

Pflegerische Empathie (lernen) – Sichtweisen von Pflegelegenden

Eine longitudinale qualitative Interviewstudie

Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
durch den Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen

vorgelegt von

Gerlinde Klimasch

am 30. Oktober 2020

Gutachterin: Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Gutachterin: Prof. Dr. Gudrun Piechotta-Henze
Gutachter: Prof. Dr. Benjamin Kühme

Diese Veröffentlichung lag dem Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen als Dissertation vor.

Das Kolloquium fand am 15. November 2021 statt.

Zusammenfassung

Ausgangspunkt der Dissertation war die Frage, wie sich die für pflegerisches Handeln bedeutsame Fähigkeit, in Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, in der Pflegeausbildung (weiter-)entwickelt. Diese Fähigkeit, für die der Begriff der Empathie verwendet wird, stellt unbestritten eine zentrale Voraussetzung für eine individuelle bzw. subjektorientierte Pflege dar. Ziel war es, empirisch fundierte Erkenntnisse zum Lernen pflegerischer Empathie in der deutschen Pflegeausbildung zu generieren.

Mittels einer qualitativen Längsschnittstudie wurde untersucht, wie Aneignungsprozesse empathischer Kompetenzen aus der Perspektive von neunzehn Lernenden der Alten-, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie eines dualen, hochschulischen Bildungsganges Pflege aussehen.

Aus der Analyse der Erst- und der Folgeinterviews mittels eines hermeneutischen Verfahrens gingen vier idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie hervor. Zudem wurden Faktoren identifiziert, die beeinflussen, ob Lernende ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß auch handeln.

Weiterhin wurden Erkenntnisse zum Lernen von Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule generiert. Diese zeigen neben gelingenden Lehr-Lernprozessen zugleich bedeutsame Problembereiche der gegenwärtigen Empathieförderung auf, u.a. das Schlüsselproblem Lernender, die eigenen belastenden Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen in sowie nach empathischen Kontakten insbesondere zu sehr vulnerablen Patient*innen-gruppen gelingend zu regulieren.

Ausgehend von diesen empirischen Erkenntnissen, einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie inklusive einer Diskussion des internationalen Forschungsstands zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ wurden fünfzehn konkrete Empfehlungen erarbeitet, die darauf abzielen, die Qualität der Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegebildung zu verbessern.

Geleitwort

Ein wesentliches Ziel der Pflegeausbildung besteht darin, die Auszubildenden für eine subjektorientierte Pflege zu qualifizieren. Eine Teilkompetenz, um Subjektorientierung realisieren zu können, stellt die pflegerische Empathie dar. Bisher liegt der Fokus der Pflegedidaktik vor allem darauf, wie die Auszubildenden dabei unterstützt werden können, die Perspektive der zu pflegenden Menschen zu übernehmen. Dass mit dem Perspektivenwechsel und der Einfühlung in Menschen, die sich in existentiellen Lebenssituationen befinden, insbesondere bei Ausbildungseinstieg auch für die Auszubildenden erhebliche Belastungen einhergehen, gerät dabei oftmals aus dem Blick. Es ist der Verdienst der Arbeit von Frau Klimasch, den pflegedidaktischen Fokus zu erweitern und die Perspektive der Auszubildenden darin stärker zu integrieren.

Frau Klimasch bearbeitet das Thema des Erlernens von Empathie sowohl theoretisch als auch empirisch. Theoretisch verknüpft sie den sozialwissenschaftlichen und ideologiekritischen pflegedidaktischen Ansatz der Interaktionistischen Pflegedidaktik mit stärker naturwissenschaftlich ausgerichteten (entwicklungs-)psychologischen und neurowissenschaftlichen Ansätzen, die über die dem empathischen Verstehen zugrundeliegenden kognitiven und affektiven, z. T. automatisierten Prozesse einschließlich bedeutsamer Einflussfaktoren aufklären. Vorbereitend auf die eigene empirische Untersuchung hat Frau Klimasch eine systematische internationale Literaturrecherche zum Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung durchgeführt und dadurch bereits einige Einflussfaktoren auf das Empathielernen oder das Lernen verwandter Fähigkeiten, die auch mögliche Ursachen für das Ausbleiben einer Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten sein können, identifiziert. Die empirische Grundlage gewinnt Frau Klimasch durch eine eigene qualitative Längsschnittstudie auf der Basis von zwei leitfadengestützten Interviews mit 19 (bzw. beim Zweitinterview 17) Auszubildenden, die sie anhand der textthermeneutischen Methode auswertet. Die Ergebnisse der Studie sind in mehrfacher Hinsicht relevant. So erarbeitet Frau Klimasch mittels ihrer Ergebnisse eine Typologie pflegerischer Empathie, die mit der „Pflegerischen Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ beginnt und bei der „Pflegerischen Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ endet. Geben die Typen pflegerischer Empathie Hinweise darauf, dass es in der Ausbildung vielfach nicht gelingt, Auszubildende in die Lage zu versetzen, wirklich die subjektive Perspektive der zu pflegenden Menschen zu erfassen und ihre pflegerischen Handlungen in einem auf wechselseitiger Anerkennung beruhenden Interaktionsprozess auszuhandeln, so liefern die weiteren Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie in der Schule und in der Pflegepraxis Anhaltspunkte, an welchen Stellen

Bildungsangebote ansetzen müssen, um die Auszubildenden besser als bisher beim Kompetenzerwerb zu unterstützen. In der pflegerischen Praxis bleiben die Auszubildenden hinsichtlich des Erwerbs pflegerischer Empathie überwiegend sich selbst überlassen oder sie lernen am Modell von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Als ein Schlüsselproblem Pflegeauszubildender identifiziert Gerlinde Klimasch die Herausforderung, die eigenen Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen in sowie nach empathischen Kontakten insbesondere mit spezifischen Gruppen von vulnerablen zu pflegenden Menschen (bspw. mit psychisch kranken Menschen, Menschen mit Demenz oder von einer onkologischen Krankheit betroffenen Menschen) zu regulieren. Die damit verbundene Unsicherheit und Überforderung führt nicht selten zur Vermeidung des Kontakts und zur Verdrängung des Leids der zu pflegenden Menschen. Am Lernort Schule erfahren die Auszubildenden zwar zahlreiche Lehr-/Lernangebote zur Förderung ihrer Empathiefähigkeit, letztlich kommt die Studie aber zu dem Ergebnis, dass einseitig die Fähigkeit gefördert wird, die Perspektive der zu pflegenden Menschen zu übernehmen. Demgegenüber fehlen Bildungsangebote zum Aufbau der dafür ebenfalls erforderlichen selbstreflexiven und emotionalen Fähigkeiten. Gerlinde Klimasch leitet daraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Lernangebote an den Lernorten Schule und Betrieb sowie für das Lehramtsstudium in der Fachrichtung Pflege ab. Ein zentraler Baustein besteht in der Empfehlung, Lernangebote in die Pflegeausbildung zu integrieren, die es den Auszubildenden ermöglichen, Strategien der bewussten und flexiblen Emotionsregulation kennenzulernen und zu verinnerlichen. Dabei legt Gerlinde Klimasch auch Wert darauf, dass diese theoretisch fundiert und systematisch evaluiert wurden.

Mit ihrer Dissertation hat Frau Klimasch nicht nur ein hervorragendes Beispiel für den Erkenntnisgewinn durch wissenschaftliche Arbeit geschaffen, sondern sie gibt auch vielfältige praktische und umfassend begründete Empfehlungen für Bildungsangebote zur Förderung empathischer Kompetenz, die auch für andere Gesundheitsberufe erhebliches Anregungspotenzial bieten dürften. Für die (Pflege-)Didaktik lässt sich aus der Arbeit die Notwendigkeit ableiten, den subjektiven Sichtweisen und wahrgenommenen Herausforderungen der Auszubildenden zukünftig mehr Gewicht zu verleihen, um sie gezielt bei deren Bewältigung unterstützen zu können. Ich wünsche der Arbeit eine breite Leser:innen-schaft und hoffe, dass die vielfältigen Empfehlungen konstruktiv aufgenommen werden und zu einer Verbesserung der (Pflege-)Ausbildungspraxis beitragen.

Bremen, im Mai 2022

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Universität Bremen
Wissenschaftsschwerpunkt Health Sciences
Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung

Danksagung

Die vorliegende Schrift ist eine leicht veränderte Fassung meiner im Oktober 2020 an der Universität Bremen eingereichten Dissertation.

Mein besonderer Dank gilt zunächst meinen Interviewpartner*innen, die durch ihre große Thematisierungsbereitschaft und ihre Bereitwilligkeit, ein Zweitinterview zu geben, die vorliegende Forschungsarbeit erst ermöglicht haben. Sie schenkten mir tiefe Einblicke in ihr Erleben und teilweise auch in ihr Erleiden der Pflegeausbildung sowie in ihre Ideen, diese zu verbessern.

Ganz besonderer Dank richtet sich an meine Erstbetreuerin Frau Professorin Dr.in Ingrid Darmann-Finck, die bereits im Rahmen des Studiums „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen mein Interesse an pflegedidaktischen Fragestellungen sowie an pflegedidaktischer Bildungsforschung weckte. Sie begleitete und unterstützte mich auf meinem Weg als angehende Wissenschaftlerin bereits in der Diplomarbeit. Ihre Ermutigung und unsere vertrauensvolle Arbeitsbeziehung trugen entscheidend mit dazu bei, den Entschluss zu fassen, zu promovieren. Ich danke ihr für die sich daran anschließende langjährige Unterstützung meiner wissenschaftlichen Entwicklung u.a. durch die Vermittlung zahlreicher Lerngelegenheiten und Kontakte, durch individuelle Beratung sowie durch kontinuierlichen fachlichen Rat, konstruktiven Austausch und Ermutigung im Rahmen der Veranstaltungen ihres Kolloquiums und des Promotionskollegs (s.u.). Ich danke Dir, dass Du mir den nötigen Freiraum gegeben hast, meine Forschungsarbeit selbstständig und eigensinnig zu gestalten. Besonders danke ich Dir dafür, dass Du auch in schwierigen Phasen unserer Zusammenarbeit daran festgehalten hast, mich zu unterstützen, meine Promotion zu vollenden.

Besonderer Dank gilt Frau Professorin Dr.in Gudrun Piechotta-Henze, der ich im November 2019 auf der Fachtagung „Pflegepersonen im Fokus - Gestaltungsmöglichkeiten für einen tabufreieren Umgang mit Gefühlen in der Pflege“ in Wien erstmalig begegnete. Für ihr unmittelbares Interesse an meiner Arbeit, den anregenden Austausch und ihr spontanes Angebot, mich als Zweitgutachterin zu unterstützen, danke ich ihr sehr.

Ganz besonderer Dank richtet sich an Herrn Dr. Jan Kruse (†), den Begründer des in der vorliegenden Untersuchung angewandten integrativen Basisverfahrens. Seine zahlreichen Methodenworkshops, sein „Reader“ (s. Kapitel 16.8.1), seine Anregungen zur Gestaltung des Methodenkapitels und auch seine individuelle Beratung, Unterstützung und Ermutigung in der langjährigen Analysephase waren mir eine unschätzbare Hilfe und Inspiration.

Ausdrücklich danke ich zudem der Hans-Böckler-Stiftung, die mein Promotionsprojekt ideell sowie finanziell über vier Jahre hinweg im Rahmen des Promotionskollegs „Nutzer*innenorientierte Gesundheitssicherung“ am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)

der Universität Bremen gefördert hat. Ohne dieses Promotionsstipendium hätte ich nicht den Mut gehabt, eine Promotion zu wagen.

Großer Dank richtet sich an meine Weggefährt*innen des Promotionskollegs „Nutzer*innenorientierte Gesundheitssicherung“, des Doktorand*innenkolloquiums meiner Erstbetreuerin und der interdisziplinären, mit dem integrativen Basisverfahren arbeitenden Analysegruppe: Die gemeinsame Interpretationsarbeit, die fachlichen Diskussionen, die kollegialen Rückmeldungen und v.a. auch der informelle Austausch haben meine Forschungsarbeit enorm bereichert und mich oftmals bestärkt, mein Dissertationsprojekt voranzutreiben. In diesem Zusammenhang danke ich insbesondere Nicole Duveneck und Dr.in Karin Welling für zahlreiche fruchtbare Gespräche, wertvolle Anregungen, Ermutigung und Verständnis.

Für Unterstützung in der Transkriptionsarbeit danke ich meiner Schwägerin Judith Klimasch und meinem Stiefsohn Tim Klimasch. Tim danke ich zudem für einen Impuls zur Weiterentwicklung der grafischen Darstellung der Typologie. Für den langjährigen, stets geduldgigen technischen Support bei der Verschriftlichung meiner Forschungsarbeit bin ich meinen beiden Stiefsöhnen Tim und Leon sehr dankbar.

Für die Korrektur jeweils eines Kapitels danke ich meinen Kolleg*innen Nicole Duveneck und Sebastian Partsch. Ein besonderer Dank gilt in diesem Zusammenhang meiner Schwester Ursula thor Straten, die schon zum zweiten Mal in meinem Leben die abschließende Korrektur einer Qualifikationsarbeit kompetent und zuverlässig übernommen hat. Vielen Dank, dass Du auch dieses Mal meine Arbeit mit großem fachlichem Interesse begleitet hast. Danke für die vielen inspirierenden Gespräche und auch für Deinen emotionalen Beistand insbesondere in der Abschlussphase.

Große Dankbarkeit empfinde ich zudem gegenüber den Menschen, mit denen ich in den letzten Jahren wiederkehrend intensive Zeit verbringen durfte, insbesondere meinen Schwestern Reinhild Kludaß und Ursula thor Straten, meinen Nichten Ragna und Rieke, meinem Neffen Erik, meinen Stiefsöhnen Tim und Leon und zu guter Letzt meinem Mann Jörg. Mit und durch Euch habe ich viel über subjektive Normalitätsvorstellungen, menschliche Vielfalt, Anerkennung und Empathie gelernt und so viel Freude, Lebendigkeit und Verbundenheit erfahren dürfen.

Mein allergrößter Dank gilt meinem Mann Jörg, der mir stets und mit großer Selbstverständlichkeit umfassend unterstützend zur Seite stand und steht. Du hast wesentlich dazu beigetragen, dass ich die vorliegende, für mich so bedeutsame Forschungsarbeit zum Lernen pflegerischer Empathie in meinem Tempo und auf meine Art und Weise gestalten und vollenden konnte. Danke für alles!

Delmenhorst, im Mai 2022

Gerlinde Klimasch

Inhaltsübersicht

Zusammenfassung	I
Geleitwort	II
Danksagung	IV
1. Einleitung	1
1.1 Anlässe der Arbeit	1
1.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragen	5
1.3 Gliederung der Arbeit	7
Teil I Theoretische Bezüge	10
2. Pflegedidaktische Perspektive auf pflegerisches Fallverstehen (Darmann-Finck)	17
3. Pflegewissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Bischoff-Wanner)	23
3.1 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der sozial- und entwicklungspsychologischen Empathieforschung	24
3.2 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der pflegewissenschaftlichen Empathieforschung	27
3.3 Bischoff-Wanners pflegespezifischer Empathiebegriff	31
4. Entwicklungs- und sozialpsychologische Perspektive auf Empathie (Hoffman)	37
4.1 Hoffmans Definition von Empathie	37
4.2 Zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden Wirkmechanismen	38
4.3 Zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend	44
4.4 Zum Einfluss von Kausalattributionen auf empathisches Erleben	49
4.5 Störfaktoren in empathischen Prozessen	50
5. Entwicklungspsychologische Perspektive auf Empathie (Bischof-Köhler)	53
5.1 Zum Konstrukt „Soziale Kognition“	54
5.2 Zur ersten sozialen Erkenntnisform „Gefühlsansteckung“	55
5.3 Zur zweiten sozialen Erkenntnisform „Empathie“	56
5.4 Zur dritten sozialen Erkenntnisform „Theory of Mind“ (inklusive Perspektivenübernahme)	62
5.5 Zum Konstrukt „Exekutive Funktionen“ im Zusammenhang mit sozialen Erkenntnisformen	65
6. Psychologische Perspektive auf Empathie (Altmann und Roth)	66
6.1 Zur Entwicklung des Empathiebegriffs in der Psychologie	67
6.2 Altmanns und Roths integratives Empathie-Prozessmodell	68
6.3 Altmanns und Roths Konzept „Empathischer Kurzschluss“	70
6.4 Kritische Betrachtung des Empathie-Prozessmodells und des Konzepts „Empathischer Kurzschluss“	70
7. Neurowissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Decety und Kolleg*innen)	72
7.1 Das neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie der Forschungsgruppe um Decety aus den 2000er-Jahren	73
7.2 Das weiterentwickelte Empathiemodell aus dem Jahre 2015	77

7.3 Diskussion des weiterentwickelten Empathiemodells aus dem Jahre 2015	80
8. Zusammenfassung der theoretischen Auseinandersetzung mit Empathie und Implikationen für die eigene Untersuchung	81
Teil II Empirische Bezüge	85
9. Darstellung der Literaturrecherche	86
10. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung	90
11. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung von Empathie in der Pflegeausbildung	94
12. Subjektive Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung	101
13. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeausbildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (internationaler Forschungsraum)	107
13.1 Befunde zu den Caring-Fähigkeiten von Pflegelernenden, zu diesbezüglichen Lernprozessen sowie zu deren subjektiven Sichtweisen auf Caring und ihr Lernen von Caring	107
13.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt-orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen	118
14. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeausbildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (deutschsprachiger Forschungsraum)	135
14.1 Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten	136
14.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt-orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen	139
15. Zusammenfassung des empirischen Forschungsstands und Schlussfolgerungen für die eigene Untersuchung	153
Teil III Empirische Untersuchung	160
16. Methodisches Vorgehen	160
16.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes und der Wahl der Erhebungsmethode	161
16.2 Beschreibung des Feldzugangs	165
16.3 Vorstellung des Samplingverfahrens und des Interviewsamples	169
16.4 Entwicklung des Interviewleitfadens der Ersterhebung	172
16.5 Vorstellung der Interviewleitfäden der Erst- und Folgerhebung	175
16.6 Durchführung der Datenerhebung	182
16.7 Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen	186
16.8 Explikation des Auswertungsverfahrens	189
17. Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie	221
17.1 Vergleichsdimensionen	223

17.2	Idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden	237
17.3	Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden	300
17.4	Intervenierende Faktoren	303
17.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie	335
18.	Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	337
18.1	Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	339
18.2	Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	375
18.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	379
19.	Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule	380
19.1	Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	382
19.2	Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	419
19.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule	424
Teil IV	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick	427
20.	Reflexion des Forschungsprozesses	427
21.	Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse	440
21.1	Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Betrieb	441
21.2	Zusammenfassung und Diskussion der idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden sowie der intervenierenden Faktoren	448
21.3	Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Schule	464
22.	Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflegebildung	474
22.1	Empfehlungen für den Lernort Betrieb	474
22.2	Empfehlungen für den Lernort Schule	475
22.3	Empfehlungen für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege	486
23.	Weiterführende Forschungsfragen	489
	Literatur	491
	Anhang	508

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	I
Geleitwort	II
Danksagung	IV
Abbildungsverzeichnis	XV
Tabellenverzeichnis	XVII
1. Einleitung	1
1.1 Anlässe der Arbeit	1
1.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragen	5
1.3 Gliederung der Arbeit	7
Teil I Theoretische Bezüge	10
2. Pflegedidaktische Perspektive auf pflegerisches Fallverstehen (Darmann-Finck)	17
3. Pflegewissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Bischoff-Wanner)	23
3.1 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der sozial- und entwicklungspsychologischen Empathieforschung	24
3.2 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der pflegewissenschaftlichen Empathieforschung	27
3.3 Bischoff-Wanners pflegespezifischer Empathiebegriff	31
3.3.1 Bischoff-Wanners Definition von Empathie in der Pflege und ihr pflegespezifisches Empathie-Prozessmodell	31
3.3.2 Diskussion	35
4. Entwicklungs- und sozialpsychologische Perspektive auf Empathie (Hoffman)	37
4.1 Hoffmans Definition von Empathie	37
4.2 Zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden Wirkmechanismen	38
4.2.1 Mimikry	39
4.2.2 Klassische Konditionierung	40
4.2.3 Direkte Assoziation	41
4.2.4 Vermittelte Assoziation	41
4.2.5 Rollenübernahme	42
4.3 Zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend	44
4.3.1 Ansteckendes Weinen beim Säugling	45
4.3.2 Egozentrisches empathisches Unbehagen	45
4.3.3 Quasi-Egozentrisches empathisches Unbehagen	44
4.3.4 Echtes empathisches Unbehagen	46
4.3.5 Über die Situation hinausgehendes empathisches Unbehagen	47
4.4 Zum Einfluss von Kausalattributionen auf empathisches Erleben	49
4.5 Störfaktoren in empathischen Prozessen	50
5. Entwicklungspsychologische Perspektive auf Empathie (Bischof-Köhler)	53
5.1 Zum Konstrukt „Soziale Kognition“	54
5.2 Zur ersten sozialen Erkenntnisform „Gefühlsansteckung“	55
5.3 Zur zweiten sozialen Erkenntnisform „Empathie“	56
5.3.1 Bischof-Köhlers phänomenale Definition von Empathie	56
5.3.2 Bischof-Köhlers funktionale Definition von Empathie	57

5.3.2.1 Theorien zur Gefühlsübertragung	57
5.3.2.2 Das Konzept der „Ich-Andere-Unterscheidung“	57
5.3.2.3 Prosoziale und sozial-negative Folgen der Empathie	59
5.3.3 Einflüsse auf die Empathieentwicklung	60
5.4 Zur dritten sozialen Erkenntnisform „Theory of Mind“ (inklusive Perspektivenübernahme)	62
5.5 Zum Konstrukt „Exekutive Funktionen“ im Zusammenhang mit sozialen Erkenntnisformen	65
6. Psychologische Perspektive auf Empathie (Altmann und Roth)	66
6.1 Zur Entwicklung des Empathiebegriffs in der Psychologie	67
6.2 Altmanns und Roths integratives Empathie-Prozessmodell	68
6.3 Altmanns und Roths Konzept „Empathischer Kurzschluss“	70
6.4 Kritische Betrachtung des Empathie-Prozessmodells und des Konzepts „Empathischer Kurzschluss“	70
7. Neurowissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Decety und Kolleg*innen)	72
7.1 Das neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie der Forschungsgruppe um Decety aus den 2000er-Jahren	73
7.2 Das weiterentwickelte Empathiemodell aus dem Jahre 2015	77
7.3 Diskussion des weiterentwickelten Empathiemodells aus dem Jahre 2015	80
8. Zusammenfassung der theoretischen Auseinandersetzung mit Empathie und Implikationen für die eigene Untersuchung	81
Teil II Empirische Bezüge	85
9. Darstellung der Literaturrecherche	86
10. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung	90
11. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung von Empathie in der Pflegeausbildung	94
12. Subjektive Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung	101
13. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeaus- bildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (internationaler Forschungsraum)	107
13.1 Befunde zu den Caring-Fähigkeiten von Pflegelegenden, zu diesbezüglichen Lernprozessen sowie zu deren subjektiven Sichtweisen auf Caring und ihr Lernen von Caring	107
13.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt- orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen	118
14. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeaus- bildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (deutschsprachiger Forschungsraum)	135
14.1 Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten	136
14.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt-	139

orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen

15. Zusammenfassung des empirischen Forschungsstands und Schlussfolgerungen für die eigene Untersuchung **153**

Teil III Empirische Untersuchung **160**

16. Methodisches Vorgehen **160**

16.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes und der Wahl der Erhebungsmethode	161
16.2 Beschreibung des Feldzugangs	165
16.3 Vorstellung des Samplingverfahrens und des Interviewsamples	169
16.3.1 Pflegebildungseinrichtungen	169
16.3.2 Interviewpartner*innen	170
16.4 Entwicklung des Interviewleitfadens der Ersterhebung	172
16.5 Vorstellung der Interviewleitfäden der Erst- und Folgerhebung	175
16.6 Durchführung der Datenerhebung	182
16.7 Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen	186
16.8 Explikation des Auswertungsverfahrens	189
16.8.1 Begründung der Wahl des integrativen Basisverfahrens	189
16.8.2 Grundzüge des integrativen Basisverfahrens	191
16.8.3 Aufbereitung der Interviewdaten	196
16.8.4 Auswertung der Interviewdaten	197
16.8.4.1 Erster Analyseabschnitt	198
16.8.4.2 Zweiter Analyseabschnitt	205
16.8.4.3 Dritter Analyseabschnitt	213

17. Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie **221**

17.1 Vergleichsdimensionen	223
17.1.1 Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie	223
17.1.2 Pflegeverständnis	225
17.1.3 Empathische Grundhaltungen	229
17.1.3.1 Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen	229
17.1.3.2 Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein	231
17.1.3.3 Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen	232
17.1.4 Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme	233
17.2 Idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden	237
17.2.1 Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus I)	243
17.2.2 Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus II)	251
17.2.3 Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion (= Verständnistypus III)	265
17.2.4 Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren (= Verständnistypus IV)	289
17.3 Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden	300
17.4 Intervenierende Faktoren	303
17.4.1 Institutionelle Faktoren	304
17.4.1.1 Personelle Voraussetzungen	304
17.4.1.2 Pflegeteamkultur	305
17.4.1.2.1 Berufliches Aufgabenverständnis des Pflegeteams	306
17.4.1.2.2 Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit des Pflegeteams	310
17.4.1.2.3 Intra- und interprofessionelle Kommunikationskultur des Pflegeteams	311
17.4.1.2.4 Organisation der Einarbeitung von Pflegelegenden zu Beginn eines Praxiseinsatzes	311

17.4.1.3	Spezifika des pflegerischen Settings	312
17.4.1.4	Bauliche sowie materielle Voraussetzungen	313
17.4.2	Personale Faktoren: Pflege Lernende*r	314
17.4.2.1	Persönliche Bedingungen	315
17.4.2.1.1	Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen	316
17.4.2.1.2	Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen	326
17.4.2.1.3	Selbstbewusstsein/-sicherheit und sozial-kommunikative Fähigkeiten	327
17.4.2.1.4	Reduzierte Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit	329
17.4.2.1.5	Subjektiv empfundener Komplexitätsgrad der Pflegesituation	330
17.4.2.2	Bereichsspezifisches (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen	332
17.4.2.3	Berufserfahrung	332
17.4.3	Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch	334
17.5	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie	335
18.	Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	337
18.1	Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	339
18.1.1	Bedingungen der Einsatzorte	341
18.1.1.1	Pflegeteamkultur	342
18.1.1.1.1	Soziale Unterstützung	342
18.1.1.1.2	Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige	343
18.1.1.1.3	Pädagogische Empathie	344
18.1.1.1.4	Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit	346
18.1.1.2	Professionelle Fähigkeiten und Engagement der Anleitenden und Pflegenden	347
18.1.1.2.1	Pflegefachliche Fähigkeiten	347
18.1.1.2.2	Empathische Fähigkeiten und empathisches Engagement	348
18.1.1.3	Personelle und zeitliche Ressourcen für die Förderung empathischer Fähigkeiten	350
18.1.2	Strategien der Anleitenden und Pflegenden	353
18.1.2.1	Lernenden ausreichend Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen einräumen	353
18.1.2.2	Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten anbieten	354
18.1.2.3	Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf Lernangebote zu pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	355
18.1.3	Strategien der Lernenden	357
18.1.3.1	Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen	358
18.1.3.2	Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren	361
18.1.3.3	Kolleg*innen als Ressource nutzen, um sich über Pflegesituationen gezielt auszutauschen und/oder um eigene generelle Unsicherheiten/Probleme gegenüber bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen anzusprechen	365
18.1.3.4	Problem und Grenzen der zwei zentralen Strategien der Lernenden	367
18.1.3.4.1	Problem und Grenzen der Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“	368
18.1.3.4.2	Problem und Grenzen der Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“	374
18.2	Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	375
18.2.1	Verwertungsinteressen der Betriebe	376
18.2.2	Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie	378
18.3	Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	379
19.	Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule	380
19.1	Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	382
19.1.1	Bedingungen des Lernortes Schule	383
19.1.1.1	Lernkultur der Pflegeschule/Hochschule	384
19.1.1.1.1	Soziale Unterstützung	384

19.1.1.1.2 Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige	386
19.1.1.1.3 Pädagogische Empathie	387
19.1.1.2 Konzept der Praxiseinsatzplanung	388
19.1.1.2.1 Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen der Lernenden in entsprechenden Praxisfeldern	389
19.1.1.2.2 Länge der Praxiseinsätze	391
19.1.1.2.3 Praxisfelder mit besonderem Lernpotenzial für pflegerische Empathie	394
19.1.2 Strategien der Pflegelehrenden	393
19.1.2.1 Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern	394
19.1.2.1.1 Lernende durch schüleraktivierende Lehr-/Lernmethoden in ihren personalen bzw. sozial-kommunikativen Fähigkeiten fördern	395
19.1.2.1.2 Lernende durch Fallbeispiele für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und/oder die Perspektiven unterschiedlicher Gesundheitsberufe sensibilisieren	395
19.1.2.1.3 Lernende durch den Einsatz ausgewählter Lehr-/Lernmethoden auf potentiell verunsichernde Praxisfelder vorbereiten	396
19.1.2.1.4 Lernenden durch das Einbeziehen von Fremddozierenden mit Behinderungen ermöglichen, Erkenntnisse aus erster Hand über die Betroffenenperspektive zu gewinnen	397
19.1.2.1.5 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern	398
19.1.2.2 Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern	398
19.1.2.2.1 Lernenden (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen vermitteln	398
19.1.2.2.2 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern	403
19.1.2.3 Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie	405
19.1.2.3.1 Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren	406
19.1.2.3.2 Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben	407
19.1.2.3.3 Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen	409
19.1.2.3.4 Lernenden Simulationen anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen	411
19.1.2.3.5 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie	412
19.2 Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	419
19.2.1 Kompetenzgrenzen von Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums	421
19.2.2 Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation	422
19.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule	424

Teil IV Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick 427

20. Reflexion des Forschungsprozesses 427

21. Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse 440

21.1 Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Betrieb	441
21.2 Zusammenfassung und Diskussion der idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelehrenden sowie der intervenierenden Faktoren	448
21.3 Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Schule	464

22. Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflege- bildung	474
22.1 Empfehlungen für den Lernort Betrieb	474
22.2 Empfehlungen für den Lernort Schule	475
22.3 Empfehlungen für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege	486
23. Weiterführende Forschungsfragen	489
Literatur	491
Anhang	508

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Theoretische Bezüge	12
Abbildung 2:	Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“	225
Abbildung 3:	Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“	229
Abbildung 4:	Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Erste empathische Grundhaltung	230
Abbildung 5:	Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Zweite empathische Grundhaltung	232
Abbildung 6:	Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Dritte empathische Grundhaltung	233
Abbildung 7:	Vergleichsdimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“	236
Abbildung 8:	Übersicht: Verständnistypus I pflegerischer Empathie	239
Abbildung 9:	Übersicht: Verständnistypus II pflegerischer Empathie	240
Abbildung 10:	Übersicht: Verständnistypus III pflegerischer Empathie	241
Abbildung 11:	Übersicht: Verständnistypus IV pflegerischer Empathie	242
Abbildung 12:	Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus I	245
Abbildung 13:	Pflegeverständnis des Verständnistypus I	245
Abbildung 14:	Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus I	245
Abbildung 15:	Pflegeverständnis des Verständnistypus II	256
Abbildung 16:	Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus II	257
Abbildung 17:	Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus II	257
Abbildung 18:	Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus II	258
Abbildung 19:	Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus III	265
Abbildung 20:	Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus III	283
Abbildung 21:	Pflegeverständnis des Verständnistypus III	283
Abbildung 22:	Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus III	284
Abbildung 23:	Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus IV	289
Abbildung 24:	Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus IV	293
Abbildung 25:	Pflegeverständnis des Verständnistypus IV	299
Abbildung 26:	Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus IV	300
Abbildung 27:	Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelehrenden	302
Abbildung 28:	Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen	303
Abbildung 29:	Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen: Institutionelle Faktoren	304
Abbildung 30:	Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen: Personale Faktoren: Pflegelehrende*r	315
Abbildung 31:	Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	338
Abbildung 32:	Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb	341
Abbildung 33:	Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Bedingungen der Einsatzorte	342
Abbildung 34:	Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	381
Abbildung 35:	Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule	383
Abbildung 36:	Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Bedingungen des Lernortes Schule	384

Abbildung 37:	Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Strategien der Pflegelehrenden	394
Abbildung 38:	Metapher von den zwei Standbeinen pflegeberuflicher Empath*innen	470

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Suchbegriffe der Literaturrecherchen	86
Tabelle 2:	Forschungsstränge im Themenfeld „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“	89
Tabelle 3:	Übersicht über das Sample	171
Tabelle 4:	Analysegruppen und Beratungsgespräche als Unterstützung und methodische Kontrolle meiner Fremdverstehensprozesse	201

1. Einleitung

1.1 Anlässe der Arbeit

Ausgangspunkt meines Promotionsprojektes war die Frage, wie sich die für pflegerisches Handeln bedeutsame Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen¹ die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen² (annähernd) erfassen zu können, in der Pflegeausbildung (weiter-)entwickelt. Diese Fähigkeit stellt, das ist im Berufsfeld Pflege unbestritten, eine zentrale Voraussetzung für eine individuelle bzw. subjektorientierte Pflege dar.

Für die besagte Fähigkeit werden in der deutschen Pflege unterschiedliche Begriffe verwendet, beispielsweise die Begriffe hermeneutische Fähigkeiten, sinn-, fremd- bzw. fallverstehende Fähigkeiten, Perspektiv(en)übernahmefähigkeit bzw. Fähigkeit zum Perspektiv(en)wechsel, Fähigkeit zur Rollenübernahme, Empathiefähigkeit, Einfühlungsvermögen, Resonanz- bzw. Spiegelungsfähigkeit, Feinfühligkeit oder Sensibilität. Oftmals werden diese Begriffe im berufsalltäglichen Sprachgebrauch unter Pflegenden, Pflegelehrenden bzw. Pflegewissenschaftler*innen, in den Ordnungsmitteln pflegeberuflicher Bildung sowie in pflegewissenschaftlichen bzw. pflegedidaktischen Publikationen nicht oder uneinheitlich definiert und teilweise synonym verwendet. Zudem bleiben häufig die theoretischen Hintergründe der verwendeten Begriffe und auch ihr Grad an empirischer Fundierung im Dunkeln (s. Teil I dieser Arbeit).

Zu Beginn meiner Forschungsarbeit verwendete ich den Begriff des hermeneutischen Fallverstehens für diese o.e. bedeutsame Fähigkeit, fasste aber im Laufe des Promotionsprozesses den Entschluss, ihr unter dem Begriff der Empathie vertieft nachzugehen.³ Hierdurch erschloss ich mir eine Fülle an theoretischen sowie empirischen Untersuchungen zu dieser für mein Forschungsanliegen bedeutsamen Fähigkeit, da Empathie in diversen Wissenschaftsdisziplinen ein seit Jahrzehnten intensiv untersuchtes Phänomen darstellt (s. die Teile I und II dieser Arbeit).

Seit mittlerweile über dreißig Jahren beschäftigen sich in Deutschland Pflegewissenschaftler*innen und Pflegedidaktiker*innen damit, was „gute Pflege“ ausmacht. Konsens ist seit langem, dass eine „gute Pflege“ u.a. dadurch gekennzeichnet ist, dass sie sich an Patient*innen bzw. an den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen orientiert. D.h., „gute Pflege“ ist u.a. durch Begriffe wie Ausrichtung an den Bedürfnissen und Bedarfen von Individuen, Ressourcen-, Biographie- und Lebensweltorientierung, Subjekt-Subjekt-Be-

¹ Gemeint ist unter dem Handlungsdruck der Pflegeberufswirklichkeit.

² In der vorliegenden Dissertation wird eine geschlechtersensible Sprache durch geschlechtsneutrale Formulierungen sowie das Sichtbarmachen aller Geschlechter (Gender-Sternchen) verwendet. Davon ausgenommen sind Zitate.

³ Vgl. zur Begründung dieses Entschlusses die Einleitung zu Teil I der vorliegenden Arbeit.

ziehung, Zielgruppensensibilität, Patient*innen-, Subjekt- bzw. Personenorientierung sowie Verständigungs- bzw. Interaktionsorientierung beschreibbar.

An dieser Stelle sei auf Frau Professorin Dr.in Karin Wittneben (†) verwiesen, die sich bereits Ende der 1980er-Jahre im Rahmen ihrer Dissertation kritisch mit dem Begriff der Patientenorientierung auseinandersetzte und u.a. das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung vorlegte (vgl. Wittneben 1991, 2003). Mittlerweile besteht in der deutschen Pflegewissenschaft und Pflegedidaktik Einigkeit darüber, dass professionelles Pflegehandeln durch die Gleichzeitigkeit von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen und hermeneutischem bzw. individuellem Fallverstehen bestimmt ist (vgl. Remmers 2000, Friesacher 2008, Darmann-Finck 2010a, Darmann-Finck/Muths 2016, Walter/Dütthorn 2018).

„Auf der einen Seite wird von den Pflegefachpersonen erwartet, dass sie als Expertinnen und Experten in ihrem Feld das wissenschaftlich fundierte Regelwissen beherrschen und anwenden, auf der anderen Seite müssen sie die Strukturlogik des Einzelfalls eines zu pflegenden Menschen ‘in der Sprache des Falls‘ interpretativ erschließen und ein auf die einmalige individuelle Situation abgestimmtes Pflegeangebot für den zu pflegenden Menschen finden. Das Handeln bewegt sich damit im Spannungsfeld zwischen den beiden Operationen des Erklärens und Verstehens.“ (Darmann-Finck/Muths 2016: 193)

In der deutschen Pflegeausbildung und auch in der Pflegepraxis werden seit Jahren unterschiedlichste Ansätze und Konzepte vermittelt, (weiter-)entwickelt und erprobt, damit die soeben umrissenen Vorstellungen einer subjektorientierten Pflege bzw. eines professionellen pflegerischen Handelns Eingang in die Pflegeberufswirklichkeit finden, d.h. im alltäglichen Pflegehandeln zunehmend zum Tragen kommen. Beispiele hierfür sind u.a. die Pflegevisite am Bett, die Pflegeorganisationsform Bezugspflege, das gemeinsame Erstellen einer individuellen Pflegeplanung zusammen mit einem pflegebedürftigen Menschen, Konzepte der Biographiearbeit, zielgruppensensible Pflegekonzepte etc.. In der Pflegeausbildung wurden und werden u.a. aus diesem Grunde vermehrt Lehr-Lernmethoden eingesetzt wie beispielsweise Fallarbeit und -studien, szenisches Spiel, der Einbezug von Patient*innenbiographien in den Unterricht bzw. von Fremddozierenden, die über eigene Krankheitserfahrungen berichten, oder von Lernenden durchzuführende und auszuwertende (teil-)narrative Interviews mit pflegebedürftigen Menschen.

Trotz all dieser Bemühungen ist die Pflegepraxis in Deutschland, darauf weisen etliche empirische Studien hin, bis heute in weiten Zügen von regelorientiertem Handeln, d.h. von expertokratischen, paternalistischen bzw. patient*innenignorierenden Handlungsrouninen geprägt (vgl. u.a. Darmann 2000; Kersting 2002; Balzer 2009, 2015; Kühme 2009, 2013; Eylmann 2015; Winter 2020).⁴ Dörge (2009a, b) kommt in ihrer Studie u.a. zu dem Ergebnis,

⁴ Vgl. zudem die in Kapitel 13.2 dieser Arbeit referierten Studien.

dass hermeneutische Kompetenzen bei deutschen Pflegenden eher die Ausnahme sind. Zudem weisen zahlreiche internationale Studien auf eine eher stagnierend bis negativ verlaufende Entwicklung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung hin (s. Kapitel 10 dieser Arbeit). Empirische Befunde zu möglichen Ursachen bzw. Hintergründen dieser Entwicklungsverläufe stehen bislang aus (s. ebd.).

Angesichts dieser soeben skizzierten Situation stellt sich die Frage, wieso zwischen Theorie und Praxis einer subjektorientierten Pflege eine derartige Lücke klafft. Die Hintergründe hierfür sind sicher vielschichtig. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und damit einhergehende veränderte gesetzliche, organisatorische sowie personelle Rahmenbedingungen für pflegerisches Handeln sind hier u.a. als maßgebliche verursachende Faktoren anzuführen. Eine weitere - möglicherweise zentrale - Ursache könnte aber auch in der bisherigen Art und Weise der Förderung empathischer Fähigkeiten in der deutschen Pflegeausbildung liegen, gemeint ist die Qualität der auf empathisches Verstehen abhebenden Lernangebote am Lernort Pflegeschule. Meine diesbezügliche Annahme ist, dass Pflegelernende in der deutschen Pflegeausbildung bislang unzureichend unterstützt werden, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, beruflich nutzbare Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln.

Empathische Fähigkeiten stellen meines Erachtens eine wesentliche Verbindung zwischen Theorie und Praxis einer subjektorientierten bzw. professionellen Pflege dar. Sie ermöglichen (angehenden) Pflegenden, pflegebedürftigen Menschen auf einer Partizipation ermöglichenden Ebene zu begegnen und stellen eine wesentliche Voraussetzung dar, um in Pflegebeziehungen sowohl zielgruppensensibel als auch zugleich offen für die Einzigartigkeit der jeweiligen Person und ihrer Situation interagieren zu können.

Bis heute ist wenig über diese für subjektorientiertes bzw. professionelles Pflegehandeln zentrale Fähigkeit bekannt. D.h., es ist noch ungeklärt, ob bzw. inwiefern und v.a. wie empathische Fähigkeiten in der deutschen Pflegeausbildung erworben werden (können). Eine systematische, internationale Recherche zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ ergab zudem, dass die Wirksamkeit pflegerischer Curricula auf die Empathie von Pflegestudierenden bislang wissenschaftlich nicht ausreichend geklärt ist (s. Kapitel 10). Ferner verdeutlichte die Recherche einen grundlegenden Mangel an empirisch fundierten Erkenntnissen zum Lernen und Lehren pflegerischer Empathie in der Ausbildung (s. Kapitel 11 bis 15).

Beispielsweise liegen bislang keine Erkenntnisse über die subjektiven Sichtweisen von Pflegelernenden auf ihr Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung vor. Diesbezügliche Studien sind meiner Ansicht nach von großer Bedeutung, da sie neue Erkenntnisse aus der

Perspektive der Lernenden zu deren tatsächlichen Relevanzen und Deutungen bezogen auf ihr Lernen von Empathie liefern können. Hierdurch könnten neue Erklärungsansätze für die Hintergründe der stagnierenden bis negativen Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung gewonnen werden (s. Kapitel 10). Die Exploration der Perspektiven von Pflegelernenden in Deutschland auf ihr Lernen von Empathie birgt das Potenzial in sich, die für die Lernenden tatsächlich bedeutsamen diesbezüglichen Lernanlässe, Lernbedürfnisse, Lernwege und Lernschwierigkeiten zu erforschen. Diese Erkenntnisse wären eine wesentliche Grundlage, um künftig empirisch fundierte Konzepte zur Förderung empathischer Fähigkeiten bei Pflegelernenden entwickeln zu können. Hinweise darauf, dass die in deutschen Pflegeunterrichten vermittelten Unterrichtsinhalte oftmals nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen, geben die Untersuchungen Darmanns (2004) bzw. Darmann-Fincks (2006, 2010a), Fichtmüllers und Walters (2007), Glissmanns (2008, 2009) sowie Simons (2019).⁵

⁵ In meiner hier vorgelegten zweiten Qualifikationsarbeit steht, wie bereits erwähnt, die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie im Mittelpunkt. Sie macht die eine Komponente der o.e. doppelten Handlungslogik professionellen Pflegehandelns aus. In einer ersten Qualifikationsarbeit (Diplomarbeit), einer kleinen explorativ-qualitativen Untersuchung, fokussierte ich in den Jahren 2007/2008 bereits die andere Komponente professionellen Pflegehandelns, nämlich das (pflege-)wissenschaftliche Regelwissen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit *„Wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit - am Beispiel des Themas „Beratung in der Pflege“. Eine qualitative Studie“* untersuchte ich, ob die Unterrichtsinhalte, die Pflegelehrende in Deutschland in der Pflegeausbildung vermitteln, (pflege-)wissenschaftlich fundiert sind. Den langjährigen Forderungen zahlreicher Pflegewissenschaftler*innen und Pflegedidaktiker*innen, die Pflegeausbildung in Deutschland auf eine, soweit es der derzeitige Erkenntnisstand zulässt, (pflege-)wissenschaftlich abgesicherte inhaltliche Basis zu stellen, wurde durch die Novellierung der Gesetzgebung für die Berufe in der Krankenpflege im Jahr 2003 erstmalig Rechnung getragen (vgl. Glissmann 2008: 7-13, ebd.: 2009: 69f.). Ausgehend von den Erkenntnissen der Untersuchungen Darmanns (2004) bzw. Darmann-Fincks (2006) sowie Fichtmüllers und Walters (2007), die u.a. eine unzureichende wissenschaftlich-theoretische sowie empirische Fundierung des in deutschen Pflegeunterrichten vermittelten Wissens ermittelten und deren Datenerhebungsphasen (1999-2002 bzw. 2002-2003) vor dem Inkrafttreten des neuen Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 und damit vor dem gesetzlichen Anspruch an eine wissenschaftliche Fundierung von Unterrichtsinhalten lagen, stellte sich mir damals die Frage, wie sich die Qualität des in Pflegeunterrichten vermittelten Wissens im Jahr 2007 darstellt (vgl. Glissmann 2008: 13-17, ebd.: 2009: 70-72). Mich interessierte, ob und v.a. wie Pflegelehrende diesen Anspruch wahrnehmen, deuten und wie sie ihm in ihrer Unterrichtsvorbereitung sowie in ihren Pflegeunterrichten nachkommen. Hierbei stand das Identifizieren von Problembereichen bzw. deren Ursachen sowie von förderlichen und hemmenden Faktoren der Verwirklichung des Anspruchs aus Sicht der Pflegelehrenden im Mittelpunkt (vgl. ebd. 2008: 36-38, ebd.: 2009: 71f.).

Aus der Analyse der im Jahre 2007 erhobenen qualitativen Interviewdaten gingen vier Typen von Pflegelehrenden hervor (vgl. ebd. 2008: 49-90, ebd.: 2009: 74-77). Erstens *„Die an pflegeberuflichem Wissen orientierte, traditionelle Pflegelehrende (= Typus 1)“*, zweitens *„Die traditionelle Pflegelehrende mit breiterer Wissensbasis ohne (pflege-)wissenschaftliche Fundierung (= Typus 2)“*, drittens *„Die (pflege-)wissenschaftliche Fundierung nur vordergründig gewährleistende Pflegelehrende (= Typus 3)“* und viertens *„Die um (pflege-)wissenschaftliche Fundierung bemühte, verunsicherte Pflegelehrende (= Typus 4)“*. Es konnte gezeigt werden, dass es allen vier Pflegelehrentypen nicht gelang, Unterrichtsinhalte pflegewissenschaftlich fundiert vorzubereiten und zu vermitteln. Unterschiede zeigten sich bei den vier Typen dahingehend, ob und zu welchem Grad ihnen dieses bewusst war (vgl. ebd.). Die Studie ergab ferner Entwicklungsbedarfe bei allen Pflegelehrentypen hinsichtlich der Beschaffung und Beurteilung wissenschaftlicher Erkenntnisse. D.h., sie alle hatten Schwierigkeiten, Informationen in Fachdatenbanken systematisch zu suchen, auszuwählen, kriteriengeleitet zu hinterfragen und einzuschätzen. Die Interviews belegten einen weit verbreiteten, unkritischen bzw. unreflektierten Umgang mit sowohl pflegeberuflichem als auch mit pflegewissenschaftlichem Wissen. Gemeinsam war allen Pflegelehrentypen ferner, dass sie die Quellenkritik bzw. das kritische Hinterfragen von Wissen nicht als ihre Aufgabe betrachteten (vgl. ebd.: 2008: 91-99, ebd.: 2009: 77-79).

1.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragen

Das übergeordnete Ziel meiner Untersuchung ist, empirisch fundierte Erkenntnisse zum Lernen pflegerischer Empathie in der deutschen Pflegeausbildung zu generieren. Ausgehend von der in Teil I darzulegenden theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie und den in der vorliegenden Untersuchung zu generierenden empirischen Erkenntnissen ist die Erarbeitung konkreter Empfehlungen geplant, die einen Beitrag leisten können, eine sowohl theorie- als auch empiriebasierte Entwicklung von Förderansätzen bzw. Lernangeboten zu pflegerischer Empathie in der deutschen Pflegebildung anzustoßen bzw. zu befördern.

Mit dem Ziel, die gegenwärtigen Empathieförderinterventionen in der deutschen Pflegeausbildung zu optimieren, ist unmittelbar das Ziel verbunden, angehende Pflegende

Diese besorgniserregenden Ergebnisse begleiteten mich parallel zu meinem Promotionsprojekt. Seit dem Wintersemester 2011/2012 diskutiere ich wiederkehrend mit Studierenden an der Universität Bremen, die bei Prof.in Dr.in Darmann-Finck das Modul „Theorie und Praxis der Fachdidaktik“ besuchen, die o.a. Forschungsbefunde, zuletzt im Wintersemester 2019/2020. In diesem Rahmen führe ich u.a. regelmäßig eine Kleingruppenarbeit durch, in der die Studierenden die Qualität des Wissens systematisch reflektieren, das ihnen in ihrer - teilweise wenige Monate, überwiegend wenige Jahre, teilweise aber auch viele Jahre - zurückliegenden Pflegeausbildung von Pflegelehrenden vermittelt wurde. Bei der Auswertung dieser Gruppenarbeiten im Plenum zeigt sich wiederkehrend, dass nur sehr wenige Studierende erinnern können, in der eigenen Pflegeausbildung sehr vereinzelt Pflegelehrenden begegnet zu sein, die (pflege-)wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch in ihre Unterrichte einfließen ließen. Bei der gegen Ende der Veranstaltung erfolgenden Diskussion, ob die Studierenden die vier Pflegelehrentypen oder weitere aus ihrer Erfahrung an Pflegeschulen kennen (die Studierenden verfügen z.T. über eigene Lehr- und/oder Hospitationserfahrungen) werden selbige regelmäßig erneut kollegial validiert.

Ähnliche Rückmeldungen erhielt ich auf dem Lernweltenkongress 2014, auf dem ich zwei Mal einen Workshop zu den besagten Forschungsergebnissen durchführte. Insgesamt nahmen an den Workshops 53 Pflegelehrende, Praxisanleitende, Pflegestudierende, Leitungen von Pflegeeinrichtungen sowie Pflegewissenschaftler*innen überwiegend aus Deutschland und teilweise aus Österreich teil. Fazit dieser Workshops war, dass alle vier Pflegelehrentypen den Teilnehmenden sehr vertraut waren und die teilnehmenden Pflegelehrenden zudem rückmeldeten, dass in ihren Kollegien alle vier Typen vertreten seien. Hervorhebenswert ist zudem, dass etliche der teilnehmenden Pflegelehrenden die Verantwortung für die Aneignung wissenschaftlichen Wissens von sich weg an unterschiedliche Personengruppen verschoben: 1) an die Pflegelernenden, denen sie die hierzu erforderlichen Recherchestrategien (lediglich) vermitteln wollten, 2) an die Dozierenden des Moduls „Pflegewissenschaften“, womit sie den Bedarf einer Fundierung aller Unterrichtsinhalte negierten, 3) an pflegewissenschaftliche Institute, die wissenschaftliches Erkenntnisse recherchieren, kritisch einschätzen und nutzer*innenfreundlich aufbereiten und Pflegelehrenden zugänglich machen sollten (vgl. Reflexionsnotizen, die ich in und nach den Workshops auf den Lernwelten 2014 erstellte). Viertens wurde der besagte Anspruch abgewehrt, indem auf die Pflegepraxis verwiesen wurde, die *erstmal so arbeiten soll, wie die Schule jetzt schon unterrichte* (vgl. ebd.). Zugleich zeigte sich ein großer Wunsch vieler Pflegelehrenden u.a. nach 1) Unterstützung bei der Recherche und kriteriengeleiteten Einschätzung von empirischen Studien, 2) nach einer entsprechenden Infrastruktur an den Schulen (u.a. Zugänge zu Fachdatenbanken und zu Fachzeitschriften), 3) nach Absprachen zwischen Schulleitung und Kollegium, wie der Anspruch an eine wissenschaftliche Fundierung des in Pflegeunterrichten vermittelten Wissens umzusetzen sei (u.a. Spezialisierung auf bestimmte Themen, angemessene Zeitkontingente für Unterrichtsvorbereitung), 4) nach wissenschaftlich fundierten Pflegelehrbüchern sowie 5) nach einem qualitätsgesicherten Internetportal, in dem hochwertige Unterrichtsentwürfe veröffentlicht und kommentiert werden könnten.

Die im vorausgegangenen dargelegten empirischen Befunde sowie die skizzierten Erfahrungen bei der Diskussion selbiger in verschiedenen Gruppen in den letzten zehn Jahren weisen darauf hin, dass bis heute in der deutschen Pflegeausbildung nicht davon auszugehen ist, dass Pflegelernenden überwiegend (pflege-)wissenschaftlich fundierte Lernangebote von ihren Pflegelehrenden gemacht werden. In dieselbe Richtung weisen auch die empirischen Befunde Frau Dr.in Julia Simons (2019: 9), die in ihrer Dissertation der Untersuchungsfrage *„Inwiefern werden pflegewissenschaftliche Erkenntnisse bei der inhaltsbezogenen Unterrichtsplanung sowie im Unterricht von Lehrenden im Berufsfeld Pflege berücksichtigt?“* nachging und in Deutschland diesbezügliche Daten von Juni 2014 bis Juni 2016 erhob (vgl. ebd.: 191-333).

systematischer, empiriegestützter und nachhaltiger als bisher dabei zu begleiten, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, beruflich nutzbare Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln. Mit der Anbahnung einer professionellen Fähigkeit zu pflegerischer Empathie bei angehenden Pflegenden ist perspektivisch auch das Ziel verbunden, ihre Berufszufriedenheit und ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Es ist zu vermuten, dass sich eine professionelle pflegeberufliche Empathiefähigkeit nicht nur positiv auf die Mitarbeiter*innenzufriedenheit und -gesundheit und damit auf deren berufliche Leistungsfähigkeit⁶ auswirken dürfte, sondern auch auf die Qualität der von ihnen zu erbringenden pflegerischen Dienstleistungen (Stichwort: subjektorientierte bzw. professionelle Pflege), auf das Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen sowie auf deren pflegerische Outcomes.⁷ Darüber hinaus verfolge ich mit meiner Forschungsarbeit das Ziel, einen Beitrag zur weiteren Klärung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs zu leisten.

Die nachfolgenden Fragen, eine übergeordnete und vier untergeordnete, leiteten meinen Forschungs- und Erkenntnisprozess:

Wie sehen Aneignungsprozesse empathischer Kompetenzen aus der Perspektive der Lernenden aus?

- Was sind die diesbezüglichen Lernanlässe?
- Wie werden die diesbezüglichen formellen Lernangebote von den Lernenden rezipiert?
- Welche Vorstellungen über Empathie bzw. welche diesbezüglichen Kompetenzen bringen die Lernenden vor dem Hintergrund ihrer Biographie bereits mit in die Ausbildung?
- Werden anfangs vorhandene Vorstellungen bzw. Kompetenzen in der dreijährigen Ausbildung erweitert bzw. eventuell verlernt? Wenn ja, warum?

⁶ An dieser Stelle soll nicht unterschlagen werden, dass pflegerische Empathie mit hohen Lasten für die beruflichen Empath*innen verbunden sein kann und es daher neben wissenschaftlich fundierten Empathieförderinterventionen in der Pflegeausbildung selbstredend in den Betrieben empathieermöglichender Rahmenbedingungen sowie angemessener Entlastungs- und Unterstützungsangebote für pflegeberufliche Empath*innen bedarf (s. u.a. Kapitel 4.5, 17.4.1, 18.1.1, 21.1, 21.2, 22.1 und 22.2).

⁷ Von einer systematischen Recherche und kritischen Einschätzung der im internationalen Forschungsraum in großer Anzahl vorliegenden empirischen Studien, die die Effekte der von verschiedenen Gesundheitsprofessionen gezeigten beruflichen Empathie auf Patient*innen sowie auf die Erstgenannten selbst systematisch untersuchen, habe ich im Prozess der Erarbeitung des Forschungsstands zum Themenfeld „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ (s. Teil II) nach einiger Zeit abgesehen. Die Erarbeitung eines systematischen Reviews zu dieser Thematik stellt ohne Zweifel ein äußerst relevantes und erkenntnisversprechendes Forschungsprojekt dar, würde den zeitlichen Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit jedoch sprengen.

1.3 Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in vier Teile, die insgesamt 23 Kapitel umfassen: Teil I „Theoretische Bezüge“ (sieben Kapitel), Teil II „Empirische Bezüge“ (sieben Kapitel), Teil III „Empirische Untersuchung“ (vier Kapitel) sowie Teil IV „Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick“ (vier Kapitel).

Der **Teil I „Theoretische Bezüge“** umfasst die Kapitel 2 bis 8. Eingangs wird in Teil I erläutert, warum ich zu Beginn meiner Forschungsarbeit den Begriff des hermeneutischen Fallverstehens für die im Mittelpunkt der Arbeit stehende Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, verwendete und dann zum Begriff der (pflegerischen) Empathie überging.

Nach einer einführenden Darlegung des Begriffs des (pflegerischen) Fallverstehens aus der Perspektive der Pflegedidaktikerin Prof.in Dr.in Ingrid Darmann-Finck (Kapitel 2) sind die weiteren fünf Kapitel des Teil I dieser Arbeit (Kapitel 3 bis 7) einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der (pflegerischen) Empathie vorbehalten. Darmann-Fincks theoretische Überlegungen zu pflegerischem Verstehen, die auf einem sozialwissenschaftlichen Ansatz basieren, bilden den zentralen theoretischen bzw. normativen Rahmen, in dem ich pflegerische Empathie in meiner Forschungsarbeit verorte (Kapitel 2). Die von mir zusätzlich hinzugezogenen entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie neurowissenschaftlichen Empathietheorien basieren auf einem eher naturwissenschaftlichen, also empirisch-analytischen Ansatz. Sie unterstützten mich, die im Interviewmaterial aufscheinenden belastenden Erfahrungen der Lernenden, nämlich ihr Erleben und Erleiden empathischer Kontakte zu pflegebedürftigen Menschen, vor einem theoretischen Hintergrund differenzierter verstehen zu können.

In Kapitel 3 wird zunächst die Perspektive der mittlerweile entpflichteten Professorin Dr.in Claudia Bischoff-Wanner, die sich Mitte/Ende der 1990er-Jahre als erste deutsche Pflegewissenschaftlerin auf einer theoretischen Ebene intensiv mit Empathie in der Pflege auseinandersetzte, dargelegt und kritisch erörtert. In den nachfolgenden Kapiteln werden dann entwicklungs- und sozialpsychologische, psychologische sowie neurowissenschaftliche Perspektiven auf Empathie ausführlich expliziert (Kapitel 4 bis 7). Die von mir begründet ausgewählten Empathietheorien und -modelle sowie Konzepte werfen Licht auf Teilaspekte empathischen Erlebens, Erkennens und Handelns, die meiner Einschätzung nach in pflegewissenschaftlichen Publikationen bislang nicht ausreichend thematisiert wurden. Damit kommt ihnen ein gewisses Anregungspotenzial zu, die (Weiter-)Entwicklung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs in der deutschen Pflegewissenschaft voranzutreiben. In dem den Teil I abschließenden Kapitel 8 werden die für die vorliegende

Untersuchung zentralen Erkenntnisse der dargelegten theoretischen Bezüge zusammengefasst und in Beziehung zueinander gesetzt.

Der **Teil II „Empirische Bezüge“**, der die Kapitel 9 bis 15 umfasst, widmet sich dem aktuellen nationalen sowie internationalen Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“. In Kapitel 9 wird eingangs die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche detailliert erörtert. Anschließend wird der ermittelte Forschungsstand strukturiert in fünf einzelnen Kapiteln dargelegt (Kapitel 10 bis 14). Jedes dieser Kapitel ist einem der herausgearbeiteten relevanten Forschungsstränge gewidmet und schließt mit einer Zusammenfassung und kritischen Einschätzung der jeweils referierten Studienlage. Abschließend erfolgt im Kapitel 15 eine Zusammenfassung der in dem Teil II dieser Arbeit dargelegten empirischen Studien und ein Fazit wird gezogen. Aus diesem lassen sich die Untersuchungsfragen der vorliegenden Forschungsarbeit ableiten.

Der **Teil III „Empirische Untersuchung“** widmet sich der im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführten Forschungsstudie zum Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung. Er gliedert sich in vier Kapitel (Kapitel 16 bis 19). In Kapitel 16 wird das methodische Vorgehen eingehend erläutert. Nach einer einleitenden Begründung der Wahl des Forschungsansatzes und der Datenerhebungsmethode werden der Feldzugang und das Interviewsample beschrieben, die Konstruktionsphase des Interviewleitfadens für die Ersterhebung nachgezeichnet, die beiden Interviewleitfäden (Erst- und Folgerhebung) vorgestellt und erläutert, die Durchführung der Datenerhebung dargestellt, eine Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen vorgenommen und schließlich das Auswertungsverfahren expliziert. Der Explikation des Auswertungsverfahrens, die mit über dreißig Seiten Umfang etwa die Hälfte des Methodenkapitels ausmacht, habe ich bewusst dieses Gewicht verliehen. Es ist mir ein besonderes Anliegen, mein Analyseverfahren und damit meinen Fremdverstehens- und Erkenntnisprozess möglichst transparent und nachvollziehbar darzulegen. Die Beschreibungen meiner forschungsethischen Überlegungen sind nach inhaltlichen Gesichtspunkten den jeweiligen Unterkapiteln des Kapitels 16 zugeordnet.

Die Kapitel 17 bis 19 widmen sich den empirischen Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung: Das erste Ergebniskapitel, das Kapitel 17, umfasst die Forschungsbefunde zum Verständnis pflegerischer Empathie von Pflegelegenden. Es konnten vier idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden identifiziert werden, nämlich erstens *„Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“*, zweitens *„Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“*, drittens *„Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“* sowie viertens *„Pflegerische*

Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“. Die gebildeten Idealtypen werden in ihren Bezügen zueinander in einem Gesamtgefüge dargestellt (= Typologie). Zudem umfasst das Kapitel 17 empirische Ergebnisse zu zahlreichen intervenierenden Faktoren, die beeinflussen, ob Pflegelernende ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß in Pflegesituationen tatsächlich auch handeln.

Im zweiten und dritten Ergebniskapitel (Kapitel 18 und 19) werden die empirischen Befunde zum Lernen pflegerischer Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule dargelegt. Sie umfassen zum einen empirische Erkenntnisse zur Oberflächen(sinn)struktur des Lernens pflegerischer Empathie am jeweiligen Lernort, d.h. sehr konkrete Befunde zu den sich in den einzelnen Betrieben bzw. an den einzelnen Pflege- bzw. Hochschulen vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozessen. In einem zweiten Analyseschritt wurden die diesen Lehr-Lernprozessen zugrundeliegenden zentralen Tiefen(sinn)strukturen herausgearbeitet. Laut Kruse sind Tiefen(sinn)strukturen *„Muster hinter den Mustern“* (ebd.: 2015: 648), die zu erklären vermögen, *„wie und warum sich ein Phänomen genau in der Art und Weise zeigt und nicht anders“* (ebd., Hervorhebung im Original). Die Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb ist durch das Zusammenkommen der Komponenten *„Verwertungsinteressen der Betriebe“* und *„Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie“* bestimmt und die des Lernortes Schule durch das Zusammenkommen der Komponenten *„Kompetenzgrenzen der Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums“* und *„Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“*. Die erarbeiteten Tiefenstrukturen liefern u.a. einen Erklärungsansatz, warum bei den Befragten der vorliegenden Untersuchung das Lernpotenzial beider Lernorte im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist.

Der **Teil IV „Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick“** gliedert sich in vier Kapitel (Kapitel 20 bis 23). In Kapitel 20 erfolgt zunächst eine systematische, kriteriengeleitete Reflexion des gesamten Forschungsprozesses. Ziel dieser Reflexion ist, den Leser*innen dieser Arbeit und auch mir selbst Rechenschaft über die Qualität meines Vorgehens und meiner Forschungsergebnisse abzulegen. In Kapitel 21 werden die zentralen empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zunächst zusammengefasst und dann vor dem Hintergrund des in Teil II dargelegten empirischen Forschungsstands diskutiert. Zudem erfolgt eine Verschränkung einiger zentraler Untersuchungsergebnisse mit ausgewählten Theoriebezügen aus Teil I. In Kapitel 22 werden, ausgehend von den in der vorliegenden Studie erarbeiteten empirischen Erkenntnissen sowie von der in Teil I dargelegten theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie, fünfzehn konkrete

Empfehlungen vorgestellt, die darauf abzielen, die Qualität der Förderung empathischer Fähigkeiten in der deutschen Pflege(aus)bildung zu verbessern. Es handelt sich um vier Empfehlungen für den Lernort Betrieb, acht für den Lernort Schule und drei für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege. Das Kapitel 23 schließt die vorliegende Dissertation mit Anregungen zu weiterführenden Forschungsfragen ab.

Teil I Theoretische Bezüge

Wie in der vorausgegangenen Einleitung bereits ausgeführt, werden im Berufsfeld Pflege für die Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen⁸ die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, unterschiedliche Begriffe verwendet. Der vorliegende Teil I dieser Arbeit ist einer theoretischen Auseinandersetzung mit dieser so unterschiedlich benannten Fähigkeit vorbehalten.

Zu Beginn meiner Forschungsarbeit verwendete ich den Begriff des hermeneutischen bzw. pflegerischen Fallverstehens für diese o.e. bedeutsame Fähigkeit. Diese Fähigkeit stellt, das ist im Berufsfeld Pflege unbestritten, eine zentrale Voraussetzung für eine individuelle bzw. subjektorientierte Pflege dar. Die Verwendung des Begriffs des hermeneutischen bzw. pflegerischen Fallverstehens für diese Fähigkeit, ist mit meiner pflegewissenschaftlichen Ausbildung und Sozialisation an der Universität Bremen zu begründen.

Das zentrale Ziel meiner theoretischen Auseinandersetzung mit der Fähigkeit, in Pflegesituationen die Perspektive pflegebedürftiger Menschen zu erfassen, war, mir mehr Wissen anzueignen, um die im Interviewmaterial aufscheinenden Erfahrungen der Lernenden als berufliche Empath*innen, nämlich insbesondere ihr Erleben und Erleiden empathischer Kontakte mit pflegebedürftigen Menschen, vor einem theoretischen Hintergrund differenzierter verstehen zu können.

Darmann-Fincks theoretische Überlegungen zu pflegerischem Verstehen, die auf einem sozialwissenschaftlichen Ansatz basieren, bildeten den Ausgangspunkt meiner theoretischen Auseinandersetzung mit der o.a. Fähigkeit. Zugleich stellen sie den zentralen theoretischen bzw. normativen Rahmen dar, in dem ich pflegerische Empathie in meiner empirischen Untersuchung verorte. Wesentlich hierbei sind u.a. der Verstehensbegriff der Hermeneutik, ein interaktionistisches Verständnis von Verstehensprozessen, eine anerkennungstheoretische Fundierung sowie Annahmen zur Fehleranfälligkeit von

⁸ Gemeint ist unter dem Handlungsdruck der Pflegeberufswirklichkeit.

Verstehensleistungen und zu den Grenzen des Verstehens Anderer in ihrer Andersheit (s. Kapitel 2).

Eine intensive Auseinandersetzung mit den ebenfalls auf einem sozial- bzw. geisteswissenschaftlichen Ansatz basierenden Arbeiten der beiden Pflegewissenschaftler*innen Dr.in Ulrike Böhnke (2010) und Prof. Dr. Manfred Hülsken-Giesler (2008), die sich in den 2000er-Jahren im Rahmen ihrer Dissertationen u.a. mit dieser für individuelles Pflegehandeln bedeutsamen Fähigkeit unter den Begriffen „pflegespezifisches Fallverstehen und Urteilsbildung“ (Böhnke 2010: 155) bzw. „elementares Verstehen“ und „mimetisches Vermögen“ (Hülsken-Giesler 2008: 151, 405) auseinandersetzen, brachte keinen Erkenntnisgewinn im Hinblick auf die im empirischen Material erkennbaren Herausforderungen der Lernenden.

Sowohl eine Auseinandersetzung mit der Arbeit der Professorin Dr.in Claudia Bischoff-Wanner, die sich Mitte/Ende der 1990er-Jahre als erste deutsche Pflegewissenschaftlerin auf einer theoretischen Ebene mit Empathie in der Pflege auseinandersetzte (s. Kapitel 3) als auch die Anregungen des Pflegewissenschaftlers Professor Dr. Harmut Remmers aus dem Jahr 2011, das Potenzial der Perspektiven anderer relevanter Disziplinen, beispielsweise der Psychologie, für die pflegewissenschaftliche Theoriebildung und Forschung genauer zu erkennen, stärker zu würdigen und ausgiebiger als bisher zu nutzen (vgl. Remmers 2011: 7)⁹, inspirierten mich, in meinem theoretischen Rahmen der o.a. Fähigkeit unter dem Begriff der (pflegerischen) Empathie vertieft nachzugehen.¹⁰

Hierdurch erschloss ich mir eine Fülle an theoretischen sowie empirischen Untersuchungen zu der für mein Forschungsanliegen bedeutsamen Fähigkeit. Die von mir zusätzlich hinzugezogenen entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie neurowissenschaftlichen Empathietheorien basieren auf einem eher naturwissenschaftlichen, also empirisch-analytischen Ansatz. Sie unterstützten mich, Teilaspekte empathischen Erkennens differenzierter zu verstehen, nämlich insbesondere die automatische, unwillkürliche

⁹ An dieser Stelle verweise ich auf Remmers Beitrag *„Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung“* (2011: 7-47) in dem von ihm herausgegebenen Band *„Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz“*.

¹⁰ Remmers (2011: 29) führt u.a. aus, dass es nur ein erster Schritt pflegewissenschaftlicher Forschungsbemühungen sei, das mimetische Vermögen des Menschen, *„im strengen Sinne: vorrationale(n) Wissensformen sowohl zu rehabilitieren als auch zum Gegenstand einer zunächst einmal phänomenologischen Analyse zu machen“*. Das folgende Zitat gibt seine Gedanken zu einem weiteren, aus seiner Sicht erforderlichen Schritt wieder: *„Betrachtet man die inzwischen in anderen Disziplinen auf einem theoretisch wie auch empirisch-methodisch anspruchsvollen Niveau traktierten Fragen zu den Eigentümlichkeiten intuitiver Bewusstseinsleistungen – ein beispielsweise in neueren Strömungen einer empirisch hoch informierten Philosophie des Geistes ebenso wie in fachlichen Spezialisierungen beispielsweise der experimentellen Neuro- und Kognitionspsychologie thematisierter Fragenkomplex, der näher besehen mitten ins Zentrum pflegewissenschaftlicher Expertisenforschung führt -, so wird in ersten Umrissen deutlich, mit welchen interdisziplinären Herausforderungen eine allein auf diesen Kernbereich konzentrierte Pflegeforschung konfrontiert sein wird.“* (ebd.: 29f.)

affektive Dimension von Empathie. Neben Ansätzen zur Prozessmodellierung und zu zugrundeliegenden Wirkmechanismen integrieren diese Empathietheorien u.a. Erkenntnisse zu beeinflussenden Faktoren sowie zu Risiken, Nebenwirkungen bzw. Problemen empathischen Handelns für (u.a. berufliche) Empath*innen. Damit werfen diese Empathietheorien Licht auf m.E. in pflegewissenschaftlichen Publikationen bislang nicht ausreichend thematisierte Teilaspekte empathischen Erlebens, Erkennens und Handelns.

Die unten stehende Abbildung 1 gibt einen ersten Überblick über die von mir ausgewählten, in den Kapiteln 2 bis 7 zu erläuternden theoretischen Bezüge. Sie verdeutlicht zudem die zentrale Stellung, die den Überlegungen Darmann-Fincks zu pflegerischem Verstehen in meiner Forschungsarbeit zukommt. Selbige bilden den theoretischen bzw. normativen Rahmen, in dem ich pflegerische Empathie verorte.

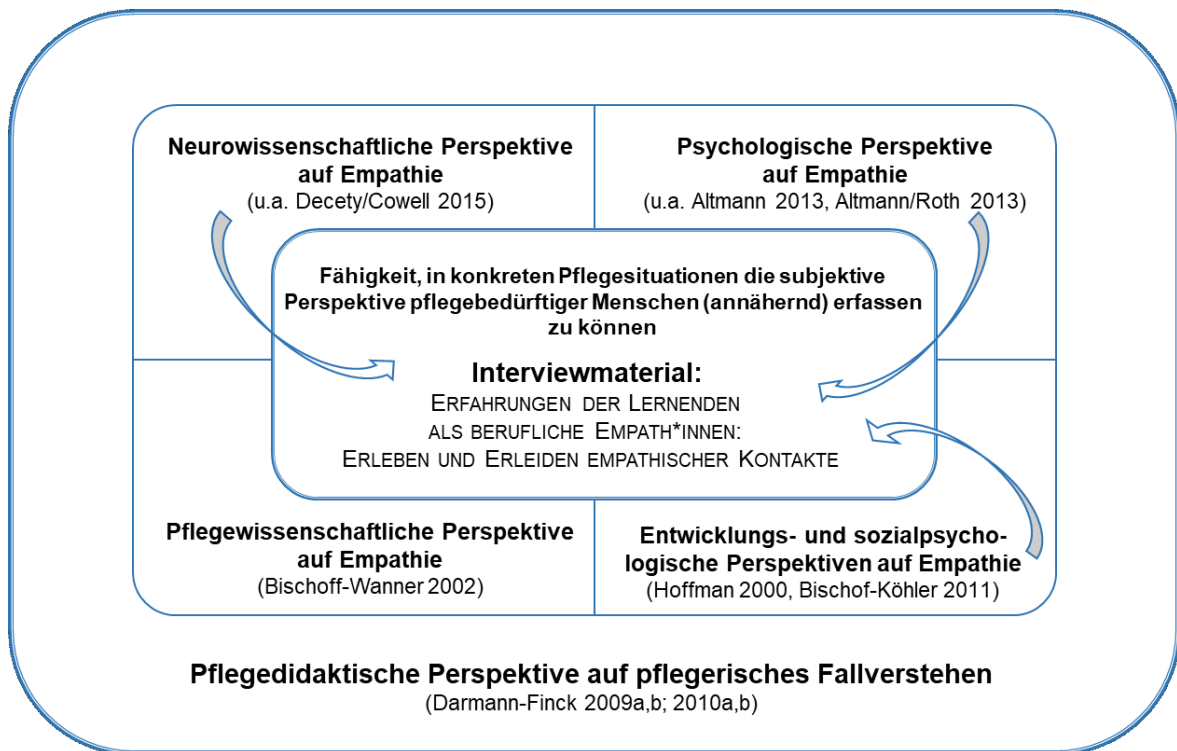


Abbildung 1: Theoretische Bezüge

Nach einer einführenden Darlegung des Begriffs des pflegerischen Fallverstehens aus der Perspektive der Pflegedidaktikerin Prof.in Dr.in Ingrid Darmann-Finck (Kapitel 2) sind die weiteren fünf Kapitel des Teil I (Kapitel 3 bis 7) dieser Arbeit einer theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie vorbehalten.

Die Psycholog*innen Roth, Altmann und Schönefeld weisen wie auch viele andere Empathieforschende darauf hin, dass es sich bei Empathie um ein komplexes, schwer zu fassendes, flüchtiges Phänomen handelt (vgl. u.a. ebd. 2016: 1-9; Hojat 2016: 3-16).

Dadurch, dass der Begriff der Empathie in den alltäglichen Sprachgebrauch übergegangen ist, scheint er allgemeinverständlich und bedarf vermeintlich keiner weiteren Definition bzw. Begriffsklärung (vgl. Roth/Altmann/Schönefeld 2016: 1-9). Der Begriff der Empathie wird jedoch nicht nur im Alltag sondern auch in der Wissenschaft für sehr Unterschiedliches verwendet (vgl. ebd., s. Kapitel 3.1 und 6.1 des Teil I dieser Arbeit). Gegenwärtig ist die Anzahl und Heterogenität der Empathiedefinitionen in der Wissenschaft kaum mehr zu überblicken (vgl. u.a. Hojat 2016: 3-16, Stevens/Woodruff 2018: 1-21, Liekam 2004: 23-60, s. Kapitel 3 bis 7 des Teil I dieser Arbeit). Unter anderen gestaltet sich die Begriffsklärung so schwierig aufgrund von Abgrenzungsschwierigkeiten zu verwandten Phänomenen wie beispielsweise Gefühlsansteckung, Mitgefühl, Mitleid sowie Perspektivenübernahme (vgl. u.a. Batson 2009, Hojat 2016: 3-16). An dieser Stelle sei vorweggenommen, dass bei der nachfolgend darzulegenden theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie u.a. ein meines Erachtens überzeugender Vorschlag der Prof.in Dr.in Dr.in Doris Bischof-Köhler, die o.a. mit Empathie verwandten Phänomene begrifflich voneinander abzugrenzen, referiert wird (s. Kapitel 5). Der inhaltliche Fokus meiner Arbeit liegt auf Empathie im Zusammenhang mit dem Pflegeberuf und dort auf der Mikroebene. Gemeint ist hier die pflegerische Interaktion zwischen Pflegenden und zu Pflegenden.

Mein Versuch, einen konsistenten theoretischen Rahmen für die Analyse empathischer Erkenntnisprozesse in der Pflege aufzustellen, gestaltete sich langwierig und schwierig. Mir ist bewusst, dass ich mit dem vorliegenden Theoriekapitel meiner Dissertation nicht alle Facetten des Phänomens der (pflegerischen) Empathie behandeln kann. Es ging mir in meinem mehrjährigen Such- und Erarbeitungsprozess vielmehr darum, die vielfältigen Empathietheorien, auf die ich stieß, auf ihren Erkenntnisbeitrag für meinen theoretischen Rahmen für das Phänomen der pflegerischen Empathie zu prüfen und durchdacht auszuwählen.

Ausgangspunkt meiner theoretischen Auseinandersetzung mit dem Empathiebegriff war die Dissertationsschrift der mittlerweile entpflichteten Professorin Dr.in Claudia Bischoff-Wanner, die sich Mitte/Ende der 1990er-Jahre als erste deutsche Pflegewissenschaftlerin auf einer theoretischen Ebene intensiv mit Empathie in der Pflege auseinandersetzte. Bischoff-Wanner führte eine methodengeleitete Analyse des Begriffs der Empathie durch, um ihn systematisch zu klären und eine pflegespezifische Beschreibung von Empathie zu entwickeln (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 21-24). In Ermangelung deutscher pflegewissenschaftlicher Publikationen zu Empathie stützte sie ihre begriffsanalytische Arbeit auf theoretische Beiträge zur Begriffsentwicklung sowie auf empirische Forschungsergebnisse sowohl der angloamerikanischen pflegewissenschaftlichen als auch der angloamerika-

nischen entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie z.T. auch der psychotherapeutischen Empathieforschung (vgl. ebd.: 23f.).

Die Recherche zu Beginn meines Promotionsprojekts ergab, dass das von Bischoff-Wanner entwickelte pflegespezifische Empathie-Prozessmodell in der deutschen Pflegebildung und Pflegewissenschaft eine gewisse Verbreitung erfahren hat. Eine nachhaltige Diskussion in der deutschen Pflegewissenschaft mit daraus resultierenden weiterentwickelten theoretisch und empirisch fundierten Modellierungen pflegerischer Empathie blieb, abgesehen von den eingangs erwähnten Arbeiten Böhnkes und Hülksen-Gieslers, die den Begriff der Empathie in der Pflege für die o.a. Fähigkeit nicht verwenden bzw. sich bewusst von ihm distanzieren, meines Wissens allerdings aus (vgl. u.a. Hülksen-Giessler 2008: 132-141). Der Mangel an neueren theoretischen Arbeiten zu Empathie in der Pflege, verleiht der theoretischen Arbeit Bischoff-Wanners zu diesem Thema nach wie vor ein besonderes Gewicht.

In Kapitel 3 lege ich Bischoff-Wanners Beitrag zur Klärung des Empathiebegriffs dar. Hierbei arbeite ich u.a. die aus meiner Sicht besonders bedeutsamen Erkenntnisleistungen in ihrem begriffsanalytischen Prozess im Hinblick auf Empathie sowie pflegerische Empathie heraus und zeige auf, welche wertvollen Anregungen ich durch die Beschäftigung mit Bischoff-Wanner für meine weitere theoretische Auseinandersetzung mit Empathie und für meine empirische Untersuchung zum Empathielernen gewinnen konnte. Zugleich werde ich das Hauptergebnis ihrer Begriffsanalyse, das von ihr entwickelte pflegespezifische Empathie-Prozessmodell, darlegen und einige grundlegende Kritikpunkte ausführen.

Das Kapitel 4 meines theoretischen Rahmens ist dem äußerst gehaltvollen US-amerikanischen entwicklungs- und sozialpsychologisch fundiertem Empathiemodell Prof. Dr. Martin L. Hoffmans vorbehalten, auf das ich durch Bischoff-Wanners Dissertation aufmerksam wurde. Meines Erachtens könnte es für die deutsche Pflegewissenschaft anregend sein, sich mit diesem Empathiemodell auseinanderzusetzen, um die (Weiter-)Entwicklung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs voranzutreiben. Laut Bischoff-Wanners Analysen handelt es sich bei Hoffmans Modell um das „*am weitesten fortgeschrittene mehrdimensionale Empathiemodell*“ (Bischoff-Wanner 2002: 162) der von ihr untersuchten entwicklungs- und sozialpsychologischen Empathiemodelle. Eine nachvollziehbare Einschätzung meines Erachtens. Beim Lesen ihrer Rezeption Hoffmans faszinierten mich neben der Tiefgründigkeit und Detailliertheit dieses Empathiemodells auch die Annahme einer engen Verwobenheit affektiver und kognitiver Komponenten in empathischen Prozessen sowie die theoretischen Annahmen sowohl zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend als auch zu den unterschiedlichen empathischen Prozessen zugrundeliegenden Wirkmechanismen.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass Bischoff-Wanner Hoffmans Modell erstmalig für die deutsche Pflegewissenschaft rezipierte (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 162-169). Sie stützte sich hierbei auf eine frühe Veröffentlichung Hoffmans aus dem Jahre 1982, nämlich seinen Aufsatz „Development of prosocial motivation: empathy and guilt“ von rund dreißig Seiten in dem von Nancy Eisenberg herausgegebenen Sammelband „The development of prosocial behavior“. Hoffman hat in den nachfolgenden rund zwanzig Jahren sowohl sein Modell der empathischen Erregungsmodi als auch sein Modell der Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend grundlegend überarbeitet und weiterentwickelt. In seiner weit über dreihundert Seiten umfassenden Monografie „Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice“ (2000) verknüpft er selbige zudem mit weiteren theoretischen Aussagen zu einer Theorie zu der Entwicklung von Empathie und moralischem Verhalten. Der Rezeption und Reflexion dieses weiterentwickelten Empathiemodells ist das dritte Kapitel meines theoretischen Rahmens vorbehalten.

Im Prozess meiner Promotion stieß ich nach meiner Auseinandersetzung mit Hoffman (2000) auf das im Jahre 2011 erstmalig veröffentlichte Werk von Prof.in Dr.in Dr.in Doris Bischof-Köhler. Die renommierte deutsche Professorin für Psychologie mit den Schwerpunkten Empathie und Theory of Mind sowie deren Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen veröffentlichte im Alter von 75 Jahren ihre umfangreichen theoretischen sowie empirischen Erkenntnisse zu diesem Spezialgebiet in Form eines Lehrbuches. Nach einer ersten Sichtung entschied ich mich für eine tiefergehende Auseinandersetzung, da die Wissenschaftlerin noch detaillierter als Hoffman die für empathisches Erkennen bedeutsamen kognitiven Fähigkeiten (Theory of Mind, Perspektivenübernahme, exekutive Kontrolle) in ihrer Entwicklung und ihrer Funktion thematisiert. Zudem arbeitet sie sowohl prosoziale als auch sozial-negative Folgen von Empathie sehr genau heraus. Ferner ergänzt Bischof-Köhler die im vorangegangenen Kapitel 4 dargelegten theoretischen Aussagen Hoffmans zu Empathie durch eigene Befunde und Annahmen zu psychischen Abgrenzungsproblematiken von Kindern in empathieauslösenden Situationen sowie durch die Berücksichtigung aktueller und auch ausschließlich deutschsprachig vorliegender Publikationen.

Parallel zu meiner Arbeit konzipierte der Psychologe Dr. Tobias Altmann im Rahmen seiner Dissertation ein Empathietraining für soziale und Pflegeberufe und erforschte dessen Wirksamkeit in der Pflegeausbildung (vgl. Altmann 2013). Diesem Training liegen u.a. ein von Altmann und Roth entwickeltes anwendungsorientiertes, integratives, psychologisches Empathie-Prozessmodell (EPM) sowie das ebenfalls von ihnen entwickelte Konzept „Empathischer Kurzschluss“ (EKS) zugrunde (vgl. Altmann/Roth 2013). Da diese theoretischen Konzepte sowohl durch die diversen Veröffentlichungen zum Empathie-

training¹¹ als auch durch deren Einfließen in Folgeprojekte wie beispielsweise das 2018 abgeschlossene Verbundprojekt „*Pflege für Pflegende: Entwicklung und Verankerung eines empathiebasierten Entlastungskonzepts in der Care-Arbeit (empCARE)*“¹² in der deutschen Pflegebildung zunehmend Verbreitung finden, werden sie im Kapitel 6 dargelegt und kritisch analysiert. Die dem Training zugrundeliegenden theoretischen Annahmen zu Empathie weckten zudem mein Interesse, da sie auch Probleme und Risiken beruflicher Empath*innen berücksichtigen.

In den letzten zwei Jahrzehnten wurden in der noch jungen Disziplin Soziale Neurowissenschaften erste theoretische sowie empirische Erkenntnisse zu den neurobiologischen Grundlagen von Empathie generiert. Teile dieser Erkenntnisse gelangten insbesondere in den letzten zehn Jahren u.a. durch populärwissenschaftliche Publikationen unter dem schillernden Begriff der Spiegelneuronen ins öffentliche Bewusstsein. Angeregt durch das Seminar „Neurowissenschaftliche Grundlagen der Empathie“ bei der Psychologin und Psychotherapeutin Prof.in Dr.in Birgit Derntl im Januar 2014 am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen entschloss ich mich, ausgewählte theoretische Erkenntnisse dieser jungen Disziplin in meinen theoretischen Rahmen aufzunehmen. In dem Kapitel 7 des Teils I der vorliegenden Arbeit werde ich ein gehaltvolles, in der Fachliteratur sehr verbreitetes neurowissenschaftliches Mehrkomponentenmodell von Empathie vorstellen. Es handelt sich um das Modell von Decety und Kolleg*innen, dem meinem Kenntnisstand nach am weitesten fortgeschrittenen neurowissenschaftlichen Empathiemodell. Dieses theoretisch sowie empirisch fundierte Modell wurde seit seiner Erstveröffentlichung im Jahr 2004 kontinuierlich weiterentwickelt. Meiner Einschätzung nach untermauert und ergänzt es die in den vorangegangenen Kapiteln (Kapitel 2-5) dargelegten pflegewissenschaftlichen, entwicklungs- und sozialpsychologischen Perspektiven auf Empathie auf eine äußerst anregende Weise. Beispielsweise verstehen Decety und Kolleg*innen emotionale Selbstregulation sowie exekutive Funktionen (u.a. Arbeitsgedächtnis, Aufmerksamkeitssteuerung und Inhibition) als wesentliche, unverzichtbare Grundkomponenten von Empathie. Zudem veranschaulicht das Modell eindrücklich die unfassbar hohe Komplexität der neuronalen Prozesse, die - aus Sicht von Decety und Kolleg*innen - empathisches Erleben und Erkennen untermauern. Ferner reflektiert das weiterentwickelte Empathiemodell fundiert und nachvollziehbar die kritisch-distanziertere Haltung von Decety und Kolleg*innen ab den 2010er-Jahren zur

¹¹ Vgl. u.a. Altmann/Roth (2014), Altmann (2015), Altmann/Schönefeld/Roth (2016), Roth/Altmann/Schönefeld (2016).

¹² Vgl. u.a. Thiry (2017), Kocks/Roling (2018), Kaschull/Kocks/Thiry (2018).

Spiegelneuronentheorie des Handlungsverständnisses und zu deren Übertragbarkeit auf Phänomene wie empathisches Verstehen.

Im achten und letzten Kapitel des Teil I werden die für meine eigene Untersuchung zentralen Erkenntnisse der dargelegten theoretischen Bezüge zusammengefasst und in Beziehung zueinander gesetzt.

2. Pflegedidaktische Perspektive auf pflegerisches Fallverstehen (Darmann-Finck)

Die Pflegedidaktikerin Prof.in Dr.in Ingrid Darmann-Finck setzt sich in ihren umfangreichen Publikationen zu der von ihr entwickelten Interaktionistischen Pflegedidaktik u.a. auch (in einem nachvollziehbarerweise deutlich kleineren Umfang) auf einer theoretischen Ebene mit pflegerischem Fallverstehen auseinander (vgl. u.a. Darmann-Finck 2009a,b; 2010a,b; 2011). Ihr Schwerpunkt liegt hierbei, neben theoretischen Überlegungen zu den Besonderheiten des Fallverstehens in pflegerischen Situationen, insbesondere auf bildungstheoretischen, didaktischen bzw. methodischen Überlegungen, wie fallverstehende und kritisch-reflexive Fähigkeiten im Rahmen pflegerischer Bildungsgänge an den Lernorten Schule und Pflegepraxis systematisch angebahnt bzw. gefördert werden können. Für die im Fokus meiner vorliegenden Arbeit stehende Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, sind v.a. Darmann-Fincks theoretische Überlegungen zu den Besonderheiten pflegerischen Fallverstehens bedeutsam. Ihrer Sichtweise auf pflegerisches Fallverstehen begegnete ich erstmalig im Rahmen meines Studiums „Lehramt Pflegewissenschaft“ an der Universität Bremen. Sie weckte mein Interesse und bildete einen wichtigen Orientierungs- und zugleich Ausgangspunkt für meine weitergehende Auseinandersetzung mit der Fähigkeit, die Perspektive pflegebedürftiger Menschen annäherungsweise zu erfassen. Nachfolgend werden die für mein Promotionsprojekt zentralen Aspekte von Darmann-Fincks Sichtweise auf pflegerisches Fallverstehen ausgeführt.

In Darmann-Fincks pflegedidaktischer heuristischer Matrix ist die Fähigkeit, die Perspektive pflegebedürftiger Menschen zu erfassen, an der Schnittstelle des „Praktischen Erkenntnisinteresses“ (Zeile 2) mit der Perspektive „Patient/Angehörige“ (Spalte 2) verortet, also in der Zelle mit der Zieldimension für den Lernort Schule „Verstehen der und Verständigung über die biographisch geprägten Interessen, Gefühle, Motive und Werte des Patienten“ (vgl.

ebd. 2010a: 175). Darmann-Finck verwendet in diesem Zusammenhang auch den Begriff klientenorientiertes Fallverstehen (vgl. ebd. 2010a: 180).¹³

Darmann-Finck ordnet in ihren theoretischen Überlegungen zu pflegerischem Verstehen ihr Verständnis pflegerischen Fallverstehens dem Verstehensbegriff der Hermeneutik zu (vgl. ebd. 2010a: 178).

„Mit dem Begriff des „Verstehens“ wird die zentrale methodische Operation der Hermeneutik, die „Kunst der Auslegung“, bezeichnet (vgl. Danner 1989, 31ff.). Das hermeneutische „Verstehen“ ist darauf ausgerichtet, den Sinn bzw. die Bedeutung des äußerlich Wahrgenommenen und als menschlich Erkannten zu erfassen. Von äußeren Zeichen bzw. „Ausdrucksgestalten“ (Oevermann 2002, 2) ausgehend wird auf das Dahinterliegende geschlossen. Diese methodische Operation ist deswegen erforderlich, weil Sinn- und Bedeutungsstrukturen nicht direkt und unmittelbar beobachtet werden können, sondern nur indirekt über das Verhalten und die Reaktionen in sozialen Praxen.“ (Darmann-Finck 2009a: 20)

Die Pflegedidaktikerin unterscheidet zwei mögliche Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen: Pflegende, die die subjektive Perspektive eines pflegebedürftigen Menschen in einer konkreten Pflegesituation zu verstehen suchen, können, Darmann-Finck zufolge, hierbei ihre Aufmerksamkeit entweder schwerpunktmäßig auf ein Verstehen des lebensgeschichtlich geprägten Umgangs dieses Menschen mit Selbst- und Fremdpflege richten oder eher auf ein Verstehen seiner Krankheitsbewältigung und der potenziellen psychischen Krisenhaftigkeit seiner gesundheitlichen Situation (vgl. ebd. 2009a: 14-20). Die nachfolgenden beiden Zitate geben diese theoretischen, für meine Untersuchung m.E. sehr wichtigen, Abgrenzungsüberlegungen der Pflegedidaktikerin hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen in ihren Worten wieder: Im ersten Fall bezieht sich pflegerisches Fallverstehen...

„auf den biographisch geprägten Umgang mit Selbstpfleegerfordernissen bzw. Pflegesituationen oder –interventionen. Die Aufmerksamkeit der Pflegenden liegt [...] darauf, wie die zu Pflegenden Selbstpfleegerfordernisse und Pflegesituationen wahrnehmen, einschätzen und bewältigen, welche Probleme und Ressourcen dabei erkennbar sind und welche Unterstützung die zu Pflegenden von Seiten der Pflege benötigen, um ihre Kompetenzen zu erhalten und weiter zu entwickeln.“ (ebd. 2009a: 20)

Das zweite Zitat illustriert die zweite Variante pflegerischen Fallverstehens, die stärker auf ein Verstehen von potenziellen Defiziten in der Krankheitsbewältigung und möglichen Ansatzpunkten zur Förderung gelingender Krisenbewältigungsprozesse abhebt.

„In der Regel verändern Krankheit, Alter, Behinderung und Geburt das Leben der Betroffenen und fordern dazu heraus, neue Bewältigungsstrategien aufzubauen. Grundsätzlich könnte daraus eine latente therapeutische Dimension der pflegerischen Praxis abgeleitet werden, die darin besteht, dass

¹³ Zudem differenziert sie auf der Ebene des praktischen Erkenntnisinteresses (Sinnverstehen) als weitere Perspektiven, die Pflegelernende verstehen können sollen und die ihres Erachtens zum pflegerischen Fallverstehen dazugehören, die Perspektive Pflegende (Selbstverstehen), die von Angehörigen, die anderer Berufsgruppen, die der Institution sowie die des Gesundheitswesens (vgl. ebd. 2009a: 24).

die Patienten oft (noch) keine Routinen für die Bewältigung neu entstandenen (Selbst-)Pflegebedarfs entwickelt haben, Pflegende diese Selbstpflege- und Kompetenzdefizite erkennen und den Aufbau der erforderlichen Fähigkeiten durch gezielte Impulse fördern. Das pflegerische Handeln könnte als Unterstützung bei der Entwicklung von an die jeweilige Lebenspraxis der Patienten angepassten Handlungsalternativen bei der Krankheitsbewältigung konzipiert werden. [...] In der Regel – und dies belegen beispielsweise die Studien von Darmann (2000), Busch (1996) und Elsbernd/Glane (1996) – erwarten Patienten nicht, dass Pflegende mit ihnen die psychische Krisenhaftigkeit der Situation aufarbeiten, sondern eher einen freundlichen, hilfsbereiten, zugewandten und geduldigen Umgang. Eine potenzielle Krise und eine therapeutische Dimension sind daher zwar latent vorhanden, es besteht aber von Seiten des Patienten kein (psycho-) therapeutischer Auftrag.“ (ebd. 2009a: 16)

Zu ähnlichen Abgrenzungsüberlegungen kommt auch Bischoff-Wanner (2002) im Rahmen ihrer begriffsanalytischen Forschungsarbeit zu Empathie in der Pflege¹⁴. Sie kontrastiert eindrucksvoll einen von ihr identifizierten, in der amerikanischen Pflegewissenschaft verbreiteten, der klientenzentrierten Psychotherapie entlehnten pflegerischen Empathiebegriff mit einem von ihr entwickelten pflegespezifischen Empathiebegriff (siehe Unterkapitel 3.2 + 3.3 des Teils I der vorliegenden Arbeit).

Darmann-Finck hebt hervor, dass die „*Verstehensleistungen*“ (ebd. 2009a: 23), also die Ergebnisse eines Verstehensaktes, grundsätzlich überprüfungsbedürftig sind, da Fallverstehen bzw. implizites Verstehen fehleranfällig¹⁵ seien (vgl. ebd. 2009a: 23f.). In diesem Zusammenhang unterstreicht sie die Bedeutung kritisch-reflexiver Fähigkeiten als wichtige Ergänzung zu fallverstehenden Fähigkeiten (vgl. ebd.). Ihr zufolge sind Pflegende stets herausgefordert, das von ihnen in pflegerischen Interaktionsprozessen Verstandene in weiteren Interaktionsschleifen mit dem pflegebedürftigen Menschen kommunikativ zu verifizieren, um eine weitestmögliche Verständigung zu fördern (vgl. ebd.: 2009a: 20f.). Das nachfolgende Zitat verdeutlicht Darmann-Fincks interaktionistisches Verständnis pflegerischen Fallverstehens im Sinne Habermas` als einen auf Verständigung und Konsensbildung ausgerichteten wechselseitigen kommunikativen Prozess (vgl. ebd. 2010a: 179, 2010b: 28f.; 2009b: 7f.):

„Das Fallverstehen erfolgt in der Kommunikation zwischen den an der Pflegesituation Beteiligten, in erster Linie zwischen Pflegenden und Patienten, und ist damit auf Verständigung ausgerichtet, d.h. jedes Urteil der Pflegenden wird als Hypothese betrachtet und muss in der pflegerischen Beziehung mit dem Patienten überprüft und ggf. verändert werden. Diese These gründet auf dem interaktionistischen Ansatz von Habermas (1976), wonach Sinnverstehen stets auf Verständigung und Konsens abzielt. Die Urteilsbildung ist kein von den Pflegenden monistisch vorgenommenes Ereignis, sondern ist als ein in die Kommunikation eingelassener Prozess zu verstehen. Sie setzt Kommunikation voraus und muss kommunikativ verifiziert und damit ausgehandelt werden.“ (ebd. 2009a: 20f.)

¹⁴ Bischoff-Wanner verwendet für die Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, den Begriff Empathie in der Pflege.

¹⁵ Als Gründe für mögliche Fehlurteile führt Darmann-Finck u.a. das Festhalten „*an einem einmal zu einem Patienten gefundenen Urteil [...] ohne neue Informationen zu integrieren*“ (ebd. 2009a: 23), das subsumtive Überstülpen vorhandenen (Erfahrungs-)Wissens über einen neuen Fall und die unreflektierte Handhabung der Professionsantinomien (vgl. ebd.: 23f.).

Zugleich weist Darmann-Finck unter Bezugnahme auf die Pflegewissenschaftlerin Renate Stemmer darauf hin, dass zum pflegerischen Fallverstehen auch das Wissen um die sowie das Respektieren der prinzipiellen Grenzen des Verstehens Anderer in ihrer Andersartigkeit gehört (vgl. Darmann-Finck 2009b: 7, Stemmer 2001: 268-277).

„Die Anerkennung eines unverfügbaren Restes in mir und dem Anderen stellt nicht infrage, dass Annäherungen möglich sind, auch nicht, dass die Entwicklung empathischer Fähigkeiten oder kommunikativer Kompetenz hilfreich sein kann, um zu einem vertieften Verständnis des Anderen zu gelangen. Sie impliziert aber eine grundsätzliche Begrenztheit der Möglichkeiten des Verstehens.“ (Stemmer 2001: 273)

Darmann-Finck beschreibt ferner pflegerisches Verstehen als einen überwiegend intuitiv und implizit erfolgenden Wahrnehmungs-, Denk- bzw. Erkenntnisprozess, der neben verbalsprachlichen insbesondere durch körperlich-leibliche bzw. nonverbale Ausdrucks- und Interaktionsformen¹⁶ geprägt ist (vgl. ebd.: 2009a: 21-24). Sie untermauert ihr Verständnis pflegerischen Fallverstehens theoretisch u.a. unter Rückgriff auf den Philosophen Michael Polanyi (1958) und den Wirtschaftspädagogen Georg Hans Neuweg (1999), die Soziolog*innen Sabine Weishaupt und Fritz Böhle (2003) sowie die Pflegewissenschaftler Harmut Remmers (2000), Heiner Friesacher (2008) und Manfred Hülsken-Giesler (2008) (vgl. Darmann-Finck 2009a: 21, 23.; 2009b: 8; 2010a: 178f.; 2010b: 28f.). Darmann-Finck führt aus, dass gemäß der Theorie des impliziten Wissens (vgl. Polanyi 1958, Neuweg 2020) erfahrene Pflegende *„gestalterschließend durch implizite Integration der in dem Moment nicht bewusst wahrgenommenen Einzelheiten zu einem ganzheitlichen Urteil über die Situation und zu einem Handlungsentschluss“* (ebd. 2009a: 21) gelangen. In ihren theoretischen Überlegungen zu pflegerischem Verstehen bezieht sie sich wie o.e. auch auf das von Fritz Böhle und Kolleg*innen theoretisch entwickelte und empirisch fundierte arbeitssoziologische Konzept des subjektivierenden Arbeitshandelns, das durch vier Merkmale, erstens „dialogisch-interaktives Vorgehen“, zweitens „komplexe sinnliche Wahrnehmung und subjektives Empfinden“, drittens „bildhaft-assoziatives Denken und Erfahrungswissen“ und viertens „persönliche Nähe und Beziehung“ definiert ist (vgl. Darmann-Finck 2009a: 21-24; Böhle/Weishaupt 2003: 149-157; vgl. auch Weishaupt 2006: 85-106, Böhle/Stöger/Wehrich 2015: 17-23; Böhle 2017: 3-32). Die nachfolgenden Zitate verdeutlichen, was Böhle und Weishaupt unter dem zweiten und dritten Merkmal subjektivierenden Arbeitshandelns, die Darmann-Finck in ihren Überlegungen zum pflegerischen Verstehen hervorhebt, verstehen (vgl. Darmann-Finck 2009a: 21, 24; 2010a: 178, 2010b: 28).

¹⁶ Auch Bischoff-Wanner (2002) stellt im Rahmen ihrer begriffsanalytischen Forschungsarbeit zu Empathie in der Pflege die Besonderheit des Körperbezugs in der pflegerischen Beziehung heraus und hebt die Bedeutung einer stärkeren Gewichtung der nonverbalen bzw. körperlichen Komponente von Empathie für einen pflegerischen Begriff von Empathie hervor (s. Unterkapitel 3.2 des Teil I dieser Arbeit).

„Die sinnliche Wahrnehmung ist vielseitig und komplex (Sehen, Hören, Fühlen usw.) und ist mit subjektivem Empfinden verbunden. Sie richtet sich nicht nur auf exakt und objektiv definierbare, sondern vor allem auch auf vielschichtige und qualitativ vielfältige Informationsquellen wie nicht exakt messbare Eigenschaften, Äußerungen und Ähnliches. Eine solche Wahrnehmung von Informationen spielt gerade auch im Rahmen sprachlicher und insbesondere sogenannter nonverbaler und körperlicher Kommunikation eine zentrale Rolle.“ (Böhle/Weishaupt 2003: 152f., Hervorhebung im Original)

„Mentale Prozesse sind unmittelbar ins praktische Handeln eingebunden. Sie sind solchermaßen wahrnehmungs- und verhaltensnah. Sie erfolgen weniger in Begriffen und logisch schlussfolgernd, sondern in Bildern und Assoziationen. Konkrete Ereignisse und Abläufe werden „wie in einem Film“ vergegenwärtigt. Dies bezieht sich auch auf akustische Vorgänge und Bewegungsabläufe. Assoziative Verknüpfungen entstehen dabei nicht beliebig, sondern ergeben sich aus ‚der Sache‘ und hiermit verbundenem subjektivem Erleben. Typisch hierfür ist der Vergleich einer aktuellen Situation mit einer bereits früher erlebten.“ (Böhle 2017: 29)

Typisch für pflegerisches Verstehen sei zudem, so die Pflegedidaktikerin, dass es in Kontakten zwischen Pflegenden und zu Pflegenden erfolge, die von ihrer zeitlichen, räumlichen sowie personellen Struktur her grundlegend anders angelegt seien als beispielsweise Kontakte zwischen Psychotherapeut*innen und ihren Klient*innen. Das heißt, dass pflegerische Kontakte im Vergleich zu Kontaktphasen in der Einzeltherapie zumeist deutlich kürzer, oftmals nur flüchtig und häufig eingebettet in die Kontakte zu anderen pflegebedürftigen Menschen sowie zu anderen Pflegenden seien (vgl. ebd. 2009a: 21). Zudem reihen sich pflegerische Kontakte in Institutionen zumeist unmittelbar aneinander und sind nicht - im Gegensatz zu den Kontakten zwischen Psychotherapeut*innen und ihren Klient*innen - durch eingelassene handlungsentlastete Reflexionsphasen voneinander abgegrenzt (vgl. ebd.).

Unter Bezugnahme auf den Pflegewissenschaftler Heiner Friesacher (2008: 291ff.) charakterisiert Darmann-Finck die Einstellung, unter der pflegerisches Fallverstehen erfolgen sollte, als leichte Fürsorge (vgl. Darmann-Finck ebd. 2010a: 179, 2010b: 28)¹⁷. Friesacher (2008) versteht unter „*leichte(r) Fürsorge*“ (ebd.: 301) eine „*grundlegende Haltung und Einstellung*“ (ebd.) in Form einer „*gesteigerte(n) Aufmerksamkeit und Achtsamkeit für den Anderen*“ (ebd.), der in „*asymmetrische(n) und nicht reziproke(n) Interaktionen*“ (ebd.) wie sie in der Pflege vorherrschen, eine elementare Bedeutung zukommt (vgl. Friesacher 2008: 297-303). Leichte Fürsorge ist zudem durch ein „*Bewusstsein der „Nicht-Identität“ und Andersheit des Anderen geprägt*“ (Darmann-Finck 2010a: 168) (vgl. Friesacher 2008: 301). Das nachfolgende Zitat beschreibt noch detaillierter Friesachers Verständnis leichter Fürsorge, dem ein grundlegendes Anerkennen

¹⁷ Darüberhinaus schließt sich Darmann-Finck der von Friesacher in seiner kritischen Theorie der Pflegewissenschaft dargelegten Erweiterung der Habermas'schen Kommunikationstheorie um die Honneth'schen Anerkennungsmuster in interpersonellen Beziehungen sowie um Aspekte einer kritischen Leibphänomenologie an (vgl. Darmann-Finck 2010a: 166-169, 179; ebd. 2010b: 28f.; Friesacher 2008: 291-307, 319-331).

sowohl der zu Pflegenden als auch der beruflich Pflegenden als Subjekte bzw. leibkörperliche Wesen¹⁸ innewohnt.

