkungen des Schmerzmedikaments Targin, das der aufnehmende Arzt im Krankenhaus angeordnet hatte, auf das Herz-/ Kreislaufsystem von Frau T, soll der Krankenhausaufenthalt der Patientin zwei Wochen andauern, bis sie operativ die Implantation einer Hüft- TEP in der rechten Hüfte erhalten kann. Während des Krankenhausaufenthaltes weint Frau T. oft und ist mit der Behandlung unzufrieden. Ihre Adhärenz bzw. das Befolgen des therapeutischen oder gesundheitsfördernden Planes ist eingeschränkt.

Nach der operativen Implantation soll Frau T. an einer stationären Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

### **5.1.3 Allgemeine Selbstpfleegerfordernisse**

Frau T. ist situativ, örtlich und zeitlich orientiert. Sie kann ihre eigenen Gedanken und Gefühle verständlich wiedergeben und ist eine ruhige Person.

Die größte Beeinträchtigung von Frau T. liegt in der Aktivität, da ihre Bewegungsfähigkeit sehr eingeschränkt ist. Aufgrund ihrer Schmerzen im Bereich des rechten Hüftgelenks ist sie ohne die Einnahme von starken Schmerzmedikamenten kaum in der Lage, sich selbstständig zu mobilisieren. Sie ist somit auf die Unterstützung von Pflegekräften und Ärzten angewiesen. Aufgrund der Schmerzen liegt sie die meiste Zeit im Bett und steht nur auf, wenn es

notwendig ist. Ihren Hobbys wie Fahrrad fahren und Spazieren gehen kann sie schon seit einigen Wochen nicht mehr nachgehen. Aufgrund der beeinträchtigten Bewegungsfähigkeit benötigt Frau T. Unterstützung bei der Körperpflege und bei der Selbstversorgung. Ein weiteres gesundheitliches Problem ist ihre Einschlafstörung. Diese entsteht, da sie abends über ihre Ängste in Bezug auf den Krankenhausaufenthalt nachdenkt (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

Frau T. ist eine selbstbewusste Frau. Sie gibt sich keine Schuld an ihren Erkrankungen und würde in ihrem Leben alles wieder so machen, wie sie es getan hat.

Allerdings fühlt sie sich erschöpft und ist unzufrieden mit der Behandlung. Sie vertraut dem Gesundheitspersonal nicht und hat das Gefühl, zu wenig in den Behandlungsprozess mit einbezogen zu werden. Das macht sie manchmal wütend und bringt sie dann zum Weinen. Sie fühlt sich im Krankenhaus nicht sicher, vom Gesundheitspersonal vernachlässigt und wünscht sich mehr Empathie von ihnen. Außerdem äußert sie, dass sie sich ein Gespräch mit einem Professionellen über ihr psychisches Wohlbefinden während des Krankenhausaufenthaltes wünscht (vgl. Stubbe, 2019, Gespräch).

Die Anamnese der Patientin verdeutlicht, dass sie sehr unter ihrer gesundheitlichen Einschränkung leidet. Der Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal erschwert ihren Krankenhausaufenthalt maßgeblich, da sie sich unwohl fühlt und befürchtet, eine unangemessene Behandlung zu erhalten.

## **5.2 Dimension und Perspektive der Fallbearbeitung**

Da eine vollständige Analyse aller Pflegeprobleme der Patientin zu umfangreich wäre, wurde die Fallbearbeitung durch die kollegiale Fallberatung auf die wichtigste Dimension und Perspektive begrenzt. Diese werden im Folgenden erläutert.

### **5.2.1 Dimension der Fallbearbeitung: Pflegeempfängerin**

Als Dimension der Fallbearbeitung wird Frau T. in den Fokus genommen. Der Fall wird aus der Sicht der Patientin betrachtet, um die Ursache für ihren Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal verstehen zu können. Nur wenn das Pflegepersonal und die Ärzte verstehen, warum sich die Patientin im Krankenhaus unwohl fühlt und kein Vertrauen aufweist, können geeignete kommunikative Interventionen ermittelt und durchgeführt werden, um die Beziehung und das Vertrauen zum Gesundheitspersonal zu stärken. Ein gewisses Vorverständnis der Situation und dem Erlebten in der Vergangenheit der Patientin ist dabei notwendig. Dieses kann vor allem durch persönliche Gespräche mit Frau T. erlangt werden.

Wenn es dem Gesundheitspersonal gelingt, die Situation aus der Sicht der Pflegeempfängerin wahrzunehmen, dann kann nachvollzogen werden, inwieweit das Negativ Erlebte die Beziehung zum Personal beeinflusst. Nur dann können angemessene Interventionen ermittelt

werden, um das Vertrauen durch Kommunikation zu stärken. Dadurch könnte die Adhärenz von Frau T. gesteigert werden und so könnte es zu einem besseren Behandlungserfolg kommen.

### **5.2.2 Perspektive der Fallbearbeitung: Handlungsebene/ Beziehungsgestaltung**

Um das Vertrauen personenbezogen zu verbessern, wird die Perspektive Handlungsebene im Kontext der Beziehungsgestaltung in den Blick genommen. Durch Strategien zur Kommunikation soll das Vertrauen der Pflegeempfängerin zum Gesundheitspersonal gestärkt werden, um die Beziehungsgestaltung positiv zu beeinflussen.

Diese Maßnahmen können für die Patientin als auch für die Pflegekräfte und Ärzte Vorteile mit sich bringen. Frau T. könnte Vertrauen erlangen, sodass sich der Krankenhausaufenthalt für sie angenehmer gestalten und sie ein besseres Gesundheitsergebnis erreichen könnte. Wenn das psychische Trauma aus ihrem vergangenen Lebenslauf in Bezug auf Krankenhäuser und deren Personal vermindert oder aufgehoben werden kann, dann könnte sich dieses positiv auf alle Krankenhausaufenthalte auswirken, die sie zukünftig noch erleben wird. Auch auf die vorausstehende Rehabilitationsmaßnahme hätte es einen positiven Einfluss. Zudem würde das Gesundheitspersonal einen Nutzen von der positiven Beziehungsgestaltung haben, da durch die mögliche Steigerung der Adhärenz von Frau T. die pflegerischen und medizinischen Interventionen besser durchzuführen sind.

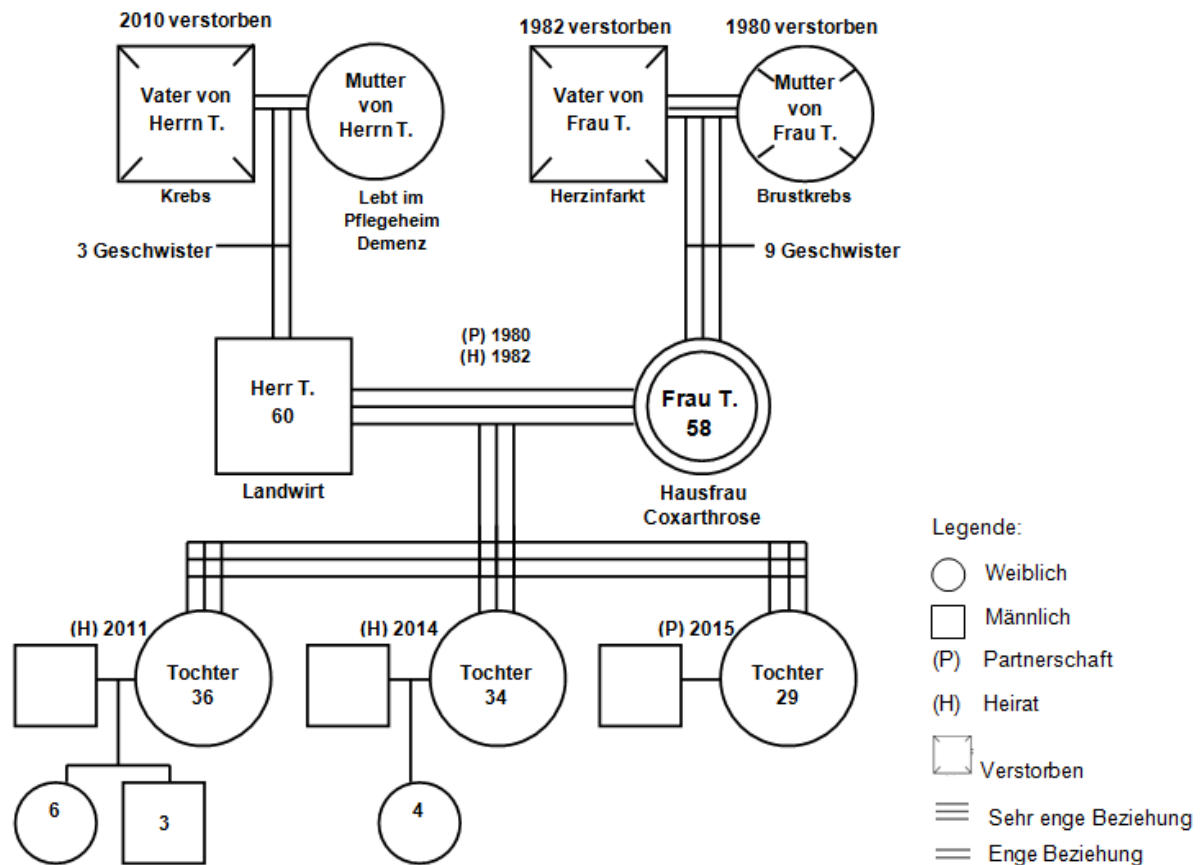
## **6. Fallanalyse**

In diesem Kapitel erfolgt die Analyse der Lebenssituation von Frau T. Das in der kollegialen Fallberatung erarbeitete Problem der Patientin wird hervorgehoben und veranschaulicht.

### **6.1 Genogramm**

Das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) (vgl. Wright & Leahey, 2009, S.89ff.) ist die Grundlage für die Erstellung des Genogramms.

Das Genogramm der Familiensituation von Frau T. verdeutlicht, in welchen Beziehungen die Mitglieder der Familie zueinander stehen. Außerdem wird dargestellt, wie der Tod der Eltern die Patientin beeinflusst.



**Abbildung 3: Genogramm der Familie von Frau T.**  
(eigene Darstellung nach Wright & Leahey, 2009, S.89ff.)

Die Indexperson des Genogramms ist die Patientin Frau T.

Frau T. hat im Jahr 1982 ihren Mann nach etwa zweijähriger Partnerschaft geheiratet. Ihr Ehemann ist heute 60 Jahre alt, körperlich als auch psychisch gesund und bewirtschaftet seinen eigenen landwirtschaftlichen Betrieb. Die beiden haben eine sehr enge Beziehung und stehen sich immer zur Seite. Die Beziehung zu ihrem Mann fördert die psychische Gesundheit von Frau T. Sie hat mit ihrem Ehemann drei Töchter großgezogen, die heute 36, 34 und 29 Jahre alt sind. Diese sind bereits ausgezogen, sodass nur noch Frau und Herr T. zusammen in einem Haushalt leben. Trotzdem haben sie zu allen drei Töchtern eine sehr enge Beziehung und täglichen Kontakt.

Die beiden ältesten Töchter haben vor einigen Jahren geheiratet. Die älteste Tochter hat mit ihrem Ehemann zwei Kinder, die sechs und drei Jahre alt sind. Die zweitälteste Tochter hat mit ihrem Ehemann eine vierjährige Tochter und erwartet ein weiteres Kind. Die jüngste Tochter lebt seit 2015 in einer Partnerschaft und erwartet ebenfalls ein Kind. Frau T. hat zu all ihren Enkelkindern eine enge Beziehung, da diese ihr Leben bereichern.

Die Mutter von Frau T. ist 1980 aufgrund eines metastasierenden Brusttumors verstorben. 1982 ist auch ihr Vater aufgrund eines Herzinfarktes plötzlich verstorben. Frau T. hat neun



Geschwister, zu denen sie eine lose Beziehung führt. Sie trifft sich einmal im Monat mit diesen. Der Vater von Herrn T. ist im Jahr 2010 an Krebs verstorben. Seine Mutter lebt seit einigen Jahren in einem Pflegeheim, da sie an Demenz erkrankt ist. Die Beziehung zwischen Frau T. und ihrer Schwiegermutter ist aufgrund der Demenz beeinträchtigt. Etwa einmal in der Woche besuchen Frau T. und ihr Ehemann sie. Herr T. hat drei Geschwister (vgl. Stubbe, 2019, o.S.).

## **6.2 Ein Assessment zur Analyse des Vertrauensverlustes**

Das Vertrauen von Frau T. zum Gesundheitspersonal kann mithilfe der Vertrauensskala *The health care relationship (HCR) trust scale* von Bova et al. gemessen werden (2006, S.486f.). Eine deutsche Version der Skala, die von der Verfasserin dieser Arbeit anhand der deutschen Übersetzung von Needham erstellt wurde (vgl. Needham, 2011, S.1057), befindet sich in Anhang 4.

Die Vertrauensskala enthält insgesamt 15 Fragen zu den Themen Wissensaustausch, Emotionale und Professionelle Verbindung, Respekt, Ehrlichkeit und Partnerschaft (vgl. Bova et al., 2006, S.482). Das Assessment wird durch den Patientin subjektiv ausgefüllt und kann sich auf das Vertrauen zu einem Arzt, einer Pflegekraft, einem Arzthelfer oder einem anderen Professionellen aus dem Gesundheitsbereich beziehen (vgl. Bova et al., 2006, S.486).

Wenn die Patientin Frau T. die Vertrauensskala nach Bova et al. angewendet hätte, dann wären vermutlich diese Ergebnisse entstanden: Frau T. glaubt, dass das Gesundheitspersonal nicht ehrlich zu ihr ist und ihr wichtige Informationen über ihre Gesundheit und über geplante Untersuchungen vorenthält. Sie ist der Meinung, dass sie zu wenig in den Entscheidungsprozess integriert wird. Zudem fühlt sie sich als Person vernachlässigt und nicht ernst genommen. Sie fühlt sich nicht wohl, wenn sie mit dem Gesundheitspersonal kooperiert. Frau T. würde vermutlich alle 15 Fragen eher negativ beantworten, da ihr Vertrauen zu Ärzten und zu Pflegekräften multidimensional eingeschränkt bzw. kaum vorhanden ist.

## **6.3 Tod der Eltern als traumatisches Erlebnis**

Der Tod der Eltern von Frau T. war ein traumatisches Ereignis für sie. Die Patientin war durch das jeweilige Ereignis des Todes ihrer Eltern geschockt. Sie fühlte sich ohnmächtig, hilflos und überfordert. Es kam zu einer Verzweiflung, da sie ihre beiden Bezugspersonen innerhalb von zwei Jahren verlor. Frau T. stand ihren Eltern seit ihrer Geburt sehr nahe und war aufgrund ihres jungen Erwachsenenalters von 19 bzw. 21 Jahren auf die Unterstützung ihrer Eltern angewiesen. Die Patientin befand sich in einer Phase der Veränderungen in ihrem Leben, da sie sich im Übergang zur Lebensphase Erwachsenenalter befand. Nach ihrem Hauptschulabschluss arbeitete sie in einer Firma. Die Hochzeit mit ihrem heutigen Ehemann, das Führen eines eigenen Hausstandes und das Gründen einer Familie standen bevor. Sie musste in dieser Zeit lernen auf eigenen Beinen zu stehen, selbstsicher zu sein und

sich in ihrem Selbstmanagement üben. Zur Bewältigung dieser Lebensänderung hoffte sie auf die Unterstützung durch ihre Eltern.

Durch den Tod ihrer Mutter im Jahr 1980 in einem Krankenhaus verlor die Patientin die Bezugsperson, der sie am nächsten stand. Das Grundgerüst ihres Lebens brach zusammen. Da ihr Vater den ganzen Tag über Arbeiten auf seinem landwirtschaftlichen Betrieb nachgehen musste, war Frau T. auch in der Pflicht, sich neben der Arbeit um den Haushalt und um ihre drei jüngeren Geschwister zu kümmern. Sie hatte keine Zeit, sich um ihre eigenen Bedürfnisse zu sorgen und konnte den Tod ihrer Mutter deshalb nie verarbeiten.

Als auch ihr Vater etwa zwei Jahre später plötzlich aufgrund eines Herzinfarktes in demselben Krankenhaus wie ihre Mutter verstarb, verlor sie eine zweite nahestehende Bezugsperson. Ab diesem Zeitpunkt erhielten die Kinder Unterstützung durch eine Tante. Trotzdem waren sie hauptsächlich auf sich alleine gestellt.

Frau T. hat durch das negativ Erlebte keine Förderung der Resilienz erfahren, da sie damals unzureichende Anpassungsstrategien aufgrund ihres jungen Alters vorwies. Nun ist sie nicht dazu fähig, die Krise des Krankenhausaufenthaltes durch persönliche oder soziale Ressourcen zu bewältigen.

Es handelt sich bei dem Trauma von Frau T. um ein Beziehungstrauma zum Gesundheitspersonal. Somit ist nicht der eigentliche Tod der Eltern das traumatische Erlebnis, sondern der Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal.

Ein Beziehungstrauma meint eine „Traumatisierung[...], welche durch Menschen willentlich und absichtlich hervorgerufen [wird]“ (Pausch & Matten, 2018, S.5). Es ist zwar nicht davon auszugehen, dass das Gesundheitspersonal den Tod der Eltern willentlich ausgelöst hat, aber Frau T. glaubt bis heute daran, dass eine bewusste schlechte gesundheitliche Versorgung durch das Gesundheitspersonal in dem Krankenhaus der Grund für den Tod ihrer Eltern war. Eine damalige mangelhafte Aufklärung durch das Gesundheitspersonal hat Frau T. die Gründe und Auslöser für den Tod ihrer Mutter und ihres Vaters nie nachvollziehen lassen. Den Krankheitsverlauf ihrer Mutter hat sie kaum mitbekommen, da sie in der Zeit vor deren Tod sehr viel in der Firma gearbeitet hat und somit nur wenig zuhause war. Zudem hat ihre Mutter ihren wahren gesundheitlichen Zustand vor ihrer Familie verheimlicht und bagatellisiert. So kam es dazu, dass Frau T. aufgrund ihrer Unwissenheit über die Erkrankungen Brustkrebs und Herzinfarkt infolge der mangelhaften Aufklärung durch das Gesundheitspersonal und infolge ihrer unzureichenden Anpassungsstrategien das Gesundheitspersonal für den Tod ihrer Eltern verantwortlich machte und seit dem einen generalisierten Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal und -wesen aufweist. Dabei ist es egal, um welches Krankenhaus es sich handelt. Der Bruch ihrer Hüft-TEP im Jahr 2012 bestärkte das Beziehungstrauma von Frau T., da dieser durch einen Behandlungsfehler des Arztes ausgelöst wurde.

Infolge des Beziehungstraumas entwickelte sich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Das bedeutet, dass dem Erleben eines Traumas eine gestörte Verarbeitung folgt (vgl. Pausch & Matten, 2018, S.6). Die Symptome zeigen sich bei Frau T. wie folgt: Sie erinnert sich wiederkehrend an die Ereignisse, sodass es zu einem Wiedererleben der vergangenen Situation kommt. Das Symptom wird als Intrusion bezeichnet:

*„Was der Betroffene in der traumatischen Situation erlebt hat (alles [sic] Sinneseindrücke, alle Gedanken, Gefühle, Körpersensationen), [wird] im Gehirn unverarbeitet und unintegriert in einem ‚eingefrorenen‘ Zustand abgelegt“* (Pausch & Matten, 2018, S.29).

Vor allem abends vor dem Einschlafen, wenn Frau T. zur Ruhe kommt, oder wenn sie vom Tod eines anderen Menschen im Krankenhaus erfährt, erlebt sie die vergangenen traumatischen Erlebnisse erneut. Außerdem zeigt die Patientin eine Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems (Hyperarousal). Das zeigt sich vor allem dann, wenn sie sich im Krankenhaus vernachlässigt fühlt. Dann reagiert sie oft sehr emotional, sodass es zu einer Reaktion des autonomen Nervensystems kommt. Frau T. zeigt dann Symptome, die sie nicht willkürlich steuern kann, wie Herzrasen, starkes Schwitzen oder Rötung der Haut. Besonders hervorstechend ist das Vermeidungsverhalten von Frau T. Sie versucht seit ihrem Jugendalter Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und geht vielen Mitarbeitern des Gesundheitspersonals aus dem Weg (vgl. Pausch & Matten, 2018, S.31f.).

Bei Frau T. hat sich infolge der PTBS eine weitere psychiatrische Störung entwickelt. Sie weist eine Angststörung auf. Dabei handelt es sich speziell um eine Angst vor Krankenhäusern und vor dem Gesundheitspersonal. Das bringt während der Hospitalisierung eine Unsicherheit, eine Angst vor einem Kontrollverlust und eine Angst vor dem Sterben hervor (vgl. Pausch & Matten, 2018, S.40ff.). Besonders die Angst vor einem Kontrollverlust ist bei Frau T. sehr stark ausgeprägt.

## **6.4 Pflegediagnosen**

Die Situation von Frau T. kennzeichnet sich durch verschiedene aktuelle Pflegediagnosen, die durch das Beziehungstrauma entstanden sind. Dieses Kapitel beschreibt die wichtigsten drei Pflegediagnosen, um den Fokus auf die entsprechende Fallbearbeitung zu legen. Diese Pflegediagnosen sind Angst, Beeinträchtigte Beziehung und Unwirksame Adhärenz.

### **6.4.1 Angst**

Frau T. weist infolge der Posttraumatischen Belastungsstörung eine Angst auf. Doenges, Moorhouse und Murr definieren Angst als

*„Unbestimmtes Gefühl des Unbehagens oder der Bedrohung, das von einer autonomen Reaktion begleitet wird ...; eine Besorgnis, die durch die vorweggenommene Gefahr hervorgerufen wird. Es ist ein Warnsignal für drohende Gefahr und ermöglicht dem Individuum, Maßnahmen zum Umgang mit dieser Gefahr einzuleiten“* (2018, S.148).

Frau T. hat Angst davor, dass das Gesundheitspersonal ihrer Gesundheit absichtlich schaden würde und davor, dass es ihr nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gesundheitlich noch schlechter gehen könnte. Sie sieht Ärzte und Pflegekräfte als eine Gefahr an.

Die Angst der Patientin wird durch eine situationsbedingte Krise ausgelöst. Diese Krise entsteht durch die Angst vor Krankenhausaufenthalt infolge des Traumas, welches sie als junge Erwachsene durch den Tod ihrer Eltern erlitten hat. Somit stellt der Krankenhausaufenthalt eine Krise dar. Weitere beeinflussende Faktoren der Angst sind die unbefriedigten Bedürfnisse und Stressoren. Ein unbefriedigtes Bedürfnis erlebt Frau T. vor allem, weil ihr Bedürfnis nach Sicherheit, welches jeder Mensch in sich trägt, nicht befriedigt wird. Aufgrund des Misstrauens zum Gesundheitspersonal sieht sie die Gefahr, dass sie eine unangemessene Behandlung mit einem schlechten Gesundheitsergebnis erhält. Sie sieht sogar die Gefahr des Versterbens durch grobe Behandlungsfehler. Bei den Stressoren handelt es sich um psychische Stressoren, die ein Krankenhausaufenthalt generell bei Patienten auslösen kann (siehe Kapitel 2.1). Die Stressoren von Frau T. sind ihre Erkrankung mit den einhergehenden Schmerzen und Einschränkungen, die Rollenveränderung von der verantwortungsvollen Ehefrau und Mutter zur pflegebedürftigen Ehefrau und Mutter, die Einschränkung der Privatsphäre und die Abhängigkeit vom Gesundheitspersonal.

Deutlich wird die Angst durch mehrfaches Weinen während der Zusammenkunft mit ihren Familienangehörigen und abends vor dem Einschlafen, durch ihre Einschlafstörung und durch ihre Unsicherheit bei gesundheitlichen Entscheidungsfindungen. Frau T. grübelt sehr oft, wenn sie in ihrem Patientenzimmer alleine ist. Zudem hinterfragt sie all das, was ihr vom Gesundheitspersonal empfohlen wird (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.148ff.).

#### **6.4.2 Beeinträchtigte Beziehung**

Eine weitere bestehende Pflegediagnose ist die beeinträchtigte Beziehung zwischen Frau T. und dem Gesundheitspersonal. Eine Beeinträchtigte Beziehung wird von Doenges, Moorhouse und Murr wie folgt definiert:

*„Ein partnerschaftliches Muster, das nicht ausreichend ist, um die gegenseitigen Bedürfnisse zu erfüllen“ (2018, S.181).*

Das partnerschaftliche Muster bezieht sich in diesem Kontext auf das Beziehungs- und Verhaltensmuster. Die Beziehung zwischen den Beteiligten ist eingeschränkt, sodass weder die Ansprüche der Patientin an das Gesundheitspersonal noch die Ansprüche des Gesundheitspersonals an die Patientin erfüllt werden. Ein Anspruch der Patientin, der nicht erfüllt wird, ist eine intensive und wahrheitsgemäße Aufklärung und Information über ihren Gesundheitszustand, über geplante Untersuchungen und über die bevorstehende Operation durch das Gesundheitspersonal. Zudem fehlen ihr Gespräche über ihr emotionales und psychisches Wohlbefinden, welches durch die aktuelle Situation enorm reduziert ist. Wäre dieses gegeben, dann würde Frau T. ein Gefühl von Sicherheit erlangen. Die Ansprüche des Gesund-

heitspersonals an die Patientin, die nicht erfüllt werden, sind eine angemessene Adhärenz und Offenheit gegenüber diesem. So erlebt auch das Gesundheitspersonal eine Unsicherheit, da ein guter Behandlungserfolg ohne die Adhärenz der Patientin nicht gewährleistet werden kann. Das führt zu einer Unzufriedenheit aller Akteure, welches sich wiederum negativ auf die Beziehung auswirkt.

Die Beziehung ist aufgrund der Verhaltensmuster von Frau T. und vom Gesundheitspersonal beeinträchtigt. Alle Beteiligten weisen ein unangemessenes Rollenverhalten auf.

Das unangemessene Rollenverhalten von Frau T. als Patientin ist vor allem in ihrem Misstrauen begründet. Dieses hat zur Folge, dass sie im Krankenhaus sehr verschlossen ist und den Empfehlungen vom Gesundheitspersonal kaum nachgeht. Sie versucht so auch, ihre Abhängigkeit vom Gesundheitspersonal zu reduzieren. Das hat negative Folgen, da es unmöglich erscheint, dass Frau T. ihre Einschränkungen eigenständig bewältigen könnte. Es kommt so zu einer Verlangsamung des Genesungsprozesses und nach der Operation vermutlich zu einem verlangsamten Heilungsprozess.