„Zusammenfassend lässt sich Fürsorge bzw. Care in Anlehnung an Conradi (2001: 44ff) als Interaktion bezeichnen, bei der Fühlen, Denken und Handeln miteinander verwoben sind und Berührungen (Body-to-Body-Interaction) einen wesentlichen Anteil an der Verständigung zwischen den Subjekten haben. In der Interaktion zwischen den beteiligten Personen entsteht eine Beziehung, die den Charakter eines Bündnisses hat und weniger als Vertragsmodell zu konzipieren ist (vgl. Käppeli 2005). Fürsorge umfasst einen Aspekt der Bezogenheit, der sorgenden Aktivität und des Zuwendens und Annehmens der Zuwendung [...]“ (Friesacher 2008: 302)

Darmann-Finck hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass in pflegerischen Beziehungen zur Ermöglichung pflegerischen Verstehens ein situativ stets auszutrierender Grad an personaler Nähe durchaus erforderlich sei (vgl. ebd. 2009a: 22f.). Zugleich gibt sie zu bedenken, dass eine *„zu große Nähe bei Pflegenden so große Betroffenheit hervorrufen (könnte), dass eine wissenschaftlich fundierte Behandlung nicht mehr gewährleistet ist.“* (ebd. 2009a: 22) (vgl. ebd. 2010a: 185)

Den im Vorausgegangenen dargelegten theoretischen Überlegungen Darmann-Fincks zu den Besonderheiten pflegerischen Sinnverstehens schließe ich mich ausnahmslos an. Sie prägten und prägen bis heute wesentlich meine theoretische Sensibilität als Forscherin. Als besonders erkenntnisfördernd in meiner Datenauswertungsphase erwiesen sich beispielsweise Darmann-Fincks o.e. theoretische Abgrenzungsüberlegungen hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen. Wie eingangs erwähnt stellen ihre theoretischen Überlegungen einen wichtigen Orientierungs- und zugleich Ausgangspunkt für meine weitergehende Auseinandersetzung mit der Fähigkeit, in Pflegesituationen die Perspektive pflegebedürftiger Menschen annäherungsweise zu erfassen, dar.

Wie in der Einleitung des Teils I bereits angerissen, ist in verschiedensten pflegewissenschaftlichen sowie pflegedidaktischen Publikationen die Frage, wie empathische bzw. fallverstehende Erkenntnisprozesse in beruflichen Handlungssituationen konkret ablaufen,

¹⁸ Friesacher versteht den *„in der philosophischen Anthropologie und Phänomenologie konzipierte(n) Begriff des menschlichen Leibes/Körpers oder Leibkörpers“* (ebd. 2008: 320) wie folgt:

„Mit diesem Doppelbegriff kann sowohl das, was objektiv gegeben ist (der Körper) zugleich aus der Perspektive der Selbsterfahrung (der Leib) bestimmt werden. Dabei ist von zwei Blickweisen des Leibes auszugehen. Die Körperperspektive ist eine Außenperspektive und legt einen distanzierenden Zugang nahe. In dieser naturalistischen Einstellung betrachte ich mich und die Anderen als ein Ding, es geht dabei um etwas. Körper erscheint nur noch als kontrolliertes, professionell gemanagtes Körperding, das ich habe. Der sinnlich erfahrbare und spürbare Leib ist dagegen Medium subjektiven Erlebens. Diese personalistische Einstellung ist eine Form des >In-der-Welt-Seins<, die durch die intersubjektiven Beziehungen zu Anderen und der Teilhabe an einer bestimmten Lebenswelt gekennzeichnet ist.[...] Der Leib ist das Medium der Verkörperung der personalen Existenz, es geht in der personalistische Einstellung also um jemanden, im Gegensatz zu etwas in der naturalistischen Einstellung. Diese Unterscheidung betrifft nicht Entitäten sondern Sichtweisen, die Doppelheit des Leibes zeigt sich als fungierender Leib und Medium und eben auch als Körperding.“ (Friesacher 2008: 320f.; Hervorhebung im Original)

mit dem Verweis auf die Konzepte gestalthaften Verstehens¹⁹ bzw. impliziten Integrierens m.E. nicht ausreichend beantwortet. Weiterführende Erklärungsansätze hinsichtlich der dem empathischen Geschehen zugrundeliegenden Wirkmechanismen bieten m.E. Empathietheorien der Entwicklungs- und Sozialpsychologie. Sie haben meiner Einschätzung nach das Potenzial, das konkrete Zusammenspiel intuitiv-impliziter sowie reflexiv-sprachlicher Verstehensakte beim pflegerischen Fallverstehen (ein Stück mehr) zu erhellen. Neben Ansätzen zur Prozessmodellierung empathischen Erkennens integrieren die o.e. Empathietheorien zudem Erkenntnisse zu Stör- und beeinflussenden Faktoren in Verstehensprozessen sowie zu Risiken, Nebenwirkungen bzw. Problemen empathischen Handelns für Empath*innen. Das Interviewmaterial meiner empirischen Untersuchung wies bereits früh im Analyseprozess darauf hin, dass dem emotionalen Erleben der Pfegelerlernenden beim empathischen Handeln (insbesondere ihren als belastend erlebten Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen) eine zentrale Bedeutung zukommt. Auch aus diesem Grunde entschied ich mich für die in den folgenden Kapiteln darzulegenden Empathietheorien, die sowohl kognitive als auch affektive Komponenten des empathischen Geschehens m. E. nachvollziehbar und differenziert konzeptualisieren und erklären.

3. Pflegewissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Bischoff-Wanner)

Die mittlerweile entpflichtete Professorin Dr.in Claudia Bischoff-Wanner setzte sich Mitte/Ende der 1990er-Jahre im Rahmen ihrer Dissertation an der Humboldt-Universität zu Berlin auf einer theoretischen Ebene intensiv mit Empathie in der Pflege auseinander. Anlass ihres Vorhabens war die Erkenntnis, dass *„der Empathie bzw. der empathischen Kompetenz ein hoher Stellenwert in der Pflege und Pflegewissenschaft zukommt und auch beigemessen wird“* (Bischoff-Wanner 2002: 22), dass aber *„der Begriff innerhalb der Pflegewissenschaft nicht befriedigend geklärt ist“* (ebd.).

Bischoff-Wanner führte eine methodengeleitete Analyse des Begriffs Empathie durch, um ihn systematisch zu klären und eine pflegespezifische Beschreibung von Empathie zu entwickeln (vgl. ebd.: 21-24). Ihr Ziel war, einen grundlegenden Beitrag zur Entwicklung eines theoretisch fundierten pflegewissenschaftlichen Empathiebegriffs zu leisten (vgl. ebd.: 22f.). In Ermangelung deutscher pflegewissenschaftlicher Publikationen zu Empathie stützte sie ihre Arbeit auf theoretische und empirische Befunde der angloamerikanischen Empathieforschung, genauer gesagt der pflegewissenschaftlichen, der entwicklungs- und

¹⁹ Eine intensive Auseinandersetzung mit den theoretischen Überlegungen des Soziologen Ulrich Oevermann (2013, 2012, 2002b, 1996; vgl. Garz/Kraimer/Riemann 2019: 15-100) und des Erziehungswissenschaftlers Uwe Raven (2016, 2009a-c, 2007; Garz/Raven 2015) im Hinblick auf praktische bzw. implizite, intuitiv-abgekürzte Verstehensprozesse in konkreten beruflichen Situationen, also unter Handlungsdruck, hat nicht dazubeigetragen, selbige für pflegerische Arbeitszusammenhänge theoretisch schärfer zu fassen.

sozialpsychologischen und teilweise auch der psychotherapeutischen Forschung zu diesem Thema (vgl. ebd.: 23f.).

Zwei Kapitel ihrer Dissertationsschrift widmete die Wissenschaftlerin der kritischen Analyse der Empathieforschung der (angloamerikanischen) Sozial- und Entwicklungspsychologie bzw. der Psychotherapie (vgl. ebd.: 101-179) und zwei weitere den Beiträgen der (angloamerikanischen) Pflegewissenschaft (vgl. ebd.: 181-250). Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, diese umfangreichen und für die deutsche Pflegewissenschaft sowie Pflegebildung meines Erachtens äußerst bedeutsamen Erkenntnisse Bischoff-Wanners über Empathie vollständig wiederzugeben. Deshalb beschränke ich mich nachfolgend auf ausgewählte zentrale Analyseergebnisse, die für die Erarbeitung eines theoretischen Zugangs zu pflegerischer Empathie im Rahmen meiner Forschungsarbeit von besonderer Relevanz sind.

Im nachfolgenden ersten Unterkapitel (3.1) werde ich zentrale Analyseergebnisse Bischoff-Wanners im Hinblick auf die Empathieforschung bzw. Theoriebildung der Sozial- und Entwicklungspsychologie darstellen. Ausgewählten Ergebnissen Bischoff-Wanners zu den theoretischen und empirischen Befunden der Empathieforschung der angloamerikanischen Pflegewissenschaft ist das zweite Unterkapitel (3.2) vorbehalten. Das dritte und letzte Unterkapitel (3.3) umfasst die Darstellung und Diskussion des von der Wissenschaftlerin entwickelten Empathie-Prozessmodells, dem Hauptergebnis ihrer Arbeit (vgl. ebd.: 251-281). Es trägt den Titel *„Pflugespezifisches prozessuales Rahmenmodell des empathischen Prozesses kognitiver Empathie“* (ebd.: 275).

3.1 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der sozial- und entwicklungspsychologischen Empathieforschung

Bischoff-Wanner beginnt ihre Analyse der theoretischen und empirischen Beiträge der Empathieforschung der angloamerikanischen Sozial- und Entwicklungspsychologie mit der Darstellung der historischen Wurzeln und der Entwicklung des Empathiebegriffs in der Psychologie (vgl. ebd.: 103-113)²⁰. Nachfolgend wird letztere grob umrissen.

Bischoff-Wanner unterscheidet hierbei verschiedene Phasen der Entwicklung der Empathieforschung. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts hoben Empathieforschende, so die Wissenschaftlerin, eher die affektive Seite von Empathie hervor (vgl. ebd.: 106). In den 1930er-Jahren wurde diese Phase dann ausgehend von den Arbeiten Meads (1934) und Piagets (1932) abgelöst, die die kognitive Komponente von Empathie in ihren Unter-

²⁰ Ausführlicher zu unterschiedlichen Definitionen von Empathie mit Betonung der kognitiven Dimension (vgl. ebd.: 114-116), der kommunikativen Dimension (vgl. ebd.: 116-119) und der affektiven Dimension (vgl. ebd.: 119-122).

suchungen fokussierten (= kognitive Wende in der Empathieforschung) (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 106, 111-113). Ab den 1960er-Jahren gewann erneut die affektive Seite der Empathie die Aufmerksamkeit diverser Forschenden (u.a. Katz 1963, Hoffman 1977, Mehrabian/Epstein 1972) (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 106). Zudem fanden die motivationalen Aspekte der Empathie oder auch die kommunikativen das Interesse einiger Wissenschaftler*innen (vgl. ebd.: 106). Die motivationalen Aspekte von Empathie interessierten, so Bischoff-Wanner, v.a. die Altruismusforschung, die der Sozialpsychologie zuzuordnen ist (vgl. u.a. Coke/Batson/McDavis 1978), während die kommunikativen Aspekte von Empathie v.a. in der klientenzentrierten Psychotherapie betont wurden (vgl. u.a. Rogers 1957, 1975; Truax/Carkhuff 1967) (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 106). Daran schließt sich seit den 1980er/1990er-Jahren eine Phase an, in der Empathieforschende in ihre Definitionen und Modelle von Empathie zunehmend zwei oder mehrere Komponenten von Empathie einbezogen (vgl. ebd.: 106).²¹

Eine Konzeption von Empathie als mehrdimensionales Konstrukt ist laut Bischoff-Wanner aber eine *„Erkenntnis [...] erst jüngerer Datums; die konzeptionelle Schlüsselfrage der Empathieforschung war lange Zeit, ob Empathie als Affekt oder Kognition zu betrachten sei. Die Frage lautet: Ist Empathie ein intellektuelles Verstehen dessen, was ein anderer denkt und fühlt, oder kommt es tatsächlich zu einer echten Gefühlsteilung?“* (ebd.: 105).

Dieser bedeutsamen konzeptionellen Frage - die m.E. weiterhin in der deutschen Pflege und Pflegewissenschaft von hoher Relevanz ist, da für ihre Beantwortung bislang kein Konsens erzielt wurde - widmet Bischoff-Wanner in ihrer Dissertationsschrift ein eigenes Kapitel. Sie rezipiert und analysiert in diesem vier ausgewählte mehrdimensionale Empathiemodelle der Entwicklungs- und Sozialpsychologie, um das Zusammenspiel affektiver und kognitiver Komponenten in empathischen Prozessen näher zu untersuchen (vgl. ebd.: 149-179). Bei den Modellen handelt es sich um theoretische Empathiemodelle, die in den 1980er und frühen 1990er-Jahren entwickelt wurden und erst teilweise empirisch untersucht worden sind (vgl. ebd.: 149). In allen vier Modellen²² wird Empathie mehr oder weniger explizit als Prozess betrachtet (vgl. ebd.)²³. Zudem stellen alle vier Modelle u.a.

²¹ Im Rahmen ihrer Begriffsanalyse beschäftigte sich Bischoff-Wanner in einem Prozessschritt mit der Abgrenzungsproblematik des von ihr untersuchten Empathiebegriffs von ihm ähnlichen oder verwandten Begriffen. Hinsichtlich Bischoff-Wanners Abgrenzungsüberlegungen von Empathie gegenüber Mitgefühl, Gefühlsansteckung, Identifikation, Projektion, Intuition und persönlichem Unbehagen sei an dieser Stelle verwiesen auf ihre Dissertationsschrift (vgl. ebd.: 136-142).

²² Es handelt sich um das kausale Empathiemodell von Eisenberg, Shea u.a. (1991), das Empathiemodell der Forschendengruppe um Batson (u.a. 1981, 1987), Hoffmans Modell affektiv-kognitiv-motivationaler Synthese (1982) sowie Davis' Strukturmodell des empathischen Prozesses (1994).

²³ Das zum Zeitpunkt von Bischoff-Wanners Begriffsanalyse in den 1990er-Jahren am weitesten fortgeschrittene mehrdimensionale Empathiemodell war das Modell des klinischen und Entwicklungspsychologen Prof. Dr. Martin L. Hoffman. Bischoff-Wanner stützte ihre Rezeption des Modells auf Hoffmans Veröffentlichung von 1982. Es handelt sich bei dieser um einen Buchbeitrag von rund dreißig Seiten. Seitdem hat Hoffman seine

Mitgefühl bzw. prosoziales Verhalten als mögliche Ergebnisse empathischer Prozesse dar. Die nachfolgenden beiden Zitate geben Bischoff-Wanners Fazit der Analyse dieser mehrdimensionalen Modelle und damit auch ihre Antwort auf die o.a. Schlüsselfrage der Empathieforschung prägnant wieder. An dieser Stelle ihrer Arbeit beantwortet die Wissenschaftlerin die bedeutsame konzeptionelle Frage dahingehend, dass Empathie als ein enges, dynamisches Zusammenspiel affektiver und kognitiver Komponenten zu verstehen ist.

„Mehrdimensionale Modelle gehen davon aus, dass Empathie ein komplexer Prozess des Verstehens eines anderen ist, der primär affektiv ausgelöst wird, wobei aber kognitive Verarbeitungsprozesse unterschiedlicher Komplexität modifizierend eingreifen, wenn ein Mensch ein bestimmtes kognitives Entwicklungsstadium erreicht hat, so dass es zu einem Zusammenwirken affektiver und kognitiver Prozesse beim empathischen Erleben kommt. Es wird angenommen, dass beide Komponenten im Prozess des empathischen Erlebens miteinander interagieren, wobei über die Kausalität dieser Interaktion kein abschließendes Urteil möglich ist. Während nämlich eine affektive empathische Reaktion die kognitive Fähigkeit aktivieren kann, sich in einen anderen Menschen bewusst hineinzusetzen, um dadurch Aufschluss über seine innere Verfassung zu gewinnen, kann die kognitive Fähigkeit des Sich-Hineinversetzens auch eine affektive Reaktion zur Folge haben, die zu Gefühlsteilung führt.“ (ebd.: 174)

„Die Frage, ob affektive und kognitive Empathie jeweils eigenständige Erkenntnismechanismen sind oder ob es sich um verwandte Begriffe handelt, kann nun dahingehend beantwortet werden, dass es sich bei der kognitiven und affektiven Empathie nicht um eigenständige Erkenntnismechanismen handelt, sondern beides Dimensionen eines einheitlichen Phänomens sind, die sich gegenseitig durchdringen.“ (ebd.: 176, Hervorhebung im Original)

Zudem beschließt Bischoff-Wanner das Kapitel zur Beantwortung der o.a. Schlüsselfrage mit der nachfolgend zitierten eigenen allgemeinen Empathie-Definition und dem von ihr entwickelten allgemeinen Prozessmodell von Empathie (s. Anhang 1).

„Empathie kann jetzt wie folgt definiert werden: Empathie ist ein Mittel der sozialen Kognition; ausgelöst durch wahrgenommene Hinweisreize einer anderen Person und über den Weg der empathisch-emotionalen Erregung wird der innere Zustand eines anderen Menschen in einem affektiv-kognitiven Zusammenspiel stellvertretend erfasst und/oder nacherlebt, wobei die eigenen Reaktionen auf den anderen bezogen sind, das Bewusstsein der eigenen Identität aber klar erhalten bleibt.“ (ebd.: 176)

Das allgemeine Prozessmodell Bischoff-Wanners stellt eine Synthese der von ihr referierten o.a. mehrdimensionalen Empathiemodelle dar. Für die Prozessmodellierung nutzt sie die von dem US-amerikanischen Psychologen Davis (1994) entwickelten vier Strukturelemente „Voraussetzungen“, „Prozess“, „intra-“ sowie „interpersonelle Ergebnisse von Empathie“ (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 170). Die Wissenschaftlerin versucht in ihrer

Theorie zur Entwicklung von Empathie und moralischem Verhalten grundlegend überarbeitet und widmete ihr im Jahre 2000 eine umfangreiche Monografie von über dreihundert Seiten. Im Kapitel 4 des Teil I der vorliegenden Arbeit werden ausgewählte theoretische Aussagen Hoffmans aus seiner Monografie zu den dem empathischen Prozess zugrundeliegenden Wirkmechanismen, zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend, zum Einfluss von Kausalattributionen auf empathisches Erleben und zu Störfaktoren in empathischen Prozessen rezipiert.

grafischen Darstellung des Modells, das Zusammenspiel (Verwobensein) affektiver und kognitiver Komponenten in empathischen Erkenntnisprozessen bzw. automatisch und unbewusst ablaufender sowie willkürlich steuerbarer Mechanismen zu veranschaulichen (vgl. ebd.: 176-179). Zudem weist sie in ihrem Modell persönlichem Unbehagen infolge Übererregung als einer möglichen emotionalen Reaktion von Empath*innen einen eigenen Platz zu. Sie ordnet persönliches Unbehagen dem Strukturelement „intrapersonelle Ergebnisse des empathischen Prozesses“ zu (vgl. ebd.: 177f.).

Das von Bischoff-Wanner konzipierte allgemeine Prozessmodell von Empathie und auch ihre zuvor zitierte Empathie-Definition stellen meiner Einschätzung nach äußerst gelungene Zwischenergebnisse ihrer begriffsanalytischen Arbeit dar. Sie bilden die komplexen, teilweise unwillkürlich ablaufenden, teilweise willkürlich beeinflussbaren Wirkmechanismen, die empathischen Erkenntnisprozessen aus Sicht der Entwicklungs- und Sozialpsychologie zugrunde liegen, nachvollziehbar und fundiert ab. Zudem hebt die allgemeine Empathie-Definition die Bedeutung der psychischen Ich-Andere-Unterscheidung für empathisches Erleben und Erkennen hervor. In dem in Unterkapitel 3.3 beschriebenen pflegespezifischen Prozessmodell kognitiver Empathie, das Bischoff-Wanner als Hauptergebnis ihrer Dissertation vorlegte, finden m. E. - das sei bereits an dieser Stelle vorweggenommen - diese bedeutsamen Erkenntnisse der entwicklungs- und sozialpsychologischen Empathieforschung (leider) weniger Berücksichtigung.

3.2 Ausgewählte Analyseergebnisse im Hinblick auf die Beiträge der pflegewissenschaftlichen Empathieforschung

In zwei weiteren Kapiteln ihrer Dissertationsschrift analysiert Bischoff-Wanner diverse Definitionen von Empathie in der Pflege, neun pflegewissenschaftliche Empathiemodelle sowie empirische Forschungsergebnisse zu pflegerischer Empathie²⁴ der angloamerikanischen Pflegewissenschaft im Hinblick auf den ihnen zugrundeliegenden Empathiebegriff (vgl. ebd.: 181-250). Bei der nachfolgenden Darstellung werde ich mich auf drei zentrale Ergebnisse ihrer umfangreichen Analysen beschränken.

Als erstes zentrales Ergebnis ist hervorzuheben, dass in der angloamerikanischen Pflegewissenschaft ein stark kognitiv-orientiertes Verständnis von Empathie vorherrscht, das „eng an das klientenzentrierte psychotherapeutische Modell“ (ebd.: 210) angelehnt ist (vgl. ebd.: 187-210f.). Bischoff-Wanner kritisiert den der Psychotherapie entlehnten Empathiebegriff grundlegend und begründet überzeugend, dass es eines eigenen pflegewissenschaftlich fundierten Empathiebegriffs für das Handlungsfeld Pflege bedarf. Nachfol-

²⁴ Die Forschungsergebnisse beziehen sich v.a. auf die empathischen bzw. empathisch-kommunikativen Fähigkeiten von Pflegenden, auf die Outcomes pflegerischer Empathie sowie auf das Lehren und Lernen von Empathie (vgl. ebd.: 196-209).

gend werden zentrale Erkenntnisse der Wissenschaftlerin zu dem von ihr kritisierten anglo-amerikanischen pflegewissenschaftlichen Empathiebegriff aufgeführt.

Bischoff-Wanner erläutert, wie in den 1950er-Jahren der Begriff der Empathie durch die Pflege-theoretikerin Hildegard Peplau (1952) in die amerikanische Pflegewissenschaft eingeführt und in den Folgejahren von verschiedenen Pflege-theoretikerinnen aufgegriffen wurde (vgl. ebd.: 187-191). Sie arbeitet zudem heraus, dass die amerikanischen Pflege-theoretikerinnen den Empathiebegriff nicht ausreichend pflegespezifisch reflektierten und konzeptualisierten. Sie übertrugen hingegen bereits in den 1950er-Jahren, so Bischoff-Wanner, den Empathiebegriff der klientenzentrierten Psychotherapie auf die Pflege, wobei sie selbigen (unwissentlich) reduzierten (vgl. ebd.). Bischoff-Wanner identifizierte diese Übertragung des therapeutischen Empathiebegriffs auf die Pflege als zentrales und äußerst „*folgeschwere(s)*“ (ebd.: 191) Problem der angloamerikanischen Pflegewissenschaft. Sie argumentiert nachvollziehbar, dass diese Übertragung und die damit einhergehende Gleichsetzung von therapeutischer und pflegerischer Situation der wissenschaftlichen Entwicklung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs, der den Bedingungen, Zielen, Aufgaben und Methoden pflegerischen Handelns gerecht wird, entgegenwirkten (vgl. ebd.: 190f.). Durch das Fehlen eines pflegespezifischen Empathiebegriffs prägte und prägt der der Psychotherapie entlehnte reduzierte Empathiebegriff, so die Wissenschaftlerin, bis heute die angloamerikanische pflegewissenschaftliche Empathieforschung und auch das Lehren, das Lernen sowie die Praxis pflegerischen Handelns (vgl. ebd.: 191).

Bischoff-Wanner widmet dem „*Problem der Übertragbarkeit psychotherapeutischer Beziehungsmodelle auf die Pflege*“ (ebd.: 60) ein eigenes Unterkapitel. In diesem legt sie dezidiert acht wesentliche Unterschiede zwischen Pflege und klientenzentrierter Psychotherapie überzeugend dar (vgl. ebd.: 60-65). U.a. hebt sie hierbei hervor, dass zu Pflegenden, nicht per se als psychisch krank betrachtet werden dürfen und dass es nicht pflegerische Aufgabe sei, zu Pflegenden „*zur <<emotionalen Reife>> und Persönlichkeitsentwicklung (zu) verhelfen*“ (ebd.: 61) (vgl. ebd.: 61). Die Aufgabe der Pflege beschreibt Bischoff-Wanner wie folgt:

„*In der Pflege geht es um Hilfestellung bei der Krankheitsbewältigung, der Bewältigung des Alltags, um Erhöhung des Wohlbefindens, um Leiden lindern und um Unterstützung des medizinischen Arbeitsprozesses. Dies geschieht im Rahmen einer stützenden, sorgenden, akzeptierenden Beziehung, deren Ziel nicht die Persönlichkeitsveränderung oder -entfaltung ist, obwohl dies ein Nebenergebnis sein kann. Treten tatsächlich psychische Probleme beim Patienten auf, wird die Aufgabe der Pflege darin bestehen, den Patienten, falls er das will, an entsprechende Experten (Psychologen, Psychotherapeuten, Psychiater) weiterzuleiten.*“ (ebd.: 62, Hervorhebung im Original)

Zudem sieht sie in der Pflege die für Psychotherapie geltende Voraussetzung der Freiwilligkeit nicht gegeben, da für Pflegenden und zu Pflegenden ein „*Kommunikations- und*

Kontaktzwang“ (ebd.: 61) bestehe und die Pflegebeziehung kein freiwillig eingegangenes, jederzeit aufkündbares Verhältnis sei (vgl. ebd.). Weitere Unterschiede sieht Bischoff-Wanner u.a. in dem für die Pflege typischen engen Körperkontakt zu Patient*innen und der Gleichzeitigkeit körperlicher, emotionaler bzw. kommunikativer Arbeit (vgl. ebd.: 62), in der Zuständigkeit von Pflegenden für mehrere Patient*innen und den damit verbundenen kürzeren, oftmals unterbrochenen, wenig planbaren Kontakten oder auch in den die Pflegearbeit beeinflussenden bzw. dominierenden medizinischen, organisatorischen sowie ökonomischen Bedingungen in Gesundheitsinstitutionen (vgl. ebd.: 62f.).

Das nachfolgende Zitat entstammt einem Zwischenfazit Bischoff-Wanners, das diese am Ende des Kapitels, in dem sie pflegewissenschaftliche Definitionen sowie empirische Untersuchungen zu pflegerischer Empathie analysierte, verfasste. Aus dem Zitat geht detailliert hervor, welche Missinterpretationen und Reduktionen der in der amerikanischen Pflegewissenschaft verbreitete, der klientenzentrierten Psychotherapie entlehnte Empathiebegriff aus Sicht Bischoff-Wanners erfuhr (vgl. ebd.: 192-212).

„[...] (es) konnte in diesem Kapitel gezeigt werden, dass sich die meisten konzeptionellen Definitionen von Empathie eng an das klientenzentrierte psychotherapeutische Modell anlehnen, das aber unvollständig rezipiert wurde. Dies kommt besonders in den folgenden sechs Punkten zum Ausdruck:

- *Es herrscht ein kognitives Verständnis von Empathie vor, wobei die affektive Seite, die Gefühlsteilung also, kaum Berücksichtigung findet.*
- *Es geht vorwiegend um die Erfassung der Gefühle des Klienten. Empathie ist aber mehr und umfasst auch das Erkennen der Gedanken, Motive, Bedeutungen und Einstellungen der anderen Person.*
- *Empathie wird als professionelle therapeutische Kommunikationsstrategie mit dem Ziel der Persönlichkeitsveränderung des Patienten betrachtet, ohne zu berücksichtigen, dass die therapeutisch bewirkte Persönlichkeitsveränderung des Patienten nicht das Ziel der Pflege und auch in der Psychotherapie nicht allein über Empathie herzustellen ist.*
- *Empathie wird als Prozess angesehen, der in bestimmten Phasen abläuft und eine objektive Analyse der empathisch gewonnenen Erkenntnisse über den Patienten beinhaltet, eine Auffassung, die in der Pflege nicht haltbar ist.*
- *In das Empathieverständnis eingeschlossen wird das Zurückkommunizieren des empathisch Verstandenen an den Patienten.*
- *Der (verbale) kommunikative Aspekt des empathischen Prozesses wird überbetont, der nonverbale vernachlässigt (vgl. Kap. II).“ (ebd.: 210) ²⁵*

²⁵ Bischoff-Wanner arbeitete heraus, dass Rogers die Haltung bzw. den inneren (Wahrnehmungs-)Zustand Empathie nicht mit dem kommunikativen Prozess, Klient*innen das Verstandene verbal mitzuteilen, vermischte (vgl. ebd.: 187-191). Erst seine Nachfolger*innen operationalisierten, so Bischoff-Wanner, Rogers klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie bzw. seine Haltungen der Empathie, Wärme und Echtheit in Form beobacht- und damit messbarer Kommunikationstechniken (vgl. ebd.: 189). Bischoff-Wanner arbeitete zudem heraus, dass diese reduzierte „*spätere Auffassung von Empathie als Zuhören, Reflektieren und Kommunizieren*“ (ebd.: 190) von der amerikanischen Pflegewissenschaft aufgegriffen worden ist. An anderer Stelle drückt Bischoff-Wanner die von ihr als problematisch identifizierte Übertragung des psychotherapeutischen Empathiebegriffs in die Pflege wie folgt aus: „*Auf der anderen Seite wurde aber das psychotherapeutische Modell auch nicht voll rezipiert, da zum einen die anderen Aspekte des therapeutischen Rapports wie Echtheit, Wärme, bedingungslose Zuwendung und Vertrauen kaum berücksichtigt wurden, zum anderen der empathischen Haltung oder Einstellung, der bei C. Rogers eine zentrale Rolle zukommt, keine Aufmerksamkeit gewidmet, sondern Empathie auf Kommunikation und Gesprächstechniken reduziert worden ist.*“ (ebd.: 244).

Ein weiteres zentrales Problem der amerikanischen pflegewissenschaftlichen Empathieforschung besteht, so Bischoff-Wanner, darin, dass diese die umfangreichen Erkenntnisse der sozial- und entwicklungspsychologischen Forschung zu Empathie²⁶ weitgehend nicht berücksichtigt hat (vgl. ebd.: 22, 186, 243).

Als drittes zentrales Ergebnis ist hervorzuheben, dass Bischoff-Wanner in ihrer Begriffsanalyse herausarbeitet, dass ein pflegerischer Begriff von Empathie eine stärkere nonverbale bzw. körperliche Komponente aufweist (bzw. aufweisen müsste) als die Empathiebegriffe vieler anderer Disziplinen (vgl. ebd.: 246). Unter Rückgriff auf pflegewissenschaftliche Untersuchungen zu Empathie in der Pflege erläutert Bischoff-Wanner fundiert und nachvollziehbar, dass Pflegende anders als Psychotherapeut*innen ihr empathisches Verstehen den Anderen oftmals nicht vorwiegend verbal mitteilen würden sondern v.a. paraverbal durch Stimme bzw. nonverbal beispielsweise durch Blick, Lächeln, Berührung, Körperhaltung oder Sitzen auf dem Niveau der Anderen (vgl. ebd.: 246). Der Körperbezug, der eine Besonderheit der pflegerischen Beziehung darstelle - im Gegensatz zu vielen anderen helfenden Beziehungen (z.B. in der Psychotherapie, Beratung, Seelsorge, Sozialen Arbeit) - spiegele sich, so Bischoff-Wanner, auch in einem pflegespezifischen Empathiebegriff wider (vgl. ebd.: 246). Empathie in der Pflege ist, so Bischoff-Wanners Auffassung, stets eng mit Körperarbeit verbunden. Gemeint ist, dass Pflegende körperliche Handlungen an bzw. mit zu Pflegenden vollziehen und gleichzeitig fortwährend versuchen, empathisch wahrzunehmen, zu verstehen und zu kommunizieren, wobei ihrem eigenen Körper(-ausdruck) eine grundlegende Bedeutung zukommt. Die Wissenschaftlerin beschreibt diesen Körperbezug eingehender im folgenden Zitat:

„Der Körperbezug der Pflege umfasst dann dreierlei: einmal den Umgang mit dem fremden Körper, zum Zweiten die Gleichzeitigkeit von Körperarbeit und Kommunikation und drittens den Einsatz des eigenen Körpers in der Beziehung zum Patienten.“ (ebd.: 246)

Meines Erachtens stellen sowohl Bischoff-Wanners Abgrenzungsüberlegungen von psychotherapeutischer Empathie gegenüber pflegerischer Empathie als auch die von ihr herausgearbeiteten o.a. Spezifika pflegerischer Empathie eine bedeutsame Erkenntnisleistung ihrer begriffsanalytischen Arbeit dar, die als wichtiger Beitrag für die (deutsche) Pflegewissenschaft eingeschätzt werden kann. Anregend für meine Forschungsarbeit ist auch ihr Analyseergebnis, dass die angloamerikanische Pflegewissenschaft – ebenso wie

²⁶ Bischoff-Wanner bezieht sich hier auf die von ihr in den Kapiteln drei und vier ihrer Dissertationsschrift referierten Erkenntnisse dieser Disziplinen. Wesentliche Aspekte dieser sind im Unterkapitel 3.1 des Teils I der vorliegenden Arbeit von mir dargestellt worden.

die deutsche – die umfangreichen Erkenntnisse der sozial- und entwicklungspsychologischen Forschung zu Empathie weitgehend nicht berücksichtigt hat.

3.3 Bischoff-Wanners pflegespezifischer Empathiebegriff

Bischoff-Wanner schließt ihre Dissertationsschrift mit einem Kapitel, in dem sie ihre im Rahmen ihrer Begriffsanalyse erarbeitete pflegespezifische Empathieauffassung zunächst definiert und erläutert und sie anschließend in einem Modell abbildet (vgl. ebd.: 274-280). Es handelt sich um ein Prozessmodell mit dem Titel *„Pflegespezifisches prozessuales Rahmenmodell des empathischen Prozesses kognitiver Empathie“* (ebd.: 275) (s. Anhang 2). Im Folgenden wird in dem Unterkapitel 3.3.1 zunächst Bischoff-Wanners Definition von Empathie in der Pflege wiedergegeben und eine erste Einschätzung selbiger vorgenommen. Nachfolgend wird das pflegespezifische Empathie-Prozessmodell der Wissenschaftlerin entlang seiner vier Strukturelemente skizziert. Abschließend erfolgt in dem Unterkapitel 3.3.2 eine Diskussion des Modells.

3.3.1 Bischoff-Wanners Definition von Empathie in der Pflege und ihr pflegespezifisches Empathie-Prozessmodell

Bischoff-Wanner definiert pflegerische Empathie wie folgt:

„Empathie in der Pflege ist ein kognitiver, bewusster und willentlicher Akt der Perspektivenübernahme, die sich als sozial-kognitive Fähigkeit in drei zusammenhängende Komponenten teilen lässt: wahrnehmend (Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen), sozial-kognitiv (Erkennen der Gedanken, Motive, Intentionen, Bedeutungen und des Verhaltens) und affektiv (Erkennen von Gefühlen).

Im Prozess der Perspektivenübernahme wird, ausgelöst durch die körperlichen und verhaltensbezogenen Hinweisreize eines Patienten/Klienten, auf dem Wege der temporären empathischen Identifikation²⁷ der innere Zustand des Patienten imaginativ konstruiert, sein Verhalten antizipiert und seine Gefühle, Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Definitionen der Situation im persönlichen Kontakt einer Interaktion nicht bewertend erfasst und verstanden. Die Aufmerksamkeit liegt dabei auf dem Erleben des Patienten/Klienten, wobei das Bewusstsein zweier getrennter Identitäten aber stets erhalten bleibt.

Kognitive Empathie ist damit ein aktiver, arbeitsförmiger Vorgang, also als Arbeitsleistung zu verstehen und damit als empathische Kompetenz.“ (ebd.: 272f.)

Diese Definition pflegerischer Empathie unterscheidet sich m.E. grundlegend von der o.a. allgemeinen Empathie-Definition Bischoff-Wanners (s. Kapitel 3.1 des Teils I dieser Arbeit) hinsichtlich der postulierten, dem empathischen Geschehen zugrundeliegenden Wirkmechanismen. Während Bischoff-Wanner entsprechend dem von ihr referierten Erkenntnisstand der Entwicklungs- und Sozialpsychologie in ihrer ersten allgemeinen Empathie-Definition die zugrundeliegenden Wirkmechanismen als ein ständiges *„Zusammenspiel affektiver und kognitiver Verarbeitung“* (ebd.: 178) beschreibt, in dem schnell einsetzende,

²⁷ Bischoff-Wanners Definition dieses Prozesses bei den Merkmalen 8 und 7 auf Seite 261 ihrer Dissertationsschrift verweist auf ein Erleben, das Körper, Geist und Emotionen eines bzw. einer Empath*in umfasst (vgl. ebd.). An dieser Stelle zeigen sich m.E. Widersprüche.

unwillkürlich ablaufende, präverbale empathische Erregungsmechanismen (z.B. Mimikry, klassische Konditionierung und direkte Assoziation) mit höher entwickelten kognitiven Mechanismen (z.B. vermittelte Assoziation, Perspektivenübernahme) dynamisch zusammenwirken (vgl. ebd.: 162-166, 177f.), basiert Empathie in der Pflege laut ihrer zweiten Definition explizit nicht auf diesem komplexen Wirkgefüge. Empathie in der Pflege beruhe laut Bischoff-Wanner (vor allem) auf höher entwickelten rein kognitiven Mechanismen. Anders ausgedrückt: Mit ihrer Definition pflegerischer Empathie beantwortet die Wissenschaftlerin die o.e. konzeptionelle Schlüsselfrage der Empathieforschung *„Ist Empathie ein intellektuelles Verstehen dessen, was ein anderer denkt und fühlt, oder kommt es tatsächlich zu einer echten Gefühlsteilung?“* (ebd.: 105) dahingehend, dass Empathie in der Pflege eine bewusste und willentlich steuerbare kognitive Erkenntnismethode sei.²⁸

Nachfolgend wird Bischoff-Wanners pflegespezifisches Empathie-Prozessmodell skizziert. Ebenso wie für ihr im Unterkapitel 3.1 erläutertes allgemeines Empathiemodell nutzt Bischoff-Wanner auch für die Prozessmodellierung ihres pflegespezifischen Empathiemodells die von dem US-amerikanischen Psychologen Davis (1994) entwickelten vier Strukturelemente „Voraussetzungen“, „Prozess“, „intra-“ sowie „interpersonelle Ergebnisse von Empathie“. Die Wissenschaftlerin hebt hervor, dass die *„Pfllegespezifik“* (ebd.: 274) ihres Modells *„vor allem in der Auffassung von Empathie als Kognition (liege), aber auch in den Voraussetzungen und Ergebnissen, die sich von anderen Empathieauffassungen in verschiedenen Aspekten unterscheiden“* (ebd.). Das Ziel pflegerischer Empathie bestehe laut Bischoff-Wanner darin, *„Erkenntnisse über den Patienten zu gewinnen, die für seinen Pflegeprozess bedeutsam sind und in Handlungen zu seinen Gunsten eingesetzt werden“* (ebd.: 274). Mit dieser Zielbenennung grenzt sie sich ausdrücklich von der einiger anderer von ihr rezipierten pflegewissenschaftlichen Theoretikerinnen²⁹ ab, die der Überzeugung sind, pflegerische Empathie ziele darauf ab bei zu Pflegenden *„persönliche(n) Weiterentwicklung“* (ebd.: 184), *„das Selbstverstehen und die Selbsterkenntnis“* (ebd.: 184) bzw.

²⁸ Bischoff-Wanner begründet ihre Entscheidung, die kognitive Komponente von Empathie so stark zu gewichten mit diversen Argumenten, beispielsweise, dass affektive Empathie störanfällig sei, dass in beruflichen Kontexten Empath*innen keine Gefühle abverlangt werden sollten oder auch damit, dass Gefühle nicht verlässlich bzw. nicht willentlich abzurufen seien (vgl. ebd.: 266-269). Meines Erachtens lassen sich diese Argumente dahingehend entkräften, dass es auch nicht um die Konzeption eines rein affektiven Empathiebegriffs für die Pflege geht, da Empathie aus Sicht der Entwicklungs- und Sozialpsychologie, auf deren Erkenntnisse die Wissenschaftlerin ihre Dissertation im Wesentlichen stützt, ein affektiv-kognitives Zusammenspiel darstelle. Es geht m.E. darum, einen pflegespezifischen Empathiebegriff zu begründen, der beiden Empathie-Komponenten (der affektiven und der kognitiven) und deren dynamischer Interaktion Gewicht verleiht. Zudem ist empathisches Verstehen grundsätzlich störanfällig (vgl. Kapitel 4, 5 und 7 des Teil I dieser Arbeit). Es geht m.E. beim empathischen Erkennen in der Pflege auch nicht darum, Gefühle zur alleinigen *„Grundlage eines Berufs zu machen“* (ebd.: 267). Vielmehr ist von Bedeutung, anzuerkennen, dass empathisches Wahrnehmen und Erkennen unweigerlich auch mit automatisch ablaufenden, präverbalen empathischen Erregungsprozessen und damit einhergehenden körperlichen und emotionalen Reaktionen seitens der Empath*innen verbunden sind, sofern diese sich selbigen nicht verschließen. Diese Sichtweise teilen sowohl namenhafte Vertreter*innen der Entwicklungs- und Sozialpsychologie als auch der Sozialen Neurowissenschaften (vgl. Kapitel 4, 5 und 7 des Teil I dieser Arbeit).

²⁹ Sie verweist hier u.a. auf Wheeler (1988), Zderad (1969) und Ehmann (1971).

„*Persönlichkeitsveränderung und –entfaltung*“ (ebd.: 193) zu fördern. Laut Bischoff-Wanner sind diese Ziele psychotherapeutischer und nicht pflegerischer Empathie (vgl. ebd.: 60-65).

Dem ersten Strukturelement „Voraussetzungen pflegerischer Empathie“ ihres Prozessmodells ordnet Bischoff-Wanner vier Bereiche zu, nämlich erstens „Person“, zweitens „Motive“, drittens „Situation“ und viertens „Rahmenbedingungen“ (vgl. ebd.: 272-278). Diese vier Bereiche bzw. die ihnen zugeordneten Voraussetzungsvariablen werden nachfolgend umrissen.

Als Voraussetzungsvariablen, die an die Person der jeweiligen Empath*innen gebunden sind, benennt sie neben der *„dispositionelle(n) Empathie als angeborene(r) Fähigkeit, die allerdings unterschiedlich ausgeprägt sein kann, was auf genetische und/oder sozialisatorische Ursachen zurückzuführen ist“* (ebd.: 274), Wahrnehmungsfähigkeit, Vorstellungskraft³⁰, berufliche Erfahrungen und Kompetenz sowie Ausbildung (vgl. ebd.: 274-278)³¹.

Unter dem Bereich „Motive“ für empathisches Handeln in der Pflege benennt Bischoff-Wanner als Voraussetzungsvariablen die berufliche Verantwortung im Rahmen des beruflichen Auftrags, empathisch zu interagieren, eine patient*innenorientierte Berufsauffassung sowie eine bewusst initiierte Perspektivenübernahme (vgl. ebd.: 276).

Als dritten Bereich führt sie die „Situation“ an, worunter sie die Stärke und Dringlichkeit der jeweiligen Gesundheitsproblematik bzw. Situation der zu Pflegenden versteht sowie die Interpretation selbiger durch die anwesenden Pflegenden. Im Bereich „Rahmenbedingungen“, die Empathie positiv beeinflussen, benennt sie als Variablen u.a. eine gemeinsam geteilte Mitarbeiter*innenideologie, positive Rollenmodelle, ein patient*innenorientiertes Pflegeorganisationssystem (z.B. Bezugspflege), eine institutionell verankerte und gemeinsam gelebte Kultur der Patient*innenorientierung sowie ausreichend Zeit (vgl. ebd.: 277f.)³².

Das zweite Strukturelement „Prozess der Empathie“ konzipiert Bischoff-Wanner in ihrem Modell als einen kognitiven Prozess der Perspektivenübernahme, den sie innerhalb der

³⁰ Darunter versteht Bischoff-Wanner *„die Fähigkeit, Wirklichkeit in der Phantasie zu simulieren“* (ebd.: 276). Dieser Fähigkeit kommt in Bischoff-Wanners Auffassung pflegerischer Empathie als kognitivem Prozess der Perspektivenübernahme eine zentrale Rolle zu, da den anderen u.a. von Hoffman (vgl. Unterkapitel 4.3 des Teil I dieser Arbeit) beschriebenen Wirkmechanismen empathischer Erregung in Bischoff-Wanners Prozessmodell pflegerischer Empathie nahezu keine Bedeutung zuerkannt wird.

³¹ Darüber hinaus verweist Bischoff-Wanner auf diverse weitere empathiefördernde bzw. -beeinträchtigende Faktoren wie u.a. Zuneigung, Sympathie, Vertrautheit und Ähnlichkeit bzw. negative Einstellungen gegenüber anderen wie z.B. Egoismus, Müdigkeit, Unsicherheit oder Angst (vgl. ebd.: 276).

³² Als Empathiebarrieren benennt sie in diesem Zusammenhang u.a. Arbeitshetze, Stress, mangelnde bzw. schlechte Rollenmodelle, eine fehlende Mitarbeiter*innenideologie sowie die Pflegeorganisationsform der Funktionspflege (vgl. ebd.: 277f.).

pflegerischen Interaktion verortet (vgl. ebd.: 275, 278f.). Sie unterteilt diesen kognitiven Prozess der Perspektivenübernahme in drei aufeinanderfolgende Phasen, erstens „Wahrnehmung von Stimuli“, zweitens „Absicht, Wille, Initiierung“ und Drittens „Kognitive Verarbeitung von Hinweisreizen“, die im Folgenden umrissen werden (vgl. ebd.: 275, 278f.).

Laut Bischoff-Wanner beginnt dieser Prozess *„mit der Wahrnehmung von Stimuli im Ausdrucksverhalten (Mimik, Gestik, Verhalten) des Patienten, der Wahrnehmung körperlicher Anzeichen (Körperhaltung und –position) und der Situation, in der er sich befindet (Klientenvariablen)“* (ebd.: 278) (= Phase 1). In der darauffolgenden Phase 2 können sich Pflegende bewusst dazu entschließen, kognitiv die Perspektive der jeweiligen zu Pflegenden näher zu erkunden. Bischoff-Wanner bezeichnet diesen Mechanismus als „temporäre Identifikation“ (vgl. ebd.: 275, 279). In der dritten Phase verarbeitet der bzw. die Empath*in die erfassten Hinweisreize kognitiv auf drei Ebenen: *„wahrnehmend (Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen), sozial-kognitiv (Erkennen der Gedanken, Motive, Intentionen, Bedeutungen und Verhalten) und affektiv (Erkennen von Gefühlen)“* (ebd.: 279), um hierdurch die Sichtweise der jeweiligen zu Pflegenden zu verstehen (vgl. ebd. 275, 279).³³

Die Strukturelemente drei und vier von Empathie stellen in Bischoff-Wanners Modell in Anlehnung an Davis die „intra-“ sowie „interpersonellen Ergebnisse von Empathie“ dar (vgl. ebd.: 275, 279f.). Unter „intrapersonellen Ergebnissen“ fasst Bischoff-Wanner v.a. die kognitiven Reaktionen, die in Empath*innen entstehen (vgl. ebd.: 172f.). Darunter versteht sie beispielsweise *„die interpersonelle Wahrnehmungsgenauigkeit, die genaue Vorhersage der Gedanken, Gefühle oder Charakteristika einer anderen Person und das bessere kognitive Verstehen eines anderen“* (ebd.: 172). Als mögliche emotionale Reaktion eines bzw. einer Empath*in weist sie an dieser Stelle in ihrem Modell kurz auch auf empathische Anteilnahme hin³⁴. Unter „interpersonellen Ergebnissen“ versteht Bischoff-Wanner Pflegeinterventionen bzw. -handlungen, die Pflegende aufgrund des von ihnen empathisch Verstandenen zu Gunsten der zu Pflegenden ausüben, beispielsweise ein tröstender Blick, eine konkrete Pflegeintervention, verbale Kommunikation, Berührungen oder auch eine

³³ Meines Erachtens wirft Bischoff-Wanners sehr knapp gehaltene Beschreibung des von ihr konzipierten dreiphasigen kognitiven Prozesses der Perspektivenübernahme viele Fragen auf. Auf nur einer Seite versucht sie die drei Phasen einzeln zu erläutern, wobei verwirrender Weise große Überschneidungen in den Beschreibungen der unterschiedlichen Phasen bestehen. Zudem irritieren Diskrepanzen zwischen der grafischen Darstellung des Modells und dessen Erläuterung im Fließtext in der Verortung der „temporären Identifikation“: In der Abbildung ist der Mechanismus der „temporären Identifikation“ der Phase 2 zugeordnet (vgl. ebd.: 275) und im Fließtext der Phase 3 (vgl. ebd.: 279) (s. Anhang 2).

³⁴ Sie äußert sich diesbezüglich allerdings nur sehr knapp: *„Es kann auch zu empathischer Anteilnahme kommen, weil durch die Perspektivenübernahme eine Verbindung zum Patienten hergestellt wurde, insofern Interesse an ihm besteht und er nicht mehr fremd ist.“* (ebd.: 279).

Gestaltung der Umgebung, die den Bedürfnissen der zu Pflegenden entgegenkommt (vgl. ebd.: 280).

Unterhalb der grafischen Darstellung des soeben beschriebenen kognitiven Prozesses der Perspektivenübernahme, der Bischoff-Wanners Auffassung pflegerischer Empathie abbildet und daher im Vordergrund ihres Modells steht, skizziert sie in deutlich kleinerer Form und mittels gestrichelter Linien einen affektiven empathischen Erregungsprozess und dessen mögliche Ergebnisse. Im erklärenden Fließtext zum Modell nimmt sie lediglich in einer Fußnote Bezug auf selbige (vgl. ebd.: 279: Fußnote 80).

3.3.2 Diskussion

Bischoff-Wanner hat durch ihre begriffsanalytische Arbeit für die deutsche Pflegewissenschaft umfangreiche und sehr fruchtbare Erkenntnisse der angloamerikanischen entwicklungs- und sozialpsychologischen Empathieforschung und Theoriebildung erschlossen. Zudem analysierte und reflektierte sie das Empathieverständnis der angloamerikanischen Pflegewissenschaft fundiert und sehr gekonnt. Ihre diesbezüglichen Erkenntnisse verdeutlichen nachvollziehbar das grundlegende und folgenschwere „*Problem der Übertragbarkeit psychotherapeutischer Beziehungsmodelle auf die Pflege*“ (ebd.: 60). Die (unreflektierte) Gleichsetzung der therapeutischen mit der pflegerischen Situation ist ein bis heute brisantes und konfliktreiches Thema in der deutschen Pflegewissenschaft, -bildung und -praxis, das die Wissenschaftlerin bereits in den 1990er-Jahren erfasste und dem sie Ausdruck verlieh. Bischoff-Wanners diesbezügliche Analyseerkenntnisse und auch ihr o.a. Erschließen internationaler entwicklungs- und sozialpsychologischer Wissensbestände über Empathie stellen m.E. eine bemerkenswerte Leistung und einen wichtigen Erkenntnisfortschritt für die deutsche Pflegewissenschaft dar.

Teile dieser Erkenntnisse sind in ihr pflegespezifisches Empathie-Prozessmodell eingeflossen, beispielsweise eine ausdrücklich auf Pflege zugeschnittene Zielbestimmung pflegerischer Empathie (s.o.), eine Bestimmung wesentlicher Motive für empathisches Handeln in der Pflege (berufliche Verantwortung im Rahmen des beruflichen Auftrags, empathisch zu interagieren sowie eine patient*innenorientierte Berufsauffassung) oder auch eine Hervorhebung des Körperbezugs als bedeutsamen Bestandteil pflegerischer empathischer Interaktionen (s.o.).

Problematisch ist meines Erachtens, dass Bischoff-Wanner diesen Körperbezug von Pflege ihrem Empathiemodell nicht umfassend, sondern nur in Teilen zugrunde legt. Beispielsweise betont sie mit ihrem Modell, dass empathische Pflegeinteraktionen durch eine „*Gleichzeitigkeit von Körperarbeit und Kommunikation und [...] den Einsatz des eigenen Körpers in der Beziehung zum Patienten*“ (ebd.: 246) gekennzeichnet seien bzw. dass

Pflegende das empathisch Verstandene v.a. nonverbal ausdrücken würden. Zugleich versäumt sie jedoch durch eine Überbetonung höher entwickelter kognitiver Erkenntnismechanismen in ihrem Empathiemodell grundlegende Gegebenheiten menschlichen Wahrnehmens, Fühlens und Erkennens zu berücksichtigen. Gemeint sind an dieser Stelle unbewusste, automatisch ablaufende, präverbale empathische Erregungsprozesse, die - gemäß dem von Bischoff-Wanner rezipierten Wissensstand der Entwicklungs- und Sozialpsychologie - eng verwoben sind mit höher entwickelten kognitiven Mechanismen. Die Berücksichtigung auch dieser „primitiveren“³⁵, präverbalen empathischen Wirkmechanismen sowie deren dynamischer Interaktion mit höher entwickelten kognitiven Mechanismen würde m.E. ein grundlegendes Anerkennen pflegerischer Empath*innen als sinnlich-körperliche bzw. empfindende und spürende Wesen voraussetzen. An dieser Stelle wird deutlich, dass Bischoff-Wanner den o.a. für die Pflege bedeutsamen Körperbezug nicht umfassend genug Rechnung trägt: In ihrem Modell versteht Bischoff-Wanner Pflegende weniger als sinnlich-körperlich wahrnehmende und empfindende erkennende Wesen, sondern primär als rationale Wesen.

Auch wenn die Wissenschaftlerin die unwillkürlich ablaufenden, präverbalen empathischen Erregungsmechanismen, die der affektiven Komponente empathischen Erlebens aus Sicht der Entwicklungs- und Sozialpsychologie zugrundeliegen, aus ihrem pflegespezifischen Empathiebegriff weitgehend ausklammert, wirken diese Mechanismen in Pflegesituationen selbstredend weiter. Meiner Einschätzung nach läuft diese affektive Seite der Empathie (gemeint ist das Mitfühlen im Sinne einer anfänglichen Gefühlsteilung und den daraus möglicherweise resultierenden Folgegefühlen der Empath*innen)³⁶ mit Bischoff-Wanners rein kognitiver Konzeptualisierung pflegerischer Empathie, Gefahr, als vorberuflich abgewertet, in den Privatbereich verdrängt bzw. (noch stärker als zuvor) tabuisiert zu werden. Hierdurch werden Pflegende und v.a. auch Pflegelernende mit aversiven Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken, die untrennbar mit empathischem Wahrnehmen und Erkennen verbunden sind, allein gelassen. Ein rein kognitiver pflegerischer Empathiebegriff fördert m.E. eher ein Abwehren dieser Gefühle und Körperempfindungen in Pflegesituationen, als dass er Wege eröffnet, eigene und fremde Gefühle in empathischen Prozessen anzuerkennen, zu reflektieren und Möglichkeiten zu erforschen, wie ein funktionaler³⁷ Umgang mit aversiven Gefühlen in und nach empathischen Begegnungen gelingen kann.

³⁵ Vgl. Hoffman (2000: 5f., 36-59) bzw. vgl. Unterkapitel 4.2 des Teil I dieser Arbeit.

³⁶ An dieser Stelle verweise ich auf die Kapitel 4 und 5 des Teils I der vorliegenden Arbeit.

³⁷ Im Gegensatz zu einem dysfunktionalem Umgang (s. Kapitel 6.3 des Teil I dieser Arbeit).

4. Entwicklungs- und sozialpsychologische Perspektive auf Empathie (Hoffman)

Prof. Dr. Martin L. Hoffman, emeritierter Professor für klinische und Entwicklungspsychologie an der New York University, arbeitete über drei Jahrzehnte zur Entwicklung von Empathie und moralischem Verhalten bei Kindern. In seiner im Jahre 2000 veröffentlichten umfangreichen Monografie „*Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice*“ stellt er als Ergebnis seiner langjährigen wissenschaftlichen Arbeit seine Theorie zur Entwicklung von Empathie und moralischem Bewusstsein bzw. Verhalten vor. In dieser stellt Empathie das Schlüsselkonzept dar. Bei der nachfolgenden Rezeption von Hoffmans Entwicklungstheorie³⁸ lege ich - dem Erkenntnisinteresse meines Promotionsprojekts folgend - den Schwerpunkt auf dieses Schlüsselkonzept, d.h. auf Hoffmans Definition von Empathie sowie auf seine theoretischen Aussagen zu (1) den dem empathischen Prozess zugrundeliegenden Wirkmechanismen, (2) zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend, (3) zum Einfluss von Kausalattributionen auf empathisches Erleben und (4) zu Störfaktoren in empathischen Prozessen.³⁹

4.1 Hoffmans Definition von Empathie

Hoffman definiert⁴⁰ Empathie als die Einbindung (das Beteiligtsein) eines Menschen in psychologische Erregungsprozesse, die dazu führt, dass dieser Gefühle empfindet, die mehr zur Situation des Anderen passen als zu seiner eigenen (vgl. Hoffman 2000: 30). Diese Gefühle können aber müssen laut Hoffman nicht zwingend identisch mit den Gefühlen des Anderen sein (vgl. ebd.). Beispielsweise betrachtet Hoffman in einer Situation, in der eine Person von einer anderen beschimpft wird und Dritte (= Empath*innen) zuschauen, neben Traurigkeit und Enttäuschung, die die beschimpfte Person möglicherweise empfindet, auch mitfühlende(s) Sorge/Kummer/Unbehagen („*sympathetic distress*“), empathischen Ärger, empathische Schuldgefühle sowie empathische Ungerechtigkeitsgefühle als weitere mögliche empathische Gefühlserregungen (vgl. ebd.: 30, 93-110). Als Oberbegriff für diese unterschiedlichen empathischen Gefühlserregungen, die aus dem Bezeugen der Notlage einer anderen Person in Empath*innen entstehen (können), wählt

³⁸ An dieser Stelle möchte ich erneut festhalten, dass Bischoff-Wanner (vgl. 2002: S. 162-169) in ihrer Dissertation „Empathie in der Pflege. Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmensmodells“ Hoffmans Modell erstmalig für die deutsche Pflegewissenschaft rezipierte. Sie stützte sich hierbei auf eine frühe Veröffentlichung Hoffmans aus dem Jahre 1982. Mittlerweile hat Hoffman (2000) sowohl sein Modell der empathischen Erregungsmodi als auch sein Entwicklungsmodell der Empathie grundlegend überarbeitet und weiterentwickelt. In seiner weit über dreihundert Seiten umfassenden Monografie verknüpft er selbige zudem mit weiteren theoretischen Aussagen.

³⁹ Für seine auf diesen aufbauenden Hypothesen zur Verknüpfung von Empathie mit der Entwicklung prosozialen, moralischen Verhaltens verweise ich auf die Kapitel 5-7 sowie 9-11 seiner Monografie (2000).

⁴⁰ „*The key requirement of an empathic response according to my definition is the involvement of psychological processes that make a person have feelings that are more congruent with another's situation than with his own situation.*“ (Hoffman 2000: 30)

Hoffman die Bezeichnung „*empathic distress*“ (empathisches Unbehagen) (vgl. ebd.: 30-36). Damit versteht Hoffman Empathie als eine affektive Reaktion einer Person auf andere leidende Personen.

Nachfolgend werden Hoffmans theoretische Annahmen zu empathischen Prozessen und zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend skizziert. Diese veranschaulichen, dass Hoffman auch kognitiven Komponenten eine Bedeutung in seinem Verständnis empathischer Erkenntnisprozesse einräumt. Vorwegnehmend kann jedoch festgehalten werden, dass das Ergebnis eines empathischen Prozesses, auch wenn dieser durch ein affektiv-kognitives Zusammenspiel charakterisiert ist, immer auch aus einem oder mehreren Gefühlen in der empathischen Person besteht.

4.2 Zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden Wirkmechanismen

Hoffman unterscheidet fünf Mechanismen, die empathischen Erregungsprozessen zugrunde liegen können⁴¹ (vgl. ebd. 2000: 5f., 36-59). Diese unterteilt er in drei primitive Mechanismen, die unfreiwillig und automatisch ablaufen, schnell einsetzen und nur minimaler kognitiver Verarbeitungsprozesse bedürfen (vgl. ebd.: 5, 36-59), nämlich erstens „Mimikry“ (vgl. ebd.: 37-45), zweitens „Klassische Konditionierung“ (vgl. ebd.: 45-47) und drittens „Direkte Assoziation“ (vgl. ebd.: 47-49). Diese drei primitiven Mechanismen basieren, so Hoffman, auf der Sogwirkung sichtbarer Hinweisreize einer leidenden Person bzw. deren Situation auf Empath*innen (vgl. ebd.: 48). Sie ermöglichen es Beobachtenden, v.a. einfache Emotionen empathisch mitzufühlen. Hoffman hebt hervor, dass diesen drei Erregungsmodi in der (Klein-)Kindheit eine besondere Bedeutung zukomme, dass sie aber das gesamte Leben über aktiv bleiben und damit auch empathischen Reaktionen von Erwachsenen eine wichtige, unfreiwillige Dimension verleihen (vgl. ebd.: 5).

*„They not only enable a person to respond to whatever cues are available, but they also **compel** him to do it – instantly, automatically, and without requiring conscious awareness.“* (ebd.: 5; Hervorhebung im Original)

Den vierten und fünften Mechanismus, nämlich die „Vermittelte Assoziation“ (vgl. ebd.: 49-52) und die „Rollenübernahme“ (vgl. ebd.: 52-59) beschreibt Hoffman als höher entwickelte kognitive Mechanismen empathischer Erregung. Sie ermöglichen einer Person auch für nicht anwesende Menschen Empathie zu empfinden und beinhalten gewisse willkürliche Steuerungsmöglichkeiten. Doch auch diese zwei höher entwickelten kognitiven Mechanismen können, laut Hoffman, in Situationen, in denen eine Person ihre Aufmerksamkeit auf

⁴¹ Hoffman hatte diese Erregungsmodi erstmals 1978 beschrieben, sie seitdem jedoch u.a. durch die Auseinandersetzung mit neueren empirischen Forschungsergebnissen grundlegend überarbeitet und weiterentwickelt.

einen anwesenden leidenden Menschen richtet, unfreiwillig und umgehend getriggert werden (vgl. ebd.: 5, 61). Nachfolgend werden die soeben eingeführten fünf Mechanismen näher erläutert.

4.2.1 Mimikry

Als erste Form der empathischen Erregung führt Hoffman Mimikry an, einen Mechanismus, der bereits 1759 von dem schottischen Philosophen Adam Smith intuitiv erfasst und ab 1906 von dem deutschen Psychologen und Philosophen Theodor Lipps detailliert theoretisch ausgearbeitet wurde (vgl. Hoffman 2000: 37). Hoffman beschreibt unter Bezugnahme auf Lipps diesen empathischer Erregung zugrundeliegenden Mechanismus als einen angeborenen, unfreiwilligen, unbewusst und automatisch ablaufenden zweischrittigen Prozess, der durch das Wahrnehmen von emotionalen Gesichtsausdrücken, Körperhaltung und auch Sprechmustern Anderer in Empath*innen ausgelöst wird (vgl. ebd.: 37). Hoffman verwendet für den ersten Schritt den Begriff „*imitation*“, für den zweiten den Begriff „*feedback*“ und den Prozess als Ganzes bezeichnet er als „*mimicry*“ (vgl. ebd.: 37). Der erste Schritt umfasst die Wahrnehmung und Nachahmung des Gefühlsausdruckes bzw. der Stimmuster und/oder Haltung einer bzw. eines Anderen. Hierbei werden visuelle bzw. auditive Reize, die von einem (leidenden) Menschen ausgehen, von Empath*innen aufgenommen und automatisch in Motorik umgesetzt (vgl. ebd.: 37-39). Gemeint ist, dass Empath*innen beispielsweise völlig unbewusst dieselben Gesichtsmuskeln aktivieren wie ihr Gegenüber bzw. dass sie auch im weiteren Interaktionsverlauf auf kleinste Veränderungen des Gesichtsausdruckes ihres Gegenübers umgehend mit Nachahmung reagieren. Dieser Schritt kann, so Hoffman, ganz subtil, flüchtig, schwach bzw. für andere nicht sichtbar ablaufen (vgl. ebd.: 38). Empirische Studien aus den 1980/1990er-Jahren, in denen u.a. Messungen der elektrischen Aktivität einzelner Gesichtsmuskeln bei andere beobachtenden Proband*innen durchgeführt wurden, konnten das Phänomen der unbewussten und automatischen Nachahmung nachweisen (vgl. ebd.: 37-39). Ebenso liegen, so Hoffman, empirische Belege für die unbewusste Nachahmung von Lidschlaghäufigkeiten, von vermehrten Lippenaktivitäten bei der Beobachtung von stotternden Menschen oder auch von der Nachahmung von Sprechmustern (z.B. Sprechgeschwindigkeit, Pausen, Rhythmus, Stimmhebungen) vor (vgl. ebd.: 39). Der zweite Schritt umfasst, so Hoffman, das sogenannte (afferente) Feedback. Gemeint ist die Annahme, dass infolge der im ersten Schritt erfolgten Anspannung bestimmter Muskelgruppen im Gesicht der Empath*innen, Gefühle in ihnen evoziert werden, die mit den Gefühlen des beobachteten (leidenden) Menschen übereinstimmen (vgl. ebd.: 37). Hoffman beschreibt ebenfalls diverse empirische Studien aus den 1980er/1990er-Jahren, die belegen, dass das Einnehmen bestimmter Gesichtsausdrücke Einfluss auf die eigenen

erlebten Gefühle habe (vgl. ebd.: 39-41). Obwohl empirische Belege für die beiden einzelnen Schritte („*imitation*“ bzw. „*feedback*“) in den 1980/1990er-Jahren erbracht wurden, gestalte sich der empirische Nachweis des Gesamtprozesses der Mimikry als schwierig bzw. nicht eindeutig (vgl. ebd.: 41-47). Hoffman führt zwei diskutierte Erklärungsansätze für die Entstehung empathischer Gefühle im Rahmen des Mechanismus der Mimikry an, nämlich a) afferentes Feedback und b) Lernprozesse. Die Hypothese des afferenten Feedbacks besagt, dass der Spannungswechsel der Gesichtsmuskulatur im Schritt 2 direkt afferente Nervenbahnen aktiviere, die unmittelbar das zugehörige Gefühl in der empathischen Person auslösen würden (vgl. ebd.: 41-47). Die Hypothese zu den Lernprozessen besagt, dass der Wechsel der eigenen Mimik im Schritt 2 kinästhetisch wahrgenommen und mit früheren Gefühlserfahrungen assoziiert werde⁴² (vgl. ebd.: 41-47). Falls die erste Hypothese zutrifft, können Kleinkinder, laut Hoffman, so auch für sie neue Gefühle empathisch mitfühlen, da die neuronalen Verschaltungen vererbt seien. Falls die zweite zuträfe, können sie wohl nur ihnen bekannte Gefühle empathisch fühlen (eigene Lernerfahrungen bereits vorhanden). Hoffman selbst hält die Hypothese afferenten Feedbacks für wahrscheinlich angesichts der bisherigen empirischen Befunde: *„This means that mimicry is probably a hard-wired neurologically based empathy-arousing mechanism whose two steps, imitation and feedback, are directed by commands from the central nervous system“* (ebd.: 44).

4.2.2 Klassische Konditionierung

Hoffman erklärt den zweiten empathische Erregung auslösenden Mechanismus, dem er insbesondere in der frühen Kindheit (vorsprachliche Jahre) eine wichtige Bedeutung zuschreibt, an Interaktionen zwischen Mutter und Kleinkind. Hoffman nimmt an, dass mittels dieser Interaktionen, sowohl belastende als auch angenehme Gefühle der Mutter auf das Kind übertragen werden (vgl. ebd.: 45f.). Er geht von einer ängstlichen oder angespannten Mutter aus, deren Körper und deren Berührungen in dieser Situation eher hölzern bzw. steif sind. Laut Hoffman ängstigen/bekümmern diese hölzernen bzw. steifen Berührungserfahrungen das Kleinkind. Der Körper der Mutter ist in diesem Beispiel der direkte Auslöser (der unbedingte Reiz) des unangenehmen körperlichen Erlebens des Kindes (unbedingte Reaktion). Die begleitende Mimik und der sprachliche Ausdruck der Mutter werden, so Hoffman, durch Lernprozesse von anfangs neutralen zu bedingten Reizen. Diese können später im Kleinkind auch ohne Körperkontakt mit der Mutter unmittelbar und automatisch Bedrängnis/Leiden auslösen. Durch Generalisierung des bedingten Reizes reichen später verbale Hinweise oder entsprechende Gesichtsausdrücke anderer leidender Menschen,

⁴² Also die frühere Lernerfahrung *„When I'm angry, my jaws are clenched and my brows are down.“* (ebd.: 41).

um Unbehagen im Kind auszulösen⁴³. Hoffman nimmt an, dass diese Verbindungen zwischen bedingten Reizen, die von leidenden Menschen ausgehen, auch noch bei Erwachsenen unmittelbar und automatisch bedingte Reaktionen des körperlichen Unbehagens auslösen (vgl. ebd.: 45). Er führt diverse empirische Befunde an, um diese zweite Form der empathischen Erregung zu belegen (vgl. ebd.: 45-47).

4.2.3 Direkte Assoziation

Die dritte Form der empathischen Erregung beruht auf der Annahme, dass Hinweisreize einer leidenden Person (z.B. Gesichtsausdruck, Stimme, Körperhaltung) und/oder deren Situation (z.B. Verkehrsunfall, Sturz) in Beobachtenden über direkte Assoziation automatisch und umgehend Erinnerungen an eigene ähnliche Erfahrungen auslösen. Hierdurch, so Hoffmans Annahme, werden in Empath*innen unmittelbar die diese Erfahrungen begleitenden, belastenden Gefühle evoziert. Auch diese Gefühle versteht Hoffman als empathische Gefühle, da sie seiner Definition von Empathie entsprechen, nämlich dass es sich um Gefühle handelt, die erstens dadurch entstehen, dass die Beobachtenden ihre Aufmerksamkeit auf die leidende Person richten und die zweitens besser zur Situation dieser Person passen als zu der der Beobachtenden (vgl. ebd.: 48).

Laut Hoffman wirken in Face-to-Face-Kontakten die drei ersten Mechanismen empathischer Erregung zusammen. Er nimmt an, dass bei diesem Zusammenspiel der erste Mechanismus (Mimikry) sicher stellt, dass es sich um empathisch erregte Gefühle in der beobachtenden Person handelt, während die beiden anderen Mechanismen eher die Intensität dieser Gefühle beeinflussen (vgl. ebd.).

4.2.4 Vermittelte Assoziation

Dieser Mechanismus beruht darauf, dass Worte, die eine leidende Person schriftlich⁴⁴ oder mündlich äußert, um ihren emotionalen Zustand/ihre Situation zu vermitteln und die Empath*innen aufnehmen, in ihnen Assoziationen erzeugen. Die empathische Person versucht, sich die Bedeutung der Worte der leidenden Person zu erschließen, wobei sie eigene Erfahrungen erinnert und/oder in ihr akustische⁴⁵ bzw. visuelle Bilder der leidenden Person⁴⁶ aufsteigen. Auf diese inneren Bilder, so Hoffmans Annahme, antwortet die empathische Person dann mit eigenen Gefühlen durch direkte Assoziation und/oder Mimikry. Dieser Mechanismus kann, so Hoffman, überraschend schnell ablaufen, dauert

⁴³ Gleiches gelte, so Hoffman, auch für angenehme Gefühle: Anfangs seien zärtliche, nahe Berührungen unbedingte Reize für das Kind, die es körperlich Wohlbehagen spüren lassen (unbedingte Reaktion). Das begleitende Lächeln im Gesicht der Mutter wird im Laufe der Zeit vom neutralen zum bedingten Reiz, der später direkt im Kind auch ohne Körperkontakt positive Gefühle auslöst (bedingte Reaktion) (vgl. ebd.: 46).

⁴⁴ Hoffman führt als Beispiel hierfür an, dass eine Person einen Brief schreibt, in dem sie beschreibt, was ihr widerfahren ist und wie es ihr geht (vgl. ebd.: 49).

⁴⁵ Beispielsweise Schreie oder Stöhnen dieser Person (vgl. ebd.: 50).

⁴⁶ Beispielsweise Gesichtsausdruck oder Körperhaltung dieser Person (vgl. ebd.: 50).

jedoch länger als die ersten drei Mechanismen und erfordert zudem mehr kognitive Leistungen (vgl. ebd.: 50). Zudem sei er auch störanfälliger durch mögliche Fehlinterpretationen der geäußerten Worte, beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Verwendung von Worten bei der Beschreibung von Gefühlen oder auch infolge unterschiedlicher sowie ggf. schwer zu erinnernder Erfahrungen mit bestimmten Gefühlen (vgl. ebd.: 50).

In Face-to-Face-Kontakten fallen visuelle und akustische Signale der leidenden Person mit verbalen Botschaften zusammen (vgl. ebd.: 51). Mittels der ersten drei Mechanismen (s.o.) reagieren Empath*innen, so Hoffman, im empathischen Prozessgeschehen wahrscheinlich zunächst umgehend auf die visuellen und akustischen Signale und erst dann auf die gesprochenen Worte (vgl. ebd.: 51). Hierbei können Inkongruenzen erkannt werden, wenn Mimik, Tonlage und/oder Körperhaltung andere Informationen vermitteln als die geäußerten Worte der leidenden Person (vgl. ebd.: 51). Hoffman führt auch für diese von ihm angenommene vierte Form der empathischen Erregung empirische Befunde an (vgl. ebd.: 51f.).

4.2.5 Rollenübernahme

Als fünfte Form der empathischen Erregung führt Hoffman die Rollenübernahme an, einen Mechanismus, der bereits 1751 von dem britischen Philosophen David Hume und 1759 von dessen Zeitgenossen, dem schottischen Philosophen Adam Smith beschrieben wurde (vgl. Hoffman 2000: 52). Hoffman umreißt diesen langjährig bekannten Mechanismus einleitend wie folgt *„putting oneself in the other`s place and imaging how he or she feels“* (ebd.: 52). Er führt weiter aus, dass Rollenübernahme als Empathie auslösender Mechanismus erst seit Mitte der 1960er-Jahre empirisch erforscht wurde (vgl. ebd.: 53-56).

Hoffman unterscheidet vor dem Hintergrund eigener empirischer Erhebungen und unter Bezugnahme auf Forschungsbefunde anderer Forschenden drei Arten der Rollenübernahme, nämlich erstens „Self-focused role-taking“, zweitens „Other-focused role-taking“ und drittens deren Kombination (vgl. ebd.: 54-59). Rollenübernahme versteht er generell als einen sich in Empath*innen vollziehenden kognitiv-affektiven Interaktionsprozess (vgl. ebd.: 54). Grundsätzlich betrachtet er Rollenübernahme im Vergleich zu den bislang vorgestellten Formen der empathischen Erregung als die Form, die die höchsten kognitiven Verarbeitungsleistungen erfordere. Zugleich hebt er hervor, dass auch der Mechanismus der Rollenübernahme - insbesondere in Face-to-Face-Kontakten - von Empath*innen nicht so willkürlich steuerbar sei, wie er in seinen frühen theoretischen

Arbeiten angenommen hatte⁴⁷, sondern durchaus auch unfreiwillig bzw. spontan ausgelöst werden könne (vgl. ebd.: 58f.).

Die erste Form der Rollenübernahme, das „Self-focused role-taking“, führe, so Hoffman, im Vergleich zu den beiden weiteren zu den intensivsten empathischen Erregungen in Empath*innen. Es sei immer mit der Gefahr verbunden, dass die empathische Person den Anderen aus dem Blick verliere, da sie von den in ihr erregten belastenden Emotionen überschwemmt werde. Die empathische Person imaginiert, wie sie sich selbst in der Situation des Anderen fühlen würde. Bei diesem Bemühen können, so Hoffman, Bilder, sorgenvolle Gedanken und/oder Erinnerungen in ihr aufsteigen, die starke belastende Gefühle evozieren (vgl. ebd.: 54-58, 205). Hier bestehe laut Hoffman die Schwachstelle dieser Form der Rollenübernahme, die zu einem Abbrechen der empathischen Verbindung mit der leidenden Person führen kann. Hierfür wählt Hoffman den Begriff „egoistic drift“ (ebd.: 56).

Die zweite Form, das „Other-focused role-taking“, sei, so nimmt Hoffman an, kognitiv anspruchsvoller als die erste und werde vermutlich später erworben (vgl. ebd.: 59). Sie führe zu weniger empathischer Erregung in Empath*innen, da der Fokus beim Anderen bliebe (vgl. ebd.: 54f.). Die empathische Person fokussiere die leidende Person und imaginiere bewusst, wie diese sich fühlen könnte. Hierbei lässt sie Informationen über den Anderen einfließen (z.B. über seinen Charakter, sein Verhalten in ähnlichen Situationen, seine Lebensumstände) und/oder Wissen darüber, wie andere sich in solchen Situationen fühlen. Darüber entstehen, so Hofman, ebenfalls, wenn auch weniger intensive, empathische Emotionen in Empath*innen (vgl.: ebd.).

Bei der dritten Form der Rollenübernahme bewege sich die empathische Person hin und her zwischen „Self-focused role-taking“ und „Other-focused role-taking“ bzw. erlebe sie als gleichzeitig auftretende, parallele Prozesse (vgl. ebd.: 58f.). Hoffman nimmt an, dass sie die gelungenste Form der Rollenübernahme sei, da sie die Stärken beider Formen kombiniere, die emotionale Intensität des „Self-focused role-taking“ und das Belassen des Fokus beim Anderen des „Other-focused role-taking“.

„Indeed, fully mature role-taking might be defined as imaging oneself in the other's place and integrating the resulting empathic affect with one's personal information about the other and one's general knowledge of how people feel in his or her situation. It could go either way: other-focused role-taking in the service of self-focused role-taking, or self-focused role-taking in the service of other-focused role-taking.” (ebd.: 58)

⁴⁷ An dieser Stelle sei erneut darauf verwiesen, dass Bischoff-Wanner (2002) sich bei ihrer Rezeption Hoffmans auf seine frühen theoretischen Arbeiten bezog.

Hoffman nimmt an, dass es die im Vorausgegangenen beschriebenen fünf Mechanismen der empathischen Erregung gebe, damit Menschen jederzeit auf Mitmenschen empathisch reagieren können, je nachdem welche Hinweissignale jeweils vorhanden seien (vgl. ebd.: 59-61): beispielsweise mit Mimikry, wenn als Hinweisreize nur Gesichtsausdruck, Stimme und/oder Haltung vorliegen bzw. mit Konditionierung oder direkter Assoziation sofern nur situationale Reize vorliegen. Wenn jemand seine emotionale Situation schriftsprachlich oder verbalsprachlich ausdrückt, oder jemand anderes dessen Leid verbal mitteilt, kann Empathie durch vermittelte Assoziation oder Rollenübernahme ausgelöst werden (vgl. ebd.: 59). Hoffman nimmt zugleich an, dass in Face-to-Face-Situationen die verschiedenen Mechanismen zusammenwirken und je nach Kontext und persönlichem Stil der jeweiligen Empath*innen unterschiedlich miteinander interagieren:

„Empathic affect form primitive modes may trigger role-taking, which may then intensify and give broader meaning to empathic affect from the primitive modes. Which mechanism initiates the process, the primitive or the more cognitive, may be a function of personal style and the context“ (ebd.: 60).

4.3 Zur Entwicklung von Empathie in Kindheit und Jugend

Hoffman versteht und beschreibt die Entwicklung empathischen Vermögens in der Kindheit und Jugend vor dem Hintergrund der sozialkognitiven Entwicklung von Kindern (vgl. ebd.: 63-92). In den ersten Lebensjahren entwickeln sich bei Kindern, so Hoffman, die Selbstwahrnehmung sowie die Wahrnehmung von Anderen als Andere tiefgreifend (vgl. ebd.: 64). Hoffman benennt in diesem Zusammenhang vier sozialkognitive Entwicklungsstufen, nämlich erstens *„unclear or confused self/other differentiation“*, zweitens *„awareness of self and others as separate physical entities“*, drittens *“awareness of self and others as having independent internal states“* und viertens *“awareness of self and others as having their own personal histories, identities, and lives beyond the immediate situation“* (ebd.: 64). Ausgehend von den soeben erwähnten sozialkognitiven Entwicklungsstufen führt Hoffman seine theoretischen Annahmen zur Entwicklung von Empathie bei Kindern aus. Er unterscheidet fünf Stufen der Empathieentwicklung, nämlich erstens „Ansteckendes Weinen beim Säugling“ („Newborn reactive cry“, erste Lebensstage bis ca. 6. Monat), zweitens „Egozentrisches empathisches Unbehagen“ („Egocentric empathic distress“, gegen Ende des 1. Lebensjahres), drittens „Quasi-Egozentrisches empathisches Unbehagen“ („Quasi-Egocentric empathic distress“, im frühen 2. Lebensjahr), viertens „Echtes empathisches Unbehagen“ („Veridical empathic distress“, ab der Mitte des 2. Lebensjahres) und fünftens „Über die unmittelbare Situation hinausgehendes empathisches Unbehagen“ („Empathic

distress beyond the situation“⁴⁸, evtl. ab dem 9./10. Lebensjahr oder auch erst ab Beginn der Pubertät) (vgl. ebd.: 84f.). Nachfolgend werden die fünf Entwicklungsstufen von „empathic distress“ bzw. „empathy“ nach Hoffman knapp skizziert.

4.3.1 Ansteckendes Weinen beim Säugling

Die erste Stufe, das „Ansteckende Weinen beim Säugling“ (vgl. ebd.: 64-67), bezeichnet Hoffman als Vorläufer von Empathie. Er beschreibt damit das empirisch nachgewiesene Phänomen, dass Säuglinge in den ersten Lebensmonaten auf das Weinen anderer Säuglinge unmittelbar selbst mit Weinen, also mit eigenen starken Unbehagen reagieren (vgl. ebd.)⁴⁹.

4.3.2 Egozentrisches empathisches Unbehagen

Gegen Ende des ersten Lebensjahres erreichen Babys, so Hoffman, die zweite Entwicklungsstufe der Empathie, das „Egozentrische empathische Unbehagen“ (vgl. ebd.: 67-70). Laut Hoffman sind Babys auf dieser Stufe nicht nur in der Lage, durch das Leid anderer affektiv erregt zu werden, sondern blicken bereits gezielt zur leidenden Person hin. Allerdings reagieren sie auf den in sich gefühlten „empathic distress“ nicht mit einer aktiven Zuwendung zur leidenden Person, sondern mit denselben Reaktionen, die sie bei eigenem Leid zeigen, nämlich z.B. zur Mutter zu krabbeln und Trost zu suchen bzw. zu wimmern, zu weinen und sich an diese anzukuscheln (vgl. ebd.)^{50,51}. Hoffman nimmt an, dass die Babys dieser Entwicklungsstufe infolge des in ihnen aufsteigenden „empathic distress“ verwirrt sind und durcheinander geraten, woher ihr plötzliches Unbehagen komme. Hoffman bezeichnet das „Egozentrische empathische Unbehagen“ als Vorläufer einer prosozialen Motivation (vgl. ebd.: 70).

4.3.3 Quasi-Egozentrisches empathisches Unbehagen

Im frühen zweiten Lebensjahr erreichen Kinder, so Hoffman, die dritte Stufe, das „Quasi-Egozentrische empathische Unbehagen“ (vgl. ebd.: 70f.). Zu diesem Zeitpunkt versuchen Kinder, die durch das Leid einer anderen Person empathisch erregt werden, dieser direkt zu helfen. Ihnen ist bewusst, dass es die andere Person ist, die leidet (vgl. ebd.). Hierbei wählen sie allerdings noch Hilfen, die ihren eigenen Trostvorlieben⁵² entsprechen. Laut Hoffman verfügen diese Kinder auf der dritten Entwicklungsstufe noch über kein

⁴⁸ Hoffman verwendet synonym die Bezeichnung „*empathy for another's experience beyond the immediate situation*“ (ebd.: 6).

⁴⁹ Hoffman führt als Hintergrund dieser Reaktion die sozialkognitive Entwicklungsstufe der „unclear or confused self/other differentiation“ an.

⁵⁰ Hoffman führt als Belege diverse empirische Studien aus den 1970er/1980er-Jahren an (vgl. ebd.: 67ff.).

⁵¹ Auch diese Reaktion ist Hoffmans Annahmen zufolge noch mit der sozialkognitiven Entwicklungsstufe der „unclear or confused self/other differentiation“ zu erklären.

⁵² Beispielsweise das Anreichen der eigenen Lieblingsspielzeuge, Umarmungen oder ein Hinführen zur eigenen Mutter, obwohl die Mutter der/des Anderen im Raum ist (vgl. ebd.: 70f.).

Bewusstsein dafür, dass leidende Andere in ihrer individuellen Situation andere Vorlieben bzw. Bedürfnisse haben könnten (vgl. ebd.). Im Gegensatz zur zweiten Entwicklungsstufe sind sich Kinder der dritten Entwicklungsstufe, aber bewusst, dass der/die leidende Andere von ihnen körperlich getrennt ist.⁵³ Sie verwechseln nicht mehr ihren „empathic distress“ mit dem „distress“ der leidenden Person oder mit ihrem eigenen aktuellen „distress“. Auf der dritten Stufe wirkt „empathic distress“, so Hoffman, klar als prosoziales Motiv (vgl. ebd.).⁵⁴

4.3.4 Echtes empathisches Unbehagen

Ab der Mitte des zweiten Lebensjahres entwickeln Kinder, so Hoffman, die Fähigkeit, sich selbst im Spiegel zu erkennen, d.h., das Kind kann seinen Körper als Objekt, das von außen sichtbar ist, erkennen (vgl. ebd.: 71). Später im zweiten Lebensjahr werden sie sich zudem bewusst, dass andere auch innere Zustände haben (Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse) und dass diese manchmal andere sind als die eigenen (vgl. ebd.: 71). Ab jetzt gelingt es Kindern auch zunehmend, ihre weinenden Freunde durch deren eigene Lieblingsspielsachen bzw. deren eigene Mütter zu trösten. Dazu brauchen sie die kognitive Fähigkeit, sich in die Lage des anderen zu versetzen und dessen aktuelle Bedürfnisse zu antizipieren und schließen nicht mehr egozentrisch von sich auf den anderen zu schließen (vgl. ebd.: 71-73)⁵⁵. „Self-focused role-taking“ sowie „other-focused role-taking“ werden nun möglich für Kinder. Damit haben sie die vierte Entwicklungsstufe von Empathie, das „Echte empathische Unbehagen“ erreicht (vgl. ebd.: 71-80). Hoffman beschreibt ausführlich, dass sich diese echte Empathie über die Kleinkindzeit, Kindheit, Jugend und das Erwachsenenalter hinweg stetig weiterentwickelt und ausdifferenziert (vgl. ebd.). Er versteht darunter, dass ein immer breiteres und nuancierteres Erfassen der Emotionen Anderer in Face-to-Face-Interaktionen möglich wird und dass zunehmend erfasst/verstanden wird, was hinter den Gefühlen der Anderen liegt.

„My main point is that people`s ability to empathize fully with another is linked to their understanding of what lies behind the other`s feelings, and this understanding continues to develop through adolescence and adulthood.“ (ebd.: 80)

Anfangs zeigen Kinder Empathie für „einfache“ Gefühle, z.B. für den Schmerz eines Kindes, das sich beim Spielen verletzt (vgl. ebd.: 73). Durch ihr wachsendes Verständnis für Ursachen, Folgen und gemischte Gefühle („*correlates of emotions*“) sind sie zunehmend

⁵³ Diese Reaktion ist Hoffmans Annahmen zufolge mit der zweiten sozialkognitiven Entwicklungsstufe, der „awareness of self and others as separate physical entities“ zu erklären.

⁵⁴ Die ersten drei Entwicklungsstufen der Empathie basieren weitgehend auf den drei vorsprachlichen, automatischen Erregungsformen von Empathie (vgl. ebd.: 70f.).

⁵⁵ Diese Reaktion ist Hoffmans Annahmen zufolge mit der dritten sozialkognitiven Entwicklungsstufe, der „awareness of self and others as having independent internal states“ zu erklären.

fähig Empathie für die komplizierteren Gefühle anderer zu empfinden⁵⁶. Hoffman gibt einen Überblick anhand einer Publikation von Bretherton et al. (1986), wie im Groben die Fortentwicklung hinsichtlich der Fähigkeit emotionalen Verstehens anderer mittels Empathie vom Kleinkindalter bis durch die Pubertät zunimmt (vgl. Hoffman 2000: 73-80). Er betont, dass genaue Angaben zu Stufen bzw. Unterstufen sowie genauen Altersangaben weiterhin offene Forschungsfragen sind (vgl. ebd.: 73). Fortschritte beim Älterwerden gibt es beispielsweise bzgl. des Wissens um aufgesetzte Gefühle, um die Möglichkeit, seinen Emotionsausdruck zu kontrollieren, hinsichtlich der Bewusstheit, ob die eigenen aktuellen Gefühle, das Resultat von Empathie sind, im Hinblick auf das Wissen über zeitgleich auftretende gegensätzliche Gefühle (z.B. Freude und Unmut) oder auch hinsichtlich des Berücksichtigens der Vorerfahrungen einer Person beim Einschätzen derer möglichen Gefühlsreaktionen auf etwas (vgl. ebd.: 73-79). Als nur bei Erwachsenen anzutreffende, hohe metakognitive Fähigkeiten voraussetzende, „Vervollkommnung“ von Empathie der vierten Entwicklungsstufe bezeichnet Hoffman die Fähigkeit zu Empathie gegenüber Menschen, die gegenwärtig und/oder längerfristig großes Leid, große Herausforderungen bzw. Krisen bewältigen müssen (z.B. Menschen in Trauerphasen, schwerstkranke Menschen, Menschen mit schwerkranken Kindern). Diesen Menschen flexibel bzw. situativ empathisch zu begegnen, d.h. fortlaufend während der Interaktionen realisieren zu können, wann welche Gefühle und Bedürfnisse in welcher Intensität bei ihnen im Vordergrund stehen und auf diese empathisch einzugehen, erfordere hochentwickelte Empathiefähigkeiten (vgl. ebd.: 78f.)⁵⁷.

4.3.5 Über die Situation hinausgehendes empathisches Unbehagen

Hoffman nimmt an, dass Kinder, sobald sie entwicklungsbedingt in der Lage sind, Konzepte von sich und anderen als fortwährende, beständige Personen mit unterschiedlichen Geschichten und Identitäten zu generieren, begreifen, dass Menschen Gefühle nicht nur spontan in einzelnen Situationen empfinden sondern auch in einer wiederkehrenden, beständigeren Form in Folge ihrer individuellen Lebensbedingungen und -erfahrungen (vgl. ebd.: 80). Er geht ferner davon aus, dass sie ab diesem Entwicklungsstadium fähig sind, empathisch auf von ihnen kognitiv imaginierte beispielsweise belastende Lebensbedingungen anderer zu reagieren und dieses sowohl in Anwesenheit als auch in Abwesenheit selbiger (vgl. ebd.: 80f.). Kinder, die in der Lage sind, durch Denkleistungen „empathic

⁵⁶ Hoffman führt als Beispiele das empathische Erfassen der Enttäuschung einer anderen Person darüber, dass ihr bzw. ihre Freund*in, ein Geheimnis verraten hat, der Enttäuschung einer anderen Person über ihre eigenen schlechten Leistungen oder auch der Angst einer anderen Person, von jemandem Hilfe anzunehmen, an (vgl. ebd.: 73).

⁵⁷ Zudem weist Hoffman darauf hin, dass insbesondere Angehörige helfender Berufe, er benennt hier als Beispiel Psychotherapeut*innen, durch ihre Erfahrungen zu einer weiteren Verfeinerung ihrer empathischen Fähigkeiten gelangen können (vgl. ebd.: 79). Leider führt er diese nicht detaillierter aus.

distress“ für die Lebensumstände anderer zu entwickeln haben die fünfte Entwicklungsstufe, das „Über die Situation hinausgehende empathische Unbehagen“ erreicht (vgl. ebd.: 80-86).^{58,59} In Ermangelung eindeutiger empirischer Befunde nimmt Hoffman an, dass Kinder möglicherweise im Alter von neun bis zehn Jahren oder auch erst ab Beginn der Pubertät diese Stufe erreichen (vgl. ebd.: 84f.). Er nimmt ferner an, dass sich der von Empath*innen durch ihre kognitive Vorstellung vom Leben des anderen in sich selbst erzeugte „empathic distress“ zusätzlich verstärken kann. Dieses ist beispielsweise der Fall, wenn Empath*innen durch ihre kognitiven Vorstellungen an ähnliche Erlebnisse in ihrer eigenen Biografie erinnert werden (vgl. ebd.: 80).

Für das Verständnis der fünften Entwicklungsstufe ist wesentlich, dass sie alle empathischen Fähigkeiten der vierten Stufe inkludiert, zusätzlich der Fähigkeit, sich die Lebensumstände anderer zu imaginieren. D.h., dass auf dieser Entwicklungsstufe ein Kind in der Lage ist in seinen empathischen Erregungsprozess neben diversen Erkenntnissen, die durch die fünf Mechanismen empathischer Erregung gewonnen wurden, zusätzliche kognitive Erkenntnisse über die Lebenslage einer leidenden Person mit einfließen zu lassen. In Face-to-Face-Interaktionen fließen, so Hoffman, die Gefühle, Gedanken und Erinnerungen, die in Empath*innen entstehen, infolge der aktuellen Hinweisreize der Person bzw. der Situation mit den Gefühlen, Gedanken und Erinnerungen zusammen, die in diesen infolge der geistigen Bilder entstehen, die sie sich von den allgemeinen Lebensbedingungen dieser Person konstruiert haben. Hoffman nimmt an, dass Empath*innen diese vielen Informationen gedanklich verarbeiten (gemeint ist Kombinieren, Durchdenken und Abwägen). Daraus resultiert ein umfassenderes Verstehen der leidenden Person, das, so Hoffmans Annahme, immer auch mit empathischen (durchaus auch widersprüchlichen⁶⁰) Gefühlen verbunden ist (vgl. ebd.: 7, 90).⁶¹

⁵⁸ Diese Reaktion ist Hoffmans Annahmen zufolge mit der vierten sozialkognitiven Entwicklungsstufe, der „awareness of self and others as having their own personal histories, identities, and lives beyond the immediate situation“ zu erklären.

⁵⁹ Als eine Subkategorie der fünften Entwicklungsstufe von Empathie versteht Hoffman die Fähigkeit, nicht nur mit „empathic distress“ auf die geistigen Bilder, die man sich von den Lebensumständen einer einzelnen leidenden Person gemacht hat, zu reagieren, sondern auch auf Bilder, die man sich über die Notlage benachteiligter ganzer Gruppen gemacht hat. Er führt hier als Beispiele u.a. Empathie gegenüber geistig behinderten Menschen, Kriegsoffern, politisch unterdrückten Gruppen sowie sozial ausgestoßenen bzw. verarmten Bevölkerungsgruppen an (vgl. ebd.: 85f.).

⁶⁰ Hoffman führt als ein Beispiel einen Besuch bei seinem terminal an Krebs erkrankten Kollegen im Krankenhaus an. Der Kollege unterhielt sich fröhlich und locker mit ihm über Sport und andere alltägliche Themen. Hoffman beschreibt, dass sich in derartigen Situationen durchaus eine Gemengelage aus empathischer Freude und empathischer Traurigkeit oder auch ein Nacheinander dieser unterschiedlichen Gefühle in Empath*innen zeigen kann (vgl. ebd.: 81).

⁶¹ Hoffman führt verschiedene Beispiele an, um diese Form der Empathie anhand konkreter Face-to-Face-Interaktionen zu illustrieren. Diese Beispiele spiegeln m.E. die fünfte Stufe der Empathie wider. Allerdings entspricht diese, meiner Einschätzung nach, weitgehend der von ihm bereits im Vorausgegangenen beschriebenen, nur bei Erwachsenen anzutreffenden, hohe metakognitive Fähigkeiten voraussetzenden „Vervollkommnung“ von Empathie der vierten Entwicklungsstufe.

„When a person has advanced through the five stages and encounters someone in physical, emotional, or economic distress, he or she is exposed to a network of information about the victim's condition. The network may include verbal and nonverbal expressive cues from the victim, situational cues, and one's knowledge about the victim's life. These sources of information are processed differently: Empathy aroused by nonverbal and situational cues is mediated by the largely involuntary, cognitively shallow processing modes (mimicry, conditioning, association). Empathy aroused by verbal messages from the victim or one's knowledge about the victim requires more complex processing by mediated association and role-taking. In role-taking's most highly developed form, observers may act out in their minds the emotions and experiences suggested by the above information and introspect on all of it. In this way they gain understanding and respond affectively to the circumstances, feelings, and wishes of the other, while maintaining the sense that this is a separate person from themselves.“ (ebd.: 90)

4.4 Zum Einfluss von Kausalattributionen auf empathisches Erleben

Laut Hoffman neigen Menschen dazu, Ereignissen spontan Ursachen zu zuschreiben, insbesondere wenn sie jemanden leiden sehen (vgl. ebd.: 93). Diese Kausalattributionen⁶² können in Empath*innen ein anfangs empfundenenes empathisches Unbehagen reduzieren, neutralisieren oder auch transformieren in andere empathische Gefühle (vgl. ebd.: 93-110). Hoffman unterscheidet vier solcher Gefühle, nämlich „sympathetic distress“ (mitfühlende(s) Sorge/Kummer/Unbehagen), „empathic anger“ (empathischen Ärger), „empathy-based guilt“ (empathische Schuldgefühle) und „empathy-based feeling of injustice“ (empathische Ungerechtigkeitsgefühle). Er nimmt an, dass sich unterschiedliche Kausalattributionen in Empath*innen sehr schnell⁶³ abwechseln und unterschiedliche Gefühle abschwächen bzw. verstärken können (vgl. ebd.: 108-110). Nachfolgend werden diese vier empathischen Gefühle erläutert.

Laut Hoffman wird anfängliches empathisches Unbehagen häufig in „sympathetic distress“ transformiert (vgl. ebd.: 95). Dieses stelle, so Hoffman, eine starke Motivation zu helfen⁶⁴ dar. Hoffman nimmt an, dass ab der dritten sozialkognitiven Entwicklungsstufe („awareness of self and others as having independent internal states“) Kinder unbewusst beginnen, Teile ihres empathischen Unbehagens in mitfühlendes Unbehagen umzuwandeln (vgl. ebd.: 6, 87-91). Auch bei erwachsenen Empath*innen wirke dieser Mechanismus fort, wobei empathisches Unbehagen auch bei diesen, so Hoffman, nicht vollständig in mitfühlendes Unbehagen transformiert werden würde, sondern in (durchaus unterschiedlichen) Teilen in

⁶² U.a. an dieser Stelle zeigt sich der Einfluss kognitiver Komponenten in Hoffmans theoretischen Annahmen zu empathischen Erregungsprozessen.

⁶³ Innerhalb einer Minute mehrmalig.

⁶⁴ Hoffman führt zahlreiche empirische Studien als Belege dafür an, dass „empathic distress“ bzw. „sympathetic distress“ als prosoziale Motive wirken, also als Antriebskraft, einer leidenden Person zu helfen (vgl. ebd.: 30-33). Zudem benennt er verschiedene Ursachen, warum „empathic distress“ nicht immer ein Helfehandeln nach sich ziehe. Beispielsweise kann die bloße Anwesenheit mehrerer Beobachter*innen der Hilfsbereitschaft jeder bzw. jedes einzelnen entgegenwirken (vgl. ebd.: 33). Zudem kann es in Situationen, in denen nur eine empathische Person anwesend ist, zu einem innerlichen Konflikt in dieser zwischen der Motivation, zu helfen und ihren egoistischen Motiven kommen, wodurch erstere gehemmt werden kann. Als potenzielle egoistische Antriebskräfte führt Hoffman u.a. Angst, Zeitverlust, versäumte Möglichkeiten, Energieaufwand sowie finanzielle Kosten an (vgl. ebd.: 33-35).

ihrem Erleben verbleiben würde (vgl. ebd.: 89). Allerdings können Kosten-Nutzen-Überlegungen oder Zuschreibungen, dass die/der Andere die Hilfe nicht verdiene, die Helfermotivation neutralisieren (vgl. ebd.)⁶⁵.

Ferner können in Empath*innen die Gefühle zwischen empathischem Unbehagen und empathischem Ärger schwanken oder letzterer kann ersteres gänzlich verdrängen (vgl. ebd.: 96-102). Beispielsweise können Empath*innen empathischen Ärger gegenüber Menschen empfinden, die sie für die Not der leidenden Person als verantwortlich sehen. Dieser kann sowohl ein empathisches Mitfühlen des Ärgers der leidenden Person sein, die diesen auch zeigt (Typ 1) und/oder auch ein Fühlen von Ärger gegenüber den „Täter*innen“, obwohl die leidende Person, keinen Ärger sondern Traurigkeit oder Enttäuschung zeigt (Typ 2) (vgl. ebd.: 97f.). Beides gilt bei Hoffman als empathischer Ärger. Diesen versteht er als ein prosoziales Motiv, da er bei Ungerechtigkeit bzw. Grenzverletzungen in Empath*innen Kraft mobilisieren und zu mutigem Hilfehandeln führen kann (vgl. ebd.: 100-102).

Zudem können Empath*innen gegenüber leidenden Menschen nach anfänglichem empathischen Unbehagen auch empathische Schuldgefühle entwickeln (vgl. ebd.: 102-107). Als Ursache führt Hoffman die Zuschreibung des „sich selbst für schuldig Erklärens, wenn man nicht eingreifen würde“ („anticipatory guilt over inaction“), an (vgl. ebd.). Auch empathische Schuldgefühle versteht Hoffman als prosoziales Motiv, da sie Empath*innen motivieren (können), trotz vorhandener egoistischer Motive (z.B. Angst oder der Absicht, nicht verwickelt zu werden) zu helfen (vgl. ebd.).

Menschen stellen zudem kognitive Rückschlüsse darüber an, ob ein leidender Mensch seine Notlage „verdient“, z.B. ob er faul, zu risikofreudig, dumm, etc. war (vgl. ebd.: 107f.). Bei Folgerungen, die dazu führen, dass dieser Mensch als gut, unschuldig und daher seine Notlage als unverdient betrachtet wird, kann das empathische Unbehagen in Empath*innen in empathische Ungerechtigkeitsgefühle transformiert werden.

4.5 Störfaktoren in empathischen Prozessen

Hoffman benennt „empathic over-arousal“ und „empathic bias“ als bedeutsame Einflussfaktoren, die empathische Prozesse negativ beeinflussen können. In seiner Monografie widmet er diesen beiden Faktoren ein eigenes Kapitel (vgl. ebd.: 197-217)⁶⁶. Den Begriff

⁶⁵ Dem Opfer die Verantwortung für sein Leid zu zuschreiben, reduziere oder neutralisiere laut Hoffman den „empathic distress“, der beispielsweise beim „empathic over-arousal“ zu „personal distress“ geworden ist (vgl. ebd.: 93ff., 109f.). Diese Kausalattribution bezeichnet Hoffman als Distanzierungs- bzw. kognitive Abwehrstrategie (vgl. ebd.).

⁶⁶ Daneben beeinflussen laut Hoffmans Analyse empirischer Studien auch das eigene momentane Wohlbefinden die Tendenz, empathisch zu reagieren. Beispielsweise können eigene Sorgen, einen Fehler zu machen

„empathic over-arousal“ wählt Hoffman, um einen Prozess in Empath*innen zu beschreiben, bei dem sich anfängliches empathisches Unbehagen in ein Gefühl der persönlichen Bedrängnis bis hin zu persönlicher Verzweiflung wandelt. „Empathic over-arousal“ (vgl. ebd.: 198-205) ist abhängig von der Intensität und dem „Hervorspringen“ des Leids der anderen. Je intensiver und hervorstechender die Hinweisreize der Notlage der anderen, desto größer der „empathic distress“ der Empath*innen. Hoffman definiert „empathic over-arousal“ wie folgt:

„Since empathic distress itself can be intense and highly aversive, it can at times divert the attention of observers away from the victim to their own very real distress. This “empathic over-arousal” can be defined as an involuntary process that occurs when an observer’s empathic distress becomes so painful and intolerable that it is transformed into an intense feeling of personal distress, which may move the person out of the empathic mode entirely (Hoffman, 1978).“ (Hoffman 2000: 198, Hervorhebung im Original)

Hoffman erläutert, dass es durch das Zusammenwirken der multiplen empathischen Erregungsmodi zu „empathic over-arousal“ kommen kann, allerdings reiche auch bereits ein Erregungsmodus aus (vgl. ebd.: 198f.). Laut Hoffman gibt es bislang noch wenig Forschung, um den Prozess näher zu klären, wann und wie „empathic distress“ zu „empathic over-arousal“ führe und was daraus resultiere (vgl. ebd.: 199-203). Hoffman nimmt drei Gründe an, die individuelle Unterschiede bei Empath*innen hinsichtlich „empathic over-arousal“ erklären können: 1. Unterschiede in der empathischen Tendenz, 2. hinsichtlich der Fähigkeit zu helfen und 3. hinsichtlich der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren (vgl. ebd.: 203f.).

1. Unterschiede in der empathischen Tendenz: Hoffman führt hierzu empirische Studien mit Kindergärtner*innen, Pflegestudierenden und auch Psychotherapeut*innen an. Diese geben Hinweise darauf, dass besonders hochempathische Berufstätige im Vergleich zu ihren weniger empathischen Kolleg*innen gefährdet sind, in extrem schmerzlichen Situationen mit „empathic over-arousal“ zu reagieren. Infolgedessen neigen diese Berufstätigen in entsprechenden Interaktionssituationen eher dazu, sich defensiver Strategien zu bedienen bzw. ihre am Anderen orientierte helfende Haltung zu verlieren (vgl. ebd.: 203).

2. Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit zu helfen⁶⁷: Hoffman führt als Beleg für den Einfluss der Fähigkeit Berufstätiger, zu helfen auf deren Risiko, mit „empathic over-arousal“ zu reagieren, eine Studie von Williams (1989) mit Pflegestudierenden an: *„After six months on the job, these student nurses realized they could make a difference in the patients` lives*

oder Anerkennung/Zustimmung zu verlieren empathiehemmend wirken ebenso wie eigenes ausgeprägtes körperliches Unbehagen, z.B. in einer lauten Umgebung (vgl. ebd.: 198).

⁶⁷ Gemeint ist an dieser Stelle meines Erachtens die Hilfsfähigkeit beruflicher Empath*innen, d.h. ihre berufliche Handlungskompetenz.

and that was enough to bring an end to their empathic over-arousal and avoidance of terminally ill patients” (Hoffman 2000: 204).

3. Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren: Die eigene Vulnerabilität für „empathic over-arousal“ kann, so Hoffman, reduziert werden durch die Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren und mit eigenen Sorgen konstruktiv umzugehen. Hoffman verweist auf empirische Studien an Kindern, die belegen, dass Kinder, denen von ihren Eltern Copingstrategien vermittelt wurden, um mit ihren eigenen Angstgefühlen bzw. Sorgen umzugehen, weniger anfällig für „empathic over-arousal“ waren, als Kinder, deren Eltern ihnen keine Copingstrategien beibrachten. Ferner seien Kinder anfällig für „empathic over-arousal“, die eine niedrige empathische Reizschwelle haben und es allgemein schwierig finden würden, ihre Gefühle zu regulieren. Diese Kinder würden mit geringerer Wahrscheinlichkeit anderen helfen (vgl. ebd.: 204).

Hoffman formuliert folgende Hypothesen über „empathic over-arousal“ (vgl. ebd.: 204f.):

„(a) The intensity of observers` empathic distress and their motivation to help increases with the intensity of the victim`s distress.

(b) At some point, as the observer approaches his or her threshold of distress tolerance and becomes empathically over-aroused, the observer may think of leaving the situation and if that option is available, as with a stranger, the observer may leave or turn off emotionally by consciously or unconsciously using perceptual or cognitive strategies to gain distance from the victim.

(c) But when a person is in a relationship and committed to help another (owing to some combination of empathic distress, love, and role expectations), empathic over-arousal may intensify both the person`s focus on the victim and his or her motivation to help. The person may feel compelled to maintain contact with the victim and struggle to achieve a balance between feeling empathically distressed and distancing (temporary distancing in the service of helping?). The person will likely feel both empathic distress and sympathetic distress, side by side or in sequence, as in the distinction between the two that I made earlier (chapter 3). [...] If a person continues to help in these relationships, especially if the person is highly empathic to begin with, he or she is apt to help the victim, through at the cost of being vulnerable to vicarious traumatization. Vicarious traumatization can thus be an occupational hazard associated with being an empathic clinician with certain patients.” (ebd.: 204-205)

Einen zweiten Störfaktor in empathischen Prozessen bezeichnet Hoffman mit dem Begriff „empathic bias“. Dieser Begriff beschreibt die Anfälligkeit empathischer Prozesse für zwei Arten von Verzerrungen, den „familiarity bias“ und den „here-and-now bias“ (vgl. ebd.: 197, 206-213). Der „familiarity bias“ hänge, so Hoffman, v.a. von der Beziehung zwischen der leidenden und der empathischen Person ab. Die meisten Menschen reagieren empathischer gegenüber Familienmitgliedern, Mitgliedern ihrer In-Group, engen Freunden und gegenüber Menschen, deren Bedürfnisse, Interessen bzw. Persönlichkeitseigenschaften ihren eigenen ähneln („familiarity bias“) (vgl. ebd.: 197). Zudem haben Menschen die Tendenz, eher Empathie mit leidenden Personen zu zeigen, die in der Situation präsent sind, als mit denjenigen, die ähnliches Leid empfinden, aber nicht anwesend sind („here-

and-now bias“). Für beide Neigungen führt Hoffman diverse empirische Belege an (vgl. ebd.: 206-213.).

Er argumentiert zudem, dass den beiden soeben skizzierten „empathic bias“ entgegengewirkt werden kann, indem Empathie in moralische Prinzipien wie „caring“ und „justice“ eingebettet wird (vgl. ebd.: 213, 216, 287-298)⁶⁸. Darüber hinaus schreibt er beiden Fehlern ebenso wie dem Zustand der empathischen Übererregung auch eine selbstregulierende bzw. -schützende Funktion zu. Diese Mechanismen schützen Menschen davor, sich durch Mitfühlen mit allem und jedem („diffuse empathy“) zu verlieren bzw. handlungsunfähig zu werden (vgl. ebd.: 215).

5. Entwicklungspsychologische Perspektive auf Empathie (Bischof-Köhler)

Die renommierte deutsche Professorin für Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München Dr.in Dr.in Doris Bischof-Köhler arbeitet seit Mitte der 1980er-Jahren zur Entwicklung sozialer Erkenntnisformen bei Kindern sowie Jugendlichen und gilt als Expertin für die Entwicklung von Empathie und Theory of Mind. In ihrem 75. Lebensjahr erschien 2011 erstmalig ihr wissenschaftlich fundiertes Lehrbuch *„Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend: Bindung, Empathie, Theory of Mind“*, das ihr umfangreiches Fachwissen zu diesem Themenfeld detailliert bündelt. Bischof-Köhler stellt in dieser Publikation die soziale Entwicklung von Kindern unter einer integrativen Perspektive dar, indem sie das Zusammenspiel/-wirken emotionaler, motivationaler, motorischer sowie kognitiver Entwicklungsschritte detailliert herausarbeitet. Für die vorliegende Forschungsarbeit von Interesse sind insbesondere ihre umfangreichen Erkenntnisse zur Entwicklung sozialer Erkenntnisformen bei (Klein-)Kindern (vgl. Bischof-Köhler 2011: Kapitel 10-14 bzw. S. 237-353). Bischof-Köhler unterscheidet hierbei die drei Konzepte „Gefühlsansteckung“, „Empathie“ sowie „Theory of Mind“ (inklusive Perspektivenübernahme)⁶⁹. Als Bezugsrahmen für ihre über drei Jahrzehnte andauernde empirische sowie teoriengenerierende wissenschaftliche Arbeit in diesem Spezialgebiet nutzt Bischof-Köhler phylogenetische sowie tiervergleichende Betrachtungen (vgl. ebd.: 5). Ihr Lehrbuch umfasst neben theoretischen Ansätzen auch diverse entwicklungspsychologische Forschungsarbeiten an Kindern unterschiedlichster Altersstufen.

⁶⁸ An dieser Stelle verweise ich auf Hoffmans theoretische Annahmen zur Verknüpfung von Empathie und moralischen Prinzipien, die er in den Kapiteln 9-13 seiner Monografie ausführt.

⁶⁹ Bischof-Köhler erläutert in diesem Zusammenhang zudem einige weitere Formen der sozialen Bezugnahme zwischen Säugling und Bezugsperson im ersten Lebensjahr wie „Social referencing“, „Joint attention“, „Zeigen und Verständnis der Zeigegeste“ sowie „Sensitivität für zielgerichtete Handlungen“ die für das Erkenntnisinteresse des vorliegenden Dissertationsprojektes nicht relevant sind (vgl. ebd. 2011: 248-255).

Nachfolgend wird zunächst anhand von drei prägnanten Definitionen erläutert, was Bischof-Köhler unter dem den o.a. drei Konzepten übergeordneten Konstrukt „Soziale Kognition“ (ebd.: 237) versteht (vgl. ebd.: 237-240). Anschließend wird die Entwicklung sozialer Erkenntnisformen unter Rückgriff auf Bischof-Köhlers theoretische sowie empirische Arbeit entlang den Konzepten „Gefühlsansteckung“ (ab Lebensbeginn), „Empathie“ (ab der Mitte des zweiten Lebensjahres einsetzend) sowie „Theory of Mind“ (inklusive Perspektivenübernahme) (ab der Mitte des vierten Lebensjahres einsetzend) dargelegt (vgl. ebd.: 237-353). Die Darlegung der drei sozialen Erkenntnisformen umfasst jeweils Begriffsbestimmungen, theoretische Ansätze zu den zugrundeliegenden Wirkmechanismen sowie empirische Befunde entwicklungspsychologischer Untersuchungen.

5.1 Zum Konstrukt „Soziale Kognition“

Bischof-Köhler definiert den Begriff „soziale Kognition“ zunächst wie folgt:

*„**Soziale Kognition** umfasst alle Leistungen, die Aufschluss über die psychische Verfassung eines Anderen liefern (Fremdverständnis). Hierunter zählen seine Wahrnehmungen, Intentionen, Emotionen, Gedankeninhalte und Pläne, aber auch Hintergrundinformationen, die sich auf seine Eigenarten und seine Biographie beziehen.“* (ebd.: 237, Hervorhebung im Original)

In einem zweiten Schritt differenziert sie den Kognitionsbegriff, um die Anfänge sozial-kognitiver Leistungen bei Säuglingen und Kleinkindern sowie deren Weiterentwicklung beschreiben und erklären zu können. Hierzu unterscheidet sie einen engeren von einem weiteren Kognitionsbegriff (vgl. ebd.: 37, 237f.).

*„**Kognition im engeren Sinn:** (in der Psychologie übliches Verständnis von Kognition) Denken in Vorstellungen und Begriffen, Vernunft, rationale Erkenntnis, Problemlösen durch Einsicht.“* (ebd.: 37, Hervorhebung im Original)

*„**Kognition im weiteren Sinn:** Alle Leistungen, die einem Lebewesen ermöglichen, zum Zwecke der Anpassung relevante Sachverhalte zur Kenntnis zu nehmen. Neben dem Denken zählen dazu Wahrnehmung, Gedächtnisleistungen sowie die Fähigkeit, mit Emotionen zu reagieren. Konkret ist davon auszugehen, dass das Baby im ersten Lebensjahr nur über Kognition im weiteren Sinn verfügt. Es ist mit einer Reihe von angeborenen Motivationen ausgestattet, die es ihm ermöglichen, sich zielgerichtet zu verhalten, obwohl es den Sinn dieser Ziele noch nicht einzusehen vermag. Dabei spielen die Emotionen als prärationale Steuer- und Bewertungsmechanismen eine zentrale Rolle.“* (ebd.: 37, Hervorhebung im Original)

Laut Bischof-Köhler sind Säuglinge bereits fähig, sich auf die Verfassung ihres Gegenübers, die sich in dessen Ausdrucksverhalten zeigt, zu beziehen, um ihr Verhalten erfolgreich an ihre Umweltbedingungen anzupassen, ohne dass diese Bezugnahme jedoch „schon mit einer Einsicht in fremdes Seelenleben verbunden“ (ebd.: 237, Hervorhebung im Original) ist (vgl. ebd.: 237f.). Bischof-Köhler führt in diesem Zusammenhang u.a. das Phänomen der Gefühlsansteckung ein, das im Folgenden erläutert werden soll (vgl. ebd.: 240-248).

5.2 Zur ersten sozialen Erkenntnisform „Gefühlsansteckung“⁷⁰

Gefühlsansteckung definiert die Psychologin Bischof-Köhler folgendermaßen:

„Bei Gefühlsansteckung handelt es sich um die Teilhabe an der emotionalen Verfassung einer anderen Person, ohne dass diese aber als Quelle der Mitempfindung wahrgenommen wird. Bekundungen von Gefühlsansteckung treten faktisch von Beginn des Lebens an auf: [...]“ (ebd.: 241)

Als Synonyme für „Gefühlsansteckung“ verwendet Bischof-Köhler die Bezeichnungen „Gefühlsübertragung“ sowie „Stimmungsübertragung“. Bei dem Mechanismus der Gefühlsansteckung handelt es sich, so die Entwicklungspsychologin, um *„einen vergleichsweise primitiven Mechanismus [...], der bei allen sozial lebenden Tieren von eminenter Bedeutung“* (ebd.: 241) sei. Sie führt weiter aus, dass mittels dieses Mechanismus *„sich die motivationale Verfassung eines Artgenossen aufgrund seines Ausdrucksverhaltens auf den Beobachter überträgt. Dadurch werden die unterschiedlichen Motivlagen der Gruppenmitglieder - wie z.B. Fressen-, Trinken-, Ruhewollen - synchronisiert.“* (ebd.: 241). Das Phänomen der Stimmungsübertragung verhindere, so Bischof-Köhler, dass die Gruppe nicht durch disruptive Verhaltensweisen einzelner Artgenossen in Gefahr gerate (vgl. ebd.: 241). Bischof-Köhler nimmt an, dass das Mitempfinden, das durch die Gefühlsübertragung ausgelöst wird, die phylogenetische Grundlage sein könnte, auf der komplexere Mechanismen wie Empathie aufbauen könnten, die tatsächliche Einblicke in die psychische Verfassung anderer ermöglichen (vgl. ebd.: 242). Laut ihr beruhe Empathie ähnlich wie Gefühlsansteckung auf emotionalem Mitempfinden, doch sei erstere mit der Erkenntnis verbunden, dass es sich um das Gefühl des Gegenübers handle (vgl. ebd.). Bischof-Köhler führt vier Erklärungsansätze bzw. Theorien zur Gefühlsübertragung an, nämlich erstens „Konditionierung“, zweitens „Assoziation“, drittens das „Ideomotorische Gesetz“ (= „Carpenter-Effekt“/„motor mimikry“) sowie viertens „Direkte Induktion“ (vgl. ebd.: 242-248, 255)⁷¹. Da ihre ersten drei Erklärungsansätze zur Gefühlsübertragung identisch mit Hoffmans ersten drei primitiven, automatisch ablaufenden Mechanismen der empathischen Erregung sind, die in den vorausgegangenen Unterkapiteln 4.2.1, 4.2.2 und 4.2.3 ausführlich beschrieben wurden, wird auf diese drei hier nicht weiter eingegangen⁷². Der vierte theoretische Ansatz von Bischof-Köhler „Direkte Induktion“ erklärt das Phänomen der

⁷⁰ Ab dem Lebensbeginn.

⁷¹ Bischof-Köhler vertritt zu der Annahme, dass Spiegelneuronen *„die neurophysiologische Grundlage und damit zugleich auch die Erklärung für alle denkbaren Phänomene der sozialen Kognition bei Mensch und Tier bis hin zu Empathie und Theory of Mind“* seien (ebd.: 246, Hervorhebung im Original) eine fundiert begründete distanziert-kritische Position (vgl. ebd.: 245-248).

⁷² Bischof-Köhlers erster Erklärungsansatz „Konditionierung“ entspricht Hoffmans zweitem empathischen Erregungsmechanismus „Klassische Konditionierung“, ihr zweiter Erklärungsansatz „Assoziation“ entspricht Hoffmans drittem empathischen Erregungsmechanismus „Direkte Assoziation“ und ihr dritter Erklärungsansatz „Ideomotorisches Gesetz“ („Carpenter-Effekt“/„motor mimikry“) entspricht Hoffmans erstem Erregungsmodus „Mimikry“.

Gefühlsübertragung durch einen angeborenen Auslösemechanismus (vgl. ebd.: 245-248, 255), der von Hoffman (2000) nicht beschrieben wurde und daher im Folgenden skizziert werden soll. Bischof-Köhler beschreibt unter Rückgriff auf McDougall (1908) „Direkte Induktion“ als einen im Vergleich zur Mimikry kürzeren, ‚vorverdrahteten‘ (vgl. ebd.: 247) Mechanismus der Gefühlsübertragung, der im Gegensatz zur Mimikry nicht mit dem Zwischenschritt der motorischen Aktivierung und entsprechender kinästhetischer Rückmeldung arbeitet, sondern einen angeborenen, direkten Auslösemechanismus zwischen Ausdruckswahrnehmung und Emotionserzeugung im Beobachtenden postuliert (vgl. Bischof-Köhler 2011: 247).

„Der Prozess verläuft vielmehr so, dass die sensorische Meldung des Ausdrucksverhaltens eines Anderen direkt die korrespondierende Emotion im Beobachter auslöst, und dass diese es ist, die den entsprechenden Ausdruck im Beobachter verursacht.“ (Bischof-Köhler 2011: 247)

5.3 Zur zweiten sozialen Erkenntnisform „Empathie“⁷³

Angesichts der bis heute in der Psychologie vorherrschenden Heterogenität an Empathie-Definitionen bemüht sich Bischof-Köhler um eine eigene Definition des Phänomens Empathie, bei der sie bewusst eine phänomenale von einer funktionalen Ebene der Betrachtung unterscheidet (vgl. ebd.: 260f.). Sie erläutert den Unterschied dieser zwei Möglichkeiten, Empathie zu definieren, wie folgt:

„Die phänomenale Definition ist strikt deskriptiv; sie versucht, die unmittelbar erfahrbare Erlebnisqualität möglichst anschaulich nachzuzeichnen. Demgegenüber richtet sich die funktionale Definition auf die reizseitigen Bedingungen - d.h. auf die Reize, die das Erlebnis auslösen - und auf die innerorganismischen Mechanismen und Prozesse, die ihm zugrunde liegen.“ (ebd.: 260, Hervorhebung im Original)

5.3.1 Bischof-Köhlers phänomenale Definition von Empathie

Bischof-Köhlers phänomenale Definition von Empathie gibt das nachfolgende Zitat wieder, in dem sie u.a. die Unmittelbarkeit des empathischen Mitempfindens hervorhebt und Empathie explizit von Gefühlsansteckung und Perspektivenübernahme abgrenzt.

*„**Empathie:** Phänomenal ist Empathie die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage oder auch der Intention eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe bleiben Gefühle bzw. Intention aber anschaulich dem Anderen zugehörig. Empathie ist gleichbedeutend mit Einfühlung und Mitempfindung, nicht aber mit Mitgefühl [...].“*

Empathie ist zu unterscheiden von

- **Gefühlsansteckung:** *Die Stimmung des Anderen ergreift vom Beobachter selbst Besitz und wird dabei ganz zu dessen eigenstem Gefühl, ohne dass ihm der Andere als dessen Auslöser bewusst wird [...].*

⁷³ Ab der Mitte des zweiten Lebensjahres.

- **Perspektivenübernahme:** Erkenntnisakt, bei dem die subjektive Verfassung des Anderen rein rational erschlossen wird, ohne dass eigenes Mitempfinden daran beteiligt sein muss [...].“ (ebd.: 261, Hervorhebung im Original)

5.3.2 Bischof-Köhlers funktionale Definition von Empathie

Die funktionale Definition von Empathie fokussiert, wie in dem o.a. Zitat beschrieben, erstens den Aspekt „reizseitige Bedingungen“ sowie zweitens den Aspekt „innerorganismische Mechanismen und Prozesse“.

Zum ersten Aspekt: Laut Bischof-Köhler kommen als Reizgrundlage für das empathische Geschehen zwei Auslösebedingungen in Frage, nämlich erstens „ausdrucksvermittelte Empathie“ (ebd.: 261) und zweitens „situationsvermittelte Empathie“ (ebd.). Gemeint ist, dass sowohl das Ausdrucksverhalten einer Person als auch die konkrete Situation, in der sie sich befindet, auf einen Beobachtenden als Reiz wirken können, der einen empathischen Prozess auslöst (vgl. ebd.)⁷⁴. Auf diese beiden Auslösebedingungen wird weiter unten näher eingegangen.

Zum zweiten Aspekt: Bischof-Köhler differenziert drei Problemstellungen im Hinblick auf die Betrachtung der innerorganismischen Mechanismen und Prozesse des empathischen Geschehens:

„1. Das Problem der Gefühlsübertragung:

Wie wird man als Beobachter des Gefühls eines Anderen teilhaftig?

2. Das Problem des sozialen Erkenntnisgewinns:

Wie erkennt man, dass das nachempfundene Gefühl eigentlich einem Anderen zugehört?

3. Das Problem der motivationalen Konsequenzen:

Wie wirkt sich das empathische Erlebnis auf der Handlungsebene aus?“

(ebd.: 261, Hervorhebung im Original)

5.3.2.1 Theorien zur Gefühlsübertragung

Die Antwort der ersten Fragestellung liefern, so die Entwicklungspsychologin, die vier im vorausgegangenen Unterkapitel 5.2 rezipierten Theorien zur Gefühlsübertragung (Assoziation, Konditionierung, Ideomotorisches Gesetz und Direkte Induktion) (vgl. ebd.: 261).

5.3.2.2 Das Konzept der „Ich-Andere-Unterscheidung“

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung verweist sie auf das Konzept der „Ich-Andere-Unterscheidung“ (vgl. ebd.: 263-266). Darunter versteht sie im Zusammenhang mit Empathie nicht ein physisches Abgrenzungsvermögen sondern die Fähigkeit einer „psychische(n) Abgrenzung eines Ich, dem Ich-eigenes Erleben zugeordnet werden kann,

⁷⁴ Bischof-Köhler ergänzt eine dritte Auslösebedingung von Empathie, nämlich Erzählungen über das Ausdrucksverhalten und/oder die Situation anderer Personen (vgl. ebd.: 261). Diese Form der Empathieauslösung wird für Kleinkinder allerdings erst mit fortschreitendem Alter relevant (vgl. ebd.).

von einem Anderen als Träger des ihm zugehörigen Erlebens.“ (ebd.: 265, Hervorhebung im Original). Bischof-Köhler führte in den 1980er und 1990er-Jahren mehrere Untersuchungen zur Entwicklung von Empathie mit Zweijährigen (15.-24. Monat) durch und generierte bedeutsame Erkenntnisse über die Entwicklung des o.a. psychischen Abgrenzungsvermögens (vgl. ebd.: 266-270). In diesen konnte sie u.a. einen Zusammenhang von Selbsterkennen und dem ersten Auftreten von Empathie empirisch nachweisen (vgl. ebd.). Sie fand heraus, dass Kinder ab der Mitte des zweiten Lebensjahres in der Lage sind, sich selbst im Spiegel zu erkennen. Nur die zweijährigen Kinder, die diese Fähigkeit zur Selbstobjektivierung bereits entwickelt hatten, waren in Bischof-Köhlers Studien in der Lage, empathisch auf die Gefühle ihrer Spielpartner zu reagieren. Der Entwicklungsschritt „*Sich der eigenen Außenseite bewusst (zu) werden: Selbsterkennen im Spiegel*“ (ebd.: 269) ermöglicht, so Bischof-Köhler, Kindern ab der Mitte des zweiten Lebensjahres auch eine zunehmende Differenzierung ihres emotionalen Erlebens. Gemeint ist eine Ich-Andere-Unterscheidung im Sinne einer „*psychische(n) Abgrenzung von Ich (Me) und Du (You)*“ (ebd.: 270) (vgl. ebd.: 266-270, 146-157). Kinder können ab diesem Entwicklungsfortschritt⁷⁵ automatisch differenzieren zwischen primär eigenem Kummer und empathisch mitempfundenden Kummer, der eigentlich in Anderen verankert ist und auf diese verweist (vgl. ebd.: 270). Diese gereifte Fähigkeit zur Selbstobjektivierung bzw. zur psychischen Ich-Andere-Unterscheidung bildet nach Bischof-Köhler die wesentliche Voraussetzung sowohl für die Entwicklung ausdrucks- als auch situationsvermittelten empathischen Erlebens (vgl. ebd.: 280).

„Ausdrucksvermittelte Empathie kann auf der Basis von Gefühlsansteckung entstehen, sobald eine psychische Ich-Andere-Unterscheidung getroffen wird, wodurch mitemfundene Gefühle auf ihren eigentlichen Träger bezogen werden können.“ (ebd.: 280, Hervorhebung im Original)

Bischof-Köhler führt als Mechanismus, der der situationsvermittelten Empathie zugrunde liegt die „synchrone Identifikation“ an (vgl. ebd.: 68-71, 271-280). Synchrone Identifikation stellt eine Leistung dar, die um die Mitte des zweiten Lebensjahres gemeinsam mit der Vorstellungstätigkeit einsetzt (vgl. ebd.: 68, 272). Im Zusammenhang mit situationsvermittelter Empathie ermöglicht der Mechanismus der synchronen Identifikation den unmittelbar erfolgenden „*identifikatorische(n) Mitvollzug der Lage einer anderen Person*“ (ebd.: 271, Hervorhebung im Original), der korrespondierende Gefühle in Empath*innen auslöst.

„Für die situationsvermittelte Empathie ist identifikatorischer Mitvollzug maßgeblich. Das bewusst gewordene Ich (Me) lässt den Anderen, das Du, als einen erscheinen, der im Prinzip von derselben

⁷⁵ Sofern er gelingend verläuft (siehe zum Einfluss von Bindungsqualität auf die Empathieentwicklung von Kindern das Unterkapitel 5.3.3 des Teils I der vorliegenden Arbeit).

Art ist wie man selbst (Erfahrung einer Wesensverwandtschaft)⁷⁶. Damit wird er zum Auslöser für eine synchrone Identifikation und seine Situation wird erfahren als wäre es eine eigene.“ (ebd.: 280, Hervorhebung im Original).

„Auch in diesem Fall erlaubt die Ich-Andere-Unterscheidung, das induzierte Gefühl auf den Anderen und seine Situation zu beziehen und dadurch zu erkennen, dass es seine Lage kennzeichnet.“ (ebd.: 272, Hervorhebung im Original)

5.3.2.3 Prosoziale und sozial-negative Folgen der Empathie

Zur dritten Fragestellung: Bischof-Köhler unterscheidet bei der Beantwortung der Frage nach den motivationalen Konsequenzen der Empathie bewusst zwischen dem anfänglich mitempfundene empathischen Gefühl und möglichen hinzukommenden weiteren Gefühlen und Motivationen, die „eine Art Legierung“ (ebd.: 309) mit ersterem eingehen (vgl. ebd.: 281-292)⁷⁷. Sie hebt hervor, dass die in der Literatur weitverbreitete Annahme, dass aus empathischen Mitempfinden zumeist Mitgefühl oder Mitleid⁷⁸ und daraus abgeleitetes Hilfehandeln entstehe, zu einseitig die motivationalen Konsequenzen der Empathie beschreibe (vgl. ebd.: 281-292). Bischof-Köhler führt diverse Studien an, die belegen, dass Empathie sowohl prosoziale als auch sozial-negative Folgen haben kann (vgl. ebd.: 283-286 + 289-292).

„Empathie hat eine Kehrseite; sie kann auch in Gefühlen und Handlungen resultieren, die eine sozialnegative Charakteristik haben. In diesen Fällen geht das empathische Mitempfinden eine Verbindung mit egoistischen Motiven ein. So kann faktisch die gleiche Situation in einem Fall Mitgefühl hervorrufen, in einem anderen Fall hingegen Schadenfreude. Bei dieser genießt der Beobachter den mitempfundene Kummer des Opfers, [...]. Bei Schadenfreude kommt es gleichsam zu einer Legierung des Unbehagens einerseits mit den komplementären Gefühlen der Genugtuung und der Freude andererseits. In diesem Fall ist Empathie mit aggressiven Impulsen gekoppelt.“ (ebd.: 289f., Hervorhebung im Original)

Als mögliche prosoziale Folgegefühle bzw. Handlungsimpulse des empathischen Erlebens benennt Bischof-Köhler u.a. Mitfreude, Kooperation, Mitgefühl, Trösten, Hilfehandeln sowie Rücksichtnahme, als sozial-negative u.a. Sensationslust, Neid, Missgunst, Schadenfreude, Sadismus, Grausamkeit, moralische Aggression und Schädigungsaggression (vgl. ebd.:

⁷⁶ Das nachfolgende Zitat erläutert, wie bereits bei Säuglingen das Erleben einer Wesensverwandtschaft zu anderen Menschen aufgebaut wird. Dieses stellt eine zentrale Voraussetzung für die später einsetzende Leistung der synchronen Identifikation mit anderen dar: „Die Basis für die Erfahrung der Wesensverwandtschaft zwischen Ich und Du wird im ersten Lebensjahr in der Interaktion mit Bezugspersonen gelegt, die den Emotionsausdruck des Kindes in Form biologischer Spiegelung bzw. von affect attunement reflektieren und ihm damit eine Möglichkeit geben, subjektives inneres Erleben mit seinen äußeren Erscheinungsformen zu assoziieren.“ (ebd.: 280, Hervorhebung im Original) (vgl. ebd.: 273-279).

⁷⁷ Hier zeigen sich Parallelen zu den von Hoffman (2000) beschriebenen Einflüssen von Kausalattributionen sowie weiteren Faktoren auf empathisches Erleben und auch zu den von ihm angeführten Störfaktoren in empathischen Prozessen (s. Unterkapitel 4.4 und 4.5 des Teil I der vorliegenden Arbeit).

⁷⁸ Bischof-Köhler grenzt die Konzepte „Empathie“ (= Mitempfinden, Einfühlung) und „Mitleid/Mitgefühl“ bewusst voneinander ab, in dem sie u.a. betont, das

s Mitgefühl/Mitleid eine mögliche motivationale Konsequenz des empathischen Erlebens sei. Das nachfolgende Zitat gibt Bischof-Köhlers Definition von Mitgefühl/Mitleid wieder: „Mitgefühl/Mitleid: Das empathisch empfundene Unbehagen angesichts der defizitären Lage, der Notsituation eines Anderen lässt den Impuls entstehen, die Ursache des Leids zu beseitigen, indem man den Mangel für den Anderen behebt und damit auch die Ursache des Mitleidens zum Verschwinden bringt.“ (ebd.: 281, Hervorhebung im Original).

283-286 + 289-292). Zudem führt Bischof-Köhler unter Rückgriff auf empirische Studien diverse zusätzliche Faktoren aus, die die aus dem empathischen Erleben resultierenden emotionalen Reaktionen respektive prosozialen Handlungen unterschiedlich beeinflussen können: u.a. Stimmungslage und/oder aktuelle Motivation der Empath*innen, Vertrautheit/Vertrauenswürdigkeit der Anderen, Gruppenzugehörigkeit, Einstellung der Empath*innen zu den Betroffenen, Erfahrung, Kompetenzüberzeugungen sowie Autonomiegefühl der Empath*innen, Kosten des prosozialen Verhaltens, moralische Beurteilung sowie Rationalisierung⁷⁹, um einen empathischen Impuls zu entkräften (vgl. ebd.: 287-289, 309).⁸⁰

5.3.3 Einflüsse auf die Empathieentwicklung

Das folgende Zitat fasst die im Vorausgegangenen referierten Erkenntnisse Bischof-Köhlers zur Entwicklung von Empathie prägnant zusammen und leitet zugleich zu einem weiteren bedeutsamen Aspekt über. Gemeint sind die Einflüsse von Sozialisation bzw. „*persönliche(n) Erfahrungen empathischer Behandlung*“ (ebd.: 297) auf die Weiterentwicklung der Empathiefähigkeit.

„Zusammenfassend können wir festhalten, dass es sich bei Empathie um eine Kompetenz handelt, die in jedem Kind angelegt ist und sich spontan um die Mitte des zweiten Lebensjahres einstellt, sobald Kinder zur Selbstobjektivierung und zur synchronen Identifikation fähig werden und auf dieser Basis die subjektive Befindlichkeit einer anderen Person identifikatorisch mitvollziehen können. [...] Das Potential der Empathie, das zunächst einmal bei allen Kindern mit dem Einsetzen der Vorstellungstätigkeit gegeben ist, kann in seiner weiteren Entwicklung durch die Sozialisation wie auch durch persönliche Erfahrungen empathischer Behandlung in diese oder jene Richtung gelenkt werden, so dass die Empathiefähigkeit erhalten bleibt oder aber verkümmert.“ (ebd.: 292, 297)

Bischof-Köhler recurriert in diesem Zusammenhang u.a.⁸¹ auf Studien, die den Einfluss unterschiedlicher mütterlicher Erziehungsstile (vgl. Zahn-Waxler et al. 1979, 1992; Radke-Yarrow et al. 1983) und auch unterschiedlicher Bindungstypen⁸² zwischen Kind und elterlicher Bezugsperson (vgl. Bischof-Köhler 2000b) auf die Entwicklung des prosozialen sowie empathischen Verhaltens von Kleinkindern untersuchten (vgl. ebd. 2011: 292-300). In der Langzeitstudie der Forschungsgruppe um Zahn-Waxler konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass sich der induktive Erziehungsstil⁸³ der sensibel, empathisch und emotional engagiert agierenden Mütter äußerst positiv auf die Empathiefähigkeit ihrer

⁷⁹ Z.B. die Anderen seien selbst für ihr Schicksal verantwortlich (vgl. ebd.: 289).

⁸⁰ Auch hier zeigen sich Parallelen zu den von Hoffman (2000) beschriebenen Einflüssen von Kausalattributionen sowie weiteren Faktoren auf empathisches Erleben und auch zu den von ihm angeführten Störfaktoren in empathischen Prozessen (s. Unterkapitel 4.4 und 4.5 des Teil I der vorliegenden Arbeit).

⁸¹ Darüber hinaus referiert Bischof-Köhler Studien, die kulturelle Einflüsse auf die Empathieentwicklung bei Kindern in Deutschland, Israel, Indien, Malaysia sowie Indonesien untersuchten (vgl. ebd.: 295).

⁸² Vgl. Bischof-Köhler (2011: 212-236) zum Thema „Bindungsqualität und Bindungstypen“.

⁸³ Erläuterung zum induktiven Erziehungsstil: „*Darunter versteht man ein Vorgehen, bei dem die Erziehungsperson unerwünschtes Verhalten nicht einfach verbietet, sondern das Verbot mit einer Begründung verbindet. Im vorliegenden Fall bestand diese darin, die Kinder auf die emotionalen Folgen ihres Handelns beim Anderen hinzuweisen, also beispielsweise darauf, dass sie ihm wehtaten.*“ (ebd.: 294). Bezüglich weiterer Merkmale des induktiven Vorgehens sei auf Bischof-Köhlers Ausführungen verwiesen (vgl. ebd.: 294).

Kinder (10.-27. Monat) auswirkte (vgl. Bischof-Köhler 2011: 293f.). In der Studie von Bischof-Köhler zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Bindungsqualität und dem empathischen Verhalten von Kleinkindern (22.-23. Monat) (vgl. ebd.: 297-300). Während eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind einen positiven Einfluss auf das empathische Vermögen von Kindern hatte, zeigten alle unsicher gebundenen Kinder Schwierigkeiten in Empathie auslösenden Situationen. Sie reagierten in diesen Situationen mit vier typischen Verhaltensweisen/-auffälligkeiten, die Bischof-Köhler veranlassten, sie als „schnelle Helfer“, „Unbeteiligte“, „Gefühlsangesteckte“⁸⁴ sowie „Verwirrte“ zu kategorisieren (vgl. ebd.). Erstere reagierten auf den Kummer ihrer Spielpartner*innen, so Bischof-Köhler, mit raschem Hilfehandeln, um die belastende „Quelle des Mitempfindens zum Versiegen zu bringen“ (ebd.: 299), die zweiten mit emotionaler Teilnahmslosigkeit/Abschottung, die dritten mit emotionaler Überflutung⁸⁵ und die Letzten wirkten „selbstzentriert in ihrem Unbehagen“ (ebd.: 297) (vgl. ebd.: 297-300). Die Entwicklungspsychologin erklärt die Schwierigkeiten der unsicher gebundenen Kleinkinder, in Empathie auslösenden Situationen empathisch zu handeln, damit, dass sie Probleme bei der psychischen Ich-Andere-Unterscheidung haben (vgl. ebd.: 299f.). Sie nimmt an, dass bei den unsicher gebundenen Kindern, die Errichtung der psychischen Grenze nicht gelingend da sei, d.h., dass sie ihre Ich-Grenzen im Prozess des empathischen Mitschwingens nicht flexibel halten können (vgl. ebd.: 299).

„Beim wirklich empathischen Mitschwingen geht es darum, eine Balance herzustellen: Einerseits muss man Kummer zulassen können. Andererseits muss man sich von diesem Kummer aber weit genug absetzen, um den Bezug zur anderen Person aufrecht zu erhalten und nicht in ihrem Kummer zu versinken. Dazu müssen die Ich-Grenzen flexibel gehalten werden, einerseits durchlässig, aber im entscheidenden Moment auch stabil.“ (ebd.: 299)⁸⁶

Dadurch, dass unsicher gebundene Kinder empathisch mitempfundene Emotionen nicht als ausreichend im Du verankert erleben, geraten sie, so Bischof-Köhlers Hypothese, in Empathie auslösenden Situationen unter Druck und reagieren daraufhin mit (unterschiedlichen Formen der) „Empathieabwehr“ (ebd.: 300) (vgl. ebd.: 299f.). Sie lehnt es ab, unsicher gebundene Kinder pauschal als „nicht empathiefähig“ (ebd.: 300) i.S. eines Unvermögens zu charakterisieren. Bischof-Köhler nimmt vielmehr an, dass diese Kinder Probleme haben könnten, in empathischen Situationen „bei sich selbst überhaupt

⁸⁴ Bischof-Köhler erklärt, dass es einigen unsicher gebundenen Kinder nicht gelang, ihre Ich-Grenzen aufrechtzuerhalten, wodurch sie von Kummer ihrer Spielpartner*innen überflutet wurden. „Sie schwangen zwar emotional mit, vermochten die Emotion dann aber wegen der zusammengebrochenen Ich-Andere-Unterscheidung nicht auf das Du zu beziehen. Diese mangelnde Verankerung im Du ist der Hintergrund, warum wir die Gefühlsangesteckten zu den Nicht-Empathischen zählten, obwohl sie emotional äußerst betroffen waren.“ (ebd.: 299).

⁸⁵ Bischof-Köhler erläutert das Verhalten der gefühlsangesteckten Kinder wie folgt. „Diese Kinder weinten selbst und mussten bei der Mutter Trost suchen. Ihre Reaktion war selbstbezogen, die mitempfundene Emotion wurde nicht auf die Trauernde bezogen, folglich handelte es sich nicht um Empathie im definierten Sinn.“ (ebd.: 267).

⁸⁶ Hierzu war die Mehrzahl der sicher gebundenen Kinder auch im Stande (vgl. ebd.: 298f.).

Emotionen zu(zu)lassen“ (ebd.: 300), weshalb sie sich der o.e. abwehrenden Verhaltensweisen bedienen würden.

5.4 Zur dritten sozialen Erkenntnisform „Theory of Mind“⁸⁷ (inklusive Perspektivenübernahme)

Bischof-Köhler verwendet für die dritte soziale Erkenntnisform, die sich im vierten Lebensjahr entwickelt und einen sehr bedeutenden kognitiven Entwicklungsfortschritt darstellt, die Bezeichnung „Theory of Mind“ (ToM) (vgl. ebd.: 325-353). Die ToM stellt für heranwachsende Kleinkinder eine *„qualitativ neue Dimension des Denkens“* (ebd.: 334, Hervorhebung im Original) dar und wird von der Entwicklungspsychologin definiert als *„Fähigkeit, Bewusstseinsinhalte als Ergebnis mentaler Akte und somit als subjektiv zu erkennen“* (ebd.: 331). Ein Kind, in dem sich die Fähigkeit zur ToM ausgebildet hat, verfügt über ein *„explizites Verständnis für Bewusstseinsvorgänge“* (ebd.: 328, Hervorhebung im Original), d.h., es kann sich mentale Akte (z.B. des Denkens, des Vorstellens, des Wollens) als solche vergegenwärtigen (vgl. ebd.) und nicht nur eigene sondern auch die mentalen Zustände anderer zunehmend verstehen. Vor diesem bedeutsamen Entwicklungsfortschritt zur ToM halten Kinder, so die Entwicklungspsychologin, ihre Erlebnisweise der Welt für die einzig mögliche und damit für die „objektive“ Wirklichkeit, die auch anderen Menschen selbstverständlich verfügbar ist (vgl. ebd. 330).

„Kinder vor dem Alter von etwa dreieinhalb sind naive Realisten. Sie halten die Weise, wie die Welt ihnen erscheint, unhinterfragt für wahr und für alle zugänglich. Sie verstehen noch nicht, dass ihre Überzeugungen zu Sachverhalten nur Annahmen sind, die den realen Tatbestand treffen oder auch verfehlen können. Die Fähigkeit der Theory of Mind ermöglicht es nicht nur, über das Denken als Prozess nachzudenken, sondern auch die Akte des Wahrnehmens, Vorstellens, Fühlens und Wollens zum Gegenstand der Betrachtung zu machen.“ (ebd.: 330, Hervorhebung im Original)

Durch die Fähigkeit der ToM wird es, so Bischof-Köhler, vierjährigen Kindern erstmalig möglich, sich der Wirksamkeit von Perspektiven bzw. „Bezugssystemen“ bewusst zu werden sowie unterschiedliche Perspektiven bzw. „Bezugssysteme“ gleichzeitig zu beachten, einzubeziehen und miteinander zu vergleichen (vgl. ebd.: 339-341). Den Begriff „Bezugssystem“ führt sie wie folgt aus:

„Bezugssystem (frame of reference): Vergleichsmaßstab, nach dem sich die Eigenschaften ausrichten, die wir angetroffenen oder vergegenwärtigten Dingen zuweisen und die uns als absolut erscheinen, obwohl sie in Wirklichkeit relativ sind.“ (ebd.: 353, Hervorhebung im Original)

„Theory of Mind ist somit durch die Fähigkeit charakterisierbar, einander überlagernde Bezugssysteme gleichzeitig zu berücksichtigen. Wenn Kinder also im vierten Lebensjahr zu verstehen beginnen, dass andere Personen eine andere >> Perspektive<< haben als sie selbst und sich vorstellen, wie diese andere Perspektive beschaffen sein könnte, dann haben sie ihrem eigenen Bezugssystem das der anderen Person überlagert. Damit relativiert sich zugleich die eigene Perspektive. Sobald sie einsehen, dass ihre Gedankeninhalte nur Annahmen und Meinungen sind,

⁸⁷ Ab der Mitte des vierten Lebensjahres.

entwickeln sie eine Ahnung, dass die eigene Meinung zunächst einmal nur innerhalb des eigenen Bezugssystems gilt und in ihrem Wahrheitsgehalt nicht absolut ist.“ (ebd.: 341, Hervorhebung im Original)

Die Fähigkeit zur ToM entwickelt sich ab dem vierten Lebensjahr über die gesamte Kindheit und Adoleszenz hinweg weiter (vgl. ebd.: 336-346). Kindern, die den Entwicklungsschritt zur ToM vollzogen haben, ist es zunehmend immer differenzierter möglich, verschiedenste „*ToM-Leistungen*“ (ebd.: 353) zu vollbringen wie beispielsweise Erkennen von false belief⁸⁸, Verständnis für Täuschung und Lüge, Level-2-Perspektivenübernahme⁸⁹, affektive Perspektivenübernahme⁹⁰, Unterscheidung zwischen Wirklichkeit und Schein, referentielle Kommunikation⁹¹, Verständnis für andersartige Wünsche, Bedürfnisse, Emotionen, Intentionen bzw. Reaktionen sowie komplexere Formen, die Denkvorgänge und Perspektiven anderer zu erfassen (beispielsweise rekursives Denken⁹² sowie das Durchschauen der Spielstrategien anderer) (vgl. ebd.: 336-346, 353). Als alle diese „ToM-Leistungen“ verbindende Gemeinsamkeit beschreibt Bischof-Köhler die Fähigkeit, *„Sachverhalte als etwas wahrzunehmen, das durch mehrere, sich unterscheidende Bezugssysteme bestimmt sein kann.“* (ebd.: 353, Hervorhebung im Original)

Im Vorausgegangenen wurde bereits die Perspektivenübernahmefähigkeit als eine „ToM-Leistung“ aufgeführt. Wie die nachfolgenden Definitionen zeigen, grenzt Bischof-Köhler die Konzepte „Perspektivenübernahme“ und „Empathie“ bewusst voneinander ab. Perspektivenübernahme i.S. Bischof-Köhlers stellt eine kognitive bzw. rationale Erkenntnisform dar, während sie Empathie, wie im Vorausgehenden bereits ausführlich dargelegt, als eine auf Einfühlen bzw. Mitempfinden beruhende, d.h. affektive Erkenntnisweise konzeptualisiert (vgl. ebd.: 261).

„Empathie: Phänomenal ist Empathie die Erfahrung, unmittelbar der Gefühlslage oder auch der Intention eines Anderen teilhaftig zu werden und sie dadurch zu verstehen. Trotz dieser Teilhabe

⁸⁸ Bischof-Köhler versteht darunter *„die Einsicht, dass eine Person eine falsche Meinung bezüglich eines Sachverhalts hegt“* (ebd.: 330).

⁸⁹ Bischof-Köhler differenziert den Begriff „Perspektivenübernahme“ unter Rückgriff auf die beiden amerikanischen Entwicklungspsychologen John H. Flavell und Robert L. Selman wie folgt: *„Flavell bezeichnet diese Form als Level-2-Perspektivenübernahme und unterscheidet sie von einer einfacheren Level-1-Perspektivenübernahme: bereits im zweiten Lebensjahr verstehen Kleinkinder, dass eine andere Person ein Objekt hinter einem Schirm oder einer Wand nicht sehen kann, obwohl sie selbst es sehen. [...] Level-2-Perspektivenübernahme dagegen entspricht der anspruchsvollen Form der Perspektivenerfassung, die Selman (s. oben S. 319) im Sinne hatte. Sie ermöglicht dem Kind, sich zu vergegenwärtigen, wie ein Objekt aus der Perspektive einer anderen Person aussieht, auch wenn sich diese Ansicht von der eigenen unterscheidet [...].“* (ebd.: 336f., Hervorhebung im Original) (vgl. Flavell 1980, Flavell et al. 1981, Selman 1984).

⁹⁰ Bischof-Köhler definiert diese wie folgt: *„**Affektive Perspektivenübernahme** beruht auf der rationalen Vergegenwärtigung des motivationalen bzw. emotionalen Zustands einer anderen Person, auch wenn dieser von eigenen Reaktionsweisen in einer gegebenen Situation abweicht.“* (ebd.: 342, Hervorhebung im Original).

⁹¹ *„Mit dem Einsetzen einer Theory of Mind bekunden Kinder auch erstmals Bemühungen, auf den Zustand der Informiertheit eines Zuhörers Rücksicht zu nehmen“* (ebd.: 338, Hervorhebung im Original).

⁹² Unter rekursivem Denken versteht Bischof-Köhler das Denken *„über das Denken eines Anderen“* (ebd.: 344). In Abhängigkeit davon, wie viele Perspektiven beim rekursiven Denken berücksichtigt werden, unterscheidet Bischof-Köhler verschiedene Schwierigkeitsgrade, u.a. *„One-loop rekursives Denken“* und *„Two-loop rekursives Denken“* (ebd.) (vgl. ebd.: 344f.).

bleiben Gefühle bzw. Intention aber anschaulich dem Anderen zugehörig. Empathie ist gleichbedeutend mit Einfühlung und Mitempfindung, nicht aber mit Mitgefühl [...].

Empathie ist zu unterscheiden von [...]

- **Perspektivenübernahme:** *Erkenntnisakt, bei dem die subjektive Verfassung des Anderen rein rational erschlossen wird, ohne dass eigenes Mitempfinden daran beteiligt sein muss (siehe 14. Kap.).“ (ebd.: 261, Hervorhebung im Original)*

Im Kapitel 14 ihres Lehrbuchs zur sozialen Entwicklung von Kindern, das die Überschrift „Theory of Mind“ trägt, definiert sie Perspektivenübernahme an zwei Stellen noch detaillierter, nämlich erstens als *„Fähigkeit, die Perspektive des Anderen in ihrer individuellen Eigenqualität zu erfassen, also neben der Annahme, wie man selbst die Situation des Anderen erfahren würde, auch die Möglichkeit einzubeziehen, dass er selbst diese Situation anders erlebt, und sich vorzustellen, worin dieser Unterschied besteht.“* (ebd.: 319). An der zweiten Stelle wählt sie die Bezeichnung affektive Perspektivenübernahme, die sie folgendermaßen definiert: *„**Affektive Perspektivenübernahme** beruht auf der rationalen Vergegenwärtigung des motivationalen bzw. emotionalen Zustands einer anderen Person, auch wenn dieser von eigenen Reaktionsweisen in einer gegebenen Situation abweicht.“* (ebd.: 342, Hervorhebung im Original).

Für die vorliegende Forschungsarbeit, die die Empathiefähigkeit (junger) Erwachsener fokussiert, ist zudem die nachfolgende Aussage Bischof-Köhlers von Interesse, dass Erwachsene in sozialen Situationen die beiden von ihr differenzierten Erkenntnisformen Empathie und (affektive) Perspektivenübernahme oft in einer eng verbundenen/verknüpften Weise einsetzen:

„Im Übrigen dürfen Empathie und affektive Perspektivenübernahme bei älteren Kindern und Erwachsenen in der Interaktion mit anderen Menschen wohl häufig gekoppelt auftreten. So empfindet man z.B. empathisch, dass mit einer Person etwas nicht stimmt, aber erst auf Nachfrage kann man sich rational vergegenwärtigen, was die Ursache ihres Unbehagens ist.“ (ebd.: 342)

Bischof-Köhler überarbeitete das von Robert L. Selman in den 1970er/1980er-Jahren formulierte Stufenmodell der Entwicklung der Fähigkeit zur sozialen Perspektivenübernahme⁹³ bei Kindern⁹⁴ vor dem Hintergrund neuerer Forschungsergebnisse der ToM-Forschung (vgl. Bischof-Köhler 2011: 346). Das von Bischof-Köhler aktualisierte Stufenmodell Selmans zur Entwicklung der Perspektivenübernahme gibt meines Erachtens einen differenzierten und zugleich komprimierten Überblick, wie sich sozialkognitive Erkenntnisformen bei Kindern entwickeln und wird daher mit dem nachfolgenden Zitat in Gänze wiedergegeben. Zugleich sensibilisiert es für die vielfältigen und unterschiedlich

⁹³ Alternative Bezeichnung „Stufenmodell der sozialkognitiven Entwicklung“.

⁹⁴ Vgl. Selman (1984).

komplexen Denkleistungen, die mit dem vielbenutzten und vermeintlich eindeutigen Begriff „Perspektivenübernahme“ verbunden sein können.

- „Vor 4 Jahren: Einfache Rollenübernahme (entspricht empathischer Identifikation)
Vor dem Alter von vier Jahren können sich Kinder zwar in die Rolle eines Anderen versetzen, verstehen ihn aber gemäß ihrem eigenen Erleben, was Selman [...] eben noch nicht als Perspektivenübernahme bezeichnet. In unserer Terminologie übersetzt, handelt es sich um empathische Identifikation. Level-1-Perspektivenübernahme ist dabei nicht berücksichtigt.
- Ab 4 Jahren: Einfache Perspektivenübernahme (PÜ)
Die Subjektivität der Perspektiven wird bewusst: das Kind ist in der Lage, sich zu vergegenwärtigen, dass der Andere etwas anderes denkt als es selbst. Das entspricht dem Einsetzen der Theory of Mind mit dem Verständnis für false belief und Level-2-Perspektivenübernahme.
- 6 bis 7 Jahre: Selbst oder Dritte als Objekt der PÜ eines Anderen
Mit dem Schuleintritt vermag das Kind sich vorzustellen, was ein Anderer über einen Dritten oder über es selbst denkt.
Ferner kann es in einer sequentiellen Koordination die Perspektive einer Person auf die einer anderen beziehen, z.B.: Der Vater will mit dem Kind spazieren gehen, weil das Kind sich darüber freut.
- 10 Jahre: Simultane wechselseitige PÜ
Die Kinder können ihre eigene Perspektive mit der von anderen vergleichen. Ferner können sie die Perspektive einer dritten Person einnehmen und daraus die Ansichten von zwei weiteren Beteiligten bewerten.
- Ab Adoleszenz: Perspektiven von Gruppen berücksichtigen
Die Perspektive einer bestimmten Person wird danach eingeschätzt, wieweit sie mit der Durchschnittsmeinung – der meisten Menschen – übereinstimmt.
- Später: Relativierung der Perspektiven
Es kann der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Beurteilung eines Sachverhalts von Einstellungen mitbestimmt wird, z.B. den Wertevorstellungen der Familie, kulturellen oder religiösen Geprägtheiten.“ (ebd.: 346, Hervorhebung im Original)

5.5 Zum Konstrukt „Exekutive Funktionen“ im Zusammenhang mit sozialen Erkenntnisformen

Zeitgleich mit dem Einsetzen einer ToM im vierten Lebensjahr setzen, so Bischof-Köhler, weitere kognitive Fähigkeiten ein, die Kindern zunehmend mehr Steuerungsoptionen hinsichtlich ihres Verhaltens ermöglichen (vgl. ebd. 2011: 369-373, 381, 441). Gemeint ist, dass Kinder ab diesem Alter ihr bislang weitgehend impuls- und gefühlsgesteuertes Verhalten zunehmend durch die einsetzende „exekutive Kontrolle“ unterbinden bzw. regulieren können. Die Begriffe „exekutive Kontrolle“ bzw. „exekutive Funktionen“ werden in der Theory-of-Mind-Forschung für das Phänomen der Selbstkontrolle verwendet und werden als „facettenreiches Konstrukt“ (ebd.: 372) verstanden (vgl. ebd.: 370-372). Bischof-Köhler definiert selbige unter Rückgriff auf Ozonoff et al. (1991) wie folgt:

„Fähigkeit, ein angemessenes Instrumentarium zu unterhalten, das Problemlösungen im Dienste der Erreichung zukünftiger Ziele ermöglicht. Dazu zählen Planung, Impulskontrolle, die Unterdrückung

drängender, aber den Handlungsablauf störender Reaktionen sowie Zielgerichtetheit, organisierte Suche und Flexibilität in Denken und Handeln.“ (Bischof-Köhler 2011: 370)

Mit Blick auf den thematischen Schwerpunkt meiner Untersuchung ist die Bedeutung der exekutiven Kontrolle bzw. der Selbststeuerung/-regulation in Zusammenhang mit sozialen Erkenntnisformen, insbesondere mit Empathie, von Relevanz. Diese im vierten Lebensjahr neu verfügbaren kognitiven Fähigkeiten ermöglichen Kindern in sozialen Situationen also einen Freiraum zum Nachdenken und Planen (vgl. ebd.: 441). In empathieauslösenden Situationen haben Kindern fortan zunehmend kognitive Möglichkeiten, das in ihnen unmittelbar erzeugte empathische Erleben bzw. die daraus resultierenden motivationalen Folgegefühle und Handlungsantriebe nicht zwingend in impulsiv emotionsgesteuertes Verhalten auszuagieren, sondern sich von diesen zu distanzieren und ihr Handeln durch weitere Überlegungen (wie beispielsweise weiteres Ergreifen der Sichtweise der Anderen, Einschätzen der Gesamtsituation, Klären eigener Motive oder moralische Erwägungen) bestimmen zu lassen (vgl. ebd.). Neben der von Bischof-Köhler ausgeführten Bedeutung der kognitiven Fähigkeit einer Theory of Mind (inklusive Perspektivenübernahme) für die Verbesserung sozialer Erkenntnisprozesse, weist sie mit dem Konstrukt „exekutive Kontrolle“ bzw. Selbststeuerung/-regulation⁹⁵ auf weitere kognitive Fähigkeiten hin, die m.E. für reflektiertes empathisches Pflegehandeln von grundlegender Bedeutung sind (vgl. ebd.: 381).

6. Psychologische Perspektive auf Empathie (Altmann und Roth)

Dr. phil. Marcus Roth, Psychologe und Professor für Differentielle Psychologie an der Universität Duisburg-Essen und sein wissenschaftlicher Mitarbeiter Dr. phil. Tobias Altmann, Psychologe und mittlerweile akademischer Rat am Lehrstuhl für Differentielle Psychologie der Universität Duisburg-Essen, richteten ihre wissenschaftliche Arbeit in den letzten knapp zehn Jahren u.a. auf Empathie und empathische Kommunikation aus. Im „*Handbook of Psychology of Emotions*“ unter dem Kapiteltitel „*The Evolution of Empathy: From single components to process models*“ veröffentlichten sie im Jahr 2013 ihre theoretische Auseinandersetzung mit einflussreichen Empathie-Definitionen der Psychologie.⁹⁶ In der ersten Hälfte ihres Aufsatzes geben die Autoren einen Überblick über die

⁹⁵ An dieser Stelle verweise ich auf das in Kapitel 7 des Teils I der vorliegenden Arbeit rezipierte neurowissenschaftliche Mehrkomponenten-Empathiemodell von Decety und Kolleg*innen, in dem selbstregulatorische Fähigkeiten bzw. exekutive Funktionen als eine zentrale Komponente von Empathie konzeptualisiert werden.

⁹⁶ Altmann setzte sich im theoretischen Rahmen seiner ebenfalls im Jahre 2013 veröffentlichten Dissertation „*Funktionale Empathie: Entwicklung und Evaluation eines Empathietrainings auf Basis eines integrativen Prozessmodells zur Vermeidung empathisch kurzschlüssigen Handelns*“ auch mit Definitionen von Empathie auseinander bzw. erläuterte das o.e. integrative Empathie-Prozessmodell (EPM) und den o.e. empathischen Kurzschluss (EKS) (vgl. Altmann 2013: 6-34). Für diesen Teil seines theoretischen Rahmens verwies er

Wurzeln des Empathiebegriffs⁹⁷ und dessen Weiterentwicklung in der wissenschaftlichen Psychologie (vgl. Altmann/Roth 2013: 172-177, Altmann 2013: 6-18). In der zweiten Hälfte schlagen sie zudem das von ihnen entwickelte integrative Empathie-Prozessmodell (EPM) sowie das Konzept „Empathischer Kurzschluss“ (EKS) für eine von ihnen identifizierte dysfunktionale verbale Verhaltensweise empathischer Akteur*innen vor (vgl. Altmann/Roth 2013: 177-183, Altmann 2013: 18-34)⁹⁸. Nachfolgend werden im Unterkapitel 6.1 zunächst zentrale Ergebnisse der Analyse der Empathie-Definitionen referiert und anschließend in den Unterkapiteln 6.2 und 6.3 das integrative Empathie-Prozessmodell bzw. das Konzept „Empathischer Kurzschluss“ vorgestellt. Das Unterkapitel 6.4 ist einer kritischen Betrachtung des von Altmann und Roth entwickelten Empathiemodells sowie des o.a. Konzepts vorbehalten.

6.1 Zur Entwicklung des Empathiebegriffs in der Psychologie

Altmann (2013) bzw. Altmann und Roth (2013) begegnen der enormen Anzahl und Heterogenität der Auffassungen über Empathie, indem sie zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede einflussreicher Empathie-Definitionen herausarbeiten (vgl. Altmann 2013: 6-18; vgl. Altmann, Roth 2013: 172-177). Beispielsweise stellen sie heraus, dass sich die Auffassung, Empathie als Phänomen mit einer affektiven und einer kognitiven Dimension zu betrachten, erstmalig bereits Anfang des 20. Jahrhunderts herauskristallisierte (vgl. Altmann 2013: 8, vgl. Altmann, Roth 2013: 172). Laut ihrer Analyse scheint sich in der Psychologie mittlerweile eine Übereinkunft etabliert zu haben, Empathie „als Dualität aus

eingangs darauf, dass sich seine Darstellungen auf Altmann und Roth (2013) stützen würden (vgl. Altmann 2013: 7). Aus diesem Grunde verstehe ich Altmann und Roth (2013) als ältere Quelle und damit beide als Entwickler der Konzeptionen EPM und EKS.

⁹⁷ Altmann (2013) und auch Altmann und Roth (vgl. 2013: 172) benennen Lipps (1897) als den Wissenschaftler, der das Konzept Empathie „*erstmalig zugänglich formulierte*“ (Altmann 2013: 7). Liekam (2004) setzte sich im Rahmen seiner Dissertation „*Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Analysen zu einer vergessenen Schlüsselvariable der Pädagogik*“ tiefergehender sowohl mit der Historie des Einfühlungs- als auch mit dem Ursprung des Empathiebegriffs auseinander (vgl. ebd.: 24f.). Laut Liekam (2004) etablierte Theodor Lipps als erster Psychologe „*im Wesentlichen in seinen Veröffentlichungen in der Zeit von 1883 bis 1913*“ (ebd.: 24) den Begriff der Einfühlung „*als feste Größe in der wissenschaftlichen Psychologie*“ (ebd.). Liekam liefert zudem eine umfangreiche und kritische Rezeption der Einfühlungstheorie des deutschen Psychologen und Philosophen Lipps (vgl. ebd.: 24-30, 69-137). Nachfolgend ein einschlägiges Zitat aus Liekams Arbeit, das die Entstehung des Empathiebegriffs bzw. dessen Verbindung zum Einfühlungsbegriff aufzeigt: „*Anzumerken ist an dieser Stelle, dass der heute übliche Terminus Empathie, der den Begriff der Einfühlung mittlerweile abgelöst hat und der hinsichtlich seiner Bedeutung mit ihm als synonym zu betrachten ist, indirekt auf Lipps zurückgeht. Als der Wundt-Schüler Edward Bradford Titchener 1909 eine Übersetzung für Lipps' Begriff der Einfühlung suchte, entschied er sich dafür, in Anlehnung an das griechische EMPATHEIN, was in diesem Zusammenhang sinngemäß als MIT(ERLEBTE) LEIDEN(SCHAFT) übersetzt werden kann, das englische Kunstwort EMPATHY zu kreieren und führte mit Hilfe dieser Wortschöpfung das Einfühlungskonzept in die angloamerikanische wissenschaftliche Literatur ein. <<This is, I suppose, a simple case of empathy, if we may coin that term as rendering of Einfühlung>> (Titchener 1973, S. 21). In Anlehnung an Lipps differenzierte Titchener dabei EMPATHY als<<the experiences, in which I not only see gravity and modesty and pride and courtesy and stateliness in the mind's eye, but also feel and act them in the mind's muscles>> (Titchener 1973, S. 181)*“ (Liekam 2004: 27; Hervorhebung im Original).

⁹⁸ Vgl. auch Altmanns und Roths (2014: 9-13, 36-45) Publikation zu ihrem Trainingsprogramm „Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren. Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung“, in der sie u.a. detaillierte didaktische Vorschläge zur Vermittlung ihres integrativen Empathie-Prozessmodells präsentieren.

kognitiven und affektiven Elementen“ (Altmann 2013: 10) zu konzipieren (vgl. ebd., vgl. Altmann, Roth 2013: 173). Altmann unterscheidet diesbezüglich Empathie im engeren und im weiteren Sinne:

„Es ließe sich allerdings sowohl eine Empathie im engeren Sinne formulieren, die allein das emotionale Mitschwingen beschreibt und den Kernprozess des Konstrukts ausmacht, als auch eine Empathie im weiteren Sinne, die kognitive Perspektivenübernahme zum Verständnis der Emotion der anderen Person und die Selbst-Andere-Differenzierung als notwendig erachtet, um die Empathie von reiner Gefühlansteckung zu differenzieren.“ (ebd.: 10)

Unterschiede identifizierte das Autorenteam hingegen im Hinblick darauf, ob Empathie in den unterschiedlichen Definitionen explizit oder auch implizit eher als Persönlichkeitsmerkmal, als Fähigkeit, als Fertigkeit und/oder als Interaktionsmuster konzeptualisiert wird (vgl. Altmann 2013: 12-15; vgl. Altmann/Roth 2013: 174-175). Altmann (2013) schlägt in seinem Zwischenfazit eine Synthese dieser Aspekte vor, da sie seines Erachtens *„das Bild der Empathie vervollständigen“* (ebd.: 15):

„So ist Empathie ein kognitives und affektives Phänomen, das eine stabile Persönlichkeitseigenschaft im Sinne einer Verhaltenstendenz und generellen Fähigkeit beschreibt, die in eine erlern- und trainierbare Fertigkeit umsetzbar ist und erst in der konkreten Interaktion mit anderen Personen realisiert und damit existent wird.“ (ebd.: 15)

Das Autorenteam arbeitete heraus, dass sich in der Psychologie gegen Ende des 20. bzw. zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein Trend zur Entwicklung erster integrativer Empathiemodelle abzeichnete: beispielsweise das in der Neuropsychologie zu verortende Modell von Decety und Moriguchi (2007) oder das prozessuale „Perception-Action-Modell“ von Preston und de Waal (2002) (vgl. Altmann 2013: 15-18, vgl. Altmann/Roth 2013: 175-177)⁹⁹. Als Fazit ihrer Analyse schlugen Altmann (2013) bzw. Altmann und Roth (2013) ein von ihnen entwickeltes integratives Empathie-Prozessmodell (EPM) vor, das die zuvor analysierten Konzeptionen der psychologischen Empathieforschung mit dem Ziel *„der Anwendbarkeit in der konkreten empathischen Episode in einer zwischenmenschlichen Interaktion“* (Altmann 2013: 18) miteinander zu verbinden sucht (vgl. Altmann/Roth 2013: 177-183, vgl. Altmann 2013: 18-28).

6.2 Altmanns und Roths integratives Empathie-Prozessmodell

Mit dem integrativen Empathie-Prozessmodell konzipieren Altmann und Roth (2013) Empathie als einen vier aufeinanderfolgende Phasen umfassenden Prozess, der die von ihnen o.e. unterschiedlichen Elemente der Empathie (Persönlichkeitsmerkmal, Fähigkeit, Fertigkeit, Interaktionsmuster, kognitive und affektive Aspekte) zu integrieren versucht (vgl. Altmann 2013: 18-28, Altmann/Roth 2013: 177-182). Die erste Phase trägt die Überschrift

⁹⁹ Vgl. auch Roth/Altmann/Schönefeld (2016: 1-9).

„Wahrnehmung“, die zweite „Mentales Modell“, die dritte „Empathische Emotion“ und die vierte „Antwort“ (vgl. Altmann 2013: 20-28). Nachfolgend werden die vier Phasen grob skizziert. Laut den beiden Psychologen umfasst die erste Phase das Wahrnehmen von emotionalen sowie von Situationsinformationen, *„die zum Verstehen der Situation der anderen Person relevant sind“* (Altmann 2013: 21) (vgl. ebd., vgl. Altmann/Roth 2013: 178). Die zweite Phase, das mentale Modell, umfasst *„die mentale Rekonstruktion der Situation und des emotionalen Zustands der anderen Person“* (Altmann 2013: 21). Die beiden Wissenschaftler beschreiben diese Phase als eine kognitive Perspektivübernahme, in der die in Phase 1 wahrgenommenen Informationen von Empath*innen zusammen mit weiteren von ihnen erinnerten Informationen¹⁰⁰ *„interpretiert, gewichtet und kombiniert“* (ebd.: 21) werden (vgl. ebd.: 21-23, vgl. Altmann/Roth 2013: 178-180). Diese kognitive Integrationsleistung der Empath*innen in Phase 2 vollzieht sich laut den Psychologen *„höchst automatisch und zumeist implizit“* (Altmann 2013: 22), ist aber der bewussten Reflexion und damit der willentlichen Einflussnahme zugänglich (vgl. ebd.: 22). Die dritte Phase beschreiben sie als *„Übersetzung des mentalen Modells in gefühlte Emotionen“* (ebd.: 23) (vgl. ebd.: 23f., vgl. Altmann/Roth 2013: 180). Diese Transformation des mentalen Modells in empathische Emotionen beschreiben die Autoren ebenfalls als *„automatisch und nicht bewusst ablaufend“* (ebd.: 24). Als vierte und letzte Phase fassen die Psychologen die Antwort, gemeint ist damit die Reaktion der Empath*innen auf ihre im vorausgegangenen empathischen Prozess gewonnenen Erkenntnisse über den Anderen (vgl. ebd.: 25-28, vgl. Altmann/Roth 2013: 180-182). Unter einer empathischen Antwort verstehen sie *„alle Arten von Reaktionen, sei es internal (z.B. Gedanken, Bewertungen) oder external (z.B. Gesichtsausdruck, verbale Kommunikation), solange sie sich auf die Situation der anderen Person beziehen. Unterstützung anzubieten ist also genauso eine Antwort wie der Ausdruck der empathischen Emotion, Umsorgen, Ignorieren, Nachfragen oder Ablenken.“* (Altmann 2013: 25). Die beiden Wissenschaftler unterscheiden in ihren EPM diese Antwortoptionen bewusst nicht nach normativen Kriterien, d.h., sie distanzieren sich beispielsweise davon, Antworten als sehr, wenig bzw. nicht empathisch zu klassifizieren (vgl. ebd.: 25). Sie schlagen hingegen vor, empathische Antworten auf einem Kontinuum *„mit den Polen <<Bezug zur eigenen Person>> und <<Bezug zur anderen Person>>“* zu verorten (ebd.: 28).¹⁰¹

¹⁰⁰ *„Dabei kann auch Vorwissen über die beobachtete Person aktiviert werden und zur mentalen Repräsentation beitragen. Ist kein Vorwissen über die Person vorhanden, so kann beispielsweise auf eigene Erlebnisse oder Heuristiken zurückgegriffen werden.“* (Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 114).

¹⁰¹ Zur Begründung dieses Vorgehens vgl. Altmann (2013: 25-28) bzw. Altmann/Roth (2013: 180-182).

6.3 Altmanns und Roths Konzept „Empathischer Kurzschluss“

Mit dem Konzept des „Empathischen Kurzschlusses“ (EKS) fassen die beiden Psychologen eine typische, zumeist unbewusste verbale Reaktionsweise von Empath*innen, um sich vor empathisch übertragenen belastenden Emotionen zu schützen (vgl. Altmann 2013: 29-35; Altmann/Roth 2013: 182f., Altmann/Roth 2014: 13-18). Der EKS stellt aus Sicht der beiden Wissenschaftler für Empath*innen eine „kurzfristig entlastende Art der Reaktion“ (Altmann 2013: 67) dar, mittels derer sie die empathische Begegnung auf eine weithin sozial akzeptierte Art (abrupt) beenden können (vgl. Altmann 2013: 34). Hierzu verwenden Empath*innen in der vierten Phase des EPM, der sogenannten Antwort¹⁰², geläufige „beschwichtigende“ (Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 114) Formulierungen¹⁰³, die die Emotionen und Bedürfnisse der Anderen negieren, verzerren oder invalidieren (vgl. Altmann 2013: 29-31). Die beiden Psychologen nehmen an, dass der EKS „primär der eigenen kurzfristigen Emotionsregulation dient“ (Altmann 2013: I), was Empath*innen zumeist unmittelbar als Erleichterung bzw. emotionale Stabilisierung erleben würden (vgl. ebd.: 32, 67). Zugleich nehmen sie an, dass in Berufsfeldern wie beispielsweise der Sozialen Arbeit oder der Pflege, in denen die Berufstätigen in ihrer Rolle als berufliche Empath*innen häufig und intensiv mit Menschen in sehr belastenden Situationen konfrontiert sind, „die langfristige Kumulation derartiger EKS-Reaktionen negative Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit in Form von psychosomatischen und Belastungssymptomen desjenigen hat, der die EKS begeht.“ (Altmann 2013: I) (vgl. Altmann 2013: 32-34, 67f.; Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 115)¹⁰⁴

6.4 Kritische Betrachtung des Empathie-Prozessmodells und des Konzepts „Empathischer Kurzschluss“¹⁰⁵

Mit ihrem soeben skizzierten integrativen EPM konzeptualisieren Altmann und Roth (2013) Empathie auf eine „pragmatische“ (Altmann 2013: 18) Weise, um es „für die Anwendungsforschung nutzbar zu machen“ (ebd.). Gemeint ist hiermit m.E. v.a., eine anschlussfähige theoretische Grundlage zu schaffen, um die Entwicklung und Evaluation von theorie-

¹⁰² Das Empathietraining der Autoren zielt u.a. darauf, die Teilnehmenden für ihr eigenes „kurzschlüssiges Verhalten“ (ebd.: 34) zu sensibilisieren und ihnen als Handlungsalternative Interaktionsmuster der Gewaltfreien Kommunikation zu vermitteln (vgl. Altmann 2013: 30f., 34f., 73f.).

¹⁰³ Beispielsweise „Ach, das schaffst du ganz sicher, du bist doch ein schlauer Kopf.“ (Altmann 2013: 29), „Wein doch nicht! Vielleicht ist es ja gut, dass ihr euch getrennt habt. Er ist nicht gut genug für dich.“ (ebd.), „Sei nicht traurig, immerhin musste er keine Schmerzen erleiden“ (ebd.), „Ach Frau Meier, Sie überleben uns doch noch alle hier!“ (Altmann/Roth 2014: 63), „Kopf hoch, so schlimm ist es doch nicht!“ (ebd.), „Du brauchst keine Angst zu haben“ (ebd.).

¹⁰⁴ Vgl. auch Altmanns und Roths Publikation zu ihrem Trainingsprogramm „Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren. Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung“, in dem sie u.a. detaillierte didaktische Vorschläge sowohl zur Vermittlung des Konzepts „Empathischer Kurzschluss“ als auch zum Aufbau alternativer Interaktionsformen präsentieren (vgl. ebd. 2014: 53-140).

¹⁰⁵ Die nachfolgende Einschätzung bezieht sich auf die beiden im Vorausgegangenen rezipierten theoretischen Konzepte von Altmann und Roth und nicht auf das von ihnen entwickelte Trainingsprogramm „Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren“. Auf Letzteres wird in Kapitel 11 Bezug genommen.

basierten Empathietrainings voranzutreiben. Altmann und Roth fokussieren mit ihrem eigenen Empathietraining „*Mit Empathie arbeiten – gewaltfrei kommunizieren*“ v.a. die zweite Phase ihres integrativen EPM, also das mentale Modell (vgl. Altmann/Roth 2013: 179f., Altmann 2013: 22f., Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 115f.). Dieses mentale Modell ist, wie oben beschrieben, der dritten Phase, dem empathischen Gefühl, vorangestellt. Im Training sollen die Teilnehmenden u.a. Interaktionsmuster der Gewaltfreien Kommunikation erlernen, die sie befähigen, in Phase 2 das mentale Modell möglichst bewusst, reflektiert und orientiert an der subjektiven Realität des Gegenübers aufzubauen (vgl. Altmann 2013: 22f., 68-70). Damit diese Intervention in empathischen Prozessen ihre Wirkung zeigen kann, ist eine theoretische Modellierung von Empathie Voraussetzung, in der eine kognitive einer emotionalen Phase vorangeht. Das zeitliche Voranstellen der kognitiven vor die emotionale Phase, das Altmann und Roth in ihrem EPM vornehmen, ist m. E. aus einer didaktischen Perspektive durchaus nachvollziehbar. Dieses zeitliche Voranstellen steht meinen Analysen nach jedoch im Widerspruch zu einschlägigen Befunden der psychologischen und neurowissenschaftlichen Empathieforschung und Theoriebildung (s. Kapitel 4, 5 und 7 des Teil I der vorliegenden Arbeit)¹⁰⁶. U.a. an dieser Stelle wird deutlich, dass die theoretische sowie empirische Fundierung des EPM von Altmann und Roth eher als schwach einzuordnen ist. Es scheint, meiner Einschätzung nach, v.a. auf der Basis ausgewählter psychologischer Empathie-Definitionen entwickelt worden zu sein, während umfangreichere theoretische Überlegungen zu Empathie, gemeint sind psychologische Empathietheorien, nur unzureichend berücksichtigt wurden. Insbesondere theoretische Annahmen zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden Wirkmechanismen, wie sie in den vorausgegangenen Kapiteln 4 und 5 des Teils I dieser Dissertation detailliert dargelegt wurden, wurden von den Entwicklern des EPM m.E. nicht ausreichend einbezogen. Meiner Einschätzung nach bildet das EPM die Komplexität empathischer Erkenntnisprozesse nur unzureichend ab und leistet damit Simplifizierungen Vorschub.

¹⁰⁶ Auch Altmann und Roth (2013) scheint diese Problematik vertraut zu sein: In einer Fußnote begründen sie ihre Entscheidung, die kognitive Phase der Empathie in ihrem EPM dem empathischen Gefühl vorangestellt zu haben, mit pragmatischen Überlegungen: „*Our focus on the conscious application of empathy in the field required the chosen sequence: mental model – empathic emotion.*“ (ebd. 2013: 178). Meines Erachtens erschaffen sie damit jedoch zugleich Irritationen. Das integrative EPM von Altmann und Roth scheint im Rahmen des 2018 abgeschlossenen Verbundprojektes „*Pflege für Pflegende: Entwicklung und Verankerung eines empathiebasierten Entlastungskonzeptes in der Care-Arbeit (empCARE)*“ eine Weiterentwicklung erfahren zu haben. Auf der Abschlusstagung am 4. Oktober 2018 wurden in den Vorträgen von Roth und seinen Projektpartner*innen die Phase des mentalen Modells und die Phase der empathischen Emotion nicht mehr als aufeinanderfolgende dargestellt sondern als parallel ablaufende, miteinander interagierende Komponenten. Die das Projekt begleitenden Publikationen basieren meines Wissens nach allerdings (noch) auf der ursprünglichen Version des EPM (vgl. z.B. Thiry 2017: 31f.; Kocks/Roling 2018: 27, Kaschull/Kocks/Thiry 2018: 2).

Zudem ist bei der zunehmenden Verbreitung des EPM¹⁰⁷ von Altmann und Roth in der deutschen Pflegebildung zu bedenken, dass es sich um ein allgemeines Modell von Empathie handelt, das keine berufsspezifische Ausrichtung beinhaltet. Das heißt, es bildet beispielsweise die spezifischen Aufgaben und Ziele pflegerischer Empathie in Abgrenzung zur beruflichen Empathie anderer sozialer bzw. Gesundheitsberufe nicht ab und differenziert m.E. auch nicht ausreichend zwischen Empathie in privaten und in beruflichen Interaktionen.

Mit dem Konzept „Empathischer Kurzschluss“ sensibilisieren die beiden Wissenschaftler für Probleme und Lasten beruflicher Empath*innen und für eine¹⁰⁸ von ihnen oftmals unbewusst eingesetzte Selbstschutzstrategie in empathischen Situationen. Meiner Einschätzung nach könnte man dieses Konzept als einen Anlass bzw. Anfang sehen, Probleme beim empathischen Handeln im Pflegeberuf weniger zu tabuisieren sondern offen zu thematisieren und auch wissenschaftlich zu explorieren. Zudem kann das Konzept „Empathischer Kurzschluss“ als Anlass genommen werden, über angemessenere Strategien der Selbststabilisierung bzw. -regulation in empathischen Situationen für Pflegelernende und Pflegendenachzudenken.

7. Neurowissenschaftliche Perspektive auf Empathie (Decety und Kolleg*innen)

In dem vorliegenden Kapitel 7 wird nachfolgend ein gehaltvolles, in der Fachliteratur sehr verbreitetes neurowissenschaftliches¹⁰⁹ Empathiemodell¹¹⁰ vorgestellt, das von Decety und Kolleg*innen Anfang der 2000er-Jahre erstmalig publiziert wurde. Dr. Jean Decety, ein französisch-amerikanischer Neurowissenschaftler und Professor an der Universität von Chicago, beschäftigt sich seit rund zwanzig Jahren zusammen mit diversen Kolleg*innen schwerpunktmäßig mit der Erforschung der neurobiologischen Grundlagen von Empathie. Decety und Kolleg*innen vertreten die Auffassung, dass für komplexe sozialpsychologische Konstrukte, die von Verhaltens- bzw. Sozialwissenschaftler*innen entwickelt wurden, wie beispielsweise Empathie oder auch prosoziales Verhalten, anders als in populärwissenschaftlichen Publikationen oftmals suggeriert, keine einfache 1:1-Entsprechung in

¹⁰⁷ Das EPM stellt eine zentrale theoretische Grundlage des bereits in der Einleitung meines theoretischen Rahmens erwähnten Empathietrainings für soziale und Pflegeberufe der beiden Psychologen dar.

¹⁰⁸ Meiner Einschätzung nach stellt das Konzept „Empathischer Kurzschluss“ eine von vermutlich vielen weiteren, bislang noch nicht ausreichend erforschten, Entlastungs- bzw. Distanzierungsstrategien privater sowie beruflicher Empath*innen dar.

¹⁰⁹ Zur Geschichte der noch sehr jungen Disziplin Soziale Neurowissenschaften vgl. Ward (2017: 3-17).

¹¹⁰ Meinem Kenntnisstand nach handelt es sich bei diesem Modell um das am weitesten fortgeschrittene neurowissenschaftliche Empathiemodell.

Gehirnprozessen bzw. -strukturen bestehe¹¹¹ (vgl. u.a. Decety/Michalska 2012: 169). Vielmehr sei beim empathischen Erleben, so die Wissenschaftler*innen, ein weites Feld an unterschiedlichsten Hirnstrukturen und Systemen beteiligt, das nicht allein auf den Kortex (Großhirnrinde) begrenzt sei, sondern ebenso subkortikale Bereiche¹¹², den Hirnstamm¹¹³, die Regulation des autonomen Nervensystems, die Hypothalamus¹¹⁴-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (Stressachse) sowie diverse neuroendokrine Prozesse umfassen würde (vgl. Decety/Michalska 2012: 169, Decety 2011a: 93f., Decety 2011b: 115). Sie sind der Überzeugung, dass derart komplexe Konstrukte in ihre Subkomponenten zergliedert werden müssen, um deren neurobiologische Grundlagen überhaupt systematisch und detailliert erforschen zu können (vgl. Decety/Michalska 2012: 169). Für die Erforschung der Subkomponenten von Empathie betrachten sie insbesondere eine „neurodevelopmental perspective“ als erkenntnisreich (vgl. Decety 2010b: 257f.). Darunter verstehen sie die Erforschung der neuronalen Entwicklung jeder einzelnen der Subkomponenten von Empathie bzw. von deren Vorläufern im Rahmen der menschlichen Ontogenese. Durch Studien mit Kindern verschiedener Altersstufen, wird es so möglich, Einblicke in Reifungs- und Interaktionsprozesse dieser Subkomponenten von Empathie zu gewinnen, die bei Erwachsenen nicht mehr möglich sind, da die verschiedenen Komponenten bereits ausgereift sind und integriert zusammenarbeiten (vgl. ebd.).

7.1 Das neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie der Forschungsgruppe um Decety aus den 2000er-Jahren

Decety und Kollegen legten in den frühen 2000er-Jahren das o.e. neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie vor, das auf theoretischen und empirischen Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie, der Sozialpsychologie, der kognitiven und der

¹¹¹ Diese vereinfachende und daher verlockende Vorstellung der 1:1-Entsprechung zwischen bestimmten Fähigkeiten bzw. Eigenschaften eines Menschen und fest umgrenzten Arealen in seinem Cortex hat eine lange Tradition und hält sich in populärwissenschaftlichen Publikationen und im öffentlichen Bewusstsein hartnäckig. Hierzu der renommierte Hirnforscher Dr. Gregory Hickok, Professor für Verhaltensforschung an der University of California, Irvine:

„Im Laufe der letzten Jahrhunderte haben wir herausgefunden, dass der funktionelle Aufbau des Cortex bei Säugetieren nicht einfach eine Ansammlung fest umgrenzter Areale ist, die jeweils für ihre eigene, separate Funktion zuständig sind. So lautete der Mythos der Phrenologie, die behauptete, der Cortex bestehe aus Dutzenden funktioneller Regionen, winzigen Neuroorganen, und jede einzelne lasse sich eindeutig einer bestimmten Fähigkeit oder Eigenart zuordnen. Recht hat die Phrenologie mit der Annahme, dass der Cortex keine einheitliche Funktion hat; aber mit der Anordnung fest abgegrenzter Neuroareale lag sie falsch. Vielmehr sind die Systeme, die einer bestimmten Funktion dienen, in gestreuten Netzwerken verteilt, die sich über Dutzende miteinander verschaltete Unterregionen erstrecken, dort wechselseitig miteinander kommunizieren (der Informationsfluss ist also keine Einbahnstraße) und häufig mit anderen funktionellen Netzwerken interagieren (so ist etwa Sprache ohne Gedächtnis nutzlos).“ (Hickok 2014: 81)

¹¹² Zu den subkortikalen Bereichen des Großhirns zählen u.a. das subkortikale Marklager, die Basalganglien und die Amygdalae (vgl. Hickok 2015: 310f.).

¹¹³ Der Hirnstamm ist „wichtig für die Steuerung der Atmung, der Herz-Kreislauf-Funktionen, der Aufmerksamkeit und weiterer lebensnotwendiger Grundfunktionen“ (Hickok 2015: 209).

¹¹⁴ Der Hypothalamus ist Teil des Zwischenhirns und zuständig für die Steuerung der Hormonsysteme (vgl. Hickok 2015: 209).

sozialen Neurowissenschaften sowie der klinischen Neuropsychologie basiert (vgl. u.a. Decety/Jackson 2004, Decety/Lamm 2006, Decety/Jackson 2006, Decety/Hodges 2006, Decety/Moriguchi 2007). Sie verstehen dieses Empathiemodell als ein vorläufiges und schreiben ihm die Funktion eines heuristischen Arbeitsmodells zu (vgl. Decety/Jackson 2004: 71). Empathie wird in dem theoretischen Modell durch das Zusammenspiel verschiedener, teilweise parallel ablaufender, Bottom-up-¹¹⁵ und Top-down-Prozesse¹¹⁶ der Informationsverarbeitung im Gehirn erklärt (vgl. Decety/Lamm 2006: 1146-1163). Zum Zeitpunkt seiner Erstveröffentlichung im Jahre 2004 umfasst das Modell vier physikalisch voneinander unterscheidbare und miteinander wechselseitig dynamisch interagierende neuronale Netzwerke, die von den Forschenden als Hauptkomponenten von Empathie bezeichnet werden, nämlich erstens „shared neural representations/emotion sharing“, „self-other-awareness“, drittens „mental flexibility“ und viertens „emotion regulation“ (vgl. Decety/Jackson 2004). Als weitere bedeutsame Top-down modulierende Einflüsse auf empathische Prozesse führen Decety und Jackson kulturelle Werte und Normen, Überzeugungen und Haltungen der Empath*innen sowie Ähnlichkeiten zwischen ihnen und der Zielperson an (vgl. ebd.: 92).

„It [empathy, Anmerkg. GK] refers to an emotional response that is produced by the emotional state of another individual without losing sight of whose feelings belong to whom. This response is contingent on cognitive, as well as emotional, factors and involves parallel and distributed processing in a number of dissociable computational mechanisms. Like many complex experiences, empathy emerges from the flow and integration of information between specific brain circuits. Current trends in empathy theory suggest that it involves partly dissociable components, including shared neural affective representations, self-awareness, mental flexibility, and emotion regulation. These basic macro-components of empathy are mediated by specific and interacting neural systems.“ (Decety/Moriguchi 2007: 17f.)

1. „shared neural representations/emotion sharing“: Die erste von den Wissenschaftlern postulierte Hauptkomponente von Empathie beschreibt einen automatisch und unbewusst ablaufenden neuronalen Prozess, der zur Gefühlsteilung zwischen Zielperson und Empath*in führt. Decety und Jackson (2004) nehmen an, dass diese affektive Dimension von Empathie auf dem neurophysiologischen Mechanismus der „perception-action-coupling“ beruhe, womit sie auf die Theorie der Spiegelneuronen zum Handlungsverständnis bzw. auf spiegelähnliche Hirnreaktionen beim Menschen rekurren (vgl. ebd.: 75-80)¹¹⁷. Der Mechanismus der „Wahrnehmungs-Handlungs-Kopplung“

¹¹⁵ Das von Decety und Lamm (2006) postulierte neuronale Netzwerk „emotion sharing“ dient beispielsweise der Bottom-up-Informationsverarbeitung (vgl. ebd.: 1146).

¹¹⁶ Die postulierten neuronalen Netzwerke „emotion regulation“ und „self-other-awareness“ dienen beispielsweise der modulierenden, kontrollierenden bzw. regulierenden Top-down-Informationsverarbeitung (vgl. Decety/Lamm 2006: 1146).

¹¹⁷ Weiter unten wird ausgeführt werden, dass Decety und Kolleg*innen ab den 2010er-Jahren eine kritisch-distanziertere Haltung zur Spiegelneuronentheorie des Handlungsverständnisses und zu deren Übertragbarkeit auf Phänomene wie empathisches Verstehen einnehmen.

postuliert, dass das bloße Beobachten des Verhaltens anderer automatisch in Beobachtenden dieselben neuronalen Netzwerke aktiviere, wie wenn sie selbst das Verhalten ausführen würden (= „geteilte neuronale Netzwerke“) (vgl. ebd.: 75). D.h., dass laut dieser theoretischen Annahme dieselben Hirnareale „feuern“, wenn eine Person selbst eine zielorientierte Handlung ausführt, als wie wenn sie beobachtet, dass andere dieses tun. Sie führen Evidenzen für diesen unbewusst ablaufenden Spiegel-Mechanismus an, der auch beim Beobachten von Gesichtsausdrücken (= Mimikry) und beim Bezeugen der Schmerzen anderer auftritt (vgl. ebd.: 76-80). Diverse fMRI¹¹⁸-Studien wiesen gewisse, wenn auch nicht komplette, Überlappungen zwischen den neuronalen Netzwerken für eigene Emotionen bzw. Handlungen und den für beobachtete Emotionen bzw. Handlungen bei Anderen nach (vgl. ebd.: 76-80). Ähnliche Befunde wurden für das Miterleben von Schmerz erhoben: Beim Beobachten von Schmerz anderer werden gewisse Teile des neuronalen Netzwerkes aktiviert, das auch bei eigenem Schmerz aktiviert wird (vgl. ebd.: 80). Decety und Jackson resumieren, dass es beim Menschen (anders als bei Affen) keine spezifische Stelle (kein spezifisches Areal) auf der Großhirnrinde für gemeinsam geteilte neuronale Netzwerke gebe, sondern sie weit voneinander entfernt verortet seien:

„There is no specific cortical site for shared representations; their neural underpinnings are widely distributed, and the pattern of activation (and also presumably deactivation) varies according to the processing domain, the particular emotion, and the stored information“ (ebd. 2004: 80)

2. „self-other awareness“: Unter „self-other awareness“ im Kontext von Empathie verstehen die Wissenschaftler die Fähigkeit, zwischen eigenen Gefühlen, Gedanken sowie Körperempfindungen und den durch empathisches Handeln in Empath*innen ausgelösten Gefühlen, Gedanken sowie Körperempfindungen unterscheiden zu können (vgl. ebd.: 80-84). Der gegenwärtige Stand der neurowissenschaftlichen Forschung, so die Autoren, legt nahe, dass auf neuronaler Ebene der rechte inferiore Parietalcortex in Verbindung mit dem präfrontalen Cortex und der anterioren Insula eine wesentliche Rolle bei der Unterscheidung von Selbst und Anderem spiele (ebd.: 83f.; Decety/Moriguchi 2007: 9).

¹¹⁸ Die Abkürzung fMRI steht für functional magnetic resonance imaging. Nachfolgend eine Erläuterung Hickoks zu dieser Untersuchungs- bzw. Messmethode:

„Die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRI) misst in etwa dieselben Schwankungen im Blutfluss wie die PET, aber mit einer anderen Methode. Veränderungen im Blutfluss führen zu Schwankungen des Sauerstoffgehalts im Blut, was wiederum die Signalintensität eines normalen MRT-Bildes verändert. Indem in schneller Folge viele Magnetresonanz-Bilder erfasst werden und nicht nur ein besonders schönes, kann die fMRI zeitliche Veränderungen festhalten. Diese Veränderungen korrelieren mit Veränderungen der Sauerstoffkonzentration im Blut, diese wiederum mit Veränderungen im Blutfluss, und diese schließlich mit der Neuralaktivität. Obwohl es sich nicht um das direkteste Messinstrument handelt, leistet es der Forschung gute Dienste, weil es eine sehr hohe räumliche (im Bereich weniger Millimeter) und eine akzeptable zeitliche Auflösung bietet (im Sekundenbereich).“ (Hickok 2015: 319f., Hervorhebung im Original)

Zu den Charakteristika der Daten, die mittels funktioneller Bildgebungsverfahren wie fMRI bzw. PET erhoben werden können und den Problemen der Mittelung dieser Daten bei Gruppen vgl. Hickok (2015: 319-321).

3. „mental flexibility“: Unter „mental flexibility“ verstehen Decety und Jackson (2004) die Fähigkeit, die subjektive Perspektive anderer einnehmen zu können (vgl. ebd.: 75). Synonym verwenden sie den Begriff „perspective taking“ (ebd.: 84). Als neuronale Korrelate der Fähigkeit der Perspektivenübernahme benennen Decety und Jackson unter Bezugnahme u.a. auf Läsions¹¹⁹- sowie fMRI-Studien (vgl. ebd.: 2004: 86f.) den frontopolaren Cortex, den medialen präfrontalen Cortex, den posterioren cingulären Cortex sowie bei der affektiven Perspektivenübernahme zusätzlich die Amygdalae und die Temporalpole¹²⁰ (vgl. ebd. 2004: 75, 84-87).

4. „emotion regulation“: Unter Emotionsregulation verstehen die beiden Wissenschaftler die Fähigkeit und auch die Erfordernis, in empathischen Prozessen die in Empath*innen stellvertretend ausgelösten Emotionen zu regulieren, damit sie nicht als aversiv erlebt werden (vgl. ebd.: 85-88). Unter Rückgriff auf die Forschungsbefunde von Eisenberg¹²¹ und Kolleg*innen (1991, 1994) unterscheiden sie Menschen, die über gute emotionale Selbstregulationsfähigkeiten verfügen und die in empathischen Situationen zu „feelings of concern“ („sympathy“¹²²) (Decety/Jackson 2004: 86) für die leidenden anderen neigen, von Menschen mit schwächer ausgeprägten emotionalen Selbstregulationsfähigkeiten, die eigene negative (und auch positive) Emotionen generell intensiver erleben. Letztere neigen in empathischen Situationen dazu auf das Leid des Gegenübers mit „empathic overarousal“ und daraus resultierend mit „personal distress“¹²³, d.h. mit aversiven Emotionen wie beispielsweise Angst oder Unbehagen, zu reagieren (vgl. ebd., vgl. Eisenberg/Eggum 2009: 72-76, Eisenberg et al. 2012: 148-158). Als neuronale Korrelate der emotionalen Selbstregulation in empathischen Prozessen benennen Decety und Jackson, unter Bezugnahme u.a. auf Läsions- sowie fMRI-Studien, den orbitofrontalen Cortex, den

¹¹⁹ „Läsionsmethode: Die älteste, aber bis heute höchst zuverlässige Methode zur Analyse von Hirnregionen, die an der Kognition beteiligt sind. Bei diesem Ansatz werden Schädigungen (Läsionen) unterschiedlichster Gehirnregionen mit bestimmten Verhaltensdefiziten korreliert. Der Vorteil der Läsionsmethode besteht darin, dass sie über kausale Beziehungen zwischen Gehirn und Verhalten Aufschluss gibt. Ist die Sprechfähigkeit schwer beeinträchtigt, nachdem es im Gehirnnareal x zu Schädigungen gekommen ist, so können wir daraus schließen, dass Areal x in irgendwelcher Hinsicht am Prozess des Sprechens beteiligt ist.“ (Hickok 2015: 318)

¹²⁰ Enden der Temporallappen

¹²¹ Dr.in Nancy Eisenberg ist Professorin für Psychologie an der Arizona State University und forscht mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten zur emotionalen und sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In diesem Zusammenhang führte sie auch diverse Studien zu Empathie und emotionaler Selbstregulationsfähigkeit durch (vgl. u.a Eisenberg/Eggum 2009; Eisenberg/Huerta/Edwards 2012).

¹²² Eisenberg et al. (2012) erläutern „sympathy“ folgendermaßen: „Sympathy is defined as an affective response that often stems from empathy, but can derive solely (or partly) from perspective-taking or other cognitive processes (e.g., thinking about how it would be to experience a negative event), including the retrieval of relevant information from memory. Sympathy, like empathy, involves an understanding of another's emotion. It also involves an emotional response consisting of sorrow or concern for the distressed or needy other rather than simply feeling the same emotion the other person is experiencing or is expected to experience. Thus, the girl who saw the sad boy might first experience empathic sadness and subsequently feel sympathetic concern for him. This definition of sympathy is similar to Batson's (1991) and Hoffman's (2000) conceptualization of empathy.“ (Eisenberg et al. 2012: 148)

¹²³ „Personal distress is an aversive self-focused reaction to the expression of another's negative emotion, often leading to avoidance behavior.“ (Decety/Svetlova 2012: 2)

ventromedialen präfrontalen Cortex, den dorsolateralen präfrontalen Cortex, die Amygdalae, den Hippocampus sowie den rostralen anterioren cingulären Cortex (vgl. ebd. 2004: 88).

7.2 Das weiterentwickelte Empathiemodell aus dem Jahre 2015

Dieses Modell wurde von Decety und Kolleg*innen in diversen nachfolgenden Publikationen mehrfach modifiziert und weiterentwickelt. Darunter sind sowohl Wechsel der Bezeichnungen der o.e. Hauptkomponenten als auch Veränderungen der Anzahl der Hauptkomponenten, sowohl durch Zusammenfassen vorheriger¹²⁴ als auch durch das Hinzufügen einer neuen¹²⁵, zu verstehen. Hinzu kommen Weiterentwicklungen des Empathiemodells durch die Integration neuerer neurowissenschaftlicher Perspektiven, gemeint ist eine äußerst kritische Position zur Übertragbarkeit der Spiegelneuronentheorie des Handlungsverständnisses auf sozioemotionale neuronale Phänomene wie Empathie seit den 2010er-Jahren (vgl. Decety 2010a, b; Decety 2011a,b). Zudem wurde das Modell im Laufe der Jahre theoretisch und empirisch zunehmend untermauert durch die Integration einer evolutionsbiologischen Perspektive, die die Entwicklungsgeschichte des „sozialen Gehirns“, konkreter die von Empathie und „empathic concern“ („sympathy“) fokussiert (Phylogenese) sowie die bereits o.e. „neurodevelopmental perspective“, die die Entwicklung der neurobiologischen Grundlagen beider Fähigkeiten in der Entwicklung eines menschlichen Individuums (Ontogenese) untersucht¹²⁶ (vgl. Decety et al. 2012, Decety/Svetlova 2012, Decety/Michalska: 2012, Decety et al. 2016).

Die meinem Wissenstand nach aktuellste Version des neurowissenschaftlichen Empathiemodells von Decety und Kolleg*innen umfasst folgende drei Hauptkomponenten bzw. neuronalen Netzwerke, erstens „affective sharing“, zweitens „empathic concern“ und drittens „perspective taking“ (vgl. Decety/Cowell 2015: 3).

1. „affective sharing“: Das neuronale Netzwerk „affective sharing“ ermöglicht einem Menschen, durch die Gefühle anderer emotional erregt zu werden (vgl. ebd.: 3-5). Es umfasst verschiedene miteinander interagierende Hirnregionen, u.a. den Hirnstamm, die Amygdalae, die Insula, das Striatum, den Hypothalamus, den Hippocampus, den orbitofrontalen Cortex, den anterioren cingulären Cortex sowie sensorische Cortices (vgl.

¹²⁴ Die anfänglichen drei die kognitive Dimension von Empathie beschreibenden Kategorien „self-other-awareness“, „mental flexibility“ sowie „emotion regulation“ sind im Laufe der Publikationen der 2010er-Jahre zunehmend zusammengefasst und 2014 bzw. 2015 unter einem neuen Oberbegriff gruppiert worden, nämlich unter „perspective taking“ (Decety/Cowell 2015) bzw. „emotion/empathic understanding“ (Decety et al. 2014).

¹²⁵ Es handelt sich um die Hauptkomponente „empathic concern/motivation to care“, die in den Publikationen seit 2012 fester Bestandteil des Empathiemodells ist.

¹²⁶ In dem vorliegenden Unterkapitel 7.2 werden diese neueren neurobiologischen Perspektiven auf die Phylo- sowie Ontogenese von Empathiefähigkeit bzw. „sympathy“ bewusst nicht rezipiert, da dieses in Anbetracht des Forschungsinteresses der vorliegenden Arbeit zu weit führen würde.

Decety/Cowell 2015: 4-6, Decety et al. 2014: 234, Decety/Svetlova 2012: 18). Decety und Cowell (2015) distanzieren sich ausdrücklich davon, das Phänomen des „affective sharing“ mittels der Spiegelneuronentheorie des Handlungsverständnisses bzw. durch spiegelähnliche Hirnreaktionen beim Menschen zu erklären (vgl. ebd.: 5f.). Sie vertreten die Position, dass es ein Irrtum war, die in vielen fMRI-Studien identifizierten inkompletten Überlappungen zwischen den neuronalen Netzwerken für eigene Emotionen bzw. eigenes Schmerzerleben und denen für beobachtete Emotionen bzw. Schmerzen als Beleg für empathisches Verstehen ermöglichende Spiegelmechanismen beim Menschen zu interpretieren.¹²⁷ Sie beziehen sich u.a. auf den renommierten US-amerikanischen Neurowissenschaftler und Professor für Verhaltensforschung Gregory Hickok, der in eindrücklicher Weise Ende der 2000er/Anfang der 2010er-Jahre grundlegende Annahmen der Theorie der Spiegelneurone widerlegte (vgl. Hickok 2009, 2014, 2015)¹²⁸. Decety widmete 2010 eigens einen Artikel mit dem Titel „To what extent is the experience of empathy mediated by shared neural circuits?“ dieser Thematik (vgl. Decety 2010a). In diesem erläutert er kritisch die äußerst schwache Evidenz dafür, dass das empathische Erleben bei Menschen durch den Mechanismus der Spiegelneuronen zu erklären sei, einer zwar sehr verlockenden, aber seines Erachtens simplifizierenden Betrachtungsweise (vgl. ebd.: 207). Während er einräumt, dass Spiegelneuronen beim Menschen eine empirisch gut belegte Rolle bei „motor resonance“ und eine teilweise belegte Rolle bei Mimikry spielen würden, hält er es, vor dem Hintergrund der bisherigen neurophysiologischen und neurologischen Forschung, für unwahrscheinlich, dass dieser Mechanismus Emotionserkennung und -verstehen, Empathie sowie Mitgefühl zugrundeliege (vgl. ebd. 2010a: 204-206). Decetys Forschungen nach ist Empathie ein viel zu komplexes Konstrukt, als dass ihm einzelne Hirnregionen (z.B. die Insula oder der Gyrus frontalis inferior) als neuronale Basis zugeschrieben werden könnten (vgl. ebd.: 204-207). Er führt diverse

¹²⁷ Für eine alternative theoretische Erklärung der o.a. in den fMRI-Studien identifizierten Überlappungen aus einer „neurodevelopmental“ sowie „neurobehavioral evolutionary“ Perspektive heraus sei an dieser Stelle verwiesen auf Decety und Svetlova (2012), Decety et al. (2012), Decety und Cowell (2015) sowie Decety et al. (2016).

¹²⁸ Gregory Hickok (2015) setzt sich in seinem 365 Seiten umfassenden Buch kritisch und sehr detailliert mit der Spiegelneuronenforschung und -theoriebildung der 1990er und 2000er-Jahre auseinander. Er erläutert nachvollziehbar die vielen Schwachpunkte, die die Theorie der Spiegelneurone in logischer und empirischer Hinsicht aufweist. U.a. erläutert er Schwachpunkte in den Forschungsdesigns, zeigt Missinterpretationen von Messdaten auf, führt alternative Erklärungen für viele Messdaten aus und zeigt fragwürdige theoretische Annahmen auf, die aus den Messdaten abgeleitet wurden. Zudem referiert er umfangreich Studien, die Anomalien der Theorie der Spiegelneurone aufzeigen, also Fakten, die ihr widersprechen. Hickok sensibilisiert seine Leser*innen dafür, welche weitreichende Theorie Neurowissenschaftler*innen und Psycholog*innen um die Jahrtausendwende über die neuronalen Grundlagen menschlichen Verhaltens aus dem einfachen Reaktionsmuster, dass dieselben Zellen eines Schweinsaffen „feuern“, wenn er selbst nach etwas greift, wie wenn er beobachtet, wie jemand anderes nach etwas greift, entwarfen (vgl. ebd.: 11). Die zentrale Annahme, dass diese Spiegelzellen „die Grundlage für das Handlungsverständnis darstellen“ (ebd.: 14), ist laut Hickok bloße Spekulation, da es bis heute weder beim Menschen noch bei Affen einen direkten Nachweis dafür gebe (vgl. ebd.: 15). Hickok diskutiert alternative Erklärungen, wie beim Menschen Verstehensprozesse auf neuronaler Ebene ablaufen.

neuropsychologische Läsionsstudien sowie Studien an Patient*innen mit neurologisch degenerativen Erkrankungen an, deren Ergebnisse allesamt die Annahme des Empathie-modells von Decety und Kolleg*innen stützen, dass unterscheidbare, in Wechselbeziehung zueinander stehende neuronale Netzwerke die neuronale Grundlage der Empathie-erfahrung darstellen (vgl. ebd.: 206).

2. „empathic concern“: Das neuronale Netzwerk „empathic concern“ ermöglicht Menschen, mit einem wohlwollenden Gefühl der Anteilnahme und Fürsorge auf das wahrgenommene Leid bzw. die Bedürfnisse anderer zu reagieren (vgl. ebd.: 3, 6f.). Decety und Kolleg*innen verwendeten zur näheren Beschreibung dieser zweiten von ihnen postulierten Hauptkomponente von Empathie auch Begriffe wie „*sympathy*“ (Decety/ Svetlowa 2012: 2), „*motivation to care for others*“ (Decety/Cowell 2015: 7), „*motivation of caring for another's welfare*“ (ebd.: 3) sowie „*ability to feel concern and care for others*“ (Decety et al. 2014: 234). Decety et al. (2014) vermuten die evolutionären Wurzeln dieses neuronalen Netzwerkes im Tierreich im Kontext elterlicher Fürsorge gegenüber ihren Nachkommen (ebd.: 234). Das Netzwerk „empathic concern“ beim Menschen umfasst unterschiedlichste Hirnstrukturen und Systeme, die nicht allein auf das Großhirn begrenzt sind:

„(...) neuroimaging studies in healthy individuals, and lesion studies in neurological patients demonstrate that caring for others employs a large array of systems neural mechanisms, extending beyond the cortex, including the amygdala, brainstem, hypothalamus, insula, ACC, and orbitofrontal cortex (Preston 2013). It also involves the autonomic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis, and endocrine and hormonal systems that regulate bodily states, emotion, and social sensitivity.“ (Decety/Cowell 2015: 6)

3. „perspective taking“: Das neuronale Netzwerk „perspective taking“ dient dazu, sich bewusst in andere hineinzusetzen und sich auszumalen, was sie denken oder fühlen (vgl. ebd.: 3, 7-9). Decety und Cowell verwenden synonym den Begriff „*cognitive empathy*“ (ebd. 2015: 7) für diese dritte Hauptkomponente von Empathie. Zudem sind die in früheren Versionen des Empathiemodells (s.o.) noch einzeln als Hauptkomponenten von Empathie aufgeführten kognitiven Fähigkeiten der „self-other awareness“ und der „emotion regulation“ sowie weitere kognitive Selbstregulationsfähigkeiten wie „Arbeitsgedächtnis“, „Aufmerksamkeitssteuerung“ und „Inhibition“ (vgl. Decety/Cowell 2015: 8) in dieses dritte Netzwerk eingegangen. Die beiden Wissenschaftler begründen das damit, dass es bei fMRI-Studien, in denen Proband*innen Aufgaben der kognitiven bzw. affektiven Perspektivenübernahme ausführten, auch immer zu einer verstärkten Aktivierung der Regionen im präfrontalen Cortex kam, die diese spezifischen kognitiven Funktionen neuronal untermauern (ebd.: 8). Als neuronale Korrelate der dritten Hauptkomponente von Empathie benennt die Forschungsgruppe um Decety u.a. den medialen (dorsomedialen

und ventromedialen) und den dorsolateralen präfrontalen Cortex, den orbitofrontalen Cortex, den temporoparietalen Übergang (TPJ), den Sulcus temporalis posterior superior (pSTS), die Amygdalae, den Hippocampus, die anteriore Insula sowie den anterioren bzw. posterioren cingulären Cortex (ACC bzw. PCC) (vgl. Decety et al. 2014: 234, Decety/Cowell 2015: 8, Decety/Svetlova 2012: 18, Decety 2010b: 260).

Ergänzend zu den weiter oben angeführten modulierenden bzw. vorsteuernden Einflüssen auf empathische Prozesse führen Decety (2011) bzw. Decety und Svetlova (2012) u.a. Ziele, Absichten, Motivation, das Temperament, die Gruppenzugehörigkeit und die aktuelle Stimmung der Empath*innen sowie den Kontext an (vgl. Decety 2011: 94, Decety/Svetlova 2012: 18).

7.3 Diskussion des weiterentwickelten Empathiemodells aus dem Jahre 2015

Meines Erachtens bereichert die im Vorausgegangenen referierte neurowissenschaftliche Perspektive auf Empathie die in den Kapiteln 2 bis 4 dargelegten pflegewissenschaftlichen sowie entwicklungs- und sozialpsychologischen Perspektiven auf Empathie. Das von Decety und Kolleg*innen postulierte neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie vermittelt eine Vorstellung eines hochkomplexen neuronalen Empathiesystems, das aus diversen gestreuten, dynamisch interagierenden Netzwerken besteht. Mit Komplexität ist an dieser Stelle sowohl die Gleichzeitigkeit als auch die wechselseitige Interaktion bzw. Modulation/Regulation der neuronalen Verarbeitungsprozesse in unterschiedlichsten Hirnarealen gemeint, die aus Sicht von Decety und Kolleg*innen empathische Erkennens- und Verstehensprozesse untermauern. Diese Sichtweise trägt meines Erachtens das Potenzial in sich, die in den vorausgegangenen Kapiteln 3 und 6 sich abzeichnende Debatte um den Vorrang affektiver bzw. kognitiver Komponenten bzw. um deren Abfolge (Prozessmodelle) zu überwinden.

Zudem hat das neurowissenschaftliche Empathiemodell m.E. das Potenzial, sowohl die Pflegewissenschaft und Pflegeforschung als auch die Pflegebildung zu sensibilisieren für die grundlegende Bedeutung emotionaler sowie sonstiger Selbstregulationsfähigkeiten in empathischen Prozessen. Auf selbige wurde bereits in den Publikationen Hoffmans und Bischof-Köhlers an mehreren Stellen hingewiesen (s. Kap. 4.5, 5.3.3 und 5.5 des Teils I der vorliegenden Arbeit).

Mit ihrem weiterentwickelten neurowissenschaftlichen Empathiemodell grenzen sich Decety und Kolleg*innen zudem fundiert¹²⁹ von der, von ihnen als simplifizierend beschrie-

¹²⁹ U.a. mit Rückgriff auf Hickok (2009, 2014).

benen, Betrachtungsweise ab, dass Empathie beim Menschen auf dem Mechanismus der Spiegelneurone basiere.

8. Zusammenfassung der theoretischen Auseinandersetzung mit Empathie und Implikationen für die eigene Untersuchung

Die vorausgegangenen sechs Kapitel des Teil I dieser Arbeit dienten einer theoretischen Auseinandersetzung mit der im Zentrum meiner Untersuchung stehenden Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen¹³⁰ die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können. Für diese Fähigkeit verwendete ich in meiner Arbeit anfänglich den Begriff Fallverstehen und später dann den Begriff Empathie. Ziel meiner Auseinandersetzung mit dieser Fähigkeit war, sie eingehender zu beleuchten, um u.a. meine theoretische Sensibilität für die mit ihr in der Pflegeberufswirklichkeit einherzugehenden scheinenden Phänomene, die sich im Interviewmaterial in vielfältiger Hinsicht zeigten, zu schärfen.

Ausgangspunkt und zugleich weiterhin wichtiger Bezugspunkt meines Verständnisses dieser Fähigkeit ist die in Kapitel 2 rezipierte pflegedidaktische Perspektive Darmann-Fincks. Sie stellt den zentralen theoretischen bzw. normativen Rahmen dar, in dem ich pflegerische Empathie verorte. Darmann-Finck erklärt pflegerisches Fallverstehen im Wesentlichen als einen hermeneutischen und verständigungsorientierten bzw. interaktionistischen, anerkennungstheoretisch fundierten, überwiegend intuitiv und implizit erfolgenden Wahrnehmungs-, Denk- und Erkenntnisprozess, der neben verbalsprachlichen insbesondere durch körperlich-leibliche bzw. nonverbale Ausdrucks- und Interaktionsformen geprägt ist (s. Kapitel 2). Zentral sind ferner ihre Abgrenzungsüberlegungen hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen: Sie unterscheidet hierbei die tendenzielle Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein Verstehen des lebensgeschichtlich geprägten Umgangs eines Menschen mit Selbst- und Fremdpflege von einer tendenziellen Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein Verstehen seiner Krankheitsbewältigung und der potenziellen psychischen Krisenhaftigkeit seiner gesundheitlichen Situation (s. Kapitel 2). Zudem sensibilisieren Darmann-Fincks theoretische Überlegungen für die grundsätzliche Überprüfungsbedürftigkeit bzw. Fehleranfälligkeit der Ergebnisse von Verstehensakten und für die prinzipielle Unverstehbarkeit anderer in ihrer Andersartigkeit (s. Kapitel 2). Darmann-Finck betont, dass Fallverstehen von Pflegenden eine gewisse personale Nähe zu ihren zu Pflegenden erfordere. Zugleich gibt sie zu bedenken, dass eine

¹³⁰ Gemeint ist unter dem Handlungsdruck der Pflegeberufswirklichkeit.

zu große Nähe zu zu großer, professionellem pflegerischen Handeln möglicherweise entgegenstehender, Betroffenheit führen könnte (s. Kapitel 2).

Neben diesem soeben skizzierten, auf einen sozialwissenschaftlichen Ansatz basierenden theoretischen bzw. normativem Verständnis der Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, habe ich in den folgenden fünf Kapiteln des Teil I ausgewählte Empathietheorien und -modelle sowie Konzepte der Entwicklungs- und Sozialpsychologie, der Psychologie sowie der Sozialen Neurowissenschaften dargelegt, die auf einem eher naturwissenschaftlichen, also einem empirisch-analytischen Ansatz basieren. Diese theoretischen und teilweise auch empirischen Wissensbestände stellen m.E. bedeutsame weiterführende Erklärungsansätze u.a. hinsichtlich der dem empathischen Geschehen zugrundeliegenden Wirkmechanismen dar (s. Kap. 4.2, 5.2 bis 5.4, 7.2). Beispielsweise modelliert Hoffman empathische Prozesse als enges Zusammenspiel von fünf Wirkmechanismen, nämlich drei unfreiwillig und automatisch ablaufenden, schnell einsetzenden und nur minimaler kognitiver Verarbeitungsprozesse bedürftigen Mechanismen (Mimikry, klassische Konditionierung und direkte Assoziation) sowie zwei höher entwickelten kognitiven Mechanismen (vermittelte Assoziation und Rollenübernahme), die gewisse willkürliche Steuerungsmöglichkeiten beinhalten (s. Kapitel 4.2). Doch auch diese zwei höher entwickelten kognitiven Mechanismen können, so Hoffman, in Situationen, in denen eine Person ihre Aufmerksamkeit auf einen anwesenden leidenden Menschen richtet, unfreiwillig und umgehend getriggert werden (vgl. Hoffman 2000: 5, 61). Sie verleihen damit auch den empathischen Reaktionen von Erwachsenen - ebenso wie die drei erstgenannten - eine wichtige, unfreiwillige Dimension (s. Kapitel 4.2). Hoffmans theoretische Annahmen zu Empathie vermitteln ein Verständnis von Empathie, in dem affektive, körperliche sowie kognitive Komponenten aufs Engste miteinander verbunden sind und in dem die automatische, unwillkürliche Dimension von Empathie eine besondere Berücksichtigung erfährt (s. Kapitel 4). Bischof-Köhlers Verständnis dieser Fähigkeit weist, auch wenn sie analytisch die sozialen Erkenntnisformen Gefühlsansteckung, Empathie und Theory of Mind (inklusive Perspektivenübernahme) differenziert, in dieselbe Richtung (s. Kapitel 5.1 bis 5.4). Meines Erachtens ist auch das von Decety und Kolleg*innen postulierte neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie anschlussfähig an diese entwicklungs- und sozialpsychologische Sichtweise auf Empathie (s. Kapitel 7).

Darüberhinaus erhellen die in den Kapiteln 4, 5 und 7 dargelegten entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie neurowissenschaftlichen Perspektiven auf Empathie insbesondere die emotionale Komponente des empathischen Geschehens. D.h., sie nehmen die Gefühle und Körperempfindungen, die in Empath*innen in sozialen

Erkenntnisprozessen i.d.R. automatisch und unfreiwillig entstehen, gezielt in den Blick und suchen sowohl mögliche Hintergründe als auch prosoziale sowie sozial-negative Folgegefühle bzw. Handlungsimpulse des empathischen Erlebens zu erklären (s. Kapitel 4.5, 5.3.2.2, 5.3.2.3, 5.3.3). Zudem erläutern sie die Beeinflussung des empathischen Erlebens durch verschiedenste Faktoren wie beispielsweise Kausalattributionen, Selbstregulationsfähigkeiten oder Kompetenzüberzeugungen der Empath*innen (s. Kapitel 4.4, 4.5., 5.5). Wichtige theoretische Begriffe sind in diesem Zusammenhang zudem „empathic over-arousal“, „egoistic drift“ und „empathic bias“ bei Hoffman (s. Kapitel 4.2.5, 4.5), „psychische Ich-Andere-Unterscheidung“, „Empathieabwehr“ und „Exekutive Funktionen“ bei Bischof-Köhler (s. Kapitel 5.3.2.2, 5.3.3, 5.5), „Empathischer Kurzschluss“ bei Altmann und Roth (s. Kapitel 6.3, 6.4) und „emotion regulation“ sowie „self-other awareness“ bei Decety und Kolleg*innen (s. Kapitel 7.1, 7.2).

Das Interviewmaterial meiner empirischen Untersuchung wies bereits früh im Analyseprozess darauf hin, dass dem emotionalen Erleben der Pflegelegenden beim empathischen Handeln (insbesondere ihren als belastend erlebten Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen) eine zentrale Bedeutung zukommt. Insbesondere auch aus diesem Grunde entschied ich mich für die o.a. Empathietheorien, da sie sowohl die kognitiven und affektiven Komponenten des empathischen Geschehens als auch die mit empathischen Erleben möglicherweise einhergehenden Herausforderungen und Belastungen der (beruflichen) Empath*innen m. E. nachvollziehbar und differenziert zu konzeptualisieren und zu erklären vermögen. Sie unterstützen mich folglich darin, die im Interviewmaterial aufscheinenden Herausforderungen und Probleme der interviewten Pflegelegenden beim empathischen Handeln vor einem theoretischen Hintergrund zu verstehen, einzuordnen und zu erklären.

Eine weitere Stärke der von mir ausgewählten entwicklungs- und sozialpsychologischen sowie neurowissenschaftlichen Arbeiten besteht darin, dass sie allesamt eine entwicklungsbezogene Perspektive¹³¹ auf Empathie inkludieren. Durch die systematische Erforschung empathischer Erregungs- bzw. Erkenntnisprozesse im Verlauf der menschlichen Ontogenese ermöglicht dieses Vorgehen bedeutsame und detaillierte Einblicke in Reifungs- und Interaktionsprozesse der unterschiedlichen Komponenten von Empathie und deren Vorläufern zu gewinnen, die sonst im Dunkeln blieben. Bei erwachsenen Empath*innen wären viele der empirischen Untersuchungen, auf die die theoretischen Arbeiten von Hoffman, Bischof-Köhler und auch die von Decety und Kolleg*innen aufbauen,

¹³¹ Meine Suche nach entwicklungspsychologischen Arbeiten, die gezielt die Empathieentwicklung im Erwachsenenalter oder auch in beruflichen Kontexten betrachten, blieb leider erfolglos.

nicht mehr möglich, da die verschiedenen Subkomponenten von Empathie bereits ausgereift sind und integriert zusammenarbeiten (s. Kapitel 4.3, 5.2-5.5, 7).

Die Idee, mich eingehender mit entwicklungs- und sozialpsychologischen Empathietheorien zu befassen, kam mir u.a. im Rahmen meiner Auseinandersetzung mit der begriffsanalytischen Arbeit Bischoff-Wanners zu Empathie in der Pflege (s. Kapitel 3). Bedeutsam für meine Untersuchung sind zudem Bischoff-Wanners Abgrenzungsüberlegungen von psychotherapeutischer Empathie gegenüber pflegerischer Empathie (s. Kapitel 3.2., 3.3). Das Ziel pflegerischer Empathie besteht laut Bischoff-Wanner (2002: 274) darin, *„Erkenntnisse über den Patienten zu gewinnen, die für seinen Pflegeprozess bedeutsam sind und in Handlungen zu seinen Gunsten eingesetzt werden“*. Mit dieser Zielbenennung grenzt sie sich ausdrücklich von der einiger anderer von ihr rezipierten pflegewissenschaftlichen Theoretikerinnen ab, die der Überzeugung sind, pflegerische Empathie zielt darauf ab, bei zu Pflegenden *„persönliche(n) Weiterentwicklung“* (ebd.: 184), *„das Selbstverstehen und die Selbsterkenntnis“* (ebd.: 184) bzw. *„Persönlichkeitsveränderung und –entfaltung“* (ebd.: 193) zu fördern. Laut Bischoff-Wanner sind dieses Ziele psychotherapeutischer und nicht pflegerischer Empathie, eine Einschätzung, der ich mich anschließe (vgl. ebd.: 60-65). Ebenfalls zentral für meine Untersuchung sind viele der von Bischoff-Wanner herausgearbeiteten Spezifika pflegerischer Empathie: beispielsweise a) die Hervorhebung des Körperbezugs als bedeutsamen Bestandteil pflegerischer empathischer Interaktionen bzw. der Gleichzeitigkeit körperlicher, emotionaler sowie kommunikativer Arbeit, b) die Bestimmung wesentlicher Motive für empathisches Handeln in der Pflege (u.a. berufliche Verantwortung im Rahmen des beruflichen Auftrags, empathisch zu interagieren sowie eine patient*innenorientierte Berufsauffassung) oder auch c) die Charakterisierung der Umstände unter denen empathisches Pflegehandeln erfolgt (u.a. Zuständigkeit von Pflegenden für mehrere Patient*innen und den damit verbundenen kürzeren, oftmals unterbrochenen, wenig planbaren Kontakten) (s. Kapitel 3.2, 3.3.1). Warum ich mich dem pflegespezifischen Empathie-Prozessmodell und der Definition von Empathie in der Pflege, den Hauptergebnissen Bischoff-Wanners begriffsanalytischer Arbeit, nicht anschließe, ist den Kapiteln 3.3.1 und 3.3.2 zu entnehmen.

Abschließend halte ich fest, dass sich die Zusammenführung unterschiedlicher disziplinärer Perspektiven auf die im Mittelpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit stehende Fähigkeit zu pflegerischer Empathie und damit einhergehend unterschiedlicher wissenschaftstheoretischer Ansätze für meine theoretische Sensibilität als anregend und erkenntnis-

fördernd erwiesen hat.¹³² Darmann-Fincks Überlegungen zu pflegerischem Fallverstehen stellen eine bedeutsame theoretische bzw. normative Perspektive dar. Sie behandeln Empathie in einem spezifischen Anwendungskontext, nämlich im Kontext pflegeberuflichen Handelns. Die auf einem eher naturwissenschaftlichen, also empirisch-analytischen Ansatz basierenden Beiträge der Entwicklungs- und Sozialpsychologie bzw. der Sozialen Neurowissenschaften stellen eine interessante, ergänzende Perspektive dar: Sie liefern - neben anregenden Ansätzen zur Modellierung empathischer Erregungs- und Erkenntnisprozesse - differenzierte Erkenntnisse zu generellen Stör- und beeinflussenden Faktoren in Verstehensprozessen sowie zu Risiken, Nebenwirkungen bzw. Problemen empathischen Handelns für Empath*innen. Die Zusammenführung dieser in den Kapiteln 2 bis 7 dargestellten unterschiedlichen theoretischen Perspektiven auf Empathie bildet die theoretische Sensibilität ab, mit der ich mich in meiner empirischen Untersuchung der Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen zu erfassen, näherte.

Ich hoffe, mit der im Teil I vorgestellten, im Rahmen einer empirischen, pflegedidaktischen Untersuchung erfolgten, theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der pflegerischen Empathie, einen nachvollziehbaren, anregenden und diskussionswürdigen Beitrag zur weiteren Klärung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs erarbeitet zu haben. Abschließend halte ich fest, dass ich eine pflegewissenschaftliche, interdisziplinär angelegte theoretische Untersuchung zur weiteren Klärung der Begriffe pflegerische Empathie und pflegerisches Fallverstehen für bedeutsam halte.

Teil II Empirische Bezüge

In dem vorliegenden Teil II dieser Arbeit wird der aktuelle nationale sowie internationale Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ dargestellt. In Kapitel 9 erläutere ich zunächst meine Vorgehensweise bei der Literaturrecherche. Anschließend wird der ermittelte Forschungsstand strukturiert in fünf einzelnen Kapiteln dargelegt (Kapitel 10 bis 14). Jedes dieser Kapitel ist einem der von mir herausgearbeiteten relevanten Forschungsstränge gewidmet und schließt mit einer Zusammenfassung und kritischen Einschätzung der jeweils referierten Studienlage. Eine Ausnahme stellt das Kapitel 13 dar, in dem Befunde zweier Forschungsstoßrichtungen aufgeteilt in zwei Unterkapiteln (13.1 und 13.2) dargelegt werden. Das Kapitel 13 bündelt die empirischen

¹³² An dieser Stelle verweise ich erneut auf Remmers Beitrag „*Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung*“ (2011: 7-47) in dem von ihm herausgegebenen Band „*Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz*“.

Erkenntnisse internationaler qualitativer Forschungsarbeiten mit Bezügen zum Lernen von Empathie bei Pflegestudierenden. Auf mein Forschungsanliegen bezogen stellen diese Studien m. E. die bedeutsamste Wissensquelle für den Forschungsstand dar, weshalb das Kapitel 13 auch von der Seitenzahl das umfangreichste ist. Abschließend erfolgt im Kapitel 15 eine Zusammenfassung der in dem Teil II dieser Arbeit dargelegten empirischen Studien zum Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung und ein Fazit wird gezogen. Aus diesem lassen sich die Untersuchungsfragen der vorliegenden Forschungsarbeit unmittelbar ableiten.

9. Darstellung der Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zur Erarbeitung des für die vorliegende Untersuchung relevanten Forschungsstands erfolgte kontinuierlich während des gesamten Promotionsprozesses, jedoch vertieft und systematisch insbesondere zu zwei Zeitpunkten, nämlich im Winter 2009/2010 in der Vorbereitungsphase meiner Studie und im Herbst 2016 nach Abschluss der Datenauswertung. Recherchiert wurde in den Fachdatenbanken „Medline (via Ovid)“ und „Cinahl“ sowie in den Suchmaschinen „Google“ und „Google Scholar“. Zudem durchsuchte ich die Literaturverzeichnisse der eingeschlossenen Studien händisch nach Hinweisen zu weiteren einschlägigen Untersuchungen. Unterstützung bei der Beschaffung einiger der von mir recherchierten internationalen Publikationen im Volltext erhielt ich von Expert*innen der Fernleihe der Bibliothek der Universität Bremen¹³³. Die nachfolgende Tabelle 1 gibt einen Überblick über die von mir verwendeten Suchbegriffe, die u.a. durch die Nutzung des Thesaurus der jeweiligen Datenbank zustande kamen und die ich unter Verwendung der Booleschen Operatoren unterschiedlich miteinander verknüpfte.

Suchbegriffe (+/- Thesaurus)
„empathy“, „empathy skill set“, „empathic ability“, „empathy skills“, „empathic skills“, „perspective taking“, „empathic tendency“, „compassion“, „care“, „caring“
„nursing education“, „nursing“, „education“, „learning“, „socialization“, „socialisation“
„empathy education“, „empathy training“, „empathy programme“, „empathy in nursing education“, „empathy in education“
„empathy development“, „development of empathy“, „learning about empathy“, „learning empathy“, „empathy learning“, „socialization in empathic care“, „socialisation in empathic care“
„outcomes“, „effects“, „effectiveness of empathy training“, „increase“
„nursing student“, „student nurse“, [„nurse“, „medical student“, „health student“, „midwifery student“, „physiotherapy student“]
„experience“, „perspective“, „opinion“, „view“, „attitude“, „voice“, „perception“

¹³³ Forschungsarbeiten, die auch mit Hilfe dieser Expert*innen nicht kostengünstig zu beschaffen waren, wurden nicht im Forschungsstand berücksichtigt.

„randomised controlled trial“, „evaluation“, „controlled trial“, „review“, „qualitative research“, „empirical research“

Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherchen

Als Einschlusskriterien für die Recherche definierte ich anfangs als Zielgruppe Pflegeauszubildende bzw. Pflegestudierende (Bachelor- und Associate Degree-Studienprogramme), als Publikationssprache Deutsch oder Englisch und als inhaltliche Ausrichtung, dass die Studien empirische Befunde zum Lernen von Empathie in der grundständigen Pflegeausbildung hervorbringen sollten. Bei der ersten systematischen Recherche wurden Studien bis Februar 2010 erfasst, bei der zweiten bis Oktober 2016.

Die Literaturrecherche im Winter 2009/2010 ergab eine beachtliche Fülle an Studien im Themengebiet „Empathie in der Pflege“, so dass es eines langwierigen Orientierungs- und Sichtungsprozesses bedurfte, um dieses Feld für mich zu erfassen, zu strukturieren und zunehmend einzugrenzen, um die für mein Forschungsanliegen bedeutsamsten Forschungsstränge herauszuschälen und systematisch weiter zu verfolgen. Oftmals erwies sich ein reines „Title/Abstract-Screening“ als zu wenig aussagekräftig, um die Relevanz der in den Fachdatenbanken gefundenen (insbesondere qualitativen) Forschungsstudien im Hinblick auf mein Rechercheanliegen einzuschätzen. Aus diesem Grunde investierte ich viel Zeit in die Beschaffung potenziell relevanter Studien im Volltext sowie für deren eingehende Analyse.

Als besonders relevante Forschungsstränge für die Erarbeitung des Forschungsstandes zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ identifizierte ich im bereits weit fortgeschrittenen Rechercheprozess neben quantitativen Forschungsarbeiten zur Entwicklung bzw. zum Verlauf empathischer Fähigkeiten in pflegerischen Bildungsgängen¹³⁴ (s. Kapitel 10) diverse v.a. quantitative Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Förderung von Empathie bei Pflegestudierenden¹³⁵ untersuchten (s. Kapitel 11). Viele der Autor*innen der erstgenannten Forschungsrichtung empfahlen aufgrund der von ihnen identifizierten negativen bzw. stagnierenden Entwicklungen empathischer Fähigkeiten von Pflegelernenden im Laufe des Studiums eine Erforschung der Sichtweisen von Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Empathie, um Erkenntnisse über mögliche Hintergründe zu gewinnen. Meine Suche im Winter 2009/2010 nach diesbezüglichen Studien war erfolglos, wodurch ich meine Einschlusskriterien hinsichtlich der Zielgruppe auf bereits ausgebildete Pflegenden sowie Studierende anderer

¹³⁴ Bachelor- und Associate Degree-Studienprogramme

¹³⁵ Bachelor- und Associate Degree-Studienprogramme

Gesundheitsberufe ausweitete. Hierdurch konnte ich zwei innovative Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie finden (s. Kapitel 12).

Aufgrund des bereits erwähnten Fehlens an qualitativen Forschungsarbeiten zu den Sichtweisen von Pflegelernenden auf ihr Lernen von Empathie verfolgte ich eine weitere Strategie, um mich dem aktuell bestverfügbaren Wissensstand für mein Forschungsanliegen anzunähern. Leitend war hierbei der Gedanke, dass es, wenn bislang noch nichts über die Lernendenperspektive bezüglich Lernen von Empathie bekannt ist, möglicherweise schon empirische Erkenntnisse über Empathie nahestehende Fähigkeiten von Pflegelernenden und diesbezügliche Lernprozesse in der Pflegeausbildung gibt. Daraufhin weitete ich meine Einschlusskriterien auf qualitative Forschungsarbeiten aus, die die Perspektiven von Pflegestudierenden auf das Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten wie Caring und Compassion untersuchten (s. Kapitel 13.1). Meine diesbezügliche Recherche machte mich zudem aufmerksam auf diverse qualitative Arbeiten, die die berufliche Sozialisation von Pflegelernenden untersuchten und dabei interessante Befunde zur Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen hervorgebracht hatten (s. Kapitel 13.2). Derartige Studien lenken meiner Ansicht nach die Aufmerksamkeit auf Hintergründe, Einflüsse bzw. auf die tatsächliche Ausbildungswirklichkeit und haben das Potenzial, neue Aspekte des Lernens von Empathie zu ermitteln. Wie oben bereits angerissen, kristallisierte sich im Prozess des Auswertens sowie Einschätzens der Aussagekraft und des Aussagegehalts der eingeschlossenen Studien heraus, dass den im Kapitel 13 referierten Untersuchungen für meine Forschungsarbeit eine zentrale Bedeutung zukommt.

Den wenigen qualitativen deutschen Forschungsarbeiten, die ich recherchieren konnte und die m.E. engere Bezüge zu meinem Forschungsanliegen aufwiesen, widmete ich ein eigenes Kapitel (s. Kapitel 14). Meiner Einschätzung nach handelt es sich bei diesen Arbeiten um wichtige Erträge der in Deutschland noch sehr jungen Forschung im Feld der Pflegeausbildung, die m.E. zum Teil relativ losgelöst von der internationalen Pflegebildungsforschung entstanden sind.

Im Herbst 2016 aktualisierte ich meinen Forschungsstand um Studien, die parallel zu meiner empirischen Untersuchung entstanden sind. Hierbei zeigte sich ein wachsendes internationales und auch nationales Interesse an dem Forschungsgebiet „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“: In den rund sechs Jahren sind 40 weitere Forschungsarbeiten abgeschlossen worden. Mit diesen sind insgesamt 73 Studien in den Forschungsstand einbezogen worden, der in dem vorliegenden Teil II dieser Arbeit darzulegen ist.

Überblick über die Ergebnisse der Literaturrecherchen: Empirische Forschung mit Bezügen zum Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung						
Identifizierte Forschungsstränge zum Themenfeld „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“	Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung empirisch-analytische Forschung (Kapitel 10)	Wirksamkeit von Empathieinterventionen im Rahmen der Pflegeausbildung empirisch-analytische Forschung (Kapitel 11)	Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung v.a. qualitative Forschung ¹³⁶ (Kapitel 12)	Befunde zu den Caring-Fähigkeiten von Pflegelerenden, zu diesbzgl. Lernprozessen sowie zu deren subjektiven Sichtweisen auf Caring und ihr Lernen von Caring qualitative Forschung (Kapitel 13.1)	Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen qualitative Forschung ¹³⁷ (Kapitel 13.2)	Erträge der Forschung im Feld der Pflegeausbildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (deutschsprachiger Forschungsraum) qualitative Forschung (Kapitel 14)
Forschungsraum	international	international + national	international + national	international	international	national
Zugeordnete Studien (chronologisch aufgeführt) 73 Studien	bis 02/2010: Rogers (1986) Evans et al. (1998) Cinar et al. (2007) Boyle et al. (2009) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Ozcan et al. (2010) Nunes et al. (2011) Ward et al. (2012) Lovan/Wilson (2012) McKenna et al. (2012) Ouzouni/Nakakis (2012) Wilson et al. (2012) Williams et al. (2014a) Williams et al. (2014b) Kanbay et al. (2015)	bis 02/2010: Kalish (1971) Layton (1979) Henderson (1989) Nardi (1990) Hodges (1991) Wilt et al. (1995) Cutcliffe/Cassedy (1999) Wikström (2003) Beddoe/Murphy (2004) Dearing/Steadman (2008) Webster (2010) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Henry et al. (2011) Ozcan et al. (2011) Cunico et al. (2012) Ozcan et al. (2012) Chaffin/Adams (2013) Sheehan et al. (2013) Williams et al. (2013/2015) ¹³⁸ Mawson (2014) Altmann (2015) Chen et al. (2015) Everson et al. (2015) Hamblin/Ray (2015) Kidd et al. (2015) Mousa (2015) Sideras et al. (2015) Ward (2015) Bäuerle et al. (2016) Mennenga et al. (2016) Roberts et al. (2016)	bis 02/2010: Wear/Zarconi (2007) Winseman et al. (2009) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Afghani et al. (2011) Tavakol et al. (2012) Sheikh et al. (2013) Eikeland et al. (2014) Ahrweiler et al. (2014) Seitz et al. (2017) ¹³⁹	bis 02/2010: Kelley (1992) Neil-Urban (1994) Kosowski (1995) Drumm (2006) Solvoll/Heggen (2010) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Ma et al. (2014)	bis 02/2010: Melia (1983, 1984) Bradby (1990a, 1990b) Seed (1994) Campbell et al. (1994) + Reutter et al. (1997) ¹⁴⁰ Allcock/Standen (2001) Lemonidou et al. (2004) Mackintosh (2006) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Curtis et al. (2012) + Curtis (2014) ¹⁴¹	bis 02/2010: Kersting (2002) Fichtmüller/Walter (2007) Balzer (2009) Kühme (2009) ab 03/2010 bis Herbst 2016: Kühme (2013, 2015) Eylmann (2015) Balzer (2015)

Tabelle 2: Forschungsstränge im Themenfeld „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“

Wie der Tabelle 2 zu entnehmen ist, sind den ersten beiden Forschungssträngen die meisten und ausschließlich quantitative Studien zugeordnet. Die Darstellung ihrer empirischen Befunde in den Kapiteln 10 und 11 gestaltete ich bewusst stark zusammenfassend und studienübergreifend. Den übrigen Forschungssträngen wurden deutlich weniger und v.a. qualitative Studien zugeordnet, weswegen ich mich für eine andere Darstellungsweise entschied. Ihre Befunde referiere ich zunächst auf die einzelnen Studien

¹³⁶ Zum Teil in Kombination mit quantitativen Erhebungs- und Auswertungsverfahren.

¹³⁷ Eine Ausnahme stellt Bradby (1990a,b) dar, die in ihrer Sozialisationsstudie neben diversen qualitativen Methoden auch quantitative Messinstrumente einsetzte.

¹³⁸ Die beiden Artikel von Williams und Kolleg*innen beziehen sich auf dieselbe, also eine, empirische Studie.

¹³⁹ Die Studie wurde nachträglich in den Forschungsstand aufgenommen, da sie neue, auch für die Pflegebildung interessante Erkenntnisse liefert.

¹⁴⁰ Die Artikel von Campbell et al. (1994) und Reutter et al. (1997) beziehen sich auf dieselbe qualitative Längsschnittstudie.

¹⁴¹ Die Artikel von Curtis et al. (2012) und Curtis (2014) beziehen sich auf dieselbe qualitative Studie.

bezogen. Erst in der Zusammenfassung und kritischen Einschätzung am Ende jedes Kapitels beziehe ich die qualitativen Befunde aufeinander (s. Kapitel 12 bis 14).

10. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung

Die systematische Recherche im Winter 2009/2010 ergab vier Studien, die die Wirkung unterschiedlicher drei- bzw. vierjähriger Pflegestudiengänge (Bachelor) auf die empathischen Fähigkeiten von Pflegelerenden untersucht haben. Diese Studien erforschten im Gegensatz zu den weiter unten in Kapitel 11 dargelegten, nicht die Wirkung einzelner auf Empathieförderung abhebender Trainings oder Interventionen, sondern den Effekt des jeweiligen gesamten Studienprogramms auf die empathischen Fähigkeiten der Pflegestudierenden¹⁴². Nachfolgend werden die vier Studien vergleichend und überblicksartig entlang relevanter Kriterien (u.a. Herkunftsland, Forschungsdesign, Messverfahren) dargelegt. Zudem erfolgt in einem Zwischenfazit eine kritische Einschätzung der Aussagekraft ihrer Ergebnisse und erste Forschungsdesiderata werden aufgezeigt. Abschließend werden die im Herbst 2016 zu diesem Themenfeld nachrecherchierten Studien knapp dargelegt und ein Gesamtresümee (Fazit) des in diesem Kapitel 10 beschriebenen Forschungsstandes gezogen.

Zwei der vier Studien wurden in den USA (Rogers 1986, Evans et al. 1998) und jeweils eine in der Türkei (Cinar et al. 2007) sowie in Australien (Boyle et al. 2009) durchgeführt. Bei drei der Studien handelt es sich um deskriptive, vergleichende Querschnittsstudien (Rogers 1986, Cinar 2007, Boyle et al. 2009) und bei einer um eine fünfjährige Längsschnittstudie (Evans et al. 1998). Bei den Stichproben handelt es sich jeweils um Gelegenheitsstichproben von minimal 104 (Cinar et al. 2007) bis maximal 135 Pflegestudierenden (Rogers 1986) in der Regel einer Hochschule¹⁴³.

Hinsichtlich der verwendeten Messinstrumente unterscheiden sich die vier Studien stark: Bei den Messinstrumenten lassen sich Selbsteinschätzungsskalen, sog. „Self-report-measures“¹⁴⁴, von „Other-report-measures“ unterscheiden. Erstere bilden sozusagen das Selbstbild der Proband*innen hinsichtlich ihrer empathischen Fähigkeiten ab. Bei letzteren schätzen zu Pflegende die Empathiefähigkeit der Pflegestudierenden ein, von denen sie

¹⁴² Die Studie von Boyle et al. (2009) fokussierte im Gegensatz zu den drei anderen Studien nicht ausschließlich einen Pflegestudiengang sondern sechs unterschiedliche gesundheitsbezogene Studiengänge, worunter ein Pflegestudiengang mit 107 teilnehmenden Pflegestudierenden war.

¹⁴³ Eine Ausnahme bildet die Studie von Rogers (1986), in der an zwei Universitäten Daten erhoben wurden.

¹⁴⁴ Beispiele sind die von Boyle et al. (2009) eingesetzte „Jefferson Scale of Physician Empathy - Health Profession-Version“, die von Evans et al. (1998) verwendete „Hogan Empathy Scale“ oder auch die „Empathy Construct Rating scale_self-report“, die Rogers (1986) nutzte.

kürzlich gepflegt wurden¹⁴⁵ (Fremdbild). Zu den „Other-report-measures“ werden auch Messverfahren gezählt, die schriftliche Antworten auf hypothetische Patient*innenszenarios vorgeben, unter denen die Studierenden die empathischsten bzw. unempathischsten identifizieren müssen¹⁴⁶.

Gemeinsam ist den vier Studien, dass sie alle keine signifikanten Veränderungen der von ihnen gemessenen empathischen Fähigkeiten bezogen auf den Gesamtverlauf des Pflegestudiums nachweisen konnten. Vereinzelt wurden zwar Schwankungen im Studienverlauf gemessen (z.B. Evans et al. 1998, Cinar et al. 2007), jedoch zeigten sich beim Vergleich der zu Beginn bzw. im ersten Studienjahr erhobenen Empathiewerte mit den Werten im letzten Studienjahr einheitlich keine signifikanten Unterschiede. Diese Ergebnisse mögen Verantwortliche der Pflegeausbildung zunächst erstaunen oder auch irritieren, da die Förderung empathischer Fähigkeiten bei angehenden Pflegenden international ein anerkanntes explizites oder zumindest implizites Ziel pflegerischer Bildungsgänge ist. Zudem werfen diese Ergebnisse viele Fragen auf.

Bei der Einschätzung der Befunde sind m.E. verschiedenste Aspekte zu berücksichtigen, wie u.a. die Charakteristika der verwendeten Messverfahren. Wenn auch für einige der verwendeten Messinstrumente Validitäts- und Reliabilitätsnachweise angegeben wurden, eint die meisten, dass die ihnen jeweils zugrundeliegenden Empathiekonzepte einseitig kognitiv und/oder psychologisch bzw. psychotherapeutisch ausgerichtet sind^{147,148}. Hier zeichnet sich ein fehlender Konsens über die Definition bzw. Konzeptualisierung von Empathie in der pflegerischen Ausbildungsforschung ab. Hierdurch stellt sich die Frage, inwiefern bzw. welche pflegerisch bedeutsamen Dimensionen empathischer Fähigkeiten sie überhaupt erfassen. Zudem stellen sowohl subjektive Einschätzungen von Studierenden hinsichtlich ihrer eigenen empathischen Fähigkeiten („Self-report-measures“) als auch das „richtige“ Auswählen von (un-)empathischen, vorgegebenen Antworten aus einer Liste („Other-report-measures“) m.E. nur sehr fragwürdige Indikatoren für die Fähigkeit dar, empathisch in realen Pflegesituationen zu interagieren.

Ebenfalls zu berücksichtigen ist das Fehlen hochwertiger quantitativer Forschungsdesigns, in denen beispielsweise Kontrollgruppen oder auch unterschiedliche Institutionen zeitgleich einbezogen werden. Es dominieren hingegen Querschnittsstudien. Längsschnittuntersuchungen sind die Ausnahme. Ein weiterer für die Einschätzung der Befunde bedeutsamer

¹⁴⁵ Ein Beispiel ist die von Rogers (1986) verwendete „Empathy Construct Rating scale_client rating“.

¹⁴⁶ Beispiele sind die von Cinar et al. (2007) verwendete „Empathic Skill Scale“ sowie der „Modifizierte Layton Empathy Test“, den Evans et al. (1998) einsetzen.

¹⁴⁷ Eine Ausnahme bildet die Studie von Evans et al. (1998).

¹⁴⁸ An dieser Stelle zeigt sich die von der deutschen Pflegewissenschaftlerin Bischoff-Wanner beschriebene und kritisierte psychotherapeutische Ausrichtung des pflegerischen Empathiebegriffs der angloamerikanischen pflegewissenschaftlichen Empathieforschung (s. Kapitel 3.2 des Teils I dieser Arbeit).

Aspekt sind die uneinheitlichen, z.T. irritierenden Messzeitpunkte der Studien. Beispielsweise werden nicht in allen Studien Messungen zu Beginn des ersten und am Ende des letzten Studienjahres durchgeführt, sondern die Erstmessung erfolgt erst am Ende des ersten Studiensemesters/-jahres (Cinar et al. 2007) oder die abschließende Messung bereits zu Beginn des letzten Studienjahres (Boyle et al. 2009), also ein Jahr vor Studienabschluss. Zudem mangelt es bei drei der vier Studien an ergänzenden Langzeitmessungen, beispielsweise ein Jahr nach Ende des Studiums¹⁴⁹. Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist, dass die an den Studien teilnehmenden Studierenden vermutlich nicht repräsentativ für ihre jeweiligen Studiengangs-Kohorten sind, da es sich bei allen vier Studien um Gelegenheitsstichproben handelt und die Antwortraten, sofern angegeben, stark variieren und z.T. sehr gering sind¹⁵⁰.

Zwischenfazit

Resümierend ist für die soeben skizzierte Studienlage festzuhalten, dass die Wirksamkeit der hochschulischen Pflegeausbildung hinsichtlich der Förderung empathischer Fähigkeiten von Pflegelehrenden bis zum Jahre 2010, also bis zum Beginn meines Promotionsprojektes, nicht wissenschaftlich nachgewiesen werden konnte. Die vier Studien legen m.E. die Deutung nahe, dass die pflegerische Ausbildung diesbezüglich möglicherweise nicht wirksam ist bzw. dass die auf Empathie abhebenden Bildungsangebote keine mittel- sowie langfristige Wirkungen entfalten. In Ermangelung qualitativer Studiendesigns kann zudem über die Ursachen des sich andeutenden stagnierenden Verlaufs empathischer Fähigkeiten in pflegerischen Bildungsgängen nur spekuliert werden. Hier wären qualitative Studien aufschlussreich, die die Perspektive der Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Empathie explorieren. Hinzu kommt, dass nicht eine deutsche Studie identifiziert werden konnte.

Nachtrag

Ergänzend wurde nach Abschluss der eigenen Untersuchung im Herbst 2016 erneut systematisch recherchiert, um Studien zu identifizieren, die parallel zur vorliegenden Forschungsarbeit entstanden sind. Es konnten zehn quantitative Studien jüngeren Datums identifiziert werden, die den oben skizzierten hinsichtlich der Studiendesigns, der Samplebildung, der Messinstrumente, der Messzeitpunkte sowie der damit verbundenen methodischen Einschränkungen bzw. Mängel stark ähnelten¹⁵¹. Drei der Studien wurden in

¹⁴⁹ Die Studie von Evans et al. (1998) stellt diesbezüglich eine positive Ausnahme dar.

¹⁵⁰ Bei Boyle et al. nahmen beispielsweise nur 23,4% der Gesamtpopulation der Pflegestudierenden teil (vgl. ebd. 2009: 3f.), bei Cinar et al. hingegen 75% (vgl. ebd. 2007: 590).

¹⁵¹ Unterschiede bestehen lediglich in der Tendenz größere Gelegenheitsstichproben einzubeziehen (z.B. 438 Studierende bei Ozcan et al. (2010) oder 411 Studierende bei Williams et al. (2014b)), wobei die Antwortraten weiterhin stark variieren und z.T. enorm gering sind. Zudem finden sich unter den zehn Studien neben

Australien durchgeführt (McKenna et al. 2012, Williams et al. 2014a, b), jeweils zwei in der Türkei (Ozcan et al. 2010, Kanbay et al. 2015) und den USA (Ward et al. 2012, Lovan/Wilson 2012) sowie jeweils eine im Vereinigten Königreich (Wilson et al. 2012), in Griechenland (Ouzouni/Nakakis 2012) und auf Jamaika (Nunes et al. 2011). In fünf dieser zehn Studien konnte, ebenso wie in den weiter oben skizzierten vier älteren Studien, keine statistisch signifikante Veränderung empathischer Fähigkeiten im Verlauf der untersuchten hochschulischen pflegerischen Bildungsgänge (Bachelor) nachgewiesen werden¹⁵². In drei der zehn Studien wurde eine statistisch signifikante Abnahme empathischer Fähigkeiten im Studienverlauf nachgewiesen: Nunes et al. (2011) wiesen diese Erosion für das erste Studienjahr nach, Wilson et al. (2012) für die ersten beiden Studienjahre und Ward et al. (2012) bezogen auf unterschiedliche Studienabschnitte diverser pflegerischer Bildungsgänge¹⁵³. Ward et al. (2012) konnten zudem belegen, dass die Erosion empathischer Fähigkeiten sich v.a. bei den Studierenden abzeichnete, die viel Kontakt zu Patient*innen hatten¹⁵⁴. In der neunten Studie konnten Ouzouni und Nakakis (2012) als einzige einen statistisch signifikanten - aber sehr geringen - Anstieg empathischer Fähigkeiten im Verlauf eines vierjährigen Pflegestudiums nachweisen.¹⁵⁵ Die zehnte Studie (Ozcan et al. 2010), in der zwei Messinstrumente eingesetzt wurden, die unterschiedliche Dimensionen empathischer Fähigkeiten abzubilden versuchten, konnte sowohl positive als auch negative statistisch signifikante Verläufe belegen.¹⁵⁶

Fazit

Auch wenn zwischen 2010 und 2016, wie soeben beschrieben, zehn weitere quantitative Studien durchgeführt wurden, die zu teilweise unterschiedlichen Ergebnissen kamen hinsichtlich des Verlaufs empathischer Fähigkeiten in pflegerischen Bildungsgängen, wurde die in meinem Zwischenfazit weiter oben beschriebene Grundproblematik nicht befriedi-

Querschnittsdesigns vier Längsschnittstudien, von denen allerdings drei nur einjährig bzw. zweijährig sind und somit Bildungsgänge in ihrem Gesamtverlauf nur unzureichend abzubilden vermögen.

¹⁵² Lovan/Wilson (2012); McKenna et al. (2012); Williams et al. (2014a,b); Kanbay et al. (2015).

¹⁵³ Ward et al. (2012) bezogen in ihre einjährige Längsschnittstudie Studierende dreier unterschiedlicher pflegerischer Bildungsgänge einer Universität ein, nämlich „associate degree nursing“ (2-jährig), „bachelor degree nursing“ (4-jährig) sowie „Facilitated Academic Coursework Track (FACT)“ (13 Monate). Studierende, die am verkürzten „FACT“-Programm teilnahmen, hatten bereits einen akademischen Abschluss in einem anderen Studiengang erworben.

¹⁵⁴ Studierende mit vielen Patient*innenkontakten waren in der Studie von Ward et al. (2012) v.a. die Studierenden des 2. Studienjahres des „associate“-Programms sowie die Studierenden des 4. Studienjahres des Bachelorprogramms (= Gruppe 2). Beide hatten den beforschten Zeitraum von einem Jahr überwiegend in der Pflegepraxis verbracht, während die Studierenden des 1. Studienjahres des „associate“-Programms sowie die Studierenden des 3. Studienjahres des Bachelorprogramm (= Gruppe 1) den betreffenden Zeitraum überwiegend an der Universität verbracht hatten. Die Studierenden des „FACT“-Programms, die während des beforschten Zeitraums sechs Monate in der Pflegepraxis verbracht hatten, zeigten ebenfalls eine ausgeprägtere Abnahme ihrer empathischen Fähigkeiten als die Studierenden der Gruppe 1.

¹⁵⁵ Hier stellt sich m.E. die Frage nach der praktischen Bedeutsamkeit dieses statistisch nachgewiesenen positiven Verlaufs.

¹⁵⁶ Die Messergebnisse des Instruments, das Empathie als Persönlichkeitseigenschaft maß, zeigten eine Abnahme im Studienverlauf, während das andere Messinstrument, das auf empathisch-kommunikative Fertigkeiten abhob, eine Zunahme im Studienverlauf nachweisen konnte.

gend gelöst: Die Frage nach der Wirksamkeit pflegerischer Curricula auf die Empathie von Pflegestudierenden ist bislang wissenschaftlich nicht ausreichend geklärt. Die weiter oben beschriebenen Zweifel an der Güte der bisherigen diesbezüglichen pflegerischen Ausbildungsforschung bestehen weiterhin. In der Zusammenschau der vierzehn für dieses Unterkapitel analysierten Studien zeichnet sich tendenziell eher eine stagnierende bis negative Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Studienverlauf ab, als eine positive. Empirische Befunde zu möglichen Ursachen bzw. Hintergründen dieser Entwicklungsverläufe stehen weiterhin aus.

11. Befunde der empirisch-analytischen Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung von Empathie in der Pflegeausbildung

Die systematische Recherche im Winter 2009/2010 ergab elf quantitative Studien¹⁵⁷, die die Wirkung einzelner, speziell auf Empathie abhebender Bildungsangebote in pflegerischen Studiengängen (Bachelor- und Associate Degree-Studienprogramme) auf die empathischen Fähigkeiten von Pflegestudierenden untersuchten^{158,159,160,161}. Ich habe mich

¹⁵⁷ Es wurden vier weitere Studien in den erwähnten Fachdatenbanken recherchiert, die aber nicht in die Analyse einbezogen werden konnten, da sie auch mit Unterstützung von Expert*innen der Bibliothek der Universität Bremen nicht zu besorgen waren.

¹⁵⁸ Studien, die die Wirkung unterschiedlicher auf Empathie abhebender Bildungsangebote auf bereits ausgebildete Pflegenden untersuchen oder auf ausgebildete Pflegenden, die sich in einer Fachweiterbildung befinden, werden vor dem Hintergrund der Zielgruppe des vorliegenden Promotionsprojektes bewusst nicht berücksichtigt.

¹⁵⁹ Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, dass auch vier Studien identifiziert werden konnten, die mittels qualitativer Erhebungsverfahren die subjektiven Sichtweisen von Pflegestudierenden auf spezifische empathische Bildungsangebote unmittelbar nach deren Durchführung untersuchen. Bei den beforschten Empathieinterventionen handelt es sich um die Simulation akustischer Halluzinationen (Dearing/Steadman 2009; Hamilton Wilson et al. 2009), die Integration von Kunst, Musik, Literatur und Film in ein Modul zu psychosozialer Pflege (Jensen/Curtis 2008) und um eine schriftliche Interpretation eines Gemäldes mit anschließender Gruppendiskussion (Wikström 2001). Alle vier Studien belegen aus Sicht der Pflegestudierenden positive Effekte dieser Interventionen beispielsweise auf ihre Entwicklung von Selbstverstehen, von Empathie, Respekt, Geduld, Mitgefühl sowie kultureller Bewusstheit und im Hinblick auf die Reduktion von Stigmata. Weiterführende Erkenntnisse beispielsweise über mögliche Probleme beim Lernen von Empathie bzw. beim empathischen Handeln in der Pflegepraxis oder über diesbezügliche Lernbedürfnisse liefern diese Studien nicht.

¹⁶⁰ Die Übersichtsarbeit von Brunero et al. (2010) „*A review of empathy education in nursing*“ wurde anfänglich für das vorliegende Kapitel 11 eingehend analysiert. Aufgrund zahlreicher methodischer Mängel wird von ihrer ausführlichen Darstellung abgesehen. Nachfolgend beschränke ich mich auf ausgewählte Kritikpunkte, um meine Entscheidung zu plausibilisieren: Unter anderem werden von Brunero et al. neben Studien, die die Wirksamkeit von Empathieinterventionen erforschen auch Studien einbezogen, die die Wirksamkeit von „reinen“ Kommunikationstrainings untersuchen (z.B. Razavi et al. 2002, Taylor et al. 2009). Zudem dominieren in ihrem Review Studien, die Interventionen für ausgebildete Pflegenden erforschen bzw. für ausgebildete Pflegenden in Weiterbildungsprogrammen. Entsprechende Studien, die sich auf Pflegestudierende beziehen und in dem vorliegenden Kapitel 11 von mir vorgestellt werden, werden von Brunero et al. überwiegend nicht einbezogen (z.B. Kalish 1971, Layton 1979, Henderson 1989, Wilt et al. 1995, Wikström 2003, Beddoe/Murphy 2004, Dearing/Steadman 2008). Zudem vermischen Brunero et al. in ihrer Analyse Studien, die die Wirksamkeit von speziellen Empathieförderinterventionen untersuchen mit Studien, die den Entwicklungsverlauf empathischer Kompetenzen in mehrjährigen Studiengängen untersuchen (z.B. Rogers 1986, Evans et al. 1998, Cinar et al. 2007).

¹⁶¹ Von einer Darstellung der Übersichtsarbeit von Wheeler und Barrett (1994) „*Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy and implications for nursing research and education*“ wurde nach eingehender Analyse abgesehen, da sie ebenfalls zwischen den Zielgruppen von Empathieinterventionen nicht differenziert. Auf einschlägige Empfehlungen des Autorinnenteams, das u.a. über eine psychotherapeutische

entschieden, diesen Forschungsstrang in meinen Forschungsstand aufzunehmen, da es m.E. von entscheidender Bedeutung für mein Forschungsanliegen ist, mir Klarheit darüber zu verschaffen, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt bereits evidenzbasierte auf Empathieförderung abhebende Trainings oder Interventionen für Pflege Lernende existieren. Nachfolgend werden die elf Studien vergleichend und überblicksartig entlang relevanter Kriterien (u.a. Herkunftsland, Forschungsdesign, Charakteristika der jeweils beforschten Empathieintervention, Messverfahren) dargelegt. Zudem erfolgt in Form eines Zwischenfazit eine kritische Einschätzung der Aussagekraft ihrer Ergebnisse sowie eine begründete Stellungnahme hinsichtlich der Empfehlbarkeit konkreter evidenzbasierter Interventionen für die Pflegeausbildung. Abschließend werden die im Herbst 2016 zu diesem Themenfeld nachrecherchierten Studien knapp dargelegt und ein Fazit des in diesem Kapitel 11 referierten Forschungsstandes gezogen.

Die elf Studien entstanden in einem Zeitraum von knapp vierzig Jahren (1971-2010). Acht der Studien kommen aus den USA und jeweils eine aus England, dem Vereinigten Königreich sowie Schweden. Hinsichtlich der Studiendesigns lassen sich neun experimentelle Studien (= sechs randomisiert kontrollierte Interventionsstudien (RCTs) und drei kontrollierte Interventionsstudien (CTs)) und zwei Beobachtungsstudien (Pre-Post-Designs mit einem oder mehreren quantitativen Messverfahren) unterscheiden.

Die Analyse ergab, dass knapp 73% der recherchierten Studien Effekte der jeweils untersuchten Empathieintervention auf die jeweils gemessenen Empathiewerte nachweisen konnten: In den elf Studien konnten rund 36% der Studien (4 Studien) einen statistisch signifikanten Zuwachs nachweisen, weitere rund 36% (4 Studien) sowohl einen statistisch signifikanten Zuwachs als auch zugleich keine signifikante Veränderung¹⁶² und nur rund 27% der Studien (3 Studien) keine Veränderung. Bei der kritischen Einschätzung dieser Ergebnisse ist u.a. zu berücksichtigen, dass die vorliegenden sechs Studien mit einem besonders hochwertigen Design (RCTs) prozentual weniger signifikante Zuwächse auf Empathieskalen nachweisen konnten als beispielsweise kontrollierte Interventionsstudien (CTs) und auch Beobachtungsstudien, nämlich nur einer der sechs RCTs (also knapp 17%). Die Stichprobengrößen der elf Studien variieren zwischen sechzehn und 144 Pflegestudierenden (im Durchschnitt rund 60 Personen). Es handelt sich ausschließlich um Gelegenheitsstichproben an jeweils einer Bildungsinstitution.

Fachexpertise verfügte, werde ich mich in dem Kapitel 21 beziehen. Ebenso wie auf die einschlägigen Empfehlungen von Williams und Stickley (2010) aus ihrer theoretischen Übersichtsarbeit „*Empathy and nurse education*“.

¹⁶² Die Befunde lassen sich damit erklären, dass entweder mehrere Messinstrumente in einer Studie verwendet werden oder damit, dass, wenn nur ein Messinstrument verwendet wird, statistische Analysen für unterschiedliche Dimensionen bzw. Komponenten dieses Instrumentes durchgeführt werden.

Die elf beforschten Empathieinterventionen lassen sich tendenziell unterscheiden im Hinblick darauf, welche Dimensionen bzw. Komponenten von Empathie und damit assoziierten Kompetenzen sie schwerpunktmäßig intendieren zu fördern: In den vier ältesten Studien wird explizit v.a. eine Förderung der kommunikativen Dimension von Empathie, also ein Training empathisch-kommunikativen Interaktions-/Antwortverhaltens, fokussiert (Kalish 1971, Layton 1979, Henderson 1989, Nardi 1990). Eine Studie beforscht eine Empathieintervention, die den Schwerpunkt auf Stressbewältigung durch Achtsamkeit und Selbstsorge legt (Beddoe/Murphy 2004). In einer anderen Studie wird der Schwerpunkt darauf gelegt, den Lernenden Selbsterfahrung in der Rolle von Menschen mit akustischen Halluzinationen zu ermöglichen. Diese Studie zielt v.a. darauf ab, Vorurteile und Ängste gegenüber dieser pflegerischen Zielgruppe abzubauen sowie Perspektivenübernahme und Mitgefühl zu fördern (Dearing/Steadman 2008). Eine weitere Studie beabsichtigt vor allem, die Studierenden für das Thema „Empathie“ und für ihr vorhandenes, implizites empathisches Können und Wissen zu sensibilisieren (Wikström 2003). Daneben konnten zwei Studien zu Interventionen identifiziert werden, die sowohl auf eine Förderung kognitiver, affektiver bzw. kommunikativer Dimensionen von Empathie abzielen als auch von Selbstreflexion, Selbstverstehen sowie Selbstausdruck (Wilt et al. 1995, Webster 2010). In zwei Studien wird die Intervention unzureichend beschrieben, so dass eine Zuordnung nicht möglich ist (Hodges 1991, Cutcliffe/Cassedy 1999).

Darüber hinaus unterscheiden sich die elf beforschten Empathietrainings hinsichtlich ihres zeitlichen Umfangs: Es wurden sowohl Empathieinterventionen kürzerer Dauer untersucht, z.B. dreißig Minuten (Layton 1979), als auch Interventionen, die wenige Stunden umfassen, z.B. drei Stunden (Nardi 1990). Zudem existieren fünf Studien, die die Effekte von Interventionen erforschen, die sich über mehrere Wochen mit mehrstündigen wöchentlichen Sitzungen hinziehen. Beispielsweise umfasst die Intervention, die Beddoe und Murphy (2004) beforschen, sechzehn Stunden, die sich auf zweistündige Sitzungen pro Woche über acht Wochen verteilen. In drei Studien werden keine eindeutigen Angaben zum zeitlichen Umfang der Förderintervention gemacht.

Die elf beforschten Empathieförderinterventionen stellen im Hinblick auf die verwendeten Lehr-Lern-Methoden und Inhalte eine Heterogenität dar, die nur skizzenhaft umrissen werden kann: Neben einer Simulation („Voice simulation exercise (VSE)“) werden zahlreiche umfangreiche Kommunikations- bzw. Empathietrainings mit jeweils unterschiedlichem Methodenmix (u.a. aus Vorträgen, Rollenspielen, Kommunikationsübungen, Lehrvideos, Reflexion von Interaktionssequenzen, Lehr-Audiokassetten und schriftlichem Begleitmaterial, Gruppendiskussionen, Selbstreflexionsübungen sowie Lehrender als empathisches Rollenmodell) untersucht. Darüber hinaus verfolgen mehrere Studien einen

„art-based approach“ („Arts-based pedagogy“) zur Förderung empathischer Fähigkeiten und nutzen hierbei u.a. Kunst (z.B. Gemälde), aktive Methoden (z.B. Malen, Kollagen erstellen, Schreiben, Gedichte verfassen, Arbeit mit Pappmaschee, Schattenboxen) sowie Filme (z.B. Unterhaltungsfilme). Daneben verfolgt eine weitere Studie einen Ansatz, indem sie die Effekte eines achtwöchigen MBSR-Kurses¹⁶³ (= eine Stressbewältigungs-Intervention mittels Achtsamkeit und Selbstsorge) auf die Empathiefähigkeit von Pflegestudierenden untersucht. In diesem Kurs werden u.a. Meditationen, Achtsamkeitsübungen, schriftliche Aufgaben (Tagebuch), Progressive Relaxation, Yogaübungen sowie Wissensvermittlung über Stress und Achtsamkeit kombiniert.

Die Analyse der elf quantitativen Studien ergab neben der soeben beschriebenen Heterogenität der untersuchten Empathieinterventionen eine ebenfalls beachtliche Heterogenität der Messinstrumente und -verfahren. In den elf Studien werden insgesamt siebzehn unterschiedliche quantitative Messinstrumente verwendet. Lediglich zwei dieser siebzehn Instrumente werden zwei Mal angewendet, also von zwei unterschiedlichen Forschendenteams. Gemeinsam ist dieser unübersichtlichen Fülle an Messinstrumenten, dass die ihnen zugrundeliegenden Definitionen bzw. Konzeptualisierungen von Empathie variieren. Oftmals sind sie einseitig kognitiv und/oder psychologisch bzw. psychotherapeutisch ausgerichtet. Gemeinsam ist ihnen zudem, dass zu ihnen teilweise keine aussagekräftigen Validitäts- und Reliabilitätsnachweise vorliegen¹⁶⁴.

In über der Hälfte der Studien (6 Studien) wird ein quantitatives Messinstrument, in zwei Studien werden drei (Beddoe/Murphy 2004, Layton 1979) und in einer Studie sechs quantitative Messinstrumente (Kalish 1971) eingesetzt. In zwei Studien wird jeweils ein quantitatives Messinstrument mit einem (Dearing/Steadman 2008) bzw. mit drei (Webster 2010) qualitativen Erhebungsverfahren kombiniert.

Ferner lassen sich die verwendeten Messinstrumente dahingehend unterscheiden, wer die Einschätzung der empathischen Fähigkeiten der Pflegestudierenden auf dem jeweiligen Instrument durchzuführen hat, beispielsweise die Studierenden selbst (sog. „Self-report-measures“) oder Patient*innen bzw. Dritte wie beispielsweise Beobachter*innen (sog. „Other-report-measures“). Die letztgenannten „Other-report-measures“ unterscheiden sich zudem darin, ob die Patient*innen oder Dritten das empathische Verhalten der Studierenden in simulierten Interaktionssituationen (z.B. Rollenspielen) oder in der Pflegeberufswirklichkeit beurteilen sollen. In sechs Studien werden die Effekte von

¹⁶³ MBSR steht für Mindfulness-Based Stress Reduction.

¹⁶⁴ Beispielsweise setzt Wikström (2003) in ihrer Studie das von ihr selbst entwickelte Messinstrument „*Wheel questionnaire parameters of structure, motivation and emotional investment*“ ein, zu dem keine Validitäts- und Reliabilitätsnachweise vorliegen. Wikströms Studie gehört zu der Gruppe der drei RCTs, in der sowohl ein statistisch signifikanter Zuwachs als auch zugleich keine signifikante Veränderung festgestellt werden konnte.

Empathieförderinterventionen (u.a.) mittels unterschiedlichster Selbsteinschätzungsskalen gemessen.¹⁶⁵ Diese werden teilweise mit zusätzlichen qualitativen Messverfahren, z.B. qualitativen Interviews (Webster 2010)¹⁶⁶ oder Fokusgruppen (Dearing/Steadman 2008)¹⁶⁷, kombiniert. In sieben der elf Studien werden (auch) Messinstrumente verwendet, anhand derer Patient*innen, Simulationspatient*innen bzw. trainierte Dritte die empathischen Fähigkeiten von Studierenden einschätzen („Other-report-measures“). Überwiegend werden diese Messinstrumente in simulierten, künstlichen bzw. Testsituationen eingesetzt (7 Studien)¹⁶⁸ und nur selten in der Pflegepraxis (2 Studien)¹⁶⁹.

Des Weiteren beschränkt sich der Großteil der Studien auf Messzeitpunkte unmittelbar vor und direkt bzw. kurz nach der Intervention. Lediglich bei drei älteren Studien (allesamt RCTs) werden Langzeiteffektmessungen durchgeführt: drei Wochen nach der Intervention bei Layton (1979), sechs Wochen nach der Intervention bei Kalish (1971) und am

¹⁶⁵ „Self-report-measures“: u.a. „Interpersonal Reactivity Index (IRI)“ (Beddoe/Murphy 2004, Webster 2010), „Relationship Inventory - helper form (RI)“ (Kalish 1971), „Medical Condition Regard Scale (MCRS)“ (Dearing/Steadman 2008), „Ivey et al. empathy rating scale“ (Cutcliffe/Cassedy 1999), „Derogatis Stress Profile (DSP)“ (Beddoe/Murphy 2004).

¹⁶⁶ Die qualitativen Befunde belegen, dass die Studierenden, die an der Intervention (= „Creative reflective experience in psychiatric nursing“) teilnahmen, im Gegensatz zu den Studierenden der Kontrollgruppe einen Empathiezuwachs gegenüber der Zielgruppe zeigten u.a. durch Stigmareduktion, Wissenszuwachs über psychische Erkrankungen und den Aufbau positiver Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Zudem wurde durch die Intervention die Beziehung zwischen Studierenden und Klient*innen gefördert. Die Intervention ist in einem vierwöchigen Praktikum in einem psychosozialen Rehabilitationsprogramm verortet. Sie umfasst zwei Teile: Der erste Teil umfasst die Auswahl eines Klienten, der vier Wochen begleitet wird und das Führen eines reflektierenden Tagebuchs zu den Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das gesamte Leben des Klienten, zu der Beziehung der/des Studierenden zum Klienten und zur Reflexion von Stigma, Diskriminierung, Kultur, Angst usw. und deren mögliche Einflüsse auf die Beziehung der/des Studierenden zum Klienten bzw. auf Empathie. Der zweite Teil besteht in einer kreativen Darstellung, wie die Krankheit das Leben des Klienten beeinflusst hat (ein Objekt, Gedicht, Kollage, Bild, Pappmaschee, Schattenboxen o.ä.). Die Werke wurden im Plenum miteinander geteilt und diskutiert, wodurch die Welt der Klient*innen mit ihren psychischen Erkrankungen für alle sichtbar(er), verstehbar(er) und bewusst(er) wurde (vgl. Webster 2010).

¹⁶⁷ Die qualitativen Befunde belegen, dass die Studierenden der Interventionsgruppe, die an der Simulation akustischer Halluzinationen teilnahmen, im Gegensatz zu den Studierenden der Kontrollgruppe einen Zuwachs an Empathie, Respekt und Verständnis gegenüber Patient*innen mit akustischen Halluzinationen zeigten. Sie zeigten Interesse sowie den Wunsch, Wissen über psychische Erkrankungen und Therapien zu erlangen und ihre Interaktionsfähigkeiten zu verbessern (vgl. Dearing/Steadman 2008).

¹⁶⁸ Ein Beispiel dafür, wie empathische Fähigkeiten in künstlichen Kontexten gemessen wurden, sind die Studien von Kalish (1971) und von Henderson (1989). In ihnen mussten Pflegestudierende spontan eine empathische Antwort auf mittels Video eingespielte verbale Interaktionssequenzen niederschreiben, die mehrmals kurz gestoppt wurden oder auch auf per Video eingespielte Fallvignetten. Diese Antworten wurden später von Dritten (den Forschenden) mittels einer Skala eingeschätzt (z.B. „Truax Accurate Empathy Scale (AES)“ (Kalish 1971), „Carkhuff's Empathic Understanding in Interpersonal Processes“ (Henderson 1989)). Ein weiteres Beispiel sind sog. schriftliche Leistungs-/Wissenstests, in denen Studierende unter vorgegebenen empathischen Antworten bzw. Verhaltensweisen auf beschriebene Szenarios die empathischsten bzw. unempathischsten identifizieren mussten (z.B. „Modified Layton Empathy Test“ (Wilt et al. 1995), „Empathy Scale Gazda“ (Nardi 1990)). Ein drittes Beispiel ist die Untersuchung von Layton (1979), in der Interviewgespräche zwischen Studierenden und Simulationspatient*innen gefilmt wurden, um anschließend von letzteren und auch von Dritten (trainierte Rater) mittels unterschiedlicher Skalen eingeschätzt zu werden („Empathy-Subtest des Barrett-Lennard Relationship Inventor“ bzw. „Carkhuff's Empathic Understanding in Interpersonal Processes Scale“).

¹⁶⁹ Studien, in denen das empathische Handeln von Pflegestudierenden in der Pflegeberufswirklichkeit von Patient*innen oder Dritten eingeschätzt wird, sind die Ausnahme. Lediglich zwei ältere Studien konnten identifiziert werden, in denen Patient*innen und/oder Dritte (klinisch Lehrende) in der Pflegepraxis die Empathiefähigkeit von Pflegestudierenden einschätzen (Kalish 1971, Hodges 1991).

Semesterende bei Wilt et al. (1995). Bei Wilt et al. (1995) traten beispielsweise die positiven Effekte, die unmittelbar nach der Intervention signifikant nachweisbar waren, bei der späteren Messung am Semesterende nicht mehr auf (vgl. ebd.). Zudem bestehen häufig Inkonsistenzen (fehlende Passung) zwischen der in den jeweiligen Studien explizit oder implizit verwendeten Empathiedefinitionen, den den jeweiligen Messinstrumenten zugrundeliegenden Operationalisierungen von Empathie und den mit den jeweiligen Empathietrainings bei den Studierenden angesteuerten, zu fördernden Empathiedimensionen. Auch hierdurch erhöhen sich die Zweifel an der Güte der bisherigen pflegerischen Empathietrainingsforschung.

Zwischenfazit

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Charakteristika und Mängel der analysierten elf Studien, lässt sich vorsichtig schlussfolgern, dass sehr unterschiedliche Empathieinterventionen einzelne oder mehrere der Dimensionen von Empathie bei Pflegestudierenden durchaus kurzfristig fördern können. Ob die Effekte auch über die sofortige Messung nach der Intervention hinausgehen und ob sie einen Einfluss auf das reale empathische Handeln von Studierenden in der Pflegepraxis haben, konnte bislang hingegen nicht wissenschaftlich befriedigend nachgewiesen werden. Meines Erachtens sind diesbezügliche Zweifel durchaus angebracht. Bis zum Jahre 2010, also bis zu Beginn meines Promotionsprojektes, ist meines Erachtens demzufolge keine explizite Empfehlung konkreter evidenzbasierter Interventionen für die Pflegeausbildung möglich. Zudem liefert die bisherige Forschung zur Wirksamkeit von Interventionen zur Förderung von Empathie bei Pflegestudierenden nahezu keine Erkenntnisse¹⁷⁰ darüber, mit welchen Herausforderungen, Problemen und Lern- bzw. Unterstützungsbedürfnissen Pflegestudierende sich sowohl beim Lernen von Empathie als auch beim empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen konfrontiert sehen.

Nachtrag

Ergänzend wurde nach Abschluss der eigenen Untersuchung im Herbst 2016 erneut systematisch recherchiert, um Studien zu identifizieren, die parallel zur vorliegenden Forschungsarbeit entstanden sind. Es konnten neunzehn quantitative Studien recherchiert werden, die in nur sechs Jahren (2011-2016) entstanden sind^{171,172}. Neun dieser Studien

¹⁷⁰ Eine Ausnahme ist die Studie von Webster (2010), die m.E. aufzeigt, wie belastet viele Pflegestudierende in den Psychatrieeinsatz gehen (Unbehagen, Besorgnis, Angst, Vorurteile, unbewusste Stereotype gegenüber dieser Zielgruppe) und wie sehr sie pädagogischer und fachlicher Unterstützung durch Professionelle bedürfen, um das Lernpotenzial dieses Ortes überhaupt für sich erschließen zu können (vgl. ebd.).

¹⁷¹ Es wurden sechs weitere Studien in den erwähnten Fachdatenbanken recherchiert, die aber nicht in die Analyse einbezogen werden konnten, da sie auch mit Unterstützung der Expert*innen der Bibliothek der Universität Bremen leider nicht zu besorgen waren.

¹⁷² Es konnten zudem vier Studien identifiziert werden, die mittels qualitativer Verfahren die subjektiven Sichtweisen von Pflegestudierenden auf spezifische empathische Bildungsangebote unmittelbar nach deren

wurden in den USA durchgeführt¹⁷³, drei in Australien¹⁷⁴, jeweils zwei in der BRD¹⁷⁵ und der Türkei¹⁷⁶ sowie jeweils eine in Ägypten¹⁷⁷, Italien¹⁷⁸ bzw. dem Vereinigten Königreich¹⁷⁹. Die beforschten Empathieinterventionen ähneln den oben skizzierten hinsichtlich der großen Heterogenität des zeitlichen Umfangs der Interventionen, der unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen sowie der Inhalte und Lehr-Lern-Methoden. Neue Schwerpunktsetzungen weisen die Empathieinterventionen von Altmann (2015), Sheehan et al. (2013) und Ozcan et al. (2011) auf: Altmann (2015) beabsichtigt, im Gegensatz zu vielen Pflegelehrenden bzw. -forschenden, nicht eine Steigerung der Empathiefähigkeit von Pflegelernenden sondern die Anbahnung eines reflektierten Umgangs mit den vorhandenen empathischen Fähigkeiten (vgl. ebd.). Sheehan et al. (2013) fokussieren in ihrer Intervention eine intensive Auseinandersetzung mit menschlichem Leid und möglichen Umgangsweisen für angehende Pflegende (vgl. ebd.). Ozcan et al. (2011) legen den Schwerpunkt ihres Lernangebots auf Selbstverstehen, Selbstreflexion bzw. Persönlichkeitsentwicklung der Pflegestudierenden (vgl. ebd.). Ein weiterer Unterschied ist, dass in über der Hälfte der nachrecherchierten Studien (12 von 19) die Effekte unterschiedlichster Simulationen¹⁸⁰ auf die empathischen Fähigkeiten der Studierenden beforscht werden.

Zudem ähneln die neunzehn Studien jüngeren Datums den oben skizzierten in weiten Zügen hinsichtlich der Studiendesigns, der Samples¹⁸¹, der Messinstrumente, der Messzeitpunkte¹⁸² sowie der damit verbundenen methodischen Einschränkungen bzw. Mängel. Unterschiede bestehen insofern, als dass es sich nur bei rund 32% der nachrecherchierten Studien um experimentelle Studien (RCTs, CTs) handelt (6 von 19 Studien). Bei den oben skizzierten älteren Studien (Entstehungszeitraum: 1971-2010) hatten noch rund 82% diese höherwertigen Studiendesigns inne (9 von 11 Studien). Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass in den neunzehn aktuelleren Studien kaum mehr Messverfahren eingesetzt werden, in denen Patient*innen bzw. Dritte die Empathiefähig-

Durchführung untersuchen (Ketola 2013, Jack 2015, Diaz 2015, Orr 2013). Von ihrer Darstellung sehe ich ab, um den Umfang des Forschungskapitels nicht zu sprengen.

¹⁷³ Chaffin/Adams (2013), Chen et al. (2015), Hamblin/Ray (2015), Henry et al. (2011), Kidd et al. (2015), Mennenga et al. (2016), Sideras et al. (2015), Sheehan et al. (2013) und Ward (2015).

¹⁷⁴ Everson et al. (2015), Mawson (2014) und Williams et al. (2013, 2015).

¹⁷⁵ Altmann (2015) und Bäuerle et al. (2016).

¹⁷⁶ Ozcan et al. (2012) und Ozcan et al. (2011).

¹⁷⁷ Mousa (2015).

¹⁷⁸ Cunico et al. (2012).

¹⁷⁹ Roberts et al. (2016).

¹⁸⁰ Beispielsweise werden Simulationen erforscht, in denen Pflegestudierende Erfahrungen am eigenen Leibe mit akustischen oder visuellen Halluzinationen sowie mit altersbedingten Funktionseinschränkungen sammeln können.

¹⁸¹ Einige wenige dieser Studien (vier Studien) untersuchten größere Stichproben als die elf oben skizzierten Studien, beispielsweise Altmann, der 448 Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege (3. Lehrjahr) einbezog. Zudem schlossen drei Studien mehrere Bildungsinstitutionen in ihr Sample ein, beispielsweise Altmann, der mehrere Pflegeschulen Nordrhein-Westfalens für seine Untersuchung gewinnen konnte.

¹⁸² Beispielsweise werden Langzeiteffektmessungen weiterhin eher selten durchgeführt (nur in 6 von 19 Studien).

keiten der Pflegestudierenden einschätzen (nur 3 Studien). Diese beiden Unterschiede erhöhen m.E. die bereits oben skizzierten Zweifel an der Güte und damit an der Aussagekraft der Empathietrainingsforschung zusätzlich. In zwölf dieser Studien wird ein statistisch signifikanter Anstieg der gemessenen Empathiewerte nachgewiesen¹⁸³. Zwei Studien dokumentieren sowohl einen statistisch signifikanten Zuwachs als auch zugleich keine signifikante Veränderung¹⁸⁴. In drei Studien zeigt sich sowohl ein statistisch signifikanter Zuwachs als auch eine statistisch signifikante Abnahme¹⁸⁵. Und in drei Studien wird keine signifikante Veränderung der Empathiewerte nachgewiesen.

Fazit

Auch wenn zwischen 2011 und 2016, wie soeben beschrieben, neunzehn weitere quantitative Studien durchgeführt wurden, wurde die in meinem Zwischenfazit weiter oben beschriebene Grundproblematik nicht befriedigend gelöst: Die Frage nach der Wirksamkeit von Empathieinterventionen für Pflegelernende ist bislang wissenschaftlich nicht ausreichend geklärt. Die weiter oben beschriebenen Zweifel an der Güte der bisherigen diesbezüglichen Forschung haben sich zudem bei der Analyse der nachrecherchierten neunzehn Studien nochmals deutlich verstärkt. Nach wie vor liegen kaum¹⁸⁶ Erkenntnisse vor, mit welchen Herausforderungen, Problemen und Lern- bzw. Unterstützungsbedürfnissen Pflegestudierende sich sowohl beim Lernen von Empathie als auch beim empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen konfrontiert sehen. Hier zeichnen sich bedeutsame Forschungslücken ab.

12. Subjektive Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung

Mittels der Literaturrecherche im Winter 2009/2010 konnten keine Studien gefunden werden, die das Lernen von Empathie aus der Perspektive von Pflegelernenden untersuchen. Wie im Vorausgegangenen beschrieben, wurde daraufhin nach Studien gesucht, die das Lernen von Empathie aus der Perspektive von bereits ausgebildeten

¹⁸³ Bei der kritischen Einschätzung dieser Ergebnisse ist u.a. zu berücksichtigen, dass es sich bei diesen zwölf Studien um nur einen RCT, einen CT und um zehn Beobachtungsstudien handelt. D.h., dass Studien mit besonders hochwertigen Designs prozentual deutlich weniger signifikante Zuwächse auf Empathieskalen nachweisen konnten als Beobachtungsstudien.

¹⁸⁴ Die Befunde lassen sich damit erklären, dass entweder mehrere Messinstrumente in einer Studie verwendet werden oder damit, dass wenn nur ein Messinstrument verwendet wird, statistische Analysen für unterschiedliche Dimensionen bzw. Komponenten dieses einen Instrumentes durchgeführt werden.

¹⁸⁵ Vgl. die vorausgegangene Fußnote.

¹⁸⁶ Vier der nachrecherchierten Studien geben Hinweise darauf, dass die beforschten Empathieförderinterventionen (allesamt Simulationen) bestehende negative Haltungen zu bzw. Gefühle für psychisch erkrankte Menschen bei einigen Studierenden verstärkt haben (z.B. Ablehnung, Angst, Überforderung, stigmatisierende Einstellungen) (vgl. Ward 2015, Kidd et al. 2015, Mawson 2014) oder auch, dass Ängste vor dem eigenen Altern bei einigen Studierenden zunahmen (vgl. Henry et al. 2011).

Pflegenden oder aus der Perspektive von Lernenden anderer Gesundheitsberufe fokussieren. Hierdurch konnten zwei aktuellere Untersuchungen aus den USA zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie im Ausbildungsverlauf gefunden werden: Wear und Zarconi (2007) sowie Winseman et al. (2009).

Die beiden qualitativen Forschungsarbeiten markieren einen Wendepunkt in der medizinischen Ausbildungsforschung zur Entwicklung empathischer Kompetenzen. Diese war bislang v.a. durch quantitative Quer- und Längsschnittstudien geprägt, ähnlich der in Kapitel 10 des Teils II der vorliegenden Arbeit präsentierten Studien zur Entwicklung empathischer Kompetenzen im Laufe des Pflegestudiums, die überwiegend negative, teilweise auch stagnierende Verläufe bei Medizinstudierenden nachweisen.¹⁸⁷ Empirische Studien zu den Hintergründen und Ursachen dieser von den Ausbildungsverantwortlichen nicht intendierten Entwicklungsverläufe gab es bis dato m.E. nicht. Die beiden in diesem Kapitel 12 vorzustellenden qualitativen Studien, stellen erste Versuche dar, Licht ins Dunkel zu bringen mittels der Erforschung der subjektiven Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie. Nachfolgend werden beide Studien einzeln vorgestellt und anschließend ein Fazit gezogen. Abschließend werden ergänzende, zentrale Befunde der im Herbst 2016 zu diesem Themenfeld nachrecherchierten fünf bzw. sechs Studien¹⁸⁸ dargelegt.

Wear und Zarconi (2007) untersuchten bei 52 Medizinstudierenden des vierten Studienjahres das Lernen von Werten, „*die mit einem guten Arzt assoziiert werden*“ (ebd.: 948), beispielsweise das Lernen von Mitgefühl, Altruismus und Respekt. Damit griffen sie implizit auch das Lernen von Empathie auf. Es handelt sich um eine qualitative Studie, in der die Proband*innen zwei- bis dreiseitige Essays zu den förderlichen und hinderlichen Einflüssen ihres Studiums auf diese Werte verfassten. Die Essays wurden mittels eines induktiven qualitativen Analyseverfahrens ausgewertet.

Die Ergebnisse umfassen drei zentrale Bereiche: erstens stellen Wear und Zarconi fest, dass die betreffenden Werte aus Sicht der Medizinstudierenden von ihnen bereits vor dem Studium entwickelt wurden, durch Einflüsse der Eltern sowie durch eigene Erfahrungen (beispielsweise mit Auslandsaufenthalten, in der Schule etc.) sowie durch Einflüsse ihrer Religion (vgl. ebd.: 949f.).

Zweitens konnten sie sowohl förderliche als auch hinderliche Einflüsse der hochschulischen, präklinischen Studienphase auf die Werte der Studierenden identifizieren, beispiels-

¹⁸⁷ Vgl. den systematischen Review von Neumann et al. (2011) zur Entwicklung empathischer Kompetenzen im Laufe des Medizinstudiums und der Fachärzt*innenausbildung.

¹⁸⁸ Die sechste Studie, Seitz et al. (2017), wurde nachträglich in den Forschungsstand aufgenommen, da sie neue, auch für die Pflegebildung interessante Erkenntnisse liefert.

weise schrieben einige Proband*innen Lerninhalten aus Seminaren der Verhaltenswissenschaften, der Geisteswissenschaften sowie der Bioethik positive Lerneffekte zu (vgl. ebd.: 950). Andere schrieben diesen Seminaren hingegen keine Effekte auf ihre Werteentwicklung zu und kritisierten, dass dort v.a. die Norm, mitfühlend und altruistisch aufzutreten, dauernd betont worden wäre (vgl. ebd.). Zudem wurde Kritik an einer v.a. auf Noten und Leistungskonkurrenz abhebenden, inhumanen akademischen Lernkultur identifiziert (vgl. ebd.).

Als dritten Bereich arbeiteten Wear und Zarconi Einflüsse der praktischen Ausbildung auf die Anwendung bzw. die Weiterentwicklung der Werte heraus: erstens Effekte von Rollenmodellen und zweitens Einflüsse der klinischen Umgebung (vgl. ebd.: 950f.). Positiv bewerteten Modellpersonen wurde von den Medizinstudierenden eine anregende, bekräftigende und ermutigende Wirkung zugeschrieben. Negativen Modellpersonen hingegen wurde sowohl eine entmutigende, enttäuschende Wirkung als auch ein positiver Effekt, nämlich bewusst anders zu handeln, zugeschrieben. Die klinische Umgebung beeinflusste aus Sicht der Studierenden die Anwendung bzw. die Weiterentwicklung ihrer Werte, v.a. durch die hohe Arbeitsüberlastung, negativ. Sie erlebten, dass sie zu einem effizienten, die eigenen Gefühle „ausschaltenden“ („*to shut off your emotions*“, ebd.: 951), auf Krankheiten fokussierten und patient*innenignorierenden Arbeitsstil gedrängt wurden (vgl. ebd.: 951). Die Studie von Wear und Zarconi schildert eindrücklich, dass viele der Proband*innen sowohl ihr Medizinstudium als auch die klinische Praxis oftmals als inhuman erlebten. Zudem wurde aus Sicht der Proband*innen an beiden Lernorten deutlich, dass für einen erfolgreichen Abschluss weniger der Erwerb sozialer Kompetenzen sondern v.a. der von Fachwissen und technischen Skills Bedeutung hatte (vgl. ebd.: 951). Sie schrieben beiden Lernorten neben förderlichen Einflüssen auf ihre Werteentwicklung bzw. auf ihr wertegeleitetes Handeln auch sie stark behindernde Einflüsse zu.

Winseman et al. (2009) erforschten die subjektiven Sichtweisen von 276 Medizinstudierenden (1. bis 4. Studienjahr) sowie siebzehn graduierten Medizinstudierenden (Assistenzärzt*innen im 1. Jahr) hinsichtlich Faktoren, die ihr Lernen von Empathie in der Mediziner*innenausbildung beeinflusst haben. Sie setzten hierzu „*brainstorming survey(s)*“ (ebd.: 484) ein, die neben einer Definition von Empathie¹⁸⁹ die Aufgabe enthielten, alle Faktoren aufzulisten, die die eigene Empathiefähigkeit in der Mediziner*innenausbildung beeinflusst hätten (vgl. ebd.: 485). Die umfangreichen Daten (1.683 Statements) wurden unter Mitwirkung von 34 der Proband*innen zusammengefasst und

¹⁸⁹ „[...] a complex internal response involving compassion, understanding, and momentary sharing of feelings between oneself and another. It is the capacity to experience the feelings of another, while simultaneously maintaining a sense of separateness.“ (ebd.: 485)

kategorisiert. Es wurden vier Kategorien erarbeitet: erstens „*Persönliche Beziehungen, Erfahrungen und Überzeugungen*“ (37 Faktoren), zweitens „*negative Gefühle und Einstellungen gegenüber Patient*innen*“ (20 Faktoren), drittens „*Mentoring und Praxiserfahrungen, die berufliche Weiterentwicklung fördern*“ (42 Faktoren) sowie viertens „*Schul- und Arbeitserfahrungen, die die Empathieentwicklung untergraben*“ (61 Faktoren) (vgl. ebd.: 486f.). Die 160 identifizierten Faktoren wurden anschließend von diesen 34 Proband*innen hinsichtlich ihrer Bedeutung mittels einer 5-Punkte-Skala eingeschätzt. Die Datenauswertung erfolgte mittels statistischer Analysen und ergab u.a., dass die 42 Faktoren umfassende Kategorie „*Mentoring und Praxiserfahrungen, die berufliche Weiterentwicklung fördern*“ von den Medizinstudierenden als wichtigste Einflussgröße im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten eingeschätzt wurde (vgl. ebd.: 487-489).

Fazit

Beide soeben beschriebenen Studien kommen zu dem Ergebnis, dass aus Sicht der Medizinstudierenden Lernen von Empathie im Laufe ihrer Ausbildung durchaus stattfindet, dass es aber vielfältigen hinderlichen Einflüssen an beiden Lernorten ausgesetzt ist. Insbesondere die Studie von Winseman und Kolleg*innen illustriert überblicksartig¹⁹⁰ die große Anzahl und Vielfalt sowohl persönlicher als auch institutioneller sowie an weitere Personen gebundener Einflussfaktoren, die Medizinstudierende in den USA im Hinblick auf die Anwendung bzw. die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit im Studienverlauf als förderlich bzw. hinderlich erleben können. Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Pflegeauszubildende in Deutschland ist zu berücksichtigen, dass sie sich auf Lernende einer anderen Berufsgruppe beziehen, die zudem sowohl in einem anderen Bildungssystem als auch in einem anderen Gesundheitssystem ausgebildet bzw. sozialisiert wurden.

Nachtrag

Die erneute Recherche im Herbst 2016 ergab fünf bzw. sechs weitere Studien¹⁹¹, die die Perspektive von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie untersuchen: Afghani et

¹⁹⁰ Vermutlich aufgrund ihrer hohen Anzahl und/oder aufgrund des Vorgehens bei der Auswertung wurden die Faktoren nicht näher erläutert, sondern nur in Form von Titelbezeichnungen aus ein bis wenigen Worten benannt. Hierdurch erschließt sich für die Lesenden die Bedeutung der einzelnen Faktoren nur ansatzweise bzw. viele Verständnisfragen bleiben unbeantwortet.

¹⁹¹ In vier dieser Studien wurden Daten mittels qualitativer Interviews bzw. qualitativer Fragebögen erhoben: Tavakol et al. (2012), Sheikh et al. (2013), Eikeland et al. (2014) und Ahrweiler et al. (2014). In den beiden anderen Studien wurden quantitative Fragebögen eingesetzt, deren Items auf der Basis von Befunden vorausgegangener qualitativer Piloterhebungen (Interviews bzw. Fragebögen) entwickelt wurden: Afghani et al. (2011) und Seitz et al. (2017). Bei den Proband*innen handelte es sich um Medizinstudierende unterschiedlichster Studienjahre. Die qualitativen Studien bezogen zehn (vgl. Tavakol et al.), elf (vgl. Eikeland et al.), zwölf (vgl. Sheikh et al.) bzw. 115 Studierende (vgl. Ahrweiler et al.) ein und die quantitativen Studien 131 (vgl. Seitz et al.) bzw. 157 (vgl. Afghani et al.).

al. 2011 (USA), Tavakol et al. 2012 (UK), Sheikh et al. 2013 (Canada), Ahrweiler et al. 2014 (BRD), Eikeland et al. 2014 (Norwegen) sowie Seitz et al. 2017¹⁹² (Österreich). Im Wesentlichen bestätigen die Forschungsergebnisse dieser aktuelleren sechs Studien die im Vorausgegangenen dargelegten Befunde von Wear und Zarconi (2007) sowie Winseman et al. (2009), sowohl im Hinblick auf die lernförderlichen bzw. -hemmenden Einflussfaktoren an den Lernorten Hochschule und Klinik als auch im Hinblick auf die geteilten Überzeugungen von Medizinstudierenden, ob Empathie lehrbar sei bzw. ob empathische Fähigkeiten (im Wesentlichen) vor dem Studium erworben werden.

Beispielsweise identifizierten auch die Studien jüngerer Datums ablehnende Gefühle und Haltungen von Studierenden gegenüber bestimmten Patient*innen bzw. gegenüber sog. „*negative(n) Patienteneigenschaften*“¹⁹³ (Seitz et al. 2017: 25) als hinderliche Einflüsse auf empathisches Handeln (vgl. Tavakol et al. 2012: 311, Ahrweiler et al. 2014: 17f.), ebenso wie bestimmte sogenannte „*positive Eigenschaften*“ (Seitz et al. 2017: 26) von Patient*innen¹⁹⁴, die ihnen empathisches Verhalten erleichtern würden (vgl. ebd.: 25). Auch personale Einflussfaktoren auf empathisches Verhalten wurden durch die aktuellen Studien belegt, beispielsweise eigenes Wohlbefinden (vgl. ebd.: 25) oder „*das Gefühl von Sicherheit*“ (Ahrweiler et al. 2014: 19) bzw. „*persönliches Unwohlsein*“ (Seitz et al. 2017: 29), „*Unsicherheit, Überforderung und Schwierigkeiten [...], sich vom Patienten und dessen Gefühlen abzugrenzen*“ (ebd.: 29, vgl. Ahrweiler et al. 2014: 19) oder auch „*Müdigkeit und Erschöpfung*“ (ebd.: 19).

Zudem wurden in den aktuellen Studien zusätzliche hinderliche Einflüsse identifiziert: z.B. enormer Zeitdruck im Studium, der dazu beitrage eigene Gefühle, die durch den Kontakt mit Patient*innenschicksalen ausgelöst werden, abzublocken bzw. zu verdrängen, um den Lernstoff bewältigen zu können (vgl. Sheikh et al. 2013: 29) sowie fragwürdige Evaluationen bzw. Prüfungen empathischer Kompetenzen, die ein oberflächliches, mechanisches, wenig authentisches empathisches Verhalten anbahnen würden (vgl. ebd.: 29f., vgl. Tavakol et al. 2012: 311f.). Zudem erhoben die Studien Wünsche von Studierenden nach zusätzlichen Lernangeboten, beispielsweise zum empathischen Interagieren mit „*demanding patients*“ (Afghani et al. 2011: 4), mit Sterbenden (vgl. ebd.) oder beim Überbringen schlechter Nachrichten (vgl. ebd.).

¹⁹² Die Studie wurde nachträglich in den Forschungsstand aufgenommen, da sie neue, auch für die Pflegebildung interessante Erkenntnisse liefert.

¹⁹³ Beispielsweise gegenüber Patient*innen, die ihre Krankheit aus Sicht der Medizinstudierenden selbst zu verantworten haben, gegenüber Patient*innen mit kriminellen Hintergrund, mit Depressionen, mit Demenz, mit Alkohol- und/oder Drogenproblemen, gegenüber unfreundlichen, unkommunikativen, fordernden, schwierigen, eigenartigen, überempfindlichen, ablehnenden, übertreibenden, aggressiven und/oder unkooperativen Patient*innen (vgl. Seitz et al. 2017: 25, Tavakol et al. 2012: 311, Ahrweiler et al. 2014: 17f.).

¹⁹⁴ Beispielsweise freundliche, zugängliche, offene, ehrliche, aber auch „*compliant*“ Patient*innen (vgl. Seitz et al. 2017: 25, Ahrweiler et al. 2014: 17f.).

Die Studien von Eikeland et al. (2014) und Seitz et al. (2017) wiesen zudem auf zwei weitere problematische Aspekte des Lernens von Empathie bei Medizinstudierenden hin: Eikeland et al. (2014) arbeiteten heraus, dass die befragten Medizinstudierenden mit der angestrebten Rolle einer Ärztin bzw. eines Arztes diverse Ideale, Normen, Gefühlsregeln und Strategien assoziierten, die letztlich einem empathischen Wahrnehmen und Verstehen in Praxissituationen entgegenstehen würden (vgl. ebd.: 6). Die Forschenden benannten in diesem Zusammenhang beispielsweise das Ideal von Objektivität und professioneller (emotionaler) Distanz, das Risiko als gescheiterte Ärztin bzw. als gescheiterter Arzt zu gelten, wenn man zu empathisch handeln würde, sowie die Regeln, eigene Gefühle zu unterdrücken, die Gefühle der Patient*innen nicht zu genau zu erkunden oder auch Patient*innen während herausfordernder Konsultationen grundsätzlich nicht die Hand zu halten (vgl. ebd.: 3f.). Die interviewten Studierenden waren stolz darauf, ihre Gefühle in Interaktionen mit Patient*innen kontrollieren („*controlling*“, ebd.: 4), unterdrücken („*suppressing*“, ebd.) sowie zurückstellen bzw. aufschieben („*postponing*“, ebd.) zu können (vgl. ebd.: 4). Viele fühlten sich scheinbar wohl damit, andere zeigten sich nachdenklich (vgl.: ebd.).

Eikeland et al. arbeiteten zudem heraus, dass Zynismus als positive, akzeptierte Coping-Strategie unter den Studierenden verbreitet war (vgl. ebd.: 5). Die Forschenden nahmen an, dass die Studierenden Probleme hätten, ihre Gefühle konstruktiv zu managen (vgl. ebd.: 6). Sowohl durch die Überbetonung biomedizinischen Wissens in ihrer Ausbildung als auch durch die Identifikation mit der oben dargestellten Rolle einer „idealen“ Ärztin bzw. eines „idealen“ Arztes würden sich Medizinstudierende, so Eikeland et al., zunehmend von ihren eigenen Gefühlen und ihrer Identität entfremden (vgl. ebd.: 5f.). Die Forschenden sind der Überzeugung, dass dieser Prozess den Chancen der Medizinstudierenden auf Selbst-reflexion und emotionale Weiterentwicklung entgegensteht (vgl. ebd.).

Seitz et al. (2017) identifizierten u.a. eine „*negative beziehungsweise fehlende Vorbildrolle durch Ärzte und Lehrende*“ (ebd.: 29) hinsichtlich empathischen Handelns: Aus der Perspektive der von ihnen befragten Medizinstudierenden sind „*Lehrende die stärksten Befürworter von empathischen Verhalten gegenüber den Patienten*“ (ebd.) und Ärzt*innen die schwächsten, beide Gruppen würden aber selbst eher selten bzw. wenig empathisches Verhalten zeigen (vgl. ebd.: 24-30). Psychosoziale Berufsgruppen (z.B. Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen) würden hingegen, so die Sicht der befragten Medizinstudierenden, empathisches Verhalten zeigen (vgl. ebd.). Die meisten der Proband*innen gaben an, sich an diesen zu orientieren (vgl. ebd.: 25, 27, 29).

13. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeausbildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (internationaler Forschungsraum)

Aufgrund des Fehlens an Forschungsarbeiten, die explizit die Sichtweisen von Pflegelernenden auf ihr Lernen von Empathie untersuchen, werden bei der Erarbeitung des Forschungsstandes zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ auch qualitative Studien berücksichtigt, die das Lernen von eng mit Empathie verwandten Fähigkeiten untersuchen, insbesondere Studien, die die Sichtweisen von Pflegelernenden eruieren. Diese Studien werden im Unterkapitel 13.1 referiert. Zudem ergab die Recherche einige Studien zur beruflichen Sozialisation von Pflegelernenden, die bei selbigen Aneignungsprozesse von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen erforschten, die empathisches, individuumorientiertes Pflegehandeln teilweise förderten bzw. oftmals auch hemmten (Unterkapitel 13.2). Diese Untersuchungen geben bedeutsame Einblicke in Bereiche des Lernens empathischer bzw. sonstiger mit individuellem Pflegehandeln verbundener personaler sowie sozial-kommunikativer Fähigkeiten, die vermutlich überwiegend außerhalb des Bewusstseins der untersuchten Zielgruppe liegen. Damit liefern sie wichtige ergänzende Erkenntnisse, die über die im Unterkapitel 13.1 dargelegten Befunde m.E. weit hinausgehen.

13.1 Befunde zu den Caring-Fähigkeiten von Pflegelernenden, zu diesbezüglichen Lernprozessen sowie zu deren subjektiven Sichtweisen auf Caring und ihr Lernen von Caring

Es konnten fünf qualitative Forschungsarbeiten recherchiert werden, die „caring“ Interaktionen zwischen Lernenden und ihren zu Pflegenden sowie diesbezügliche Lernprozesse fokussieren. Vier der Arbeiten stammen aus den USA und eine aus Norwegen. Bei dem Phänomen Caring handelt es sich um ein in der Pflegewissenschaft international sehr verbreitetes, vieldiskutiertes Konzept, das begrifflich nur schwer zu fassen ist und für das es bislang keine allgemeingültige pflegewissenschaftliche Definition gibt.¹⁹⁵ Die Analyse der fünf Untersuchungen zeigte u.a., dass die Forschenden kein

¹⁹⁵ Bischoff-Wanner weist in ihrer begriffsanalytischen Arbeit zu Empathie in der Pflege darauf hin, dass einige Pflegewissenschaftler*innen vom Begriff Empathie Abstand nehmen und auf den Begriff Caring ausweichen (vgl. ebd. 2002: 186). Sie sieht dies äußerst kritisch, u.a. da die Pflegewissenschaft hierdurch Gefahr laufe, sich (noch stärker) vom Empathiediskurs abzukoppeln und durch die neue Begrifflichkeit die Probleme der Begriffsklärung nur verschoben werden würden. Das nachfolgende Zitat gibt wesentliche Argumente Bischoff-Wanners Position wieder:

„So beschreiben z.B. Morse u.a. (1991) Caring exakt in den Begrifflichkeiten, in denen auch Empathie oft beschrieben wird: Caring als menschliches Persönlichkeitsmerkmal, Caring als moralischer Imperativ, Caring als Affekt, Caring als interpersonelle Interaktion und Caring als Intervention. Auch wird Caring - wie Empathie - als <<essence of nursing>> beschrieben. Es ist zu erwarten, dass mit dem Konstrukt Caring die konzeptionellen und methodologischen Probleme noch zunehmen werden, zum einen, weil die Eigenständigkeit der Pflege hieraus nicht zu begründen ist, zum anderen, weil der Begriff Caring noch unspezifischer und vor allem unerforschter als der Empathiebegriff ist. Diers (1990) warnt denn auch davor, den Begriff Empathie durch den

gemeinsames Verständnis von Caring eint. Gemeinsam ist den sich in den Studien abzeichnenden unterschiedlichen Caring-Verständnissen, dass sie alle empathische Fähigkeiten zu umfassen scheinen, dabei aber über ein Verständnis von Empathie im Sinne einer pflegerisch bedeutsamen Erkenntnismethode hinausgehen.

Es handelt sich um die drei phänomenologischen Untersuchungen¹⁹⁶ von Neil-Urban (1994), Kosowski (1995) und Drumm (2006) sowie um eine qualitative Studie von Solvoll und Heggen (2010). In allen vier Studien erfolgte (u.a.) eine Befragung der teilnehmenden Pflegestudierenden, um deren subjektive Sichtweisen zu eruieren. Hinzu kommt eine fünfte Studie, nämlich Kelley (1992), die die Perspektive von Pflegestudierenden am Ausbildungsende auf ihr berufliches Selbstbild und dieses beeinflussende Faktoren untersuchte. Kelley identifizierte Caring als Kernkategorie des beruflichen Selbstbildes ihrer Befragten und einen diesbezüglichen lernförderlichen Faktor. Da sich Kelleys Forschungsergebnisse auf Caring bzw. das Lernen von Caring beziehen, wurde ihre Studie mit in den Forschungsstand aufgenommen. Nachfolgend werden die fünf erwähnten Studien nacheinander überblicksartig anhand relevanter Kriterien (u.a. Herkunftsland, Forschungsdesign, Caring-Verständnis der Forschenden bzw. der Proband*innen sowie ausgewählte Forschungsergebnisse mit engem Bezug zum Thema „Lernen von Empathie“) vorgestellt. Der Darlegung der Ergebnisse der ersten Studie wird nachfolgend mehr Raum eingeräumt, da Neil-Urban (1994) neben Befunden zum Lernen von Caring, umfangreiche, interessante Erkenntnisse zur unterschiedlichen Ausprägung der Caring-Fähigkeiten bei Pflegestudierenden vorlegte. Danach wird eine die zentralen Befunde zusammenfassende sowie Forschungslücken aufzeigende, kritische Einschätzung der Studienlage erfolgen. Abschließend werden relevante Befunde der im Herbst 2016 nachrecherchierten Studien zu diesem Themengebiet ergänzt.

Neil-Urban (1994) untersuchte in ihrer phänomenologischen Studie in den USA die Caring-Erfahrungen von achtzehn, zwei bis vier Wochen vor ihrem Abschluss stehenden Pflegestudierenden eines Bachelorprogramms. Sie beabsichtigte zu ergründen, in welchem Ausmaß empathisches Caring in Interaktionen zwischen Pflegestudierenden und ihren Patient*innen vorhanden bzw. nicht vorhanden ist (vgl. ebd.: 22). Hierzu setzte sie in ihren Leitfaden-Interviews neben Impulsen, die zum Erzählen von Pflegesituationen anregten, in denen die Befragten selbst aktiv als Carer handelten, auch allgemeine Fragen zur Berufswahl, zum beruflichen Selbstbild, zum Erleben und Lernen in der Pflegeausbildung

Begriff Caring zu ersetzen, zumal einige Pflegewissenschaftlerinnen Empathie als unverzichtbare Komponente und Voraussetzung von Caring bezeichnet haben (Wheeler & Barret 1994, 230).“ (Bischoff-Wanner 2002: 186, Hervorhebung im Original)

¹⁹⁶ Diese drei Forschungsstudien sind allesamt im Rahmen von Qualifikationsarbeiten (Dissertationen) entstanden.

sowie spezifischere Fragen zum Verständnis und zum Lernen von Caring ein (vgl. ebd.: 148-150). Für ihre Untersuchung definierte sie die Begriffe Caring und Empathie wie folgt:

„Caring: Defies singular definitions. Is a complex construct which is used in the language rather loosely. In this paper caring will be further clarified with added terms of expressive, empathic, interpersonal, transpersonal, and connected; and contrasted with terms such as technical, procedural and instrumental care. Unless caring is specifically referred to as procedural, instrumental, or technical, caring should be interpreted as empathic, or expressive care.“ (ebd.: 8)

„Empathy: Part of the complex construct of caring is understood as an active, imaginative understanding of another's feelings.“ (Montgomery 1993: 21, zitiert nach Neil-Urban 1994: 8)

Sie arbeitete in ihrer Studie zehn Verhaltensweisen heraus, in denen sich aus der Perspektive ihrer Befragten Caring ausdrückt, nämlich *„listening, being with, not rushing, being genuine, competence, physical comforting, touch, teaching, positive results, and advocacy“* (ebd.: 39). Oftmals benutzten ihre Befragten die Begriffe *„empathy“*, *„helping“*, *„compassion“* und *„concern“* als Synonyme für Caring (vgl. ebd.).

Zudem identifizierte Neil-Urban zwei unterschiedliche Gruppen von Pflegestudierenden im Hinblick auf ihre Fähigkeiten, selbsterlebte caring Pflegesituationen zu erinnern und zu erzählen. Die erste Gruppe erzählte, so Neil-Urban, deutlich ausdrucksstärker, differenzierter, eloquenter, emotionaler und persönlich involvierter von caring Interaktionen mit Patient*innen als die anderen Befragten (vgl. ebd.: 48-73). Die Forscherin schrieb dieser Gruppe ein besonderes Talent zu, caring Pflegebeziehungen mit vielen ihrer Patient*innen aufzubauen. Zudem arbeitete sie heraus, dass diese Gruppe über mehr Selbstvertrauen und mehr Selbsterkenntnis verfügte als die anderen Befragten (vgl. ebd.: 53). In Anlehnung an die Redewendung „einen grünen Daumen haben“ für Menschen mit einem besonderen Talent zur Pflege von Pflanzen - bezeichnete die Forscherin diese Gruppe als *„caring 'green thumb' nursing students“* (ebd.: 50). Darunter versteht sie Pflegestudierende, die einen „grünen Daumen“ für caring Pflegeinteraktionen haben (vgl. ebd.: 50).

Sie identifizierte fünf charakteristische Merkmale der Caring-Erzählungen dieser Befragten, nämlich erstens *„tiefer Respekt¹⁹⁷ vor Patient*innen“* (vgl. ebd.: 54-56), zweitens *„emotionales oder persönliches Beteiligtsein“¹⁹⁸* (vgl. ebd.: 57-62), drittens *„Fähigkeit, einen Beitrag zum Wohlbefinden der Patient*innen zu leisten“* (vgl. ebd.: 62-68, 100), viertens

¹⁹⁷ Im englischsprachigen Originaltext verwendet die Forscherin den Begriff *„reverence“* (ebd.: 53).

¹⁹⁸ Die Beispiele, die die Forscherin auswählte, um diese Kategorie zu beschreiben, zeigen sehr starke emotionale Reaktionen der Befragten auf die Lebenssituationen ihrer Patient*innen: beispielsweise starke Traurigkeit der Befragten über schwere, neue Diagnosen und über den Tod von Patient*innen. Sie erzählten u.a. davon, wie sie in Pflegeinteraktionen Tränen vergossen, dass sie sich zuhause in den Schlaf weinten oder dass ihr Herz gebrochen wurde (vgl. ebd.: 57-62). Gemeinsam ist den Erzählungen der „green thumb“-Befragten, dass sie sich wohl fühlten, ihre Gefühle auszudrücken und sie nicht ablehnten. Die Befragten waren überzeugt, dass diese Art des persönlichen bzw. emotionalen Beteiligtseins ein bedeutsamer Teil von *„good care“* (ebd.: 58) sei. Meines Erachtens hinterfragt Neil-Urban zu wenig, ob dieses Ausmaß des emotionalen Beteiligtseins (im Sinne von starkem Mitleiden), wirklich ein Maßstab für gelingendes caring Pflegehandeln sein sollte. Hierdurch bestärkt bzw. idealisiert sie es meiner Ansicht nach indirekt.

„Erkennen hoffnungsvoller Möglichkeiten/Ressourcen für die Patient*innen“¹⁹⁹ (vgl. ebd.) und fünftens „Wechselseitigkeit in der Pflegebeziehung zwischen Student*in und Patient*in“ (vgl. ebd.: 68-73). Acht ihrer Befragten ordnete sie dieser Gruppe zu. Die „green thumb care-givers“ beschrieben sich selbst als „very empathetic“ (ebd: 51), „compassionate“ (ebd.) bzw. „touchy feely“ (vgl. ebd.). Sie waren eher in der Lage, Patient*innen in ihrem Anderssein offen zu begegnen und sich nicht durch Vorurteile hindern zu lassen (vgl. ebd.: 51).