Das Rollenverhalten des Gesundheitspersonals ist ebenfalls unangemessen, da die Ärzte und die Pflegekräfte der unfallchirurgischen Station unzureichende Kommunikationskompetenzen aufweisen. Wie bereits in Kapitel 3.3 erläutert wurde, sind Interaktions- und Kommunikationskompetenzen in die Ausbildung von Pflegefachkräften als auch von Ärzten integriert. Es ist aber festzustellen, dass diese bei den Mitarbeitern nur mangelhaft zum Vorschein kommen. Wenn die Kompetenzen angewendet werden würden, dann könnten die Ansprüche der Patientin in Bezug auf die Aufklärung und Gespräche über ihr emotionales und psychisches Wohlbefinden erfüllt werden. So könnte auch ihr Vertrauen gesteigert und die Beziehung verbessert werden.

Die beeinträchtigte Beziehung wird offenbar durch die allgemeine Unzufriedenheit von Frau T. und durch die Nicht-Erfüllung ihrer psychischen und emotionalen Bedürfnisse. Zudem zeigt sich die Unzufriedenheit des Gesundheitspersonals mit der Beziehung zu Frau T., die dazu führt, dass dieses ihre emotionalen Bedürfnisse verstärkt vernachlässigt. Das ist vor allem bei den Pflegekräften der Fall, da diese den ganzen Tag in Kontakt mit der Patientin stehen. Objektiv wird erkennbar, dass die Kommunikation zwischen den Beteiligten unbefriedigend und die gegenseitige Unterstützung unzureichend ist (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.181f.). Durch kommunikative Interventionen des Gesundheitspersonals könnte dieser gegenseitige negative Einfluss unterbrochen werden.

#### **6.4.3 Unwirksame Adhärenz**

Die medizinische und pflegerische Versorgung wird durch die unwirksame Adhärenz der Patientin, die auch als Noncompliance bezeichnet wird, erschwert. Folgende Definition wird vom Begriff Unwirksame Adhärenz verstanden:

*„Verhalten einer Person und/ oder der pflegenden Bezugsperson entspricht nicht dem gesundheitsfördernden oder therapeutischen Plan, den die Person ... und der professionell Pflegende/ Arzt vereinbart haben. Obwohl ein vereinbarter Plan zur Gesundheitsförderung oder Therapie vorliegt, ist das Verhalten der Person oder der pflegenden Bezugsperson gänzlich oder teilweise non-adhärenz und kann zu (teilweise) unwirksamen Ergebnissen führen“* (Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.716).

In diesem Kontext wird nur die unwirksame Adhärenz der Patienten erläutert, da sich die Pflegekräfte und die Ärzte nach dem therapeutischen Plan richten. Das Verhalten von Frau T. entspricht nicht dem therapeutischen Plan, da sie der erforderlichen Kooperation mit dem Gesundheitspersonal nicht gerecht wird.

Der Grund für die Einschränkung der Adhärenz von Frau T. ist die beeinträchtigte Beziehung zwischen ihr und den einzelnen Akteuren des Gesundheitspersonals. Somit sind auch die ineffektiven Kommunikationskompetenzen des Gesundheitspersonals bedeutend für die Adhärenz der Patientin. Diese haben zur Folge, dass nicht verständlich gemacht werden kann, wie wichtig die Befolgung des therapeutischen Plans ist, um die Ziele der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erreichen. Die entstandene Unzufriedenheit der Patientin in Bezug auf die Versorgung bringt einen weiteren Vertrauensverlust zum Vorschein, sodass die Adhärenz immer wieder negativ beeinflusst wird. Es bildet sich ein sogenannter Teufelskreis.

Die unwirksame Adhärenz wird bestimmt, indem Frau T. nicht an die Wirksamkeit der Therapie glaubt. Das hängt wiederum mit ihrem Misstrauen zum Gesundheitspersonal zusammen, da sie eine absichtliche gesundheitliche Schädigung befürchtet. Sie hat die Vermutung, dass das Einhalten der Therapie ihrer Gesundheit weiter schädigen und die Einschränkungen durch die Erkrankung verschlimmern könnte. Es ist aber festzustellen, dass gerade die unwirksame Adhärenz, also das Nicht-Befolgen des Therapieplans dazu führt, dass sich ihre Symptome verschlimmern. Im Fokus stehen hier ihre Schmerzen, die durch die Coxarthrose ausgelöst werden. Frau T. ist oft nicht dazu bereit, medikamentösen oder nichtmedikamentösen Maßnahmen gegen die Schmerzen zu folgen, sodass die Schmerzen immer ausgeprägter werden (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2018, S.716f.).

Alle dargestellten Pflegediagnosen verdeutlichen die Auswirkungen der traumatischen Erlebnisse und dem damit einhergehenden Vertrauensverlust der Patientin auf den Versorgungsprozess im Krankenhaus. Der abschließende Prozess der Analyse ist nun die Beleuchtung des Einflusses des Misstrauens auf die Gesundheitsergebnisse.

## 6.5 Einfluss des Misstrauens in die Gesundheitsberufe auf das Gesundheitsergebnis

Die Ergebnisse der Meta-Analyse von Birkhäuser et al., die im Kapitel 3.2.1 erläutert wurde und sich mit den Auswirkungen von Vertrauen auf das Gesundheitsergebnis von Patienten befasst, lassen sich auf die Situation von Frau T. übertragen. Positive Auswirkungen von Vertrauen auf die subjektiven Gesundheitsergebnisse lassen auf negative Auswirkungen von Misstrauen auf die subjektiven Gesundheitsergebnisse schließen.

Das Misstrauen der Patientin zu den Gesundheitsberufen einhergehend mit den daher entstandenen Pflegediagnosen führt zu einer Verschlechterung ihrer subjektiven Gesundheitsergebnisse. Eine subjektive Erfahrung der Unzufriedenheit von Frau T. aufgrund der beeinträchtigten Beziehung zum Gesundheitspersonal bewirkt eine eingeschränkte Adhärenz. Durch ihre Unzufriedenheit ist auch ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität, die laut Frau T. um 70 Prozent vermindert ist (vgl. Stubbe, 2019, o.S.), begründet. Die gesundheitsbezogenen subjektiven Erfahrungen lösen eine Verschlechterung des gesundheitsfördernden Verhaltens von Frau T. aus.

Operationalisiert heißt das, dass sie oft nicht bereit ist, die durch das Gesundheitspersonal zur Verfügung gestellten Medikamente einzunehmen. Im Rahmen ihrer Vorerkrankungen (Hypertonie, Depressionen, Diabetes mellitus Typ II) und der heftigen Schmerzen durch die Coxarthrose führt das zu einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustandes und ihres Wohlbefindens. Dadurch kommt es dazu, dass die Patientin ihre Aktivität noch weiter reduziert. Das ist aufgrund verschiedener medizinischer Aspekte, wie die so verlangsamte Zirkulation des Blutes durch ihren Körper, negativ für den Heilungsprozess und für die Schmerzlinderung. Auch nach der Operation wird das Operationsgebiet schlechter und langsamer verheilen, wenn Frau T. dem Gesundheitspersonal weiterhin misstraut.

Die unwirksame Adhärenz bewirkt auch einen gesundheitsschädigenden Lebensstil der Patientin, da sie den Empfehlungen der Gesundheitsberufe bewusst kaum nachgeht. Aufgrund des Misstrauens hält sie sich nicht an die vom Gesundheitspersonal empfohlene Ernährungsweise in Bezug auf ihren Diabetes oder an die Interventionen zur Schmerzreduzierung und zur Erhaltung und Förderung der Mobilität. So verschlechtert sich ihr Langzeitblutzuckerwert, ihr Bluthochdruck, ihre Beweglichkeit und ihr Wohlbefinden.

Die negativen subjektiven Gesundheitsergebnisse bewirken somit auch negative objektive Gesundheitsergebnisse. Beispiele dafür sind die Erhöhung des Blutdrucks, die in extremen Fällen durch Organversagen sogar tödlich sein kann, des Langzeitblutzuckerwertes und auch des BMI's. Alles zusammen beeinflusst den Genesungsprozess negativ.

Das Misstrauen der Patientin löst ein gesundheitsschädigendes Verhalten aus, da sie kaum Adhärenz aufweist. Die daraus folgende Verringerung ihres Wohlbefindens bewirkt eine niedrige Zufriedenheit und eine niedrige gesundheitsbezogene Lebensqualität. Durch die

Verschlechterung der objektiven und subjektiven Gesundheitsergebnisse kommt es zu einer Verschlechterung ihrer Symptome. Insgesamt bringt das Misstrauen der Patientin also Nachteile für ihre eigene Gesundheit mit sich. Das vermindert wiederum ihr Vertrauen zum Gesundheitspersonal.

Die Fallanalyse verdeutlicht das Trauma als Ursprung des Vertrauensverlustes von Frau T. und die negativen Auswirkungen davon auf das aktuelle Gesundheitsergebnis. Durch den Tod ihrer Eltern hat sie ein Beziehungstrauma erlitten, welches zu verschiedenen psychischen Folgen geführt hat: Einer Posttraumatischen Belastungsstörung, einer Angststörung, einer beeinträchtigten Beziehung und einer unwirksamen Adhärenz. Das Trauma ist die Ursache dafür, dass die Patientin den Krankenhausaufenthalt nicht selbstständig bewältigen kann.

Der nächste Schritt der Fallbearbeitung ist die Falllösung. Es werden kommunikative Strategien herausgestellt, die an das Trauma anknüpfen. Das Gesundheitspersonal sollte diese anwenden, um das Vertrauen der Patientin zu stärken und eine angemessene Beziehung herzustellen.

## **7. Beziehungsfördernde Kommunikation**

In diesem Kapitel werden Interaktionen erarbeitet, um durch die Kommunikation von Pflegekräften und/ oder Ärzten die Beziehung zu der Patientin zu fördern. Dazu werden empirische Ergebnisse von Interventionen auf den Fall transferiert. Zunächst steht die Reduktion der PTBS im Fokus, sodass die daraus folgende Angst, Beeinträchtigte Beziehung und die Unwirksame Adhärenz gemindert werden können. Daran anknüpfend geht es um die Fortsetzung des Beziehungsaufbaus. So kann durch die Entwicklung einer guten Beziehung das Gesundheitsergebnis verbessert werden, sodass es zu einer Bildung von Vertrauen von Frau T. zum Gesundheitspersonal und zum Gesundheitswesen kommen kann. Es entsteht eine Falllösung, die individuell auf andere ähnliche Fälle übertragen werden kann.

### **7.1 Narrative Expositionstherapie**

Ein Trauma kann durch das Mitteilen der negativen Erfahrungen therapiert werden. Der Zuhörer kann so das Erlebte mit allen Emotionen und die aktuellen Empfindungen in Bezug auf das traumatische Erlebnis nachvollziehen. Er kann die Konsequenzen des Traumas, die sich auf das Verständnis von Mensch und Welt auswirken, verstehen. Die Akzeptanz und Wertschätzung durch den Zuhörer bewirkt eine Beziehungsannäherung zum Erzähler. „Der Austausch von Lebensereignissen ist einer der wichtigsten Zugangswege für menschliche Annäherung“ (Neuner, Schauer & Elbert, 2013, S.328). Aus diesen Gründen kann die Narrative Expositionstherapie (vgl. Neuner, Schauer & Elbert, 2013, S.335ff.) angewendet werden.



Im Folgenden wird die Anwendung der NET auf die Fallsituation von Frau T. beschrieben. Das Angebot für ein Gespräch erfolgt durch die Pflegefachkraft, die Frau T. fast jeden Tag betreut hat, da zu dieser ein leichtes Vertrauen besteht. Sie weist darauf hin, dass zu wenig kommuniziert wird und versichert, dass sie einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsergebnis befürchtet. Es ist davon auszugehen, dass Frau T. dem Gespräch zustimmt, da sie sich schon seit längerer Zeit nach einem Austausch über ihre Gefühle sehnt. Die Rahmenbedingungen werden gemeinsam festgelegt und in einem Plan festgehalten. Dieser könnte folgendermaßen aussehen:

	<b>1. Sitzung</b>	<b>2. Sitzung</b>	<b>3. Sitzung</b>	<b>4. Sitzung</b>
<b>Datum</b>	05.12.2019	07.12.2019	09.12.2019	11.12.2019
<b>Uhrzeit</b>	10:00-11:30 Uhr	15:00-16:30 Uhr	11:00-12:30 Uhr	15:00-16:30 Uhr
<b>Ort</b>	Park (Sitzbank)	Park (Sitzbank)	Privater Raum im Krankenhaus	Park (Sitzbank)
<b>Thema</b>	Beeinträchtigte Beziehung zwischen Frau T. und dem Gesundheitspersonal; Narrative Expositionstherapie	Negative und Positive Lebensereignisse von Frau T.	Tod der Eltern von Frau T. und weitere negative Erlebnisse in einem Krankenhaus	Aktuelle Gefühle und Emotionen von Frau T. in Bezug auf das negativ Erlebte
<b>Vorgehen</b>	Pflegefachkraft erklärt den negativen Einfluss der beeinträchtigten Beziehung auf das Gesundheitsergebnis; Frau T. erläutert den Grund für ihr abweisendes Verhalten	Darstellung der Lebenslinie von Frau T.	Narrative Aufbereitung durch detailreiche Erzählungen von Frau T. über ihre damaligen und aktuellen Emotionen	Frau T. berichtet, wie sie sich aktuell fühlt, wenn sie über den Tod ihrer Eltern und über die weiteren negativen Erlebnisse im Krankenhaus nachdenkt
<b>Ziel</b>	Zustimmung von Frau T. zur Anwendung der NET	Frau T. erkennt, dass sie in ihrem Leben nur negative Erfahrungen in Krankenhäusern gemacht hat und der Tod ihrer Eltern ein Trauma ausgelöst hat	Verknüpfung der negativen Emotionen mit der Vergangenheit; Verarbeitung des Traumas; Förderung der Beziehung	Überprüfung der tatsächlichen Verarbeitung des Traumas; Abschluss der NET

**Tabelle 2: Plan der Narrativen Expositionstherapie**  
(eigene Darstellung)

Zunächst sind vier Gesprächssitzungen geplant, die jeweils etwa 90 Minuten andauern. Die Anzahl und Dauer der Sitzungen kann angepasst werden, wenn sie dem Bedarf von Frau T. nicht entsprechen. Da der Krankenhausaufenthalt temporär begrenzt ist, finden die Sitzungen jeden zweiten Tag statt. So hat Frau T. die Möglichkeit, sich zwischen den einzelnen

Gesprächen Gedanken über die Therapie und über ihre Lebensereignisse zu machen. Um die situationsbedingte Krise im Krankenhaus zu reduzieren und Privatsphäre zu gewährleisten, erfolgen die Gespräche nicht im Krankenhaus, sondern im Park des Krankenhauses. Dieser bietet eine ruhige und entspannende Atmosphäre. Die Pflegefachkraft plant die Zeit für die jeweilige Sitzung direkt im Prozess der NET. Sie steht nicht unter Zeitdruck und strahlt Sicherheit aus.