Die anderen Befragten, die keinen „grünen Daumen“ für Caring hatten, ordnete sie einer zweiten Gruppe zu (vgl. ebd.: 81-92). Zugleich betonte sie, dass es sich eher um ein Kontinuum handle als um zwei genau voneinander abzugrenzende Gruppen (vgl. ebd.: 49, 100). Als Merkmale dieser Studierenden, die am Ende ihrer Ausbildung weniger bzw. kaum in der Lage waren, von Pflegesituationen zu erzählen, in denen sie selbst caring handelten, arbeitete sie neben Unsicherheit (persönlicher und im Hinblick auf ihre beruflichen Kompetenzen) eine Fokussierung dieser auf technische Aspekte sowie klinische Abläufe heraus (vgl. ebd.: 81-92, 101, 103). Die Forscherin erklärte die Unterschiede zwischen den Befragten damit, dass es sich bei den „schwächeren“ Befragten überwiegend um jüngere Pflegestudierende (zwischen 21 und 28 Jahren) handelte (vgl. ebd.: 48f.). Sie vermutete, dass diese im Vergleich zu den befragten Pflegestudierenden mit „grünem Daumen“ für Caring über weniger Lebenserfahrung und damit verbunden weniger Selbsterkenntnis/-erfahrung bzw. Selbstsicherheit verfügten. Sie nahm an, dass sie ihre Caring-Fähigkeiten noch weiterentwickeln könnten (vgl. ebd.: 53). Bei den acht talentierten Carern handelte es sich überwiegend um Pflegestudierende über 28 Jahre sowie um zwei jüngere Befragte²⁰⁰.

Zudem arbeitete Neil-Urban heraus, dass alle Befragten von Angst in bzw. vor ihren ersten Patient*innenkontakten erzählten (vgl. ebd.: 36-39). Laut der Forscherin blockierte diese Angst die Studierenden darin, für Patient*innen als ganzer Mensch präsent zu sein (vgl.

¹⁹⁹ Einige der Beispiele, anhand derer die Forscherin diese Kategorie erläutert, weisen deutliche Zeichen eines Überengagements der Pflegestudierenden auf (vgl. ebd.: 62-68). Dieses wird von der Forscherin m.E. nicht kritisch genug hinterfragt, sondern eher als besonders gute Beispiele für pflegerisches Caring angeführt: Beispielsweise ein*e Befragte*r, die bzw. der für eine 93-jährige Patientin einer Rehabilitationsklinik von sich aus eine Biografie schreibt und sie dieser schenkt (vgl. ebd. 67). Oder ein*e andere*r Befragte*r, die bzw. der während eines Einsatzes in einer Notaufnahme, die Mutter eines Jungen kennenlernte, der unmittelbar zuvor bei einem Verkehrsunfall verunglückt war. Gemeinsam mit der Mutter des Jungen besuchte diese*r Befragte über sechs Wochen hinweg eine kleine Selbsthilfegruppe für Trauernde. Im Interview holte diese*r Befragte ein Foto des verstorbenen Jungen aus dem Portomonaie und zeigte es der Forscherin. Es trug eine persönliche, freundschaftliche Widmung der Mutter an die bzw. den Befragte*n. (vgl. ebd.: 64f.). Oder ein*e weitere*r Befragte*r, die bzw. der von sich aus ein Poster des Lieblingsvereins eines jungen Patienten kaufte und es diesem im Schlaf über das Bett hing (vgl. ebd.: 67). Diese Interviewsequenzen illustrieren m. E. tendenziell eher privates, also freundschaftliches bzw. familiäres Beziehungshandeln zwischen den Befragten und ihren Patient*innen als berufliches.

²⁰⁰ Letztere charakterisierte Neil-Urban als besonders feinfühlig und empathisch. Eine davon erklärte ihre Caring-Fähigkeiten mit ihrem Glauben und ihrer liebevollen Familie. Die andere Befragte führte als Ursprung ihrer besonderen Fähigkeiten ihre Erfahrung an, mit einem jüngeren Bruder mit zerebraler Kinderlähmung aufgewachsen zu sein (vgl. ebd.).

ebd.: 38). Neil-Urban bezeichnet diese für pflegerische Interaktionen bedeutsame Fähigkeit als „*presencing self*“ (ebd.: 36). Ihrer Auffassung nach müssen Pflegestudierende einen Entwicklungsprozess durchlaufen, um die Fähigkeit, Patient*innen präsent zu begegnen, auszubilden (vgl. ebd.: 37f.). Dieser Entwicklungsprozess beginne ihren Daten nach mit diversen Ängsten, beispielsweise mit der Angst, Patient*innen zu schaden, der Angst, zu wenig zu wissen oder auch der Angst vor der Nähe zu pflegebedürftigen Menschen (vgl. ebd.: 38). Sie argumentierte, dass es neben Vertrauen in sich Selbst auch ein Vertrauen in die eigenen beruflichen Kompetenzen brauche, um Patient*innen präsent begegnen zu können (vgl. ebd.: 38).²⁰¹

Ihre Befunde zur Perspektive der Befragten auf das Lernen von Caring in der Pflegeausbildung fasst Neil-Urban wie folgt zusammen: Alle Befragten seien der Überzeugung gewesen, dass sie bereits als „*caring individuals*“ (ebd.: 104) ihr Pflegestudium begonnen hätten und dass Caring etwas sei, was nicht gelehrt werden könne (vgl. ebd.). Zugleich hätten die Befragten darauf hingewiesen, dass bereits vorhandene Caring-Fähigkeiten erweitert werden könnten durch die Erfahrung, dass andere ihnen caring begegneten (z.B. caring Lehrende), durch das Beobachten von Rollenmodellen (z.B. caring Lehrende in der Pflegepraxis), durch Selbstreflexion/-verstehen und durch das Sammeln von Erfahrungen als selbstständig handelnder Carer in der Pflegepraxis (vgl. ebd.: 104, 114-118, 122-127).

Kosowski (1995) untersuchte in ihrer phänomenologischen Studie mittels unstrukturierter Tiefeninterviews die Sichtweisen von achtzehn Pflegestudierenden eines Bachelor-Bildungsganges in den USA sowohl auf Caring als auch auf ihr Lernen von Caring in der Pflegepraxis (vgl. ebd.: 236f.). Sie arbeitete heraus, dass ihre Befragten, unter denen sowohl „*junior*“ (ebd.: 237) als auch „*senior*“ (ebd.) Studierende vertreten waren, unter Caring bzw. unter „*Creating Caring*“ (ebd.: 238) nachfolgende sieben Aspekte verstanden: „*connecting, sharing, being holistic, touching, advocating, being competent, and feeling good*“ (ebd.: 238).

Ferner identifizierte Kosowski fünf Lernmodi, die beschreiben, wodurch die Befragten ihre Caring-Fähigkeiten in der Pflegepraxis weiterentwickelt hatten: erstens Lernen durch positive Rollenmodelle („*role modeling*“), zweitens durch negative Rollenmodelle („*reversing*“), drittens durch Phantasieren/Sich ausmalen („*imagining*“), viertens durch Spüren („*sensing*“) und fünftens durch das Verknüpfen privaten und beruflichen

²⁰¹ Hier sieht sie wichtige Ansatzpunkte für die Pflegebildung, insbesondere Studierende, die der zweiten Gruppe zuzuordnen sind, im Hinblick auf Selbstvertrauen, Selbstachtung, Selbstwert bzw. Selbstverstehen zu fördern (vgl. ebd.: 101, 104-137).

Erfahrungswissens („*constructing*“) (vgl. ebd.: 238-240). Im Folgenden werden die von Kosowski identifizierten fünf Lernmodi näher erläutert.

Als häufigste Lernform identifizierte sie das Lernen durch positive Rollenmodelle, also durch das Beobachten und Imitieren von Pflegenden, die in Pflegesituationen Patient*innen caring begegneten (1. Lernmodus). Modellpersonen, die zugleich auch mit Pflegestudierenden caring umgehen würden, wurde von den Befragten eine besonders lernförderliche Wirkung zugeschrieben (vgl. ebd.: 238).

Die Studierenden erzählten zudem von „*uncaring*“, „*noncaring*“ bzw. „*unprofessional*“ (ebd.: 238) Interaktionen zwischen Professionellen und Patient*innen (2. Lernmodus: Lernen durch negative Rollenmodelle). Diese Situationen lösten zumeist starke, belastende Gefühle in den Studierenden aus. Sie empfanden beispielsweise Wut, Erschrecken, Unglauben, Traurigkeit sowie Verlegenheit und/oder körperliche Reaktionen wie beispielsweise Übelkeit (vgl. ebd. 239). Viele Befragten erzählten, dass sie sich über diese Pflegesituationen mit anderen austauschen würden. Einige wendeten sich an andere Lernende, andere an Peers, Anleitende bzw. Lehrende oder nutzten hierzu formelle Reflexionsangebote („*post-conferences*“) (vgl. ebd.: 238f.). Kosowski beschreibt, dass ihre Befragten die miterlebten patient*innenignorierenden Situationen über längere Zeit hinweg kognitiv und emotional verarbeitet hätten, um daraus etwas Positives über Caring lernen zu können. Oft entstand daraus der feste Entschluss, sich selbst gegenüber Patient*innen nicht auf diese „*noncaring*“ Weise zu verhalten und künftig mutiger in diesen Situationen für Patient*innen einzutreten. In den miterlebten patient*innenignorierenden Interaktionen spürten sie alle, so Kosowski, den Wunsch einzugreifen, waren aber oft eingeschüchtert und fühlten sich in ihrer Rolle zu schwach, dieses auch zu tun (vgl. ebd. 239).

Als dritten Lernmodus beschrieb die Forscherin ein Lernen durch Phantasieren/Sich ausmalen: Viele Befragte erzählten, dass sie ihr Vermögen, caring zu pflegen, weiterentwickelt hätten, indem sie sich selbst oder ihre nahen Angehörigen (v.a. ihre Mütter und Großmütter) an die Stelle bzw. in die Umstände der Patient*innen imaginiert hätten (vgl. ebd.: 239). Hierdurch würden sie intuitiv („*intuitive knowing*“, „*intuited information*“, ebd.: 239) zusätzliche Erkenntnisse über die Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Umstände ihrer Patient*innen gewinnen. Diese intuitiv gewonnenen Informationen würden dann von den Befragten bewusst reflektiert werden, um daraus wirksame caring Pflegeinterventionen abzuleiten.²⁰²

²⁰² Zu möglichen Risiken und Grenzen dieses Lernmodus (bzw. dieser Erkenntnisstrategie; Anmerkung GK) äußert sich Kosowski nicht.

Unter den vierten Lernmodus fasste Kosowski ein Lernen durch Spüren bzw. Fühlen (vgl. ebd. 239f.). Darunter verstand sie, dass die Befragten ihre Caring-Fähigkeiten verbesserten, in dem sie in Pflegeinteraktionen ihre Aufmerksamkeit ganz bewusst auf ihr Gegenüber lenkten, dessen verbale und nonverbale Signale wahrnahmen, bewusst auf eigene aufsteigende Gefühle, Körperreaktionen und Gedanken/Erinnerungen/Erfahrungen achteten, um durch ein anschließendes Zusammensetzen all dieser Komponenten zusätzliche Informationen über Patient*innen zu gewinnen (vgl. ebd.).^{203,204}

Als fünfte Lernform identifizierte Kosowski ein Lernen durch das Verknüpfen von privatem Erfahrungswissen (z.B. eigene Lebens-, Krankheits- oder Krankenhauserfahrungen bzw. die von Verwandten), beruflichem Erfahrungswissen (z.B. ähnliche Pflegesituationen) und situationsrelevantem Fachwissen, um pflegerische Interaktionen caring zu gestalten.²⁰⁵

Drumm (2006) untersuchte in ihrer phänomenologischen Studie in den USA die Sichtweisen von Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Caring. Hierzu interviewte sie sieben Studierende, die sich im letzten Semester ihres Pflegestudiums (Bachelor) an einer Universität befanden. Eine Besonderheit des Curriculums dieses pflegerischen Bildungsgangs war, dass es explizit auf Caring als zentrales Bildungsziel abhob. Die Caring-Philosophie der Hochschule basierte auf den Caring-Theorien von Roach (1992, 2002), Boykin und Schoenhofer (2001) sowie auf den Arbeiten des Philosophen Mayeroff (1971) (vgl. Drumm 2006: 7-14).

Drumms Befunde zur Perspektive der Befragten auf das Lernen von Caring im Pflegestudium weisen zum Teil große Ähnlichkeit mit den oben dargestellten Befunden Neil-Urbans auf: Alle Befragten waren der Überzeugung, dass sie von Natur aus „*caring*“ (Drumm 2006: 53) seien und daher bereits als „*caring person(s)*“ (ebd.: 54) ihr Pflegestudium begonnen hätten (vgl. ebd.: 53-63). Zudem stimmten alle darin überein, dass Caring etwas sei, was nicht gelehrt werden könne (vgl. ebd.: 53). Zugleich waren sich die Befragten darin einig, dass sich ihre bereits vorhandenen Caring-Fähigkeiten durch das Pflegestudium weiterentwickelt hätten. Diese Weiterentwicklung bestand ihres Erachtens einerseits darin, sich der eigenen mitgebrachten Caring-Fähigkeiten bewusst(er) zu werden (vgl. ebd.: 53-63). Und andererseits resultierte sie aus der theoriebasierten, erkenntnis-

²⁰³ Laut Kosowski war eine externe Validierung der gewonnenen Erkenntnisse durch das jeweilige Gegenüber nicht Teil dieses Lernmodus (bzw. Erkenntnismodus; Anmerkung GK).

²⁰⁴ An dieser Stelle zeigt sich m. E. besonders deutlich die Nähe zum Phänomen Empathie.

²⁰⁵ In den Unterkapiteln „Diskussion“ sowie „Schlussfolgerungen“ äußert sich Kosowski nicht dazu, wie sie die fünf von ihr identifizierten Lernmodi im Hinblick auf ihr Lernpotenzial (Chancen, Risiken und Grenzen) kritisch einschätzt, ob sie Veränderungsbedarfe im Hinblick auf das Lehren und Lernen von Caring sieht, und formuliert auch keine Empfehlungen für die Pflegebildung (vgl. ebd. 240f.). Ihre Datenanalyse verbleibt m.E. auf einer rein deskriptiven Ebene, wodurch tiefergehende Erkenntnisse über mögliche Hintergründe des Lernens von Caring in der Pflegepraxis sowie mögliche Einflussfaktoren und mögliche Lernenden-Probleme im Dunkeln bleiben.

reichen Auseinandersetzung mit dem komplexen Konstrukt Caring an der Hochschule, die ihr Vermögen, ihre mitgebrachten Caring-Fähigkeiten in einem beruflichen Kontext gezielt, durchdacht und auf vielfältige Weise einzusetzen, erst ermöglicht bzw. befördert hätte (vgl. ebd.: 53-63). Als lernförderlich erlebten sie, neben der bereits erwähnten Vermittlung von Theorien über Caring, die schriftlichen Lernaufgaben, in denen sie erlebte Pflegesituationen mittels der o.e. Theorien analysierten (vgl. ebd. 64-78). Diesen Lernaufgaben schrieben sie eine Sensibilisierung für die Biografie, das Menschsein bzw. das Erleben ihrer zu Pflegenden zu sowie Impulse, das eigene Pflegehandeln zu reflektieren sowie empathisch und mitfühlender zu gestalten (vgl. ebd.). Ferner erwähnten sie das Sammeln von Erfahrungen als selbstständig handelnder Carer in der Pflegepraxis als lernförderlich, ebenso wie das Reflektieren dieser Erfahrungen in „*post-conferences*“ (ebd.: 67) (vgl. ebd.: 66-71). Nur sehr wenige Studierende erwähnten förderliche Einflüsse von Modellpersonen (= caring Lehrenden) auf ihr Lernen von Caring (vgl. ebd.: 67, 77).

Das Caring-Verständnis der sieben Pflegestudierenden zeichnete sich m.E. im Wesentlichen durch nachfolgende Motive und Handlungen aus: präsent zu sein für Patient*innen und Angehörige (vgl. ebd.: 56-58), dem Bemühen, die subjektive Bedeutung der Krankheits- bzw. Pflegeerfahrungen von Patient*innen sowie ihre Lebensumstände zu verstehen und zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 60, 66-71), die Absicht, durch caring Pflegeinteraktionen die Erfahrungen von Patient*innen mit Pflegeinterventionen, Pflegesituationen bzw. Klinikaufhalten positiv zu beeinflussen (vgl. ebd.: 58-62, 71-74) sowie ihre Krankheitsverarbeitung zu unterstützen (vgl. ebd.: 59f.).

Sollvoll und Heggen (2010) beobachteten in Norwegen sechs Pflegestudierende des ersten Studienjahres eines Bachelorprogramms in den Settings Pflegeheim, Krankenhaus sowie ambulante Pflege über einen Zeitraum von zweieinhalb Jahren²⁰⁶ hinweg. Der Fokus ihrer teilnehmenden Beobachtung lag auf dem Lernen von Care, insbesondere auf den Möglichkeiten und Grenzen diesbezüglicher Lernprozesse in der Ausbildungs- bzw. Pflegewirklichkeit (vgl. ebd.: 73f.). Zusätzlich interviewten sie die sechs Pflegestudierenden und analysierten deren von der Hochschule initiierten und begleiteten Reflexionsberichte ihrer Erfahrungen mit Caring sowie mit Lernen (vgl. ebd.: 74f.). Die Forscherinnen legten ihrer Untersuchung das Verständnis von Care der norwegischen Pflegetheoretikerin und Professorin für Pflegewissenschaft Kari Martinsen zugrunde. Dieses war zugleich curricularer Bestandteil des Pflegestudiums der sechs Proband*innen. Das erwähnte Caring-Verständnis umrissen die Forscherinnen wie folgt:

²⁰⁶ Es wurden keine genaueren Angaben zum Umfang der Beobachtungen gemacht.

„Martinsen (1990) points out that care is a practical, relational and moral phenomenon. Care is practical in the sense that it is expressed in actions, often through the use of basic tools such as face cloths, bedpans, toothbrushes or drinking glasses. Care is typically a relational phenomenon in the sense that it is expressed in encounters with others. It is a fundamental attitude that is conveyed in relationships in the form of sensitivity towards others and recognition of others in the light of their situation. As a moral concept, care is associated with the principle of responsibility for the weak (Martinsen, 1989).“ (Martinsen 1989, 1990: o.A., zitiert nach Solvoll/Heggen 2010: 74, Hervorhebung im Original)

Solvoll und Heggen stellten fest, dass Pflegestudierende in der Pflegepraxis unzählbare (Lern-)Möglichkeiten haben, komplexe Pflegesituationen selbstständig zu bewältigen und mit Pflegebedürftigen zu interagieren (vgl. ebd.: 74f.). Ihren Beobachtungen nach ließen sich die sechs Lernenden auf ihre zu Pflegenden interessiert, offen sowie einfühlsam („*sensitive*“, ebd.: 75) ein und bemühten sich um gute Beziehungen zu ihnen (vgl. ebd.: 75). Sie alle wendeten sich ihren zu Pflegenden empathisch zu, ließen sich von deren Situation bewegen/berühren und erkannten ihre individuellen Pflegebedürfnisse (vgl. ebd.).

Als problematisch in diesen Zusammenhang betrachteten die Forscherinnen, dass die Erfahrungen der Lernenden mit pflegerischen Beziehungen bzw. mit Caring weder von den Anleitenden noch von den Pflegelehrenden als bedeutsame Lernerfahrungen/-anlässe aufgegriffen wurden (vgl. ebd.: 75f.). Hierdurch wurden sie, so die beiden Forscherinnen, zu „privaten“ Themen der Studierenden (vgl. ebd.: 75). Solvoll und Heggen beobachteten, dass zwischen Anleitenden bzw. Pflegenden und Lernenden vor allem über pflegetechnische bzw. -organisatorische Fragen und Probleme gesprochen wurde. In den Praxisaufträgen der Hochschule wurden die Lernenden hingegen zwar angeregt, so die Forscherinnen, eigene Pflegerfahrungen zu reflektieren, dieses jedoch anhand abstrakter Theorien (vgl. ebd.). Solvoll und Heggen arbeiteten heraus, dass dieses den Lernenden bei den beforschten Praxisaufträgen kaum gelang und sich als wenig nutzbringend herausstellte. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Lernort Praxis ein enormes Potenzial für Studierende beinhalten würde, in Pflegesituationen eigenständig Erfahrungen mit Caring zu machen. Als äußerst problematisch betrachteten sie, dass die Erfahrungen der Studierenden, d.h. die damit verbundenen Gefühlen, Gedanken, Fragen und Herausforderungen an beiden Lernorten nicht (ausreichend) thematisiert wurden (vgl. ebd.: 76). Hierdurch verblieben sie bei den Proband*innen der Studie v.a. eine private Angelegenheit, die keine pädagogische Begleitung erfuhr (vgl. ebd.).²⁰⁷

²⁰⁷ Aus der Veröffentlichung von Solvoll und Heggen geht nicht hervor, ob und inwiefern die Studierenden im Ausbildungsverlauf ihre Caring-Fähigkeiten weiterentwickelten. Auch bleibt offen, was aus Sicht der Proband*innen lernförderlich bzw. -hemmend auf die Anwendung und die Weiterentwicklung ihrer Caring-Fähigkeiten wirkte.

Kelley (1992) fokussierte in ihrer qualitativen Studie die Perspektive von Pflegestudierenden eines Bachelorprogramms in den USA auf ihr berufliches Selbstbild und auf die dieses beeinflussenden Faktoren im Studienverlauf. Sie führte hierzu halbstrukturierte Tiefeninterviews mit 23 Pflegestudierenden durch, die sich in ihrem letzten Praxiseinsatz unmittelbar vor ihrem Studienabschluss befanden (vgl. ebd.: 122). Als Kernkategorie des beruflichen Selbstbildes ihrer Proband*innen identifizierte sie Caring (vgl. ebd.: 122f.). Der Großteil ihrer Befragten beschrieb sich selbst, so Kelley, als caring (vgl. ebd.). Kelley²⁰⁸ umriss in ihrem Artikel das Caring-Verständnis ihrer Befragten anhand der Begriffe „*cheerful, friendly, good listener, happy, good-humored, empathic, compassionate, patient, and thorough and safe*“ (ebd.: 123). Als Haupteinflussfaktor auf dieses von Caring geprägte berufliche Selbstbild der Befragten identifizierte Kelley positive Rollenmodelle (vgl. ebd.: 123). Die meisten Befragten thematisierten in den Interviews die lernförderlichen Effekte von Pflegenden als Rollenmodelle für Caring gegenüber Patient*innen. Einige wenige führten auch Familienangehörige, Freunde und Lehrende als positive Rollenmodelle für Caring an (vgl. ebd. 123f.).

Zusammenfassung und Fazit

Die fünf vorgestellten Studien liefern erste interessante und vielseitige Erkenntnisse zum Lernen von Caring in der Pflegeausbildung. In zwei Studien waren alle Befragten der Überzeugung, dass sie bereits als „*caring individuals*“ (Neil-Urban 1994: 104) bzw. „*caring person(s)*“ (Drumm 2006: 54) ihr Pflegestudium begonnen hätten und dass Caring etwas sei, was nicht gelehrt werden könne (vgl. Neil-Urban 1994, vgl. Drumm 2006). Zugleich waren sich die Befragten darin einig, dass sich ihre bereits vorhandenen Caring-Fähigkeiten durch das Pflegestudium weiterentwickelt hätten (vgl. ebd.). Die Forschenden ermittelten zudem einige aus der Perspektive von Pflegestudierenden bedeutsame Lernstrategien und Lernanlässe im Hinblick auf das Lernen von Caring, beispielsweise Erkenntnisse zu den Effekten von Modellpersonen, zu möglichen Effekten pädagogischer Beziehungen, in denen Lernende caring Lehrende erleben, zur Bedeutung selbstständigen Handelns als Carer, zum Phantasieren/Sich ausmalen sowie zum Spüren/Fühlen oder auch zu Effekten der Vermittlung von Caring-Theorien sowie von Reflexionsangeboten (vgl. Kelley 1992, Kosowski 1995, Neil-Urban 1994, Drumm 2006, Solvoll/Heggen 2010).

Darüber hinaus identifizierten die Studien erste Probleme von Lernenden im Hinblick auf das Anwenden und Weiterentwickeln ihrer Caring-Fähigkeiten in der Pflegepraxis, beispielsweise anfängliche Ängste in pflegerischen Interaktionen oder Wut, Unsicherheit und Hilflosigkeit beim Miterleben patient*innenignorierender Interaktionen (vgl. Neil-Urban

²⁰⁸ Kelley (1992) erläuterte in ihrem Artikel ihr eigenes Verständnis von Caring nicht. Ebenso wenig diskutierte sie das Caring-Verständnis ihrer Befragten kritisch.

1994, Kosowski 1995). Ferner wiesen Solvoll und Heggen (2010) explizit darauf hin, dass Lernende an beiden Lernorten unzureichend begleitet würden, um aus ihren eigenen Praxiserfahrungen mit Caring zu lernen (vgl. ebd.). Hierdurch würden die mit diesen Erfahrungen verbundenen Gefühlen, Gedanken, Fragen und Herausforderungen v.a. zu einer „privaten“ Angelegenheit der Studierenden werden (vgl. ebd.). Darüber hinaus identifizierte Neil-Urban (1994) Unterschiede zwischen Pflegelernenden im Hinblick auf ihre „Caring“-Fähigkeiten am Studienende (vgl. ebd.). Die Forscherin nahm an, dass die Studierenden mit weniger ausgeprägten Caring-Fähigkeiten über weniger Lebenserfahrung und damit verbunden über weniger Selbsterkenntnis bzw. Selbstsicherheit verfügten als die „*caring `green thumb` nursing students*“. Sie vermutete, dass erstere ihre Caring-Fähigkeiten noch weiterentwickeln könnten (vgl. ebd.).

Zugleich verdeutlicht die Darstellung der fünf Studien, dass viele Aspekte des Lernens von Caring erst in Ansätzen erforscht sind. Beispielsweise blieb bei dem überwiegenden Teil der beschriebenen Studien im Dunkeln, ob und v.a. auch inwiefern die Lernenden ihre Caring-Fähigkeiten in der Pflegeausbildung weiterentwickelt haben. Ebenso blieben die Fragen, worin genau aus Sicht der Lernenden die für sie bedeutsamen Herausforderungen und Schwierigkeiten bzw. die tatsächlichen Lernanlässe beim Lernen von Caring bestehen und worin die Lernergebnisse, weitgehend unbeantwortet. Auch blieb bislang unklar, welche individuellen Lernbedürfnisse/-wünsche Pflegelernende haben bzw. welche Ideen zur Verbesserung des Lehrens und Lernens von Caring. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Erforschung der Perspektive von Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Caring noch viele Leerstellen aufweist. Erschwerend kommt hinzu, dass Caring in den fünf dargelegten Studien uneinheitlich, z.T. sehr vage oder auch gar nicht von den Forschenden definiert wurde. Auch die in den Forschungsergebnissen teilweise explizit teilweise implizit aufscheinenden Caring-Verständnisse der Pflegestudierenden unterstreichen den uneindeutigen, schillernden Charakter dieses Begriffes.

Nachtrag

Die erneute Recherche im Herbst 2016 ergab eine weitere für meine Forschungsarbeit interessante Studie, nämlich die qualitative Studie von Ma et al. (2014) aus China. Mittels vier Fokusgruppen erhob das Forscherteam die Sichtweisen von insgesamt zwanzig Pflegestudierenden (3. bzw. 4 Studienjahr eines Bachelorprogramms) auf ihr Lernen von Caring²⁰⁹. Ihre Ergebnisse bestätigen einerseits einige der oben dargestellten Befunde, beispielsweise die Wirksamkeit von Rollenmodellen, die Bedeutung pädagogischer Be-

²⁰⁹ In dem Artikel blieb offen, was die Pflegestudierenden unter Caring konkret verstanden. Das Autorinnenteam hingegen führte in der Einleitung des Artikels unterschiedlichste Definitionen von Caring an und stellte heraus, dass Caring ein komplexes Phänomen sei, das bislang nicht eindeutig definiert sei (vgl. ebd.: 43). Die Ausführungen machten m.E. deutlich, dass Caring Empathie beinhalte, aber darüber hinausgehe.

ziehungen, in denen Lernende caring Lehrende und Anleitende erleben als auch den positiven Einfluss von Pflegeteams, die Caring als zentralen Wert ihrer Pflegearbeit sehen und praktizieren (vgl. ebd.: 45f.).

Zudem identifizierten Ma und Kolleg*innen zwei Probleme der Pflegestudierenden im Hinblick auf das Anwenden und Weiterentwickeln ihrer Caring-Fähigkeiten im Studium. Zum einen kritisierten die Studierenden die unzureichende Vermittlung von Caring am Lernort Universität, die ihres Erachtens v.a. aus einer Betonung des pflegerischen Ideals bzw. Wertes Caring bestand (vgl. ebd.: 46, 48). Ihnen fehlten im Hinblick auf ihr Lernen von Caring sowohl die Vermittlung von Theorien, Konzepten und Interventionen als auch eine Förderung von Haltungen (vgl. ebd.). Zum anderen erlebten sich die befragten Studierenden unsicher und gehemmt dabei, ihre Caring-Fähigkeiten in pflegerischen Kontakten zu Patient*innen anderer Kulturen anzuwenden (vgl. ebd.: 46-48). Eigene belastende Erfahrungen im Umgang mit kultureller Diversität in Pflegeinteraktionen bzw. ihre als unzureichend erlebten interkulturellen Kompetenzen verunsicherten viele Pflegestudierenden so stark, dass sie Kontakte zu Patient*innen anderer Kulturen vermieden.

13.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen

Nachfolgend sollen sieben ausgewählte Studien zur beruflichen Sozialisation von Pflegelernenden dargelegt werden, die bei selbigen Aneignungsprozesse von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen erforschten, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln teilweise förderten bzw. oftmals auch hemmten. Die Studien geben bedeutsame Einblicke in Bereiche des Lernens empathischer bzw. sonstiger mit individuumorientierten Pflegehandeln verbundener personaler sowie sozial-kommunikativer Fähigkeiten, die vermutlich überwiegend außerhalb des Bewusstseins der untersuchten Zielgruppe liegen.

Es wurden drei Studien²¹⁰ aus dem Vereinigten Königreich recherchiert, die traditionelle dreijährige pflegerische Bildungsgänge untersuchten (Melia 1983, 1984; Bradby 1990a,b; Seed 1994) sowie eine Studie aus Kanada, die einen vierjährigen universitären pflegerischen Bildungsgang (Bachelor) untersuchte (Campbell et al. 1994 bzw. Reutter et al. 1997²¹¹). Bei allen vier Studien handelt es sich um ältere, sehr umfangreiche Forschungsarbeiten, die Einblicke in die allgemeine berufliche Entwicklung von Pflegelernenden

²¹⁰ Zwei dieser drei Forschungsstudien sind im Rahmen von Qualifikationsarbeiten (Dissertationen) entstanden, nämlich Melia und Bradby.

²¹¹ Die Artikel von Campbell et al. (1994) und Reutter et al. (1997) beziehen sich auf dieselbe qualitative Längsschnittstudie.

liefern.²¹² Viele dieser Befunde sind für die vorliegende Forschungsarbeit zum Lernen von Empathie aber von Relevanz, weshalb diese Studien in den Forschungsstand aufgenommen wurden. Die Studien unterscheiden sich u.a. im Hinblick auf ihr Forschungsdesign und ihre Erhebungsmethoden (s.u.). Während Melia einmalig Daten erhob, wurden in den anderen drei Studien zu mehreren Erhebungszeitpunkten Daten im Rahmen eines Längsschnittdesigns erhoben: Bradbys Längsschnittstudie umfasste ein Jahr, die Längsschnittstudie von Campbell, Reutter und Kolleg*innen zwei Jahre sowie Seeds Studie drei Jahre.

Darüber hinaus wurden drei aktuellere Studien recherchiert, die die berufliche Sozialisation von Pflegestudierenden verschiedener Bachelorprogramme unter einem spezifischen Fokus untersuchten: die Untersuchungen von Allcock und Standen (2001) sowie von Mackintosh (2006) aus dem Vereinigten Königreich und die Studie von Lemonidou und Kolleg*innen (2004) aus Griechenland. Allcock und Standen (2001) sowie Lemonidou et al. (2004) fokussierten die Einflüsse pflegerischer Interaktionen auf die Sensibilität bzw. die Empathie von Pflegelehrenden. Mackintosh konzentrierte sich auf die Effekte beruflicher Sozialisationsprozesse sowohl auf deren Caring²¹³-Fähigkeiten als auch auf ihre Fähigkeiten, die Rolle einer bzw. eines beruflich Pflegenden anzunehmen bzw. zu bewältigen.

Im Folgenden werden zunächst die für das vorliegende Promotionsprojekt relevanten Befunde der vier Studien zur beruflichen Sozialisation beginnend mit der ältesten Studie dargelegt. Anschließend erfolgt die Darstellung der drei aktuelleren Studien sowie eine Zusammenfassung und kritische Einschätzung. Abschließend werden relevante Befunde einer im Herbst 2016 zu diesem Themenfeld nachrecherchierten Studie ergänzt.

Melia (1983, 1984) untersuchte in Großbritannien mittels informeller Interviews die pflegeberufliche Sozialisation von vierzig Pflegelehrenden im Verlauf eines traditionellen²¹⁴ dreijährigen Bildungsganges (vgl. 1983: 25, 1984: 136f.). Sie arbeitete heraus, dass sich die Befragten im Rahmen ihrer beruflichen Sozialisation Anpassungsstrategien aneigneten, um die erlebte Differenz zwischen dem Verständnis von Pflege, das am Lernort Schule vermittelt wurde und dem Verständnis von Pflege, dem sie in der Pflegepraxis begegneten (*„the existence of two discrepant versions of nursing“*, ebd. 1984: 136), zu managen.

²¹² Es ist anzunehmen, dass Melia ihre Daten Mitte/Ende der 1970er-Jahre erhob (unveröffentlichte Promotion 1981), Bradby in den 1980er-Jahren (unveröffentlichte Promotion 1989), Seed Ende der 1980er-Jahre sowie Campbell, Reutter und Kolleg*innen in den frühen 1990er-Jahren.

²¹³ Mackintosh verwendete in ihrem Artikel die Begriffe Caring und „Caring ethos“, erläuterte ihr Verständnis selbiger jedoch nicht näher.

²¹⁴ Es handelte sich um einen nicht akademischen Bildungsgang an einem College of Nursing.

Ersteres beschrieb sie als „`professional` version of nursing“²¹⁵ (ebd. 1984: 132) und letzteres als „workload approach“²¹⁶ (ebd. 1984: 138). Die identifizierten Strategien zeigen den starken Einfluss der Pflegepraxis auf das Pflegehandeln der Befragten bzw. deren deutliche Desensibilisierung im Ausbildungsverlauf gegenüber inhumaner Pflege. Sie werden nachfolgend umrissen.

Als zentrales Ergebnis ihrer Sozialisationsstudie identifizierte Melia die Einstellung „just passing through“, die sich in der Strategie „fitting in“ konkretisiert (vgl. ebd. 1983: 26f., 1984: 139-142). Die Strategie beschreibt das Sich einfügen bzw. Sich anpassen der Befragten an ständig wechselnde Praxisorte sowie Pflgeteams. Melia führte aus, dass die Befragten infolge der Organisation ihres Bildungsgangs alle sechs bis spätestens acht Wochen ihre Stationen wechselten. Die Befragten befanden sich in einem ständigen Prozess des Ankommens und Weiterziehens („Kurzlebigkeit“ bzw. „transiency“, ebd. 1983: 26). Melia arbeitete heraus, dass die Befragten infolge dieser kurzen Aufenthalte an den Praxisorten und infolge der o.e. Differenz der beiden Versionen von Pflege die Einstellung „just passing through“ sowie die damit einhergehende Strategie „fitting in“ entwickelten. „Just passing through“ bedeutet, dass das Hauptanliegen der Befragten auf jeder Station war, sich möglichst schnell in das Pflgeteam und die von diesem gelebten Arbeitsroutinen einzufinden, um die Station mit einer guten Praxisbeurteilung wieder zu verlassen (vgl. ebd.: 26). Um dieses Ziel zu erreichen, arrangierten sich die Befragten mit beobachteten patient*innenignorierenden Handlungsrountinen, stellten ihr pflegerisches Fachwissen zurück und passten ihr Handeln dem vorherrschenden Verständnis von Pflege, dem „workload approach“ der jeweiligen Stationen, an (vgl. ebd. 1983: 26f., 1984: 139-142). Das nachfolgende Zitat gibt Melias ernüchterndes Resümee wieder, das die Desensibilisierung der Befragten gegenüber der von der Schule vermittelten, am Individuum orientierten Pflege infolge ihrer beruflichen Sozialisation auf den Punkt bringt (vgl. ebd: 1984: 144f.).

„The control which the service segment has over the students` behavior explains in large part the student`s preoccupation with `fitting in` and perfecting styles of behavior which satisfy the ward staff. However, the balance of the relationship between education and service segments is, in fact, rather one-sided insofar as the students determine where to place their effort and soon discover that they can function on the wards with very little recourse to the ideologies of the education segment. In fact to `fit in` with staff on the wards is the surest way the students know of getting through and obtaining

²¹⁵ „This version represents, too, the official aims of the three-year training programme; that is the production of a competent registered nurse capable of independent practice and professional judgement, insofar as this is possible given nursing`s relationship to medicine.“ (Melia 1984: 135)

„The `professional` version of nursing is, as we have said, the one which the college upholds. Its advocates have it that nursing is a quasi-scientific process, indeed they call it the `nursing process`, which takes a problem-solving approach to planning, effecting and evaluating nursing care.“ (ebd.: 137)

²¹⁶ „The `workload approach` to nursing involves the recognition of the sum needs of 30 or so patients on a ward as a workload to be got through. This work is then carried out by a group of staff comprising qualified, untrained and unqualified nurses. Hence, the work must be divided among the available staff on the basis of their ability. The students are presented to the service as an unqualified labour force and the trained staff have to find ways of making this work; ways which invariably involve the deskilling of nursing care and its implementation by means of tasks and routines.“ (Melia 1984: 138)

satisfactory ward reports. On their accounts, there is nothing to be gained by a student introducing ideas from the college into the ward setting." (ebd. 1984: 142, Hervorhebung im Original)

Ferner arbeitete Melia heraus, dass die Pflgeteams die einzelnen Lernenden infolge ihrer kurzen Verweilzeiten auf Station nicht als individuelle Lernende wahrnahmen sondern als „*stereotypes of first, second and third level workers according to a generalised notion of progress through training*“ (ebd. 1984: 143). Die Befragten identifizierten sich, so Melia, zunehmend mit den stereotypen Erwartungen der Teams im Hinblick auf die am jeweiligen Ausbildungsjahr festgemachten Kompetenzen. Sie fühlten sich schuldig, wenn sie sie nicht erfüllen konnten (vgl. ebd. 1983: 27). Als weitere Anpassungsstrategie der Pflegelernenden identifizierte Melia „*Nursing in the dark*“ (vgl. ebd. 1983: 62f.). Sie hielt fest, dass ihre Befragten in der Schule gelernt hatten, dass Kommunikation ein wichtiger Teil von Pflege sei und dass alle Befragten gerne kommunizieren wollen würden (vgl. ebd.). Da sie jedoch in der Praxis vom Pflgeteam nur unzureichende Informationen über Patient*innen erhielten - beispielsweise kaum Informationen über deren Diagnosen und/oder darüber, ob und wie genau diese aufgeklärt seien - waren die Lernenden kontinuierlich, so Melia, in Sorge, dass Patient*innen ihnen Fragen stellen bzw. Äußerungen zu ihrer gesundheitlichen Situation tätigen könnten (vgl. ebd.). Um diesen, sie verunsichernden Interaktionen vorzubeugen, entwickelten sie kommunikative Strategien im Umgang mit Patient*innen, wie beispielsweise diese abzuweisen und die Kommunikation auf einem sehr oberflächlichen Niveau zu halten (vgl. ebd.). Melia arbeitete heraus, dass die Befragten zwar unter ihrem ausweichenden Interaktionsstil litten, dass er aber ihre Coping-Strategie darstellte, um ihr Gesicht zu wahren und handlungsfähig zu bleiben (vgl. ebd.).

Bradby (1990a, 1990b) erforschte in ihrer qualitativen Längsschnittstudie unter Bezugnahme auf die Theorie der Statuspassage von Glaser und Strauss (1971) die berufliche Sozialisation Pflegelernender im Laufe ihres ersten Ausbildungsjahres. Hierzu untersuchte sie in England über ein Jahr hinweg vier Kohorten zweier traditionell ausbildender Pflegeschulen. Zur Datenerhebung setzte sie neben diversen qualitativen Methoden (Interview, Essay, Tagebuch, Brief schreiben an neue Interessent*innen) auch quantitative Messinstrumente ein (Fragebögen und psychometrische Tests für Angst und Selbstwertgefühl/-achtung). Nachfolgend werden ausgewählte, für das vorliegende Promotionsprojekt relevante Befunde ihrer umfangreichen Analysen vorgestellt.

Bradby (1990b) arbeitete heraus, dass die Statuspassage vom Laien zur bzw. zum Pflegenden für die von ihr untersuchten Pflegelernenden im ersten Ausbildungsjahr maßgeblich davon geprägt war, mit den Aspekten pflegerischer Arbeit zurecht zu kommen, die ausgebildete Pflegende „aus dem hohlen Bauch heraus“ („*off the top of their heads*“, ebd.: 1363) tun und als selbstverständlich annehmen (vgl. ebd. 1990a: 1220-1225). Bradby

hob damit auf den von Pflegenoviz*innen zu erlernenden Umgang mit den eigenen, durch Pflegehandeln bzw. durch zu Pflegenden ausgelösten Gefühlen ab. Sie arbeitete heraus, dass die Pflegelernenden ihrer Studie weitestgehend auf sich selbst gestellt waren, die Gefühle, die (einzelne) zu Pflegenden bzw. konkrete Pflegehandlungen sowie pflegerische Interaktionen in ihnen auslösten, irgendwie zu bewältigen (vgl. ebd.)²¹⁷. Ihre Pflegelernenden wurden beispielsweise beim Erlernen pflegerischer Handlungen wie der Unterstützung bei der Körperpflege oder der Unterstützung beim Ausscheiden weitgehend alleingelassen. Alleingelassen waren sie auch damit, ihre Gefühle zu bewältigen, die durch die Nacktheit der zu Pflegenden, den Körperkontakt zu ihnen sowie durch die Konfrontation mit ihren Ausscheidungen bzw. mit von der „Norm“ abweichenden Körpern, in ihnen ausgelöst wurden (vgl. ebd.: 1364f.). Ebenso sich selbst überlassen wurden die Lernenden, so Bradby, dabei, mit Aufmerksamkeit suchenden zu Pflegenden, mit psychisch erkrankten Patient*innen sowie mit Personen, die einen Suizid versucht hatten, zu interagieren (vgl. ebd.: 1366f.). Bradby arbeitete heraus, dass ihre Lernenden, da sie im Hinblick auf diese Aspekte pflegerischer Arbeit kaum Unterstützung durch die Schule bzw. durch das Pflegeteam erhielten, Strategien entwickelten, ihre Gefühle (u.a. Ängste, Ekel, Nervosität, Ungeduld, Frustration, Verwirrung, Hilflosigkeit) zu managen, um handlungsfähig zu bleiben (vgl. ebd.: 1364-1367). Hierzu zählte Brady beispielsweise das Vermeiden des Kontakts zu bestimmten zu Pflegenden, oberflächliches Pflegehandeln, die Übernahme negativer Haltungen und patient*innenignorierender Verhaltensweisen des Pflegeteams gegenüber bestimmten Patient*innen, selektive Unaufmerksamkeit sowie ausweichende Kommunikation. Bradby plädiert dafür, dass Lernende in der Pflegeausbildung gezielt unterstützt werden, einen angemessenen Umgang mit den eigenen, durch Interaktionen mit zu Pflegenden hervorgerufenen Gefühlen, zu erlernen:

„It is sad to relate that in some areas of nursing work little appears to have changed since the studies which were published at the end of the 1950s. This may be due to the fact that these areas of care are the taken-for-granted world of the nurse and so are deemed not worthy of special study. In reality, of course, these are the very areas which the trainee nurse must successfully bridge in the transition from lay person to nurse. We ignore them at our peril.“ (ebd. 1990b: 1368)

Als weiteres Merkmal der Statuspassage der Pflegelernenden identifizierte Bradby deren großes Bestreben, ins Pflegeteam integriert zu werden. Sich als Teil des Teams zu erleben hatte für sie im ersten Ausbildungsjahr eine höhere Bedeutung als die Qualität der Pflege, die die zu Pflegenden erhielten (vgl. ebd. 1990a: 1223).

²¹⁷ Bradby unterschied folgende Kategorien: „Coping with patients` hygiene needs“, „Coping with incontinence“, „Coping with altered body image“, „Coping with care of very ill patients“, „Coping with care of the dying patient“ sowie „Coping with psychosocial problems“ mit den Unterkategorien „Coping with attention-seeking patients“, „Coping with the mentally confused patient“ sowie „Coping with a person who makes a suicidal attempt“ (vgl. ebd.: 1364-1367).

Seed (1994) untersuchte in ihrer qualitativen Längsschnittstudie in England die berufliche Sozialisation von Pflegelehrenden eines traditionellen pflegerischen Bildungsgangs. Sie setzte hierzu umfangreiche teilnehmende Beobachtungen sowie Interviews ein. Über drei Jahre hinweg beobachtete sie 23 (später noch 19) Pflegelehrende in jedem ihrer zwölf Praxiseinsätze jeweils über vier Stunden hinweg. Zudem führte sie mit den Teilnehmenden jeweils zwei Interviews, eines zu Beginn und eines am Ende der Ausbildung. Seed arbeitete als zentrale Kategorie ihrer Studie das Kontinuum „*patients to people*“ heraus, das die Weiterentwicklung der Sichtweisen der Pflegelehrenden auf ihre zu Pflegenden abbildet.

Zu Beginn ihrer Praxiseinsätze und im ersten Ausbildungsjahr nahmen die Lernenden, so Seed, ihre zu Pflegenden als Patient*innen wahr, die pflegerisch zu versorgen waren. Sie arbeitete heraus, dass die Lernenden während dieser Zeit stark damit beschäftigt waren, in der von Personalmangel und schlechter Organisation gekennzeichneten Pflegepraxis, die zu Pflegende eher als „*workload*“ (ebd.: 741) betrachtete, ihren Weg zu finden. Anfänglich äußerten die Lernenden gegenüber Seed noch Schuldgefühle, keine individuelle Pflege anbieten zu können. Ihren Idealismus bzw. die schulisch vermittelte Norm einer Individuumorientierung warfen sie, so Seed, aber schnell über Bord („*the schools` rhetoric about patients being `individuals`*“) (vgl. ebd.: 743). Seed beschreibt, dass die Lernenden im ersten Jahr von dem Erlernen bzw. dem Durchführen praktischer Pflegehandlungen so vereinnahmt waren, dass sie zu Pflegende nicht als Individuen wahrnehmen konnten. Zudem erlebten sich die Lernenden als unzureichend vorbereitet für die zwischenmenschlichen Aspekte von Pflege. Ferner entdeckte sie, dass die Lernenden von Ausbildungsbeginn an die Tendenz zeigten, Patient*innen zu stereotypisieren („*typical patients*“, ebd.: 743) bzw. stereotype Sichtweisen der Pflegepraxis auf Patient*innengruppen (z.B. „*fussy female patients*“, ebd.: 743; „*compliant male patients*“, ebd.) zu übernehmen (vgl. ebd.: 743). Seed arbeitete heraus, dass anfängliche Erwartungen der Lernenden an „ideale“ Patient*innen („*ideal` patients*“, ebd.: 744), die dankbar, passiv, kooperativ und compliant sind, enttäuscht wurden. Seed beobachtete die Tendenz der Lernenden, Patient*innen als undankbar und egoistisch zu stereotypisieren, ohne andere Gründe für ihr Verhalten in Betracht zu ziehen (vgl. ebd.: 744).

Ab dem zweiten Ausbildungsjahr bis zum Ausbildungsende hin konnte Seed eine Weiterentwicklung der Sichtweisen ihrer Lernenden entlang des Kontinuums zu einer Sichtweise auf zu Pflegende als Menschen erkennen. Seed resümierte, dass am Ende des Studiums alle Teilnehmenden fähig waren, zu Pflegende als Menschen mit individuellen Vorlieben und Bedürfnissen zu sehen (vgl. ebd.: 747).²¹⁸ Sie war der Auffassung, dass sich

²¹⁸ Sie führt leider nicht näher aus, inwiefern und woran sich diese neue Sichtweise auch im alltäglichen Pflegehandeln der Studierenden erkennen ließ.

die Lernenden entlang dieses Kontinuums bewegen mussten, um überhaupt Empathie für zu Pflegende entwickeln zu können (vgl. ebd.: 738) bzw. in der Lage zu sein, individuell zu pflegen (vgl. ebd.: 740). Aus Seeds Perspektive mussten die Lernenden erst die erforderlichen pflegetechnischen Fertigkeiten erlernen, um sich dem Lernen, zu Pflegende subjektorientiert zu pflegen, zu öffnen:

„For example, students had to acquire not only the psychomotor skills needed to `care for people`, but also a perspective which meant that they were able to `care about` those they nursed. Learning to `care about` was of different order and complexity to learning the skills required to care for someone. It did appear that the skills of `caring for` had to be acquired a priori being able to `caring about`.” (ebd.: 740f.)

Seed identifizierte diverse Faktoren, die zu der Bewegung der Sichtweisen ihrer Lernenden entlang des Kontinuums beitrugen, die nachfolgend umrissen werden sollen. Als einen bedeutsamen Einflussfaktor, identifizierte sie die Erfahrung ihrer Lernenden, von den Pflegenden selbst als Individuum mit eigenen Lernbedürfnissen²¹⁹ wahrgenommen zu werden. Diese Erfahrung („*transformation experience(s)*“, ebd.: 743) machten die Teilnehmenden in ihrem Psychiatrieeinsatz zu Beginn des zweiten Ausbildungsjahres. Ihnen wurde durch diese Beziehungserfahrung bewusst, dass sie bislang als Arbeitskräfte und nicht als Individuen an den Praxisorten behandelt worden waren²²⁰ (vgl. ebd.: 742f., 747). Seed formulierte die Wirkung der Erfahrung ihrer Lernenden, selbst als Individuum gesehen und behandelt zu werden, wie folgt:

„There may be a link between the treatment meted out to student nurses and the view they hold of themselves as a consequence of such treatment, which in turn influences the ways in which students view those for whom they care. The material presented here supports this notion of links between `the cared for` and `the carer`.” (ebd.: 747)

Als weiteren bedeutsamen Faktor identifizierte sie Begegnungen ihrer Lernenden mit „*atypical patients*“ (ebd.: 744), wozu in ihrer Studie neben den Verletzten der Notaufnahme („*the walking wounded*“, ebd.: 744) insbesondere Kinder zählten (vgl. ebd.: 744f.). Beide Patient*innengruppen verhielten sich in den Interaktionen mit den Lernenden nicht konform im Sinne der „Patient*innenrolle“ („*the role of the adult patient*“, ebd.: 745) (passiv, kooperativ, vorhersagbar, leicht zu kontrollieren) (vgl. ebd.: 744f.). Beispielsweise erlebten die Lernenden das Verhalten von Kindern als besonders unvorhersehbar. Sie sahen sich gefordert, ihr Vertrauen zu gewinnen, damit die Kinder es zuließen, sich pflegen zu lassen. Die Lernenden erlebten sich in diesen Begegnungen als emotional involviert (vgl. ebd.: 744f.).

Als weiteren Faktor identifizierte Seed eine im zweiten Ausbildungsjahr auftretende Tendenz der Lernenden, sich mit bestimmten Patient*innengruppen, nämlich psychisch

²¹⁹ Kategorie: „*More as a person*“ (vgl. ebd.: 742f.).

²²⁰ Kategorie: „*Mostly workers, hardly students*“ (vgl. ebd.: 742).

erkrankten Menschen²²¹ (Psychiatrieeinsatz) sowie älteren Menschen²²² (Geriatric Einsatz), zu identifizieren (vgl. ebd.: 745f., 747f.). Die Studierenden begannen, über Gemeinsamkeiten zwischen sich selbst bzw. ihren Angehörigen und ihren zu Pflegenden nachzudenken. Diese Überlegungen waren aufwühlend und beunruhigend. Die Studierenden thematisierten in diesem Zusammenhang auch Überlegungen über Umstände sowie pflegerische Handlungsweisen, die Individualität fördern bzw. verletzen würden (vgl. ebd.: 745f.). Seed beschrieb in der Kategorie „*Seeing people but caring for patients*“ (ebd.: 746), dass ihre Lernenden anfangen, darunter zu leiden, ältere Menschen in der Geriatrie, die sie als Individuen sehen gelernt hatten, aufgrund von enormem Zeitdruck und Druck einzelner Pflegekräfte, als Objekte zu pflegen. Sie identifizierte Frustration und Schuldgefühle der Lernenden (vgl. ebd.: 746). Als weitere Einflussfaktoren identifizierte sie das steigende Vertrauen der Teilnehmenden, Pflegehandlungen sicher durchführen zu können sowie ihre Entwicklung bzw. ihr Reifen als Erwachsene und Pflegenden im Verlauf des dreijährigen Bildungsgangs (vgl. ebd.: 747).

Das Forschungsteam um Campbell und Reutter untersuchte in einer qualitativen Längsschnittstudie die berufliche Sozialisation von Pflegestudierenden eines vierjährigen Bachelorprogramms einer Universität in Kanada (vgl. Campbell et al. 1994, Reutter et al. 1997). Es interviewte fünfzig Studierende der verschiedenen Ausbildungsjahre jeweils zwei Mal, d.h. im ersten und im zweiten Jahr der Untersuchung. Zudem erhoben sie zusätzlich von weiteren 81 Pflegestudierenden aller vier Ausbildungsjahre Daten mittels qualitativer Fragebögen (vgl. Campbell et al. 1994: 1126f., Reutter et al. 1997: 150f.). Die Fragen, die in den halbstrukturierten Interviews und auch in den Fragebögen eingesetzt wurden, fokussierten basierend auf Melias Forschungen (s.o.) v.a. die Sichtweisen der Lernenden auf Pflege, die Rolle der Pflegestudierenden, Interaktionen mit anderen Pflegenden, Einflüsse der Pflegelehrenden auf die Sichtweisen von Pflege sowie die Rolle der Mitstudierenden (vgl. Reutter et al. 1997: 150).

Das Forschungsteam identifizierte, im Gegensatz zu Melias Sozialisationsstudie aus den 1970er/1980er-Jahren, eine deutlich positivere Entwicklung der Studierenden im Ausbildungsverlauf im Hinblick auf ihre Kompetenzen, in der Pflegepraxis eine am einzelnen zu Pflegenden orientierte, caring sowie forschungsbasierte Pflege zu gestalten. Es arbeitete verschiedene Etappen des beruflichen Sozialisationsprozesses bezogen auf die vier Ausbildungsjahre heraus. Diese sind „*Learning the Ideal*“ (1. Jahr), „*Confronting Reality*“ (2. Jahr), „*Becoming Comfortable with Reality*“ (3. Jahr) und „*Extending Beyond the Reality of Student Practice*“ (4. Jahr) (vgl. Reutter et al. 1997: 151-154). Das Forschungs-

²²¹ Kategorie: „*Am I more sane than they are? - recognizing the possible*“ (vgl. ebd.: 745).

²²² Kategorie: „*I don't want to get old - reflecting the probable*“ (vgl. ebd.: 746).

team legte seiner Untersuchung ein theoretisches Verständnis von beruflicher Sozialisation zugrunde, das interaktionistische und funktionalistische Dimensionen des beruflichen Sozialisationsprozesses integriert (vgl. ebd.: 149f.). Nachfolgend werden die vier identifizierten Phasen skizziert.

Im ersten Jahr („*Learning the Ideal*“) dominierte, so das Forschungsteam, „*functionalist learning*“ (ebd.: 154). Die Sozialisation erfolgte am Lernort Universität in erster Linie in Klassen- sowie in Laborräumen durch die Auseinandersetzung mit theoretischen Konzepten, dem Beobachten von Rollenmodellen (v.a. Lehrende im Klassenraum bzw. im Skills Lab) sowie dem Einüben praktischer Fertigkeiten (vgl. ebd. 151)²²³. Die Studierenden hoben v.a. zwei Werte hervor, die sie verinnerlicht hätten „*Caring*“ und „*scientific knowledge base*“ (ebd.). Für einige waren das neue berufliche Werte, für andere eine Bestärkung bereits vorhandener Werte. Unter *Caring* verstanden die Pflegestudierenden, so das Forschungsteam, folgendes: „*Caring involved the dimensions of holism, which meant attending to the patient's physical, mental, and spiritual needs, and individualizing to the patient's unique situation*“ (ebd.). Zudem verinnerlichten einige Studierende den Wert „*patient communication and interaction*“ (ebd.), den sie als „*essence of nursing*“ (ebd.) betrachteten. Die Studierenden legten großen Wert darauf, neben dem Trainieren pflegepraktischer Fertigkeiten, im Hinblick auf ihre kommunikativen Kompetenzen sicherer zu werden.

Im zweiten Jahr („*Confronting Reality*“) waren die Lernenden v.a. gefordert, ihr erworbenes Wissen und ihre angeeigneten Fertigkeiten unter realen Praxisbedingungen anzuwenden, was das Forschungsteam als „*a more interactionist approach to learning*“ (ebd.: 152) fasste (vgl. ebd.: 151-153). Die Studierenden machten die Erfahrung, dass diese/s sowohl an individuelle Patient*innen angepasst werden musste/n als auch an Stationsabläufe bzw. an die Erwartungen des Pflorgeteams, was ihnen enorme organisatorische Fähigkeiten abverlangte. Zudem erkannten sie ihre begrenzte Wissensbasis und die hohe Verantwortung, die sie trugen, wenn sie pflegten. Hierdurch erlebten sie mitunter Stress und Unzulänglichkeitsgefühle. Hinzu kam die Beobachtung, dass einige andere Pflegende „*less than ideal care*“ (ebd.: 153) leisteten und andere Werte als die Universität vertraten. Die akademisch ausgebildeten Lernenden erlebten Ablehnung von einigen traditionell ausgebildeten Pflegenden. Zugleich erkannten die Lernenden ihre Abhängigkeit vom Pflorgeteam, wenn sie etwas lernen wollten, und beabsichtigten diese Lernoptionen „nicht auf `s Spiel zu setzen“ (vgl. ebd.: 152). Auch aus diesem Grunde kritisierten sie ihre Kolleg*innen nicht für deren „*nonexemplar care*“ (ebd.: 153) und lernten, zwischen guten und weniger guten Rollenmodellen zu unterscheiden. Laut den Forschenden hatten die

²²³ Die Studierenden hatten zu diesem Zeitpunkt noch keinen Patient*innenkontakt erfahren.

Lernenden die schulischen Werte bzw. Normen zwar weiterhin verinnerlicht, zeigten zu diesem frühen Ausbildungszeitpunkt nach außen hin aber (noch) ein „*fit in*“ to „*get through*“ im Sinne Melias (s.o.) (vgl. ebd.: 153). Die Forschenden erklärten dieses Verhalten auch damit, dass die Lernenden in dieser frühen Phase noch stark abhängig vom Feedback der anderen Pflegenden zu ihrem Pflegehandeln waren, da sie erst anfangen, ihr Selbstkonzept (Identität) als Pflegenden zu entwickeln (vgl. 152f.). Zu diesem frühen Ausbildungszeitpunkt zeigten sich die Studierenden zudem, so die Forschenden, „*more self-centered than in later years*“ (ebd.: 152), da sie pflegepraktische Fertigkeiten erwerben wollten und daher Patient*innen v.a. als Möglichkeiten betrachteten, den eigenen Lernbedürfnissen nachkommen zu können („*as `opportunities` to meet students` learning needs*“, ebd.).

Im dritten Jahr („*Becoming Comfortable with Reality*“) dominierte weiterhin das „*interactionist learning*“ (ebd.: 153). Die Lernenden entwickelten zunehmend, herausgefordert durch die am Lernort Universität verinnerlichten beruflichen Werte und Normen sowie durch die erlebten Praxisbedingungen, ihre eigene Art zu pflegen (vgl. ebd.: 153f.).

„This learning is characterized by what one student termed „fine-tuning“, which involves developing the art of nursing by incorporating a variety of role models, critically analyzing their own and others` experiences, and developing their own formulation and style. This reflects an interactionist approach in which the self is reflective and active in “role-making”. Students continue to adapt to the reality of the situation. As they are confronted with more complex, less stable situations, organizational skills become increasingly important in implementing “optimal” rather than “ideal” care.“ (ebd. 1997: 153)

Sie genossen den „Luxus“ (vgl. ebd.: 153) aufgrund ihres Lernstatus, etwas mehr Zeit für Patient*innen zu haben. Mittlerweile waren die Studierenden weniger abhängig von dem Feedback anderer zu ihrem Pflegehandeln, da sie dessen Qualität nun selbst einschätzen konnten und mehr Vertrauen in ihr Wissen und ihre Fertigkeiten gewonnen hatten. Weiterhin fühlten sie sich jedoch unwohl, Pflegenden damit zu konfrontieren, wenn sie deren „*less than optimal care*“ (ebd.: 153) beobachteten. Die Lernenden zeigten sich im dritten Jahr jedoch durchsetzungsfähiger, wenn sie sich bei ihrem Pflegehandeln durch die Stationsbedingungen zu sehr eingeschränkt fühlten. Die häufigen Stationswechsel (alle 6 Wochen) erlebten die meisten als Stress, da sie sich immer neu im Hinblick auf die formalen und informellen Normen der Station orientieren mussten sowie im Hinblick auf Pflegenden, die ihnen bereit und geeignet erschienen, sie in ihrem Lernen zu unterstützen (vgl. ebd.).

Im vierten Jahr („*Extending Beyond the Reality of Student Practice*“) setzten die Studierenden ihren Status als Lernende ein, um gezielt noch das zu lernen bzw. zu erfragen, was sie annahmen, als graduierte Pflegenden beherrschen zu müssen (vgl. ebd. 153f.). Sie suchten aktiv nach allen für sie bedeutsamen Lernerfahrungen. Die Forschenden resümierten, dass die Pflegestudierenden ihres beforschten vierjährigen Bachelorprogramms, anders als die traditionell ausgebildeten Pflegelernenden in Melias Sozialisations-

studie, die schulisch vermittelten professionellen Werte beruflicher Pflege nicht nur verinnerlichten, sondern auch die Kompetenz entwickelten, diese reflektiert in Pflegesituationen mit den jeweiligen Praxisbedingungen zu verhandeln (vgl. ebd. 154f.).

„Students do not, however, accept uncritically the values of the professional school, but instead reflect on and examine how these values can be applied to the reality of nursing practice. They derive for themselves a bedside model of reality.“ (ebd.: 154)

Als bedeutsamsten Einflussfaktor²²⁴ auf diese (Weiter-)Entwicklung und Ausformung professioneller pflegerischer Haltungen und Handlungen in der Pflegepraxis identifizierten die Forschenden die „*clinical instructors*“ (vgl. Campbell et al. 1994: 1127-1128). Deren Einfluss auf die pflegerische Haltung der Studierenden stellte sich in der Untersuchung als stärker heraus als der der an der Universität unterrichtenden Hochschullehrenden (vgl. ebd.: 1125, 1127f.). „*Clinical instructors*“ sind von der Universität in der Praxis angestellte Pflegenden, die in der Lage sind, eine „exzellente Pflege“ (vgl. ebd.: 1131) zu leisten, die einem pflegewissenschaftlichen Anspruch standhält. Diese „*clinical instructors*“ begleiteten die Pflegestudierenden des beforschten Bachelorprogramms kontinuierlich an den jeweiligen Praxisorten. Effektive „*clinical instructors*“ ließen, so das Forschendenteam, Theorie und Forschung in ihr Pflegehandeln einfließen, sie räumten ihren Lernenden Spielräume ein und trauten ihnen etwas zu (vgl. ebd.: 1127-1128). Zudem bemühten sie sich, Lernende zu verstehen, zeigten Handlungsalternativen auf und pflegten gute Beziehungen zum Team. Sie fungierten somit als herausragende Rollenmodelle für „gute“ Pflege, für „gutes“ Anleiten und für „gutes“ Beziehungshandeln (vgl. ebd.: 1127f.).

„The students tried to emulate the behaviour of instructors who were organized, encouraging, outgoing, had good relationships with students, patients and staff, and who practiced nursing in an ideal and caring manner.“ (ebd. 1994: 1127)

„Instructors who practice nursing in a caring, competent, compassionate way and who see nursing not only as profession but as an exciting, challenging, worthwhile job are the kind of instructors who have given me the best examples of what nursing should be.“ (ein*e Pflegestudierende*r, zitiert nach Campbell et al. 1994: 1128)

Daneben konnten, wie oben bereits erwähnt, drei aktuellere Studien recherchiert werden, die die berufliche Sozialisation von Pflegelehrenden unter einem spezifischen Fokus

²²⁴ Als zweiten bedeutsamen Einflussfaktor auf die Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenzen in der Praxis identifizierte das Team den „*peer support*“ (ebd.: 1128), den die Pflegestudierenden einander an den Praxisorten gaben (vgl. ebd.: 1128-1130). Die Unterstützung durch Kommiliton*innen umfasste ein breites Spektrum an Hilfen: Zum einen unterstützten die Studierenden einander bei praktischen Tätigkeiten wie Bettenmachen oder Bewegen von Patient*innen (Kategorie: „*Assisting with physical tasks*“, vgl. ebd.: 1129f.). Darüber hinaus unterstützten sie sich beim Lernen, indem sie beispielsweise ihre Erfahrungen beim Ausführen erster Interventionen (Dauerkatheter legen, Injektionen) teilten, einander beim Pflegen beobachteten und Feedback gaben, den Mut hatten, einander auch „dumme“ (vgl. ebd.: 1129) Fragen zu stellen, über Patient*innen bzw. über beobachtetes Pflegehandeln des Pflegeteams diskutierten sowie eigenes Pflegehandeln im Vorwege gemeinsam durchdachten (bevor der „*clinical instructor*“ kam) (Kategorie: „*Facilitating learning*“, vgl. ebd.: 1129). Zudem gaben sie einander emotionale Unterstützung durch informellen Austausch (Kategorie: „*Providing emotional support*“, vgl. ebd.: 1129).

untersuchten: Allcock und Standen (2001), Lemonidou und Kolleg*innen (2004) sowie Mackintosh (2006). Alle drei Untersuchungen fokussieren die Einflüsse beruflicher Sozialisationsprozesse auf die Sensibilität, die Empathie bzw. die Caring-Fähigkeiten von Pflegelehrenden:

Allcock und Standen (2001) befragten im Vereinigten Königreich fünfzehn Pflegelehrende, die bereits achtzehn Monate ihres Bachelorstudiums absolviert hatten, mittels halbstrukturierter Interviews zu ihren Erfahrungen, Patient*innen zu pflegen, die unter starken Schmerzen litten. Die Forschenden beabsichtigten, auf diesem Wege Erkenntnisse sowohl über die Sensibilität von Lernenden zu gewinnen als auch über mögliche Veränderungen der Sensibilität im Ausbildungsverlauf sowie deren Hintergründe. Sie entdeckten, dass die Befragten anfangs sehr starke belastende Emotionen (z.B. Hilfslosigkeit, Frustration, Ärger, Schuldgefühle) in der pflegerischen Versorgung dieser Patient*innen empfanden (vgl. ebd.: 289-291). Die Befragten erlebten hierbei ihre Rolle als Studierende bzw. als Vermittler*innen („a go-between“, ebd.: 292) zwischen den unter Schmerzen leidenden Patient*innen und den Professionellen, als machtlos, konfliktreich und zusätzlich emotional belastend (vgl. ebd.: 291-293).

Im Ausbildungsverlauf zeigte sich jedoch eine abnehmende Sensibilität gegenüber den Schmerzen von Patient*innen (vgl. ebd.: 293f.). Die Befragten waren, so die Forschenden, herausgefordert, Strategien zu entwickeln, ihre Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatient*innen zu bewältigen. Wenn sie hierbei keine konstruktive Unterstützung erhielten, argumentierten die Autor*innen, würden Lernende ihre eigenen Gefühle zunehmend unterdrücken, was dazu führen könne, dass sie Pflegebeziehungen hierarchisch gestalten, sich innerlich von den zu pflegenden Menschen distanzieren, Interaktionen meiden und Patient*innen durch Stereotypisierungen und Labeling objektivieren würden (vgl. ebd. 294f.).

Lemonidou et al. (2004) analysierten in ihrer Studie Lerntagebücher, die 75 Pflegestudierende eines Bachelor-Bildungsgangs in Griechenland während ihres ersten dreizehnwöchigen Praxiseinsatzes verfasst hatten. Der Arbeitsauftrag zum Führen der Tagebücher war offen gehalten, in dem er dazu aufforderte, alles, was für die Pflegeneulinge in ihrem ersten Praxiseinsatz wichtig und bedeutungsvoll war, detailliert zu verschriftlichen (vgl. ebd.: 123f.). Im anfänglichen Analyseprozess kristallisierte sich als zentrale Thematik der Tagebucheinträge das als belastend erlebte Miterleben von Situationen heraus, in denen Pflegenden und/oder Ärzt*innen mit Patient*innen inhuman, unempathisch, unethisch bzw. depersonalisierend interagierten (vgl. ebd.: 125, 134). Das Forschendenteam verfolgte

diesen Analysestrang weiter und entwickelte ein Modell²²⁵, das sieben Stufen der Entwicklung moralischer Bewusstheit²²⁶ bei Pflegeeulingen während ihres ersten Praktikums beschreibt (vgl. ebd. 125-130). In diesem Modell spielen die von den Pflegeeulingen in die Ausbildung bereits mitgebrachten alltäglichen empathischen Fähigkeiten eine zentrale Rolle. Diese sich in den Tagebucheinträgen abzeichnende Empathie beschrieben die Autor*innen als „*an immediate projection of self to the situation of others, causing strong emotional reactions and motivating either appropriate caring behavior and/or related reflection.*“ (ebd.: 132) und als bedeutsame Antriebskraft für ihre moralische Entwicklung (vgl. ebd.: 131-133). Ein für das vorliegende Promotionsprojekt relevanter Befund der umfangreichen Forschungsergebnisse von Lemonidou et al. ist, dass bereits im ersten Praktikum bei einigen Lernenden der Idealismus, Enthusiasmus und die Empathie abnahmen und Verzweiflung und Depersonalisation zunahmen (vgl. ebd.: 134). Die Autor*innen sahen ein Risiko für Pflegestudierende, durch eine als inhuman erlebte Pflegewirklichkeit (zutiefst) traumatisiert zu werden (vgl. ebd.: 128-134).

„Students who witnessed either a violation of patients` rights or a nonadherence to codes of ethics described these situations as very grave. Their eloquent descriptions were charged profusely with negative feelings, suggesting an emotional involvement, even when they had not taken part in the incident. They appeared to perceive these incidents as traumatic because they destroyed their expectations and image of nursing. At our follow-up discussion they asserted having been hurt and feeling defeated because their expectations were shattered. [...] Although nursing students may have great potential for humanizing care by demonstrating their empathic mode of ethics, at the same time they run the risk of being profoundly traumatized by an opposing clinical culture.“ (ebd.: 128+134)

Die Frage, warum einige Pflegelerende in ihrem ersten Praxiseinsatz die sieben Stufen des Entwicklungsprozesses moralischer Bewusstheit nahmen und ein ethisches pflegerisches Engagement entwickelten, während in anderen eine Abnahme desselbigen identifiziert wurde, konnte in der Studie nicht beantwortet werden (vgl. ebd.: 131-132).

Mackintosh (2006) untersuchte in einer qualitativen, deskriptiven Längsschnittstudie die Effekte beruflicher Sozialisationsprozesse sowohl auf die Caring²²⁷-Fähigkeiten von Pflegestudierenden eines Bachelorprogramms als auch auf ihre Fähigkeiten, die Rolle einer bzw. eines beruflich Pflegenden anzunehmen und zu bewältigen (vgl. ebd.: 955f.). Sie führte

²²⁵ Die sieben Stufen des Modells: 1. „*Empathizing with patients (core theme)*“, 2. „*Just striving to survive` : empathizing and identifying with nurses*“, 3. „*Moral awakening and the development of moral professional personhood*“, 4. „*Moral conflict*“, 5. „*Disillusionment with nursing practice on encountering ethical misconduct*“, 6. „*Transcending the conventional ethics of the unit*“ und 7. „*Moral satisfaction through actualization of good practice*“ (vgl. ebd.: 125-130).

²²⁶ Das Forschendenteam beschrieb dieses Konzept wie folgt: „*Moral awareness involves being conscious of one`s moral rules and conscience, and taking an active, responsible and deliberate stance on these by forming considered judgements. Moral awareness, as conceptualized here, is closely linked to, but more inclusive of, the notion of moral sensitivity. More than being receptive to salient moral cues, it involves the notion of interpretation and personalization of moral values, which help the individual to navigate consistently through morally challenging situations.*“ (ebd.: 130).

²²⁷ Mackintosh verwendete in ihrem Artikel die Begriffe Caring und „Caring ethos“, erläuterte ihr Verständnis selbiger jedoch nicht näher.

hierzu mit dreizehn Studierenden aus dem Vereinigten Königreich jeweils zwei halbstrukturierte Tiefeninterviews im Abstand von anderthalb Jahren, das erste Interview sechs bis neun Monate nach Ausbildungsbeginn²²⁸ und das zweite sechs bis neun Monate vor Ausbildungsende (vgl. ebd.: 956). Mackintosh identifizierte in den Folgeinterviews eine starke Abnahme der anfänglich idealistisch-positiven Haltung der Studierenden gegenüber Caring im Pflegeberuf. Diese ging einher mit gehäuften Erzählungen über Pflegenden, die patient*innenignoring pflegten bzw. über Pflegesituationen, in denen das „*Caring ethos*“ (ebd.: 953, 959) verletzt wurde.

Obwohl alle dreizehn Befragten in den Folgeinterviews die eigene schmerzliche Desillusionierung bezüglich der Bedeutung von Caring im Pflegeberuf ausdrückten (vgl. ebd.: 957-959), konnte die Forscherin zwei unterschiedliche Reaktionsweisen der Befragten auf die erlebte Pflegepraxis herausarbeiten. Einige wenige der Befragten vertraten in den Folgeinterviews, so Mackintosh, ihr „*Caring ethos*“ weiterhin stark und grenzten sich von der erlebten Pflegepraxis bewusst ab (vgl. ebd.: 959). Diese Studierenden thematisierten vermehrt Probleme, die Berufsrolle einer bzw. eines Pflegenden anzunehmen (vgl. ebd.: 959f.). Die meisten der Befragten hatten aber wenig Schwierigkeiten, ihre humanen Ideale abzumildern, weniger caring zu pflegen und sich in die vorgefundene Pflegepraxis einzugliedern (vgl. ebd.). Diese Befragten hatten im Ausbildungsverlauf, so Mackintosh, Überzeugungen entwickelt, dass es zur Rolle von beruflich Pflegenden gehöre, die Bedeutung von Caring für ihr Pflegehandeln zu einem gewissen Grad abzuschwächen und sich durch „*emotional hardening*“ (ebd.: 959) und „*growing cynicism*“ (ebd.: 958) vor zu viel Nähe zu Patient*innen zu schützen.

Zusammenfassung und kritische Einschätzung

Die sieben im Vorausgegangenen vorgestellten Studien zur beruflichen Sozialisation von Pflegelernenden liefern Erkenntnisse über Prozesse der Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten sowie Verhaltensmustern, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. ihm entgegenwirken können. Diese Befunde sensibilisieren für mögliche Probleme der Lernenden bei der Anwendung und Weiterentwicklung von mit individuellem Pflegehandeln verbundenen Fähigkeiten. Sie geben Einblicke in mögliche Entwicklungen dieser Fähigkeiten im Ausbildungsverlauf, teilweise sogar bezogen auf die verschiedenen Ausbildungsjahre, und liefern diesbezügliche Erklärungshintergründe.

Melias Studie zeigte beispielsweise den starken Einfluss der Pflegepraxis auf das Pflegehandeln der Befragten auf, der bei selbigen zu einer deutlichen Desensibilisierung im Ausbildungsverlauf gegenüber humaner Pflege sowie zu einem ausweichenden und

²²⁸ Zu diesem Zeitpunkt hatten alle Proband*innen bereits zwei Praxiseinsätze absolviert.

oberflächlichen Kommunikationsstil führte (vgl. ebd. 1983, 1984). Zudem wies Melia auf die fehlende Wahrnehmung der Lernenden als Individuen am Lernort Betrieb hin (vgl. ebd.).

Bradby (1990a, 1990b) fokussierte in ihrer Studie das erste Ausbildungsjahr und identifizierte ebenfalls negative Einflüsse der realen Pflegepraxis auf die Pflegelernenden. Diese wurden im ersten Ausbildungsjahr beim Pflegen lernen weitgehend allein gelassen und entwickelten Strategien, um die durch ihr Pflegehandeln in ihnen hervorgerufenen belastenden Gefühle zu bewältigen. Hierzu zählt Bradby beispielsweise das Vermeiden des Kontakts zu bestimmten zu Pflegenden, oberflächliches Pflegehandeln, die Übernahme negativer Haltungen und ignorierender Verhaltensweisen des Pflorgeteams gegenüber bestimmten Patient*innen, selektive Unaufmerksamkeit sowie ausweichende Kommunikation (vgl. ebd.). Diese Coping-Strategien der Pflegelernenden stehen m.E. der Anwendung und Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten entgegen. Zudem wies Bradby auf das ausgeprägte Bedürfnis ihrer Lernenden nach Integration in das jeweilige Pflorgeteam hin. Dieser Wunsch nach Zugehörigkeit und Akzeptanz war im ersten Ausbildungsjahr für die Betroffenen wichtiger als die Qualität der Pflege, die die zu Pflegenden erhielten (vgl. ebd.)²²⁹.

Seed (1994) und auch Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) konnten ebenfalls unterschiedliche Einflüsse des Lernortes Betrieb²³⁰ auf die Pflegelernenden identifizieren, die der Anwendung und Weiterentwicklung der mit subjektorientiertem Pflegehandeln verbundenen Fähigkeiten stark entgegenwirkten, jedoch v.a. im ersten Jahr, das in der Praxis erlebt wurde (vgl. ebd.). Sowohl bei Seed als auch bei Campbell, Reutter und Kolleg*innen zeigten sich ab dem zweiten Jahr in der Pflegepraxis, im Gegensatz zu Melias Ergebnissen, bei den Pflegelernenden Anzeichen für positivere Entwicklungsverläufe (vgl. ebd.). Seed (1994) konnte beispielsweise ab dem zweiten Ausbildungsjahr bis zum Ausbildungsende hin eine Weiterentwicklung der Sichtweisen ihrer Studierenden entlang des Kontinuums „*patients to people*“ zu einer Sichtweise auf zu Pflegende als Menschen erkennen. Sie resümierte, dass am Ende des Studiums alle Teilnehmenden fähig waren, zu Pflegende als Menschen mit individuellen Vorlieben und Bedürfnissen zu sehen. Als bedeutsame Einflussfaktoren dieser positiven Entwicklung führte sie u.a. die für Lernende bedeutsame Erfahrung an, selbst als Individuum wahrgenommen zu werden, sowie Begegnungen mit Patient*innen, die die unbewussten Vorstellungen ihrer Lernenden von

²²⁹ Melias Befunde bestätigen diesen Aspekt ebenfalls.

²³⁰ Bei Seed (1994) u.a. das Übernehmen stereotyper Sichtweisen auf Patient*innengruppen, die Distanzierung von der schulisch vermittelten Norm einer Individuumorientierung sowie ein „In-Anspruch-genommen-Werden“ vom Erlernen pflegetechnischer Fertigkeiten, das einem Wahrnehmen von zu Pflegenden als Menschen entgegenstand (vgl. ebd.). Und bei Campbell, Reutter und Kolleg*innen beispielsweise ein „*fit in*“ to „*get through*“ im Sinne Melias und auch, ähnlich wie bei Seed, ein Betrachten von Patient*innen v.a. als Objekte, mittels derer sie sich pflegepraktische Fertigkeiten aneignen konnten (vgl. ebd.: 1994, 1997).

„normalen“ Patient*innen (u.a. passiv, compliant, dankbar), herausforderten (z.B. Kinder), zunehmendes berufliches Selbstvertrauen bzw. das Reifen als Erwachsene und als Pflegende in den drei Ausbildungsjahren (vgl. ebd.). Auch Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) konnten bei ihren Pflegestudierenden ab dem zweiten Jahr in der Praxis, d.h. im 3. und 4. Studienjahr, nachweisen, dass diese die schulisch vermittelten professionellen Werte beruflicher Pflege nicht nur verinnerlicht hatten, sondern zunehmend die Kompetenz entwickelten, diese reflektiert in Pflegesituationen mit den jeweiligen Praxisbedingungen zu verhandeln. Hierbei stellten sich die von der Universität angestellten und in der Pflegepraxis eingesetzten „*clinical instructors*“ als bedeutsamster lernförderlicher Einflussfaktor heraus: Sie wurden von den Befragten als positive, äußerst wirkungsvolle Modellpersonen für am Individuum orientiertes, professionelles Pflegehandeln sowie für am Individuum orientiertes Beziehungshandeln gegenüber Lernenden erlebt (vgl. ebd.).

Allcock und Standen (2001) identifizierten bei Pflegestudierenden im Verlauf der ersten achtzehn Ausbildungsmonate eine abnehmende Sensibilität gegenüber den Schmerzen von Patient*innen. Sie erklärten die Abnahme der Sensibilität der Pflegelernenden damit, dass diese lernen würden, eigene belastende Gefühle zunehmend zu unterdrücken. Allcock und Standen verstehen die Abnahme der Sensibilität, in Ermangelung geeigneter Unterstützungsangebote für Pflegelernende, als erforderliche Strategie, um die eigenen Erfahrungen mit unter Schmerzen leidenden Patient*innen zu bewältigen (vgl. ebd.).

Die Befunde zur Entwicklung von Pflegestudierenden von Lemonidou et al. (2004) und von Mackintosh (2006) weisen in eine ähnliche Richtung. Erstere konnten bei einigen ihrer Proband*innen bereits im ersten Praxiseinsatz eine Abnahme ihres Idealismus, ihres Enthusiasmus und ihrer Empathie identifizieren sowie eine Zunahme ihrer Verzweiflung und Depersonalisation. Die Forschenden sahen ein Risiko für Pflegestudierende gegeben, durch eine als inhuman erlebte Pflegepraxis (schwer) traumatisiert zu werden (vgl. Lemonidou et al. 2004). Mackintosh (2006) stellte fest, dass mehrere ihrer Befragten im Laufe der Ausbildung ihr „*Caring ethos*“ deutlich abmilderten und diverse Strategien entwickelten, um Nähe zu Patient*innen zu unterbinden, sowie dass nur wenige Pflegestudierende bewusst am „*Caring ethos*“ festhielten. Letztere hatten hierdurch größere Probleme, ihre Berufsrolle in der Pflegewirklichkeit auszugestalten (vgl. ebd.).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die sieben Studien bezogen auf die Entwicklung empathischer sowie sonstiger mit subjektorientiertem Pflegehandeln verbundener personaler sowie sozial-kommunikativer Fähigkeiten im Ausbildungsverlauf zu durchaus unterschiedlichen, einander teilweise widersprechenden Ergebnissen kamen. Während die Studien von Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b) sowie Allcock/Standen (2001) eine negative Entwicklung der betreffenden Fähigkeiten im Ausbildungsverlauf feststellten, die

Untersuchungen von Seed (1994) sowie von Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) im Gesamtverlauf der Ausbildung hingegen eine deutlich positive Entwicklung nachwiesen, identifizierten die beiden aktuellsten Studien, nämlich die von Lemonidou et al. (2004) sowie von Mackintosh (2006), unterschiedliche Entwicklungsverläufe innerhalb der untersuchten Kohorten, nämlich bei einem Teil der Lernenden positive Entwicklungsverläufe und bei dem anderen negative. Damit weisen diese beiden jüngeren Untersuchungen darauf hin, dass berufliche Sozialisationsprozesse im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen, die für eine am Individuum orientierte Pflege bedeutsam sind, bei Pflegelehrenden durchaus weniger einheitlich verlaufen können als in den anderen Studien angenommen.

Bei der Einschätzung der Widersprüchlichkeit der Studienlage sind unterschiedliche Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen ist die Vergleichbarkeit der Studien eingeschränkt, da sie sehr unterschiedliche Ausbildungsabschnitte in den Blick nahmen, beispielsweise Lemonidou et al. (2004) den ersten Praxiseinsatz während Seed (1994) Daten über die gesamte dreijährige Ausbildung hinweg erhob. Hinzu kommen die im Vorausgegangenen näher beschriebenen unterschiedlichen Forschungsdesigns bzw. Erhebungsmethoden.

Ein weiterer zu berücksichtigender Aspekt ist, dass die Studien innerhalb einer Zeitspanne von über 25 Jahren entstanden sind, in der die Entwicklungen sowohl der Pflegewissenschaft als auch die der pflegerischen Ausbildung bedacht werden müssen. Beispielsweise untersuchten Melia (1983, 1984), Bradby (1990) und Seed (1994) traditionelle pflegerische Bildungsgänge an Pflegeschulen während Allcock und Standen (2001), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997), Lemonidou et al. (2004) sowie Mackintosh (2006) Bildungsgänge auf Hochschulniveau beforchten. Hinzu kommt der Umstand, dass die Studien in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Gesundheits- sowie Pflegebildungssystemen erhoben wurden, nämlich fünf im Vereinigten Königreich (Melia, Bradby, Seed, Allcock/Standen, Mackintosh) sowie jeweils eine in Kanada (Campbell, Reutter und Kolleg*innen) und in Griechenland (Lemonidou et al.).

Nachtrag

Die erneute Recherche im Herbst 2016 ergab eine weitere für meine Forschungsarbeit bedeutsame Studie, nämlich die Grounded Theory Studie²³¹ von Curtis und Kolleg*innen aus dem Vereinigten Königreich, die die berufliche Sozialisation von neunzehn Pflegestudierenden unter dem Fokus von „*socialisation in compassionate practice*“ mittels Tiefeninterviews untersuchten (vgl. Curtis et al. 2012, Curtis 2014). Die von ihnen generierte „*Grounded Theory on socialisation in compassionate practice*“ beschreibt die Unsicherheit

²³¹ Im Rahmen dieser Studie promovierte Curtis.

und Vulnerabilität der Pflegestudierenden, die unter der erlebten Dissonanz zwischen pflegerischen Idealen²³² und der Pflegerealität²³³ litten (vgl. Curtis et al. 2012: 790, 792-794). Als Strategie der Lernenden im Umgang mit dieser Dissonanz identifizierten die Forschenden das Ausbalancieren von Widerstand und Anpassung bzw. von professionellen Idealen und Orientierung an der Pflegerealität (vgl. ebd.). Sie waren der Überzeugung, dass die Lernenden beim Umgang mit der Dissonanz dringend Unterstützung bräuchten. Sie sahen das Risiko, dass sich die Studierenden von ihren professionellen Idealen abbringen lassen könnten, um in der Pflegepraxis zu überleben („*survive reality*“, ebd.: 794) bzw. zum Team zu gehören (vgl. 793f.).

Den Folgeartikel widmete Curtis (2014) explizit einem weiteren bedeutsamen Forschungsergebnis, nämlich der Unsicherheit und Verwundbarkeit der untersuchten Studierenden im Hinblick auf die emotionalen Erfordernisse einer am Individuum orientierten, empathischen und von Mitgefühl geprägten Pflege (vgl. ebd.: 214-219). Die untersuchten Lernenden sahen sich herausgefordert, sich in pflegerischen Kontakten auf Gefühlsarbeit einzulassen, erhielten hierfür jedoch kaum formale Förder- bzw. Unterstützungsangebote (vgl. ebd.). Hierdurch waren sie mit der Bewältigung der tagtäglichen emotionalen Anforderungen in der Pflege vor allem sich selbst überlassen (vgl. ebd.). Zudem fehlte ihnen Orientierung, da für sie die Grenzen eines akzeptablen emotionalen Engagements von Pflegenden in Pflegebeziehungen unklar bzw. nicht eindeutig definiert waren (vgl. ebd.: 214f., 218f.). Curtis beschreibt, dass Pflegestudierende unter diesen Umständen ihr eigenes mitfühlendes Pflegehandeln abhängig machen (könnten) von dessen möglichen negativen Folgen für ihr eigenes Wohlbefinden (vgl. ebd.: 210, 218). Hier sieht sie das Risiko, dass Pflegestudierende ihr Ideal, mitfühlend zu pflegen sowie ihr mitfühlendes Handeln aufgeben könnten (vgl. ebd.: 219).²³⁴

14. Ausgewählte Befunde der qualitativen Forschung im Feld der Pflegeausbildung mit Bezügen zum Lernen von Empathie (deutschsprachiger Forschungsraum)

Die systematische Literaturrecherche im Winter 2009/2010 ergab vier deutsche qualitative Untersuchungen, die Bezüge zu meinem Forschungsthema, dem Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung, aufweisen, nämlich die Dissertationen von Kersting

²³² Gemeint ist eine am Individuum orientierte, empathische und von Mitgefühl geprägte Pflege.

²³³ Gemeint ist u.a. Zeitmangel, wenig Kontakt der ausgebildeten Pflegenden zu Patient*innen sowie eine unzureichende Pflegequalität.

²³⁴ Auf eine weitere, nicht abgeschlossene und/oder noch nicht veröffentlichte Untersuchung, die mögliche Veränderungen der Sichtweisen von Pflegestudierenden auf Caring im Studienverlauf fokussiert, kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden. Es handelt sich um die qualitative Längsschnittstudie von Phillips et al. (2015) aus dem Vereinigten Königreich, die im Februar 2013 bzw. Februar 2014 mit zwei Untersuchungskohorten startete.

(2002) und von Fichtmüller und Walter (2007) sowie die Diplomarbeiten von Balzer (2009) und Kühme (2009). Parallel zu meinem Dissertationsprojekt, vertieften Balzer und Kühme ihre in den Diplomarbeiten aufgegriffenen Forschungsthemen im Rahmen eigener Promotionsprojekte, wodurch zwei weitere für meinen Forschungsstand bedeutsame Forschungsarbeiten entstanden, nämlich Kühme (2015) und Balzer (2016). Hinzu kommt die zeitgleich entstandene Untersuchung (Dissertation) von Eylmann (2015). In dem vorliegenden Kapitel 14 zu den sieben deutschen qualitativen Forschungsarbeiten werden diese zwei Themenschwerpunkten zugeordnet^{235,236}: Studien, die Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten liefern (s. Kapitel 14.1), werden unterschieden von Studien, die Forschungsergebnisse generieren zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen (s. Kapitel 14.2). Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung und kritische Einschätzung der Forschungslage.

14.1 Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten

Es konnte lediglich eine deutsche Untersuchung gefunden werden, die empirische Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten liefert.²³⁷ Es handelt sich um die Dissertation von Fichtmüller und Walter (2007), die im Folgenden unter dem Fokus der für mein Forschungsthema bedeutsamsten Befunde dargelegt werden soll.

Fichtmüller und Walter (2007) untersuchten in ihrer Studie in Deutschland und in der Deutschschweiz das Lernen und Lehren von Pflege in der pflegerischen Grundausbildung. Sie entwickelten im Rahmen der Grounded Theory Methodologie ein aufwendiges, perspektivverschränkendes Methodenarrangement (vgl. ebd.: 43-77). Von Mai 2002 bis Oktober 2003 erhoben die beiden Forscherinnen umfangreiche Daten mittels Lerntagebüchern, teilnehmenden Beobachtungen sowie qualitativen Interviews an den Lernorten Pflegepraxis, Pflegeschule sowie Lernwerkstatt (vgl. ebd.: 47-61). Sie bezogen neben 52 Lernenden der Kranken- bzw. der Kinderkrankenpflege (alle Ausbildungsjahre) auch acht Mentor*innen sowie sechszehn Lehrende in ihre Untersuchung ein (vgl. ebd.: 730f.). Fichtmüller und Walter generierten neben zahlreichen, sehr differenziert ausgearbeiteten pflegedidaktischen Konzepten die Theorie „*Pflege gestalten lernen in der Pflegepraxis*“ (vgl.

²³⁵ Ähnlich wie im vorausgegangenen Kapitel 13 des Teils II der vorliegenden Arbeit.

²³⁶ In dem Kapitel 14 wird bei der Darstellung der Studien von einer Unterteilung in „bis 02/2010“ bzw. „ab 03/2010“ abgesehen. Grund hierfür ist, dass die Forschungsarbeiten von Kühme (2009, 2013, 2015) und Balzer (2009, 2015) so als Einheit von Vor- und Hauptuntersuchung referiert werden können.

²³⁷ Die Forschungsarbeiten von Kirchof (2007) und Bohrer (2013) habe ich nach eingängiger Analyse nicht in meinen Forschungsstand aufgenommen, da ihre empirischen Befunde m.E. keine unmittelbaren Bezüge zum Lernen pflegerischer Empathie aufweisen und daher, im Gegensatz zu den o.e. deutschen Untersuchungen, für mein Forschungsanliegen keine zusätzlichen Erkenntnisse liefern.

ebd.: 205-686). Nachfolgend werden ausgewählte Befunde ihrer umfangreichen Ergebnisse dargestellt, die Bezüge zum Lernen von Empathie aufweisen. Meines Erachtens sind dieses v.a. die Kategorie „*Aufmerksam-Sein lernen*“ (vgl. ebd.: 361-380), das „*Lehrmittel*“ (ebd.: 261) bzw. die (Lern-)Strategie „*Sich Hineinversetzen*“ (vgl. ebd.: 261f., 396-398, 664), die die Forscherinnen als ein verbreitetes Urteilkriterium identifizierten und der Kategorie „*Urteilsbildung lernen*“ (vgl. ebd.: 381-483) zuordneten sowie die Konzepte „*Kontaktgestaltung lernen und lehren*“ (vgl. ebd.: 316-327) bzw. „*Patientenbeteiligung lernen und lehren*“ (vgl. ebd.: 327-342).

Die Forscherinnen identifizierten „*Aufmerksam-Sein*“²³⁸ als einen zentralen Lerngegenstand, dem aber in der Pflegeausbildung, ebenso wie auch den Lerngegenständen „*Urteilsbildung*“ sowie „*Kontaktgestaltung*“, infolge der dominierenden Lerninhalte „*Technik*“, „*Informieren*“ und „*Ablaufgestaltung*“ an beiden Lernorten eine nachrangige Bedeutung zukomme (vgl. ebd.: 695f.). Fichtmüller und Walter sprechen in diesem Zusammenhang von Lerngegenständen, die ein „*Schattendasein*“ (ebd.: 696) führen. Die Forscherinnen arbeiteten heraus, dass Lehrende und Anleitende versuchen, den Lerngegenstand „*Aufmerksam-Sein*“ „*mehr oder weniger darüber bewusst*“ (ebd.: 363) durch die Lehrstrategien „*Aufmerksamkeitslenkung*“ sowie „*Sensibilisierung*“ zu vermitteln (vgl. ebd.: 363-365). In dem Interviewmaterial der Lernenden zeigte sich, dass diese sich „*Aufmerksam-Sein*“ in der Ausbildung durch Modelle, durch Wissenserwerb, durch das Reflektieren von Erfahrungen sowie durch Rollenspiele aneignen (können) (vgl. ebd.: 365-367). Die Forscherinnen betonen, dass Lernende ausreichende Möglichkeiten brauchen, um sich technische Pflegekompetenzen auf einem routinierten Niveau aneignen zu können, das zulässt, „*Kapazitäten für Aufmerksam-Sein freizuhaben*“ (ebd.: 696). Ansonsten bestehe die Gefahr, dass sie im Modus des „*fixiert Aufmerksam-Seins*“ beim Durchführen von Pflegetechniken gefangen bleiben und Patient*innensignale übersehen (vgl. ebd.: 371-377, 696).

Ein weiterer für die vorliegende Forschungsarbeit relevanter Befund aus Fichtmüller und Walters Studie ist die Lehr- bzw. (Lern-)Strategie „*Sich-Hineinversetzen*“. Die Forscherinnen identifizierten die Aufforderung einiger Anleitenden, „*Sich-Hinein(zu)versetzen*“²³⁹ als Lehrstrategie, um Lernende beim Erlernen pflegerischer Einzelhandlungen zu unterstützen

²³⁸ Unter „*Aufmerksam-Sein*“ verstehen sie eine bestimmte Art der Wahrnehmung (vgl. ebd.: 361): „*Mit Aufmerksam-Sein konzeptualisieren wir jene Phänomene, in denen Lernende durch eine gerichtete oder ungerichtete Wahrnehmung achtsam sind für Situationen oder Ausschnitte der inneren und äußeren Umwelt. Gegenüber Wahrnehmung grenzen wir demnach Aufmerksam-Sein durch die bei der Aufmerksamkeit auftretende, die Wahrnehmung überformende, Achtsamkeit ab.*“ (ebd.: 361). Sie differenzierten vier Arten des „*Aufmerksam-Seins*“, nämlich erstens „*fixiertes*“, zweitens „*gerichtetes*“, drittens „*fluktuierendes*“ sowie viertens „*freischwebendes Aufmerksam-Sein*“ (vgl. ebd.: 362).

²³⁹ Die Forscherinnen illustrieren diese Lehrstrategie mittels einer Interviewsequenz, in der eine Anleitende darüber erzählt, wie sie explizit Lernende auffordern würde, sich zu überlegen, wie sie selbst gewaschen werden wollen würden, wenn sie Patient*in wären, und dann genau so vorzugehen (vgl. ebd.: 261f.).

(vgl. ebd.: 261f.). Aus den Interviews mit den Lernenden arbeiteten sie heraus, dass „*Sich-Hineinversetzen in die Lage bzw. Gefühlswelt des Patienten*“ (ebd.: 481) auch eine Lehrstrategie von Pflegelehrenden am Lernort Schule sei, die beispielsweise mittels Lernangeboten zum Üben von Pflegehandlungen aneinander verfolgt werde (vgl. ebd.: 481). Zudem thematisierten nahezu alle Lernenden „*Sich-Hineinversetzen in den Patienten als Kriterium für ihre Urteilsbildung bei der Ausgestaltung pflegerischen Handelns*“ (ebd.: 396). Dieses Kriterium (bzw. diese Strategie) werde, so die Forscherinnen, von den teilnehmenden Lernenden „*hoch geschätzt und angewendet*“ (ebd.: 422, 474). Die Forscherinnen arbeiteten ferner heraus, dass es sich bei den an der Studie teilnehmenden Lernenden zumeist um ein „*indirekt(es)*“ (ebd.: 396), „*selbstbezogen(es)*“ (ebd.: 481) und „*eindimensional(es)*“ (ebd.), d.h. ein „*verkürztes Verständnis von Sich-Hineinversetzen*“ (ebd.: 261) handelte. Gemeint ist, dass Lernende „*selbstbezogene Erfahrungen*“ (ebd.: 445) bzw. „*eigene Gefühle und Wünsche zum Gepflegtwerden als Kriterien für die Urteilsbildung*“ (ebd.: 396) nutzen im Sinne eines wortwörtlich verstandenen „*So pflegen, wie man selbst gepflegt werden möchte*“ (ebd.: 396). Die Forscherinnen grenzten dieses indirekte von einem „*seltene direkten Sich-Hineinversetzen*“ (ebd.: 396) ab, das sie v.a. bei den schweizerischen Lernenden identifizierten (vgl. ebd.). Bei letzterem übernehmen Lernende die Perspektive ihrer Patient*innen und anerkennen sowohl „*Empfindungsdifferenz(en)*“ (ebd.: 482) zwischen sich und anderen als auch „*multiple Deutungen*“ (ebd.: 482) (vgl. ebd. 396, 475)²⁴⁰.

Mit den Konzeptualisierungen „*Patientenbeteiligung*“ sowie „*Kontaktgestaltung*“ beabsichtigen Fichtmüller und Walter von ihnen identifizierte, bedeutsame Komponenten des Konstrukts „*pflegerische Einzelhandlungen*“ zu fassen (vgl. ebd.: 356f.). Sowohl „*Patientenbeteiligung lernen und lehren*“ (vgl. ebd.: 327-342) als auch „*Kontaktgestaltung lernen und lehren*“ (vgl. ebd.: 316-327) zeigten sich in den Daten als Lerninhalte, die in Deutschland v.a. implizit gelehrt und erlernt werden und deren Lernrelevanz bei Lernenden, Anleitenden und Lehrenden wenig Bedeutung beigemessen wird (vgl. ebd.: 316-342, 356-359, 685). Beispielsweise sind die Lernenden überzeugt, „*Fähigkeiten zur Kontaktgestaltung in der Praxis zu erwerben oder sich auf intuitives Handeln verlassen zu können*“ (ebd.: 325). Die Forscherinnen arbeiteten heraus, dass generell Lerninhalten, für die Lernende auf vorberuflich erworbene Fähigkeiten zurückgreifen können, wie beispielsweise „*Kontaktgestaltung*“²⁴¹, bei allen Beteiligten wenig Wertigkeit zukomme, obwohl diese alltäglich

²⁴⁰ Die Forscherinnen beobachteten in der Schweiz am Lernort Lernwerkstatt, dass eine Lehrende neben den o.e. Übungen zum Erleben von Pflegehandlungen am eigenen Leib „*deutungsdifferenzierende Strategien*“ (ebd.: 444) einsetzte, um Lernenden neben selbstbezogenen Erfahrungen insbesondere Erfahrungen von Empfindungsdifferenzen zu ermöglichen bzw. um Deutungsfähigkeiten anzubahnen (ebd.: 444-449, 481f.)

²⁴¹ Im Gegensatz zu Lerninhalten wie beispielsweise „*Pflegetechniken*“, die zumeist neu erlernt werden müssten (vgl. ebd.: 302).

erworbenen Fähigkeiten, so die Forscherinnen, in der Ausbildung einer Reflexion und ggf. Weiterentwicklung bedürfen (vgl. ebd.: 303f., 684). Hinzu komme erschwerend, dass in der Pflegepraxis „*Modelle für eine professionelle Kontaktgestaltung und professionelles Informieren*“ (ebd.: 557) fehlen würden. Die Forscherinnen resümierten im Hinblick auf die Modellpersonen, denen Lernende begegnen, „*dass viele der von den Lernenden geschilderten Erfahrungen mit Pflegekräften auf wenig professionelles Handeln verweisen*“ (ebd.: 569). Das nachfolgende Zitat gibt ein Fazit der Forscherinnen im Hinblick auf die Konzepte „*Patientenbeteiligung*“ bzw. „*Kontaktgestaltung*“ wieder:

„Die relative Sprachlosigkeit für diese Aspekte pflegerischen Handelns ist auch darin begründet, dass hier Phänomene aufgenommen werden, die sich einer analytisch-exakten begrifflichen Fassung entziehen. Die Begriffe >>das Menschliche<< und >>Feingefühl<< sind gleichsam Versuche²⁴², dieses Phänomen begrifflich zu fassen. Dies wirkt sich direkt auf Lernen und Lehren dieser Aspekte pflegerischen Handelns aus. Werden sie überhaupt lernrelevant, bleibt es häufig bei einem Hinweis auf die Bedeutung dieser Anteile. Lernen wird jedoch wenig gefördert, erforderliches Wissen und Kompetenzen werden nicht benannt. Lernende und Lehrende sehen hierin etwas in die Ausbildung Mitgebrachtes und oder etwas, das in der Pflegepraxis über Umgangserfahrungen erworben wird.“ (ebd.: 357)

Darüber hinaus identifizierten die Forscherinnen für den Lernort Pflegeschule einen Wirkfaktor, der ihrer Einschätzung nach implizit das Lernen von „*Kontaktgestaltung*“ und „*Patientenbeteiligung*“ von Pflegeauszubildenden beeinflusst. Es handelt sich hierbei um die Art der Wissensbestände, die Pflegelehrende ihren Pflegeunterrichten zugrunde legen (vgl. ebd.: 337-342, 358).

„Für den Lernort Krankenpflegeschule resp. Berufsschule hat sich gezeigt, dass Lehrende Pflege gestalten im Unterricht von einer oder mehreren Wissensdimensionen aus aufbauend lehren. Diese Ausgangspunkte bilden gleichsam Perspektiven, Wahrnehmungsfolien, welche die (Gestalt-)Wahrnehmung in der Pflegepraxis mit bestimmen. Pflege gestalten lernen aus genuin pflegerischem Wissen und naturwissenschaftlichem Wissen geht einher mit einer hohen Wertschätzung für Nichtwissen und befördert eine Kontaktgestaltung und Patientenbeteiligung, die den Patienten als unverfügbares Gegenüber wahrnimmt und entsprechend einbezieht. Ein Übergewicht medizinisch-naturwissenschaftlichen Wissens stützt die Ausgestaltung pflegerischer Einzelhandlungen als instrumentelles Pflegehandeln. Patientenbeteiligung und Kontaktgestaltung stehen im Zeichen der Verfügbarkeit des Patienten.“ (ebd.: 358)

14.2 Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt-orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen

Nachfolgend sollen sechs Studien²⁴³ dargelegt werden, die Befunde zur beruflichen Sozialisation von Pflegelernenden in Deutschland im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen,

²⁴² Diese Begriffe wählten die Beteiligten in den Interviews selbst, um „*begrifflich den Teilbereich pflegerischen Handelns, der die Pflege neben technischem (instrumentellem) Handeln ausmacht*“ (ebd.: 357) zu fassen. Sie gehen bei Fichtmüller und Walter in den o.e. Konzepten „*Kontaktgestaltung*“ bzw. „*Patientenbeteiligung*“ auf.

²⁴³ Bei den Studien von Balzer (2009, 2015) und Kühme (2009, 2013) handelt es sich jeweils um zwei eigenständige qualitative Untersuchungen. Die erste wurde jeweils im Rahmen einer Diplomarbeit und die zweite jeweils im Rahmen einer Dissertation durchgeführt.

Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, liefern. Die Studien geben bedeutsame Einblicke in Bereiche des Lernens empathischer bzw. sonstiger mit individuumorientiertem Pflegehandeln verbundener personaler sowie sozial-kommunikativer Fähigkeiten, die vermutlich überwiegend außerhalb des Bewusstseins der untersuchten Zielgruppe liegen. Es handelt sich um die Studien von Kersting (2002), Kühme (2009, 2013), Eylmann (2015) sowie Balzer (2009, 2015), die nachfolgend einzeln vorgestellt werden. Kersting, Kühme und Balzer beziehen Lernende der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege aller drei Ausbildungsjahre in ihre Untersuchungen ein. Eylmanns Sample setzt sich neben examinieren (Alten-)Pflegerinnen aus Lernenden der Altenpflege im bzw. unmittelbar nach dem ersten Ausbildungsjahr zusammen.

Kersting (2002) untersuchte in ihrer Dissertation Mitte/Ende der 1990er-Jahre die moralische Entwicklung von Pflegerlernenden im Umgang mit den an sie herangetragenen widersprüchlichen Anforderungen im Pflegealltag, nämlich einerseits eine patient*innenorientierte Pflege²⁴⁴ durchzuführen und andererseits effizient und zweckmäßig zu pflegen, um die Arbeitsabläufe der Institution zu sichern (vgl. ebd.: 13, 23-41). Pflegerlernende und auch Pflegerinnen sind, so Kersting, tagtäglich herausgefordert auf diesen unauflösbaren Widerspruch von „*Sollen und Sein in der Pflege*“ (ebd.: 23) bzw. von „*Patientenorientierter Pflege*“ und „*Systemrationalität im Arbeitsalltag*“ (ebd.: 30) irgendwie zu reagieren (vgl. ebd.: 23-41). Diese Reaktionsweisen beabsichtigte Kersting in ihrer Studie zu erforschen. Sie nahm an, „*dass es im Pflegealltag zu einem Prozess moralischer Desensibilisierung kommt und dieser bereits in der Ausbildung einsetzt*“ (ebd.: 85). Sie verfolgte das Ziel, diesen von ihr vermuteten Prozess des Sensibilitätsverlusts gegenüber Verletzungen der Norm der Patient*innenorientierung differenziert zu beschreiben (vgl. ebd.: 19). Sie beabsichtigte somit die Frage zu beantworten, wie Pflegerinnen lernen, „*kalt zu werden gegenüber dem Widerspruch in den Anforderungen*“ (ebd.: 51). Die Datenerhebung erfolgte mittels Leitfadeninterviews basierend auf einem von ihr konstruierten Szenario, das den o.e. Widerspruch alltagsnah veranschaulichte (vgl. ebd. 23f., 89-92, 94-98). Es wurden zunächst Interviews mit dreißig Lernenden einer Pflegeschule, jeweils zehn pro Ausbildungsjahr, geführt. Ein Teil dieser Lernenden wurde anderthalb Jahre nach dem Examen

²⁴⁴ Kersting grenzt sich in ihrer Arbeit davon ab, den diffusen Begriff patient*innenorientierte Pflege theoretisch näher zu analysieren (vgl. ebd.: 24-30). Für ihre Studie sei, so Kersting, von Bedeutung, was ihre Befragten in der Ausbildung über eine patient*innenorientierte Pflege lernen würden, nämlich deren Konkretisierung im Rahmen des Pflegemodells von Nancy Roper (vgl. ebd.: 25). Unter Rückgriff auf Bischoff fasste Kersting das für ihre Studie herangezogene Verständnis des Konzepts der patient*innenorientierten Pflege wie folgt zusammen: „*Der Patient soll ganz im Mittelpunkt aller pflegerischen Bemühungen stehen, ihm will man sich im Sinne einer ganzheitlichen und individualisierenden Betrachtungsweise zuwenden, seine psychischen und physischen Bedürfnisse sollen unter Einbeziehung seiner sozialen Umwelt und seiner vorhandenen Ressourcen umfassend befriedigt werden. Er soll <gleichberechtigter Partner> sein, das heißt auch, aktiv in die Pflege miteinbezogen werden.*“ (Bischoff 1984: 144, zitiert nach Kersting 2002: 28).

erneut interviewt (vgl. ebd.: 92-94). Insgesamt wurden von Kersting vierzig Interviews in Anlehnung an die objektive Hermeneutik von Ulrich Oevermann ausgewertet (vgl. ebd.: 101-120).

Kersting ermittelte so zwölf Reaktionsformen²⁴⁵ auf den o.e. „*Norm-Funktionskonflikt*“ (ebd.: 204) (vgl. ebd.: 131-205). Diese ordnete sie fünf Gruppen zu, die jeweils unterschiedliche Perspektiven auf den Widerspruch abbilden, nämlich „*Reaktionsmuster ohne Erfahrung des Widerspruchs*“, „*Reaktionsmuster der praktischen Hinnahme*“, „*Reaktionsmuster der fiktionalen Auflösung*“, „*Reaktionsmuster der Versuche praktischer Auflösung*“ und das „*Reaktionsmuster der Einsicht in die immanente Unauflösbarkeit des Widerspruchs*“ (vgl. ebd.: 131-134). Die Reaktionsmuster verdeutlichen, wie unterschiedlich Lernende bzw. Pflegende mit dem Widerspruch umgehen können. Gemeinsam ist den Reaktionsmustern, dass sie alle, so Kersting, Lernende bzw. Pflegende schützen, nicht am Widerspruch zu verzweifeln und handlungsunfähig zu bleiben (vgl. ebd.: 306f.). Die Reaktionsmuster stellen, so Kersting, gelungene „*Anpassungsmechanismen auf die strukturellen Bedingungen des Pflegealltags*“ (ebd.: 297) dar, da sie alle den Befragten ermöglichen, „*aus ihrer subjektiven Sicht am pflegerischen Anspruch festhalten (zu) können*“ (ebd.: 306) bzw. den Konflikt mit ihren Ressourcen „erfolgreich“ zu verarbeiten (vgl. 306f.).

Zugleich bergen alle Reaktionsmuster neben dieser „*Schutzfunktion*“ (ebd.: 228) die Möglichkeit, dass Lernende unter bestimmten Umständen²⁴⁶ wieder (vorübergehend) empfindlicher für Normverletzungen werden (vgl. ebd.: 229f., 297). Laut Kersting werden Pflege Lernende im Ausbildungsverlauf nicht zunehmend unsensibler gegenüber dem Widerspruch bzw. „*der Verletzung des normativen Anspruchs*“ (ebd.: 297), sondern sie desensibilisieren sich mittels der Entwicklung neuer Reaktionsmuster immer dann erneut, wenn das bisherige zu brüchig geworden ist, d.h., wenn wieder mehr Selbstschutz erforderlich ist, um unter den objektiven Bedingungen der Pflegepraxis handlungsfähig zu bleiben (vgl. ebd.: 229f.). Das nachfolgende Zitat gibt die zentralen Ergebnisse der Studie Kerstings sehr komprimiert wieder. Diese bestätigen den von Kersting vermuteten Prozess des Sensibilitätsverlusts gegenüber Verletzungen der Norm der Patient*innenorientierung. Das Zitat bringt sowohl Kerstings Verständnis für die Lernenden bzw. Pflegenden auf den

²⁴⁵ Es handelte sich um folgende Reaktionsformen: „*Fraglose Übernahme objektiv Kälte verursachender Strukturen*“, „*Ahnung von Kälte*“, „*Opfer durch objektiv Kälte verursachende Strukturen*“, „*Täter durch objektiv Kälte verursachende Strukturen*“, „*Verdrängung falscher Praxis*“, „*Virtuelle Auflösung des Widerspruchs*“, „*Definitivische Auflösung des Widerspruchs*“, „*Fallweises Aussteigen aus den objektiv Kälte verursachenden Strukturen*“, „*Idealisierung falscher Praxis*“, „*Kompensation für falsche Praxis*“, „*Individuelle Auflösung des Widerspruchs*“ und „*Reflektierte Hinnahme der objektiv Kälte verursachenden Strukturen*“ (vgl. ebd.: 131f.). Zur Erläuterung sei auf Kersting verwiesen (vgl. ebd.: 131-205).

²⁴⁶ Kersting bleibt an dieser Stelle sehr vage, indem sie von „(un-)bestimmte(n) Erfahrungen oder kritische(n) Ereignisse(n)“ (ebd.: 212) schreibt.

Punkt, die unter den beschriebenen Zwängen versuchen, handlungsfähig zu bleiben, als auch zugleich ihre grundlegende Kritik an deren Reaktionsweisen.

„Die Verarbeitungsmodi des Norm-Funktionskonflikts zeigen die Wirkung der objektiv Kälte verursachenden Strukturen und sind so eine Reaktion auf Kälte: eine Gewöhnung an den Pflegealltag, in dem Patienten nicht durchgängig so gepflegt werden, wie es dem pflegerischen Anspruch nach sein sollte. In der täglichen Konfrontation mit dem moralischen Konflikt verlieren Pflegenden ihre Sensibilität gegenüber der Normverletzung, weil sie verschiedene Modi entwickeln, mit denen sie dies verarbeiten können. Mit diesen Verarbeitungsmechanismen machen sie sich kalt gegenüber dem Widerspruch. Jedes Reaktionsmuster zeigt also auf seine Weise eine Desensibilisierung der Probanden gegenüber dem Widerspruch und gibt so eine Antwort auf die Frage, <<Wie lernt man kalt zu werden?>>. [...] Diese Desensibilisierung heißt nicht, dass die Pflegenden alle ihr Unrechtsbewusstsein oder ihr Unbehagen verlieren, aber es folgt kein Einspruch gegen die falsche Praxis, wie er durch den Widerspruch provoziert werden müsste. Dieser wird entweder nicht wahrgenommen oder so be- und verarbeitet, dass eine Orientierung am Realitätsprinzip stattfinden kann. Dies geschieht zwar in unterschiedlichen Formen, zu Protest jedoch führt das Falsche der Praxis nicht. Die Alltagsdeutungen der Pflegenden zeigen, dass sie gezwungen sind, sich mit den objektiv Kälte verursachenden Strukturen zu identifizieren und mit Kälte zu reagieren, weil sie so die Diskrepanz zwischen dem, was ist, und dem, was sein sollte, aushalten können. Indem sie sich kalt machen, tragen sie selbst dazu bei, die Kälte zu stabilisieren.“ (ebd.: 204f.)

Ein weiterer für meine Untersuchung interessanter Befund Kerstings ist, dass die identifizierten zwölf Reaktionsmuster im Wesentlichen quer zu allen vier untersuchten Kohorten auftraten. D.h., dass die Reaktionsformen unabhängig von Ausbildungsstand bzw. vom Umfang der berufspraktischen Erfahrungen der Befragten aufzutreten scheinen (vgl. ebd.: 202-204)²⁴⁷. Laut Kersting bilden Pflege Lernende bereits früh in der Ausbildung solche Reaktionsmuster aus, d.h., der von ihr beschriebene Prozess moralischer Desensibilisierung setzt bereits im ersten Ausbildungsjahr ein (vgl. ebd.: 297).²⁴⁸

Kühme (2009, 2013) fokussiert in seinen beiden qualitativen Untersuchungen sich im Rahmen beruflicher Sozialisation vollziehende Bildungsprozesse Pflege Lernender am Lernort Pflegepraxis in Deutschland aus deren Perspektive (vgl. Kühme 2015: 103f.). In seiner Vorstudie (Diplomarbeit) leitete ihn die Frage, *„Wie stellt sich die Pflegewirklichkeit für Schüler in der von ihnen erlebten Pflegepraxis dar?“* (Balzer/Kühme: 2009: 31). Er führte hierzu im Frühjahr 2007 narrative Interviews mit zehn Lernenden einer Pflegeschule, wobei alle drei Ausbildungsjahre vertreten waren (vgl. ebd. 2009: 171-178). Die Interviews zielten darauf ab, dass die Pflege Lernenden über ihr *„Erleben der Zusammenarbeit mit Pflegenden und anderen Berufsgruppen“* (ebd.: 171) erzählten. Kühme nutzte in seiner Vorstudie als Auswertungsmethode die Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. ebd. 2009: 167-171+178-193).

²⁴⁷ Für eine detaillierte Darstellung der Häufigkeit und Verteilung der identifizierten Reaktionsformen in Kerstings Untersuchungsgruppe sei auf Kersting (2002: 193-205) verwiesen.

²⁴⁸ Infolge ihres Forschungsdesigns konnte Kersting die Fragen ob, wann, inwiefern und warum Pflege Lernende im Ausbildungsverlauf ihre Reaktionsmuster verändern, nicht detailliert beantworten (vgl. ebd.: 207). Mittels der Folgeinterviews gelang es ihr jedoch für einige Proband*innen nachzuweisen, dass eine bzw. dass keine Entwicklung von einem zu einem anderen Reaktionsmuster stattgefunden hat (vgl. ebd.: 233-243).

Die entwickelten Kategorien reflektierte er anschließend pflegedidaktisch mittels des Kriteriensatzes von Greb (vgl. ebd.: 2009: 193-246). Das nachfolgende Zitat fasst zentrale Ergebnisse seiner Vorstudie prägnant zusammen:

„Die Bearbeitung des Materials mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) offenbarte wiederkehrende Muster, die mir (teils erschütternde) Einblicke in die Pflegewirklichkeit der Schüler gestattete. Ihre Mitteilungen ließen ein Bild der Pflegewirklichkeit entstehen, das geprägt ist von Reglementierungen der Schülerpersönlichkeiten durch Stationsteams, die sich gegen eine Ausbildung von patientenorientierten Pflegeidealen richten, Machtausübung der Pflegenden, um berufliche Anpassung zu erzwingen, Spannungen zwischen den Berufsgruppen im Gesundheitswesen, die zu Patientenschädigungen führen, und schließlich die deutliche Abwesenheit von Pflegebildung und Lernkultur.“ (Balzer/Kühme 2009: 31, Hervorhebung im Original)

Seine Befunde waren für ihn Anlass, die sich im Datenmaterial andeutenden *„Einflussnahmen zur Identitätsbildung der SchülerInnen“* (Kühme 2013: 62) in einer Folgeuntersuchung (Dissertation) tiefergehend zu analysieren. In dieser zweiten Studie ging er der Fragestellung nach, wie Pflege Lernende ihre Praxiserfahrungen deuten und inwiefern diese ihre pflegeberufliche Identitätsentwicklung beeinflussen (vgl. ebd. 2013: 34, 53f.). Den theoretischen Rahmen der Folgeuntersuchung bildeten die Identitätskritische Pflegedidaktik von Ulrike Greb und die Bildungstheoretische Biographieforschung von Winfried Marotzki (vgl. ebd. 2013: 13-54). Für die tiefergehende Auswertung der im Rahmen der Vorstudie erhobenen zehn Interviews kombinierte er unterschiedliche Verfahren: Einer anfänglichen pflegedidaktischen Reflexion mit dem Kriteriensatz Grebs folgten narrationsanalytische Auswertungsschritte auf Einzelfallebene orientiert an Marotzki sowie abschließend fallübergreifende, auf Generalisierung zielende Analyseschritte orientiert an der Grounded Theory (vgl. ebd. 2013: 65-83). Kühme identifizierte zwei unterschiedliche Modi, wie Lernende ihre Praxiserfahrungen deuten bzw. verarbeiten, die er unter Rückgriff auf Marotzki als *„identitätstheoretische“*²⁴⁹ sowie *„differenztheoretische Verarbeitungsweisen“*²⁵⁰ bezeichnet (vgl. ebd. 2013: 40-56). Die beiden Arten der Erfahrungsverarbeitung zeigten sich in drei verschiedenen, sich aus den Interviews herauskristallisierenden zentralen Themenbereichen, die *„typische Anlässe für die Musterbildung oder -revision“* (ebd. 2015: 113) darstellen: nämlich erstens *„Pflege“*

²⁴⁹ Kühme erläutert diese wie folgt: *„Im „identitätstheoretischen“ Modus bildet das Subjekt mit der Herstellung von Bestimmtheit (Identität) z.B. Routinen, um im Ungewissen zu bestehen. Er dient also der stabilen Aufrechterhaltung einer inneren Einheit der Person. In diesem Modus stagniert der Bildungsprozess, denn der Abgleich vorhandener mit neuen Erfahrungen kann in diesem Verarbeitungsmuster die bestehenden Selbst- und Weltbilder lediglich bestätigen. Eine modifizierende Entwicklung der Identität findet nicht statt. Im identitätstheoretischen Modus suchen die Lernenden gezielt nach Bekanntem im Unbekannten, also prinzipiell nach Ähnlichkeiten. So dass sich ihr lebensweltliches Welt- und Selbstbild in Übereinstimmung von Erfahrung mit den erfahrungsverarbeitenden Kategorien bestätigt.“* (ebd.: 2015: 109).

²⁵⁰ Kühme erläutert selbige wie folgt: *„Die differenztheoretischen Muster weisen auf beginnende Bildungsprozesse hin, in denen die Widerspruchserfahrung zum zentralen Movens wird und die Schüler ihre vom klinischen Mainstream abweichenden Erlebnisse deuten. Diese Muster sind polyvalent, d.h. die Schülerinnen deuten das Erlebte vielfältig, lassen Differenz Erfahrungen zu und machen sie zum Lernanlass. Diese Muster kommen dem Denken in Konstellationen nah, das Greb in den Diskurs der Pflegedidaktik eingebracht hat [...].“* (ebd.: 2015: 121, Hervorhebung im Original)

(„Pflegeverständnis“ bzw. „Pflegehandlungen“), zweitens „Lernen in der Pflege“ und drittens „Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ (vgl. ebd. 2013: 83-129, 232). Nachfolgend beschränke ich mich auf die Darstellung der Ergebnisse, die Bezüge zu meinem Forschungsthema aufweisen.

Für den Themenbereich „Pflege“ („Pflegeverständnis“ bzw. „Pflegehandlungen“) arbeitete Kühme heraus, dass die Lernenden anfangs ein an den Bedürfnissen von Patient*innen orientiertes, individuelles Pflegeverständnis einte, an dem sich ihr Pflegehandeln orientierte (vgl. ebd. 2013: 84-100, ebd. 2015: 114-118). Gemeinsam ist ihnen auch, dass sie alle Erlebnisse mit examinierten Pflegenden machten, die ihr Pflegehandeln v.a. an den institutionellen Zwängen, Routinen und Stationsabläufen ausrichteten und selbiges von den Lernenden erwarteten, einforderten und ggf. bei Nichterfüllung sanktionierten (vgl. ebd. 2013: 85-87, ebd. 2015: 114-118). Dieses Pflegehandeln zeichnete sich zudem durch eine komplexitätsmindernde Sprechweise über Pflege und einen „Mangel an professionellen pflegerischen Methoden“ (ebd. 2013: 87) aus (vgl. ebd.: 84-95). Kühme arbeitete heraus, dass die Lernenden die erlebten Widerspruchserfahrungen in der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Menschen unterschiedlich verarbeiteten. Er identifizierte eine Verarbeitungsweise, bei der die Lernenden die Differenzenerfahrungen zunehmend nivellierten und ihr vormals individuumorientiertes Pflegeverständnis dem von den Pflegenden vermittelten, an Stationsroutinen orientierten bzw. subjektnegierenden Verständnis von Pflege unterordneten (= „identitätstheoretische Verarbeitungsweisen von Pflege“) (vgl. ebd. 2013: 90-95, ebd. 2015: 115-117)²⁵¹. Daneben identifizierte er „differenztheoretische Verarbeitungsweisen“ bei einigen Lernenden, die trotz Widerständen im Pflegeteam an ihrem individuellen Pflegeverständnis festhielten, dieses reflektierten und im Ausbildungsverlauf ausdifferenzierten, anreicherten bzw. weiterentwickelten („Komplexitätszuwachs“, ebd.: 118) sowie nach Wegen suchten, dieses umzusetzen (vgl. ebd. 2013: 95-100, ebd. 2015: 117f.)²⁵².

Zum Themenbereich „Lernen in der Pflege“ arbeitete Kühme heraus, dass sich die Vorstellungen seiner Befragten darüber, was für sie bedeutsame Lerngegenstände beim

²⁵¹ „In dieser Modalisierung erklären sich die Schülerinnen die institutionalisierten Abläufe der Pflegeeinheiten als Pflege, und ein am Patienten orientiertes Pflegeverständnis wird zugunsten der Stationsabläufe aufgegeben. [...] Bei mangelnder Anpassung des Bildes von Pflege droht die Ausgrenzung aus dem Team.“ (ebd. 2013: 93)

²⁵² „Typisch für den differenztheoretischen Modus ist, dass Schülerinnen die Diskrepanz zwischen dem reglementierenden Stationsablauf und den individuellen Bedürfnissen der Patienten erfassen, was sich u.a. auch an ihrer kritischen Haltung gegenüber den morgendlichen Arbeitsabläufen, wie der „Ganzwaschung“, auf den Stationen zeigt [...]. Sie sprechen ihre Vorbehalte an und nehmen Kritik durch die examinierten Pflegenden in Kauf. Die Schülerinnen zeigen mit ihren, gegen die erlebten Handlungsabläufe gerichteten Vorbehalten, dass sie wahrgenommene Differenzen nicht zu glätten bereit sind oder ihre Vorstellungen den Stationszwängen unterzuordnen. Ihre Argumentation ist patientenorientiert und kritisch gegenüber ‚Patientenignorierung‘ (Wittneben 1991: 78ff.; 2009: 107ff.). Hier werden also gerade die erlebten Differenzen zum Anlass, über das am Patienten orientierte Pflegeverständnis nachzudenken und nach Möglichkeiten seiner Realisierung zu suchen.“ (Kühme 2015: 118)

Lernen von Pflege sind, grundlegend von denen der Anleitenden unterschieden: Während die Lernenden erwarteten am Lernort Praxis unterstützt zu werden, ein Pflegehandeln zu erlernen, das sich an den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen orientiert und neues Pflegewissen berücksichtigt, trafen sie auf Anleitende, die Pflege als Lerngegenstand auf „*Stationsabläufe und Verrichtungen am Patienten*“ (ebd. 2013: 100) reduzierten und neuerem Wissen ablehnend gegenüberstanden (vgl. ebd.: 100-108). Kühme hob hervor, dass die Anleitenden ihre, dem pädagogischen Verhältnis innewohnende, Macht missbrauchten²⁵³, um ihre Vorstellungen vom Lernen von Pflege und von der Rolle der Lernenden durchzusetzen (vgl. ebd. 2013: 105). Bezogen auf diesen Themenbereich bestanden „*identitätstheoretische Verarbeitungsweisen*“ bei Lernenden darin, dass sie ihre anfänglichen Wünsche eines „*patientenorientierten Lernen(s)*“ (ebd.: 109) zunehmend dem in der Praxis vorgefundenen Verständnis vom Lernen von Pflege unterordneten (vgl. ebd.: 110-112).

„Pflegeteamlernen wird hierdurch monozentrisch, weil der Lerngegenstand Patient an Bedeutung verliert und die institutionelle Verwertung als Pflege gedeutet wird. Lernen ist an Stationsabläufen einseitig ausgerichtet. Der Druck durch Stigmatisierung, Reglementierung und Verletzung der Persönlichkeit durch die Pflegenden ist so groß, dass die Anforderung der Station in das Verständnis vom Pflegeteamlernen aufgenommen wird: [...] Die Eingliederung in das Stationsteam und seine Teamkultur gelingt nur, wenn die Regeln und Riten in das Verständnis der SchülerInnen vom Pflegeteamlernen aufgenommen werden. Diese Unterordnung ermöglicht die intersubjektive Teilung (Berufsgruppenzugehörigkeit) mit dem Pflegeteam und ist mit der identitätstheoretischen Modalisierung verbunden: [...]“ (ebd. 2013: 110f.)

Daneben identifizierte Kühme bei einigen Lernenden „*Spuren differenztheoretischer Verarbeitungsweisen der Lernprozesse*“ (ebd.: 112) (vgl. ebd.: 112-117). Diese Lernenden nahmen Differenzen zwischen ihrem eigenen Verständnis vom Lernen von Pflege und dem am Praxisort vorherrschenden leidvoll wahr und negierten diese nicht. Sie zeigten Tendenzen, konflikthafte, schüler- bzw. patient*innenignorierende Anleitungssituationen zu reflektieren, missbilligten den „*mangelhafte(n) Umgang mit Wissen*“ (ebd.: 113) in der Pflege, initiierten Gespräche mit Anleitenden/Pflegenden und/oder suchten nach Wegen, sowohl in pflegerischen Lernsituationen als auch beim eigenständigen Arbeiten neues Pflegewissen in ihr Handeln einfließen zu lassen sowie patient*innenorientiert zu pflegen (vgl. ebd. 2013: 112-117). Laut Kühme zeichnete sich das „*differenztheoretische Muster des Pflegeteamlernens*“ bei seinen Befragten durch Leiden, Konflikte bzw. das Erleben von „*Reglementierungen und Schikanen*“ (ebd.: 113) durch das Pflegeteam aus (vgl. ebd. 2013: 113-115). Kühme resümierte, dass seine Ergebnisse „*eine erschreckende Tendenz, diesem [dem identitätstheoretischen, GK] Modus der Musterbildung Vorschub zu leisten*“

²⁵³ Laut Kühme zeichneten sich in seinen Fallanalysen sowohl Verletzungen der Persönlichkeit von Lernenden als auch drohende Stigmatisierungen ab. Diese zielten darauf ab, die Lernenden dazu zu bewegen, ihr Pflegehandeln nicht an den zu Pflegenden sondern an den Arbeitsabläufen zu orientieren (vgl. ebd. 2013: 105).

(ebd. 2015: 121) am Lernort Praxis belegen. Aus derartigen Denkmustern resultieren, so Kühme, sowohl patient*innenignorierende Handlungen als auch die Tendenz, die Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen dem Stationsablauf unterzuordnen (vgl. ebd. 2015: 121).

Eylmann (2015) führte im Rahmen ihrer Dissertation eine Habitus- und Milieuanalyse der Altenpflege in Deutschland durch (vgl. ebd.: 37-81). Zusätzlich zu einer historischen Rekonstruktion erhob sie empirische Daten mittels vier Gruppenwerkstätten, an denen insgesamt zwei examinierte Altenpflegende, zehn Leitungskräfte (examinierte Pflegende) sowie 21 Lernende der Altenpflege (im bzw. unmittelbar nach dem ersten Ausbildungsjahr) teilnahmen (vgl. ebd.: 295). Das Ergebnis ihrer Arbeit stellt die Entwicklung einer „berufssoziologisch gehaltvollen, empirisch gesättigten Theorie des für die Altenpflege typischen Habitus²⁵⁴“ (Remmers, Vorwort in Eylmann 2015: 15) dar. Nachfolgend werden ausgewählte Befunde Eylmanns dargestellt, die Bezüge zum Forschungsthema der vorliegenden Arbeit haben.

Die an der Studie teilnehmenden Lernenden (und Pflegenden) einte, so Eylmann, eine dichotome Sicht auf Menschen und ihre „*naturgegeben(en)*“ (ebd.: 314) Fähigkeiten (u.a. Empathiefähigkeit) sowie auf ihre damit einhergehende Eignung für bestimmte Berufe (vgl. ebd.: 314f., 491f.).

„Alle Teilnehmerinnen teilen ein dichotomes Weltbild, das auf der einen Seite mit Attributen wie menschenbezogen, beziehungsorientiert, anpassungsfähig, insofern weiblich verknüpft wird und auf der anderen Seite mit verdinglicht, technisch, handwerklich oder männlich. Der inkorporierte Habitus einer geschlechtsspezifisch geteilten Welt, die entsprechende kulturelle Muster hervorbringt, ist in den Teilnehmerinnen tief verankert. Diese Muster werden nicht bewusst erlebt oder reflektiert, sondern eher als naturgegeben angesehen. [...] Die Identifikation mit der menschenorientierten oder beziehungsaffinen Seite fördert den Zugang zum Feld.“ (ebd.: 491, Hervorhebung im Original)

Eylmann beschrieb den von ihr identifizierten Habitus als einen, „*der das Motiv des Helfens und Schützens beinhaltet und Selbstlosigkeit prädisponiert*“ (ebd.: 492) sowie insbesondere Fähigkeiten wie Geduld, Empathie, Feingefühl und Sensibilität beinhaltet (vgl. ebd.: 461, 509-512). Die teilnehmenden Lernenden verwendeten in diesem Zusammenhang u.a. Begriffe wie „*soziales Empfinden*“ (ebd.: 460), „*Einfühlungsvermögen*“ (ebd.: 474), „*Einfühlsamkeit*“ (ebd.: 475), „*Empathie*“ (ebd.: 460), „*Verständnis*“ (ebd.: 433, 474) sowie

²⁵⁴ Zum Begriff Habitus: „*Bourdieu zufolge bestimmen die kulturellen und materiellen Bedingungen, in denen Menschen von frühester Kindheit an leben, also die milieuspezifischen Lebensbedingungen, Wahrnehmen, Denken und Handeln sowie deren Grenzen. Der Habitus ist inkorporierte Geschichte, eine nicht >>ausgewählte Grundlage für Auswahlentscheidungen<<, er erzeugt Handlungen, die an die Logik eines Feldes angepasst sind, er >>sucht<< Ereignisse und Orte, die zu ihm passen und erzeugt auf diese Weise >>Geschichte aus Geschichte<<.*“ (Eylmann 2015: 509)

„emotionale Stabilität“²⁵⁵ (ebd.: 11). Die Lernenden brachten, so Eylmann, diesen Habitus bereits mit in die Ausbildung (vgl. ebd.: 411f.). In den Augen der Lernenden stellt er gewissermaßen ihre eigene Natur dar (vgl. ebd.). Laut Eylmann hatten die *„Geschichten der Familien und die Erfahrungen, die die Teilnehmerinnen in ihrer Sozialisation gesammelt haben“* (ebd.: 492) zu diesem Habitus geführt, der ihre spätere Berufswahl stark beeinflusste.

„Alle Teilnehmerinnen sind der Ansicht, dass diejenigen, die in der Altenpflege arbeiten, eine bestimmte Disposition haben und mitbringen müssten. Ein inkorporierter Habitus der >>Mitgefühl<<, >>Feingefühl<<, >>Sensibilität<< oder >>emotionale Stabilität<< beinhaltet, ist demnach unabdingbar, um das Feld zu betreten. Wer >>es<< nicht hat sollte erst gar nicht im Feld arbeiten oder es wieder verlassen. Aus dem Habitus, der Selbstlosigkeit (vermeintliche Interessensfreiheit) prädisponiert, formt das Feld einen Arbeitsethos. [...] Das Arbeitsethos ist der Glaube und die Motivation, dass den alten, hilfebedürftigen Menschen mit aller Kraft und der eigenen Persönlichkeit (Emotionen, Haltungen) zu helfen ist. Ihre Wünsche und Bedürfnisse sind zu erfüllen, sie sollen zufrieden sein, sich wohlfühlen und ein Zuhause bekommen. [...] Die Maßstäbe, anhand derer die Erfüllung des Ethos gemessen wird, sind das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Bewohner sowie eine konstruierte Vorstellung davon, wie man selber gerne gepflegt werden würde. Die Deutungen der Befindlichkeit der Bewohner und die Vorstellung von >>richtiger<< Pflege entspringen dabei demselben Habitus, der auch das Arbeitsethos hervorgebracht hat. Die Tugendpraxis bildet einen geschlossenen Kreislauf, der sich externen Bewertungen entzieht, aus ihm resultieren Sicherheit, Orientierung und die Vorstellungen von >>richtiger<< Pflege.“ (ebd.: 494f.)

Eylmann gibt an mehreren Stellen ihrer Arbeit zu Bedenken, dass dieses Arbeitsethos bzw. das ausgeprägte Motiv des Helfens *„die Einschätzung von Pflegesituationen verzerren und einen verstehenden Zugang zum Bewohner verhindern“* (ebd.: 495) können (vgl. ebd.: 413f., 510). Anders ausgedrückt birgt dieses inkorporierte, unreflektierte, starke Helfer*innenmotiv die Gefahr, empathischen Prozessen der Perspektivenübernahme entgegenzustehen, was den teilnehmenden Pflegenden bzw. Lernenden aber unbewusst blieb (vgl. ebd.).

Eylmann wies zudem, ähnlich wie die im Vorausgegangenen vorgestellten Studien von Kersting und Kühme, für den Lernort Praxis negative, sehr ernüchternde Sozialisations-effekte auf Altenpflegelernende nach²⁵⁶. Ihre anfängliche Orientierung am Arbeitsethos verlor im Laufe des ersten Ausbildungsjahres gegenüber einer Ausrichtung am (oftmals bewohner*innenignorierenden) Berufsalltag bzw. an den Gepflogenheiten des Teams zunehmend an Bedeutung (vgl. ebd.: 415-428, 462-470, 501).

²⁵⁵ Eylmann erläutert, was die Lernenden unter emotionaler Stabilität verstehen, wie folgt: *„Gemeint ist die Fähigkeit, jederzeit freundlich und ausgeglichen helfen zu können, ohne sich von Stimmungen, Zumutungen oder Herausforderungen beeinträchtigen zu lassen.“* (ebd.: 411)

²⁵⁶ Eylmanns Befunde belegen eindrücklich den hohen Anpassungsdruck der Lernenden im Team, ihre oftmals unerfüllten Wünsche nach Anerkennung, Integration und Entlastung im Team, ihr Leiden an dem beobachteten, bewohner*innenignorierenden Pflegehandeln der Kolleg*innen sowie ihre Verunsicherung, wie sie das in der Praxis Erlebte bewerten und sich dazu verhalten können (vgl. ebd.: 415-428, 462-470).

„Aufgrund ihres Habitus und ihrer Illusio²⁵⁷ haben die Schülerinnen die Altenpflegeausbildung begonnen und mussten im Verlauf des ersten Ausbildungsjahres feststellen, dass das Ethos im Berufsalltag wenig realisierbar ist. [...] Sie versuchen, einen Weg zu finden zwischen in der Schule erlernten und in den Einrichtungen erlebten Praxisformen, zwischen Ethos und Realität, Abgrenzung und Anpassung. Auf der Suche nach >>richtig<< und >>falsch<< orientieren sie sich schließlich stärker an der Arbeit der Teams, während das in der Schule erlernte Wissen langsam zu einem exklusiven Wissen wird, das durchaus anzustreben ist, weil es in der Regel mit dem Ethos übereinstimmt. Nach einem Ausbildungsjahr nimmt bei den Schülerinnen jedoch bereits die Überzeugung zu, dass dieses Wissen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht umsetzbar ist. Sie bekommen stattdessen vermittelt, dass ihnen die Sonderposition nach dem Examen nicht weiter eingeräumt und eine Berufsrealität, die an Machbarkeit, Notwendigkeit und Pragmatismus ausgerichtet ist, zu ihrem Arbeitsalltag werden wird. [...] Die Schülerinnen lernen bereits, dass die Integration in ein Team und die Erfüllung der Gesetzmäßigkeiten des Feldes über ihre erfolgreiche Bewältigung des Berufsalltags entscheiden wird und ihnen zukünftig zu einer tragfähigen Position im Feld verhilft.“ (ebd.: 501, Hervorhebung im Original)

Balzer (2009) ging in ihrer qualitativen Vorstudie (Diplomarbeit) der nachfolgenden zentralen Forschungsfrage nach: „Wie erleben SchülerInnen die praktische Ausbildungssituation im stationären und ambulanten Bereich während der dreijährigen Ausbildung zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn?“ (ebd.: 52). Sie führte hierzu im Frühjahr 2007 an einer Pflegeschule problemzentrierte Interviews mit acht Lernenden, die dem zweiten oder dritten Ausbildungsjahr angehörten (vgl. ebd. 2009: 72-75). Fünf dieser Interviews wertete sie inhaltsanalytisch nach Mayring aus (vgl. ebd.: 74, 85-90). Die entwickelten Kategorien reflektierte sie anschließend pflegedidaktisch mittels des Kriteriensatzes von Greb (vgl. ebd.: 95-131). Das nachfolgende Zitat fasst zentrale Ergebnisse ihrer Vorstudie, die Bezüge zur vorliegenden Forschungsarbeit aufweisen, prägnant zusammen:

„Schüler winden sich im Lernort Praxis zwischen dem Wunsch nach Patientenorientierung und vorgefundener Patientenignorierung und entwickeln eine Überlebensstrategie, die ich als Chamäleonkompetenz bezeichnet habe. Aufgrund von Verdinglichung und Anerkennungsvergesenheit des Schülers wird dieser in seiner Motivation im Alltag ausgebremst und tritt den Rückzug an, indem er z.B. trotz besseren Wissens gezwungen ist, einen Patienten defizitär zu pflegen. Diese Konformität als Aspekt der Chamäleonkompetenz stellt jedoch für den Schüler wiederum die Möglichkeit dar, handlungsfähig zu bleiben. [...] Die vorherrschende instrumentelle Vernunft lässt die Schüler vor allem an der Umsetzung der kommunikativen Inhalte scheitern.“ (ebd.: 134f.)

Im Rahmen ihrer Dissertation erforschte Balzer die von ihr identifizierte „Chamäleonkompetenz“ näher. In einer Veröffentlichung von 2015 definierte Balzer „Chamäleonkompetenz“ wie folgt:

„Unter diesem Begriff fasse ich alle Handlungsweisen, Einstellungen und Haltungen der Schüler zusammen, also einen Habitus, mit dem sie sich das ‚Überleben‘ im pflegerischen Feld sichern.“ (ebd.: 74, Hervorhebung im Original).

Eine differenzierte Auswahl und Darstellung von Balzers Befunden, die unmittelbare Bezüge zu meinem Forschungsthema aufweisen, mit Verweisen und Zitaten ist nicht

²⁵⁷ An dieser Stelle ist mit dem Begriff „Illusio“ das Arbeitsethos gemeint (vgl. ebd.: 494).

möglich, da ihre Dissertation zum Zeitpunkt des Entstehens des vorliegenden Teil II meiner Arbeit zwar abgeschlossen, aber noch nicht veröffentlicht war. Freundlicherweise stellte mir Frau Dr.in Balzer das Ergebniskapitel ihrer Dissertationsschrift als Auszug zur Verfügung²⁵⁸.

Für meine Forschungsarbeit ist von Relevanz, dass Balzer, ähnlich wie Kersting, Kühme und auch Eylmann, für den Lernort Praxis negative, sehr ernüchternde Sozialisationseffekte auf Pflegelernende nachweisen konnte, die m.E. der Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten bei Pflegelernenden entgegenwirken können. Ähnlich wie Kersting legte Balzer, wenn sie auch als Forscherin theoretisch und methodisch grundlegend anders arbeitete, ihren Fokus auf den Umgang von Pflegelernenden mit dem sie am Lernort Pflegepraxis herausfordernden Widerspruch zwischen Patient*innenorientierung einerseits und den institutionellen Bedingungen andererseits.

Balzer identifizierte zahlreiche Bewältigungsstrategien von Lernenden im Umgang mit diesem Widerspruch, die sie in dem „*Spannungsfeld zwischen Anpassung und Widerstand*“ (Balzer 2015: 92) verortete und später zu sog. „*Typen mit Schwerpunktsetzung*“ (ebd.: 92) verdichtete (vgl. ebd.: 87-92). Lernende wenden laut Balzers Befunden diverse Bewältigungsstrategien flexibel bzw. situationsabhängig an. D.h., dass auch bei einer bzw. einem Lernenden von Moment zu Moment durchaus unterschiedliche, widersprüchliche Strategien Anwendung finden können (vgl. ebd.: 92). Hier zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zu den von Kersting beschriebenen Reaktionsmustern. Zentral ist m. E. jedoch, dass die Lernenden mehrheitlich den beschriebenen Widerspruch, entgegen der intendierten Ausbildungsziele, im Ausbildungsverlauf zunehmend einseitig in Richtung des Pols Anpassung an die institutionellen Bedingungen auflösen²⁵⁹.

Zusammenfassung und kritische Einschätzung

Die sieben im Vorausgegangenen referierten qualitativen Studien liefern Erkenntnisse zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten bei Pflegelernenden in Deutschland sowie zur Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten sowie Verhaltensmustern, die eine empathische, am Individuum orientierte Pflege fördern bzw. oftmals hemmen. Die Befunde sensibilisieren für mögliche Probleme Lernender beim Anwenden und Weiterentwickeln dieser Fähigkeiten und geben Einblicke in deren Entwicklungsverläufe in der deutschen Pflegeausbildung.

²⁵⁸ Verbunden mit der Bitte, mit direkten Zitaten bis zur ausstehenden Veröffentlichung zu warten. Aus diesem Grunde gebe ich nur wenige, für meine Forschungsarbeit relevante Ergebnisse in eigenen Worten knapp wieder und verweise auf ihre in Kürze erscheinende Dissertationsschrift.

²⁵⁹ An dieser Stelle verweise ich erneut auf Balzers in Kürze erscheinende Dissertationsschrift.

Meiner Ansicht nach bestätigen viele dieser Befunde die Ergebnisse älterer sowie jüngerer internationaler Studien zur beruflichen Sozialisation von Pflegelegenden (s. Kapitel 13.2), was ich im Folgenden näher erläutern werde. Obwohl in den im Vorausgegangenen dargelegten deutschen Forschungsarbeiten sehr unterschiedliche theoretische Rahmen und Forschungsmethodiken ausgewählt und verwendet wurden, weisen ihre zentralen Befunde meiner Ansicht nach in eine ähnliche Richtung: Das in den Studien von Kersting (2002), Kühme (2013), Eylmann (2015) sowie Balzer (2015) aufscheinende grundlegende Dilemma von Pflegelegenden, eigene bzw. am Lernort Schule vermittelte Werte und Normen einer empathischen, subjektorientierten Pflege in der Pflegewirklichkeit zu vermitteln mit den dort geltenden Gepflogenheiten der jeweiligen Pflege Teams bzw. mit sonstigen institutionellen Bedingungen wird mehrheitlich im Laufe der Ausbildung i.S. einer Anpassung an die vorgefundene Pflegerealität „gelöst“. Desensibilisierungsprozesse gegenüber pflegerischen Idealen bzw. gegenüber deren Verletzungen und eine damit einhergehende Distanzierung von Patient*innen scheinen somit in den deutschen Studien ebenso auf wie in den internationalen Studien zur beruflichen Sozialisation (s. Kapitel 13.2).

Nachfolgend werden die zentralen Befunde der referierten deutschen Studien in Verbindung zu den internationalen gesetzt. Danach werden weitere für mein Forschungsthema bedeutsame Befunde der Arbeiten von Fichtmüller und Walter (2007) sowie von Eylmann (2015) zusammengefasst.

Kersting (2002) wies in ihrer Studie bereits im ersten Ausbildungsjahr einsetzende Prozesse moralischer Desensibilisierung bei Pflegelegenden gegenüber dem pflegerischen Wert der Patient*innenorientierung nach (vgl. ebd.). Sie identifizierte zwölf unterschiedliche Reaktionsformen ihrer Pflegelegenden auf den Widerspruch von „*Sollen und Sein in der Pflege*“ (ebd.: 23). Diese Reaktionsformen stellen laut Kersting gelingende „*Anpassungsmechanismen auf die strukturellen Bedingungen des Pflegealltags*“ (ebd.: 297) dar. Zugleich zeigt jedes Muster „*auf seine Weise eine Desensibilisierung der Probanden gegenüber dem Widerspruch und gibt so eine Antwort auf die Frage, << Wie lernt man kalt zu werden?>>*“ (ebd.: 204) (vgl. ebd.: 305-308). Die Befunde Kerstings bestätigen m.E. die Befunde vieler internationaler Studien²⁶⁰ zu negativen Entwicklungsverläufen bei Pflegelegenden im Sinne einer Desensibilisierung gegenüber pflegerischen Idealen, einer Distanzierung von zu Pflegenden bzw. einer Orientierung an den vom Pflege Team gelebten, oftmals patient*innenignorierenden Arbeitsroutinen.

Kühme (2013) identifizierte in seiner Studie neben „*differenztheoretische(n)*“ v.a. „*identitätstheoretische Verarbeitungsweisen*“ bei Pflegelegenden in Deutschland hin-

²⁶⁰ Vgl. u.a. Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b), Seed (1994), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie Allcock und Standen (2001).

sichtlich der Erfahrungen, die sie während ihrer Ausbildung in der Pflegepraxis machten (vgl. ebd. 2013: 90-95, 110-112, ebd. 2015: 115-117). Die Anpassung an die Sichtweisen der Pflegenden schützte die Lernenden, so Kühme, vor Ausgrenzung bzw. beförderte ihre Integration ins Pflegeteam (vgl. ebd.). Laut Kühme zeichneten sich „*differenztheoretische Verarbeitungsweisen*“ bei seinen Befragten durch Leiden, Konflikte bzw. das Erleben von „*Reglementierungen und Schikanen*“ (ebd.: 113) durch das Pflegeteam aus (vgl. ebd. 2013: 113-115). Meines Erachtens bestätigen Kühmes Befunde insbesondere die Ergebnisse der internationalen Studien zu den Einflussfaktoren für negative Entwicklungsverläufe (s. Kapitel 5.2), nämlich dem starken Bedürfnis der Pflegehenden ins Pflegeteam integriert zu werden²⁶¹ und der fehlenden Wahrnehmung der Pflegehenden als Individuen auf den Stationen²⁶². Ebenso bestätigen Kühmes Ergebnisse den Befund von Mackintosh (2006), die herausarbeitete, dass Lernende, die an pflegerischen Idealen festhielten und sich von der erlebten Pflegepraxis bewusst abgrenzten, vermehrt Probleme erlebten, die Berufsrolle einer bzw. eines Pflegenden anzunehmen und zu gestalten (vgl. ebd.: 959f.).

Balzer (2016) identifizierte zahlreiche Bewältigungsstrategien von Lernenden im Umgang mit dem o.e. Widerspruch, die sie in dem „*Spannungsfeld zwischen Anpassung und Widerstand*“ (Balzer 2015: 92) verortete und später zu sog. „*Typen mit Schwerpunktsetzung*“ (ebd.: 92) verdichtete (vgl. ebd.: 87-92). Lernende wenden laut Balzers Befunden diverse Bewältigungsstrategien flexibel bzw. situationsabhängig an.²⁶³ Meiner Einschätzung nach bekräftigen Balzers Befunde damit insbesondere die Ergebnisse von Curtis und Kolleg*innen (2012), die in der von ihnen generierten „*Grounded Theory on socialisation in compassionate practice*“ u.a. die Strategie des (Aus-)Balancierens von Widerstand und Anpassung von Pflegehenden detailliert beschrieben (vgl. ebd. 2012: 790, 792-794).

Auch Eylmann (2015) wies für den Lernort Praxis negative Sozialisationseffekte auf Altenpflegelehrende nach. Ihre anfängliche Orientierung am Arbeitsethos verlor im Laufe des ersten Ausbildungsjahres gegenüber einer Ausrichtung an den oftmals bewohner*innenignorierenden Gepflogenheiten der Pflegeteams zunehmend an Bedeutung (vgl. ebd.: 415-428, 462-470, 501). Damit belegen Eylmanns Befunde, ähnlich wie Kühmes und die der referierten internationalen Studien²⁶⁴, den großen Einfluss, der

²⁶¹ Vgl. u.a. Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie Curtis et al. (2012).

²⁶² Vgl. Melia (1983, 1984) und Seed (1994).

²⁶³ An dieser Stelle verweise ich erneut auf Balzers in Kürze erscheinende Dissertationsschrift.

²⁶⁴ Vgl. u.a. Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie Curtis et al. (2012).

dem Pflgeteam bzw. dem Bedürfnis der Lernenden, zu diesem dazuzugehören, bei diesen negativen Entwicklungsprozessen zukommt.

Darüber hinaus weist Eylmann (2015) darauf hin, dass Empathie in den Vorstellungen der Lernenden etwas ist, was mit in die Ausbildung zu bringen sei (vgl. ebd.: 411f.). Dieser Befund bekräftigt die Ergebnisse der internationalen Studien von Neil-Urban (1994) und Drumm (2006) zu den Sichtweisen von Pflegelehrenden auf ihr Lernen von Caring (s. Kapitel 13.1). In beiden Studien waren sich alle teilnehmenden Lernenden einig, dass sie Caring-Fähigkeiten von Natur aus besäßen und mit in die Ausbildung gebracht hätten (vgl. Neil-Urban 1994: 104, vgl. Drumm 2006: 53-63). Eylmann (2015) beschreibt den von ihr identifizierten, für die Altenpflege typischen Habitus als einen, „*der das Motiv des Helfens und Schützens beinhaltet und Selbstlosigkeit präd disponiert*“ (ebd.: 492) sowie insbesondere Fähigkeiten wie Geduld, Empathie, Feingefühl und Sensibilität einbeziehe (vgl. ebd.: 461, 509-512). Eylmann wies in ihrer Dissertation mehrfach darauf hin, dass der von ihr identifizierte Habitus bzw. das damit verbundene starke Helfer*innenmotiv die Gefahr in sich birgt, gelingenden empathischen Prozessen der Perspektivenübernahme entgegenzustehen, was den teilnehmenden Pflegenden bzw. Lernenden aber unbewusst blieb (vgl. ebd.: 495, 413f., 510).

Fichtmüller und Walter (2007) arbeiteten heraus, dass in Deutschland Lerngegenständen wie „*Aufmerksam-Sein*“, „*Patientenbeteiligung*“ sowie „*Kontaktgestaltung*“, also Lerngegenständen, die m.E. eine große Nähe zu Empathie aufweisen, an beiden Lernorten eine nachrangige Bedeutung zukomme und diese weitgehend implizit gelehrt und erlernt werden würden (vgl. ebd.: 316-342, 356-359, 685, 695f.). Zudem weisen sie daraufhin, dass generell Lerninhalten, für die Lernende auf vorberuflich erworbene Fähigkeiten zurückgreifen können, bei allen Beteiligten wenig Wertigkeit zukomme, obwohl diese alltäglich erworbenen Fähigkeiten, so die Forscherinnen, in der Ausbildung einer Reflexion und ggf. Weiterentwicklung bedürfen (vgl. ebd.: 303f., 684). Die Forscherinnen identifizierten ein unter den teilnehmenden Pflegelehrenden aus Deutschland weit verbreitetes „*verkürztes Verständnis von Sich-Hineinversetzen*“ (ebd.: 261) in zu Pflegenden. Gemeint ist, dass Lernende „*selbstbezogene Erfahrungen*“ (ebd.: 445) bzw. „*eigene Gefühle und Wünsche zum Gepflegtwerden als Kriterien für die Urteilsbildung*“ (ebd.: 396) nutzen im Sinne eines wortwörtlich verstandenen „*So pflegen, wie man selbst gepflegt werden möchte*“ (ebd.: 396).²⁶⁵

Die Arbeiten von Fichtmüller und Walter sowie von Eylmann sensibilisierten mich dafür, dass Lernende alltägliche empathische Fähigkeiten bereits mit in die Ausbildung bringen

²⁶⁵ In eine ähnliche Richtung deutet m.E. der von Kosowski (1995) identifizierte dritte Lern- bzw. Erkenntnismodus „*Phantasieren/Sich ausmalen*“ (s. Kapitel 13.1).

und diese in Pflegeinteraktionen (mehr oder weniger erfolgreich) einsetzen. Möglicherweise stehen diese mitgebrachten empathischen Fähigkeiten im Sinne Eylmanns (vgl. ebd.) bzw. das von Fichtmüller und Walter identifizierte vorberuflich erworbene „verkürzte(s) Verständnis von Sich-Hineinversetzen“ (ebd. 2007: 261) gekonnten Prozessen der Perspektivenübernahme in beruflichen Situationen entgegen und bedürfen (zusätzlicher) pädagogischer Interventionen.

15. Zusammenfassung des empirischen Forschungsstands und Schlussfolgerungen für die eigene Untersuchung

In dem Teil II der vorliegenden Arbeit wurde der Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ ausführlich dargelegt. In ihn sind die empirischen Erkenntnisse von über siebzig Studien eingeflossen. Knapp über die Hälfte dieser Studien sind parallel zu meiner Untersuchung entstanden und wurden im Herbst 2016 nachrecherchiert. Hier zeigt sich m.E. ein wachsendes internationales und auch nationales Forschungsinteresse. Nachfolgend werden zunächst die zentralen Ergebnisse der fünf Kapitel des Teils II der vorliegenden Arbeit (Kapitel 10 bis 14) nacheinander komprimiert wiedergegeben. Abschließend erfolgt ein knappes Gesamtfazit, aus dem sich die Untersuchungsfragen meiner Erhebung ergeben.

Die Analyse der vierzehn quantitativen Studien, die die Entwicklung empathischer Fähigkeiten in pflegerischen Bildungsgängen (Bachelor) untersuchten (s. Kapitel 10), ergab tendenziell eine stagnierende bis negative Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Studienverlauf. Zugleich zeigte sie grundlegende Mängel und Grenzen der bisherigen diesbezüglichen pflegerischen Ausbildungsforschung auf. Resümierend ist festzuhalten, dass die Frage nach der Wirksamkeit pflegerischer Curricula auf die Empathie von Pflegestudierenden bislang wissenschaftlich nicht ausreichend geklärt ist. Zudem fehlen empirische Befunde zu möglichen Ursachen bzw. Hintergründen dieser Entwicklungsverläufe.

Die Analyse der dreißig quantitativen Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Förderung von Empathie bei Pflegestudierenden untersuchten, ergab, dass m.E. bislang keine explizite Empfehlung konkreter evidenzbasierter Empathieinterventionen für die Pflegeausbildung möglich ist (s. Kapitel 11). Im Wesentlichen ist dieses mit den, im Kapitel 11 ausführlich dargestellten, Charakteristika und Mängeln der analysierten Studien zu begründen. Diese sind u.a. auch der Tatsache geschuldet, dass Empathie ein komplexes, schwer zu fassendes und damit auch schwer zu untersuchendes Phänomen ist. Resümierend halte ich fest, dass sehr unterschiedliche Empathieinter-

ventionen einzelne oder mehrere Empathiedimensionen bei Pflegestudierenden durchaus kurzfristig fördern können. Ob die Effekte auch über die sofortige Messung nach der Intervention hinausgehen und ob sie einen Einfluss auf das reale empathische Handeln von Studierenden in der Pflegepraxis haben, konnte bislang nicht wissenschaftlich befriedigend nachgewiesen werden. Meines Erachtens sind diesbezügliche Zweifel durchaus angebracht. Zudem liefert die bisherige Forschung zur Wirksamkeit von Empathieinterventionen kaum Erkenntnisse darüber, mit welchen Herausforderungen, Problemen und Lern- bzw. Unterstützungsbedürfnissen Pflegestudierende sich sowohl beim Lernen von Empathie als auch beim empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen konfrontiert sehen. Hier zeichnen sich bedeutsame Forschungslücken ab.

Die acht qualitativen Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie im Laufe ihrer Ausbildung lieferten erste, sehr interessante Erkenntnisse aus ihrer Perspektive über mögliche Hintergründe positiver, negativer bzw. stagnierender Verläufe empathischer Kompetenzen. Aus Sicht der Medizinstudierenden findet Empathielernen im Ausbildungsverlauf durchaus statt, es ist jedoch vielfältigen hinderlichen Einflüssen an beiden Lernorten ausgesetzt (s. Kapitel 12). Die Studien identifizierten eine große Anzahl und Vielfalt sowohl persönlicher, institutioneller als auch an weitere Personen gebundener Einflussfaktoren, die sie als förderlich bzw. hinderlich im Hinblick auf die Anwendung und Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit im Studienverlauf erlebten. Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Pflegelehrende in Deutschland ist zu berücksichtigen, dass sie die Perspektive von angehenden Angehörigen einer anderen Berufsgruppe wiedergeben, die zudem sowohl in anderen Bildungssystemen als auch in anderen Gesundheitssystemen ausgebildet bzw. sozialisiert wurden. Dennoch dienen die identifizierten Einflussfaktoren meiner Sensibilisierung für den Forschungsgegenstand und stellen bedeutsame empirische Befunde dar, die in der Diskussion meiner Forschungsergebnisse unbedingt zu berücksichtigen sind.

Die in den Kapiteln 13 und 14 referierten qualitativen Untersuchungen stellen, infolge des identifizierten Mangels an Studien, die explizit die Sichtweisen von Pflegelehrenden auf ihr Lernen von Empathie untersuchten, m.E. die derzeit aussagekräftigsten wissenschaftlichen Arbeiten mit (in-)direkten Bezügen zu meinem Forschungsthema dar. Nachfolgend werden zunächst die wichtigsten Forschungsergebnisse der im Kapitel 13.1 dargelegten sechs Studien zu den Perspektiven von Pflegelehrenden auf das Lernen von Caring zusammengefasst.

In zwei Studien waren alle Befragten der Überzeugung, dass sie bereits als „*caring individuals*“ (Neil-Urban 1994: 104) bzw. „*caring person(s)*“ (Drumm 2006: 54) ihr Pflegestudium begonnen hätten und dass Caring etwas sei, was nicht gelehrt werden könne

(vgl. Neil-Urban 1994, vgl. Drumm 2006). Zugleich waren sich die Befragten darin einig, dass sich ihre bereits vorhandenen Caring-Fähigkeiten durch das Pflegestudium weiterentwickelt hätten (vgl. ebd.). Die Forschenden ermittelten zudem einige aus der Perspektive von Pflegestudierenden bedeutsame Lernstrategien und Lernanlässe im Hinblick auf das Lernen von Caring, beispielsweise Erkenntnisse zu den Effekten von Modellpersonen, zu möglichen Effekten pädagogischer Beziehungen, in denen Lernende caring Lehrende erleben, zur Bedeutung selbstständigen Handelns als Carer, zum Phantasieren/Sich ausmalen und zum Spüren/Fühlen oder auch zu Effekten der Vermittlung von Caring-Theorien sowie von Reflexionsangeboten (vgl. Kelley 1992, Kosowski 1995, Neil-Urban 1994, Drumm 2006, Solvoll/Heggen 2010, Ma et al. 2014). Darüber hinaus identifizierten die Studien erste Probleme Lernender im Hinblick auf die Anwendung und Weiterentwicklung ihrer Caring-Fähigkeiten in der Pflegepraxis, beispielsweise anfängliche Ängste in pflegerischen Interaktionen, Wut und Hilflosigkeit beim Miterleben patient*innenignorierender Interaktionen oder auch große Unsicherheit bzw. Kontaktvermeidung gegenüber zu Pflegenden anderer Kulturen (vgl. Neil-Urban 1994, Kosowski 1995, Ma et al. 2014). Ferner wiesen Solvoll und Heggen (2010) darauf hin, dass Lernende an beiden Lernorten nicht ausreichend begleitet werden, um aus ihren eigenen Praxiserfahrungen mit Caring zu lernen (vgl. ebd.). Darüber hinaus identifizierte Neil-Urban (1994) u.a. Unterschiede zwischen Pflegelernenden im Hinblick auf ihre Caring-Fähigkeiten am Studienende (vgl. ebd.).

Zugleich verdeutlichte die Darstellung der sechs Studien, dass viele Aspekte des Lernens von Caring erst in Ansätzen erforscht sind. Beispielsweise blieb bei dem überwiegenden Teil der beschriebenen Studien im Dunkeln, ob und v.a. auch inwiefern die Lernenden ihre Caring-Fähigkeiten in der Pflegeausbildung weiterentwickelt haben. Ebenso blieben die Fragen weitgehend unbeantwortet, worin genau aus Sicht der Lernenden die für sie bedeutsamen Herausforderungen und Schwierigkeiten bzw. die tatsächlichen Lernanlässe beim Lernen von Caring bestehen und worin die Lernergebnisse. Auch blieb bislang unklar, welche individuellen Lernbedürfnisse/-wünsche Pflegelernende haben bzw. welche Ideen zur Verbesserung des Lehrens und Lernens von Caring²⁶⁶. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Erforschung der Perspektive von Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Caring noch viele Leerstellen aufweist.

²⁶⁶ Eine Ausnahme stellt die Studie von Ma und Kolleg*innen (2014) dar, die eine Unzufriedenheit der Studierenden mit der Vermittlung von Caring am Lernort Universität identifizierten. Die Studierenden kritisierten, dass die Lehre v.a. aus einer Betonung des pflegerischen Ideals bzw. Wertes Caring bestehen würde (vgl. ebd.: 46, 48). Sie wünschten sich hingegen sowohl eine Vermittlung von Theorien, Konzepten und Interventionen als auch eine Förderung von Haltungen (vgl. ebd.).

Die acht qualitativen Studien (s. Kapitel 13.2), die Erkenntnisse zu den Einflüssen pflegeberuflicher Sozialisationsprozesse auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen bei Pflegelernenden generierten, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, liefern in ihrer Gesamtschau für die Erarbeitung des Forschungsstandes m.E. sehr bedeutsame Befunde. Gemeinsam ist diesen Forschungsergebnissen, dass sie alle, wenn auch in unterschiedlichen Begrifflichkeiten, auf das grundlegende Dilemma von Pflegelernenden verweisen, eigene bzw. am Lernort (Hoch-)Schule vermittelte Werte und Normen einer empathischen, von Mitgefühl geprägten, am Individuum orientierten Pflege in der Pflegewirklichkeit zu vermitteln mit den dort geltenden Gepflogenheiten der jeweiligen Pflgeteams bzw. mit sonstigen institutionellen Bedingungen. Bereits in den 1980er-Jahren berichtete Melia (1984) von der Existenz „*of two discrepant versions of nursing*“, nämlich der „*professional version of nursing*“ und dem „*workload approach*“ (vgl. ebd.: 132-142). Die anderen Forschenden wählten für die Beschreibung des „Soll“ andere Bezeichnungen wie beispielsweise „*caring ethos of professional nursing*“ (Mackintosh 2006: 953), „*individualised person-centered care*“ (Curtis et al. 2012: 793) bzw. das pflegerische Ideal einer „*compassionate practice*“ (vgl. ebd.: 790f.) oder die pflegerischen Werte „*caring*“, „*scientific knowledge base*“ sowie „*patient communication and interaction*“ (Reutter et al. 1997: 151). Für die Beschreibung der Pflegewirklichkeit, wie sie die teilnehmenden Pflegestudierenden oftmals erlebten, wählten sie hingegen u.a. Bezeichnungen wie „*less than ideal care*“ bzw. „*nonexemplar care*“ (Reutter et al. 1997: 153), „*inhumane*“, „*ethical transgressions*“, „*unethical*“ bzw. „*depersonalization*“ (Lemonidou et al. 2004: 125, 129, 134), „*less than optimum care*“ und „*poor and ritualised practice*“ (Mackintosh 2006: 958) oder zu Pflegende werden als „*workload*“ (Seed 1994: 741) bzw. „*objects*“ (ebd. 746) betrachtet.

In vier der acht Studien wurden u.a. positive Entwicklungsverläufe in Richtung einer individuumorientierten Sichtweise auf zu Pflegende und eines wertegeleiteten, reflektierten Pflegehandelns bei allen oder bei zumindest einem Teil der Pflegelernenden identifiziert: In den Studien von Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie von Seed (1994) zeigten sich diese Verläufe bei allen Pflegelernenden, allerdings erst ab dem zweiten Jahr in der Pflegepraxis. In den Studien von Lemonidou et al. (2004) und Mackintosh (2006) zeigten sich positive Entwicklungsverläufe hingegen nur bei einem Teil der Lernenden. Als förderliche Einflussfaktoren identifizierten Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) v.a. die kontinuierliche Begleitung und Zusammenarbeit mit vorbildlichen „*clinical*

*instructors*²⁶⁷. Seed (1994) hingegen identifizierte v.a. die für Lernende bedeutsame Erfahrung, von Pflegenden selbst als Individuum wahrgenommen zu werden, sowie Begegnungen mit Patient*innen, die die Vorstellungen ihrer Lernenden von „normalen“ Patient*innen herausforderten, zunehmendes berufliches Selbstvertrauen bzw. das Reifen als Erwachsene und als Pflegende in den drei Ausbildungsjahren (vgl. ebd.). Die Studien von Mackintosh (2006) und Lemonidou et al. (2004) lieferten keine Erkenntnisse über mögliche Einflussfaktoren.

Negative Entwicklungsverläufe i.S. einer Anpassung an die vorgefundene Pflegerealität zeichneten sich hingegen in allen acht Studien ab. Allcock und Standen (2001) wiesen eine abnehmende Sensibilität aller Pflegelegenden gegenüber den Schmerzen von Patient*innen innerhalb der ersten anderthalb Studienjahre nach (vgl. ebd.). Melia (1983, 1984) wies eine deutliche Desensibilisierung ihres gesamten Samples gegenüber pflegerischen Idealen, eine Distanzierung von Patient*innen bzw. eine Orientierung an den vom Pflegeteam gelebten, oftmals patient*innenignorierenden Arbeitsroutinen nach (vgl. ebd.). Bradby (1990a,b), Seed (1994) und auch Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) belegten ähnliche negative Entwicklungen ebenfalls ihres gesamten Samples im ersten Praxisjahr (vgl. ebd.). Mackintosh (2006) entdeckte diese negative Entwicklung hingegen nur bei den meisten ihrer Pflegelegenden (vgl. ebd.). Diese hatten im Ausbildungsverlauf, so Mackintosh, Überzeugungen entwickelt, dass es zur Rolle beruflich Pflegender gehöre, die Bedeutung von Caring für ihr Pflegehandeln zu einem gewissen Grad abzuschwächen und sich durch „*emotional hardening*“ (ebd.: 959) und wachsenden Zynismus (ebd.: 985) vor zu viel Nähe zu Patient*innen zu schützen. Curtis und Kolleg*innen (2012) identifizierten als Strategie der Lernenden im Umgang mit der o.e. Dissonanz, das (Aus-)Balancieren von Widerstand und Anpassung bzw. von professionellen Idealen und Orientierung an der Praxisrealität (vgl. ebd.: 792-794). Sie sahen das Risiko, dass sich die Studierenden von ihren professionellen Idealen abbringen lassen könnten (vgl. ebd.: 793f.). Lemonidou et al. (2004) identifizierten bei einigen ihrer Pflegelegenden bereits im bzw. nach dem erstem dreizehnwöchigen Praxiseinsatz eine Abnahme von Idealismus, Enthusiasmus und Empathie sowie eine Zunahme von Verzweiflung und Depersonalisation (vgl. ebd.).

Die Analyse der acht Studien in Kapitel 13.2 ergab, dass von den Forschenden bislang im Wesentlichen drei Einflussfaktoren für die soeben skizzierten negativen Verläufe identifiziert wurden: erstens, das starke Bedürfnis der Pflegelegenden ins Pflegeteam

²⁶⁷ „*Clinical instructors*“ sind von der Universität in der Praxis angestellte Pflegende, die in der Lage sind, eine „exzellente Pflege“ (vgl. Campbell et al. 1994: 1131) zu leisten, die einem pflegewissenschaftlichen Anspruch standhält.

integriert zu werden²⁶⁸, zweitens die fehlende Wahrnehmung der Pflegelegenden als Individuen auf den Stationen²⁶⁹ sowie drittens das Alleingelassensein der Lernenden mit belastenden Gefühlen, die durch Pflegeinteraktionen in ihnen ausgelöst wurden und die bewältigt werden mussten²⁷⁰.

Die Analyse der Befunde der deutschen qualitativen Studien (s. Kapitel 14) zur Entwicklung von Pflegelegenden wies in eine ähnliche Richtung wie die der internationalen Studien. Das in den Studien von Kersting (2002), Kühme (2013), Eylmann (2015) sowie Balzer (2016) aufscheinende grundlegende Dilemma von Pflegelegenden, eigene bzw. am Lernort Schule vermittelte Werte und Normen einer empathischen, subjektorientierten Pflege in der Pflegewirklichkeit zu vermitteln mit den dort geltenden Gepflogenheiten der jeweiligen Pflegeteams bzw. mit sonstigen institutionellen Bedingungen, wurde mehrheitlich im Laufe der Ausbildung i.S. einer Anpassung an die vorgefundene Pflegerealität „gelöst“. Desensibilisierungsprozesse gegenüber pflegerischen Idealen bzw. gegenüber deren Verletzungen und eine damit einhergehende Distanzierung von Patient*innen schienen somit in den deutschen Studien ebenso auf wie in den im vorausgegangenen Kapitel 13.2 dargelegten internationalen Studien zur beruflichen Sozialisation. Als bedeutsame Einflussfaktoren für die soeben skizzierten negativen Verläufe zeichneten sich auch in einigen der deutschen Studien das starke Bedürfnis der Pflegelegenden, ins Pflegeteam integriert zu werden (vgl. Kühme, Eylmann, Balzer), sowie die fehlende Wahrnehmung der Pflegelegenden als Individuen auf den Stationen (vgl. ebd.) ab.

Des weiteren verweist die Studie von Eylmann (2015) darauf, dass Empathie in den Vorstellungen der Lernenden etwas ist, was mit in die Ausbildung zu bringen sei (vgl. ebd.: 411f.)²⁷¹. Ähnlich wie Eylmann weisen auch Fichtmüller und Walter darauf hin, dass „mitgebrachte“ empathische Fähigkeiten (vgl. Eylmann 2015) bzw. ein vorberuflich erworbenes „verkürztes Verständnis von Sich-Hineinversetzen“ (Fichtmüller/Walter 2007: 261) professionellen empathischen Erkenntnisprozessen entgegenstehen könnten und daher einer Reflexion bzw. Weiterentwicklung bedürfen (vgl. ebd. 303f., 684; vgl. Eylmann 2015: 495, 413f., 510, 519-523).

Der im Teil II der vorliegenden Arbeit dargelegte aktuelle Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ stellt für mich als Forschende zum einen eine wichtige Ergänzung meiner in Teil I der vorliegenden Arbeit dargelegten theoretischen

²⁶⁸ Vgl. u.a. Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie Curtis et al. (2012).

²⁶⁹ Vgl. Melia (1983, 1984) und Seed (1994).

²⁷⁰ Vgl. Bradby (1990a,b), Allcock und Standen (2001) und Curtis (2014).

²⁷¹ Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Drumm (2006) und Neil-Urban (1994) im Hinblick auf die Caring-Fähigkeiten von Pflegestudierenden (s. Kapitel 13.1).

Sensibilität dar. Sowohl die in Teil II referierten empirischen Befunde als auch die in Teil I ausgeführten theoretischen Perspektiven auf Empathie prägten meine Sicht auf meinen Forschungsgegenstand.

Zum anderen verdeutlicht der im Vorausgegangenen dargelegte Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ m. E. wie wenig bislang bekannt ist über die subjektiven Sichtweisen von Pflegelernenden auf ihr Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung. Diesbezügliche Studien sind meiner Ansicht nach von großer Bedeutung, da sie neue Erkenntnisse aus der Perspektive der Lernenden zu ihren tatsächlichen Relevanzen und Deutungen bezogen auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung liefern können. Hierdurch könnten neue Erklärungsansätze für die Hintergründe der stagnierenden bis negativen Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung gewonnen werden. Die Exploration der Perspektiven von Pflegelernenden in Deutschland auf ihr Lernen von Empathie birgt das Potenzial in sich, die für die Pflegelernenden tatsächlich bedeutsamen diesbezüglichen Aspekte, Bedürfnisse und Probleme herauszufinden.

Diese Erkenntnisse wären eine wesentliche Grundlage, um künftig empirisch fundierte Konzepte zur Förderung empathischer Fähigkeiten bei Pflegelernenden entwickeln zu können. Mit der vorliegenden Untersuchung wird das Ziel verfolgt, einen Beitrag zu leisten, diese Forschungslücke zu verkleinern. Die nachfolgenden Fragen, eine übergeordnete und vier untergeordnete, leiteten meine im nachfolgenden Teil III der vorliegenden Arbeit zu beschreibende empirische Untersuchung.

Wie sehen Aneignungsprozesse empathischer Kompetenzen aus der Perspektive der Lernenden aus?

- Was sind die diesbezüglichen Lernanlässe?
- Wie werden die diesbezüglichen formellen Lernangebote von den Lernenden rezipiert?
- Welche Vorstellungen über Empathie bzw. welche diesbezüglichen Kompetenzen bringen die Lernenden vor dem Hintergrund ihrer Biographie bereits mit in die Ausbildung?
- Werden anfangs vorhandene Vorstellungen bzw. Kompetenzen in der dreijährigen Ausbildung erweitert bzw. eventuell verlernt? Wenn ja, warum?

Teil III Empirische Untersuchung

Die eigene empirische Untersuchung bildet den dritten Teil dieser Arbeit, dieser gliedert sich in vier Kapitel. Im Kapitel 16 wird das methodische Vorgehen eingehend erläutert. Kapitel 17 bis 19 widmen sich den Ergebnissen meiner Untersuchung: Das erste Ergebniskapitel umfasst die Forschungsbefunde zum Verständnis pflegerischer Empathie von Pflegelegenden. Im zweiten und dritten Ergebniskapitel werden die empirischen Befunde zum Lernen pflegerischer Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule dargelegt.

16. Methodisches Vorgehen

In dem vorliegenden Methodenkapitel lege ich, angeregt durch einen Workshop bei Dr. Jan Kruse zu Darstellungsfragen des Methodenkapitels in qualitativen Doktorarbeiten²⁷², den Schwerpunkt auf die ausführliche Darstellung der konkreten Methodik meiner longitudinalen Interviewstudie (vgl. Kruse 2015: 623-643). Hierdurch möchte ich den Leser*innen dieser Arbeit den Nachvollzug der von mir eingesetzten Datenerhebungs- und Analysemethoden ermöglichen, d.h. den Weg zu meinen in den nachfolgenden Kapiteln 17, 18 und 19 dargestellten empirischen Erkenntnissen möglichst umfassend explizieren. Die Grundlagen qualitativer Sozialforschung setze ich hierbei bewusst voraus bzw. verweise an dieser Stelle auf die einschlägigen einführenden Publikationen²⁷³. Nach einer einleitenden Begründung der Wahl des Forschungsansatzes und der Datenerhebungsmethode (s. Kapitel 16.1) werde ich in den folgenden sieben Unterkapiteln meinen Feldzugang (s. Kapitel 16.2) und das Interviewsample (s. Kapitel 16.3) beschreiben, die Konstruktionsphase des Interviewleitfadens für die Ersterhebung nachzeichnen (s. Kapitel 16.4), die beiden Interviewleitfäden (Erst- und Folgerhebung) vorstellen und erläutern (s. Kapitel 16.5), die Durchführung der Datenerhebung darstellen (s. Kapitel 16.6), eine Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen vornehmen (s. Kapitel 16.7) und schließlich das Auswertungsverfahren explizieren (s. Kapitel 16.8). Dem letztgenannten Kapitel, das mit über dreißig Seiten Umfang etwa die Hälfte des Methodenkapitels ausmacht, habe ich bewusst dieses Gewicht verliehen. Es ist mir ein besonderes Anliegen, mein Analyseverfahren und damit meinen Fremdverstehens- und Erkenntnisprozess möglichst transparent und nachvollziehbar darzulegen.

²⁷² Es handelte sich um einen dreitägigen Workshop zum Thema „Strukturierung, Dokumentation und Präsentation qualitativer Forschungsarbeiten“ im Mai 2011 in Hamburg.

²⁷³ Beispielsweise Bohnsack (2014), Flick (2014), Flick/von Kardorff/Steinke (2005), Lamnek (2010), Lucius-Hoene/Deppermann (2004) und Przyborski/Wohlrab-Sahr (2014).

Die Beschreibungen meiner forschungsethischen Überlegungen, die ich zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Forschungsprozesses anstellte, habe ich nach inhaltlichen Gesichtspunkten den jeweiligen Kapiteln des vorliegenden Methodenkapitels zugeordnet (z.B. Kapitel 16.1, 16.2, 16.6, 16.8.3).

16.1 Begründung des qualitativen Forschungsansatzes und der Wahl der Erhebungsmethode

Aufgrund des im Teil II dieser Arbeit dargestellten mageren Forschungsstandes zu den subjektiven Sichtweisen von Pflegelegenden auf ihr Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung (s. Kapitel 9 bis 15) bietet sich für die vorliegende Untersuchung ein induktives, auf Verstehen ausgerichtetes, offenes bzw. exploratives Vorgehen und damit ein qualitativer Forschungsansatz an (vgl. Flick/von Kardorff/Steinke 2005: 13-29, vgl. Kruse 2015: 21-146). Zudem begründet sich die Wahl eines qualitativen bzw. rekonstruktiven Ansatzes mit der Spezifik des Forschungsgegenstands (vgl. Helfferich 2009: 26-35, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 1-10). Subjektive Sichtweisen von Lernenden auf ihr Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung lassen sich angemessen nur mit einem qualitativen Zugang erforschen (vgl. Helfferich 2009: ebd.). Die Rekonstruktion ihrer subjektiven Perspektiven auf Aneignungsprozesse empathischer Fähigkeiten im Rahmen der Pflegeausbildung erfordert sowohl qualitative Erhebungs- als auch Auswertungsverfahren (vgl. Flick 2014: 26-30, 41f., 548-550).

Um die subjektiven Sichtweisen der interessierenden Zielgruppe auf pflegerische Empathie bzw. und auf ihre diesbezüglichen Lernprozesse explorieren zu können, sollte eine Untersuchungsmethode gewählt werden, die die Pflegelegenden selbst zu Wort kommen lässt. Qualitative Interviews stellen laut Flick, von Kardorff und Steinke (2005: 18f.) eine geeignete Erhebungsmethode dar, um einen Zugang zu den Sichtweisen der interessierenden Subjekte zu gewinnen. Aus der Fülle der mittlerweile existierenden Formen und Varianten qualitativer Interviews²⁷⁴ entschied ich mich, vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Angemessenheit der unterschiedlichen Interviewformen gegenüber meiner Zielgruppe und gegenüber meinem Forschungsgegenstand, für teilnarrative Leitfaden-Interviews. Diese Auswahl soll weiter unten begründet werden.

Die vorliegende qualitative Interviewstudie ist als Längsschnittstudie angelegt, um die pflegerische Empathie betreffenden Lernprozesse von Pflegelegenden im Ausbildungsverlauf differenziert(er) nachzeichnen zu können. D.h., mit denselben Lernenden sollten zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihrer Pflegeausbildung Interviews geführt werden, um

²⁷⁴ Einen Überblick über die Vielfalt qualitativer Interviewformen geben beispielsweise Kruse (2015: 147-208), Flick (2014: 194-247, 268-277), Hopf (2005: 349-360), Przyborski/Wohlrab-Sahr (2014: 78-147) und Helfferich (2009: 35-46).

individuelle (Weiter-)Entwicklungsprozesse empathischer Fähigkeiten untersuchen zu können. Vor dem Hintergrund der zeitlich und personell begrenzten Möglichkeiten eines Dissertationsprojektes wurden zwei Erhebungszeitpunkte geplant, einer zur Hälfte der Ausbildung hin und der zweite ungefähr ein Jahr später gegen Ende der Ausbildung. Es war geplant, in den Erstinterviews schwerpunktmäßig den Fokus auf die ersten anderthalb Jahre der Pflegeausbildung zu legen sowie teilweise auch auf die Zeit vor dem Ausbildungsbeginn. In den Folgeinterviews sollte der Schwerpunkt auf der zweiten Ausbildungshälfte liegen. Darüber hinaus sollte rückblickend der gesamte Ausbildungsverlauf unter dem Fokus der (Weiter-)Entwicklung der eigenen Empathiefähigkeit in den Blick genommen werden.

Zudem wäre als ergänzende Datenerhebungsmethode, also zusätzlich zu den qualitativen Interviews, auch eine teilnehmende Beobachtung (vgl. Lüders 2005: 384-401, vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 44-53, vgl. Flick 2014: 281-303) denkbar gewesen. Eine teilnehmende Beobachtung in der Pflegepraxis hätte gegenüber Interviews den Vorteil, zusätzliche Daten über das „tatsächliche“ empathische Handeln sowie das diesbezügliche Lernhandeln der Pflegelernenden zu liefern und damit über die, mit Interviews einhergehende, Ebene von Erzählungen bzw. Erläuterungen ihres Handels sowie ihrer diesbezüglichen Entwicklungsprozesse hinauszugehen (vgl. Flick 2014: 281). Gleichzeitig bedeuten teilnehmende Beobachtungen einen enormen organisatorischen Aufwand und könnten nur ergänzend bzw. in Kombination mit Interviews mit den zu beobachtenden Lernenden geführt werden. Grund ist, dass nur durch Interviews die subjektiven Sichtweisen der interessierenden Zielgruppe auf pflegerische Empathie und auf ihre diesbezüglichen Aneignungsprozesse erhoben und damit Antworten auf die Untersuchungsfragen gegeben werden können. Aufgrund des hohen organisatorischen und zeitintensiven, den Rahmen dieser Qualifikationsarbeit sprengenden Aufwands, wurde von diesem ergänzenden Erhebungsverfahren abgesehen.

Im Folgenden soll die Wahl der Interviewform teilnarratives Leitfaden-Interview begründet werden: Zum einen wurde angenommen, dass Pflegelernende mit der Kommunikationsform qualitatives Interview eher wenig vertraut sind, d.h. wenig bis keine Übung damit haben, offene Erzählräume eigenständig zu gestalten bzw. ihrer Monolog-Pflicht nachzukommen (vgl. Helfferich 2009: 42-44+65-76). Teilnarrative Leitfaden-Interviews bieten die Möglichkeit, im Gegensatz zu narrativen Interviews, die Erzählpersonen hierbei stärker verbal zu stützen und thematisch zu leiten (vgl. ebd.: 43). Hierdurch soll den Pflegelernenden die Last der Erzählung über das in zweierlei Hinsicht (s.u.) abstrakte Interviewthema etwas erleichtert werden.

Zum anderen stellt die Thematik der vorliegenden Untersuchung aufgrund ihres in zweierlei Hinsicht äußerst abstrakten Charakters enorme Herausforderungen sowohl an die Vorbereitung der Interviewfragen als auch an die zu befragende Zielgruppe. Mit „in zweierlei Hinsicht“ ist gemeint, dass sowohl empathische Erkenntnisprozesse als auch Lernprozesse generell eher automatisch, beiläufig, wenig reflektiert bzw. in der Regel implizit verlaufen²⁷⁵. Gemeint ist damit zum einen, dass Pflegelernende vermutlich bislang weder sich mit ihrer, sie seit Kindestagen²⁷⁶ begleitenden alltäglichen Empathiefähigkeit noch mit deren professioneller Anwendung im Berufsfeld Pflege bewusst auseinandergesetzt haben. Das Thema „Lernen“ begleitet die Pflegelernenden ebenfalls seit Beginn ihres Lebens tagtäglich und besonders intensiv in der im Fokus dieser Studie stehenden dreijährigen Ausbildungsphase, doch aufgrund der Beiläufigkeit von Lernprozessen sowie ihres anteilig impliziten Charakters tritt es nur selten ins Bewusstsein. Aus diesem Grunde ist davon auszugehen, dass viele Pflegelernende, obwohl sie über langjährige Erfahrungen mit empathischem (Pflege-)Handeln und auch über diesbezügliche Lernerfahrungen verfügen, voraussichtlich in den Interviews (zunächst) Schwierigkeiten haben werden, diese zu erinnern und zu versprachlichen. Vor diesem Hintergrund wurde sich in dieser Studie bewusst gegen narrative Interviews und für Leitfaden-Interviews mit narrativen Anteilen entschieden. Letztere geben den Befragten durch entsprechende Leitfragen eine Unterstützung bzw. Anregung, eigene Erfahrungen mit pflegerischer Empathie und auch mit diesbezüglichen Lernprozessen zu erinnern und zu erzählen.

Die Leitfragen müssten dann so konzipiert und gereiht werden, dass die Befragten durch sie angeregt und zugleich unterstützt werden, sich auf einen längeren, anspruchsvollen Erinnerungs-, Erzähl- sowie Reflexionsprozess einzulassen, um Worte für „Dinge“ zu finden, mit denen sie sich vermutlich noch nie so umfassend bzw. bewusst auseinandergesetzt haben. Helfferich (2009: 179) bezeichnet diese Interviewform als „*teilnarrative*“ Leitfaden-Interviews und damit als eine „*Mischform(en) zwischen narrativen und strukturierten Interviews*“. Laut Helfferich eignet sich diese Interviewform insbesondere,

„wenn einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll, und wenn andererseits von den Interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll. Diese Eingriffe sind durch das Forschungsinteresse zu legitimieren. Sie sind immer dann sinnvoll, wenn das Forschungsinteresse sich auf bestimmte Bereiche richtet und Texte zu bestimmten Themen als Material für die Interpretation braucht, eine selbständige Generierung solcher Texte aber nicht erwartet werden kann.“ (Helfferich 2009: 179f.)

²⁷⁵ Siehe Kapitel 2, 4, 5 und 7 des Teil I der vorliegenden Arbeit sowie Neuweg (2020).

²⁷⁶ Siehe Kapitel 4 und 5 des Teil I der vorliegenden Arbeit.

Meiner Einschätzung nach kann von Pflegelehrenden nicht erwartet werden, dass sie weitestgehend eigenständig und ohne Strukturierungshilfen bzw. Reflexionsimpulse Erzählungen zu dem komplexen und abstrakten Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ produzieren können. Aus diesem Grunde sind die von Helfferich beschriebenen strukturierenden „Eingriffe“ in den Erzählraum für meine Interviewstudie zu rechtfertigen. Hierbei ist jedoch stets die von ihr formulierte Maxime „*So offen und flexibel – mit der Generierung monologischer Passagen – wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig*“ (ebd.: 181) zu bedenken. Kruse argumentiert, dass grundsätzlich alle qualitativen Interviewformen dem Dilemma von Strukturierung versus Offenheit unterliegen, auch narrative Interviews, jedoch unterschiedlich damit umgehen (vgl. ebd.: 147-150). Für teilnarrative Leitfaden-Interviews führt er die Vermittlung dieser widersprüchlichen Anforderungen in dem folgenden Zitat näher aus:

„Auch wenn das Dilemma zwischen Strukturierung und Offenheit in Leitfadeninterviews eine – unlösbar - Problematik darstellt, kann mit ihm relativ gut umgegangen werden, wenn man schon bei der Konstruktion der Interviewleitfäden einige Gesichtspunkte beachtet. Es muss kein Widerspruch darin bestehen, ‚etwas Bestimmtes wissen zu wollen‘, also thematische Vorgaben zu machen, und gleichzeitig innerhalb dieser Fokussierungen das monologische Rederecht den Interviewten zuzugestehen, ihnen Raum für die subjektiven Relevanzsysteme zu lassen, hörerorientiert zu bleiben. Auch wenn Strukturierung und Offenheit nicht zugleich voll befriedigt werden können, besteht grundlegend kein Widerspruch in Kompromiss-Lösungen. Es ist möglich, offen zu strukturieren. Nicht die Strukturierung als solche ist per se negativ, sondern die Art und Weise, wie strukturiert wird. Doch wie wird es konkret möglich, offen zu strukturieren?“ (Kruse 2015: 212; Hervorhebung im Original)

Laut Kruse und auch laut Helfferich sind verschiedene Gesichtspunkte bei der Konstruktion von Leitfäden für teilnarrative Interviews zu beachten, damit diese die Interviewenden bei der Interviewführung konstruktiv unterstützen, das Spannungsverhältnis zwischen Offenheit und Strukturierung reflektiert und situationsabhängig auszubalancieren (vgl. Kruse 2015: 209-236, vgl. Helfferich 2009: 178-189). Charakteristisch für teilnarrative Interviews ist u.a., dass die verschiedenen Themenblöcke jeweils mit einer sehr offenen, erzählgenerierenden Frage bzw. einer Erzählaufforderung begonnen werden,

„um so eben das jeweilige Themenfeld zu eröffnen und damit den Interviewten maximal die Möglichkeit zu geben, das Themenfeld aus den eigenen Perspektiven und Relevanzsetzungen heraus zu explizieren.“ (Kruse 2015: 213, Hervorhebung im Original)

An diese können dann in Abhängigkeit vom Erzählverhalten der jeweiligen Befragten im Interviewverlauf Aufrechterhaltungsfragen sowie immanente und ggf. auch exmanente offene Nachfragen angeschlossen werden (vgl. ebd.: 213f.). Helfferich beschreibt mit der nachfolgenden Liste zentrale Anforderungen an die Leitfäden teilnarrativer Interviews. Bei der Konstruktion der beiden Interviewleitfäden der vorliegenden Studie orientierte ich mich

u.a. an diesen Anforderungen²⁷⁷. Zudem fanden die umfangreichen, von Kruse zusammengestellten Formulierungsanforderungen an Fragen bzw. Stimuli in Interviewleitfäden (für teilnarrative Leitfaden-Interviews) Berücksichtigung (vgl. Kruse 2015: 215-224).

„Anforderungen an einen Leitfaden sind:

- *Er muss als Ganzes und in allen Teilen (Einzelfragen) den Grundprinzipien der qualitativen Forschung gerecht werden und Offenheit ermöglichen.*
- *Er darf nicht überladen sein mit zu vielen Fragen. Ein unrealistisches Pensum an Fragen und das Interesse an zu vielen Einzelaspekten führen automatisch zu einem gehetzten und „bürokratischen Abhaken“ (Hopf 1978, 102) der einzelnen Fragen. Damit bleibt zu wenig Äußerungszeit für offene und über eine gewisse Erzählzeit hinweg aufrechterhaltene Darstellungen.*
- *Er soll formal übersichtlich und gut zu handhaben sein, damit die Aufmerksamkeit der Interviewenden nicht von der Interviewsituation und der Erzählperson abgezogen wird.*
- *Die Komposition eines Leitfadens sollte dem „natürlichen“ Erinnerungs- oder Argumentationsfluss folgen und nicht zu abrupten Sprüngen und Themenwechseln zwingen. Erinnerungsfragen dürfen nicht mit von heute aus zu reflektierenden oder bilanzierenden Fragen vermischt werden - wenn Einstellungs- und Bewertungsfragen gestellt werden, dann in einem gesonderten Block (möglichst am Ende des Interviews). Generell sollten Fragen, die eine längere Darstellung generieren, am Anfang und gestellt werden; Fragen, die zwar offen gestellt sind, aber keine längere Aussage stimulieren, kommen ans Ende. [...]*
- *Ein Leitfaden darf nicht dazu verführen, dass angebotene Informationen oder „Weiterfragaufforderungen“, die über den im Leitfaden abgesteckten Rahmen hinausgehen, abgeblockt oder Vertiefungen übergangen werden (vgl. Hopf 1978). Priorität hat die spontan produzierte Erzählung – allein dies macht schon klar, dass ein guter Leitfaden nicht viele Fragen enthalten darf.“ (Helfferich 2009: 180, Hervorhebung im Original*

16.2 Beschreibung des Feldzugangs

Der Feldzugang erfolgte in Form einer schriftlichen Anfrage auf dem Postwege an die Leitungen verschiedener Pflegebildungseinrichtungen in dem Bundesland Niedersachsen bzw. den Stadtstaaten Berlin, Bremen sowie Hamburg (s. Anhang 3). In dem Brief wurde den Leitungen das Dissertationsprojekt vorgestellt und sie wurden gebeten, mir einen Kontakt zu den Pflegelehrenden zu vermitteln, die die für die Untersuchung in Frage kommenden Ausbildungskurse leiteten. Es sollten Kurse sein, die vor circa anderthalb Jahren die Ausbildung begonnen hatten. Insgesamt wurden im Frühjahr 2010 vier Gesundheits- und Krankenpflegeschulen, vier Altenpflegeschulen und eine Hochschule sowie deren kooperierende Pflegeschule angeschrieben²⁷⁸.

Da alle vier kontaktierten Gesundheits- und Krankenpflegeschulen bereit waren, an der Studie teilzunehmen, musste eine Auswahl erfolgen, um das Sample zu begrenzen. Der Gesundheits- und Krankenpflegeschule, bei der sich die Kontaktaufnahme mit der entsprechenden Kursleitung aufgrund von deren Urlaubszeiten am längsten herauszögerte,

²⁷⁷ Zu Frageformen und Fragestilen vgl. Helfferich (2009: 102-114).

²⁷⁸ Zur Begründung der Auswahl der Pflegebildungseinrichtungen siehe Kapitel 16.3.1 des Teils III der vorliegenden Arbeit.

wurde schließlich schriftlich abgesagt, da zu diesem Zeitpunkt bereits drei Ausbildungskurse „Gesundheits- und Krankenpflege“ erfolgreich rekrutiert waren.

Die Reaktionen der vier Altenpflegeschulen waren deutlich verhaltender, trotz mehrmaliger Versuche, zunächst auf schriftlichem später teilweise auch auf telefonischem Wege, Kontakt aufzunehmen, blieben erfolglos. Entweder reagierten die Schulleitungen auf meine schriftliche Anfrage nicht oder lehnten die Teilnahme ab. Daraufhin wurde eine fünfte Altenpflegeschule angeschrieben, deren Leitung bereit war, Interviewpartner*innen zu vermitteln. Diese Schule wurde in die Studie eingeschlossen, auch wenn dort der für die Untersuchung interessierende Ausbildungsgang „Altenpflege“ nicht im Oktober 2008 gestartet war, wie an den anderen in das Sample aufgenommenen vier Schulen, sondern im Januar 2009, also drei Monate später. Dieser Umstand wurde bei der späteren Terminierung der Interviews berücksichtigt.

Einige der Leitungen der interessierten Bildungseinrichtungen sendeten mir, nach Einverständnis der Kursleitungen, deren Kontaktdaten zu. Andere gaben den Brief direkt an diese weiter. Daraufhin schlossen sich in der Regel mehrere Kontakte zwischen den jeweiligen Kursleitungen und mir an, teils telefonisch, teils per E-Mail. In diesen wurden Fragen zur Untersuchung geklärt sowie terminliche und organisatorische Absprachen zu den Interviews getroffen. Beispielsweise wurde besprochen, ob es möglich sei, die Befragten für die Zeit des Interviews vom Unterricht freizustellen. An vier der fünf Bildungseinrichtungen präsentierten die Kursleitungen den jeweiligen Ausbildungskursen meine Anfrage und händigten interessierten Lernenden ein von mir erstelltes Informationsblatt (s. Anhang 4) aus. Teilweise entschieden sich Lernende spontan dafür, an der Studie teilzunehmen, teilweise erst auf die persönliche Anfrage ihrer Kursleitung hin.

In dem dualen Studiengang Pflege gestaltete sich die Rekrutierung von Interviewpartner*innen zunächst schwieriger als an den anderen Schulen, da die Schülerstudierenden über Terminnot klagten. Nachdem die Lösung entwickelt wurde, dass die Interviews am Lernort Pflegeschule stattfinden und die Befragten hierfür vom Unterricht beurlaubt werden würden, konnten sich schließlich fünf Interviewinteressent*innen finden. An der fünften Schule wünschte die Kursleitung explizit, dass ich dem Kurs meine Untersuchung vorstelle und selbst um Interviewpartner*innen warb. Diesem Wunsch kam ich nach. Diese Kursleitung vermittelte mir dann im Nachhinein, ebenso wie die anderen, die Kontaktdaten der Interviewinteressent*innen. Per E-Mail und teilweise auch per Telefon erfolgte die Kontaktaufnahme zu den potenziellen Interviewpartner*innen zwecks Vereinbarung eines

konkreten Interviewtermins bzw. -ortes und dem Klären weiterer Fragen seitens der Befragten²⁷⁹.

Für die Folgerhebung nahm ich ein Jahr später wieder per E-Mail Kontakt mit den Kursleitungen auf, erfragte mögliche Zeitfenster während der Unterrichtsblöcke und bat um die Vermittlung ruhiger Räumlichkeiten für die Interviews. Die Kontaktaufnahme zu den Befragten erfolgte an vier Schulen per E-Mail (s. Anhang 5). Diese Lernenden waren alle, abgesehen von einer Person, die die Ausbildung zwischenzeitlich abgebrochen hatte, bereit, ein Folgeinterview zu geben.

An der fünften Pflegeschule hatten die Befragten im Vorjahr gewünscht für die Folgeinterviews über die Kursleitungen und nicht per E-Mail kontaktiert zu werden. An dieser Schule gestaltete sich die Planung bzw. Organisation der Folgerhebung unerwartet schwieriger, da aufgrund von langen Praxiseinsätzen und anschließenden Urlaubswochen des Kurses, die beiden Kursleitungen die Lernenden leider erst an dem Morgen, an dem ich am späten Vormittag zum Interview anreiste, über die Folgeinterviews informierten. Die Lernenden waren gerade aus dem Urlaub zurückgekehrt und in den ersten zwei Unterrichtsstunden des neuen Blocks mit der Besprechung von Organisatorischem zum schriftlichen Examen konfrontiert worden. Dieser Schulblock war der Wiederholung von Unterrichtsinhalten angesichts des bevorstehenden schriftlichen Examens vorbehalten. Nachvollziehbarerweise fühlten sich die vier Lernenden zunächst überrumpelt von den Folgeinterviews. In einem gemeinsamen Gespräch bot ich ihnen an, einen anderen Termin, ggf. auch außerhalb des Schulblocks, zu suchen, sofern sie noch Interesse hätten, an der Studie weiterhin teilzunehmen. In dem Gespräch stellte sich heraus, dass eine*r der Befragten bereit war, spontan ein Folgeinterview zu geben. Als das Folgeinterview mit dieser Person abgeschlossen war, stand ein*e zweite*r Lernende*r vor der Tür und wollte ebenfalls ein Folgeinterview geben. Ein drittes Folgeinterview fand am Folgetag statt. Die vierte Person schied sich aufgrund des von ihr als zu belastend erlebten Examenstresses gegen ein Folgeinterview.

Im Nachhinein kann der Zugang zu und die Rekrutierung von Pflegelehrenden über Gatekeeper, gemeint sind Schulleitungen sowie Kursleitungen, aus unterschiedlichen Gründen als gelungen eingeschätzt werden. Zum einen konnten die Kursleitungen bei den Lernenden, denen sie zum Zeitpunkt der Ersterhebung bereits mindestens anderthalb Jahre bekannt waren und die für sie häufig Vertrauenspersonen darstellten, ein hohes Teilnahmeinteresse wecken. Zum anderen unterstützten sowohl die Schul- als auch die

²⁷⁷ U.a. für die Gestaltung der ersten Kontaktaufnahme zu den Interviewpartner*innen orientierte ich mich am „Leitfaden zum Umgang mit InterviewpartnerInnen im Kontext qualitativer Forschung“ der Arbeitsgruppe Forschungsethik der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung AKG und des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (2009).

Kursleitungen das Zustandekommen und die Durchführung der Erst- und Folgeinterviews, in dem sie Räume für deren Durchführung bereit- und die Lernenden vom Unterricht freistellten. Hierdurch konnten die fünf Pflegeschulen problemlos als zentrale Intervieworte (für jeweils zwei bis fünf Interviews) genutzt werden.

Die Durchführung der 36 Interviews am Lernort Praxis, im ungünstigsten Falle in 36 verschiedenen Einrichtungen, wäre mit einem unverhältnismäßig großen Mehraufwand an Informations- und Organisationsarbeit verbunden gewesen. Man denke nur an die hohe Anzahl der zu informierenden Praxiseinrichtungen, die Kontaktabstimmung über sehr viele verschiedene Pflegedirektionen, die Genehmigung des Forschungsprojektes durch unterschiedliche Betriebsräte sowie Ethikkommissionen usw.. Zudem hatten die beiden ersten Probeinterviews am Lernort Betrieb gezeigt, dass die Befragten sich (und auch ich mich) schwieriger auf das Interview einlassen bzw. schlechter konzentrieren konnten als am Lernort Schule (3. Probeinterview), da die Interviews in einem Besprechungszimmer direkt auf der Station stattfanden (s. Kapitel 16.4). In diesem waren die ganzen Interviews über wiederkehrend vorbeieilende Schritte auf dem Flur, das laute Surren der Patientenklingelanlage sowie laut gesprochene Wortfetzen des Personals, der Patient*innen bzw. der Besucher*innen zu vernehmen. Diese akustischen Reize waren einer ruhigen und entspannten Interviewatmosphäre eher abträglich. Für die Befragten kam noch die Herausforderung hinzu, für die Zeit des Interviews, also gegen Ende einer Frühschicht bzw. zu Beginn einer Spätschicht, aus ihrer Doppelrolle als Arbeitskraft und Auszubildende*r auszusteigen und vorübergehend in die einer bzw. eines zu Interviewenden zu schlüpfen ohne den Arbeitsplatz (die Station) verlassen zu können. Diese Erfahrung sprach ebenfalls für die Rekrutierung von Interviewpartner*innen über die Institution Pflegeschule.

Potenzielle Nachteile des gewählten Feldzugangs über Gatekeeper am Lernort Schule bestehen möglicherweise darin, dass die Befragten v.a. an der Studie teilgenommen haben könnten, da die Kursleitungen dieses wünschten bzw. sie Nachteile befürchteten, wenn sie nicht zustimmen würden. Zudem könnten zusätzliche Thematisierungshemmungen entstanden sein, aus Sorge, dass Inhalte aus den Interviews an die Gatekeeper gelangen könnten. Ein weiterer Nachteil bei der Durchführung von Interviews an Pflegeschulen könnte sein, dass die Befragten durch die räumliche Nähe zum Lernort Schule v.a. diesen in den Interviews thematisieren und den Lernort Praxis ausklammern bzw. vermuten, dass dieser für die Untersuchung sekundär sei.

Diesen potenziell nachteiligen Einflüssen wurde, so weitgehend wie möglich, vorgebeugt. Beispielsweise indem die Befragten ausführlich über den Datenschutz und ihre Rechte als zu Interviewende informiert wurden (s. Kapitel 16.6). Zudem wurde auf den Informationsblättern den Interviewinteressierten explizit die Möglichkeit geboten, das Interview an einem

Ort ihrer Wahl durchzuführen²⁸⁰. Ferner wurden in den Interviews, in denen Befragte stark das Lehren und Lernen von Empathie am Lernort Schule thematisierten, bewusst auch offene Fragen nach dem Lehren und Lernen von Empathie am Lernort Betrieb gestellt. Darüber hinaus wurde über eine ausleitende Interviewfrage die Teilnahmemotivation der Interviewpartner*innen erhoben (s. Kapitel 16.7).

16.3 Vorstellung des Samplingverfahrens und des Interviewsamples

Die Rekrutierung der neunzehn Interviewpartnern*innen erfolgte, wie bereits beschrieben, indirekt, d.h. über die Leitungen verschiedener deutscher Pflegebildungseinrichtungen sowie die Kursleitungen der jeweiligen Ausbildungskurse. Nachfolgend wird das Vorgehen bei der Bildung des Interviewsamples dargestellt und begründet.

16.3.1 Pflegebildungseinrichtungen

Als Samplingmethode wurde in der vorliegenden Untersuchung das „Sampling nach bestimmten, vorab festgelegten Kriterien“ (vgl. Kruse 2015: 240-250, Kluge/Kelle 2010: 50-55, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 182-184) eingesetzt. Bei dieser qualitativen Samplingmethode erfolgt zu Beginn des Projektes eine bewusst gesteuerte, kontrastierende Fallauswahl auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen. In der vorliegenden Untersuchung sind dieses v.a. forschungsthematische Überlegungen sowie mein Vorwissen über das Untersuchungsfeld gewesen (s.u.). Die Berücksichtigung des „Prinzips der maximalen strukturellen Variation“ (vgl. Kleinig 1982) bei der Samplebildung zielt darauf, die Heterogenität im Untersuchungsfeld so weitgehend wie möglich zu erfassen (vgl. Kruse 2015: 242). Letzteres ist eine wesentliche Voraussetzung, um am Ende der Untersuchung fundierte Aussagen zur qualitativen²⁸¹ Verallgemeinerbarkeit der rekonstruktiven Analyseergebnisse treffen zu können (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 177-180, Kruse 2015: 240-248).

Im Folgenden soll ein Überblick über die theoretischen Sampleüberlegungen gegeben werden: Es wurde davon ausgegangen, dass Pflegelernende, die möglichst unterschiedliche Falltypen repräsentieren, sowohl im Hinblick auf ihre subjektive Sichtweise pflegerischer Empathie als auch im Hinblick auf das Lernen empathischer Fähigkeiten, vermutlich nicht an ähnlichen Pflegebildungseinrichtungen zu finden sind, sondern an solchen, die sich hinsichtlich ihrer Profile stark unterscheiden. Vor dem Hintergrund dieser Annahme wurden zu Beginn des Projektes Überlegungen angestellt, welche Pflegebildungseinrichtungen sowie welche Pflegebildungsgänge in die Studie einbezogen werden

²⁸⁰ Lediglich ein*e Befragte*r wählte im Erstinterview einen anderen Interviewort, nämlich ein Café. Die Folgeinterviews fanden alle am Lernort Schule statt.

²⁸¹ Nicht statistischen.

sollten, um dort potenzielle Interviewpartner*innen zu rekrutieren. Bei der Auswahl der Pflegeschulen wurde versucht, eine möglichst große Variabilität zu erreichen, indem Schulen in unterschiedlichen Stadtstaaten bzw. Bundesländern, in unterschiedlicher Trägerschaft, in unterschiedlich großen Städten und mit unterschiedlicher Anzahl an Ausbildungsplätzen kontaktiert wurden. Zudem sollten sowohl besonders innovative Pflegeschulen, an denen beispielsweise bereits Curriculumsentwicklungsprojekte in Zusammenarbeit mit Pflegewissenschaftler*innen bzw. Pflegedidaktiker*innen abgeschlossen wurden und/oder die sich durch den Einsatz besonders innovativer Lehr-Lern-Methoden auszeichneten, angefragt werden als auch eher traditionelle Schulen.

Zudem sollten Lernende unterschiedlicher pflegerischer Ausbildungsgänge in dem Sample vertreten sein. Der anfängliche Fokus in der Planungsphase auf den Ausbildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“ weitete sich aufgrund forschungsthematischer Überlegungen auf den Ausbildungsgang „Altenpflege“ sowie auf primär qualifizierende, duale Studiengänge aus. Leitend war bei der Einbindung des Ausbildungsgangs „Altenpflege“ die Vermutung, dass sowohl empathisches Handeln als auch das Lernen und Lehren pflegerischer Empathie im Setting der Altenpflege anderen Struktureinflüssen (z.B. längere Dauer der Pflegebeziehungen, Pflege findet in der Häuslichkeit des pflegebedürftigen Menschen statt, längere Dauer der Praktikumseinsätze der Lernenden) unterliegen könnte als in klinischen Settings. Ein primärqualifizierender dualer Studiengang Pflege wurde einbezogen, um mögliche Struktureinflüsse eines hochschulischen Bildungsprogramms auf das Lehren und Lernen pflegerischer Empathie zu berücksichtigen. Letztlich wurden Interviewpartner*innen an fünf im Hinblick auf die o.a. Merkmale sehr unterschiedlichen Pflegebildungseinrichtungen in vier verschiedenen Bundesländern bzw. Stadtstaaten gewonnen. Die neunzehn Befragten entstammten unterschiedlichen pflegerischen Bildungsgängen, drei Ausbildungsgängen zur bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger*in (zehn Befragte), einem Ausbildungsgang zur bzw. zum Altenpfleger*in (vier Befragte) sowie einem primär qualifizierenden, dualen Studiengang Pflege (fünf Befragte).

16.3.2 Interviewpartner*innen

Durch den indirekten Zugang zur Zielgruppe über Schulleitungen sowie Kursleitungen konnten neunzehn Pflegelehrende für die Interviewstudie gewonnen werden. Eine gezielte Auswahl der Interviewpartner*innen nach bestimmten soziodemographischen Merkmalen war durch diese Samplingmethode nur sehr bedingt möglich. Beispielsweise wurde, als sich im Verlauf der ersten Erhebungsphase herauskristallisierte, dass sich insbesondere Lernende mit einem guten bis sehr guten schulischen und praktischen Notendurchschnitt für die Interviewteilnahme entschieden, die Kursleitung der vierten teilnehmenden Schule

explizit gebeten, insbesondere auch leistungsschwächere Pflegelehrende persönlich anzufragen. Bei der fünften Schule, in der ich direkt in einem Kurs meine Untersuchung vorstellte und dadurch persönlich um Interviewpartner*innen werben konnte, ermutigte ich ebenfalls insbesondere Lernende mit eher durchschnittlichen Noten, ein Interview zu geben.

Die mittels der im Vorausgehenden beschriebenen Samplingmethode rekrutierten neunzehn Interviewpersonen unterscheiden sich stark voneinander, sowohl im Hinblick auf die standardsoziodemographischen Merkmale als auch im Hinblick auf ihre beruflichen sowie pflegerischen Vorerfahrungen. Die nachfolgende Tabelle 3 gibt einen Überblick über das Variationsspektrum zahlreicher Merkmalskategorien im Interviewsample, die im Hinblick auf die (Weiter-)Entwicklung empathischer Fähigkeiten vor sowie in der Pflegeausbildung von Bedeutung sein könnten. Sie illustriert die enorme Heterogenität des Interviewsamples, das m. E. der Heterogenität der Zielgruppe Pflegelehrende in weiten Zügen Rechnung trägt.