Die Pflegefachkraft sucht vor jedem Gespräch die Patientin zur vereinbarten Zeit auf und erkundigt sich nach ihrem persönlichen Wohlbefinden. Wenn Frau T. für das Gespräch bereit ist, dann suchen beide gemeinsam den vereinbarten Ort auf. Jede Sitzung ist durch allgemeine Kommunikationstechniken, wie das Aktive Zuhören, Paraphrasieren, Empathie und Wertschätzung, gekennzeichnet. Die Pflegekraft interpretiert Informationen nur mit Frau T. zusammen. Während jeder Sitzung verfasst sie einen Bericht, der die wesentlichen Inhalte und Erkenntnisse des Gesprächs wiedergibt.

In der ersten Sitzung weist die Pflegekraft auf ihre Schweigepflicht hin und verdeutlicht, dass keine Informationen vorenthalten werden, um Frau T. das Gefühl von Transparenz und Sicherheit zu vermitteln. Dann erklärt sie, dass sie wahrgenommen hat, dass sowohl Frau T. als auch das Gesundheitspersonal mit der Beziehung unzufrieden sind und die gegenseitige Kommunikation abweisend ist. Dabei wird Frau T. kein Gefühl von Schuld vermittelt. Im Anschluss wird die Vorgehensweise der Narrativen Expositionstherapie, die Frau T. bei der Bewältigung ihres Misstrauens unterstützen kann, erläutert. Hierbei wird erwähnt, dass durch das Erzählen der vergangenen Ereignisse Emotionen aufkommen können, die belastend sein können. Es liegt nun an der Patientin, der Therapie zuzustimmen oder sie abzulehnen. Wenn sie zustimmt, dann wird sie konkret gefragt, was dazu führt, dass sie ein ablehnendes Verhalten gegenüber dem Gesundheitspersonal aufweist. Die Antwort gibt einen Überblick über die zu erwartenden negativen Ereignisse ihres Lebens. Kritisch zu sehen ist allerdings, dass ein Vermeidungsverhalten der traumatischen Ereignisse möglich ist. In diesem Fall wird das Gespräch beendet. Frau T. hat dann bis zur nächsten Sitzung Zeit, um zu überlegen, welche Erfahrungen sie bisher in Krankenhäusern gemacht hat.

Zu Beginn der zweiten Sitzung liest die Pflegekraft den Bericht der ersten Sitzung vor. Frau T. hat die Aufgabe, diesen zu korrigieren. So erfährt die Pflegekraft, was sie falsch wahrgenommen hat. Darauffolgend beginnt die eigentliche NET. Frau T. stellt nun ihre Lebenslinie mithilfe eines Seils, Steinen, Blumen und Blätter dar. Das Seil verdeutlicht den Lebenslauf von der Geburt bis zur aktuellen Situation. Die Steine kennzeichnen besondere Ereignisse ihres Lebens. Dabei bedeutet eine Blume ein positives Ereignis, während ein Blatt ein negatives Ereignis darstellt. Frau T. geht ihre Lebensgeschichte chronologisch durch. Bei jedem

Legen eines Steins mit einer Blume oder eines Blattes erläutert sie das Lebensereignis kurz. Die Lebenslinie wird bis zum Ende fortgeführt. Die Pflegekraft entwickelt währenddessen eine vollständige schriftliche Dokumentation der Biografie. Frau T. berichtet über folgende positive Ereignisse: Ihre Kindheit, die Hochzeit mit ihrem Ehemann und die Geburt der drei Töchter und ihrer Enkelkinder. Folgende negative Erlebnisse beschreibt sie: Der Tod ihrer Mutter im Krankenhaus, der Tod ihres Vaters im Krankenhaus, der Verlust ihrer Arbeit, das Erhalten der Hüft- TEP der rechten Hüfte, der Bruch der Hüft- TEP, der mit heftigsten Schmerzen einherging und die Coxarthrose der linken Hüfte, die nun erneut die Implantation einer TEP notwendig macht. Anschließend stellt die Pflegekraft heraus, dass alle Ereignisse, die Frau T. mit einem Krankenhaus oder mit Gesundheitspersonal verbindet, negativ waren. Jetzt füllt Frau T. den deutschen Fragebogen der Impact of Event- Skala- revidierte Version (IES- R), der das Auftreten von psychischen Reaktionsweisen innerhalb der letzten sieben Tage erfasst, aus. So wird offenbart, dass die Symptome der PTBS aktuell ausgeprägt sind. Die IES- R beinhaltet sieben Items der Intrusion, acht Items des Vermeidungsverhaltens und sieben Items der Übererregung/ Hyperarousal (vgl. Maercker & Schützwohl, 1998, S.133). Die Skala ist in Anhang 5 zu finden. Dann wird sie über mögliche Folgen eines unverarbeiteten Traumas, wie die PTBS, die Angststörung oder Depressionen, informiert. Die Pflegekraft gibt der Patientin das Gefühl, dass es normal ist, traumatische Erlebnisse zu erfahren und diese nicht eigenständig bewältigen zu können. Sie sagt z.B.: „Viele Menschen entwickeln eine Angst vor Krankenhäusern, wenn sie dort schlechte Erfahrungen gemacht haben; und das ist leider oft der Fall“. So erfährt Frau T. ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz. Sie versteht, dass sie ein Gespräch über das Trauma benötigt, um es verarbeiten zu können. Wenn das geschehen ist, dann wird die zweite Sitzung beendet. Am folgenden Tag kann Frau T. darüber nachdenken, wie genau sie die traumatischen Situationen erlebt hat und was sie in ihr ausgelöst haben.

Die dritte Sitzung findet in einem ruhigen Raum des Krankenhauses statt, in dem keine weiteren Personen anwesend sind. So kann Frau T. offen über ihre Emotionen sprechen und diese ggf. noch einmal durchleben. Zu Beginn der dritten Sitzung wird der Bericht des zweiten Gespräches vorgelesen, sodass die Patientin erneut Anmerkungen machen kann und die Erkenntnisse wieder erinnert werden. Dann wird die Lebenslinie erneut gemeinsam besprochen und als Orientierungshilfe von der Pflegefachkraft auf ein Plakat, das für Frau T. sichtbar ist, gemalt. Anschließend erfolgt eine narrative Aufbereitung der Erlebnisse: Frau T. wird durch die Pflegekraft chronologisch durch ihren Lebenslauf geführt. Dabei erzählt sie von allen hervorstechenden positiven und negativen Lebensereignissen. Sie geht aber besonders auf diejenigen ein, die in Verbindung mit einem Krankenhaus oder Gesundheitspersonal stehen. Die Erzählung ist sehr detailreich und schließt alle Emotionen mit ein. Die Pflegenden

fragt immer wieder nach, wie Frau T. das Erlebnis damals empfunden hat und wie sie es heute empfindet. Zudem schildert sie ihre Wahrnehmungen, die von der Patientin korrigiert werden können. So wird das Gespräch emotional und belastend.

Für den Umgang mit Emotionen verwendet die Pflegefachkraft die Kommunikationstechniken des NURSE- Modells (vgl. Peters, 2016, S.7ff.): *Naming*: Die beobachteten Emotionen werden, ohne sie zu bewerten, benannt, z.B. durch den Satz: „Ich habe das Gefühl, dass Sie gerade traurig sind“. So werden Missverständnisse vermieden, indem Frau T. die Vermutungen korrigiert. *Understanding*: Frau T. wird Empathie und Verständnis entgegengebracht. Die Pflegekraft sagt: „Es ist nachvollziehbar, dass sie dem Gesundheitspersonal damals nicht vertraut haben“. *Respecting*: Auch Respekt wird gezeigt, um Frau T. für den weiteren Verlauf der NET zu ermutigen und die Beziehung zu fördern. Die Pflegekraft sagt: „Mich beeindruckt es, dass Sie so offen über die Erlebnisse sprechen können“. *Supporting*: Der Patientin wird anschließend eine Unterstützung angeboten: „Ich werde Sie dabei unterstützen die traumatischen Ereignisse zu verarbeiten“ oder „Ich werde Sie während des gesamten Krankenhausaufenthaltes unterstützen“. Die Versprechungen müssen in jedem Fall eingehalten werden, da Frau T. sonst erneut einen Vertrauensverlust erleben würde. *Exploring*: Dieser Aspekt beinhaltet das Erkunden weiterer Emotionen und Gefühlen von Frau T. Sie sollte aber keineswegs gezwungen werden, über weitere Emotionen zu sprechen. Die Pflegekraft sagt: „Möchten Sie noch über ein anderes Gefühl oder ein anderes Ereignis sprechen, das Sie belastet?“ (vgl. Peters, 2016, S.7ff.).

Das Ziel ist es, dass Frau T. die negativen Emotionen durch das intensive Erzählen verarbeitet, in dem sie diese mit der Vergangenheit verknüpft. Das bringt eine Erleichterung hervor, sodass sie dem Krankenhausaufenthalt unvoreingenommen und mit Motivation entgegentreten kann. Das Gespräch wird erst beendet, wenn Frau T. die traumatischen Erlebnisse nicht mehr als belastend einschätzt.

Die vierte Sitzung beginnt mit dem Vorlesen und Korrigieren des Berichtes der vorherigen Sitzung. Frau T. wird darum gebeten, ihre aktuellen Gefühle in Bezug auf die traumatischen Erlebnisse wiederzugeben. Erneut beurteilt sie die Impact of Event- Skala- revidierte Version (IES- R), sodass der Erfolg der NET ermittelt wird. Die Wahrnehmung der traumatischen Ereignisse des Todes ihrer Eltern innerhalb der letzten sieben Tage zeigt, inwieweit Frau T. diese durch die NET verarbeiten konnte. Wenn sie diese nicht mehr mit aktuellen negativen Emotionen verbindet, dann konnte sie das Trauma verarbeiten. Ist das nicht der Fall, dann werden weitere Gespräche benötigt. Zudem hat sie die Möglichkeit, Fragen zu stellen oder weitere Gedanken zu äußern. Wenn die Pflegekraft der Meinung ist, dass das Trauma verarbeitet wurde und dadurch auch die Beziehung gestärkt wurde, dann wird die Therapie abgeschlossen. Als Zeichen dafür wird der Bericht über alle vier Gesprächssitzungen von der

Patientin als auch von der Pflegekraft unterzeichnet. Frau T. erhält den Bericht, um die Erkenntnisse auch in Zukunft noch nachvollziehen zu können, z.B. wenn sie die negativen Emotionen im Krankenhaus wiedererlebt.

Lely et al. haben in einer Meta-Analyse die Wirksamkeit der NET untersucht. Es zeigte sich, dass durch die NET ein Rückgang der PTBS- Symptome erreicht werden kann. Dieser Erfolg blieb auch in den nächsten Monaten bestehen. Zudem nimmt die NET einen positiven und ebenfalls anhaltenden Einfluss auf den Rückgang von Depressionen. Die Anzahl der Gesprächssitzungen ist für die Ergebnisse nicht von großer Relevanz. Die Wirksamkeit der NET ist höher, je älter die therapierte Person ist. Außerdem zeigte sich, dass die NET im Gegensatz zu anderen Traumatherapien einen größeren Effekt hat (vgl. Lely et al., 2019, S.6ff.).

Durch die beschriebene Anwendung der NET bei Frau T. kann die PTBS erfolgreich therapiert werden. Somit werden das Wiedererleben der vergangenen traumatischen Erlebnisse und ihre Übererregbarkeit reduziert. Außerdem kommt es nicht mehr zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten von Krankenhäusern und dem medizinischen Personal. Wenn die PTBS erfolgreich therapiert wird, dann wird auch die Angststörung von Frau T. vermindert. Infolge dessen verbessert sich die Beziehung zwischen der Patientin und dem Gesundheitspersonal. Das steigert auch die Adhärenz von Frau T., sodass es zu einem besseren Gesundheitsergebnis kommen kann.