Alter ²⁸²	Altersspanne: 20-45 Jahre, Mittelwert: 26 Jahre, Median: 23 Jahre
Geschlecht	15 weibliche und 4 männliche Pflegelehrende
Bildungsabschluss	Mittlere Reife ²⁸³ (9x), Fachabitur (2x), Abitur (8x)
Bisherige berufl. Bildungsgänge	<u>Berufliche Bildungsgänge mit Abschluss:</u> keine (11x), Gesundheitsberuf (4x), Pflegediensthelfer*in (1x), anderer Ausbildungsberuf (2x), Studium (1x) <u>Mehrjährige berufliche Bildungsgänge ohne Abschluss:</u> keine (17x), Gesundheitsberuf (1x), Studium (1x)
<u>Merkmale der Herkunftsfamilie:</u> Berufl. Bildungsabschlüsse der Eltern Geschwister	 überwiegend Berufsausbildung, einige mit Gesundheitsberuf einige mit Studienabschluss Geschwister: nein (5x), ja (14x)
Familienstand	ledig (16x), verheiratet (2x), geschieden (1x) Kinder: nein (17x), ja (2x)
Pflegerische Vorerfahrungen ²⁸⁴ (vor Ausbildungsbeginn)	- keine pflegerische Vorerfahrung (2x) ²⁸⁵ - ein mehrwöchiges Pflegepraktikum (4x) - mehrere mehrwöchige bzw. mehrmonatige Pflegepraktika (4x) - mehrmonatige Tätigkeit als ausgebildete*r Pflegediensthelfer*in (1x) - FSJ (4x) - mehrjährige Tätigkeit als angeleitete Pflegehilfskraft (4x) - dreijährige Altenpflegeausbildung (1x)

²⁸² Zum Zeitpunkt des Erstinterviews, also im zweiten Ausbildungsjahr.

²⁸³ Darunter sind vier Lernende, die zunächst einen Hauptschulabschluss erworben hatten. Ihre mittlere Reife erwarben sie dann später an einer anderen Schule, beispielsweise einer Berufsfachschule für Gesundheit/ Soziales.

²⁸⁴ In dieser Spalte sind zwanzig Nennungen, da ein*e Befragte*r zwei Mal auftaucht: FSJ plus mehrjährige Tätigkeit als angeleitete Pflegehilfskraft.

²⁸⁵ Diese beiden Befragten verfügten bereits über eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf mit respektive ohne Abschluss.

Sonstige berufliche Vorerfahrungen (vor Ausbildungsbeginn)	Tätigkeit in einem Gesundheitsberuf (3 Jahre)
Aktueller pfleg. Bildungsgang	Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger*in (10x) Ausbildung zur/zum Altenpfleger*in (4x) Dualer Studiengang Pflege (5x)
Spektrum der Notendurchschnitte schulische Pflegeausbildung ²⁸⁶	Zeitpunkt Erstinterview: 1 bis 3,4 Zeitpunkt Folgeinterview: 1 bis 3,4
Spektrum der Notendurchschnitte praktische Pflegeausbildung	Zeitpunkt Erstinterview: 1 bis 2 Zeitpunkt Folgeinterview: 1 bis 2,7

Tabelle 3: Übersicht über das Sample

Als Defizit in der Zusammensetzung des Sample ist festzuhalten, dass, abgesehen von den drei sehr jungen Befragten der Probeinterviews (achtzehn sowie neunzehn Jahre in der Mitte des 2. Ausbildungsjahres), keine weiteren sehr jungen Lernenden für die Hauptuntersuchung gewonnen werden konnten. Eine weitere Limitation besteht darin, dass fast alle Befragten in Deutschland aufgewachsen sind. Lediglich ein*e Befragte*r verbrachte ihre bzw. seine Kindheit und Jugend in einem Land in Zentralasien und zog erst mit Anfang Zwanzig nach Deutschland. Diese*r Befragte*r ist die eine Person, die kurzfristig das Folgeinterview aufgrund von Examensstress ablehnte (s. Kapitel 16.6). Aufgrund des fehlenden Folgeinterviews und auch aufgrund sprachkultureller²⁸⁷ Besonderheiten wurde das Erstinterview dieser Person nicht in die Analyse einbezogen. Als weitere Limitation ist anzunehmen, dass vermutlich in erster Linie Pflege Lernende an der Studie teilnahmen, die sich im Hinblick auf ihre empathischen Fähigkeiten als kompetent einschätzten bzw. dieser eine grundlegende Bedeutung für ihr pflegerisches Handeln zuschrieben.

16.4 Entwicklung des Interviewleitfadens der Ersterhebung

Die Entwicklung des Leitfadens für die Erstinterviews erfolgte in einem mehrschrittigen Prozess. Zunächst wurde in grober Anlehnung an das S²PS²-Verfahren²⁸⁸ der Leitfadententwicklung nach Kruse (vgl. ebd. 2015: 226-236) ein vorläufiger Interviewleitfaden konstruiert. Dieser wurde in einem zweiten Schritt in einer Sitzung des multidisziplinär zusammengesetzten Promotionskollegs „Nutzer*innenorientierte Gesundheitssicherung“ unter Leitung von Prof.in Dr.in Ingrid Darmann-Finck diskutiert und weiterentwickelt. Im März 2010 erfolgte dann ein erster Pretest in Form von zwei Probeinterviews.

Eine besondere Herausforderung bei der Leitfadententwicklung war, eine treffende und zugleich möglichst offene sowie für die zu interviewende Zielgruppe verständliche

²⁸⁶ Bei den Notendurchschnitten handelt es sich um die Angaben, die die Befragten am Ende des Interviews im soziodemografischen Fragebogen machten.

²⁸⁷ Vgl. das Kapitel „Qualitative Interviewforschung im Fremdsprachenkontext“ in Kruse (2015: 312-318).

²⁸⁸ S²PS²-Verfahren: Sammeln, Sortieren, Prüfen, Streichen, Subsumieren.

Umschreibung für die im Zentrum der Forschungsarbeit stehende Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen²⁸⁹ die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, zu finden. Zu diesem frühen Zeitpunkt in meinem Forschungsprozess verwendete ich noch den Begriff hermeneutisches Fallverstehen für diese Fähigkeit (s. Einleitung des Teils I dieser Arbeit). Da der in der deutschen Pflegewissenschaft durchaus gebräuchliche Begriff hermeneutisches Fallverstehen in der Pflegeausbildung gegenwärtig (noch) kaum Verbreitung findet, war eine Umschreibung erforderlich. Es wurden folgende zwei Formulierungen für die Fähigkeit zum hermeneutischen Fallverstehen entwickelt: „Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“ und „Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“. Eine weitere Herausforderung war, Fragen zu formulieren, die Pflegelernende dazu anregen, über so abstrakte Themen wie a) die Fähigkeit zum pflegerischen Fallverstehen bzw. zu pflegerischer Empathie²⁹⁰ und b) das Erlernen dieser Fähigkeit nachzudenken und zu erzählen. Bei der Leitfadenskonstruktion war also zu berücksichtigen, dass sowohl empathische Erkenntnisprozesse als auch diesbezügliche Lernprozesse in der Pflegeausbildung kaum bis eher nicht thematisiert und reflektiert werden, sondern zumeist unbewusst bzw. implizit erfolgen²⁹¹ und daher in der Interviewsituation erst, so weitgehend wie möglich, reflexiv zugänglich gemacht werden müssen.

Die ersten beiden Probeinterviews (69 und 67 Minuten) fanden in einem Besprechungsraum einer gynäkologischen und geburtshilflichen Abteilung eines niedersächsischen Krankenhauses mit zwei Lernenden der Gesundheits- und Krankenpflege statt. Beide befanden sich im 18. Ausbildungsmonat. Die Kontaktvermittlung erfolgte über die bzw. den in dieser Abteilung tätige*n Praxisanleitende*n, die bzw. den ich aus meiner damaligen Tätigkeit als Dozentin in einem Weiterbildungslehrgang „Praxisanleiter*in im Pflegedienst“ persönlich kannte. Die zwei Probeinterviews zeigten zum einen, dass die Befragten mit den für pflegerische Empathie verwendeten Formulierungen „etwas anfangen konnten“ und dass sie durch die Interviewfragen angeregt werden konnten, von Pflegesituationen zu erzählen, in denen aus ihrer Sicht empathisch gehandelt wurde. Zugleich ergab die Analyse der Probeinterviews, dass einige der Fragen zum Erlernen pflegerischer Empathie zu Verständnisschwierigkeiten führten und dass die Befragten sich nicht oder nur schwer an konkrete Situationen erinnern konnten, die beispielsweise bedeutsam für das Erlernen dieser Fähigkeit vor ihrer Ausbildung waren. Die Ergebnisse der zwei Probeinterviews sowie der verwendete Leitfaden wurden daraufhin bei einem Forschungscoaching durch

²⁸⁹ Gemeint ist unter dem Handlungsdruck der Pflegeberufswirklichkeit.

²⁹⁰ Ab jetzt verwende ich auch in dem Teil III der vorliegenden Arbeit den Begriff pflegerische Empathie für die Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können.

²⁹¹ Siehe Kapitel 2, 4, 5 und 7 des Teil I der vorliegenden Arbeit sowie Neuweg (2020).

die Professor*innen und Doktorand*innen des Promotionskollegs „Nutzer*innenorientierte Gesundheitssicherung“ diskutiert und gemeinsam Ideen für geeigneteren Interviewfragen, die auf das Lernen von (pflegerischer) Empathie abheben, entwickelt. Einige der Fragen, die auf die Entfaltung des subjektiven Verständnisses der Lernenden von pflegerischer Empathie zielten, wurden herausgestrichen.

Der in Anschluss an dieses Coaching überarbeitete Leitfaden, der den thematischen Schwerpunkt auf das Lernen pflegerischer Empathie legte, wurde in einem dritten Probeinterview (52 min.) im April 2010 mit einer Interviewperson (19. Ausbildungsmonat) getestet. Die Kontaktvermittlung erfolgte ebenfalls über ehemalige Weiterbildungsteilnehmende. Das Interview fand auf Wunsch der Person in einem Kursraum an ihrer Pflegeschule statt. Zentrale Erkenntnisse aus diesem Test sind, dass die Formulierung und auch die Reihung der Fragen sich als geeigneter erwiesen, um bei der interviewten Person Erinnerungen an ihr Lernen wachzurufen und Erzählungen anzustoßen. Als problematisch stellte sich bei diesem Leitfaden heraus, dass er nicht ausreichend geeignet war, die Interviewperson anzuregen, ihr subjektives Verständnis pflegerischer Empathie zu explizieren. Zwar schienen in den Erzählungen und Reflektionen der interviewten Person über ihr Lernen pflegerischer Empathie auch Hinweise darauf auf, was sie für ein subjektives Konzept pflegerischer Empathie verinnerlicht haben könnte, doch blieb dieses eher schemenhaft und blass. In den ersten beiden Probeinterviews erzählten die Befragten hingegen, angeregt durch entsprechende Fragen des ersten Leitfadens, ausführlich von Situationen, in denen sie selbst und/oder andere empathisch gehandelt haben. In diesen Erzählungen kam das subjektive Verständnis pflegerischer Empathie der jeweiligen Interviewperson wesentlich deutlicher zum Ausdruck.

Zu diesem frühen Zeitpunkt des Forschungsprozesses kristallisierte sich für mich zunehmend der Gedanke heraus, dass die drei Befragten möglicherweise sehr unterschiedliche „Dinge“ unter pflegerischer Empathie zu fassen schienen. Während mich in den konkreten Interviewsituationen ihre Erzählungen über pflegerische Empathie anfänglich einfach erstaunt, teilweise auch irritiert hatten, schälte sich für mich in der handlungsentlasteten Reflexion der drei verschriftlichten Probeinterviews in der Gesamtschau heraus, dass die Befragten offensichtlich unterschiedliche Vorstellungen davon hatten, was pflegerische Empathie ausmache. Das war für mich eine irritierende und zugleich spannende vorläufige Erkenntnis, da ich bis zu diesem Zeitpunkt davon ausgegangen war, dass der Schwerpunkt meiner Arbeit auf der Erforschung der Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung liegen würde. Durch die Probeinterviews wurde mir deutlich, dass bevor ich die Erzählungen der Befragten über die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten analysieren, vergleichen und

systematisieren können würde, ich zu allererst gefordert sein würde, ihre subjektiven Sichtweisen pflegerischer Empathie zu rekonstruieren. Die Probeinterviews gaben erste Hinweise darauf, was für unterschiedliche Tätigkeiten, Handlungen bzw. Kompetenzen die Befragten mit pflegerischer Empathie in Verbindung brachten: u.a. *„jemandem Seelsorge leisten“*, *„dass sie die Sorgen ausschütten können“*, *„versuchen, Extrawünsche zu erfüllen“*, *„Patienten ermutigen, trösten“*, *„aktivierend pflegen“*, *„sehen können, wer, welche Prophylaxen braucht“*, *„informieren, Ratschläge und Tipps geben, z.B. zum Umgang mit einem Colostoma“*, *„Bedürfnisse berücksichtigen“*, *„Beobachten des Patienten als Ganzes, z.B. Urin und Stuhl, gute Krankenbeobachtung“*, *„Umgang mit Patienten“* und *„viel lachen und scherzen“* (s. Probeinterviews 1, 2 und 3).

16.5 Vorstellung der Interviewleitfäden der Erst- und Folgerhebung

Der endgültige Leitfaden für die Ersterhebung (s. Anhang 6) stellt eine Synthese der sich in den Probeinterviews im Hinblick auf die Forschungsfragestellung inhaltlich als ergiebig erwiesenen Leitfragen dar. Das Abstraktions- und Reflexionsniveau dieser Leitfragen wurde nach dem Pretest so weit wie möglich verringert, dennoch verlangte die Mehrzahl der Fragen, aufgrund der sehr abstrakten Untersuchungsthematik, den Erzählpersonen ein hohes Reflexionsvermögen sowie teilweise auch hohe Abstraktionsleistungen ab. Aus diesem Grunde wurde besonders Wert auf die Reihung der Fragen gelegt. Sie dient dazu, die Befragten anzuregen, sich auf einen längeren, äußerst anspruchsvollen, angeleiteten Erinnerungs- und Erzählprozess einzulassen respektive sie hierbei zu unterstützen. Die offenen Fragen zielen darauf ab, den Befragten verschiedene für die Untersuchung zentrale Themenfelder zu eröffnen und ihnen hierbei jeweils möglichst viel Raum zu geben, ihre subjektiven Relevanzen eigenstrukturiert zu explizieren. Nachfolgend sollen die neun zentralen Leitfragen der Ersterhebung kurz vorgestellt und kommentiert werden.

Die Erstinterviews wurden mit einer „Warming-up-Frage“ (vgl. Kruse 2015: 219) zur Berufswahl eröffnet, um den Befragten den Einstieg in die für sie vermutlich eher fremde Gesprächsform „Interviewkommunikation“ durch das Erzählen über eine ihnen vertraute Thematik zu erleichtern.

Leitfrage 1: *„Vielleicht könnten Sie zum Einstieg einmal erzählen, wie Sie zu Ihrer Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin²⁹² gekommen sind.“*

Die zweite Leitfrage führte direkt zu der im Mittelpunkt der Untersuchung stehenden Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können. Ziel war es, Erzählungen über selbsterlebte

²⁹² Bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger, zur bzw. zum Altenpfleger*in oder zum dualen Studium Pflege.

Situationen anzustoßen, in denen Personen empathisch gehandelt haben, um Hinweise auf das subjektive Verständnis der Befragten von pflegerischer Empathie zu erhalten. Es wurde bewusst nach Situationen gefragt, da in der Erzähltheorie eine enge Verbindung zwischen Erzählungen selbsterlebter Erfahrungen und vergangenem Erleben, Orientieren bzw. dem faktischen Geschehensablauf angenommen wird.²⁹³ Die Formulierung „*in besonderer Weise gezeigt*“ wurde gewählt, um Erzählungen über besonders gelungene Situationen anzustoßen, in denen die subjektiven Sichtweisen der Befragten auf pflegerische Empathie im Vergleich zu alltäglichen Situationen besonders deutlich hervortreten.

In dieser ersten Frage zum Themenkomplex „Subjektives Verständnis pflegerischer Empathie“ wurde bewusst die allgemeinere der beiden Umschreibungen dieser Fähigkeit gewählt, um den Erzählraum zu öffnen und nicht frühzeitig auf pflegerische Empathie einzuengen. In den Erstinterviews wurde der Beantwortung dieser Frage infolge der Erfahrungen aus den Probeinterviews bewusst viel Zeit eingeräumt. Ziel war, ausreichend ergiebige und v.a. dem tatsächlichen vergangenen Erleben und Handeln der Befragten möglichst nahe kommendes Datenmaterial²⁹⁴ für die spätere rekonstruktive Analyse der subjektiven Konzepte der Befragten zu generieren. Die Probeinterviews hatten mir, wie bereits beschrieben, vor Augen geführt, wie entscheidend es für meine Studie war, in der nachfolgenden Analysephase aus dem Interviewmaterial herausarbeiten zu können, was die jeweilige Interviewperson für ein subjektives Verständnis pflegerischer Empathie verinnerlicht hatte, da ich dieses in der Interviewsituation selbst in der Regel nicht

²⁹³ An dieser Stelle verweise ich auf Gabriele Rosenthal (1995, 2008) und Fritz Schütze (1987). Exemplarisch zwei zentrale Zitate beider Wissenschaftler*innen, die diese erzähltheoretische Annahme näher ausführen.

„Wenn wir uns nicht damit zufrieden geben wollen, nur etwas über die übersituativen Einstellungen und Alltagstheorien der Befragten zu erfahren, die von den Erlebnissen und Erinnerungen abgehoben sind, und wenn wir nicht den in den Sozialwissenschaften verbreiteten Dualismus von Denken und Handeln vertiefen wollen, sondern wenn wir rekonstruieren wollen, was Menschen im Laufe ihres Lebens erlebt haben, und wie dieses Erleben ihre gegenwärtigen Perspektiven und Handlungsorientierungen konstituiert, dann empfiehlt es sich, Erinnerungsprozesse und deren sprachliche Übersetzung in Erzählungen hervorzurufen. Abgesehen von der Reinszenierung vergangener Situationen im Spiel ermöglicht nur die Erzählung einer Geschichte eine vergleichsweise weitgehende Annäherung an eine ganzheitliche Reproduktion des damaligen Handlungsablaufs oder der damaligen Erlebnisgestalt. Die in Erzählungen von eigenerlebten Situationen eingebetteten Kognitionen und Gefühle sind denen in den damaligen Situationen näher als die vom vergangenen Handlungskontext abgehobenen Argumente im Hier und Jetzt der Gesprächssituation. [...] Gelingt es dagegen, die Interviewten zum Erzählen zu motivieren, dann werden die so genannten Zugzwänge des Erzählens in Kraft gesetzt, die zum einen dazu führen, dass die Erzählenden mehr erzählen als sie zunächst vor der Erzählung vielleicht beabsichtigen, dass ihnen im Erzählvorgang auch mehr und mehr einfällt, und zum anderen, dass sie ihre Erzählungen aber auch beschränken müssen, um sich nicht völlig in allen möglichen Details zu verfangen. Die Zugzwänge des Erzählens lassen sich nach Schütze unterscheiden in den Zwang zur Gestaltschließung, zur Detaillierung und zur Kondensierung.“ (Rosenthal 2008: 141; Hervorhebung im Original)

„Erzählungen eigenerlebter Erfahrungen sind diejenigen vom soziologisch interessierenden faktischen Handeln und Erleiden abgehobenen sprachlichen Texte, die diesem am nächsten stehen und die Orientierungsstrukturen des faktischen Handelns und Erleidens auch unter der Perspektive der Erfahrungsrekapitulation in beträchtlichem Maße rekonstruieren: d.h., insbesondere seine Zeit-, Orts- und Motivationsbezüge, seine elementaren und höherstufigen Orientierungskategorien, seine Aktivitäts- und Reaktionsbedingungen, seine Planungsstrategien, seine grundlegenden Standpunkte und Basispositionen und seine Planungs- und Realisierungskapazitäten.“ (Schütze 1987: 14)

²⁹⁴ Siehe die vorausgegangene Fußnote zu der zugrundeliegenden erzähltheoretischen Annahme.

durchschauen konnte²⁹⁵. Wie, warum und wann sie dieses (weiter-)entwickelt hatte, war erst in einem zweiten Schritt von Relevanz. Aus diesem Grunde wurden bei der zweiten Leitfrage, je nach Bedarf bzw. Gesprächssituation, auch mehrere erzählstimulierende Nachfragen (v.a. Aufrechterhaltungsfragen, Bitten um Detaillierung, immanente Anschlussfragen, teilweise auch exmanente Nachfragen) gestellt, um die Interviewpersonen anzuregen, ihre subjektiven Konzepte so umfassend wie möglich zu explizieren bzw. um das Detaillierungsniveau positiv zu beeinflussen. Beispiele für erzählgenerierende Nachfragen zu der zweiten Leitfrage sind dem vollständigen Leitfaden (s. Anhang 6) zu entnehmen.

Leitfrage 2: *„Unser Interview dreht sich ja heute um die Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen. Erinnern Sie sich an Situationen in Ihrem Leben, in denen Personen diese Fähigkeit in besonderer Weise gezeigt haben? Erzählen Sie diese Situationen bitte näher.“*

Mit der dritten Leitfrage wurde das Themenfeld „Lernen“ eingeführt. Diese sehr allgemein und offen formulierte, die Lernbiografie der Befragten ansteuernde Frage, zielte in erster Linie darauf ab, die Befragten anzuregen, Lernerfahrungen zu erinnern und zu erzählen. Die offene Frageformulierung bot den Lernenden die Möglichkeit, das Themenfeld eigenständig zu strukturieren und eigene Perspektiven zu explizieren. Mit dieser Frage sollten sie unterstützt werden, sich auf das sehr abstrakte und häufig wenig reflektierte Thema „Lernen“ einzustimmen, als Vorbereitung auf die späteren, äußerst anspruchsvollen Leitfragen zum Themenfeld „Lernen von Empathie“. Zudem wurde mit dieser Frage bezweckt, Hinweise auf allgemeine Lernstrategien bzw. Lerntypen in Erfahrung zu bringen.

Leitfrage 3: *„Wenn Sie so zurückgucken auf Ihr Leben und an die vielen Dinge denken, die Sie schon gelernt haben, was würden Sie sagen, wie lernen Sie? Was hilft Ihnen beim Lernen?“*

Die vierte Leitfrage setzte einen weiteren biographisierenden Erzählstimulus, in dem sie die Themenfelder „Empathiefähigkeit“ und „Lernbiographie“ verband. Diese Frage zielte darauf, bedeutsame Lebensphasen, Lebensbereiche, Personen sowie sonstige Lernanlässe in Erfahrung zu bringen, die aus der Sicht der Befragten bereits vor ihrer Pflegeausbildung bedeutsam waren, um ihre empathischen Fähigkeiten (weiter) zu entwickeln

Leitfrage 4: *„Wir kommen jetzt zu der angesprochenen Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Wenn Sie so auf Ihr Leben zurücksehen, wo haben Sie das gelernt?“*

²⁹⁵ Vgl. zu der in der Forschungspraxis verbreiteten Erfahrung des „Nicht-Durchschauens“ fremder Relevanzsysteme in der hochkomplexen kommunikativen Situation des qualitativen Interviews Kruse (2015: 308-312).

Mit der fünften und sechsten Leitfrage wurde inhaltlich an die vierte Leitfrage angeknüpft, jedoch für die Untersuchung besonders relevante Lebensphasen bzw. -bereiche gezielt angesteuert. Mit der fünften Leitfrage wurden die letzten anderthalb Jahre, also die Lebensphase seit Ausbildungsantritt, fokussiert. Ziel war es herauszufinden, ob es in dieser Zeit eventuell bedeutsame Lernanlässe in anderen Lebensbereichen, also neben der Ausbildung, gab, die aus der Sicht der Befragten bedeutsam waren, um ihre empathischen Fähigkeiten weiter zu entwickeln. Grund hierfür ist, dass die Pflegeausbildung oftmals zeitgleich mit weiteren Herausforderungen der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen einhergeht (z.B. erste eigene Häuslichkeit, Umzug in eine neue Stadt, Eingehen einer Partnerschaft), welche aus der Sicht der Befragten möglicherweise Einfluss auf ihre Fähigkeitsentwicklung haben können. Die sechste Leitfrage fokussierte explizit die Pflegeausbildung als möglichen Lernanlass bzw. Lernort empathischer Fähigkeiten. In dieser Leitfrage wurden gezielt beide Umschreibungen der Fähigkeit gleichrangig nebeneinander verwendet. Die sechste Leitfrage bestand aus zwei Teilfragen, um sowohl lernförderliche als auch lernhinderliche Bedingungen zu erfassen.

Leitfrage 5: *„Nehmen Sie bitte nun bewusst einmal die letzten anderthalb Jahre ihres Lebens in den Blick, was hat Ihnen in dieser Zeit dabei geholfen, Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“ weiter zu entwickeln?“*

Leitfrage 6a): *„Es geht immer noch um Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich ja auch beschreiben als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“. Was in Ihrer Ausbildung hat Ihnen geholfen, beim Erlernen dieser Fähigkeit?“*

Leitfrage 6b): *„Was in Ihrer Ausbildung hat Ihnen das Erlernen dieser Fähigkeit erschwert oder behindert?“*

Mit der siebten Leitfrage, einer Bilanzierungsfrage, wurden die Befragten aufgefordert, über ihre Fähigkeitsentwicklung zu reflektieren. Ziel dieser Leitfrage war, dass die subjektiven Sichtweisen der Befragten auf ihren Lernverlauf, ihre Lernergebnisse bzw. -fortschritte expliziert werden sollten.

Leitfrage 7: *„Wenn Sie einmal am Ihren Ausbildungsbeginn zurückgehen und dann Ihren ersten Schulblock, Ihren ersten praktischen Einsatz und all die nachfolgenden Blöcke und Einsätze an Ihrem inneren Auge vorbeiziehen lassen, inwiefern hat sich Ihre Fähigkeit, „Pflegehandlungen an den Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ entwickelt?“*

Die achte Leitfrage stellte eine hypothetische Frageform in Form einer „Szenariofrage“ (Kruse 2015: 221) dar. Durch sie sollten die Befragten gedankenexperimentell dazu angeregt werden, Ideen und Wünsche im Hinblick auf eine für sie optimale Förderung ihrer Empathiefähigkeit im Ausbildungsverlauf zu entwerfen. Ziel war es, die Befragten zu ermutigen, kreativ über die oftmals als begrenzend bzw. lernhemmend erlebten Rahmenbedingungen der gegenwärtigen Pflegeausbildung hinauszudenken. Die Frage

wurde unterteilt, um die mittels der ersten Frage ermittelten Ideen im Hinblick auf ihre Bedeutsamkeit im Ausbildungsverlauf weiter zu durchdenken bzw. sie zu ergänzen.

Leitfrage 8a: *Wenn Sie noch einmal die Ausbildung beginnen könnten, wie könnte eine optimale Förderung Ihrer Fähigkeit „Pflegehaltungen an den Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ im Ausbildungsverlauf Ihrer Meinung nach aussehen? Personelle und finanzielle Aspekte einmal außen vorgelassen.*

Leitfrage 8b: *Aus Ihrer Erfahrung heraus, welche Art der Förderung wäre zu welchem Ausbildungszeitpunkt besonders wichtig?*

Die neunte Leitfrage, eine prospektive Frage (vgl. Kruse 2015: 222), zielte darauf, die Befragten anzuregen, Überlegungen anzustellen hinsichtlich möglicher Entwicklungsbedarfe und -möglichkeiten ihrer Empathiefähigkeit in der zweiten Ausbildungshälfte. Mit dieser Frage wurde ein Raum geöffnet, beispielsweise bisher in der Ausbildung nicht bewältigte Probleme beim empathischen Handeln zu thematisieren. Ebenso bezweckte die Leitfrage die Befragten dazu einzuladen, evtl. Lernwünsche, Lernmöglichkeiten, Bedenken und Sorgen zu verbalisieren im Hinblick auf empathisches Handeln in den v.a. in der zweiten Ausbildungshälfte verorteten, möglicherweise Lernende besonders herausfordernden Praxiseinsätzen in der Psychiatrie, in der Onkologie oder auch im Hospiz- und Palliativbereich.

Leitfrage 9: *„Sie haben bereits die Hälfte Ihrer Ausbildung absolviert, wenn Sie an die zweite Hälfte Ihrer Ausbildung denken, welchen Bedarf und welche Möglichkeiten sehen Sie da, Ihre Fähigkeit, Pflegehaltungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen weiter zu entwickeln?“*

Beendet wurden die Erstinterviews mit einer offenen Ausstiegsfrage (vgl. Kruse 2015: 220) und zwei ausleitenden Standardfragen (vgl. ebd.: 273). Die offene Ausstiegsfrage zielte darauf, zu erkunden, ob die, wie im Vorausgegangenen deutlich geworden ist, anspruchsvollen, ein hohes Erinnerungs-, Erzähl- sowie Reflexionsvermögen voraussetzenden, neun Leitfragen den Interviewpersonen ausreichend Raum geboten hatten, ihre subjektiven Relevanzen hinsichtlich pflegerischer Empathie und dem Lernen selbiger zu explizieren bzw. falls dieses nicht der Fall gewesen sein sollte, dieses am Ende des Interviews nochmals zu ermöglichen. Die beiden Ausleitungsfragen dienten dazu, die Teilnahmebereitschaft der Interviewpersonen und ihr Erleben des Interviews (und damit auch der Interviewfragen) zu erkunden.

Ausstiegsfrage: *„Ja, von meiner Seite aus wäre es das dann. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“*

Nachfrage 1: *„Wie haben Sie denn so das Interview empfunden, wie war das so für Sie?“*

Nachfrage 2: *„Was hat Sie denn dazu bewegt, an diesem Interview teilzunehmen?“*

Die Konstruktion des Leitfadens für die Folgeerhebung (s. Anhang 7) erfolgte in Anlehnung an den Leitfaden der Ersterhebung, d.h., die Leitfrage zu dem Themenfeld „Subjektives Verständnis pflegerischer Empathie“ (s.o. Leitfrage 2) sowie vier Leitfragen zu dem Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“ (s.o. Leitfragen 5-8) wurden, teilweise in leicht modifizierter Form, übernommen. Ebenso wurde mit der offenen Ausstiegsfrage und den beiden Ausleitungsfragen verfahren. Ergänzt wurde der Fragenkatalog um nachfolgend erläuterte fünf Leitfragen. Damit umfasste der Leitfaden für die Folgeinterviews zehn Leitfragen, d.h. fünf alte und fünf neue.

Bei der ersten dieser fünf neuen Fragen handelte es sich um eine „Praktikant*innen“-Frage (vgl. Kruse 2015: 221), die dem Themenfeld „Subjektives Verständnis pflegerischer Empathie“ zuzuordnen ist. Sie wurde im Folgeinterview nach der Leitfrage zu den erinnerten Situationen, in denen empathisch gehandelt wurde, gestellt und zielte darauf ab, die Befragten herauszufordern, ihr Verständnis pflegerischer Empathie direkt(er) zu verbalisieren. Die Frage wurde, ebenso wie die neuen Leitfragen 3 und 4 (s.u.), in den Folgeinterviewleitfaden aufgenommen, da zum Zeitpunkt der Planung der Folgeerhebung der Stand der Analyse der Erstinterviews die sich bereits in den Probeinterviews andeutende Heterogenität der subjektiven Sichtweisen der Befragten auf pflegerische Empathie bestätigt hatte. Die Folgeinterviews sollten deswegen auch genutzt werden, um noch ausführlicheres und aussagekräftigeres Datenmaterial zu diesem für die Untersuchung bedeutsamen Themenbereich zu gewinnen.

Leitfrage 2: *„Was verstehen Sie denn unter der Fähigkeit, auf zu Pflegende individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen? Wie würden Sie das einem Neuling in der Pflege in ganz einfachen Worten erklären?“*

Die zweite und die dritte neue Leitfrage fokussierten die Bedingungen, unter denen die Befragten ihre Empathiefähigkeit einsetzen bzw. nicht einsetzen konnten. Sie boten den Befragten Raum, sowohl eigene als auch institutionelle erleichternde bzw. hemmende Einflüsse auf ihr empathisches Handeln zu thematisieren. Insbesondere die zweite dieser beiden Fragen zielte darauf ab, die Befragten zu ermutigen, ggf. auch eigene Schwierigkeiten bzw. Begrenzungen beim empathischen Handeln zu thematisieren. Durch den präsuppositiven Stimulus dieser Frage (vgl. ebd.: 221), nämlich dass pflegerische Empathie Pflegenden schwer fallen kann bzw. darf, sollte möglichen Thematisierungshemmungen/-grenzen der Befragten vorgebeugt werden. Leitend war hierbei die Annahme, dass die Befragten möglicherweise eigene Probleme beim empathischen Handeln ohne diesen Stimulus, aus Selbstschutz bzw. zwecks einer möglichst positiven Selbstdarstellung, nicht so offen thematisieren würden, da sie diese als Verletzung der pflegerischen Handlungsnorm, sich als Pflegende*r pflegebedürftigen Menschen empathisch zu wenden

zu sollen, einschätzen könnten. Eigene belastende Gefühlen und Gedanken sowie Probleme beim empathischen Handeln werden in der Pflegeausbildung und auch in der Pflegepraxis m. E. gegenwärtig eher tabuisiert.

Leitfrage 3: *„Gibt es Situationen, in denen es Ihnen leicht fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Situationen.“*

Leitfrage 4: *„Gibt es Situationen, in denen es Ihnen schwerer fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Situationen.“*

Die vierte neue Leitfrage zielte, ebenso wie die drei vorausgegangenen, darauf ab, Daten zu generieren, um die subjektiven Sichtweisen der Befragten von Empathie möglichst differenziert rekonstruieren zu können. Sie bot den Befragten Raum, mögliche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede ihres empathischen Handelns in alltäglichen sowie beruflichen Beziehungen zu explizieren.

Leitfrage 5: *„Wenn Sie an Ihre Erfahrungen mit dem Anwenden Ihrer Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was Sie brauchen, in unterschiedlichen Lebensbereichen denken, machen Sie Unterschiede beim Anwenden dieser Fähigkeit zwischen dem beruflichen und dem privaten Bereich? Wenn ja, inwiefern?“*

Die fünfte neue Leitfrage stellte eine hypothetische Frageform in Form einer „Szenariofrage“ (Kruse 2015: 221) dar. Sie wurde als die letzte Leitfrage im Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“ eingesetzt. Durch sie sollten die Interviewpersonen gedankenexperimentell dazu angeregt werden, ausgehend von ihren eigenen Erfahrungen mit dem Lehren und Lernen pflegerischer Empathie, über die ihnen am bedeutsamsten bzw. effektivsten erscheinenden Bedingungen und Strategien zur Förderung dieser Fähigkeit nachzudenken bzw. diese näher auszuführen.

Leitfrage 10: *„Wenn Sie Pflegelehrer*in bzw. Praxisanleiter*in wären, wie würden Sie vorgehen, um die Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, bei Ihren Lernenden zu fördern?“*

Bei näherer Betrachtung der Leitfragen zu den beiden Themenfeldern „Subjektives Verständnis pflegerischer Empathie“ und „Lernen pflegerischer Empathie“ wird jeweils deutlich, dass sie gewisse Redundanzen beinhalten. Die beiden Interviewleitfäden wurden bewusst so konzipiert, um die den Untersuchungsfragen zugrunde liegenden bedeutsamen Themenbereiche aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten bzw. um die Befragten durch unterschiedliche Fragestile und Stimulus-Techniken zu motivieren, möglichst ausführlich und differenziert ihre Relevanzen zu explizieren (vgl. ebd. 2015: 203-230).

16. 6 Durchführung der Datenerhebung

Im Folgenden soll die Durchführung der Datenerhebung dargestellt werden. Insgesamt führte ich 36 Interviews, neunzehn Erstinterviews und siebzehn Folgeinterviews. Die Datenerhebung erfolgte zu zwei unterschiedlichen Ausbildungszeitpunkten der Befragten, nämlich ungefähr in der Mitte der Ausbildung (Ende 18. - Mitte 21. Ausbildungsmonat, d.h. von Ende April bis Anfang August 2010) und ein Jahr später gegen Ende der Ausbildung (Anfang 30. Ausbildungsmonat und 32. Ausbildungsmonat, d.h. Mitte Mai bis Anfang Juli 2011)²⁹⁶. Die zweite Erhebungsphase wurde bewusst in die Zeit des 30. bzw. 32. Ausbildungsmonates gelegt. Grund hierfür waren forschungsethische sowie –strategische Überlegungen, dass Lernende während der vier letzten Ausbildungsmonate erfahrungsgemäß stark durch die schriftlichen, mündlichen und praktischen Examensprüfungen in Anspruch genommen werden. Um zusätzlichen Unterrichtsversäumnissen während dieser „stressigen“ Ausbildungsphase bzw. zusätzlichem Termindruck für die Befragten vorzubeugen und um die Drop-Out-Rate der vorliegenden Längsschnittstudie möglichst niedrig zu halten, wurde bewusst das letzte Drittel des dritten Ausbildungsjahres als Untersuchungszeitpunkt ausgeklammert. An vier der fünf Schulen fanden die Folgeinterviews während des letzten Schulblocks vor dem schriftlichen Examen statt.

Der Abstand zwischen den Erst- und Folgeinterviews betrug zwischen elf und dreizehn Monaten. Die durchschnittliche Interviewdauer der neunzehn Erstinterviews betrug über 90 Minuten, das kürzeste Erstinterview dauerte 50 Minuten sowie das längste 150 Minuten. Die siebzehn Folgeinterviews nahmen eine ähnliche Zeitspanne in Anspruch, d.h. im Durchschnitt knapp 87 Minuten, das kürzeste Folgeinterview 55 Minuten sowie das längste 119 Minuten. Damit wurden insgesamt über 53 Stunden Interviewmaterial erhoben (Ersterhebung: über 28 Interviewstunden, Folgerhebung: knapp 25 Interviewstunden).

Die Interviews fanden überwiegend während der Unterrichtszeit an den Pflegeschulen statt, zumeist in Kurs- oder Gruppenarbeitsräumen, teilweise auch in einem Demoraum, in einem Aufenthaltsraum für Lehrkräfte sowie in einem Büro einer Kursleitung²⁹⁷. Aufgrund der, im Vergleich zu den drei Probeinterviews, unerwartet langen Dauer der Interviews, musste an mehreren Schulen spontan von dem anfänglich geplanten Zeitfenster von rund 90 Minuten pro Interviewpartner*in²⁹⁸ Abstand genommen und improvisiert werden. Die Befragten

²⁹⁶ Eine Ausnahme bildete eine quereinsteigende Person, die die Pflegeausbildung aufgrund einer bereits absolvierten Ausbildung zur bzw. zum Medizinisch-technischen Assistent*in (MTA) verkürzen konnte. Sie war gegen Ende des ersten Ausbildungsjahres in einen laufenden dreijährigen Bildungsgang „Gesundheits- und Krankenpflege“ eingestiegen. Zum Zeitpunkt des Erstinterviews befand sie sich im 9. Ausbildungsmonat und zum Zeitpunkt des Folgeinterviews im 21. Ausbildungsmonat (Verkürzung um 11 Monate).

²⁹⁷ Lediglich ein Erstinterview wurde auf Wunsch der befragten Person an einem Wochenende in einem Café geführt.

²⁹⁸ Hierbei ist zu bedenken, dass, neben der Zeit für das eigentliche Interview, Zeit u.a. für die Vorinteraktionsphase des Interviews (s.u.), die Erläuterung der Einwilligungserklärung, einen Aufnahmetest, das Ausfül-

zeigten sich durchweg sehr flexibel und verzichteten zu meinem Erstaunen von sich aus auf die an den jeweiligen Schulen üblichen Pausenzeiten bzw. führten die Interviews in Ruhe zu Ende, auch wenn bereits offiziell Schulschluss war.²⁹⁹ Die Interviews liefen insgesamt, im Vergleich zu den Probeinterviews auf der beschriebenen Station, sehr ruhig und entspannt ab. Störungen durch hereinkommende Lehrende, Lernende oder Reinigungskräfte sowie klingelnde Telefone kamen eher selten vor. Ein Erstinterview musste aufgrund eines technischen Defektes des Aufnahmegerätes für knapp eine Stunde unterbrochen werden. Die bzw. der Medienbeauftragte der betreffenden Pflegeschule unterstützte mich, den Defekt zu erkennen und zu beheben. Hierdurch konnte das Interview zu Ende geführt werden. Nach diesem Zwischenfall nahm ich sicherheitshalber immer zwei Aufnahmegeräte mit in die Interviewsituationen.

Die Vorinteraktionsphase der Interviews wurde genutzt, um einen vertrauensvollen Kontakt sowie eine offene, permissive Gesprächsatmosphäre aufzubauen. Nach einer Vorstellung meiner Person und dem Dank für die Bereitschaft, ein Interview zu geben, wurde das Forschungsvorhaben kurz erläutert. Bei meiner Selbstdarstellung versuchte ich, die Spannung zwischen Vertrautheit und Fremdheit bzw. zwischen Nähe und Distanz reflektiert auszubalancieren (vgl. Helfferich 2009: 119-132, Kruse 2015: 298-304). Einerseits betonte ich, dass ich selbst als Gesundheits- und Krankenpflegende sowie als Praxisanleiterin gearbeitet hatte, womit ich mich als „Pflegeinsiderin“ präsentierte. Laut Helfferich kann ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund zwischen Interviewer*in und Befragten bei letzteren die Bereitschaft fördern, *„auch solche „Insider“-Aspekte zu thematisieren, die üblicherweise Fremden gegenüber nicht angesprochen werden“* (ebd. 2009: 122). Zugleich versuchte ich Fremdheit bzw. Distanz zu vermitteln, indem ich unterstrich, dass dieses schon viele Jahre her sei und ich seitdem an einer Hochschule studiert habe und mittlerweile arbeiten würde mit dem Ziel, die Pflegeausbildung zu erforschen und weiter zu entwickeln. Ziel dieses Vorgehens war es, eine möglichst vertrauensvolle, zugleich aber auch thematisierungsförderliche Interaktionskonstellation zu gestalten, in der die Explikations- bzw. Detaillierungszwänge gegenüber berufsfremden Personen nicht gänzlich aufgehoben werden sollten bzw. ich auch naiv anmutende Nachfragen stellen konnte (vgl. Helfferich 2009: 119-130). Danach wurde der Ablauf eines qualitativen Interviews erklärt, wobei

len des soziodemografischen Fragebogens sowie für die Nachinteraktionsphase des Interviews (s.u.) erforderlich ist.

²⁹⁹ Lediglich eine befragte Person geriet in der Anfangsphase eines Erstinterviews, das an einem Freitag gegen Mittag stattfand, zunehmend unter Druck, als sie per SMS von ihren Kurskamerad*innen erfuhr, dass die letzten Unterrichtsstunden spontan ausfielen. Mehrfach klingelte ihr Handy und es wurden SMS ausgetauscht. Die Befragte erzählte mir, dass sie gerne die geplante Mitfahrgelegenheit einer Kurskameradin wahrnehmen möchte und durch den Unterrichtsausfall nun unter unerwarteten Zugzwang gerate. Mein Angebot, das Interview abzubrechen, nahm sie sehr erleichtert an. Dieses Interview, das nur eine knappe Viertelstunde dauerte, wurde nicht in die Untersuchung aufgenommen. Es fand daher auch kein Folgeinterview statt. Die befragte Person wäre theoretisch die bzw. der zwanzigste Untersuchungsteilnehmer*in gewesen.

insbesondere auf die den Lernenden vermutlich fremde bzw. ungewohnte Gesprächsform „Interviewkommunikation“ eingegangen wurde. Beispielsweise ermutigte ich sie zum freien Erzählen und auch dazu, sich Zeit zum Nachdenken zu nehmen. Meine Rolle beschrieb ich als eine eher zurückhaltende, überwiegend zuhörende und gelegentlich Fragen stellende (s. Anhang 8).

Zudem händigte ich den Befragten eine schriftliche Einwilligungserklärung aus, die sie am Ende des Interviews unterzeichnen konnten (s. Anhang 9). Besonderen Wert legte ich bei der Erläuterung dieser Einwilligungserklärung³⁰⁰ darauf, die Befragten über den Anonymitäts- und Vertraulichkeitsschutz, den Umgang mit den erhobenen Daten (z.B. hinsichtlich Verwahrung, Löschen, Weitergabe, Veröffentlichung) und ihre Rechte als zu Interviewende ausführlich aufzuklären. Beispielsweise sicherte ich ihnen zu, dass sie jederzeit und ohne Nachteile, einzelne Fragen nicht beantworten, das Interview abbrechen sowie auch im Nachhinein jederzeit ihre Einwilligung widerrufen könnten. Grund für dieses Vorgehen war die forschungsethische Überlegung, dass die Befragten über Gatekeeper (Schulleitungen und Kursleitungen) rekrutiert worden waren, zu denen sie die Ausbildung über in einem Abhängigkeitsverhältnis standen und ich sie unterstützen wollte, eine auf Aufklärung basierende weitestgehend freiwillige Entscheidung für oder gegen eine Interviewteilnahme zu treffen (vgl. Hopf 2005: 591-594). Zudem sicherte ich ihnen Vertraulichkeit und Anonymität beim Umgang mit ihren Daten, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Settings der Pflegeschule, zu (vgl. Flick 2014: 65f.). Insbesondere hob ich hierbei meine Verschwiegenheit gegenüber ihren Kurs- und Schulleitungen sowie Kurskolleg*innen hervor.

Anschließend wurde ein Aufnahmetest durchgeführt und den Befragten eine Einstiegsinformation gegeben. Diese diente dazu, die Lernenden auf die Gesprächssituation einzustimmen und wurde bereits aufgezeichnet (vgl. Kruse 2015: 270-273).

„Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es mir in meiner Untersuchung geht: Ich interessiere mich für die Fähigkeit von Pflegenden „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich auch als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“ beschreiben. Mich interessiert v.a., wie Pflegeauszubildende diese Fähigkeit erlernen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse möchte ich ein pädagogisches Konzept erstellen, wie Pflegeauszubildende gezielter und individueller als bisher beim Erlernen dieser Fähigkeit unterstützt werden können. In unserem Gespräch heute sind mir Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Erlernen dieser Fähigkeit wichtig – mich interessieren positive Erfahrungen genauso wie negative. Es gibt für mich kein Richtig oder Falsch. Ich werte nicht, es ist also keine Prüfungssituation. Im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie bitte, mir all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie auch möglichst wenig unterbrechen und Ihnen genügend

³⁰⁰ Vgl. zum Prinzip der informierten Einwilligung und zum Prinzip der Nicht-Schädigung Hopf (2005: 591-600).

Zeit lassen. Fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Haben Sie noch Fragen?“

Durch die soeben beschriebene Art der Rahmung der Interviews konnte innerhalb sehr kurzer Zeit eine angenehme, von Offenheit, Wertschätzung und Vertrauen geprägte Atmosphäre zwischen den jeweiligen Befragten und mir entstehen. Bei der Durchführung der sich an die Einstiegsinformation anschließenden eigentlichen Interviews wurde darauf geachtet, den Befragten innerhalb der durch die Leitfragen eröffneten Themenfelder so viel Raum wie möglich zu geben, damit sie diese eigenständig strukturieren sowie ihre subjektiven Relevanzen entfalten konnten. Hierzu wurden erzähl- sowie verständnisgenerierende Interviewstrategien, wie beispielsweise immanente Nachfragen, Aufrechterhaltungsfragen, Paraphrasieren sowie reflektierter Einsatz von (para-)verbalen Rezeptionsteuerungssignalen und positiven nonverbalen Gesprächssignalen³⁰¹, eingesetzt. Ziel dieser Strategien ist es, die Befragten in ihrer Rolle als Erzählperson zu bestärken und zu unterstützen, längere, selbstgestaltete, zusammenhängende Textpassagen zu produzieren. Zudem zielen diese Strategien darauf, möglichst gehaltvolle Erzählungen und Beschreibungen zu evozieren, d.h., die Datentiefe und damit die Datenqualität zu befördern. Kruse (2015: 294) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „*deindexalisierende Interviewführung*“.

„Das Ziel qualitativer Interviewführung ist es damit, nicht zu führen, sondern sich führen zu lassen – und zwar von den angedeuteten semantisch-indexikalen Sinnstrukturen der Befragten, von ihren eigenen semantischen Relevanzsetzungen. Der/die Interviewer/in muss ‚lediglich‘ mit seiner/ihrer ‚Interviewführung‘ versuchen, genau jenen semantisch-netzförmigen Sinn im Interview in Abhängigkeit mit den jeweiligen Forschungsfragestellungen und den Erkenntnisinteressen so umfassend wie möglich zur Entfaltung zu bringen: Qualitative Interviewführung ist damit die kommunikative Entfaltung semantischer Netzwerke. Im soeben herangezogenen Beispiel³⁰² müsste also dem indexikalen bzw. dokumentarischen Sinn ‚Berlin‘ im Interview nachgegangen werden, z.B. mit den Fragen: „Was verbinden Sie mit Berlin?“, oder: „Wie war es so in Berlin?“, etc. Dies erinnert wiederum an die Brechungs- bzw. Krisenexperimente von Harold Garfinkel [...], die im Prinzip einen idealtypischen Interviewführungsmodus – im Sinne einer regulativen Idee – darstellen und illustrieren, was qualitative Interviewführung bedeutet: nämlich deindexalisieren im Sinne des Nachfrageprinzips ‚Was meinen Sie damit?‘.“ (Kruse 2015: 293, Hervorhebung im Original)

Dieser deindexalisierende Stil der Interviewführung, den ich im Juli 2009 in dem dreitägigen Workshop „Qualitative Interviews führen - Eine Schulung zur Durchführung offener Interviews“ bei Dr. Jan Kruse begann zu verinnerlichen, kennzeichnete sowohl die Erst- als auch die Folgeinterviews. Im Nachhinein denke ich, dass dieser Stil der

³⁰¹ Zum reflektierten Umgang in Interviewsituationen mit nonverbalen Gesprächssignalen sowie zum Gestalten einer günstigen Sitzanordnung vgl. Helfferich (2009: 98-102, 177).

³⁰² Kruse hatte zuvor am Beispiel des Wortes ‚Berlin‘ verdeutlicht, dass jedes Wort „ein ‚Dokument‘ für einen Sinn (ist), der dahinter steht, der durch das Dokument erst lediglich angezeigt wird. Der kommunikativ-generalisierte Sinn des Worts ‚Berlin‘ ist z.B. einfach nur eine bestimmte, lokalisierbare Großstadt. Der dokumentarische Sinngehalt kann ganz vieles bedeuten: Anonymität, Fremde, Vielfältigkeit, Arbeitsort, Heimat etc.“ (ebd. 2015: 293, Hervorhebung im Original)

Interviewführung maßgeblich zum Umfang und auch zur Dichte des in dieser Studie erhobenen Datenmaterials beigetragen hat. Darüber hinaus wurden in einigen Interviews auch gezielt offene, exmanente Nachfragen gestellt. Beispielsweise wurden die Lernenden eines Bildungsgangs, in dem ein innovatives Lernangebot zur Förderung empathischer Fähigkeiten im Curriculum verankert war, explizit und offen nach diesem Lernangebot gefragt, sofern sie es nicht von sich aus im Interview thematisierten.

Die Nachinteraktionsphase der Interviews wurde genutzt, um die soziodemografischen Daten mittels eines Fragebogens zu erheben (s. Anhang 10) und die Einverständnis-bzw. die Verpflichtungserklärung (s. Anhang 9) zu unterzeichnen. Abschließend ergab sich zumeist ein kurzes informelles Gespräch. Nach den Interviews erstellte ich so zeitnah wie möglich ein Postskript (s. Anhang 11).

Die Interviews wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Anschließend wurden die Audioaufnahmen auf einen Computer überspielt. Danach wurden Sicherheitskopien der digitalisierten Interviews (= Audiofiles) auf externen Medien gespeichert, zwei USB-Sticks sowie eine externe Festplatte. Diese wurden in verschließbaren Schränken gelagert. Die Kontaktdaten der Befragten dokumentierte ich nur handschriftlich und verwahrte sie zusammen mit den unterzeichneten Einwilligungserklärungen an einem anderen Ort in einem abschließbaren Schrank, um eine Trennung von den Erhebungsdaten zu gewährleisten. Angeregt zu diesen sowie auch zu weiteren Maßnahmen, die alle auf das sorgsame Einhalten der Anonymitäts- und Vertraulichkeitszusagen gegenüber meinen Befragten zielten³⁰³, wurde ich durch das Datenschutzkonzept der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG), das *„eine Orientierung für den Umgang mit Daten im Kontext qualitativer Forschung gibt“* (AKG 2009: 4).³⁰⁴

16.7 Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen

Aus meiner Perspektive konnte eine sehr hohe Teilnahmebereitschaft der Befragten sowohl in den Erst- als auch in den Folgeinterviews erreicht werden. Hierfür spricht zum einen die sehr ausgeprägte Erzählbereitschaft der Befragten in beiden Interviews, die sich u.a. in der durchschnittlichen Länge der Erst- und Folgeinterviews ausdrückt: Erstere haben eine durchschnittliche Dauer von über neunzig und letztere eine von knapp siebenundachtzig Gesprächsminuten. Zum anderen weist der Umstand darauf hin, dass siebzehn von neunzehn Befragten der Ersterhebung bereit waren, ein Folgeinterview zu geben und

³⁰³ Vgl. zum Prinzip der Nicht-Schädigung Hopf (2005: 594-600). Hopf führt dort u.a. auch eine unzureichende Sicherung von Erhebungsdaten oder eine unzureichende Anonymisierung in Publikationen als ‚schwächere‘ Form der Schädigung von Befragten an (vgl. ebd.: 595f.).

³⁰⁴ Dieses Datenschutzkonzept der AKG ist im Internet öffentlich zugänglich. Es umfasst, ausgehend von dem Bremer Datenschutzgesetz, konkrete technische sowie organisatorische Vorgehensweisen beim Umgang mit Daten (u.a. Aufbewahrung, sicheres Löschen, Datenvermeidung, Zutritts-, Zugangs- sowie Zugriffskontrollen).

dieses trotz der für mich wahrnehmbaren angespannten Atmosphäre an den Pflegeschulen angesichts der bevorstehenden schriftlichen Examensprüfungen. Zudem stellte sich aus meiner Sicht die Rekrutierung der neunzehn Pflegelehrenden überwiegend als relativ unproblematisch heraus, da, abgesehen von einer Schule³⁰⁵, die Pflegelehrenden mir zügig und ohne für mich erkennbare Hindernisse den Kontakt zu jeweils zwei bis fünf Lernenden vermittelten.

In den Interviews selbst zeigte sich durchweg eine ausgeprägte Erzählbereitschaft der Befragten bei geringen Thematisierungsgrenzen. Auch über heikle und schambesetzte Themen, wie beispielsweise eigene Probleme sowie Überforderungen beim empathischen Handeln, insbesondere auch gegenüber bestimmten pflegebedürftigen Menschen bzw. Patient*innengruppen, oder auch erlebte patient*innenignorierende Pflegesituationen wurde ausführlich, offen und bereitwillig erzählt. Trotz der grundsätzlichen großen Thematisierungsbereitschaft aller neunzehn Befragten unterschieden diese sich stark hinsichtlich ihrer mündlichen Erzählkompetenz (Sprachvermögen), ihrer Reflexionsfähigkeit und ihrem Vermögen, erlebte Pflege- bzw. Lernsituationen zu erinnern. Infolgedessen lassen sich zwischen den Interviews teilweise große Unterschiede im Hinblick auf deren Explikativität respektive Kargheit und damit auf ihre Ergiebigkeit feststellen.

Weitere Hinweise zur Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Befragten liefern deren geäußerte Motivationen, die am Ende der Erst- sowie Folgeinterviews durch eine der beiden ausleitenden Fragen angesteuert wurden (s.o.). Insgesamt konnte ein ausgeprägtes inhaltliches Interesse der Befragten an der Untersuchungsthematik identifiziert werden. Die Befragten gaben an, ein Interview zu geben, da sie dazu beitragen wollten, dass die Perspektiven von Lernenden auf die Pflegeausbildung erforscht werden können. Sie wollten Einblicke in ihr Erleben der Pflegeausbildung an den Lernorten Betrieb und (Hoch-)Schule geben, damit das Lernen und Lehren bzw. die Lernbedingungen analysiert und verbessert werden können. Als weiteres Motiv für ihre Bereitschaft, ein Interview zu geben, konnte ein Lerninteresse der Befragten herausgearbeitet werden. Die Befragten beabsichtigten, Erfahrungen in der Rolle eines zu Interviewenden zu sammeln, die Erhebungsmethode Interview näher kennenzulernen und die Interviews als Ort der Reflexion ihres Lernverhaltens und ihrer -prozesse zu nutzen. Ferner kristallisierte sich heraus, dass einige der Befragten u.a. auch an der Studie teilnahmen, weil sich in ihren

³⁰⁵ An einer Bildungseinrichtung konnten nicht auf Anhieb Interviewpartner*innen gewonnen werden, da sich die Lernenden als voll ausgelastet mit ihrer Pflegeausbildung erlebten. Diese Sichtweise ist nachvollziehbar, da es sich um Schülerstudierende handelte, die im Gegensatz zu traditionell ausgebildeten Pflegelehrenden, ihr Lernen an drei Lernorten (Betrieb, Pflegeschule und Hochschule) koordinieren müssen. In diesem Falle fragte die bzw. der Hochschullehrende bei mir an, ob die Lernenden durch eine Aufwandsentschädigung motiviert werden könnten. Als im weiteren Verlauf der Rekrutierungsphase die Option entwickelt wurde, die Lernenden für die Interviews am Lernort Pflegeschule vom Unterricht freizustellen, fanden sich auch in diesem Bildungsgang fünf Interessent*innen.

Kursen ihrer Wahrnehmung nach nicht schnell genug Freiwillige gemeldet hatten. Die fehlende Bereitschaft ihrer Kurskolleg*innen veranlasste diese Befragten, sich für eine Interviewteilnahme zu entscheiden. Zudem kristallisierte sich in den Folgeinterviews das Motiv heraus, ein zweites Interview zu geben, um dazu beizutragen, dass die Studie wie geplant durchgeführt und ausgewertet werden kann.

Weitere Hinweise zur Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Befragten liefern ihre Reflektionen, die am Ende der Interviews durch die Frage nach ihrem Erleben des Interviews angesteuert wurden (s. Anhänge 6 und 7). Insgesamt gaben die befragten Lernenden an, dass sie die Interviewsituation atmosphärisch als angenehm, entspannt, locker, vertrauensvoll und zwanglos erlebt haben. Einig sind sie sich überwiegend auch darin, dass es einerseits inhaltlich für sie sehr interessant und anregend, aber auch herausfordernd, teilweise auch anstrengend war, sich auf die anspruchsvollen, nicht alltäglichen Fragen einzulassen, über sie nachzudenken, sich zu erinnern und zu erzählen. Sie waren sich zugleich aber darin einig, dass sie, sobald sie Verständnisschwierigkeiten mit einer Frage hatten oder Probleme, sich zu erinnern, durch meine weiteren Nachfragen bzw. Impulse³⁰⁶ unterstützt wurden. Nur sehr wenige Befragte schätzten einige der Fragen, v.a. im Erstinterview, als für sie äußerst schwierig bzw. zu kompliziert ein. Auch diese Befragten gaben an, dass sie die Interviews grundsätzlich für sich als angenehm und anregend erlebt hatten.

Es folgen einige Interviewauszüge, die exemplarisch das soeben skizzierte, in seiner Gesamtschau recht positive Erleben der Befragten wiedergeben.

IP18: *„Äh interessant auf jeden Fall, weil man ja doch noch mal selber ähm revue passieren lässt, was so alles gewesen ist. Also fand ich sehr interessant. Und ja, fand ich gut, also offen auch und ja fand ich auch also gut strukturiert und gut aufgebaut. Die Fragen waren verständlich, also ich konnte immer folgen. Man muss natürlich immer mal nachdenken, weil wenn Dinge länger zurückliegen und sind ja jetzt auch keine Fragen, die man einfach mal so beantworten kann. Also von daher, aber fand ich interessant und ja, fand ich gut.“* (ErstIV18_GM: 01:57:54-01:58:34)

IP2: *„Ja, war wieder sehr angenehm, also, dadurch, dass ich Sie ja jetzt auch schon kannte, das ist dann schon einfacher als beim ersten Mal. Und insgesamt, ja, fand ich, haben Sie mich gut geleitet, also, Sie haben ja einfach nur die Fragen eigentlich gestellt, aber da, wo ich Probleme hatte, haben Sie dann durch gezieltere Fragen mir dann auch noch mal geholfen, dass ich den Punkt noch mal finde, was ich genauer meinte, also das fand ich gut. (IP2 lacht kurz auf.) Ja. Hat mir gut gefallen.“* (FolgeIV2_Z: 1255-1260)

IP6: *„Ähm ja dadurch, dass Sie von vornherein gesagt haben, wie die Umstände sind, dass es einem frei ist, dass man es macht und dass man abbrechen könnte. Und dass nichts irgendwie ähm ja einem schlecht oder gut äh nachgetragen wird oder so ähm war `s halt ganz, war `s angenehm und ja eben durchweg freiwillig und kein Zwang irgendwie. Und das ist ja schon `ne gute Voraussetzung, um `ne gute Atmosphäre zu schaffen. Und auch dass man ähm sich eben Zeit nehmen kann für jede Antwort und Überlegung war gut, ist gut. Mhm ja und auch so `n bisschen interessant über das Ganze zu sprechen. Also ich bin mir, glaube ich, auch `n bisschen klarer über mich selber noch `n*

³⁰⁶ Zum Beispiel: „Nehmen Sie sich ruhig Zeit zum Nachdenken!“ oder „Versuchen Sie doch mal, sich beispielsweise an Ihre letzten Praxiseinsätze zu erinnern!“.

bisschen darüber geworden über meine Auffassung dazu, so 'n paar Sachen, also sehr positiv.“ (ErstIV6_Z: 1385-1396)

Abschließend eine weitere Sequenz, in der eine befragte Person ihre Schwierigkeiten ausdrückt, etwas so abstraktes, in seinem konkreten Verlauf schwer beschreibbares und oftmals unbewusst erfolgendes wie empathisches Handeln im Interview „in Worte [zu] fassen“ (s.u.). Damit thematisiert sie eine, im vorausgegangenen Teil des vorliegenden Kapitels 16 bereits mehrmalig ausgeführte, mit dem Forschungsgegenstand verbundene grundlegende Schwierigkeit.

IP8: *„Es ist natürlich immer schwierig ähm solche Sachen auch mal in Worte zu fassen und das einfach so zu erzählen, sag` ich jetzt mal so. Ähm gerade jetzt äh wie geht man denn besser auf einen ein? Es ist natürlich immer äh speziell auf auf jeden Patienten individuell abgepasst, sag` ich jetzt mal so. Also, dass man sich jetzt da strikt so `n Plan macht, denk` ich, ist jetzt nicht so. Sondern, dass man schon auch ähm so wirklich ähm auf das Individuum guckt, was derjenige oder wie derjenige es halt einfach ähm. Und deswegen ist es für mich auch so schwer, dass alles so zu sagen, okay wie genau macht man das denn. Ich kann nur sagen, ich guck` halt jetzt einfach, was ist das für `n Mensch, wie kann man jetzt da auf den zugehen halt. [...] Also es ist schon schwierig denn zu sagen, so und so und so und so und so mach` ich das jetzt, ne, ja.“ (FolgeIV8_GM:01:56:09-01:57:15)*

16.8 Explikation des Auswertungsverfahrens

Mit dem vorliegenden, umfangreichen Kapitel 16.8 wird das Ziel verfolgt, mein konkretes Analyseverfahren und damit meinen Fremdverstehens- und Erkenntnisprozess möglichst transparent und nachvollziehbar zu beschreiben. Zunächst wird in Kapitel 16.8.1 ausgeführt, wie ich erstmalig vom integrativen Basisverfahren Kruses erfuhr und begründet, warum ich es für die Analyse meiner Interviewdaten für geeignet halte. Danach werden in Kapitel 16.8.2 die Grundzüge des integrativen Basisverfahrens erläutert. Das Kapitel 16.8.3 ist der Beschreibung der Aufbereitung der Interviewdaten gewidmet. Im abschließenden Kapitel 16.8.4 zeichne ich meinen sich knapp über fünf Jahre erstreckenden Analyseprozess nach. Er lässt sich grob in drei Analyseabschnitte unterteilen, die nacheinander beschrieben werden. Anhand exemplarischer Auszüge aus den umfangreichen handschriftlichen sowie digitalisierten Dokumentationen der Ergebnisse der unterschiedlichen Analyseschritte und -phasen (s. Anhänge 14 bis 24) werden zusätzliche Einblicke in meinen Forschungsprozess gegeben.

16.8.1 Begründung der Wahl des integrativen Basisverfahrens

Aufmerksam auf das von Dr. Jan Kruse entwickelte „integrative Basisverfahren“ wurde ich erstmalig durch den von ihm angebotenen dreitägigen Workshop „Qualitative Interviews führen - Eine Schulung zur Durchführung offener Interviews“ im Juli 2009 an der Freien Universität Berlin. Während dieses Workshops, den ich vor Beginn meines Dissertationsprojektes besuchte, erfuhr ich von diesem noch sehr jungen rekonstruktiv-hermeneutischen

Analyseverfahren. Zu diesem Zeitpunkt trug es die Bezeichnung „integrative, texthermeneutische Analyseverfahren“ und wurde seit einigen Jahren an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg am Institut für Soziologie von Kruse entwickelt, erprobt, gelehrt sowie in Form diverser Artikel, Buchbeiträge und einem Reader³⁰⁷ publiziert. Mittlerweile hat Kruse seine Analyseverfahren unter der Bezeichnung „integratives Basisverfahren“ in seiner 2014 veröffentlichten Habilitationsschrift³⁰⁸ umfassend begründet und dargelegt.

Im September 2009, also ein knappes halbes Jahr vor Beginn meines Promotionsprojekts, besuchte ich daraufhin einen zweitägigen Analyse-Workshop an der Universität Freiburg, um diese Auswertungsmethode kennenzulernen. Nach Kruse lehnt sich das von ihm entwickelte Analyseverfahren stark an die ethnomethodologische Konversationsanalyse Harold Garfinkels sowie die Methode der dokumentarischen Interpretation Karl Mannheims an (vgl. Kruse 2015: 465). Mich faszinierte zu diesem frühen Zeitpunkt, dass dieses Verfahren (mikro-)sprachlich-kommunikative Phänomene als analytische Ausgangsbasis der Deutungsarbeit sowie als Option für die Integration unterschiedlicher Analyseperspektiven betrachtet (vgl. ebd.: 462-479). In dem Workshop erfuhr ich durch die gemeinsame Arbeit am Textmaterial der Teilnehmenden, wie ausgehend von einer länger andauernden, detaillierten Analyse und Deskription der im Interviewtext aufscheinenden sprachlich-kommunikativen Phänomene, erst in einem zweiten Analyseschritt von diesen beschriebenen Phänomenen abgeleitet erste Lesarten entwickelt wurden. Das Miterleben dieses verlangsamenden, öffnenden und eng am Text operierenden forschungspraktischen Vorgehens, verdeutlichte mir, wie ein vorschnelles an die Deutungsarbeit Gehen, das mir damals aus unterschiedlichen Analysegruppen nicht fremd war, methodisch systematisch unterbunden werden kann. Zudem erlebte ich, während der gemeinsamen Arbeit am Textmaterial, die in diesem Analyseverfahren verankerte Verwendung von forschungsgegenständlichen sowie methodischen Analyseheuristiken als offen strukturierende Momente in der Textanalyse als enorm fruchtbar. Analyseheuristiken im Rahmen des integrativen Basisverfahrens sollen Perspektiven ermöglichen bzw. eröffnen, aber Ergebnisse nicht determinieren (vgl. ebd.: 479-534; siehe unten zur weiteren Erläuterung des Begriffes). Zudem überzeugte mich die Qualität bzw. die Tiefe der Analyseergebnisse, die im Plenum mittels des integrativen Basisverfahrens aus dem Datenmaterial der

³⁰⁷ Dieser Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“, der erstmalig im März 2005 von Kruse für Seminarzwecke entwickelt und seitdem halbjährlich bis jährlich überarbeitet, korrigiert und ergänzt wurde, umfasste in seiner Version Oktober 2010, mit der ich maßgeblich während meines Analyseprozesses arbeitete, bereits 399 Seiten. Die Weiterentwicklung dieses Readers führte im Jahre 2014 zu einer „ordentlichen Publikation“ in Form des Methodenlehrbuches „Qualitative Interviewforschung. Ein rekonstruktiver Ansatz“, das seine Habilitationsschrift darstellt (vgl. Nachruf für Dr. Jan Kruse der Universität Freiburg. Verfügbar unter: <https://www.sociologie.uni-freiburg.de/personen/kruse> [Mai 2020]).

³⁰⁸ Kruse, J. (2015): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage.

Teilnehmenden gemeinsam erarbeitet wurden. Ein weiterer Faktor mich mit dieser Methode angesichts meines geplanten Promotionsprojekts näher auseinanderzusetzen, war das umfangreiche Workshop-Angebot des Begründers dieser Auswertungsmethode sowie die damit verbundenen Beratungsmöglichkeiten.

Im Nachgang des Analyse-Workshops an der Universität Freiburg setzte ich mich mit dem integrativen Basisverfahren mittels des o.e. Readers erstmalig tiefergehend auseinander. Ich schätzte zu Beginn meines Promotionsprojektes diese rekonstruktiv-hermeneutische Auswertungsmethode, auch wenn sie als sehr arbeitsaufwändig und anspruchsvoll galt und weiterhin gilt und ich diesbezüglich eine „Analyse-Novizin“ war, als geeignet für meine Forschungsarbeit ein (vgl. ebd.: 563). Das integrative Basisverfahren stellte, meiner Einschätzung nach, ein theoretisch fundiertes und methodisch überzeugendes Verfahren der Anleitung und Kontrolle von Fremdverstehensprozessen im Rahmen qualitativer Forschungsarbeiten dar. Es schien mir geeignet, mich dabei zu unterstützen, die im Interviewmaterial aufscheinenden Sichtweisen meiner Interviewpartner*innen auf ihr Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung möglichst offen und methodisch nachvollziehbar sowie im Hinblick auf den intendierten Erkenntnisgewinn möglichst differenziert und fruchtbar rekonstruktiv zu erschließen.

Kruse beschreibt in seiner Habilitationsschrift sein integratives Basisverfahren wie folgt:

„Es basiert auf einem offenen Analyseprozess, in dem die umfassende Deskription sprachlich-kommunikativer Phänomene die Ausgangsbasis für weitere Interpretationen bildet. Es ist damit im Grundsatz ein durch die genuin sozialwissenschaftliche Zielperspektive gerahmtes gesprächs- bzw. textlinguistisches Verfahren. Hier wird im Grund genommen das Programm einer (ethnomethodologischen) Konversationsanalyse [...] berührt. Die Problematik des Fremdverstehens und der Indexikalität werden durch diesen Zugang nicht aufgelöst. Das Ziel besteht darin, sie methodisch bewusst und reflektiert in die Analysepraxis einzubinden. Hierbei soll eine sowohl frühe als auch forschungsgegenständliche und methodische Selektivität so weit wie möglich vermieden werden, um dem Primat rekonstruktiver Offenheit so umfassend wie möglich Rechnung zu tragen. [...] Die Grundidee und der Anspruch des integrativen Basisverfahrens ist, dass man nicht mit einer singulären Analysemethode an einen Text herangeht, sondern umgekehrt: Im Verlaufe einer offenen, (mikro-)sprachlich-deskriptiven Analyse eines Texts kommt man zur integrativen Anwendung von spezifischen forschungsgegenständlichen und methodischen Analyseheuristiken, um so die zentralen Sinnstrukturen in einem Prozess der fortschreitenden Abstrahierung herauszuarbeiten“ (ebd.: 463; Hervorhebung im Original).

16.8.2 Grundzüge des integrativen Basisverfahrens

Im Rahmen dieses Kapitels ist es weder zielführend noch möglich, das integrative Basisverfahren Kruses in Gänze darzulegen. Hierzu verweise ich auf sein umfangreiches Methodenlehrbuch „Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz“ (ebd. 2015, insbesondere auf die Seiten 21-146, 462-573 und 613-681). Ich stelle der nachfolgenden Beschreibung der konkreten Anwendung dieser Analysemethode im Rahmen meines Forschungsprojekts (s. Kapitel 16.8.4) aus diesem Grunde lediglich eine Erläuterung

zentraler Begriffe, nämlich der Begriffe „sprachliche Aufmerksamkeitsebenen“, „Konzept“, „Thematisierungsregel“, „(zentrales) Motiv“ und „Analyseheuristiken“ voran, um den Leser*innen eine erste Orientierung zu geben bzw. den Nachvollzug des von mir vollzogenen Forschungs- und Erkenntnisprozesses zu ermöglichen.

Zu dem Begriff „sprachliche Aufmerksamkeitsebenen“ (vgl. ebd.: 469-475)

Kruse unterscheidet in seinem Analyseverfahren drei sprachlich-kommunikative Aufmerksamkeitsebenen, die Forschende beim ersten Analysedurchlauf, also bei der offenen, deskriptiven Analyse ihrer Interviewdaten, systematisch anleiten sollen. Es handelt sich um die Aufmerksamkeitsebenen „Pragmatik/Interaktion“, „Syntaktik“ und „(Wort-)Semantik“. Auf der Aufmerksamkeitsebene der Pragmatik bzw. Interaktion wird der Fokus auf die sprachpragmatische Interaktion gerichtet, beispielsweise auf die Interview-Dynamik, auf Selbst- und Fremdpositionierungen sowie die Gestaltung der sozialen Beziehung im Interview (vgl. ebd.: 471f.)³⁰⁹. Es wird angenommen, *„dass sich in den sprachpragmatisch konstruierten Beziehungsdimensionen symbolische Sinnfiguren ausdrücken, die es zu rekonstruieren gilt. Kurz gesprochen: Sprachlich-kommunikativer Sinn ist stets sozialer, in irgendeiner Weise beziehungsformiger, oder auf Beziehungen verweisender Sinn.“* (ebd.: 472). Auf der Ebene der Syntaktik werden sprachlich-grammatikalische Besonderheiten der gewählten Versprachlichungen einer Interviewperson³¹⁰ analysiert und als Ausdruck kognitiver Strukturen verstanden (vgl. ebd.: 472f.). Auf der dritten Aufmerksamkeitsebene, der Ebene der (Wort-)Semantik, werden Besonderheiten der Wortwahlen, des Vokabulars bzw. der metaphorischen Wahlen der Interviewperson³¹¹ beschrieben. Diese werden im integrativen Basisverfahren als Ausdruck mentaler Repräsentationen und sozialer Deutungsmuster der Interviewpersonen angenommen (vgl. ebd.: 473). Das Verfahren gibt vor, im ersten Analysedurchgang auf diesen drei Ebenen die sprachlich-kommunikativen Selektionen einer Interviewperson sequentiell parallel zu analysieren, d.h. textabschnittsbezogen zu beschreiben was wie bzw. wie was versprachlicht respektive nicht versprachlicht wird (vgl. ebd.: 469-479).³¹²

³⁰⁹ Als Beispiele für sprachlich-kommunikative Phänomene auf dieser Ebene führt Kruse u.a. den *„Wunsch, sich führen zu lassen; widersprüchliche und verwirrende Selbstrepräsentation, Frage-Antwort-Verhalten und -stile, gemeinsam geteilte Erfahrungshintergründe, soziale Positionierungen gegenüber narrativen Personen, also Personen, über die erzählt wird“* (ebd.: 471) an.

³¹⁰ Als Beispiele für zu beobachtende sprachlich-kommunikative Phänomene auf dieser Ebene führt Kruse u.a. die *„Verwendung von Pronomina, Negationen, Verben (z.B. passive, aktive, reflexive), von direkter Rede, erlebter Rede, Satzabbrüchen, Einschüben, Reformulierungen, Kontextualisierungshinweisen etc.; aber auch prosodische Elemente wie Pausensetzung, Tempo, Lautstärke, Intonation, Akzentuierung etc.“* (ebd.: 471) an.

³¹¹ Als Beispiele für zu beobachtende sprachlich-kommunikative Phänomene auf dieser Ebene führt Kruse u.a. *„zusammengehörige semantische Felder oder einander entgegengesetzte Begriffe, Lexik, Metaphern, Metonymien, Allegorien, Idiomatik (Redewendungen), Versprachlichungsmodi (Fachsprache, Hochsprache, Alltagssprache) etc.“* (ebd.: 471) an.

³¹² Ein zweiundzwanzigseitiges textlinguistisches Glossar relevanter Fachbegriffe zur Beschreibung sprachlich-kommunikativer Phänomene, die für das rekonstruktiv-hermeneutische Analyseverfahren Kruses von Bedeutung sind, befindet sich im Anhang seines Methodenlehrbuches (vgl. ebd.: 659-681).

Zu den Begriffen „Konzept“, „Thematisierungsregel“ und „(zentrales) Motiv“ (vgl. ebd.: 534-557)

Kruse unterscheidet die Begriffe Konzept, Thematisierungsregel und (zentrales) Motiv. Unter Konzepten versteht er Muster, die im Laufe des ersten Analysedurchgangs in den beschriebenen sprachlich-kommunikativen Phänomenalisierungen textabschnittsbezogen auf der (wort-)semantischen Ebene aufscheinen.

„Als Konzepte sollen Muster auf der Ebene dessen, WAS gesagt wird (lexikalische, (wort-)semantische Ebene) bzw. auch WAS nicht gesagt wird, bezeichnet werden. Dies umfasst z.B. auffällige lexikalische Felder und dazugehörige lexikalische Gegenhorizonte, semantische Konstrukte (z.B. Idiomatiken), metaphorische Wahlen oder einfach bestimmte Themen oder Theorien, die angeführt werden.“ (ebd.: 546; Hervorhebung im Original)

Unter Thematisierungsregeln versteht Kruse wiederkehrende Muster, die sich im Laufe des ersten Analysedurchgangs in den beschriebenen sprachlich-kommunikativen Phänomenalisierungen auf der Ebene, wie eine Person versprachlicht, was sie aussagt, textabschnittsbezogen identifizieren lassen.

„Muster in den sprachlich-kommunikativen Phänomenalisierungen auf der Ebene des ‚WIE‘ etwas gesagt wird (oder auch WIE etwas nicht gesagt wird) sollen als Thematisierungsregeln bezeichnet werden.“ (ebd.: 546; Hervorhebung im Original)

Als Beispiele für Thematisierungsregeln führt er u.a. kulturelle oder milieubezogene Thematisierungstabus, den Komplexitätsgrad der Erzählung (Eindeutigkeit, Vielschichtigkeit, Ambivalenz), die Sprecher*innenposition (Ich-Perspektive, Wir-Perspektive, Regel-Perspektive), die (De-)Agentivierung, das Involvement, die Perspektivenübernahme, Textgattungen etc. an (vgl. ebd.. 547-551).

Motive werden nach Kruse, ebenfalls im ersten Analysedurchlauf, textabschnittsbezogen ausgehend von den beschriebenen oben erwähnten Mustern auf der Ebene des Was (Konzepte) und der Ebene des Wie (Thematisierungsregeln) durch interpretatorische Rekonstruktion des dahinter liegenden Sinns (= dokumentarischer Sinn) gewonnen (vgl. ebd.: 534-545).

„Der Dokumentsinn beschreibt im Grunde genommen die Ebene der Bedeutung, wofür das WAS in der Art und Weise WIE es ausgedrückt wird, sinnhaft steht; der Dokumentsinn beschreibt also einen tieferen oder hintergründigen ‚Bedeutungs-Sinn‘, der dafür sorgt, dass sprachlich überhaupt das selektiert wird, was gesagt wird, und dass dies auch noch in der Form vollzogen wird, wie es eben geschieht.“ (ebd.. 537; Hervorhebung im Original)

Das nachfolgende längere Zitat beschreibt Kruses Motiv-Begriff eingehender. Kruse versteht in seinem integrativen Basisverfahren...

„unter dem Begriff des Motivs eine symbolische, konsistente Sinnfigur [...] in einem umfassenderen semantischen, d.h. bedeutungstragenden Sinne: Unter dem Begriff des ‚Motivs‘ kann damit ein konsistentes Bündel verschiedener sprachlicher Selektionen (Wahlen) verstanden werden, die sich im Textmaterial auf verschiedenen sprachlich-kommunikativen Ebenen zeigen und als

Ausdrucksfigur eines spezifischen symbolischen Sinns angesehen werden können. Unter dem Begriff ‚Motiv‘ darf damit nicht ausschließlich ‚Motiv‘ im psychologischen Sinne als Handlungsmotiv und ‚um zu‘-Vorstellung verstanden werden. Motive als symbolische, konsistente Sinnfiguren drücken sich vielmehr in wiederholt auftauchenden sprachlichen Bildern bzw. Metaphern oder semantischen Konzepten (Idiomatiken), in Formen der thematischen Äußerungen, Argumentationen und Positionierungen etc. aus, die im Zusammenhang mit den subjektiven bzw. sozialen Deutungen und Konzeptsystemen der befragten Personen stehen. Dies entspricht eher der Verwendung des Begriffs ‚Motiv‘ im künstlerischen bzw. fotografischen Sinne als Bildmotiv, bzw. im gestalttheoretischen Sinne als konsistente, d.h. homologe symbolische Sinnfigur“ (ebd.: 552; Hervorhebung im Original).

Nach Abschluss des ersten Analysedurchgangs werden die textabschnittsbezogen formulierten Motive in einem zweiten Analysedurchlauf interviewbezogen u.a. in ihrer Gesamtheit, in ihren Beziehungen zueinander, in ihrem Auftreten in dichten Passagen und ihrer Konsistenz über diverse Interviewpassagen hinweg analysiert und zunehmend abstrahierend gebündelt bzw. verdichtet. Hierdurch werden für ein Interview eine überschaubare Anzahl an zentralen Motiven gewonnen (vgl. ebd.: 552-557).

Der erste Analysedurchgang erfolgt im integrativen Basisverfahren arbeitstechnisch in der Regel an ausgedruckten Transkripten, wobei mittels verschiedener Farben, die Deskriptionen aufscheinender sprachlich-kommunikativer Phänomene sowie erste Lesarten bzw. Konzepte, Thematisierungsregeln und Motive in das Transkript selbst hineingeschrieben werden (ggf. Rückseite einbeziehen für längere Notizen) (vgl. ebd.: 614). Der zweite Analysedurchgang dient der Analyse des im ersten Durchgang auf dem Transkriptausdruck entstandenen Analysetextes³¹³, der systematisiert und auf zentrale Ergebnisse hin verdichtet wird (vgl. ebd.). Im weiteren Analyseprozess, gemeint ist nach der Analyse mehrerer Interviews, können im Rahmen von systematischen Queranalysen (Fallvergleiche) auch zentrale Motive für den gesamten Datenkorpus formuliert werden (vgl. ebd.: 616-622). Die Formulierung von zentralen Motiven stellt, so Kruse, einen starken interpretativen Schluss dar, der u.a. vor dem Hintergrund von Forschungsinteressen, Erkenntniszielen sowie theoretischen Verortungen der Forschenden erfolgt (vgl. ebd.: 553f.)

„Die Formulierung von zentralen Motiven [...] stellt dabei [...] einen deutlichen Übergang auf der analytischen Ebene in Bezug auf das zu analysierende Textdatum dar: Spätestens hier vollzieht sich der Wechsel der deskriptiven Rekonstruktion zur (abschließenden) rekonstruktiven Interpretation. Nur über ein ‚Verlassen‘ der direkten Textebene des spezifischen konkreten Falls wird es möglich, solche zentralen Motive [...] in abschließenden Interpretationen zu fixieren – durch die Hinzuziehung des Relevanzsystems der Forschenden, durch Kenntnisse über andere Fälle (Fallkomparation), durch weiterführende theoretische Abstrahierung sowie durch die Rückbindung an die Forschungsfragestellung und deren Weiterentwicklung im Rahmen des fortschreitenden Erkenntnisprozesses.“ (ebd.: 556f.; Hervorhebung im Original)

³¹³ Unter dem Analysetext versteht Kruse die von den Interpretierenden im ersten Analysedurchgang auf dem Transkriptausdruck (= der zu analysierende Text) notierten Ergebnisse ihrer deskriptiven und interpretativen Analysen (vgl. ebd.: 479).

Zu dem Begriff „Analyseheuristiken“ (vgl. ebd.: 479-533)

Laut Kruse stellt die Annahme, rekonstruktive Analysen qualitativer Textdaten generell oder auch den ersten Analysedurchgang seines integrativen Basisverfahrens im Speziellen „*als eine rein induktive Analyse gestalten zu können*“ (ebd.: 479; Hervorhebung im Original) „*einen Irrglauben dar*“ (ebd.). Aus diesem Grunde werden bereits im ersten Analysedurchgang des Interviewmaterials neben den o.e. drei Aufmerksamkeitsebenen zusätzlich forschungsgegenständliche Analyseheuristiken, als „*deduktive` Prozesselemente*“ (ebd.: 491) des integrativen Basisverfahrens in einer offen-strukturierenden Weise explizit verfolgt (vgl. ebd.: 479). Unter forschungsgegenständlichen Heuristiken versteht Kruse „*Mittel der offenen Strukturierung bzw. Systematisierung der Analysearbeit*“ (ebd.) bzw. „*thematische Aufmerksamkeitsebenen*“ (ebd.: 467), die von den Interpretierenden bewusst und sehr offen an die textuellen „*Daten herangetragen werden, um Sinnstrukturen zu identifizieren*“ (ebd.: 484). Er bezieht sich in diesem Zusammenhang auf den Ansatz der sensibilisierenden Konzepte Herbert Blumers, auf das Konzept der Indexikalität Harold Garfinkels sowie auf das Konzept der theoretischen Sensibilität in der Grounded Theory Methodologie (vgl. ebd.: 480). Kruse hebt hervor, dass (fachliche) Begriffe generell vage bzw. nicht exakt definierbar seien und daher „*lediglich (einen) sensibilisierenden Charakter*“ (ebd.: 480) hätten. (Fach-)Begriffen bzw. Analyseheuristiken komme daher im integrativen Basisverfahren eine nicht erkenntnisdeterminierende sondern vielmehr eine sensibilisierende, eröffnende, heuristische bzw. tentative Funktion zu (vgl. ebd.). Kruse plädiert dafür, dass Interpretierende ihre „*Scanner*“ (ebd.: 481), gemeint sind ihre theoretischen Vorannahmen, ihr subjektives Relevanzsystem respektive ihre disziplinären begrifflichen Konzepte bei der Analysearbeit nicht unreflektiert und vorbewusst anwenden, sondern selbige explizieren, reflektieren und gezielt als offene forschungsgegenständliche Analyseheuristiken systematisch einsetzen (vgl. ebd.: 481-483.). Er führt sein Verständnis forschungsgegenständlicher Analyseheuristiken, die er synonym auch als „*Interpretationsleitpfade*“ (ebd.: 483) bezeichnet, im nachfolgenden Zitat näher aus.

„Diese haben dann die Aufgabe, einerseits als Wegweiser im ‚Dickicht sprachlich-kommunikativen Sinns‘ zu fungieren, also dabei zu helfen, sprachlich-kommunikativ konstruierte Sinnstrukturen identifizieren zu können bzw. erkennen zu lernen (Strukturierungsdimension). Andererseits haben sie die Aufgabe, die mannigfaltigen Felder des konstruierten Sinns zu eröffnen, um so aufzuzeigen, wo in thematisch-gegenständlicher Hinsicht überall in den sprachlich-kommunikativen Phänomenen wie nach Sinn gesucht werden kann (Eröffnungsdimension).[...] Diese ‚Interpretationsleitpfade‘ müssen selbst eine offene Funktionsstruktur aufweisen, um in deskriptiver Weise dicht an den textuellen Phänomenen bleiben zu können. Nur so können vielfältige Interpretationsspielräume eröffnet werden (und bleiben) ohne die Ergebnisse der Analyse subsumtionslogisch vorwegzunehmen. Insofern stellen forschungsgegenständliche Analyseheuristiken vorsichtige Wegweiser dar, die nur grobe Richtungen ausweisen. Wenn man so möchte, stellen jene Analyseheuristiken in ihrer Funktion nichts anderes dar als große ‚Kisten‘, deren lediglich thematisch-dimensionaler Rahmen geklärt ist, aber nicht deren ‚Inhalt‘, der erst über die Analyse sprachlich-kommunikativer Phänomene im Hinblick auf deren Bedeutungsgehalte durch die Textdaten geklärt wird“ (ebd.: 483; Hervorhebung im Original).

Als Beispiele für mögliche forschungsgegenständliche Analyseheuristiken³¹⁴ für sozialwissenschaftliche Forschungsfragestellungen führt Kruse u.a. „Verbundenheit und Kollektivität versus Ablösung und Individualität“, „Inkonsistenzen und Ambivalenzen bzw. Brüche und Zäsuren“, „Begründungspflichtiges versus Selbstverständliches“, „Soziale Regeln“, „Wandel versus Kontinuität, Entwicklung versus Invarianten“, die Kodierfamilien Barney Glasers sowie projektspezifische forschungsgegenständliche Analyseheuristiken (z.B. berufliche Identität, Professionalisierungsverständnisse, Arbeitsverständnisse, subjektivierendes Arbeitshandeln) an und erläutert sie ausführlich (vgl. ebd.: 484-490).

16.8.3 Aufbereitung der Interviewdaten

Die Transkription des umfangreichen Interviewmaterials stellte sich als enorm zeitaufwändig heraus und wurde mit Fortschreiten des Analyseprozesses delegiert. Die ersten Erstinterviews transkribierte ich alleine, wurde dann aber zunehmend durch eine studentische Hilfskraft und zwei Hilfskräfte aus meinem privaten Umfeld entlastet. Zu einem späteren Zeitpunkt lagerte ich Transkriptionsarbeiten an ein professionelles Transkriptionsbüro aus. Um im Analyseprozess wirklich flexibel bei der Fallauswahl bzw. Fallkontrastierung sein zu können, wurden alle neunzehn Erstinterviews transkribiert. Die Transkripte der sieben Erstinterviews, die ich kleinschrittig, also Wort für Wort bzw. line by line analysierte (s. Kapitel 16.8.4), kontrollierte ich vor Beginn der Auswertungsphase vollständig und nahm selbst die Anonymisierung von Namen, Ortsangaben, Bezeichnungen von Institutionen etc. vor. Mit den Folgeinterviews wurde ähnlich verfahren. Es wurden aus Zeit- und Kostengründen jedoch nur noch die sechs Folgeinterviews transkribiert, vollständig kontrolliert und anonymisiert, die auch kleinschrittig ausgewertet wurden. Für die Transkriptionsarbeit wurde die Transkriptions-Software f4 verwendet. Die Interviewtranskripte wurden zunächst alle auf einem mittleren Notationsniveau erstellt (wortwörtliche Versprachlichung, Kennzeichnung markanter Pausensetzungen sowie Betonungen). Bei der Kontrolle der Transkripte der Erstinterviews transkribierte ich die Interviews, die ich kleinschrittig analysierte (s. Kapitel 16.8.4) komplett feiner nach, um noch detaillierter die „mikrosprachlich-kommunikativen Phänomene“ (Kruse 2015: 350) bzw. das „Wie‘ der Versprachlichung“ (ebd.: 356) wiederzugeben (s. Anhänge 12 und 13). Der Grund hierfür war das von mir gewählte rekonstruktiv-hermeneutische Analyseverfahren nach Kruse (s.

³¹⁴ Neben forschungsgegenständlichen Analyseheuristiken ist es im Rahmen des integrativen Basisverfahrens möglich, zusätzlich methodische Analyseheuristiken als „*heuristische Werkzeuge*“ (ebd.: 491) zu nutzen, sofern spezifische sprachlich-kommunikative Phänomene im Interviewmaterial z.B. aufgrund der Forschungsfragestellung und/oder deren charakteristischen Auftreten aus spezifischen analysemethodischen Perspektiven eingehender verfolgt werden sollen (vgl. ebd.: 491f.). Zu den methodischen Analyseheuristiken zählt Kruse u.a. die Agency-, die Positioning-, die Argumentations-, die Metaphern- sowie die Diskursanalyse (vgl. ebd.: 491-534). Von dieser zusätzlichen Möglichkeit habe ich in meinem Analyse- und Erkenntnisprozess keinen Gebrauch gemacht.

Kapitel 16.8.2). Kruse (2015: 342-350)³¹⁵ erläutert und begründet in seinen Unterkapiteln „Zum (Un)Sinn der Transkription verbaler Daten“ sowie „Die Konstruktivität von Transkripten“ Anforderungen an die Transkription verbaler Daten, die mit rekonstruktiven Methoden ausgewertet werden sollen. Das folgende Zitat gibt den Kernpunkt seiner Begründung wieder, der ich mich grundsätzlich anschließe.

„Transkripte müssen eine möglichst umfassende Konservierung der sprachlich-kommunikativen Informationen erreichen, die über die rein (wort-)semantische Ebene hinausgeht. Eine sprachpragmatische Perspektive auf Sprache verdeutlicht deren phänomenale Fähigkeit für Polysemie, für Mehrdeutigkeit, für einen permanenten und scheinbar unbegrenzten Sinnüberschuss, für Kontingenz. [...] Anders ausgedrückt: Sprachlich-kommunikativer Sinn wird weniger darüber entwickelt, was gesagt wird, also über wortsemantische, sprich lexikalische Merkmale der menschlichen Sprache (vgl. Przyborski 2004: 25f.), sondern vor allem darüber, wie etwas gesagt wird, also über performative Aspekte (insbesondere Prosodie und Melodie, Interpunktion, paraverbale Merkmale). [...] Da die eigentliche Bedeutung^{52[316]} eines Begriffs bzw. eines konkreten Zeichens^{53[317]} überhaupt erst durch den sprachlich-kommunikativen Vollzug, also seine performatorische Formung^{54[318]} generiert wird, ist es notwendig, diesen komplexen Sachverhalt in der Transkription verbaler Daten zu fokussieren und festzuhalten. Und genau dies macht einfache, rein auf den ‚Inhalt‘ bezogene Abschriften von verbalen Daten problematisch. Sie verbleiben auf der Ebene von ‚Inhalt₁‘ und legen diesen vorschnell als Bedeutung fest. Der methodische Blick auf die komplexe Erzeugung von Bedeutung wird damit ‚vernebelt‘ bzw. gänzlich verstellt und durch das Überstülpen eines schriftsprachlichen Duktus normalisiert und implizit normativiert. So scheinen dann auch inhaltsanalytische Verfahren [...] oftmals die Ebenen ‚Inhalt₁‘ und ‚Inhalt₂‘ zu verwechseln; sie geben vor, ohne die explikative und genaue Analyse dessen, ‚WIE‘ etwas gesagt wurde, das ‚WAS‘ - i.S.v. Bedeutung - bestimmen zu können.“ (Kruse 2015: 342-344, Hervorhebung im Original)

Mit Fortschreiten des Analyseprozesses wurde es möglich das Transkriptionsniveau flexibler zu handhaben, d.h., bei der Kontrolle der Transkripte der Folgeinterviews, die kleinschrittig analysiert wurden, transkribierte ich nicht mehr die gesamten Interviews fein nach, sondern nur die Textstellen, für deren Interpretation dieses erforderlich schien (vgl. ebd.: 350-353). Alle Transkribent*innen und auch das Transkriptionsbüro unterschrieben eine Verschwiegenheitserklärung (vgl. Kruse 2015: 276f., Helfferich 2009: 204). Die in dieser Dissertationsschrift abgedruckten Interviewauszüge sind aus Gründen der Lesbarkeit in einer vereinfachten Transkriptionsform dargestellt.

16.8.4 Auswertung der Interviewdaten

Nachfolgend wird, wie eingangs bereits erwähnt, auf die konkrete Art und Weise der Anwendung des integrativen Basisverfahrens im Rahmen der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit näher eingegangen. Die Analysephase erstreckte sich über knapp fünf

³¹⁵ Ausführlicher vgl. das umfangreiche Kapitel „Transkription“ (Kruse 2015: 341-360) oder auch das Kapitel „Zur Transkription von Gesprächen“ von Kowal/O’Connell (2005: 437-447).

³¹⁶ Kruse (vgl. 2015: 343) erläutert in seiner 52. Fußnote, dass Karl Mannheim hierfür den Begriff „dokumentarischen Sinn“ prägte.

³¹⁷ Kruse (2015: 343; Hervorhebung im Original) führt in seiner 53. Fußnote aus: „Ebene des ‚WAS‘ der Versprachlichung, d.h. die wortwörtliche, denotative Bedeutung, der ‚Inhalt₁‘ oder wieder mit Karl Mannheim gesprochen: der objektive Sinn.“

³¹⁸ Kruse (2015: 343; Hervorhebung im Original) führt in seiner 54. Fußnote aus: „Ebene des ‚WIE‘ der Versprachlichung oder wiederum mit Karl Mannheim formuliert: der Ausdruckssinn.“

Jahre³¹⁹. Etwas mehr als das letzte Fünftel dieser Zeitspanne war schwerpunktmäßig der Erarbeitung der Ergebniskapitel der vorliegenden Arbeit vorbehalten. Der Analysephase ging eine mehrmonatige Phase der Transkription aller neunzehn Erstinterviews voraus (s. o.). Unterbrochen wurde sie u.a. durch die Erhebung der siebzehn Folgeinterviews sowie durch die Transkription bzw. die Transkriptkontrolle von sechs ausgewählten Interviews dieser zweiten Erhebung. Die Analysephase lässt sich grob in drei Abschnitte unterteilen, die nachfolgend im Einzelnen erläutert werden. Der erste Analyseabschnitt erstreckte sich über rund zweieinhalb Jahre, der zweite etwa über ein halbes Jahr und der dritte über zwei Jahre.

16.8.4.1 Erster Analyseabschnitt

Die ersten rund zweieinhalb Jahre (11/2010-03/2013) waren der offenen, (mikro-)sprachlich-deskriptiven, rekonstruktiv-hermeneutischen Analyse ausgewählter Erstinterviews vorbehalten. Aufgrund meines unerwartet großen Datenkorpus von über 28 Stunden Erstinterviewmaterial³²⁰ und dem noch ausstehenden Datenmaterial der Folgeinterviews entschied ich mich zu Beginn meines Auswertungsprozesses für die von Kruse beschriebene forschungspragmatische Abkürzungsstrategie „Inventarisierung und Kernstellenanalyse“ seines integrativen Basisverfahrens (vgl. ebd.: 570-573). Diese forschungspraktische Strategie umfasst zunächst die Erstellung eines mehr oder weniger ausführlichen Inventars für ein zu analysierendes Interview, mit Hilfe dessen anschließend Kernstellen bewusst selektiert werden, die einer umfassenden sequentiell und (mikro-)sprachlich-deskriptiven, rekonstruktiv-hermeneutischen Analyse (1. und 2. Analysedurchgang i.S. des integrativen Basisverfahrens) unterzogen werden (vgl. ebd.). Ich entschied mich für eine ausführliche Inventarisierung der zu analysierenden Interviews auf der Grundlage von Transkriptausdrucken³²¹. Die Inventare, die ich zu Beginn meiner Analysephase erstellte, ermöglichen einen tabellarischen Überblick über erstens die Interviewleitfragen, zweitens die jeweils zugehörigen Zeilenangaben im Transkript sowie die Zeitangaben in der Audiodatei, drittens die zugehörigen von der Interviewperson entfalteten Situationen, Themen sowie wenige Worte umfassende, prägnante Interviewsequenzen und viertens meine zugehörigen ersten Gedanken zu sprachlichen Besonderheiten, zur

³¹⁹ Von November 2010 bis September 2015.

³²⁰ Die neunzehn Erstinterviews umfassen einen Datenkorpus von über 28 Interviewstunden und die siebzehn Folgeinterviews einen von knapp 25 Interviewstunden. Insgesamt wurde somit ein Gesamtdatenkorpus von rund 53 Interviewstunden erhoben. Die Erstinterviews haben eine durchschnittliche Dauer von über 90 Gesprächsminuten und die Folgeinterviews von knapp 87 Gesprächsminuten.

³²¹ Alternativ beschreibt Kruse (2015: 571f.) eine noch stärker abkürzende Analysestrategie, nämlich die Erstellung von Inventaren auf Basis der Audiodatei eines Interviews. Durch das Abhören und das mehrmalige Stoppen einer Interviewaufnahme, „um deskriptiv und reflektierend innezuhalten“ (ebd.: 572), können Forschende ein Inventar handschriftlich oder digitalisiert erstellen.

Interaktion bzw. zur Wortsemantik sowie Notizen zu ersten Lesarten, Konzepten, Motiven bzw. sonstige Analysenotizen (s. Anhänge 14 und 16).

Anfänglich erstellte ich Inventare für drei ausgewählte Interviews. Gründe für die Auswahl³²² des ersten zu analysierenden Interviews waren dessen hoher Detaillierungsgrad und zeitlicher Umfang (Interviewdauer: 150 Minuten) bzw. das besonders ausgeprägte Vermögen dieser Interviewperson, über pflegerische Empathie sowie diesbezügliche Lernprozesse zu erzählen und zu reflektieren. Das zweite Interview wählte ich nach der rekonstruktiv-hermeneutischen Kernstellenanalyse des ersten aus dem vorliegenden Datenkorpus der neunzehn Erstinterviews aus, da es sprachlich und thematisch einen maximalen Kontrast zu diesem darstellte.³²³ Es handelte sich um ein deutlich kürzeres (Interviewdauer: 60 Minuten), sprachlich eher karges und auf den ersten Blick eher unverständlich erscheinendes Interview. Das dritte zu analysierende Interview wählte ich nach der kernstellenbezogenen Analyse der beiden o.a. aus, da es thematisch relevant, gemeint ist besonders kontrast- und damit erkenntnisreich zu den sich in den beiden ersten Interviews abzeichnenden sehr unterschiedlichen subjektiven Verständnissen der Lernenden von pflegerischer Empathie erschien. Das Interview dauerte 87 Minuten und zeichnete sich durch einen hohen Detaillierungsgrad aus.

Anhand der o.e. Inventare identifizierte ich für die betreffenden drei Erstinterviews jeweils mehrere bedeutsame Kernstellen. Auswahlkriterien für die Selektion dieser Kernstellen war deren thematische Relevanz für die Forschungsfragen sowie die Empfehlung Kruses, insbesondere die Eingangspassagen³²⁴ von Interviews sowie dichte, schwierige, unverständliche sowie besonders einsichtig und logisch erscheinende Passagen auszuwählen (vgl. ebd.: 564, 569-573). Diese Kernstellen unterzog ich einer offenen, (mikro-)sprachlich-deskriptiven Analyse im Sinne des integrativen Basisverfahrens, führte also sequentiell den oben erläuterten ersten Analysedurchgang (inklusive Sequenzierung) sowie den zweiten Analysedurchgang aus (s. Kapitel 16.8.2). Gemäß den in Kapitel 16.8.2 ausgeführten Erläuterungen zur Verwendung von Analyseheuristiken im integrativen Basisverfahren trug ich während des ersten und zweiten Analyseschrittes auch unterschiedlichste forschungs-

³²² Zu Überlegungen im Rahmen des integrativen Basisverfahrens zu Auswahlkriterien im Hinblick auf das erste zu analysierende Interview aus einem großen Datenpool und die nachfolgenden vergleiche Kruse (2015: 566-568).

³²³ Angelehnt an das Verfahren der theoretischen Stichprobenziehung erfolgte die Ziehung der auszuwertenden Erstinterviews aus dem Gesamtdatenpool der Ersterhebung sukzessive im Auswertungsprozess nach Maßgabe der sich entwickelnden Analyseergebnisse (vgl. Kelle/Kluge 2010: 53, vgl. Kruse 2015: 566f.). Leitend bei der sukzessiven Auswahl der auszuwertenden Erstinterviews war v.a. die Abbildung der Heterogenität bzw. der Varianz der Interviewfälle sowohl im Hinblick auf die subjektiven Sichtweisen der Interviewpersonen auf pflegerische Empathie als auch auf ihr Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung.

³²⁴ Laut Kruses analysepraktischen Erfahrungen zeigen sich in Einstiegspassagen „*die zentralen Motivlagen immer wieder wie in einem Brennglas verdichtet*“ (ebd.: 569). Voraussetzung ist, dass die Interviews sehr offen geführt und den Interviewpersonen ermöglicht wurde, ihr „*Relevanzsystem im Hinblick auf den untersuchten Phänomenbereich [...] so umfassend und eigenstrukturiert wie möglich zu entfalten*“ (ebd.: 569).

gegenständliche³²⁵ sowie forschungsprojektspezifische³²⁶ Analyseheuristiken in offener, experimentierender, heuristischer Art und Weise an die zu analysierenden Daten heran. Die vorläufigen Analyseergebnisse, gemeint sind sowohl die deskriptiven Ergebnisse auf den drei sprachlichen Aufmerksamkeitsebenen als auch erste Thematisierungsregeln, Konzepte und Motive bzw. Interpretationsideen, dokumentierte ich zunächst handschriftlich im Transkriptausdruck und später dann digitalisiert in Textform (vgl. ebd.: 614-622; s. Anhänge 14 und 15).

In dieser frühen Analysephase besuchte ich vier jeweils mehrtägige Workshops³²⁷ bei Kruse zu diesem für mich forschungspraktisch noch neuen Analyseverfahren, um meine Anwendung desselben zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Zudem nutzte ich bereits in dieser frühen Analysephase intensiv verschiedenste interdisziplinäre Analysegruppen, um mir eigener Vorannahmen, Interpretationsvorlieben bzw. Perspektiven auf das Interviewmaterial sowie auf pflegerische Empathie bewusst(er) zu werden, um meine ersten Lesarten kollegial zu validieren und um mich für andere Deutungsmöglichkeiten zu sensibilisieren (vgl. ebd.: 557-563). Besonders unterstützend erlebte ich die regelmäßigen Analysetreffen via Skype mit Forschenden unterschiedlichster Disziplinen, die ich auf einem Analyse-Workshop von Kruse kennenlernte und die ihre qualitativen Interviewdaten ebenfalls mit dem integrativen Basisverfahren analysierten.

Die nachfolgende Tabelle 4 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen Analysegruppen, die ich zur kollegialen Validierung meiner Interpretationen im Laufe meines mehrjährigen Analyse- und Fremdverstehensprozesses regelmäßig besuchte. Zusätzlich enthält die Tabelle eine Auflistung der Beratungsgespräche mit meiner Erstbetreuerin Prof.in Dr.in Darmann-Finck bzw. mit Dr. Jan Kruse, die beide meinen Analyse- und Erkenntnisprozess wesentlich prägten.

³²⁵ Ich experimentierte mit einigen forschungsgegenständlichen Analyseheuristiken aus Kruses Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“ in seiner Version Oktober 2010.

³²⁶ Als projektspezifische Analyseheuristiken verfolgte ich beispielsweise Heuristiken wie subjektives Empathieverständnis, Lernen von (pflegerischer) Empathie vor, neben und in der Pflegeausbildung (Lernergebnisse, Lernanlässe, Lerninhalte, Lernstrategien, Lernbarrieren), Bedeutung der Lernorte, Pflegeverständnis, Ausbildungsverständnis, berufliches Selbstverständnis sowie Beziehung/Interaktion (Lernende ↔ pflegebedürftiger Mensch, Lernende ↔ Pflegende/Pflegeteam, Lernende ↔ andere Lernende, Lernende ↔ Pflegelehrende/Schulteam).

³²⁷ Dreitägiger Workshop zur computerunterstützten rekonstruktiven Analyse qualitativer Daten bei Dr. Jan Kruse und Dr. Thorsten Dresing im November 2010 an der FU Berlin, dreitägiger Analyse-Workshop bei Dr. Jan Kruse im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule im Februar 2011, dreitägiger Workshop bei Dr. Jan Kruse zur Strukturierung, Dokumentation und Präsentation qualitativer Forschungsarbeiten im Mai 2011 an der Universität Hamburg sowie zweitägiger Analyse-Workshops bei Dr. Jan Kruse im Februar 2012 an der Universität Bremen.

Datum	Interviewmaterial bzw. Analyseergebnisse	Schwerpunkt der Arbeitssitzung	Setting
19.05.2010	Erstinterview Nr. 1 Erstinterview Nr. 2	Reflexion meines Interviewerhandelns und der Redebeiträge der zu Interviewenden	Promotionskolleg unter Leitung von Prof.in Dr.in Ingrid Darmann-Finck (Erstbetreuerin), Universität Bremen
29.06.2010	Erstinterview Nr. 2	Reflexion der Interviewinteraktionen und Einstieg in die gemeinsame Analyse und Deutung	Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen
29.06.2010	Erstinterview Nr. 1	Einstieg: gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
18.-20.11.2010	Datenmaterial der Ersterhebung	Austausch über erste Erfahrungen mit der Transkription, der Analyse-methode und der Dokumentation von Analyseschritten	Analyse-Workshop bei Dr. Jan Kruse und Dr. Thorsten Dresing (Computerunterstützte rekonstruktive Analyse qualitativer Daten), FU Berlin
13.12.2010	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 10	gemeinsame Analyse und Deutung	Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen
16./17.12.2010	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 10	gemeinsame Analyse und Deutung	Blockseminar „Grounded Theory“ bei Dr.in Kati Mozygemba, Universität Bremen
26.01.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 19	gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
14.-16.02.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 19	gemeinsame Analyse und Deutung	Analyse-Workshop bei Dr. Jan Kruse im Rahmen der Osnabrücker Methodenschule 2011
08.03.2011	Textsequenzen aus dem Erstinterview Nr. 19	gemeinsame Analyse und Deutung	Forschungswerkstatt „Qualitative Methoden“ am IPP, Universität Bremen
09.03.2011	Bisherige Analyseergebnisse	Diskussion des Stands der Auswertung und Entscheidung, alle zu Interviewenden der Ersterhebung ein zweites Mal zu befragen	Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen
30.03.2011	Textsequenzen aus dem Erstinterview Nr. 19	gemeinsame Analyse und Deutung	Interne Analysegruppe der Stipendiat*innen des Promotionskollegs, Universität Bremen
04.04.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 10	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten (via Skype)
05.-07.05.2011	Bisherige Analyseerfahrungen und -ergebnisse	Beratung zu aktuellen Fragen und Herausforderungen im Analyseprozess	Beratungsgespräch bei Dr. Jan Kruse im Rahmen des Workshops „Strukturierung, Dokumentation und Präsentation qualitativer Forschungsarbeiten“, Universität Hamburg
04.05.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 6	gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
21.06.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 6	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
12.10.2011	Textsequenzen aus dem Erstinterview Nr. 16	gemeinsame Analyse und Deutung	Interne Analysegruppe der Stipendiat*innen des Promotionskollegs, Universität Bremen
24.10.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 16	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
14.11.2011	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 1	gemeinsame Analyse und Deutung	Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen
19.12.2011	Textsequenz aus Erstinterview Nr. 1	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
02./03.02.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 1 +	Analyse einer Interviewsequenz im Plenum mit Kruses integrativem	Analyse-Workshops bei Dr. Jan Kruse, Universität Bremen

	bisherige Analyseerfahrungen und -ergebnisse	Basisverfahren + Beratung zum aktuellen Analysestand	
08.02.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 1	gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
29.03.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 1	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
April 2012	Ergebnisse der detaillierten Analyse des Erstinterviews Nr. 1 (= Interviewfall 1), u.a. Fallexzerpt	Reflexion der Analyseergebnisse zu Erstinterview Nr.1 und Entscheidung, die ausgewählten Interviewfälle 2-4 (= Erstinterviews Nr. 9, 10, 19) vollständig, aber deutlich schlanker zu analysieren	Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen
14.05.2012	Textsequenzen aus dem Erstinterview Nr. 9	gemeinsame Analyse und Deutung	Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen
18.06.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 19 (= Interviewfall 3)	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
11.07.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 10 (= Interviewfall 4) + Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 19 (= Interviewfall 3)	gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
16.07.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 10 (= Interviewfall 4)	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
25.07.2012	Ergebnisse der Analysen der Interviewfälle 2-4: Inventare + Fallexzerpte	Einschätzung der Qualität der mit dem verschlankten Analyseverfahren gewonnenen Ergebnisse als „ertragsreich“ + Vereinbarung einige weitere Interviews mit diesem Verfahren zu analysieren bis eine „Sättigung“ hinsichtlich unterschiedlicher Verständnisse pflegerischer Empathie eintritt (z.B. Fälle 5-7)	Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen
01.10.2012	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 4 (= Interviewfall 5)	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
29.01.2013	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 15 (= Interviewfall 6)	gemeinsame Analyse und Deutung	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
04.02.2013	Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 15 (= Interviewfall 6)	gemeinsame Analyse und Deutung	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
24.06.2013	Vorläufige Ergebnisse der Queranalyse zu den subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie (Interviewfälle 1-6)	Präsentation und Diskussion der ersten Teilergebnisse der Queranalyse	Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten
03.07.2013	Vorläufige Ergebnisse der Queranalyse zu den subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie (Interviewfälle 1-6)	Präsentation und Diskussion der ersten Teilergebnisse der Queranalyse	Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen
08.07.2013	Vorläufige Ergebnisse der Queranalyse zu den subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie (Interviewfälle 1-6)	Nachbesprechung meiner Präsentation im Promotionskolleg vom 03.07.2013: Überlegungen zu möglichen Vergleichsdimensionen, um Typenbildungsprozess voranzutreiben	Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen

28.08.2013	<p>Vorläufige Analyseergebnisse zu den Hauptlernbereichen von Empathiefähigkeit vor der Ausbildung</p> <p>Vorläufige Verständnistypen pflegerischer Empathie und deren Anordnung/Darstellung in einem Modell</p> <p>Erste Analyseergebnisse zu intervenierenden Faktoren</p>	<p>Diskussion der bisherigen Analyseergebnisse, des weiteren analytischen Vorgehens hinsichtlich der Erstinterviews (Fall 7), der Analyse-schwerpunkte hinsichtlich der Folgeinterviews sowie der Fallauswahl (Beschränkung vorerst auf Folgeinterviews der Fälle 1-5 + 7 mit dem Fokus auf positive Kompetenzentwicklungsverläufe mit lernförderlichen und -hinderlichen Faktoren)</p>	<p>Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>
08.10.2013	<p>Textsequenz aus dem Erstinterview Nr. 18 (= Interviewfall 7)</p>	<p>gemeinsame Analyse und Deutung</p>	<p>Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten</p>
14.10.2013	<p>Vier Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden (Typologie/Modell) sowie intervenierende Faktoren</p>	<p>Präsentation und Diskussion der vorläufigen Analyseergebnisse</p>	<p>Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>
28.11.2013	<p>Textsequenz aus Erstinterview Nr. 19 (= Interviewfall 3)</p> <p>Textsequenz aus dem Folgeinterview des Interviewfalls 3</p>	<p>gemeinsame Analyse und Deutung</p>	<p>Karin Welling: Doktorandin mit Expertise für die Versorgung von Menschen mit Demenz</p>
09.12.2013	<p>Ausgewählte Sequenzen aus den Folgeinterview des Interviewfalls 2</p>	<p>gemeinsame Analyse und Deutung</p>	<p>Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten</p>
12.02.2014	<p>Vorläufige Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie (lernförderliche und -hinderliche Faktoren)</p> <p>Typologie und intervenierende Bedingungen</p> <p>Textsequenz aus dem Folgeinterview des Interviewfall 2</p>	<p>Präsentation und Diskussion der vorläufigen Analyseergebnisse</p> <p>gemeinsame Analyse und Deutung</p>	<p>Promotionskolleg unter Leitung der Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>
07.03.2014	<p>Textsequenz aus dem Folgeinterview des Interviewfall 4</p>	<p>gemeinsame Analyse und Deutung</p>	<p>Interdisziplinäre Analysegruppe von Doktorand*innen, die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeiten</p>
02.06.2014	<p>Vorläufige Ergebnisse zu den lernförderlichen und -hinderlichen Strategien von Lernenden, Pflegenden/Anleitenden bzw. Lehrenden im Hinblick auf die Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten sowie zu den Ideen der Befragten zur Optimierung selbiger</p>	<p>Präsentation und Diskussion der vorläufigen Analyseergebnisse, Neustrukturierungsüberlegungen</p>	<p>Doktorand*innenkolloquium der Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>
17.06.2014	<p>Vorläufige Ergebnisse zum Lernen von Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule</p>	<p>Diskussion und Neustrukturierungsüberlegungen</p>	<p>Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>
Spätsommer 2015	<p>Vorläufige Ergebnisse zum Lernen von Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule</p>	<p>Diskussion und Austausch erster Ideen über mögliche den deskriptiven Forschungsergebnissen zugrundeliegende Muster</p>	<p>Beratungsgespräch mit Erstbetreuerin, Universität Bremen</p>

Tabelle 4: Analysegruppen und Beratungsgespräche als Unterstützung und methodische Kontrolle meiner Fremdverstehensprozesse

Im Februar 2012 erhielt ich bei einem längeren Beratungsgespräch von Dr. Jan Kruse den Impuls, mir trotz meines mittlerweile über 53 Interviewstunden umfassenden Gesamtdatenkorpus die Zeit zu nehmen, zumindest drei bis vier Interviews vollständig und umfassend von der ersten bis zur letzten Zeile (mikro-)sprachlich-deskriptiv mit dem integrativen Basisverfahren auszuwerten und deren zentrale Motive herauszuarbeiten. Kruse (2015) begründet(e) diese Empfehlung damit, dass sich nur auf diesem Wege, „eine Öffnung der Relevanzsysteme der Forschenden einstellen“ (ebd.: 374) könne bzw. der Gefahr, „dass die Forschenden nur vor dem Hintergrund ihres aktuellen Relevanzsystems [Selektions-, Anmerkung GK] Entscheidungen treffen und damit reififikationslogisch³²⁸ [...] forschen“ (ebd., Hervorhebung im Original) begegnet werden könne. Daran könnte sich dann eine Phase der fallkomparativen Verdichtung anschließen. Diesem Impuls folgend, analysierte ich das o.e. dritte Erstinterview, an dem ich gerade mit der o.a. Abkürzungsstrategie „Inventarisierung und Kernstellenanalyse“ arbeitete, entsprechend detaillierter von Anfang bis Ende (s. Anhang 15) und dokumentierte meine umfangreichen Analyseergebnisse in einem ersten Fallexzerpt (s. Anhang 18). Aufgrund des enormen Zeitaufwands von mehreren Wochen für diesen einen Interviewfall, verringerte ich nach einem Beratungsgespräch mit meiner Erstbetreuerin den Detaillierungsgrad, mit dem ich auf den drei in Kapitel 16.8.2 ausgeführten Aufmerksamkeitsebenen (mikro-)sprachlich-kommunikative Phänomene in dem Interviewmaterial betrachtete. Während ich bei dem ersten vollständig analysierten Interview über das gesamte Interviewtranskript hinweg jedem einzelnen Wort, jeder Pause sowie jeder Interviewzeile gleichbleibend eine „große Portion Analyseaufmerksamkeit“ und damit „Analysezeit“ zukommen ließ, flexibilisierte ich mein Vorgehen bei den nachfolgenden fünf Erstinterviews. Das heißt, ich variierte im Verlauf der Analyse eines einzelnen Interviews zunehmend stärker die Tiefe bzw. die Vielschichtigkeit und den Umfang meiner eingesetzten „Analyseaufmerksamkeit“ und damit mein „Analysetempo“ vor dem Hintergrund der Relevanz der jeweiligen Interviewabschnitte für meine Forschungsinteressen. Auf diese Art und Weise analysierte ich, Kruses o.e. Impuls weiterhin aufgreifend, der sich vom Grundsatz her als erkenntnisförderlich erwiesen hatte, fünf weitere Einzelinterviews ebenfalls vollständig von der ersten bis zur letzten Zeile.

Bei diesen fünf vollständig von der ersten bis zur letzten Zeile analysierten Erstinterviews handelt es sich um die oben erwähnten zwei Interviews, die ich bereits inventarisiert und anhand einzelner Kernstellen analysiert hatte, sowie um drei weitere Erstinterviews. Diese drei weiteren Interviews wählte ich jeweils nach ihrer thematischen Relevanz für meine

³²⁸ „Vor dem Hintergrund des Problems des Fremdverstehens [...] besteht die Gefahr, dass die InterpretInnen im weiteren Analyseprozess den fremden Sinn nicht erfassen, sondern sich in ‚Selbstausslegungen‘ verlieren, sprich: tautologisch bzw. reifikationslogisch deuten. Dieser Aspekt ist in der Mannheimschen Wissenssoziologie mit dem Problem der ‚Standortgebundenheit‘ bzw. ‚Seinsverbundenheit‘ (...) konzeptionell gefasst.“ (Kruse ebd.: 448, Hervorhebung im Original)

Forschungsfragen aus. Das heißt, vor dem Hintergrund des bisherigen Analysestandes suchte ich gezielt Interviews aus, die den sich in den bisherigen analysierten Interviews abzeichnenden subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie entweder stark ähnelten (Minimalvergleiche), die sich von ihnen stark unterschieden (Maximalvergleiche) sowie solche, die mich irritierten bzw. verwirrten. Zudem berücksichtigte ich bei dieser weiteren Interviewfallauswahl die bisherigen Analysebefunde zum Lernen pflegerischer Empathie und suchte in dem Datenpool der Ersterhebung nach neuen Aspekten zu diesem Themenfeld. Methodisch setzte ich diese Fallauswahl um, indem ich mir die Audiodateien der bislang nicht analysierten Interviews der Ersterhebung einzeln anhörte, sie hierbei grob handschriftlich inventarisierte und zudem die Postscripts dieser Interviews hinzuzog (vgl. ebd.: 571f.). Die drei neu ausgewählten Interviews umfassten 84, 89 sowie 109 Minuten. Für jedes dieser fünf vollständig zu analysierenden Erstinterviews fertigte ich ein umfangreiches Inventar an, in das ich u.a. direkt die Deskriptionen relevanter sprachlich-kommunikativer Phänomene, Thematisierungsregeln, Konzepte sowie (zentrale) Motive und Interpretationsideen dokumentierte (s. Anhang 16). Zudem erstellte ich für jedes Interview ein Fallexzerpt (s. Anhänge 17 und 18).

Am Ende dieses ersten sich über 2,5 Jahre erstreckenden Analyseabschnitts lagen somit sechs gezielt ausgewählte und vollständig analysierte Erstinterviewfälle in Form von sechs Inventaren und sechs Fallexzerpten vor. Ich beendete diese erste Analysephase nach einem erneuten Anhören sämtlicher nicht analysierter Erstinterviews, bei dem ich den Fokus darauf richtete, ob selbige in den bisherigen vorläufigen Analyseergebnissen im Wesentlichen aufgingen. Dem war so. Wie der Tabelle 4 zu entnehmen ist, brachte ich in diesem ersten Analyseabschnitt regelmäßig ausgewählte Interviewsequenzen meiner Erstinterviews in unterschiedlichste Analysegruppen ein.

16.8.4.2 Zweiter Analyseabschnitt

Hieran schloss sich ein zweiter, sich etwa über ein halbes Jahr (05/2013-10/2013) erstreckender Abschnitt des Analyseprozesses an, nämlich die Querauswertung der einzelfallbezogenen Analyseergebnisse zum Themenfeld „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“. Ziel war die Beantwortung der Frage, ob hinter der Vielfalt der einzelfallbezogenen Analyseergebnisse zu diesem Themenfeld bestimmte, sie einende Muster, Zusammenhänge bzw. Strukturen sichtbar werden, die als Basis einer Typenbildung - orientiert an Kelle und Kluge (2010) methodischen Empfehlungen zur empirisch begründeten Typenbildung³²⁹ - fungieren könnten. Die o.e. einzelfallbezogenen

³²⁹ Kelle und Kluge teilen den Prozess der Typenbildung in vier Stufen ein, nämlich erstens „Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen sowie Bestimmung derer relevanten Subkategorien bzw. Merkmalsausprägungen“, zweitens „Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten“, drittens „Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Typenbildung“ und viertens „Charakterisierung der gebildeten Typen“

Analyseergebnisse waren im Wesentlichen durch die Analyse der Interviewpassagen mittels des integrativen Basisverfahrens hervorgegangen, in denen Situationen erzählt wurden, in denen die Interviewperson selbst oder andere Personen pflegebedürftigen und/oder anderen Menschen empathisch oder unempathisch begegneten. Zudem wurden die Interviewpassagen einbezogen, in denen sich die Befragten über pflegerische Empathie reflektierend, auf einer abstrakteren Ebene äußerten.³³⁰

Arbeitsorganisatorisch vollzog ich die fallübergreifende Auswertung, indem ich, Kruses Empfehlung aufgreifend, die in den jeweiligen Fallexzerpten dokumentierten umfangreichen einzelfallbezogenen Analyseergebnisse zum subjektiven Empathieverständnis einer Interviewperson kopierte „und in sammelnder Weise in ein neues Textdokument hinein kopiert(e)“ (ebd.: 620) (vgl. ebd.: 616-622) (s. Anhang 19). Dieses Datenmaterial analysierte ich mittels Fallvergleichen und -kontrastierungen über einen längeren Zeitraum hinweg im Hinblick auf Unterschiede und Ähnlichkeiten in den subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie der Lernenden (s. Anhang 20). In diesem auf systematischen Vergleich, Systematisierung, Verdichtung sowie Abstrahierung des empirisch Vorfindlichen zielenden Prozess suchte ich nach Begrifflichkeiten, um die identifizierten Divergenzen und Ähnlichkeiten in Form zentraler Motive bzw. Kategorien fassen zu können. In diesem Zusammenhang sind die Begriffe „zentrales Motiv“ im Sinne Kruses (2015) und „Kategorie“ im Sinne Kelle und Kluges (2010) als Synonyme zu verstehen. Hierbei war es zudem wichtig zu ergründen, welche dieser identifizierten Kategorien, sich als relevante Vergleichsdimensionen der zu konstruierenden Typen herauskristallisierten. Diese Suche nach Begrifflichkeiten erfolgte eng am Material, indem ich für die in den Daten aufscheinenden empirischen Phänomenkomponenten sowohl auf (qualitativ) induktivem als auch auf abduktivem Wege³³¹ und zudem teilweise auch auf

(vgl. Kelle/Kluge 2010: 91-107). Sie heben hervor, dass es sich bei „diesem Modell [...] allerdings nicht um ein starres und lineares Auswertungsschema“ (ebd.: 92; Hervorhebung im Original) handle. Die o.a. Stufen werden, so die Autor*innen, in der Regel mehrmals durchlaufen, insbesondere in Forschungsprojekten, in denen mehrdimensionale Typologien konstruiert werden sollen (vgl. ebd.: 92). In meiner zweiten Analysephase durchlief ich diesen Kreislauf der Typenbildung mehrfach.

³³⁰ Diese Sequenzen wurden im Erstinterview u.a. durch Fragen angeregt wie beispielsweise „Woran erkennen Sie, dass jemand über diese Fähigkeit verfügt, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen?“ (s. Anhang 6) und im Folgeinterview u.a. durch Fragen wie „Was verstehen Sie denn unter der Fähigkeit, auf zu Pflegenden individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen? Wie würden Sie das einem Neuling in der Pflege in ganz einfachen Worten erklären?“ bzw. „Wie würden Sie ihm mit einfachen Worten erklären, wie Sie vorgehen, wenn Sie Ihre Fähigkeit einsetzen wollen?“ (s. Anhang 7).

³³¹ „Die Fähigkeit, gute abduktive Schlussfolgerungen zu formulieren, hängt also einerseits von dem bisherigen Wissen der Untersucherin ab. Ihr theoretisches und sonstiges Vorwissen erlauben es ihr einerseits, eine Anomalie überhaupt als solche wahrzunehmen, und dient andererseits als Material für die Formulierung neuer Hypothesen. Weiterhin ist für die Formulierung von abduktiven Schlüssen Offenheit und ein Verzicht auf dogmatisches Beharrungsvermögen erforderlich. Die Untersucherin muss in der Lage sein, ihr gesamtes bisheriges Wissen zu hinterfragen. Erforderlich hierzu ist entweder starker Handlungsdruck oder aber Muße und die Fähigkeit zum zweckfreien Spiel. Dieses Spiel ist zwanglos - je größer die Bereitschaft ist, alte Gewohnheiten kritisch zu hinterfragen und kühne Annahmen zu machen, desto größer wird auch der Erfolg bei der Formulierung abduktiver Schlussfolgerungen sein. Dennoch findet dieses Spiel nicht im leeren Raum statt, und seine Ergebnisse sind nicht nur Spekulationen, denn das Spielmateriale wird gebildet durch empirische

einem deduktivem Weg, Begriffe entwickelte, überprüfte, weiterentwickelte bzw. verwarf. Mit deduktivem Weg bzw. deduktiven Elementen in meinem Forschungs- und Erkenntnisprozess der Querauswertung ist gemeint, dass ich, angeregt durch Kruses und auch durch Kluge und Kelle³³² methodische Empfehlungen, sowohl ausgewählte abstrakte, empirisch gehaltlose theoretische Begriffe als auch empirisch gehaltvolles bereichsspezifisches Theoriewissen „mittlerer Reichweite“ (s. Kapitel 2 und 3 des Teil I dieser Arbeit) als offene, sensibilisierende bzw. heuristische Konzepte (s.o. Analyseheuristiken) an mein Datenmaterial herantrug. Beispielsweise nutzte ich im Prozess der Querauswertung in diesem Sinne u.a. Begriffe wie Rollenerwartungen, berufliches Selbstverständnis, Selbstpflege, Handlungsziele, Handlungskonsequenzen, Handlungs- und Interaktionsstrategien, intervenierende Bedingungen, Widersprüche professionellen Handelns sowie intra- und interpersonelle Ergebnisse empathischer Prozesse als offene Analyseheuristiken. Kelle und Kluge führen im nachfolgenden Zitat den Schritt der Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen in ihrem Modell empirisch begründeter Typenbildung und die Bedeutung des theoretischen Vorwissens der Forschenden in dieser Analysephase näher aus (vgl. ebd.: 83-112):³³³

„Die Vergleichsdimensionen können dabei auf deduktivem, (qualitativ) induktivem³³⁴ oder auf abduktivem Wege entwickelt werden (...); das heißt es werden entweder bereits vorhandene und bekannte Kategorien genutzt oder es werden – insbesondere dann, wenn das Material überraschende Phänomene zeigt, die mit verfügbaren theoretischen oder alltagsweltlichen Begriffen nicht auf den Punkt gebracht werden können – gänzlich neue und bislang unbekannte Kategorien gefunden. „Abduktive Gedankenblitze“ sind allerdings (auch in der qualitativen Sozialforschung) nicht gerade häufig (vgl. Reichertz 2003). Auch der ad hoc erfolgende („qualitativ induktive“) Rückgriff auf theoretische Wissensbestände zur Identifikation relevanter Vergleichsdimensionen wird manchen nicht so routinisierten Forscher überfordern. Allerdings kann auch im Kontext einer qualitativen Forschungslogik auf bereits vorhandene und am Anfang festgelegte Kategorien zurückgegriffen werden, solange diese Kategorien hinreichend offen sind und nicht zuviel empirischen Gehalt besitzen.“ (Kelle/Kluge 2010: 93f.; Hervorhebung im Original)

Die nachfolgenden Ausführungen dienen dazu, einen Eindruck zu vermitteln, dass der Entwicklungsprozess von Kategorien und Vergleichsdimensionen in meiner Querauswertung dicht am Material durch ein enges, dynamisches Zusammenspiel qualitativ

Daten und theoretische Wissensbestände, die der Spieler zu neuen sinnvollen Mustern zusammenfügt.“ (Kelle/Kluge 2010: 26f.)

³³² *„Will man also die Entwicklung von theoretischen Konzepten anhand von qualitativem Datenmaterial angemessen methodologisch begründen, so muss man in Rechnung stellen, dass qualitativ entwickelte Konzepte und Typologien gleichermaßen empirisch begründet und theoretisch informiert sein müssen. Die Entwicklung neuer Konzepte anhand empirischen Datenmaterials ist also eine Art „Zangengriff“, bei dem der Forscher oder die Forscherin sowohl von dem vorhandenen theoretischen Vorwissen als auch von empirischem Datenmaterial ausgeht.“ (Kelle/Kluge 2010: 23)*

³³³ Zum induktivistischen Selbstmissverständnis der qualitativen Methodenlehre, zum Konzept der Abduktion und zur bedeutungsvollen Rolle des theoretischen Vorwissens der Forschenden in qualitativen Forschungsprozessen vergleiche Kelle und Kluge (2010: 16-40).

³³⁴ Unter qualitativ induktiver Kategorienbildung verstehen die Autor*innen, dass Forschende ad hoc am Interviewmaterial „durch einen einfachen Rückgriff auf bekannte theoretische Kategorien“ (ebd.: 104) Kategorien entwickeln.

induktiver bzw. abduktiver Erkenntnisverfahren mit „*bereits vorliegenden Wissensbeständen, die als ‚deduktive‘ Elemente in die Erkenntnissetzung*“ (Kruse 2015: 145) eingingen, erfolgte. Beispielsweise zeigte sich zu Beginn der Queranalyse ein Unterschied in den subjektiven Konzepten der Befragten von pflegerischer Empathie sehr deutlich, der sich bereits in der vorausgegangenen Phase der Einzelfallanalysen herauskristallisiert hatte: Die Auffassungen der Befragten ließen sich dahingehend unterscheiden, ob Lernende pflegerische Empathie eher als regelorientierte expertokratische Fürsorge verstehen oder eher als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion. Diese Kategorien wurden ad hoc (qualitativ) induktiv im Sinne Kelle und Kluges (s.o.) am Datenmaterial durch Rückgriff auf implizite theoretische Wissensbestände, in diesem Falle implizites pflegewissenschaftliches Theoriewissen, der Forscherin gebildet sowie in der Verwobenheit mit anregenden Impulsen aus unterschiedlichen Analysegruppen. Hieraus entwickelte sich im weiteren Analyseprozess die Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“. Zudem ließen sich die unterschiedlichen Handlungs- und Interaktionsstrategien, die die empathischen Akteur*innen in den erzählten Situationen einsetzten, um Erkenntnisse über ihr Gegenüber zu gewinnen, eher einfach erkennen, vergleichen und verdichten zur Kategorie „Strategien in empathischen Prozessen“.³³⁵

Schwieriger war es beispielsweise herauszuarbeiten, erstens welche Ziele genau die jeweiligen Interviewpersonen verfolgten, wenn sie zu Pflegenden empathisch begegneten, zweitens zu was für konkreten Erkenntnissen sie durch den Perspektivenübernahmeprozess gelangten, drittens welche Konsequenzen für sie aus diesen Erkenntnissen resultierten sowie viertens welche Ähnlichkeiten und Unterschiede diesbezüglich im Interviewmaterial aufschienen. Die Weiterverfolgung dieser Analyserichtungen führte im weiteren Verlauf zur Bildung von drei weiteren Kategorien.

Zunächst zur ersten Kategorie, der Kategorie „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“: Im Prozess der systematisch vergleichenden Analyse der im Datenmaterial aufscheinenden unterschiedlichen impliziten Auffassungen der Befragten darüber, wozu sie pflegerische Empathie einsetzen, griff ich sowohl auf ein in meinem theoretischen Rahmen dargelegtes bedeutsames Ergebnis Bischoff-Wanners begriffsanalytischer Arbeit (2002) zu zwei voneinander unterscheidbaren Zielen pflegerischer Empathie zurück als auch auf Darmann-Fincks (2009a) theoretische Überlegungen

³³⁵ Als Vergleichsdimension eignete sich die Kategorie „Strategien in empathischen Prozessen“ nach genauerer Untersuchung allerdings nicht. Der Grund ist, dass zu wenig klar benennbare Unterschiede hinsichtlich der jeweils in empathischen Erkenntnisprozessen eingesetzten Strategien mittels des erhobenen Datenmaterials zwischen den Lernenden bzw. den Verständnistypen identifiziert werden konnten. Die Kategorie ist aber fester Bestandteil der jeweiligen Typenbeschreibungen.

hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen (s. Kapitel 2, 3.2 und 3.3 des Teils I dieser Arbeit). Zudem erlebte ich die Diskussionsprozesse in den verschiedenen Analysegruppen insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung dieser Kategorie als sehr erkenntnisförderlich, da mir meine eigene primäre sowie pflegeberufliche Sozialisation das Erkennen und Benennen unterschiedlicher impliziter Zuständigkeitsauffassungen im Hinblick auf empathisches (Pflege-)Handeln zunächst erschwerte.

Die zweite entwickelte Kategorie umfasst die Analyseergebnisse zu den sich in den jeweiligen empathischen Akteur*innen ereignenden Ergebnissen der Perspektivenübernahme und trägt, unter Rückgriff auf Davis' sozialpsychologisches mehrdimensionales Strukturmodell des empathischen Prozesses, die Bezeichnung „Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ (s. Kapitel 3.1 des Teil I dieser Arbeit). Sie untergliedert sich in die zwei Subkategorien „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ sowie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“.

Die dritte gebildete Kategorie bündelt die Analyseergebnisse zu den Konsequenzen, die die Befragten in konkreten Pflegesituationen aus ihren empathisch gewonnenen Erkenntnissen für ihr Pflegehandeln zogen, und trägt die Bezeichnung „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“. Es handelt sich bei dieser Kategorienbezeichnung ebenfalls um eine Anleihe eines eher allgemeinen, theoretischen Konzeptes bei Davis.

Die Kategorie „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ und die Subkategorie „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ stellten sich im weiteren Analyseprozess als relevante Vergleichsdimensionen für die Typenbildung heraus.³³⁶

Weitere Erkenntnisse im Rahmen der Querauswertung kamen dadurch zustande, dass in einem Interviewfall bestimmte Facetten empathischen Pflegehandelns gehäuft und sehr ausgeprägt aufschienen. Beispielsweise wurde es möglich, durch die ausgeprägte Urteilsvorsicht, die sich bei einem Interviewfall zeigte, andere Interviewfälle daraufhin gezielter zu analysieren und hierdurch schärfer in ihren diesbezüglichen Strukturen zu erfassen. Dieser tiefergehende Fallvergleich ergab, dass sich eine Haltung der Urteils-

³³⁶ Als Vergleichsdimension für eine Typenbildung eignete sich die Kategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ nach genauerer Untersuchung nicht. Grund ist, dass sich in den Erzählungen der Interviewpersonen über die in ihnen in empathischen Prozessen ausgelösten Gefühle und Körperempfindungen zu wenig klar benennbare Unterschiede zwischen Lernenden, die unterschiedliche Verständnistypen repräsentierten, finden ließen. Die Kategorie ist aber fester Bestandteil der jeweiligen Typenbeschreibungen. Die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ ist ebenfalls fester Bestandteil der jeweiligen Typenbeschreibungen. Trotz ihres Potenzials habe ich von ihrer Auswahl und Ausarbeitung als weitere, also fünfte, Vergleichsdimension abgesehen, um das Komplexitätsniveau der sich entwickelnden Typologie nicht (noch) weiter zu erhöhen.

vorsicht beim empathischen Handeln in Pflegesituationen bei anderen Interviewfällen nur schwach ausgeprägt zeigte oder gänzlich fehlte. Die Kategorie „Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen im Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein“ wurde beispielsweise auf diesem Wege durch Fallvergleiche dicht am Datenmaterial qualitativ induktiv gebildet durch die ad hoc Bezugnahme auf implizit verfügbare theoretische Wissensbestände der Forscherin, in diesem Falle erkenntnis- bzw. lehr-lerntheoretisches Wissen. Durch ebensolche Fallvergleiche wurden die beiden Kategorien „Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegend*e*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen“ sowie „Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen“ gebildet. Diese drei identifizierten Kategorien wurden im weiteren Analyseprozess unter dem Oberbegriff „Empathische Grundhaltungen“ zusammengefasst, der sich als eine weitere relevante Vergleichsdimension herauskristallisierte.

Die identifizierten zentralen Motive bzw. Kategorien wurden zudem ausdifferenziert durch die Bildung von Subkategorien sowie dimensionalisiert in Form von Kontinua mit jeweils zwei Endpolen. Ziel dieses Prozesses war es, relevante Vergleichsdimensionen auszuarbeiten, die die wesentlichen Divergenzen und Ähnlichkeiten in den subjektiven Empathieverständnissen der Lernenden auf eine abstraktere, theoretische Ebene zu heben vermochten, d.h. begrifflich allgemeiner zu fassen, zu strukturieren, einzuordnen sowie zu erklären.

Zudem ermöglichten die erarbeiteten Vergleichsdimensionen mit ihren jeweiligen Merkmalsausprägungen (Subkategorien sowie Kontinua) eine systematische Suche im Datenmaterial nach Zusammenhängen, sowohl zwischen den einzelnen Vergleichsdimensionen (bzw. deren Merkmalsausprägungen) als auch zwischen sowie innerhalb der sich zunehmend entwickelnden Typen (= Merkmalskombinationen). Hierzu ordnete ich u.a. den sich entwickelnden Typen sämtliche Interviewfälle der Ersterhebung zu, um so weitere Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Zusammenhänge innerhalb und zwischen den verschiedenen Gruppen zu untersuchen (s. Anhang 21). Zu anfänglich zwei sehr gegensätzlichen Verständnistypen pflegerischer Empathie und einem dazwischenliegenden Übergangstypus kamen in dieser Analysephase vorübergehend zwei weitere Verständnistypen pflegerischer Empathie hinzu, von denen einer im weiteren Verlauf verworfen wurde (s.u.)³³⁷. Zudem experimentierte ich, die methodische Empfehlung von

³³⁷ Siehe Ausführungen zu diesem verworfenen Verständnistypus pflegerischer Empathie in Kapitel 17.2 des Teil III der vorliegenden Arbeit.

Kelle und Kluge aufgreifend, mit Kreuztabellen. Diese ermöglichen, unterschiedliche Kategorien bzw. Vergleichsdimensionen miteinander zu kombinieren und hierdurch Merkmalsräume (= alle theoretisch möglichen Merkmalskombinationen) abzubilden (vgl. ebd.: 2010: 96-101). In dieser zeitaufwändigen Analysephase entwickelte sich die anfänglich einfache, eindimensionale Typologie, die auf der o.e. sehr früh in der Querschnittsanalyse aufscheinenden Unterscheidung basierte, ob Lernende pflegerische Empathie eher als regelorientierte expertokratische Fürsorge verstehen oder eher als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion, schrittweise weiter zu einer komplexeren, multidimensionalen Typologie (s. Anhänge 21 und 22). Letztere umfasst die vier Vergleichsdimensionen „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“, „Pflegeverständnis“, „Empathische Grundhaltungen“ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ sowie jeweils zugehörige Merkmalsausprägungen in Form von Subkategorien und Kontinua. Neben übersichtlichen, prägnanten Charakterisierungen der gebildeten vier Verständnistypen in Schriftform auf jeweils maximal einer Seite, arbeitete ich zum Ende dieser zweiten Analysephase hin an Möglichkeiten, die konstruierte Typologie in ihrer Gesamtheit in einer Grafik darzustellen (s. Anhang 22). Ziel war hierbei, die jeweils charakteristische Verortung der unterschiedlichen Verständnistypen auf den vier Vergleichsdimensionen in ihrer Gesamtheit in einem übersichtlichen Modell abzubilden. Das Ergebnis dieses Prozesses stellt das „Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden“ dar (s. Kapitel 17.3 des Teil III der vorliegenden Arbeit).

Im Verlauf des Typenbildungsprozesses kristallisierte sich ferner heraus, dass es sinnvoll war, nicht einzelne Lernende, als Grundelemente meiner Typenbildung zu betrachten, d.h., Personen zu typisieren, sondern deren Konzepte von bzw. Sichtweisen auf pflegerische Empathie. Hierdurch wurde es möglich, einen Interviewfall bzw. eine -person ggf. auch mehreren Typen zuzuordnen, wenn sich beispielsweise im Laufe ihrer Ausbildung ihr Verständnis pflegerischer Empathie verändert hatte. Auch konnte so das anfänglich irritierende Phänomen, dass Lernende, in deren Erzählungen ihres empathischen Handelns sich bereits ab Ausbildungsbeginn ein sehr differenziertes und weit entwickeltes Verständnis pflegerischer Empathie abzeichnete, auch vereinzelt von empathischen Handlungssituationen erzählten, deren Analyse ein deutlich weniger elaboriertes Verständnis pflegerischer Empathie ergab. Die Lösung der anfänglichen Typenbildung von der Ebene der Interviewperson auf die Ebene der Verständnisweisen pflegerischer Empathie ermöglichte es, Faktoren eingehender zu untersuchen, zu systematisieren und auf die Typologie zu beziehen, die beeinflussen, ob Lernende in konkreten Pflegesituationen tatsächlich ihrem Verständnistypus pflegerischer Empathie gemäß

handeln. Diese Analyserichtung erwies sich als äußerst fruchtbar, da eine Fülle von intervenierenden Faktoren herausgearbeitet werden konnte, die in den Subkategorien „Institutionelle Faktoren“, „Personale Faktoren: Pflegelernende*r“ sowie „Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch“ gebündelt wurden.

Bei den Verständnistypen, die ich bildete, handelt es sich um Idealtypen im Sinne Webers. Idealtypen stellen „*kein Abbild der empirischen Realität*“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 376) dar und auch keinen „*irgendwie geartete(n) normative(n) Maßstab für die Wirklichkeit*“ (ebd.). Sie sind vielmehr als „*theoretisierende Verdichtungen und Vereindeutigungen dessen, was man in der Empirie vorfindet*“ (ebd.: 377) zu verstehen (vgl. ebd.: 376-397). Kluge und Kelle definieren den Idealtypus nach Weber wie folgt:

„Ein Idealtypus steht damit zwischen Empirie und Theorie, er bezieht sich auf reale empirische Phänomene, beschreibt sie aber nicht einfach, sondern übersteigert einige ihrer Merkmale, um zu einem Modell sozialer Wirklichkeit zu gelangen.“ (Kelle/Kluge 2009: 83)

Przyborski und Wohlrab-Sahr führen das nachfolgende Zitat an, in dem Weber die Bildung eines Idealtypus prägnant auf den Punkt bringt:

„Er wird gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht vorhandenen Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankengebilde.“ (Weber 1985: 190f., zitiert nach Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 377; Hervorhebung im Original)

Weiter führen sie aus, dass es sich bei einem Idealtypus um eine Konstruktion handelt, die darauf zielt, das empirisch Vorfindliche prägnant(er) zu erfassen bzw. verstehend zu erklären³³⁸.

„Das heißt, der Idealtypus entwickelt auf der Grundlage dessen, was wir an Wissen verfügbar haben (und dazu gehört wesentlich das nomologische Wissen) eine plausible Vorstellung des inneren Zusammenhangs und des Zustandekommens desjenigen Wirklichkeitsausschnittes, den der Wissenschaftler zu erklären sucht. Erst am Ende wird sich zeigen, in welchem Maße dieses Konstrukt tatsächlich dazu beitragen kann, die betreffende Wirklichkeit besser zu verstehen oder zu erklären.“ (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 378)

Zum Verständnis der von mir entwickelten Idealtypen ist noch hinzuzufügen, dass die für einen Verständnistypus charakteristische Ausprägung auf den als relevant herausgearbeiteten vier Vergleichsdimensionen sich bei allen diesem Typus zugeordneten Interviewfällen findet (= innere Homogenität). Möglicherweise repräsentiert ein einzelner Interviewfall einen Typus in besonders reiner Ausprägung, aber dieser Interviewfall und der Typus sind nicht identisch. Der Typus kommt in diesem Interviewfall lediglich besonders prägnant zum Ausdruck (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 380f.; Kelle/Kluge 2009: 105-107). In

³³⁸ „Der Idealtypus als Mittel verstehenden Erklärens“ (ebd.: 376).

meinem Sample war es so, dass einige Interviewfälle einen bestimmten Verständnistypus pflegerischer Empathie in besonders reiner Form repräsentierten, genauso kam es jedoch vor, dass in den Erzählungen einer Interviewperson verschiedene Verständnistypen pflegerischer Empathie aufschienen.

Wie der Tabelle 4 zu entnehmen ist, brachte ich in diesem zweiten Analyseabschnitt, der die Querauswertung der einzelfallbezogenen Analyseergebnisse zum Themenfeld „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“ sowie einer darauf aufbauenden Typenbildung (inklusive der Erarbeitung der o.e. intervenierenden Faktoren) umfasste, meine vorläufigen Analyseergebnisse drei Mal in Analysegruppen ein, um sie kollegial zu validieren. Die Fragen, Rückmeldungen und Anregungen der Teilnehmenden unterstützten den Konstruktionsprozess der Verständnistypen enorm. In dieser Phase regten mich ferner zwei Beratungsgespräche bei meiner Betreuerin Prof.in Dr.in Darmann-Finck an, in denen wir gemeinsam Überlegungen zu möglichen Vergleichsdimensionen austauschten und erste Ideen zur Darstellung der verschiedenen Verständnistypen in einem Modell diskutierten.

Ich beendete diese zweite Analysephase mit einem erneuten Anhören der Audiodateien sämtlicher nicht analysierter Erstinterviews, wobei ich den Fokus darauf richtete, ob die Verständnistypen dieser Befragten in der entwickelten Typologie aufgingen. Dem war so. Anders ausgedrückt, ich ordnete beim Durchhören alle Interviewfälle den gebildeten Verständnistypen zu, um die interne Homogenität letzterer zu überprüfen sowie auch die externe Heterogenität auf der Ebene der Typologie. Beim Anhören zeigte sich, dass ein Interviewfall das Potenzial hatte, einen der vier erarbeiteten Verständnistypen empirisch noch stärker anzureichern. Aus diesem Grunde analysierte ich im Oktober 2013 diesen Interviewfall, also ein siebtes Erstinterview (Dauer: 120 Minuten) vollständig, analog der im Vorausgegangenen beschriebenen Anwendung des integrativen Basisverfahrens. Die Ergebnisse dokumentierte ich in einem Inventar und pflegte relevante Ergebnisse in den bestehenden Verständnistypus ein.

16.8.4.3 Dritter Analyseabschnitt

Der dritte Analyseabschnitt erstreckte sich über zwei Jahre (10/2013-09/2015). Er umfasste neben der einzelfallbezogenen Auswertung der Folgeinterviews verschiedene sich daran anschließende queranalytische Auswertungsschritte der Interviewdaten der Folge- und teilweise auch der Ersterhebung zu unterschiedlichen Themenfeldern. Über die Hälfte dieses Abschnittes war schwerpunktmäßig der Erarbeitung der drei Ergebniskapitel der vorliegenden Arbeit vorbehalten (07/2014-09/2015). Nachfolgend wird auf diesen dritten Analyseabschnitt näher eingegangen.

Die Auswertung der Folgerhebung begann im Oktober 2013 mit einer Inventarisierung der Interviews der fünf Lernenden, deren Erstinterviews ich in dem ersten Analyseabschnitt (s.o.) gezielt ausgewählt und vollständig analysiert hatte. Die Folgeinterviews dieser Personen umfassten 69, 114, 71, 119 sowie 110 Minuten. Sie wurden jeweils vollständig, auf der Basis von Transkriptausschnitten, mittels des integrativen Basisverfahrens in der o.a. verschlankten Variante analysiert. D.h., ich variierte im Analyseverlauf, vor dem Hintergrund der Relevanz der jeweiligen Interviewabschnitte für meine Forschungsinteressen, die Tiefe und den Umfang meiner eingesetzten „Analyseaufmerksamkeit“ und damit mein „Analysetempo“. Für jedes dieser fünf Folgeinterviews erstellte ich ein umfangreiches Inventar, das einen tabellarischen Überblick über erstens die Interviewleitfragen (incl. narrative Nachfragen, etc.), zweitens die jeweils zugehörigen Zeilenangaben im Transkript, drittens die zugehörigen von der Interviewperson entfalteten Situationen, Themen sowie wenige Worte umfassende, prägnante Interviewsequenzen, viertens besonders hervorspringende Aspekte zur Syntaktik, zur Interaktion bzw. zur Wortsemantik, fünftens eine Zuordnung relevanter Interviewsequenzen zu den in den ersten und zweiten Analyseabschnitten (s.o.) gebildeten (Sub-)Kategorien, Vergleichsdimensionen bzw. Verständnistypen pflegerischer Empathie sowie sechstens Analysenotizen zu neuen Motiven bzw. Kategorien gab (s. Anhang 23). Abschließend pflegte ich relevante Analyseergebnisse und -notizen der Folgeinterviews in die jeweiligen Fallexzerpte ein, in denen bereits die Analyseergebnisse der Ersterhebung dokumentiert waren. Aus Zeitgründen erstellte ich das Inventar eines sechsten Folgeinterviews (91 Minuten) direkt beim Abhören der Audiodatei, nämlich das der Person, deren Erstinterview ich im Oktober 2013 nachträglich als siebtes Erstinterview vollständig analysiert hatte. Analog meinem Vorgehen in dem ersten Analyseabschnitt brachte ich auch in der Phase der einzelfallbezogenen Auswertung der Folgeinterviews ausgewählte Sequenzen selbiger in unterschiedliche Analysegruppen ein (s. Tabelle 4).

Die Analyseergebnisse der o.e. sechs analysierten Folgeinterviews, die sich auf das Themenfeld „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“ bezogen, nutzte ich, um sowohl die in dem zweiten Analyseabschnitt entwickelten vier Verständnistypen pflegerischer Empathie als auch die identifizierten intervenierenden Faktoren (s.o.) empirisch aufzufüllen, weiter auszudifferenzieren bzw. zu verdichten. Eine abschließende Überprüfung sowie Überarbeitung des Modells „Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelehrenden“ und seiner intervenierenden Faktoren erfolgte im November und Dezember 2014. Hierzu hörte ich mir die Audiodateien der Interviews an, die bislang nicht einzelfallbezogen ausgewertet wurden, d.h. die restlichen elf Erst- sowie zehn

Folgeinterviews³³⁹. Arbeitstechnisch ging ich hierbei folgendermaßen vor: Auf meinen Schreibtisch legte ich Ausdrucke meiner vier Typenübersichten³⁴⁰ sowie die bisherige Liste mit den intervenierenden Faktoren. Während ich mir die Audiodateien eines Interviewfalls, zunächst das Erst- und im Anschluss das Folgeinterview, anhörte, fokussierte ich u.a. diese erarbeiteten Faktoren, Kategorien und Typen und stoppte die Aufnahme in regelmäßigen Abständen, um das Gehörte zu reflektieren, auf die bisherigen Analyseergebnisse zu beziehen und diesbezügliche Notizen zu verfassen. Für jeden Interviewfall verfasste ich anschließend ein kurzes Fallexzerpt, das u.a. eine Zuordnung des Falls zu den Verständnistypen pflegerischer Empathie umfasste und eine Auflistung relevanter Interviewsequenzen, die die bisherigen Analyseergebnisse meiner Untersuchung entweder weiter ergänzten bzw. ausdifferenzierten oder sich als besonders anschauliche empirische Belege für bereits erarbeitete Kategorien eigneten (s. Anhang 24). Nach diesem letzten Analyseschritt nutzte ich die in den kurzen Fallexzerpten dokumentierten Analyseergebnisse, um ein letztes Mal wie bereits erwähnt, das Modell „Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden“ und dessen intervenierende Faktoren zu überarbeiten. Daran schloss sich eine mehrmonatige Phase des Verfassens des Kapitels „Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie“ (= 04/2015-08/2015) (vgl. Kapitel 17 des Teil III der vorliegenden Arbeit) an.

Die Querauswertung der Erst- und Folgeinterviews zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“ gestaltete sich „holpriger“ als die oben beschriebene zum Themenfeld „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“, die der erstgenannten zeitlich vorausging. Grund hierfür war u.a., dass sich zwei anfangs eingeschlagene Analyserichtungen im Verlauf der Querauswertung als nicht zielführend herauskristallisierten.³⁴¹ Nachfolgend wird zunächst auf die beiden nicht weiterverfolgten Analyserichtungen bzw. Erkenntnisperspektiven eingegangen. Danach zeichne ich meinen Analyse- und Erkenntnisweg nach, der zu den Forschungsergebnissen zum Lernen pflegerischer Empathie an den Lernorten Betrieb und Schule führte, die in den Kapiteln 18 und 19 der vorliegenden Arbeit präsentiert werden.

³³⁹ Das Erstinterview einer Interviewperson mit Migrationshintergrund, die das Folgeinterview aufgrund von Examensstress abgelehnt hatte, berücksichtigte ich nicht. Das Erstinterview der dual studierenden Person, die aufgrund eines Studiengangwechsels kein Folgeinterview gegeben hatte, berücksichtigte ich hingegen in diesem Auswertungsschritt.

³⁴⁰ Diese umfassen neben den Typenbezeichnungen, die Verortung des jeweiligen Typus auf den Kontinua der drei empathischen Grundhaltungen, eine Auflistung der Strategien, die die Befragten in Prozessen der Perspektivenübernahme einsetzen, die Kategorie „Intrapersonelle Ergebnisse“ mit ihren zwei Subkategorien sowie die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse“ mit typischen Handlungsmustern.

³⁴¹ Hinzu kam u.a., dass sich zu diesem Zeitpunkt die Datenauswertungsphase bereits über drei Jahre erstreckte und vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen forschungspragmatische Überlegungen anstanden.

Begonnen habe ich die Querauswertung der Interviewdaten zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“ zunächst mit dem Fokus auf die Zeit vor der Pflegeausbildung.³⁴² Hierzu kopierte ich die Einzelfallergebnisse aus den Fallexzerpten und Inventaren der ersten sechs vollständig analysierten Erstinterviews in eine Tabelle und verglich sie. Diese vergleichende Analyse zielte darauf, Hauptlernbereiche von Empathie aus der Perspektive der befragten Pflege Lernenden zu identifizieren. Es kristallisierten sich vier vorläufige Lernbereiche heraus, nämlich Familie, Peers/Liebespartner*innen, Arbeit/Aktivitäten/Engagement während der Schulzeit sowie berufliche Tätigkeiten nach der Schulzeit bzw. vor der Pflegeausbildung. Vor dem Hintergrund sozialisationstheoretischer Wissensbestände betrachtet, erbrachte diese Analyserichtung nahezu keine neuen Erkenntnisse und wurde daher nicht weiterverfolgt.

Im Anschluss daran fokussierte ich das Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung. Hierbei verfolgte ich zunächst die Analysestrategie, durch den Vergleich des Erst- und Folgeinterviews einzelner Interviewpersonen Erkenntnisse über eventuelle Veränderungen ihrer subjektiven Sichtweisen auf pflegerische Empathie im Ausbildungsverlauf zu generieren. Ich beabsichtigte, eventuelle Konzeptwechsel tiefergehend zu untersuchen, um darauf aufbauend eine Typenbildung mit dem Fokus auf typische Entwicklungsverläufe (z.B. mit und ohne Konzeptwechsel inklusive zentralen Entwicklungsbereichen und intervenierenden Bedingungen) vorzunehmen. Auch diese Analyserichtung stellte sich im Verlauf als wenig fruchtbar heraus und wurde daher nicht weiterverfolgt. Zum einen erwies es sich als schwierig, anhand von Erzählungen der Lernenden über ihr empathisches Pflegehandeln zu verschiedenen Zeitpunkten ihrer Ausbildung Rückschlüsse auf konkrete Kompetenzentwicklungsprozesse zu ziehen. Unter den Interviewpersonen herrschte ein weitgehender Konsens, dass sie ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie in der Ausbildung weiterentwickelt hätten. Zwischenzeitlich analysierte ich die in den Fallexzerpten von mir dokumentierten Selbsteinschätzungen³⁴³ der Interviewpersonen bezüglich ihres diesbezüglichen Kompetenzzuwachses und verglich sie mit dem Eindruck, den ich durch die Analyse der von ihnen erzählten Situationen gewann, was sich als schwierig, spekulativ und wenig erkenntnisversprechend herausstellte. Zudem erwies es sich als schwierig, eventuelle Konzeptwechsel anhand der Kontrastierung von Erst- und Folgeinterviews fundiert

³⁴² In den Erstinterviews hatten sich die Befragten angeregt durch die vierte Leitfragenfrage diesbezüglich geäußert. Die Frage lautete: „Wir kommen jetzt zu der angesprochenen Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen. Wenn Sie so auf Ihr Leben zurücksehen, wo haben Sie das gelernt?“

³⁴³ Diese Selbsteinschätzungen erarbeitete ich aus den Interviewpassagen, in denen die Befragten im Erstinterview die Leitfragenfrage 7 bzw. im Folgeinterview die Frage 8 beantworteten. Diese lautete: „*Wenn Sie einmal an Ihren Ausbildungsbeginn zurückgehen und dann Ihren ersten Schulblock, Ihren ersten praktischen Einsatz und all die nachfolgenden Blöcke und Einsätze bis zum heutigen Tage an Ihrem inneren Auge vorbeiziehen lassen, inwiefern hat sich Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, entwickelt? (Was haben Sie dazu gelernt?)*“.

einzuschätzen, da die Folgeinterviews in mir zunehmend den Eindruck weckten, dass die Interviewpersonen in einigen der von ihnen erzählten Pflegesituationen aufgrund unterschiedlichster intervenierender Faktoren - sowohl unbewusst als auch bewusst - nicht ihrem Verständnis pflegerischer Empathie entsprechend handelten bzw. handeln konnten. Sie verfügten scheinbar oftmals nicht über die Rahmenbedingungen, um ihr (möglichweise weiterentwickeltes) empathisches Können zu zeigen. Das bedeutete, dass das tatsächliche eigene empathische Pflegehandeln, von dem eine Interviewperson in ihrem Folgeinterview erzählte, nicht zwangsläufig bzw. zuverlässig das ihm zugrundeliegende Verständnis pflegerischer Empathie dieser Person in all seinen Facetten abzubilden vermochte. Ich kam daher in dieser Analysephase zu der Einschätzung, dass es anderer Datenerhebungsmethoden bedarf, um diesbezüglichen Forschungsfragen systematisch und methodisch kontrolliert tiefer nachzugehen. Aus diesem Grunde verfolgte ich die o.e. Analyserichtung nicht weiter.

Die Analyserichtung, die ich daraufhin entwickelte, soll nachfolgend abschließend beschrieben werden. Ich fokussierte mich bei der Querauswertung der einzelfallbezogenen Analyseergebnisse (= Fallexzerpte und Inventare) der sechs Erst- sowie sechs Folgeinterviews darauf, herauszuarbeiten, was die Interviewpersonen in ihrer Pflegeausbildung im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit als unterstützend bzw. hinderlich erlebt hatten (s. Anhang 19). Mit dieser Schwerpunktsetzung verbunden war die Entscheidung, die dritte und vierte Unterfrage meiner übergeordneten Forschungsfrage nicht mehr einzeln tiefergehend weiterzuverfolgen, sondern mein Analyseverfahren stärker an der übergeordneten Forschungsfrage sowie den ersten beiden untergeordneten Fragen auszurichten (s. Kapitel 15 des Teil II der Arbeit).

In einem längeren, auf systematische Fallvergleiche, Systematisierung, Verdichtung und leichte Abstraktion zielenden Analyseprozess entwickelte ich in einem ersten, mehrere Monate umfassenden Analyseschritt für den Lernort Betrieb drei und für den Lernort Schule zwei Kategorien mit diversen Subkategorien. Diese bündeln die Perspektiven der Befragten auf lernförderliche sowie -hinderliche Bedingungen und Strategien an den Lernorten Betrieb und Schule im Hinblick auf ihre Empathiefähigkeit. Mit anderen Worten: Sie beschreiben aus der Perspektive der Interviewpersonen, wie sich auf Empathie abhebende Lehr-Lernprozesse in ihrer Pflegeausbildung gegenwärtig vollziehen und haben einen eher deskriptiven Charakter. Diese Kategorien wurden sowohl auf Basis der Interviewpassagen, in denen die Befragten ihre Sicht auf das Lernen pflegerischer Empathie unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung darstellten (subjektiv erlebte Realsituation), als auch der Textsequenzen, in denen Wünsche und Ideen zur Verbesserung des Lernens

pflegerischer Empathie (subjektive Wunsch- bzw. Idealsituation) thematisiert wurden, gebildet.

Dieser erste, mehrere Monate umfassende Analyseschritt, der letztlich zu den o.e. fünf deskriptiven Kategorien führte, war geprägt von der Entwicklung vorläufiger Sortierungen der umfangreichen einzelfallbezogenen Analyseergebnisse zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“, der Diskussion selbiger in Analysegruppen, dem Auflösen von Sortierungen sowie von Neustrukturierungsversuchen. Als Analyseheuristiken i.S. sensibilisierender Konzepte experimentierte ich in dieser Phase u.a. mit dem Kodierparadigma von Strauss und Corbin sowie mit Dehnbostels Konzepten zur Verbindung von Arbeiten und Lernen³⁴⁴.

Auf einen ersten, flüchtigen Blick betrachtet mögen die vielen erarbeiteten (Sub-)Kategorien, die die zahlreichen, von den Befragten als lernförderlich erlebten Bedingungen und Strategien bündeln, den Eindruck vermitteln, dass es um die Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung der Interviewpersonen ganz gut gestellt sei. Dass dieser Schein trügt, zeigte sich jedoch im weiteren Analyseprozess: Durch eine systematische Kontrastierung der, bereits im Interviewmaterial zur subjektiv erlebten

³⁴⁴ Als Heuristik wurde im weit fortgeschrittenen Analyseprozess die von dem Professor für Betriebliches Bildungsmanagement Dr. Peter Dehnbostel geprägte und von Darmann-Finck und Muths für die Pflegebildung leicht modifizierte theoretische Unterscheidung des arbeitsbezogenen Lernens in die drei Varianten des arbeitsgebundenen, des arbeitsverbundenen sowie des arbeitsorientierten Lernens genutzt (vgl. Dehnbostel 2007: 44-65, Darmann-Finck/Muths 2016: 188-209, ebd. 2014: 119-161). Unter arbeitsbezogenem Lernen versteht Dehnbostel (2007: 45) „betriebliche, außerbetriebliche und schulische Konzepte, Lernformen und Maßnahmen [...], die in ihren Lernprozessen und Lerninhalten von Arbeit und Arbeitsabläufen geleitet sind bzw. auf diesen basieren“. Die Vielfalt arbeitsbezogener Lernformen unterteilt Dehnbostel nach lernorganisatorischen Überlegungen zum Verhältnis von Lern- und Arbeitsort in die o.a. drei Varianten: Die erste Variante, das arbeitsgebundene Lernen, erfolgt direkt im Prozess der Arbeit, d.h., Arbeits- und Lernort sind somit identisch (vgl. ebd.: 45). Bei der zweiten Variante, dem arbeitsverbundenen Lernen, erfolgt Lernen durch die systematische Verbindung informellen Lernens (beiläufig, ungeplant bzw. zufällig und integriert in das Arbeitshandeln) mit formellem Lernen (organisiert) (vgl. ebd.: 45-47). Laut Dehnbostel sind beim arbeitsverbundenen Lernen Arbeitsplatz und Lernort getrennt, es besteht aber eine enge räumliche und organisatorische Verbindung (vgl. ebd.: 45-47). Bei der dritten Variante, dem arbeitsorientierten Lernen, erfolgt Lernen durch das Üben von Arbeitshandlungen in simulierten, der Arbeitsrealität möglichst stark angenäherten Umgebungen (vgl. ebd.: 45). Dieses Lernen verortet Dehnbostel in Schulen bzw. Hochschulen (vgl. ebd.: 48). Darmann-Finck und Muths übertragen Dehnbostels, im Kontext der gewerblich-technischen Berufs(aus)bildung entwickeltes, Modell zur Differenzierung von Lernprozessen, die sich auf Arbeit sowie Arbeitsprozesse beziehen, auf die Pflege(aus)bildung und nehmen hierzu vereinzelt definitorische Anpassungen vor (vgl. Darmann-Finck/Muths 2014: 122f., ebd. 2016: 188-209). Wesentlich ist, dass sie den Begriff arbeitsverbundenes Lernen bewusst weiter fassen und dieses Lernen sowohl am Lernort Betrieb als auch am Lernort Schule verorten.

„Das arbeitsverbundene Lernen kann im Unterschied zu Dehnbostels Konzeption sowohl in unmittelbarer räumlicher Nähe des Arbeitsortes als auch z.B. in der Hochschule stattfinden. Charakteristisch für diese Form des arbeitsverbundenen Lernens ist die real erlebte berufliche Situation, die durch Lehr-/Lernangebote einer Reflexion im Hinblick auf unterschiedliche Aspekte unterzogen wird.“ (Darmann-Finck/Muths 2014: 123, Hervorhebung im Original)

Als Beispiele für arbeitsgebundenes Lernen in der Pflegeausbildung führen die Autorinnen u.a. das Lernen in lern- und kompetenzförderlichen Arbeitsumgebungen, das Lernen durch Instruktion, Anleitung bzw. Coaching sowie das Lernen durch Beobachtung von Expert*innen an, für arbeitsverbundenes Lernen u.a. das Lernen durch Lernaufgaben, kollegiale Beratung, Praxisprojekte und Praxisbegleitung und für arbeitsorientiertes Lernen u.a. das Lernen im Skills-Lab und durch Rollenspiele (vgl. Darmann-Finck/Muths 2014: 126, ebd. 2016: 190, 196-202).

Realsituation des Lernens pflegerischer Empathie in der Ausbildung identifizierten, Bedingungen der Lernorte sowie der Strategien der unterschiedlichen Akteur*innen mit den Wünschen und Ideen der Befragten zur Verbesserung des Lernens pflegerischer Empathie konnten tiefergehende Erkenntnisse über reale Probleme bzw. Herausforderungen der befragten Lernenden im Zusammenhang mit dem Lernen pflegerischer Empathie unter den gegenwärtigen Ausbildungsbedingungen gewonnen werden. Anders ausgedrückt: Diese Gegenüberstellung von subjektiv erlebter Ist-Situation und Wunsch-Situation ermöglichte es, Schattenseiten, Leerstellen sowie einseitige Schwerpunktsetzungen der gegenwärtigen Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung zu identifizieren. Durch auf diesen Ergebnissen aufbauende, stärker theoretisch-abstrahierende, interpretative Schlüsse wurde es möglich, dem Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung zugrunde liegende zentrale Sinn- bzw. Tiefen(sinn)strukturen zu identifizieren³⁴⁵. Diese wirken aus der Tiefe heraus strukturierend auf die sich an der Oberfläche, d.h. in den konkreten Ausbildungsbetrieben bzw. an den Schulen, vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse (= Oberflächen(sinn)strukturen bzw. Handlungsebene).

Kruse differenziert in diesem Zusammenhang zwei Arten von Mustern (bzw. Kategorien), nämlich erstens *„sinnstrukturelle Muster, in den zu untersuchenden Wirklichkeitsphänomenen [...], die sozusagen an die ‚Oberfläche‘ des Phänomens im dokumentarischen Sinne aufgestiegen sind“* (ebd.: 643; Hervorhebung im Original) und zweitens die hinter bzw. unter diesen oberflächensinnstrukturellen Mustern *„befindlichen Regeln i.S.v. ‚Mustern hinter Mustern“*“ (ebd.: 644; Hervorhebung im Original), die erstgenannte hervorbringen (vgl. ebd.: 643-649).

„Die operative Forschungslogik und das Ziel qualitativer bzw. rekonstruktiver Sozialforschung ist die Rekonstruktion komplexer Sinnstrukturen in der Kontingenz und „Mannigfaltigkeit“ (vgl. Mannheim 1980: 115) von Wirklichkeit. Hierbei gilt es, sinnstrukturelle Muster in den zu untersuchenden Wirklichkeitsphänomenen zu erkennen, die sozusagen an die ‚Oberfläche‘ des Phänomens im dokumentarischen Sinne aufgestiegen sind. Dies ist aber nicht das Ziel der rekonstruktiven Analysearbeit, sondern stellt einen Zwischenschritt dar. Denn es gilt die ‚hinter‘ diesen bereits komplexen und stets musterartigen Sinnstrukturen befindlichen Regeln i.S.v. ‚Mustern hinter Mustern‘ zu rekonstruieren, welche die spezifischen, dokumentarisch-sinnstrukturellen Muster auf der ‚Phänomenoberfläche‘ überhaupt erst generieren. Denn die Frage, die sich stellen lässt, ist ja die: Wie kommen jene sozusagen ‚oberflächensinnstrukturellen‘ Muster in den sozialen Phänomenen zustande? Wenn man es schafft, diese oberflächensinnstrukturellen Muster über eine umfassende und detaillierte Deskription aufzuarbeiten – dann können im Sinne eines interpretativen Schlusses Aussagen abgeleitet werden bzgl. jener Regeln (also bzgl. der Muster hinter den Mustern [...]), die eine spezifische Wirklichkeit so herstellen, wie sie ist – und nicht anders“ (ebd.: 643f.; Hervorhebung im Original)

Die von mir in einem ersten Analyseschritt gebildeten (Sub-)Kategorien sind im Sinne Kruses als musterartige (Oberflächen-)Sinnstrukturen des untersuchten Wirklichkeitsphä-

³⁴⁵ Dieser Analyseschritt erfolgte allerdings erst wesentlich später (s.u.).

nomens „Lernen pflegerischer Empathie“ zu verstehen. Die in einem zweiten Analyseschritt herausgearbeiteten, dem Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung zugrundeliegenden, zentralen Tiefen(sinn)strukturen sind folglich die von Kruse bezeichneten „*Muster hinter den Mustern*“ (ebd.: 2015: 648), die zu erklären vermögen, „*wie und warum sich ein Phänomen genau in der Art und Weise zeigt und nicht anders*“ (ebd.; Hervorhebung im Original).

Die Querauswertung der vollständig ausgewerteten sechs Erst- und sechs Folgeinterviews zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie“ erfolgte schwerpunktmäßig von November 2013 bis Juni 2014, d.h. parallel zu der weiter oben beschriebenen Inventarisierung der Folgeinterviews. Daran schloss sich eine mehrmonatige Phase (07/2014-03/2015) des Verfassens der Kapitel „Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb“ sowie „Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule“ an (vgl. Kapitel 18 und 19 des Teil III der vorliegenden Arbeit). In ihrer damaligen Version umfassten diese Ergebniskapitel v.a. die Forschungsbefunde zur Oberflächen(sinn)struktur des Lernens pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung. Unterbrochen wurde diese Phase durch den oben erwähnten Analyseschritt im November und Dezember 2014, der auf die Auswertung sämtlicher nicht einzelfallbezogen ausgewerteter Interviews zielte. Analog dem weiter oben skizzierten arbeitstechnischen Vorgehen zur Überprüfung der Verständnistypen pflegerischer Empathie, wertete ich die o.e. restlichen elf Erst- sowie zehn Folgeinterviews anhand ihrer Audiodateien auch unter dem Fokus „Lernen pflegerischer Empathie“ aus und integrierte relevante Aspekte in die entstehenden Ergebniskapitel.

Im Spätsommer 2015 setzte ich mich, angeregt durch ein Beratungsgespräch mit meiner Erstbetreuerin über den bislang v.a. deskriptiven Charakter meiner Forschungsergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie, ein weiteres Mal an mein Datenmaterial und meine Analysedokumentationen. Ziel dieser letzten Analysephase war es, durch abschließende stärker abstrahierende, interpretatorische Schlüsse, die „*Muster hinter den Mustern*“ (Kruse 2015: 648) im Sinne Kruses zu rekonstruieren. In dieser Phase der Erarbeitung der jeweiligen Tiefen(sinn)strukturen für die Lernorte Betrieb und Schule unterstützte mich das gemeinsame Diskutieren und Reflektieren mit meiner Erstbetreuerin über meine bisherigen Forschungsbefunde und über erste Ideen zu möglichen diese hervorbringenden, tieferliegenden Mustern bzw. Strukturen sehr.

Nachdem im Vorausgegangenen mein langjähriger Forschungs- und Erkenntnisprozess detailliert beschrieben wurde, sind die nachfolgenden drei Kapitel den Ergebnissen desselben vorbehalten.

17. Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie

Das vorliegende erste Ergebniskapitel ist einem im Verlauf der Untersuchung zunehmend an Bedeutung gewinnenden, zentralen Forschungsergebnis vorbehalten: den subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie der befragten Pflegelegenden. Wie in Kapitel 16.4 dargelegt, deuteten sich bereits in den Probeinterviews, teilweise implizit, teilweise explizit, äußerst heterogene subjektive Vorstellungen der befragten drei Lernenden von pflegerischer Empathie an.³⁴⁶ Infolge dieses überraschenden „vorläufigen“ Ergebnisses der Probeinterviews wurde, wie im Kapitel 16.4 beschrieben, der Interviewleitfaden überarbeitet, um in der Hauptuntersuchung von jeder einzelnen der neunzehn Interviewpersonen ausreichend Datenmaterial über von ihnen selbsterlebte Pflegesituationen zu erheben. Diese selbsterlebten Pflegesituationen, anhand derer die Befragten von ihrem eigenen empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen erzählten und/oder dem ihrer Kolleg*innen, bilden den Hauptdatenpool, aus dem die in diesem ersten Ergebniskapitel vorgestellten Forschungsbefunde gewonnen wurden (s. Kapitel 16.8.4.1 bis 16.8.4.3).

Das vorliegende Kapitel 17 untergliedert sich in fünf Unterkapitel, nämlich erstens „Vergleichsdimensionen“ (17.1), zweitens „Idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden“ (17.2), drittens „Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden“ (17.3), viertens „Intervenierende Faktoren“ (17.4) sowie fünftens „Zusammenfassung der Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie“ (17.5).

Zum Unterkapitel 17.1: In diesem Unterkapitel werden die vier Vergleichsdimensionen vorgestellt, die in dem zweiten Analyseabschnitt der Untersuchung mittels des von Kelle und Kluge (2010) vorgeschlagenen Modells empirisch begründeter Typenbildung in Stufe eins³⁴⁷ erarbeitet wurden (s. Kapitel 16.8.4.2). Diese vier Vergleichsdimensionen bilden zentrale Ähnlichkeiten und Divergenzen der subjektiven Verständnisse pflegerischer Empathie der Interviewpersonen ab. Sie werden zunächst beschrieben und anschließend anhand von Interviewmaterial veranschaulicht. Hierbei werden, wie im gesamten Kapitel 17

³⁴⁶ Wie im Kapitel 16.4 erläutert, wurde die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie gegenüber den Befragten als „*Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen*“ bzw. als „*Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen*“ umschrieben.

³⁴⁷ Kelle und Kluge teilen den Prozess der Typenbildung in vier Stufen ein, nämlich erstens „Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen sowie Bestimmung derer relevanten Subkategorien bzw. Merkmalsausprägungen“, zweitens „Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten“, drittens „Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge und Typenbildung“ und viertens „Charakterisierung der gebildeten Typen“ (vgl. Kelle/Kluge 2009: 91-107). Sie heben hervor, dass es sich bei „*diesem Modell [...] allerdings nicht um ein starres und lineares Auswertungsschema*“ (ebd.: 92; Hervorhebung im Original) handle. Die o.a. Stufen werden, so die Autor*innen, in der Regel mehrmals durchlaufen, insbesondere in Forschungsprojekten, in denen mehrdimensionale Typologien konstruiert werden sollen (vgl. ebd.: 92). In meinem zweiten Analyseabschnitt durchlief ich diesen Kreislauf der Typenbildung mehrfach (s. Kapitel 16.8.4.2).

und auch in den beiden weiteren Ergebniskapiteln 18 und 19, die Zitatdichte und die Zitatlänge variiert. Neben kürzeren sowie Zitaten mittlerer Länge werden teilweise auch längere originale Interviewpassagen³⁴⁸ angeführt und erläutert, um den Leser*innen dieser Arbeit zu erleichtern, die beschriebenen abstrakten Kategorien und Idealtypen verstehend nachzuvollziehen. Die angeführten Interviewpassagen dienen nicht nur der Illustration abstrakter Lesarten sondern zugleich „als Belegquellen“ (Kruse 2015: 632) meines Erkenntnisprozesses und sollen „die intersubjektive Nachvollziehbarkeit von Interpretationen sichern“ (ebd.) (vgl. ebd.: 631-640).

Zum Unterkapitel 17.2: In dem umfangreichen zweiten Unterkapitel werden die vier empirisch entwickelten idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden ausführlich dargestellt. Wie dem Kapitel 16.8.4 zu entnehmen ist, sind diese Idealtypen die Ergebnisse eines langwierigen rekonstruktiv-hermeneutischen Analyseprozesses, der sich methodisch am integrativen Basisverfahren Kruses in Verbindung mit der o.e. empirisch begründeten Typenbildung nach Kelle und Kluge sowie dem Konzept des Idealtypus nach Weber orientierte. Die vier Verständnistypen pflegerischer Empathie sind jeweils durch charakteristische Merkmalsausprägungen hinsichtlich der o.a. Vergleichsdimensionen gekennzeichnet.

Zum Unterkapitel 17.3: In dem dritten Unterkapitel wird das im Rahmen der vorliegenden Untersuchung entwickelte, empirisch begründete Modell „Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden“ vorgestellt. Es stellt die vier konstruierten Idealtypen in ihren Bezügen zueinander in einem Gesamtgefüge dar (= Typologie). Anders ausgedrückt: Das Modell zielt darauf, die jeweils charakteristische Verortung der unterschiedlichen Verständnistypen auf den vier Vergleichsdimensionen in einer Gesamtschau übersichtlich abzubilden.

Zu den Unterkapiteln 17.4 und 17.5: In dem sich daran anschließenden vierten Unterkapitel werden diverse, in der Untersuchung identifizierte intervenierende Faktoren erläutert. Diese nahmen Einfluss darauf, ob die Interviewpersonen in einer konkreten Pflegesituation ihrem jeweiligen Verständnistypus gemäß pflegebedürftigen Menschen empathisch begegneten bzw. begegnen konnten. Diesen Faktoren kommt somit eine, empathisches Pflegehandeln entweder erleichternde oder erschwerende, teilweise auch verhindernde Wirkung zu.³⁴⁹ Im

³⁴⁸ Die in dieser Dissertationsschrift abgedruckten Interviewauszüge sind aus Gründen der Lesbarkeit in einer vereinfachten Transkriptionsform dargestellt.

³⁴⁹ Die identifizierten intervenierenden Faktoren, die tiefgehende Einblicke in zentrale Probleme von Pflegelegenden beim empathischen Handeln in der Pflegepraxis geben, stellen, ebenso wie die empirischen Befunde aus den Unterkapiteln 17.1 und 17.2 sowie den beiden weiteren Ergebniskapiteln (18 und 19), wichtige Ansatzpunkte für pflegedidaktische Überlegungen zur Förderung empathischer Fähigkeiten bei Pflegelegenden sowie zur Gestaltung empathisches Handeln ermöglichender bzw. fördernder institutioneller Rahmenbedingungen dar (s. Kapitel 21 und 22).

fünften Unterkapitel werden abschließend die zentralen Ergebnisse des ersten Ergebniskapitels zusammengefasst.

17.1 Vergleichsdimensionen

Wie in Kapitel 16.8.4.2 ausführlich dargelegt, kristallisierten sich im bereits weiter fortgeschrittenen Analyseprozess vier Vergleichsdimensionen heraus. Es handelt sich hierbei um folgende Kategorien: erstens „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“, zweitens „Pflegeverständnis“, drittens „Empathische Grundhaltungen“ und viertens „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“. In dem vorliegenden Unterkapitel 17.1 werden die vier Vergleichsdimensionen einzeln erläutert (s. 17.1.1 bis 17.1.4).

17.1.1 Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie

Im Datenmaterial konnten zwei grundlegend unterschiedliche Auffassungen von Pflegelegenden identifiziert und idealtypisch zugespitzt werden, wozu Empathie im Berufsfeld Pflege ihrer Überzeugung nach genutzt werden sollte. Die Dimension „Zuständigkeitsauffassung“ beschreibt also, wofür sich die Interviewpersonen als pflegerische empathische Akteur*innen gegenüber ihren zu Pflegenden verantwortlich sehen bzw. wofür nicht. Die Dimension stellt somit zwei unterschiedliche, sich empirisch zeigende Auffassungen einander gegenüber, wozu Pflegende Empathie als Methode pflegerischen Erkenntnisgewinns einsetzen (sollten). Diese Auffassungen schienen im Datenmaterial auf und konnten auf qualitativ induktivem Wege³⁵⁰, durch Rückgriff auf das in meinem Theoriekapitel dargelegte bedeutsame Ergebnis Bischoff-Wanners begriffsanalytischer Arbeit zu zwei voneinander unterscheidbaren Zielen pflegerischer Empathie als auch auf die theoretischen Überlegungen Darmann-Fincks hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen (s. Kapitel 2, 3.2 und 3.3 des Teils I dieser Arbeit), sprachlich gefasst werden (s. Kapitel 16.8.4.2).

Der Großteil der Interviewpersonen ist der Auffassung, dass Pflegende ihre Empathiefähigkeit einsetzen sollten, um pflegerische Erkenntnisse im Hinblick auf den individuellen Pflegebedarf pflegebedürftiger Menschen zu gewinnen. Damit geht die Auffassung einher, dass Pflegende pflegebedürftige Menschen bei der Bewältigung ihrer Selbstpflegedefizite im Rahmen ihrer Relevanzen bzw. psychischen Strukturen unterstützen sollten (s. Kapitel 2 des Teil I dieser Arbeit). In diesem Erkenntnisprozess nehmen manche Pflegelegenden einen eher engen bzw. andere einen eher weiten Fokus

³⁵⁰ Unter qualitativ induktiver Kategorienbildung verstehen Kelle und Kluge, dass Forschende ad hoc am Interviewmaterial „durch einen einfachen Rückgriff auf bekannte theoretische Kategorien“ (ebd. 2010: 104) Kategorien entwickeln (s. Kapitel 16.8.4.2).

ein. Die Interviewpersonen, die einem engen, eher auf einzelne Pflegeprobleme bzw. – verrichtungen beschränkten Fokus verhaftet sind, sehen es v.a. als ihre Aufgabe, pflegebedürftigen Menschen bei der Kompensation ihres individuellen Pflegebedarfs auf eine eher verrichtungs– bzw. technikorientierte Art und Weise zu unterstützen (= „enger Fokus“) (s. Kapitel 17.2.1 und 17.2.2). Lernende, die bereits einen weiteren Fokus einnehmen können, berücksichtigen bei ihrer Aufgabe, pflegebedürftige Menschen bei der Kompensation ihres individuellen Pflegebedarfs zu unterstützen, zusätzlich auch die Ressourcen, die biografischen Bezüge, die Wertpräferenzen, die Ziele, die Wünsche und die Gefühle der zu Pflegenden (s. Kapitel 17.2.3). Um diese Aufgabe zu erfüllen, nutzen sie neben ihrem Regelwissen ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie.

Daneben konnte im Datenmaterial die Auffassung identifiziert werden, dass Pflegelernende bzw. Pflegende ihre Empathiefähigkeit nutzen können und sollten, um Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung bei pflegebedürftigen Menschen anzustoßen respektive zu fördern (s. Kapitel 17.2.4). Die Interviewpersonen, die Situationen erzählten, in denen sie selbst oder andere Pflegende empathisch im Sinne dieser Zuständigkeitsauffassung gehandelt haben, sehen es als pflegerische Aufgabe, pflegebedürftige Menschen bei der Bewältigung der psychischen Krisenhaftigkeit ihrer Situation zu unterstützen.³⁵¹ Diese Zuständigkeitsauffassung stellt in meiner Studie einen Sonderfall dar, ist m.E. in der Pflegepraxis aber kein Einzelfall. Dieser empirische Befund zur „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ stützt die im Kapitel 2 des Teils I der vorliegenden Arbeit ausgeführten theoretischen Abgrenzungsüberlegungen der Pflegedidaktikerin Prof.in Dr.in Darmann-Finck hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen. Darmann-Fincks prägnante Beschreibung dieser Aufmerksamkeitsfoki vermag, die sich im Interviewmaterial zeigenden unterschiedlichen Zuständigkeitsauffassungen sprachlich so gut zu fassen, dass ich mich entschieden habe, mich bei der Beschreibung der sich empirisch zeigenden Zuständigkeitsauffassungen der Befragten direkt auf sie zu beziehen (s. Abb. 2).

³⁵¹ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 271-288, 349-405; FolgeIV2_Z: 34-212.

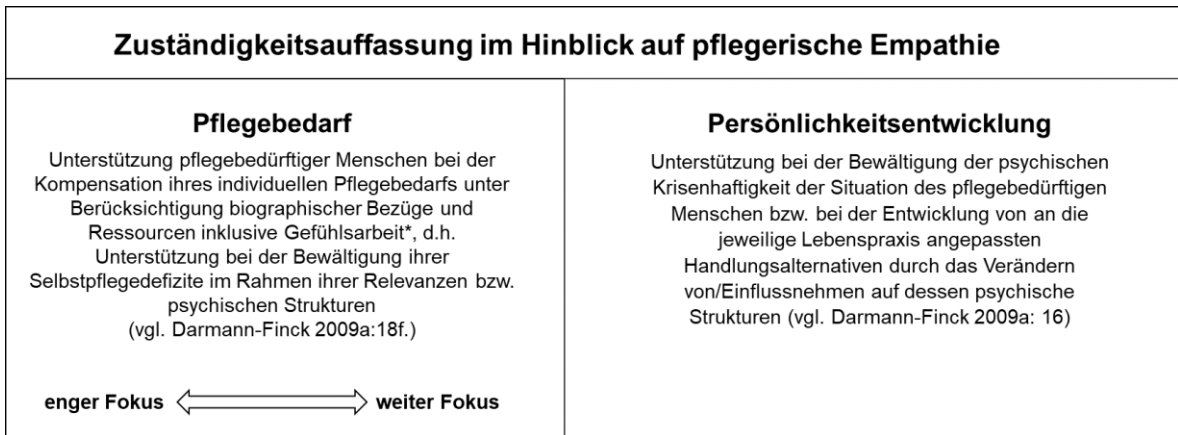


Abbildung 2: Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ ³⁵²

17.1.2 Pflegeverständnis

Wie im Kapitel 16.8.4 ausführlich dargelegt, zeigte sich im Analyseprozess bereits früh und sehr deutlich, dass sich die Auffassungen der Interviewpersonen dahingehend unterscheiden, ob diese pflegerische Empathie eher als regelorientierte expertokratische Fürsorge oder eher als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion verstehen. Diese Kategorien wurden ad hoc (qualitativ) induktiv im Sinne Kelle und Kluges (s.o.) am Datenmaterial durch Rückgriff auf implizite theoretische Wissensbestände der Forscherin gebildet, in diesem Falle implizites pflegewissenschaftliches Theoriewissen³⁵³, sowie in der Verwobenheit mit Impulsen aus unterschiedlichen Analysegruppen. Hieraus entwickelte sich im weiteren Analyseprozess die Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“. Die Dimension „Pflegeverständnis“ umfasst die Merkmalsausprägungen „expertokratisch“ und „interaktions-“ bzw. „verständigungsorientiert“ (s.u. Abb. 3).

Bei einem expertokratischen Verständnis von Pflege wird davon ausgegangen, dass Pflegende aufgrund ihres pflegerischen und medizinischen Fachwissens wissen können, was in Pflegesituationen zu tun ist.³⁵⁴ D.h., es wird angenommen, dass Pflegende in der Lage und auch legitimiert bzw. verantwortlich sind, zu bestimmen, was für die Menschen,

³⁵² An dieser Stelle ist Gefühlsarbeit im Sinne von Strauss und Kolleg*innen gemeint, wie Darmann-Finck in ihren theoretischen Überlegungen zum pflegerischen Fallverstehen ausführt. Diese wurden im theoretischen Rahmen der vorliegenden Arbeit (s. Kapitel 2 des Teil I) bereits dargelegt: „Der Begriff der Gefühlsarbeit wurde von Strauss et al. (1980) geprägt, die darunter die zweckinstrumentelle Einflussnahme der Pflegenden (oder anderer Professioneller) auf die Gefühle der zu Pflegenden verstehen, deren Ziel darin liegt, den „Hauptarbeitsverlauf“ - und damit ist die medizinisch-pflegerische Versorgung gemeint - sicherzustellen (Strauss et al. 1980, 629). Unterbleibt Gefühlsarbeit, hat das nicht nur negative Folgen für den „Hauptarbeitsverlauf“, sondern auch für die gesamte Befindlichkeit des Patienten und kann sich negativ auf seine Gesundheit auswirken.“ (Darmann-Finck 2009a: 18).

³⁵³ Vergleiche u.a. zur Verständigungsorientierung Kapitel 2 des Teil I der vorliegenden Arbeit sowie Darmann (2000: 187-191), zum interaktionsorientierten Verständnis von Pflege Kapitel 2 des Teil I der vorliegenden Arbeit sowie Darmann (2001: 21-24) und zur expertokratischen Orientierung Darmann (2000: 178-181 und 2001: 20-21).

³⁵⁴ Vergleiche die in der vorausgehenden Fußnote angeführten Quellen.

die sie pflegen das „Beste“ bzw. das „Richtige“ ist. Zu Pflegenden haben in diesem Pflegeverständnis v.a. die Aufgabe, sich den geplanten medizinischen bzw. pflegerischen Maßnahmen und Vorgaben anzupassen, d.h. zu kooperieren. Die Interviewpersonen, die ein expertokratisches Pflegeverständnis verinnerlicht haben, tendieren zu einem Verständnis pflegerischer Empathie als regelorientierte expertokratische Fürsorge (s. Kapitel. 17.2.1). Ihr verinnerlichtes Verständnis von Pflege prägt entscheidend ihre Art und Weise des empathischen Wahrnehmens, Erkennens und Handelns bzw. ihre Perspektive auf pflegebedürftige Menschen, nämlich v.a. als fürsorgebedürftige Patient*innen bzw. Krankheitsträger*innen, die sich den medizinischen und pflegerischen Normen respektive Regeln anzupassen haben (s.u. Interviewsequenz drei). Die Interviewpersonen, die dieses Verständnis von Pflege verinnerlicht haben, sehen sich verantwortlich, das Einhalten dieser Normen durch ihre Patient*innen zu sichern.

Die Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“ umfasst zudem die Merkmalsausprägung „interaktions-“ bzw. „verständigungsorientiert“. In diesem Verständnis von Pflege ist der Blick auf pflegerische Versorgungsprozesse bzw. auf konkrete Pflegesituationen weiter und differenzierter, zudem werden sowohl den pflegebedürftigen Menschen als auch den Pflegenden mehr Individualität und Autonomie eingeräumt.³⁵⁵ Es wird anerkannt, dass Pflegesituationen deutungs offen sind und von den an der Situation beteiligten Personen gemeinsam durch Interaktion erst mit Bedeutung „gefüllt“ werden. Im Fokus eines interaktions- bzw. verständigungsorientierten Verständnisses von Pflege steht der pflegebedürftige Mensch nicht als Objekt pflegerischer und medizinischer Interventionen sondern als Subjekt, dessen Perspektive bewusst erhoben und einbezogen wird. Es ist somit zentral, dass in Pflegesituationen zwischen den Pflegenden und ihrem jeweiligen pflegebedürftigen Gegenüber partnerschaftlich ausgehandelt wird, was wann warum durch wen und in welcher Form erfolgt. Die Interviewpersonen, deren Erzählungen ein Verständnis pflegerischer Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende (non)verbale Interaktion zum Ausdruck brachten, haben das soeben umrissene Verständnis von Pflege (in weiten Zügen) verinnerlicht. Ein Mitwirken von pflegebedürftigen Menschen an pflegebezogenen Planungs- und Entscheidungsprozessen sowie an der situativen Ausgestaltung pflegerischer Interventionen im Durchführungsprozess ist für diese Interviewpersonen bedeutsam.³⁵⁶ Hierbei kommt, neben ihrem Regelwissen, ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie eine zentrale Bedeutung zu (s.u. Interviewsequenzen eins und zwei).

³⁵⁵ Vergleiche die in der vorausgehenden Fußnote angeführten Quellen.

³⁵⁶ Vergleiche die in der vorausgehenden Fußnote angeführten Quellen.

Die nachfolgenden drei Interviewsequenzen dienen dazu, die beiden Merkmalsausprägungen der Vergleichsdimension „Pflegerverständnis“ zu veranschaulichen. In den beiden ersten Sequenzen deutet sich ein interaktions- bzw. verständigungsorientiertes Pflegeverständnis zweier Interviewpersonen an, vor dessen Hintergrund sich ihr empathisches Handeln bzw. ihre Perspektive auf pflegebedürftige Menschen entfaltet. Im Anschluss daran habe ich kontrastierend eine Interviewsequenz über eine Interaktion zwischen einer Interviewperson und einem „unkooperativen“ Patienten, die auf ein expertokratisches Pflegeverständnis hinweist, gewählt.

IP2: *„Als erstes würde ich [einem Neuling in der Pflege; GK] sagen, ja nicht die eigene Meinung überstülpen zu wollen. Weil ähm gerade, wenn ich das jetzt so im Verlauf betrachte, ist man am Anfang ja häufig schon noch so, dass man guckt „Was habe ich in der Schule gelernt?“ Und versucht, das krampfhaft irgendwie dann umzusetzen, dass zum Beispiel mobilisiert wird und dass ähm die Bedürfnisse des Patienten aber ähm gar nicht so wahrgenommen werden einfach. Und ähm deshalb würde ich sagen, dass man das (= empathisches Pflegehandeln; GK) erreicht, wenn man ähm ja in `ner ganz tiefen Interaktion mit dem Patienten einfach zusammenarbeitet, um zu gucken, was er braucht. Und nicht einfach nur zu gucken „Was ähm muss jetzt hier umgesetzt werden?“ und „Was habe ich gelernt?“ und „Wie sollte es sein?“. Sondern das mit dem Patienten zusammen abzugleichen, ob das auch für ihn okay ist. [...] Ja, wenn man jetzt zum Beispiel von der Mobilisation ausgeht, ähm ist ein schwieriges Beispiel, aber ähm dass man hierbei auf jeden Fall auf ähm (4 sec.) also im Austausch mit dem Patienten steht und ihn fragt zuvor ja oder ihm erklärt, dass man mobilisieren will und ihn fragt, ob das für ihn okay ist?. Und versucht, herauszufinden, ob er zum Beispiel Ängste hat und herauszufinden, wie er sich das vorstellt. Und das miteinander dann abzugleichen. Also nicht nur die Mobilisation dann so zu gestalten, wie man sie selber jetzt durchführen würde, sondern ihn auf jeden Fall mitgestalten lässt. [...] Ich finde, dass das nur durch Interaktion mit dem Patienten, oder wenn das nicht möglich ist mit den Angehörigen, möglich ist. Also, dass man die Zeichen des Patienten auf jeden Fall wahrnehmen muss, um das zu erreichen.“* (FolgeIV2_Z: 378-383, 386, 392-396, 404-412, 426-429)

IP7: *„Jeder Fall ist ja auch individuell, deshalb ja immer die Frage nach individuellen Bedürfnissen. Und es gibt meines Erachtens einfach auch nicht einfach das Patentrezept. Man kann nicht sagen: „Mach` dies, mach` das in dem Falle.“ Man muss immer wieder gucken „Wie reagiert der Gegenüber auf das Angebot? Wie reagiert der dann auf das Angebot?“. Dann kann ich gucken „Was habe ich erlernt an Angeboten hier oder an Verhaltensweisen?“. Kann die versuchen einzubringen. Und im Idealfall ist eine dabei, die uns beide zufrieden macht. Und das Tag für Tag und Bewohner zu Bewohner abhängig halt, ne, Stimmungsschwankungen, besondere Vorkommnisse, Verschlechterung des Zustandes, Verbesserung des Zustandes.“* (ErstIV7_Z: 1209-1217).

Die nachfolgende Sequenz zeigt anhand einer Situation, in der ein Patient sich den medizinischen bzw. pflegerischen Regeln widersetzt, exemplarisch das expertokratische Pflegeverständnis einer Interviewperson bzw. dessen bedeutsamen Einfluss auf ihre Art des empathischen Wahrnehmens, Erkennens und Handelns sowie ihre reduktionistische Perspektive auf pflegebedürftige Menschen. Die Interviewperson stellte die Situation als eine gelungene im Hinblick auf ihr empathisches Handeln und auch das einiger anderer Pfleger dar. Ihrem empathischen Handeln liegt der Verständnistyp I „*Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge*“ zugrunde (s. Kapitel 17.2.1).

In der nachfolgenden Sequenz ging sie so weit, dass sie verbal Druck auf den Patienten ausübte und ihm androhte, ihm das Mittagessen vorzuenthalten, wenn er sich nicht den Blutzucker kontrollieren und sich Insulin spritzen lassen würde. Im zweiten Teil der Sequenz deutet sich an, dass in dem Pflegeteam gegenüber diesem „unkooperativen“ Patienten ein solcher, vermutlich unreflektierter, Umgang mit der Pflegebeziehungen inhärenten Macht üblich war. Die Interviewperson erzählte in dieser Sequenz über die eigenen, aus ihrer Perspektive, positiven Lernergebnisse im Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch das selbstständige Bewältigen von Pflegesituationen und auch durch das Beobachten von Modellen (s. Kapitel 18.1.3.1 und 18.1.3.2). Ihr bleibt verborgen, dass es ihr in dieser Situation nicht gelungen ist, die Perspektive des Patienten zu erkunden respektive seine Autonomie anzuerkennen. Aus ihrer Sicht bedeutet empathisches Handeln gegenüber diesem Patienten, herauszufinden, welche Art der „Ansagen“ (s.u.) ihn dazu veranlassen, sich im Hinblick auf seinen Diabetes sowohl den medizinischen Normen als auch den stationsspezifischen Organisationsabläufen gemäß zu verhalten.

IP16: *„Ja also der [= ein beidseits beinamputierter Patient mit Diabetes; GK] ähm wollte sich halt nicht Insulin spritzen lassen und dass man Blutzucker misst, weil das war ihm schiet egal. Und wenn man, also der hat immer rumgemeckert und war ganz, also das war `n Choleriker. Und wenn man dann richtig die Verhaltensweisen wei- mitkriegt und weiß, oder durch Probieren, wie man am besten mit ihm umgeht, ob nun ganz lieb und nett und „Ach Mensch, nun machen Sie doch mal.“ [mit leiser, sanfter, säuselnder Stimme gesprochen; GK] oder „Jetzt machen Se!“ [mit lauter, fordernder Stimme gesprochen; GK]. (GK: Ja.) Also je nach dem durch Probieren weiß man halt, was die Patienten äh anspricht. Bei ihm war es halt "Jetzt machen Se das! Oder es gibt kein Middach." (IP16 lacht.) Oder halt durch, ja wie nennt man das, bestimmtes, durch bestimmte Ansagen, (GK: Ja.) weniger durch liebes nettes Gesäusel. (GK: Ja (.) mhm.) Ja so kommt man dahinter dann durch Ausprobieren. (GK: Mhm.) Und dann ging das auch. Es haben noch nicht alle gerafft von den Schwestern, aber immerhin bei einigen. (IP 16 lacht kurz.)*

GK: *Und als Sie das so aus- so ausprobiert haben die verschiedenen Arten, mit dem Patienten umzugehen, was konnten Sie da bei dem Patienten beobachten?*

IP16: *Er wird entweder böse oder ist richtig an die Luft gegangen oder an die Decke, ähm das man so rumtüddelt. (GK: Ja.) Oder äh er wurde, hat klein bei gegeben und hat gesagt „Ja ja ich weiß.“. Und so merkt man ja, was die Patienten brauchen, (GK: Hm.) was für Ansagen. (GK: Hm hm.) Ja, also wir haben immer, er wollte immer runter zum Rauchen mit `em Rollstuhl. (GK: Ja.) Und da haben wir halt immer gesagt „Ja und dann jetzt halt erst nach `em Essen runter.“ oder so, wenn er jetzt kein Insulin haben wollte. (GK: Mhm.) Ja weil das ist ja auch schlecht, wenn er dann raucht morgens, ohne was gegessen zu haben und kein Insulin haben will. (GK: Mhm.) Ja dann haben wir das immer so erzählt "Er soll jetzt aber." (ErstIV16_GM: ErstIV16_GM:00:19:08+00:20:35-00:20:56+00:21:59-00:24:16)*

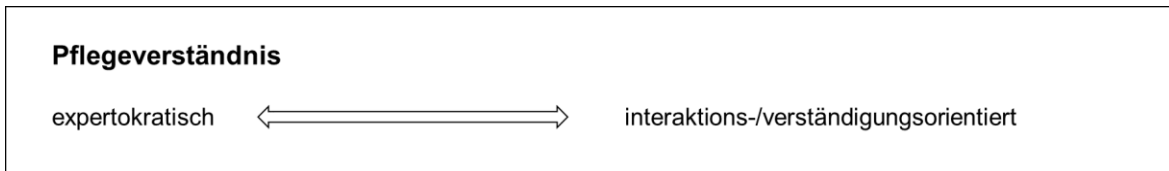


Abbildung 3: Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“

17.1.3 Empathische Grundhaltungen

Als dritte relevante Vergleichsdimension kristallisierte sich im weit fortgeschrittenen Analyseprozess (s. Kapitel 16.8.4.2) die Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“ heraus. Sie umfasst die nachfolgenden drei Haltungen:

1. Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen³⁵⁷ achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen
2. Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein
3. Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen

Die Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“ beschreibt diese drei notwendigen, aber nicht hinreichenden Voraussetzungen für pflegerische Empathie. Die Verständnistypen pflegerischer Empathie der Interviewpersonen unterscheiden sich u.a. dahingehend in wie weit die Befragten die drei Grundhaltungen entwickelt bzw. verinnerlicht haben. Die Merkmalsausprägungen dieser Vergleichsdimension werden mittels eines Kontinuums mit den Polen „wenig ausgeprägt“ und „ausgeprägt“ konzeptualisiert.

17.1.3.1 *Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen*

Die erste identifizierte Haltung beschreibt eine zentrale Voraussetzung für Prozesse der Perspektivenübernahme, nämlich das Bewusstsein, die Bereitschaft sowie Fähigkeit von Lernenden, sich in einer Pflegesituation als Mensch, also als leibkörperliches Wesen, überhaupt auf einen Kontakt respektive eine Begegnung mit einem pflegebedürftigen Menschen einzulassen. Das heißt, dass die Interviewpersonen, die diese Haltung verinnerlicht haben, überzeugt sind, dass ihr Präsentsein als ganze Person mit allen ihren Sinnen bzw. ihrer Bereitschaft, Signale des Anderen überhaupt zu empfangen, wichtig sind für pflegerische Empathie. Aus diesem Grunde gestehen sie sich und ihrem Gegenüber hierfür Zeit zu.

³⁵⁷ Die Bezeichnung „der Andere“ in den Ergebniskapiteln dieser Arbeit ist geschlechtsneutral als „der andere Mensch“ zu verstehen.

In den idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie ist diese erste empathische Grundhaltung jeweils unterschiedlich stark ausgeprägt. In den Erzählungen der Befragten, die dem Verständnistypus III zugeordnet werden konnten, war die o.a. Grundhaltung stark ausgeprägt (s. Kapitel 17.2.3). In den Erzählungen der Befragten, die dem Verständnistypus I zugeordnet wurden, kam ihr hingegen eine deutlich geringere Ausprägung zu (s. Kapitel 17.2.1). Nachfolgend exemplarisch zwei Interviewsequenzen, in denen zwei Interviewpersonen, für die die o.a. erste empathische Grundhaltung eine wesentliche Komponente ihres Verständnisses pflegerischer Empathie ist, sich bemühen, Worte dafür zu finden, wie sie vorgehen, wenn sie versuchen, ihren zu Pflegenden empathisch zu begegnen. In den beiden Sequenzen deutet sich die zuvor beschriebene erste Grundhaltung an, womit nicht ausgedrückt sein soll, dass diese beiden Personen sie in vollem Umfang bereits entwickelt haben.

IP4: „...das wahrzunehmen, was derjenige macht (GK: Mhm.) und auf sein eigenes Gefühl zu hören, was macht das jetzt mit mir? (GK: Mhm.) [...] Ja das ist man muss denjenigen angucken (GK: Mhm.) ne? und man muss sich echt Zeit nehmen dafür und das alles vor allen Dingen bewusst wahrnehmen. Ähm Intuition ist immer so 'ne Sache über die ich mich viel streite. (GK: Aha, äh.). Also an der Uni sagen sie „Ja wenn man irgendwann wieder Intuition hat, dann ist man Experte.“ Wo ich mir so denke „Ja, aber man muss es auch beschreiben können.“ (GK: Mhm.) ne? Und ähm ich muss ja wirklich bewusst wahrnehmen, was macht derjenige Gegenüber.“ (FolgeIV4_Z: 719-721+791-797)

IP1: „Woran merkt man so was? Gott, im ersten Moment würde ich sagen, man spürt das. Woran spürt mans? Das sind so Nuancen zwischen den, zwischen den Aussagen oder Mimik, auch wieder Mimik und Gestik ganz entscheidend „Wie sage ich etwas? Was habe ich für 'n Gesichtsausdruck? Wie ist meine Körperhaltung? Und meine ich das dann auch wirklich so, wie ich das sage? Wie ist die Situation? Bin ich jetzt gerade ungelegen reingekommen oder so was?“. Ähm so Nuancen dazwischen wo man dann merkt „Hm da lächelt sie jetzt doch mal“ und dann äh was eigentlich nicht passt zu ihrer Aussage, aber sie lächelt halt trotzdem. Und dann denke ich mir „Gut da ist vielleicht noch was da und da könnte man vielleicht ansetzen.“ Das ist ganz schwierig in Worte zu fassen, wie, woran das liegt, es ist Intuition ist wahrscheinlich auch so hm schwieriges aber ja so ungefähr wird es sein. [...] Ich würde sagen, in erster Linie zuhören, aufmerksam sein, was der Patient dir also was der Patient ihm signalisieren will, möchte, kann. Das ist ja auch noch mal, die sind ja nicht alle hundert Prozent in der Lage das so zu tun, wie wir es tun. Und ähm ganz viel hinsehen, hinhören und hineinhören, zwischen den Zeilen lesen. Das wäre so das, was ich sagen würde, sich da erst mal Zeit nehmen bei einem neuen Patienten.“ (FolgeIV1_Z: 157-168, 227-232)

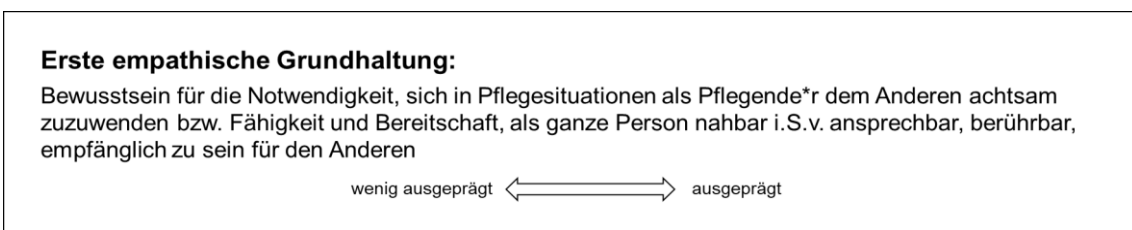


Abbildung 4: Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Erste empathische Grundhaltung

17.1.3.2 Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein

Die zweite empathische Grundhaltung beschreibt eine weitere zentrale Voraussetzung für empathisches Pflegehandeln. Damit Pflege Lernende sich den fremden Perspektiven pflegebedürftiger Menschen verstehend annähern können, muss ihnen bewusst sein, dass ihre eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in empathischen Prozessen immer Konstruktionen aus ihrer subjektiven Perspektive heraus sind und sie daher grundsätzlich überprüfungsbedürftig sind.

In den vier idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie ist diese zweite Grundhaltung unterschiedlich stark ausgeprägt. In den Erzählungen der Befragten, die den Verständnistypen III und IV zugeordnet werden konnten, kam diese zweite Grundhaltung in einer starken Ausprägung zum Ausdruck. Diese Interviewpersonen zeichnete u.a. aus, dass sie sich der Subjektivität ihrer Wahrnehmungen und Deutungen im Zusammenhang mit ihren empathischen Aktivitäten bewusst(er) waren. Hieraus resultierte ein vorsichtiger Umgang mit eigenen Wahrnehmungen, Normalitätsvorstellungen bzw. (Vor-)Urteilen, d.h. u.a., dass deren Überprüfungsbedürftigkeit bewusst(er) war (s. Kapitel 17.2.3 und 17.2.4). In den Interviews der Befragten, deren Erzählungen dem Verständnistypus I „Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ bzw. dem Verständnistypus II „Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ zugeordnet werden konnten, konnte hingegen eine deutlich geringere Ausprägung dieser Grundhaltung identifiziert werden. Diese Interviewpersonen waren sich der Subjektivität ihrer Wahrnehmungen, Deutungen und Bewertungen, d.h. deren Perspektivität, Konstruktivität sowie Selektivität weniger bewusst (s. Kapitel 17.2.1 +17.2.2). Sie hinterfragten sie daher nicht kritisch, sondern betrachteten sie als objektive Wahrheit. Anders ausgedrückt: Ihre Selbst- und Weltsicht hatte weniger einen offenen, selbstreflexiven sondern eher einen geschlossenen, unreflektierten Charakter.

Nachfolgend werden exemplarisch zwei Interviewsequenzen angeführt, in denen sich die zweite empathische Grundhaltung andeutet, womit nicht ausgedrückt sein soll, dass die beiden Interviewpersonen sie in vollem Umfang bereits entwickelt haben.

IP4: „...das wahrzunehmen, was derjenige macht (GK: Mhm.) und auf sein eigenes Gefühl zu hören, was macht das jetzt mit mir? (GK: Mhm.) und dann nachzufragen „Ist es das, was ich auch wahrnehme?“. Und irgendwie da 'n Konsens zu finden und dann, nur so weiß ich ja worauf, was wirklich los ist mit demjenigen. (GK: Mhm.) Also man hat ja so seine eigene Vorstellung vom Leben und der Welt. Die kann man dann ja nur dadurch erweitern, durch Gespräche. Und dann kann man da gemeinsam irgendwie 'ne Lösung zu finden, wenn man mal über das Gleiche spricht. [...] Und man kann sich auch irren. Und ich finde, das ist total in Ordnung, wenn man sich irrt. Und das, dann ist es halt so, deswegen bin ich keine schlechte Pflegekraft oder so, (GK: Ja.) weil ich hab` es ja immerhin angesprochen. Und ich geh` nicht einfach über meine Annahme darüber, dass es bei ihm

auch so ist, äh weiter und plan irgendwelche Interventionen, die dem gar nicht passen oder so.“ (FolgeIV4_Z: 719-726, 742-746)

IP1: „Aber von den erfahreneren Pflegekräften war das dann schon so zu spüren, wie gesagt, gezieltes Fragen, Mimik, Gestik deuten, um dann gezielt auf ihn eingehen zu können und auch noch mal nachzufragen, hinterfragen, das waren so die Merkmale.“ (FolgeIV1_Z:65-68)