## **7.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung**

Im Verlauf des Krankenhausaufenthaltes von Frau T. nach der Anwendung der NET wird weiterhin ein kommunikativer Austausch erfolgen, um ihr Vertrauen zum Gesundheitspersonal zu stärken und die Beziehung zu fördern. Jeden Tag findet ein Gespräch zwischen einem Professionellen und der Patientin statt, das auf ihre momentanen Gefühle, Sorgen und auf ihr psychisches Wohlbefinden eingeht. Die emotionalen Bedürfnisse von Frau T. rücken in den Vordergrund.

Zunächst wird das tägliche Gespräch durch die Pflegekraft, die auch die NET angewendet hat, durchgeführt, da Frau T. zu dieser eine Beziehung aufbauen konnte und ihr vertraut. Somit ist diese die Bezugsperson der Patientin. Wenn Frau T. ihr Einverständnis dafür gibt, dann klärt diese Pflegekraft die anderen Pflegekräfte und die zuständigen Ärzte über das erlittene Trauma und dem damit zusammenhängenden Vertrauensverlust auf. Sie bittet darum, dass alle Akteure, die in Kontakt mit Frau T. stehen, ihre emotionalen Bedürfnisse beachten und öfter das Gespräch zu ihr suchen. Ist diese Informationsweitergabe erfolgt, dann werden die täglichen Gespräche über das psychische Wohlbefinden durch unterschiedliche Akteure herbeigeführt. Dadurch baut Frau T. nicht nur zu einer Gesundheitsperson ein Vertrauen und eine Beziehung auf, sondern zu allen Gesundheitspersonen und infolge dessen generalisie-

rend zum Gesundheitswesen. Das heißt also, dass alle Pflegekräfte und Ärzte, die die Versorgung von Frau T. verantworten, neben Gesprächen und Beratungen, die sich auf ihre Erkrankung und den Umgang damit beziehen, auch Gespräche mit ihr über ihr psychisches Wohlbefinden führen. Notwendig ist dabei, dass sich die Professionellen untereinander absprechen und über die Gespräche austauschen, damit Frau T. nicht mehr wie zweimal täglich nach ihren Emotionen gefragt wird und die Inhalte der vorherigen Konversationen nicht wiederholt werden. Der kommunikative Austausch wird nicht geplant, damit die Patientin ihren Tagesablauf frei gestalten kann. Zudem ist es sinnvoll, die Unterhaltungen dann zu führen, wenn Frau T. sich gerade nicht wohl fühlt, sich Sorgen macht oder Angst hat. Dieses ist oft abends der Fall. So werden die Belastungen zeitnah durch einen kommunikativen Austausch vermindert. Wenn Frau T. keine emotionale Unterstützung durch einen kommunikativen Austausch während des weiteren Krankenhausaufenthaltes erhält, dann verliert sie das durch die NET entstandene Vertrauen wieder. Die Pflegekraft hat während der NET emotionale Unterstützung während der gesamten Hospitalisierung versprochen.

Alle Konversationen über das psychische Wohlbefinden sollten durch die Klientenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers (vgl. Sciborski, 2007, S.82ff.) gekennzeichnet sein.

Die Klientenzentrierte Gesprächsführung ist ein Ansatz, der einen Patienten dazu befähigen soll, durch die Kommunikation von Akzeptanz, Verständnis und Aufrichtigkeit, seinen eigenen gesundheitlichen Prozess zu verantworten und psychisches Wachstum zu erleben. Der Patient soll sich darüber bewusst werden, dass er eigenständig Entscheidungen treffen und so seine Selbstheilungskräfte aktivieren kann. Der Berater, Therapeut oder in diesem Kontext der Arzt oder die Pflegekraft, führen eine Kommunikation ohne Dirigismus. Sie geben keine Interventionsempfehlungen, sondern unterstützen den Patienten dabei, die für ihn notwendigen Entscheidungen oder Handlungen selbst zu entwickeln. Durch diese nicht-direktive Gesprächsführung wird dieser nicht von außen beeinflusst. Es wird die Meinung vertreten, dass jeder Mensch am besten weiß, was gut für ihn ist und dass jeder Mensch nach einer Unabhängigkeit von der Kontrolle durch Andere strebt (vgl. Sciborski, 2007, S.82f.). Die Klientenzentrierte Gesprächsführung löst somit eine Steigerung der Autonomie, der Selbstachtung und der Selbstakzeptanz des Patienten aus. Sie macht diesem bewusst, dass nur er selbst seine Situation erlebt und fördert so Kreativität und Flexibilität (vgl. Sciborski, 2007, S.85). Drei Grundhaltungen sind in der Klientenzentrierten Gesprächsführung inbegriffen: *Positive Wertschätzung*, *Kongruenz* und *Empathie* (vgl. Sciborski, 2007, S.84f.). Diese werden im Folgenden auf die Kommunikation vom Gesundheitspersonal mit Frau T. transferiert.

*Positive Wertschätzung:* Jede Pflegekraft und jeder Arzt, die/der mit Frau T. kommuniziert, zeigt ihr gegenüber Wertschätzung. Frau T. wird als Mensch mit subjektiven Gefühlen geachtet, auch wenn ihre Gefühle und Emotionen nicht als nachvollziehbar erscheinen. Sie

wird so akzeptiert, wie sie ist und wie sie sich verhält. Keinesfalls darf sie nur als Patientin gesehen werden. Das heißt, dass sie nicht nur auf ihre Krankheit reduziert wird, sondern auch ihr Umgang mit dieser und ihr psychisches Befinden mit in den Blick genommen wird. Des Weiteren werden ihre Entscheidungen ohne jeglichen Versuch der Meinungsänderung respektiert, auch wenn eine Entscheidung unvernünftig erscheint. Es werden keine aufdrängenden Ratschläge gegeben. Da nur Frau T. die Gründe für ihre Emotionen und ihre Verhaltensweisen vollständig kennt, ist es nicht angemessen, diese als Pflegekraft oder als Arzt zu beurteilen. Deshalb ist es notwendig, Frau T. als Person gänzlich zu akzeptieren und zu respektieren. Somit werden der Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal und die damit einhergehende unwirksame Adhärenz nicht kritisiert, auch wenn diese nach dem Abschluss der NET noch teilweise vorhanden sind. Stattdessen wird versucht, das Verhalten von Frau T. nachvollziehen zu können. Wenn Frau T. sich zurück zieht oder weint, weil sie mit der gesamten Situation überfordert ist, dann begegnet das Gesundheitspersonal auch dieser Situation mit Respekt. Die positive Wertschätzung Frau T. gegenüber bewirkt, dass sie dem Personal gegenüber Vertrauen entwickelt und eine emotionale Wärme spürt. Ihre Angst, vom Gesundheitspersonal abgelehnt zu werden und dadurch eine schlechtere Versorgung erhalten zu können, wird reduziert. Zudem löst die Wertschätzung durch das Gesundheitspersonal bei Frau T. eine Akzeptanz der eigenen Person aus. Sie achtet dann den Einfluss ihrer eigenen Entscheidungen und steigert ihre Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit meint die Überzeugung von Frau T., dass sie verschiedene Herausforderungen ohne fremde Hilfe erfolgreich bewältigen kann.

*Kongruenz:* Jede Pflegekraft und jeder Arzt, die/der mit Frau T. kommuniziert, gibt ihr das Gefühl von Kongruenz. Kongruenz meint die Echtheit der kommunizierenden Person, also dass das Denken, die verbale und die nonverbale Kommunikation der Pflegekraft/ des Arztes übereinstimmen. Alles, was von diesen Frau T. gegenüber geäußert wird, entspricht den wahren Gedanken. Äußerungen im Sinne von Versprechungen durch das Gesundheitspersonal werden zeitnah durch dieses erfüllt. Außerdem wird die Äußerung durch die nonverbale Kommunikation unterstützt. Es wäre beispielsweise nicht kongruent, wenn eine Pflegekraft äußert, dass sie die Sorgen von Frau T. nachvollziehen kann, aber dabei einen genervten und abweisenden Gesichtsausdruck zeigt. Sowohl die Körperhaltung als auch die Mimik und Gestik entsprechen den gesprochenen Worten der Pflegekraft/ des Arztes. Diese nehmen keine äußere Fassade ein, die ihren inneren Gedanken und Gefühlen nicht entspricht. Durch die Kongruenz des Gesundheitspersonals erkennt Frau T., dass dieses ihr gegenüber ehrlich ist. Das ist eine gute Basis für den weiteren Vertrauensaufbau, durch den es Frau T. leichter fällt, sich dem Gesundheitspersonal gegenüber emotional zu öffnen.

*Empathie:* Frau T. erfährt durch die Pflegekräfte und Ärzte Empathie. Sie versetzen sich während der Kommunikation in ihre Lage und nehmen ihre Perspektive an, wenn sie von ih-

ren Sorgen, Gefühlen und Emotionen berichtet. So kommt es dazu, dass sie ihre subjektiven Emotionen und Gedanken wahrnehmen und ihre darin begründeten Verhaltensweisen verstehen. Da jeder Mensch individuell auf ein Erlebnis reagiert und unterschiedliche Bewältigungsstrategien aufweist, ist es nicht notwendig, dass die Pflegekraft oder der Arzt sich mit dem Erleben von Frau T. identifizieren kann. Das Mitfühlen bzw. die Empathie wird kommunikativ mitgeteilt. Das geschieht durch zwei Schritte: Zunächst werden die von Frau T. erzählten Ereignisse und Gefühle mit eigenen Worten paraphrasiert. Die Pflegekraft/der Arzt gibt das wieder, was sie/ er als bedeutsam empfindet. Im zweiten Schritt formuliert der Professionelle die Gefühle und Absichten, die durch Frau T. vermittelt werden, aber unausgesprochen bleiben. Das einführende Verstehen durch das Gesundheitspersonal bewirkt, dass sich Frau T. verstanden fühlt. Somit hat sie das Gefühl, ihrer Situation nicht alleine ausgesetzt zu sein und eine Unterstützung zu erhalten.

Konkrete Beispiele der Klientenzentrierten Gesprächsführung werden in Tabelle 3 gegeben:

	<b>Beispiele für die Klientenzentrierte Gesprächsführung mit Frau T.</b>
<b>Positive Wertschätzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Es ist für mich ok, wenn Sie sich dafür entscheiden, die Medikamente heute nicht einzunehmen.“</li> <li>- „Ich akzeptiere es, dass Sie aufgrund der Schmerzen heute keine Körperpflege durchführen möchten und meine Unterstützung ablehnen.“</li> <li>- „Ich finde es toll, dass Sie so offen über ihre Gefühle sprechen.“</li> <li>- „Ich merke an ihrem Gesichtsausdruck, dass Sie heute traurig sind. Sehe ich das richtig?“</li> </ul>
<b>Kongruenz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „Ich möchte mit Ihnen über ihr derzeitiges seelisches Befinden sprechen.“ → Interesse zeigen durch eine aufrechte/ lockere Körperhaltung, natürliches Lächeln, Blickkontakt (nicht starren), keine unruhigen Handbewegungen, mittlere Lautstärke...</li> <li>- „Es tut mir wirklich leid, dass Sie Ihre Eltern bereits als junge Frau verloren haben.“ → Empathie zeigen durch eine leicht gesenkte Körperhaltung, gesenkten Blick, halb geschlossene Augen, geschlossener Mund, in der Mitte zusammen gezogene Augenbrauen,...</li> <li>- „Ich freue mich, dass Sie heute nicht so viel Angst vor der Operation empfinden.“ → Freude zeigen durch eine aufrechte/ lockere Körperhaltung, natürliches Lächeln, hochgezogene Wangen, Blickkontakt, weit geöffnete Augen,...</li> </ul>
<b>Empathie</b>	<p>Erster Schritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Sie sagen, dass es Ihnen heute nicht gut geht.“</li> <li>- „Sie möchten dieses Krankenhaus verlassen und zurück in Ihr Zuhause.“</li> </ul> <p>Zweiter Schritt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- „Habe ich es richtig verstanden, dass Sie traurig sind, weil Sie das Zusammenleben mit ihrem Mann vermissen?“</li> <li>- „Verstehe ich es richtig, dass Sie sich bei der Therapie anstrengen möchten, damit Sie ohne Einschränkungen mit Ihren Enkelkindern spielen können, wenn Sie wieder Zuhause sind?“</li> </ul>

**Tabelle 3: Konkrete Beispiele der Klientenzentrierten Gesprächsführung mit Frau T.**  
(eigene Darstellung)



Während der gesamten Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächsführung kommt das *Aktive Zuhören* zum Einsatz. Damit ist gemeint, dass der Hauptanteil des Gesprächs durch Frau T. kommuniziert wird und sich die Pflegekraft/ der Arzt verbal zurück hält. Äußerungen wie „Ja“ oder „Hmm“ durch den Zuhörer und dessen Mimik und Gestik verdeutlichen Frau T., dass sie verstanden wird. So ist es für das Gesundheitspersonal auch notwendig, Schweigen ertragen zu können. Durch das Aktive Zuhören werden die Inhalte der Kommunikation von Frau T. kaum beeinflusst (vgl. Sciborski, 2007, S.86). Das fördert wiederum das Erkennen ihrer eigenen Problemlagen und steigert ihre Selbstwirksamkeit.

Die Pflegefachkraft oder der Arzt, die/ der das Gespräch mit Frau T. führt, unterstützt sie durch eine Kommunikation, die ihr ein Gefühl von Sicherheit gibt und sie motiviert, ihren eigenen Weg zu gehen. Durch die Steigerung ihrer Selbstwirksamkeit wird ihre Abhängigkeit vom Gesundheitspersonal gemindert. So könnte es ihr leichter fallen, dem Gesundheitspersonal zu vertrauen, da sie erkennt, dass ihre Selbstwirksamkeit einen größeren Einfluss auf ihr Gesundheitsergebnis hat als die Interventionen des Gesundheitspersonals.

Außerdem führt die Steigerung der Selbstwirksamkeit von Frau T. zu einer Förderung ihrer Resilienz, sodass sie die aktuelle Krise des Krankenhausaufenthaltes leichter bewältigen kann. Eine gesteigerte Resilienz führt dann auch dazu, dass Frau T. weitere Krankenhausaufenthalte in ihrem Leben und den zukünftigen stationären Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung nicht mehr als Krise empfinden wird.

Wie aus Kapitel 3.1 ersichtlich, ist die Basis für eine professionelle Beziehungsgestaltung Respekt, Vertrauen und Gegenseitigkeit. Pflegepersonen und Ärzte, die Frau T. durch die Klientenzentrierte Gesprächsführung eine positive Wertschätzung und Empathie vermitteln, zeigen ihr gegenüber Respekt. Da Respekt die Basis für einen Vertrauensaufbau ist, wird es Frau T. so ermöglicht, ein Vertrauen zum Gesundheitspersonal aufzubauen. Außerdem sind Ehrlichkeit, Loyalität, Kompetenz und Vertraulichkeit Faktoren, die die Entwicklung eines persönlichen Vertrauens zum Gesundheitspersonal bedingen (siehe Kapitel 3.2.1). Durch die kongruente Grundhaltung des Gesundheitspersonals gegenüber Frau T. wird ihr eine Loyalität entgegengebracht, die eine Vertraulichkeit auslöst. Frau T. entwickelt das Gefühl, dass das Gesundheitspersonal kompetent und ehrlich zu ihr ist. Somit werden durch das Gesundheitspersonal Vertrauen und Respekt vermittelt, sodass eine professionelle Beziehungsgestaltung ermöglicht wird.

### 7.3 Verknüpfung der Ergebnisse zur Falllösung

Die Ergebnisse der Falllösung werden in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt:

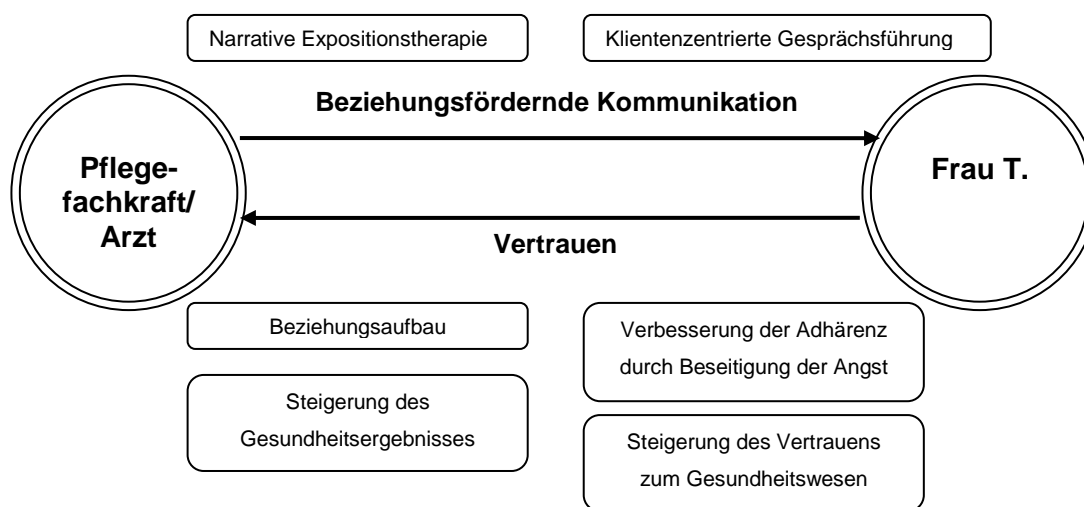


Abbildung 4: Ergebnisse der Falllösung  
(eigene Darstellung)

Um das Vertrauen von Frau T. zum Gesundheitspersonal zu stärken, sollte durch die Pflegekraft, der die Patientin am meisten vertraut, zunächst die NET durchgeführt werden. Das Ergebnis der NET ist, dass Frau T. ihr Trauma erkennt und ihre PTBS gemindert wird. Sie erkennt, dass die Handlungen des Gesundheitspersonals nicht die Auslöser für den Tod ihrer Eltern waren. So reduziert sich ihre Angst vor dem Krankenhausaufenthalt und vor der Kooperation mit dem Gesundheitspersonal. Es entsteht Vertrauen zu Pflegekräften und Ärzten. Die Basis einer guten Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und Frau T. wird geschaffen.

Im weiteren Verlauf wird die Beziehung zu Frau T. durch die Anwendung der Klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers gefördert. Wie bereits erläutert wurde, ist Kommunikation die Basis jeder Beziehung. So entsteht eine Beziehung einerseits durch die einfache Kommunikation des Gesundheitspersonals, die auch Small Talks, Beratungen und die ärztliche Visite einschließt, und andererseits durch die Wertschätzung, Kongruenz und Empathie gegenüber Frau T. Die drei Grundhaltungen der Klientenzentrierten Gesprächstherapie geben ihr das Gefühl, dass sie vom Gesundheitspersonal ernst genommen wird, dass sie sich auf dessen Äußerungen und Versprechungen verlassen kann und dass sie eine ehrliche Aufklärung erhält. Ihr Bedürfnis nach Sicherheit wird nun erfüllt. Zudem wird ihr Bedürfnis nach einem Austausch über ihr psychisches Befinden befriedigt.

Durch die beschriebene Anwendung der NET und der Klientenzentrierten Gesprächsführung von Ärzten und Pflegekräften erlangt Frau T. eine Steigerung ihres Vertrauens zum Gesundheitspersonal. Respekt und Vertrauen, die auf Gegenseitigkeit berufen, sind die Bedingun-

gen für eine gute Beziehung. Das ist nun gegeben. Infolge dessen werden die Ängste der Patientin beseitigt, sodass sie sich an den therapeutischen Plan und an die Empfehlungen des Gesundheitspersonals hält bzw. ihre Adhärenz bedeutend steigert. Frau T. entwickelt eine Zufriedenheit, wodurch sogenannte *Glückshormone*, wie Serotonin und Dopamin, ausgeschüttet werden. Diese haben einen positiven Effekt auf ihr Wohlbefinden und ihre Schmerzen und motivieren sie zu einem gesundheitsfördernden Lebensstil. Das heißt, dass Frau T. sich vermehrt selbst mobilisiert und auf eine gesunde Ernährung achtet. So werden auch ihre objektiven Gesundheitsergebnisse verbessert: Ihre Hypertonie wird gemindert, ihr BMI und ihr Langzeitblutzuckerwert (HbA1c) sinken langfristig und der Heilungsprozess nach der Implantation der Hüft-TEP wird gefördert. Somit hat dieses auch einen positiven Einfluss auf die bevorstehende Therapie in der Rehabilitationseinrichtung, die sie in einigen Wochen aufsuchen wird. Sie wird dort nicht mehr als *schwierige* Patientin wahrgenommen werden und sich aktiv an der Therapie beteiligen. Sie wird ihre Erkrankung besser bewältigen können. Insgesamt erfolgt eine Steigerung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und ihres Wohlbefindens.

Die Ergebnisse der Falllösung lassen sich durch die Anwendung auf das Modell der Interpersonalen Beziehungen in der Pflege von Hildegard Peplau untermauern.

Peplau sieht den Prozess der professionellen Beziehungsgestaltung neben der Grund- und Behandlungspflege als Hauptaufgabe der Pflege an (vgl. Peplau, 1995, S.27, zitiert nach Lademann, 2019, S.86). Sie beschreibt vier Phasen der Beziehungsgestaltung im Krankenhaus: Orientierung, Identifikation, Nutzung und Ablösung. Die vier Phasen werden anhand der Abbildung in Anhang 6 dargestellt.

Die Beziehung zwischen Frau T. und einer Pflegefachkraft befindet sich während der Anwendung der NET und der Klientenzentrierten Gesprächsführung in der Phase der Identifikation. Frau T. lernt sich mit der Pflegekraft zu identifizieren und ihr zu vertrauen, da sie während der Kommunikation Wertschätzung, Kongruenz und Empathie erfährt. Die Pflegekraft kann durch die Gespräche ihr Denken und Fühlen nachvollziehen. Frau T. wird immer mehr in die pflegerische Versorgung einbezogen, da sie den Einfluss ihrer Selbstwirksamkeit erkannt hat.

Die Identifikation, die nun durch den Beziehungsaufbau erreicht wurde, ist die Basis für die sinnvolle und vollständige Nutzung der pflegerischen Unterstützung durch Frau T. Sie empfindet nun neben der Abhängigkeit, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht vermieden werden kann, auch eine Unabhängigkeit. Sie akzeptiert nun die pflegerische Unterstützung vollständig und nutzt diese, um den Umgang mit ihrer Erkrankung zu bewältigen.

## 8. Fazit

Die Relevanz der Beziehungsförderung durch das Gesundheitspersonal wurde in Kapitel 2 erkenntlich: Patienten benötigen aufgrund der Machtasymmetrie im Krankenhaus ein Vertrauen zum Gesundheitspersonal. Trotzdem weist ein großer Anteil der deutschen Bevölkerung ein stark eingeschränktes Vertrauen zum Gesundheitswesen auf. Dieses hat einen negativen Einfluss auf das Gesundheitsergebnis der Patienten mit einem übersteigerten Misstrauen. Die Kommunikation durch das Gesundheitspersonal kann das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt stärken und so zu einem Beziehungsaufbau führen.

Die zentrale Fragestellung der Bachelorarbeit (Welche beziehungsfördernde Kommunikation ist bei einer Frau mit totalem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal bedingt durch *Negativ Erleben* in der Vergangenheit erforderlich?) wurde aus unterschiedlichen Perspektiven erörtert. Es wurden maßgeblich zwei kommunikative Interventionen herausgestellt: Einerseits ermöglicht die Narrative Expositionstherapie, durch die ein Beziehungstrauma verarbeitet werden kann, eine Beziehung. Andererseits fördert die Klientenzentrierte Gesprächsführung einen Beziehungsaufbau.

Die kommunikative Kompetenzentwicklung des Gesundheitspersonals ist von hoher Relevanz und sollte zukünftig verstärkt in die pflegerische und medizinische Ausbildung integriert werden. Das Gesundheitspersonal sollte die Auswirkungen ihrer Kommunikation auf einen Patienten einschätzen und geeignete Kommunikationsstrategien anwenden können.

Der theoretische Rahmen der Bachelorarbeit (Kap. 3) ist die Grundlage der Fallbearbeitung. Die Fallbeschreibung und die Fallanalyse geben eine prägnante Übersicht über das Beziehungstrauma und dessen Auswirkungen auf das psychische Befinden und die Adhärenz der Patientin im Krankenhaus. Das erlebte Beziehungstrauma von Frau T. ist der Auslöser vieler Pflegeprobleme bzw. Symptome. Aus diesem Grund wurde der Fokus der Fallanalyse auf die Ursache des Verhaltens von Frau T. gelegt, sodass durch die Beseitigung der PTBS weitere Pflegeprobleme reduziert werden können. Die Fallanalyse hätte anhand mehrerer Pflegediagnosen, wie das Unwirksame Rollenverhalten, oder anhand von Modellen, wie das Krisenmodell von Erika Schuchardt, weiter ausgeführt werden können. Das würde den formalen Rahmen der Bachelorarbeit allerdings überschreiten.

Des Weiteren stellt auch die Falllösung nur einen kleinen Auszug der möglichen Interventionen zur Beziehungsförderung dar. Es sind andere Traumatherapien, wie die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), vorhanden. Außerdem gibt es weitere Kommunikationstechniken, die beziehungsfördernd sind. Die Verfasserin dieser Arbeit hat sich auf die beiden kommunikativen Interventionen, die sie für die Anwendung an Frau T. als angemessen und am besten umsetzbar empfand, beschränkt.

## 9. Ausblick

Weiterführend bleibt die Frage, wie die kommunikative Kompetenzentwicklung ausgiebiger in die Ausbildung und in den Berufsverlauf des Gesundheitspersonals integriert werden kann.

Während der Lehrveranstaltungen der pflegerischen/medizinischen Ausbildung sollte vermittelt werden, dass die Kommunikation einen direkten Einfluss auf den Beziehungsaufbau und auf das Gesundheitsergebnis des Patienten hat. Zudem sollten verschiedene Kommunikationstechniken theoretisch erlernt werden. Diese sollten dann in einem praktischen Einsatz im Krankenhaus umgesetzt werden: Nach der Auswahl eines geeigneten Patienten sollten spezifische Kommunikationsinterventionen, die bereits erlernt oder recherchiert wurden, angewendet werden. Ein Assessment kann helfen, die Entwicklung der aktuellen Beziehung einzuschätzen. Ein vom Schüler/Studenten verfasster Bericht über die Anwendung der Kommunikation bildet die Grundlage für eine Reflexion in der nächsten Lehrveranstaltung.

Während der beruflichen Laufbahn von examinierten Pflegekräften und ausgebildeten Ärzten könnte eine jährliche Schulung über die Beziehungsgestaltung durch Kommunikation, die auch Interventionen zur Verarbeitung eines Beziehungstraumas beinhaltet, zur Pflicht werden. Nach zwei Wochen sollte erneut eine Schulung angeboten werden, um den praktischen Erfolg der Kommunikation auf die Beziehungsgestaltung zu reflektieren.

In einem weiteren Schritt der Falllösung von Patienten mit einem Vertrauensverlust zum Gesundheitspersonal sollte folgende Frage bearbeitet werden: Welche weiteren Interventionen können vom Gesundheitspersonal angewendet werden, um die Beziehung zu einem Patienten im Krankenhaus zu fördern? Dabei kann es sich um Interventionen, die die Kommunikation oder andere Verhaltensweisen betreffen, aber auch um Interventionen der Traumatherapie, handeln. Diese Interventionen sollten Inhalt der oben genannten Schulungen sein.

Des Weiteren bleibt offen, wie eine zeitintensive Traumatherapie, wie die NET, oder eine zeitintensive beziehungsfördernde Kommunikation in Zeiten des Pflegenotstandes und des Ärztemangels umgesetzt werden kann. Es ist außerdem zu klären, unter welchen Bedingungen die Therapie eines Patienten mit einem Vertrauensverlust zum Gesundheitswesen durch das Gesundheitspersonal nicht ausreicht. Dann sollte ein Psychologe hinzugezogen werden.

## 10. Kritische Reflexion

Die Erarbeitung der Bachelorarbeit war ein zeitintensiver Prozess, der mich in meiner persönlichen Kompetenzentwicklung einer akademisierten Pflegefachkraft sehr weitergebracht hat. Ich habe gelernt, theoretische Erkenntnisse aus der Fachliteratur mit einer Fallbearbeitung bzw. dem Pflegeprozess zu verknüpfen. So entstand eine von mir selbstständig entwickelte Fallanalyse und -lösung, die auf empirischen Erkenntnissen beruht.

Die Fallbearbeitung stellt einen Ausschnitt des gesamten Pflegeprozesses von Frau T. dar, sodass ich eine Vorbereitung für das pflegerische Examen, das ich in einigen Wochen absolvieren werde, erfahren habe. Zudem wurde ich für die Bedeutung einer professionellen Beziehung zu einem Patienten und für die Auswirkungen der Qualität meiner Kommunikation auf die Adhärenz und das Gesundheitsergebnis eines Patienten sensibilisiert. Ich werde mich zukünftig vermehrt mit der Entwicklung meiner persönlichen Kommunikationskompetenz auseinandersetzen, um eine professionelle Beziehung zu den Pflegeempfängern, die ich während meiner beruflichen Laufbahn versorgen werde, aufbauen zu können.

In der Bachelorarbeit ist die Verknüpfung des theoretischen Rahmens mit der Fallanalyse und der Falllösung gelungen. Viele Aspekte, die im theoretischen Rahmen erläutert wurden, konnten im weiteren Verlauf der Arbeit erneut aufgegriffen werden und so zu einem besseren Verständnis beitragen. Insgesamt ist ein roter Faden erkennbar, der eine sachlogische und prozessorientierte Bearbeitung der Fragestellung wiedergibt. Weniger gelungen ist der konkrete Transfer der kommunikativen Interventionen der NET und der Klientenzentrierten Gesprächsführung auf die Fallsituation von Frau T. Die Verschriftlichung einer konkreten Anwendung der beiden Interventionen ist schwierig, da der Verlauf der Gespräche und die genauen Äußerungen von Frau T. nicht vorhergesagt werden können.

Der Erkenntnisgewinn für eine akademisierte Pflegefachkraft liegt in der Notwendigkeit der Literaturrecherche von kommunikativen Techniken zur professionellen Beziehungsförderung. Die akademisierte Pflegefachkraft sollte empirische Ergebnisse aus der Pflegewissenschaft hinzuziehen, um die Effektivität verschiedener Kommunikationsinterventionen zu beurteilen. Die Kommunikationstechnik sollte ausgewählt werden, die für die Anwendung an einem bestimmten Patienten angemessen ist. Es liegt somit in der Verantwortung der akademisierten Pflegefachkraft, die Beziehung zu einem Patienten eigeninitiativ zu fördern.

## V. Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C. (2011).** Pflgeethorie. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3., vollständig überarbeitete Auflage, S. 57–81). Bern: Hans Huber.
- Bauer, R. (2016).** Beziehung. In Medizinische Fachredaktion Pschyrembel (Hrsg.), *Pschyrembel Online*. Berlin: Walter de Gruyter. Zugriff am 15.04.2020. Verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/beziehung/T011G/doc/>
- Behrens, J. & Langer, G. (2016).** *Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - Vertrauensbildende Entzauberung der "Wissenschaft"* (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe.
- Bernard, C. (2010).** Trauma vs. Resilienz. Die Bedeutung der Ressourcen- bzw. Resilienzorientierung in der Sozialen Arbeit. In F. Fredersdorf & M. Himmer (Hrsg.), *Junge Sozialarbeitswissenschaft. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (Forschung und Entwicklung in der Sozial(arbeits)wissenschaft, S. 55–64). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. et al. (2017).** Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 12 (2). Zugriff am 22.04.2020. Verfügbar unter <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170988>
- Bova, C., Fennie, K. P., Watrous, E., Dieckhaus, K. & Williams, A. B. (2006).** The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Research in Nursing & Health*, 29 (5), 477–488. Zugriff am 17.04.2020. Verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/nur.20158>
- Brockhaus (Hrsg.). (2020).** *Brockhaus Enzyklopädie Online*. München: NE GmbH, Brockhaus. Zugriff am 15.04.2020. Verfügbar unter <https://brockhaus.de/>
- Brockhaus (2020a).** Erleben. In Brockhaus (Hrsg.), *Brockhaus Enzyklopädie Online*. München: NE GmbH, Brockhaus. Zugriff am 23.04.2020. Verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/erleben>
- Brockhaus (2020b).** negativ (allgemein). In Brockhaus (Hrsg.), *Brockhaus Enzyklopädie Online*. München: NE GmbH, Brockhaus. Zugriff am 23.04.2020. Verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/julex/article/negativ-allgemein>
- Brockhaus (2020c).** Vertrauen. In Brockhaus (Hrsg.), *Brockhaus Enzyklopädie Online*. München: NE GmbH, Brockhaus. Zugriff am 15.04.2020. Verfügbar unter <https://brockhaus.de/ecs/enzy/article/vertrauen>
- Büker, C. (2019).** Die Pflegebeziehung - Begriff, Besonderheiten, Bedeutung. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (Bachelor Pflegestudium, S. 15–43). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Büker, C. & Lademann, J. (Hrsg.). (2019).** *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (Bachelor Pflegestudium, 3 Bände). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2018).** *Pflegeberufegesetz*. Zugriff am 08.04.2020. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr, A. C. (2018).** *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (6., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Maria Müller Staub, Jürgen Georg und Claudia Leoni-Scheiber. Bern: Hogrefe.
- Elzer, M. & Sciborski, C. (Hrsg.) (2007).** *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*. Bern: Hans Huber.
- Fooken, I. (2013).** Resilienz und posttraumatische Reifung. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 71–94). Heidelberg: Springer Medizin.
- Fredersdorf, F. & Himmer, M. (Hrsg.) (2010).** *Junge Sozialarbeitswissenschaft. Diplomarbeiten zu relevanten Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit* (Forschung und Entwicklung in der Sozial(arbeits)wissenschaft). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goold, S. D. (2001).** Trust and the Ethics of Health Care Institutions. *The Hastings Center Report*, 31 (6), 26–33.
- Grünberg, P. (2014).** *Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen* (Organisationskommunikation. Studien zu Public Relations/Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikationsmanagement). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Haselhoff, V. (2010).** *Patientenvertrauen in Krankenhäuser. Eine qualitative Analyse zur Bedeutung, Bildung und unterschiedlichen Vertrauensebenen* (Applied Marketing Science/ Angewandte Marketingforschung). Wiesbaden: Gabler Verlag/ Springer Fachmedien.
- Hurrelmann, K. & Bauer, U. (2018).** *Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. & Wasem, J. (2019).** *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus*. Berlin: Springer Open. Zugriff am 07.04.2020.
- Lademann, J. (2019).** Theoretische Grundlagen von Kommunikation und Interaktion. In C. Büker & J. Lademann (Hrsg.), *Beziehungsgestaltung in der Pflege* (Bachelor Pflegestudium, S. 75–106). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Lely, J. C. G., Smid, G. E., Jongedijk, R. A., Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2019).** The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analyses and meta-regression analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10 (1), 1–13. Zugriff am 01.05.2020. Verfügbar unter <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2018.1550344>
- Maercker, A. (Hrsg.) (2013).** *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Heidelberg: Springer Medizin.



- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998).** Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 44 (3), 130–141. Zugriff am 02.05.2020. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1037/t55092-000>
- Medizinische Fachredaktion Pschyrembel (Hrsg.). (2016).** *Pschyrembel Online*. Berlin: Walter de Gruyter. Zugriff am 15.04.2020. Verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/>
- Needham, I. (2011).** Vertrauen. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3., vollständig überarbeitete Auflage, S. 1045–1061). Bern: Hans Huber.
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2013).** Narrative Exposition. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, S. 327–347). Heidelberg: Springer Medizin.
- Pausch, M. J. & Matten, S. J. (2018).** *Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Peplau, H. E. (1995).** *Interpersonale Beziehungen in der Pflege. Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel: Recom.
- Peters, T. (2016).** Schwierige Gespräche führen. Gut vorbereitet. *Funktionen und Formen der Sprache in der Pflege, Lerneinheit in CNE.online*, 1–11. Zugriff am 02.05.2020. Verfügbar unter [https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/pdf/learningunit/10.1055\\_s-0035-1570211](https://cne.thieme.de/cne-webapp/r/pdf/learningunit/10.1055_s-0035-1570211)
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020a).** *About CanMEDS*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Zugriff am 09.04.2020. Verfügbar unter <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-e>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020b).** *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Zugriff am 09.04.2020. Verfügbar unter <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2020c).** *Communicator*, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Zugriff am 09.04.2020. Verfügbar unter <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e>
- Sauter, D., Abderhalden, C., Needham, I. & Wolff, S. (Hrsg.). (2011).** *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (3., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Hans Huber.
- Schrems, B. (2016).** *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche* (2., überarbeitete und ergänzte Auflage). Wien: Facultas.
- Sciborski, C. (2007).** Der Beitrag der humanistischen Psychologie zur Kommunikation. In M. Elzer & C. Sciborski (Hrsg.), *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion* (S. 80–88). Bern: Hans Huber.
- Statista (Hrsg.) (2017).** *Wie groß ist Ihr Vertrauen in das Gesundheitswesen?* Zugriff am 02.04.2020. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/176866/umfrage/vertrauen-in-das-gesundheitswesen/#statisticContainer>

**Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2018).** *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2017. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.* Zugriff am 07.04.2020. Verfügbar unter [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile)

**Stubbe, K.,** Studierende im Studiengang Pflege B.Sc. (dual), Hochschule Osnabrück (03.12.2019). *Gespräch zur Fallerhebung mit der Patientin Frau T.* (Gespräch).

**Tarlier, D. S. (2004).** Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5 (3), 230–241. Zugriff am 15.04.2020. Verfügbar unter <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1466-769X.2004.00182.x>

**Wright, L. M. & Leahey, M. (2009).** *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen.* Bern: Hans Huber.

## VI. Rechtsquellenverzeichnis

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) geändert worden ist

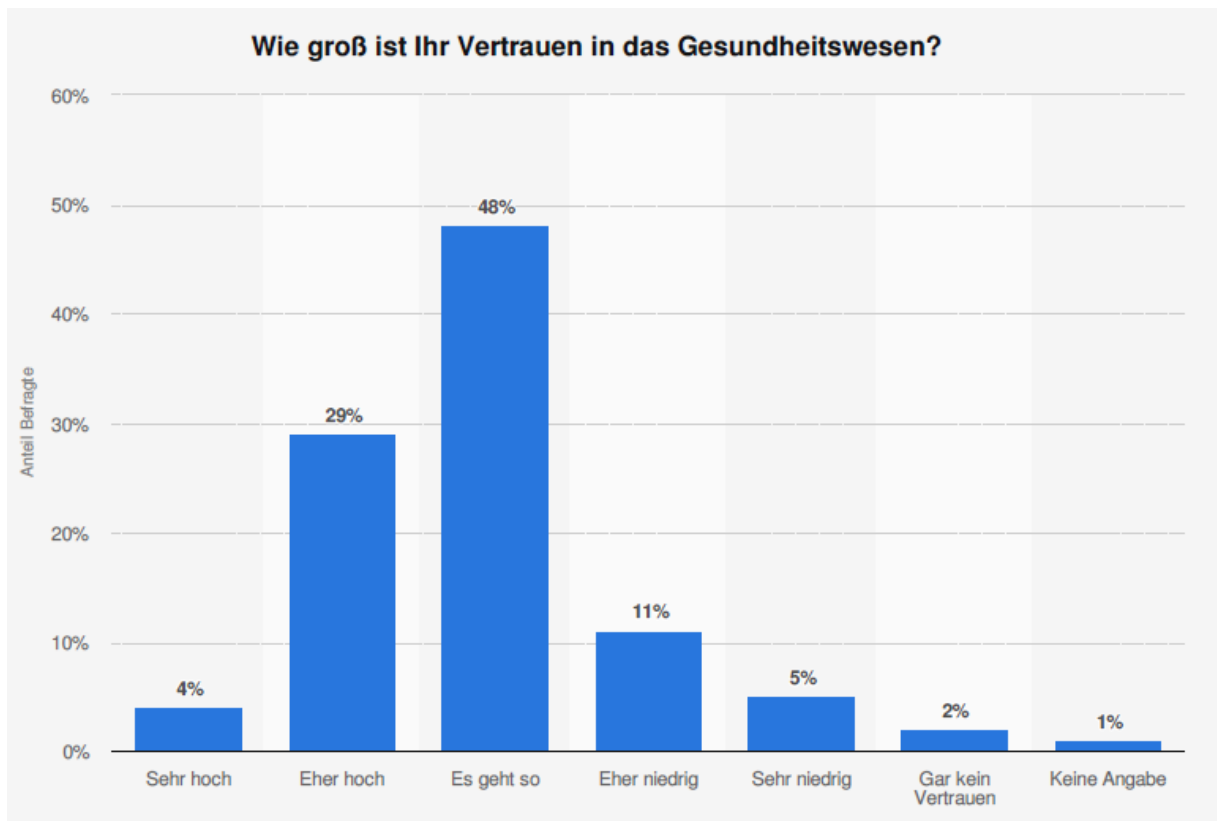
Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572), die durch Artikel 17 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist

Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), das zuletzt durch Artikel 3a des Gesetzes vom 13. Januar 2020 (BGBl. I S. 66) geändert worden ist

## VII. Anhang

Anhang 1: Umfrage in Deutschland zum Vertrauen in das Gesundheitswesen 2017 .....	XV
Anhang 2: Schlüsselkompetenzen der CanMEDS- Rolle <i>Kommunikativ Handelnder</i> .....	XVI
Anhang 3: Flowchart der Recherchestrategie .....	XVII
Anhang 4: Vertrauensskala nach Bova et al. ....	XVIII
Anhang 5: Impact of Event- Skala- revidierte Version (IES- R) .....	XIX
Anhang 6: Phasen der Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Patient.....	XXI

## Anhang 1: Umfrage in Deutschland zum Vertrauen in das Gesundheitswesen 2017



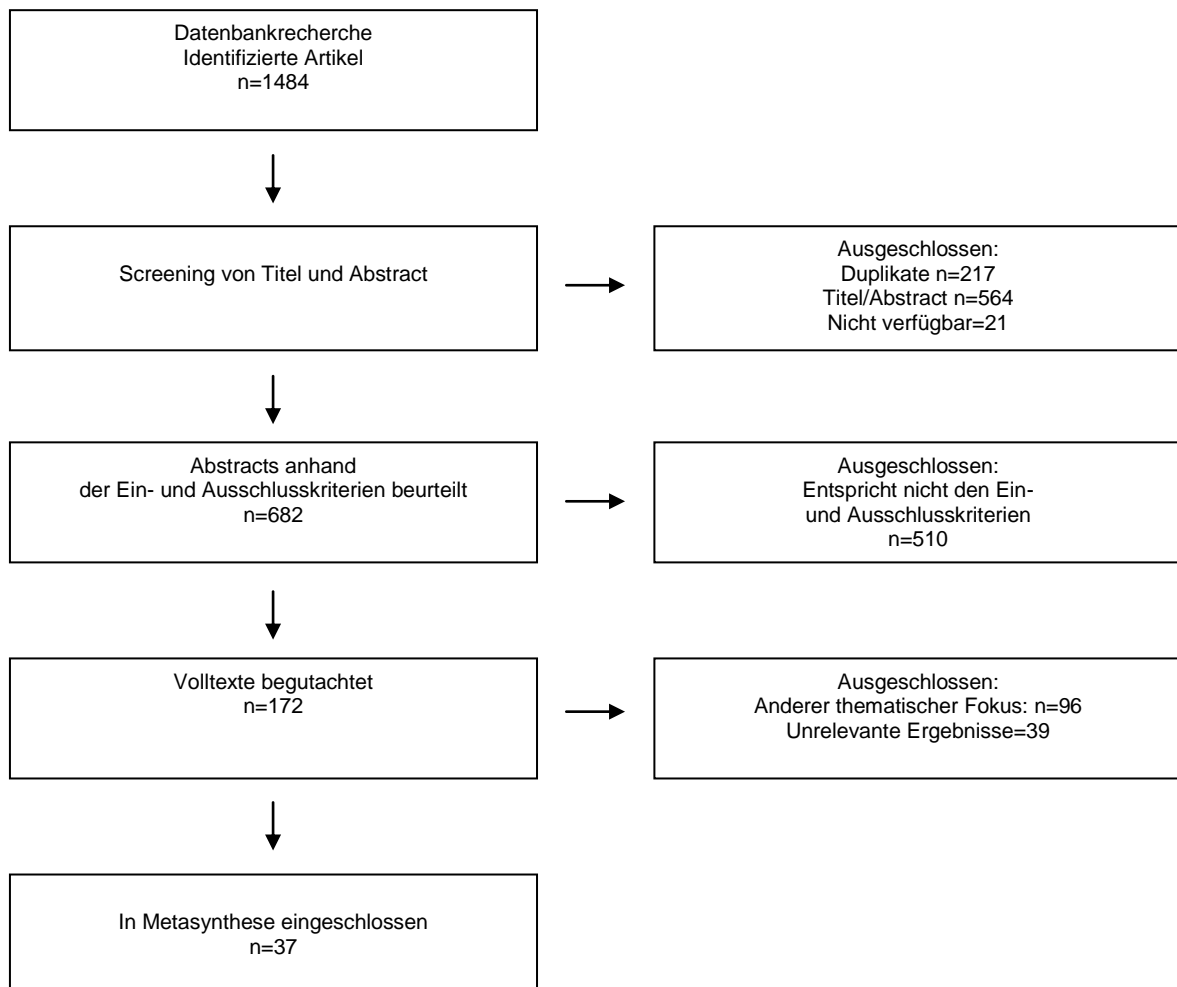
(Statista, 2017, o.S.)

## Anhang 2: Schlüsselkompetenzen der CanMEDS- Rolle *Kommunikativ Handelnder*

Key competencies	Enabling competencies
<b>PHYSICIANS ARE ABLE TO:</b>	
<b>1. Establish professional therapeutic relationships with patients and their families</b>	1.1 Communicate using a patient-centred approach that encourages patient trust and autonomy and is characterized by empathy, respect, and compassion 1.2 Optimize the physical environment for patient comfort, dignity, privacy, engagement, and safety 1.3 Recognize when the values, biases, or perspectives of patients, physicians, or other health care professionals may have an impact on the quality of care, and modify the approach to the patient accordingly 1.4 Respond to a patient's non-verbal behaviours to enhance communication 1.5 Manage disagreements and emotionally charged conversations 1.6 Adapt to the unique needs and preferences of each patient and to his or her clinical condition and circumstances
<b>2. Elicit and synthesize accurate and relevant information, incorporating the perspectives of patients and their families</b>	2.1 Use patient-centred interviewing skills to effectively gather relevant biomedical and psychosocial information 2.2 Provide a clear structure for and manage the flow of an entire patient encounter 2.3 Seek and synthesize relevant information from other sources, including the patient's family, with the patient's consent
<b>3. Share health care information and plans with patients and their families</b>	3.1 Share information and explanations that are clear, accurate, and timely, while checking for patient and family understanding 3.2 Disclose harmful patient safety incidents to patients and their families accurately and appropriately
<b>4. Engage patients and their families in developing plans that reflect the patient's health care needs and goals</b>	4.1 Facilitate discussions with patients and their families in a way that is respectful, non-judgmental, and culturally safe 4.2 Assist patients and their families to identify, access, and make use of information and communication technologies to support their care and manage their health 4.3 Use communication skills and strategies that help patients and their families make informed decisions regarding their health
<b>5. Document and share written and electronic information about the medical encounter to optimize clinical decision-making, patient safety, confidentiality, and privacy</b>	5.1 Document clinical encounters in an accurate, complete, timely, and accessible manner, in compliance with regulatory and legal requirements 5.2 Communicate effectively using a written health record, electronic medical record, or other digital technology 5.3 Share information with patients and others in a manner that respects patient privacy and confidentiality and enhances understanding

(nach Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2020c, o.S.)

### Anhang 3: Flowchart der Recherchestrategie



(eigene Darstellung)

#### Anhang 4: Vertrauensskala nach Bova et al.

	Nie	Selten	Gelegentlich	Meistens	Immer
1. Die Gesundheitsperson interessiert sich aufrichtig für mich als Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Die Gesundheitsperson akzeptiert mich als Person.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Die Gesundheitsperson erzählt mir die ganze Wahrheit mit Blick auf meine Gesundheitsprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Die Gesundheitsperson behandelt mich als Individuum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Die Gesundheitsperson nimmt sich Zeit, mir zuzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Die Gesundheitsperson redet über meinen Kopf hinweg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Die Gesundheitsperson ist ein hervorragender Zuhörer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Die Gesundheitsperson berücksichtigt mein Bedürfnis nach Privatheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Die Gesundheitsperson gibt mir das Gefühl, dass ich ihrer Aufmerksamkeit und Bemühungen würdig bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Die Gesundheitsperson bespricht Alternativen und bietet mir Wahlmöglichkeiten an, bevor der Behandlungsplan festgelegt wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Die Gesundheitsperson setzt sich dafür ein, die bestmögliche Betreuung zu geben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich merke, dass andere Patient*innen eine bessere Betreuung bekommen als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich fühle mich wohl, selbst wenn ich über persönliche Angelegenheiten mit der Gesundheitsperson spreche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich fühle mich besser nach einem Termin mit der Gesundheitsperson.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich denke daran, die Gesundheitsperson zu wechseln.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(eigene Darstellung nach Bova et al., 2006, S.486f.)



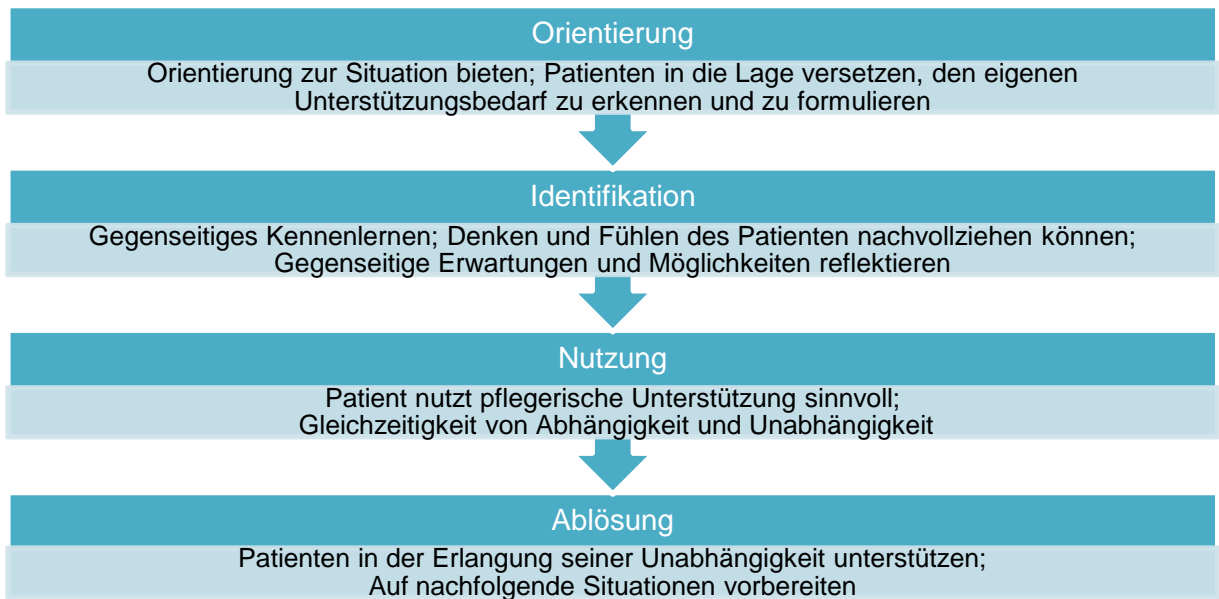
## Anhang 5: Impact of Event- Skala- revidierte Version (IES- R)

	Über- haupt nicht	Selten	Manch- mal	Oft
<b>1. Immer wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir hatte.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhängen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>19. Die Erinnerungen an das Ereignis lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>20. Ich träumte davon.</b> (Intrusion)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.</b> (Hyperarousal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.</b> (Vermeidung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(eigene Darstellung nach Maercker & Schützwohl, 1998, S.133ff.)

## Anhang 6: Phasen der Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Patient



(nach Peplau, 1995, o.S., zitiert nach Lademann, 2019, S.88)

## Eidesstattliche Erklärung

### **Erklärung zur selbstständigen Abfassung der Bachelorarbeit:**

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

### **Urheberrechtliche Einwilligungserklärung:**

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Fa. Ephorus BV bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift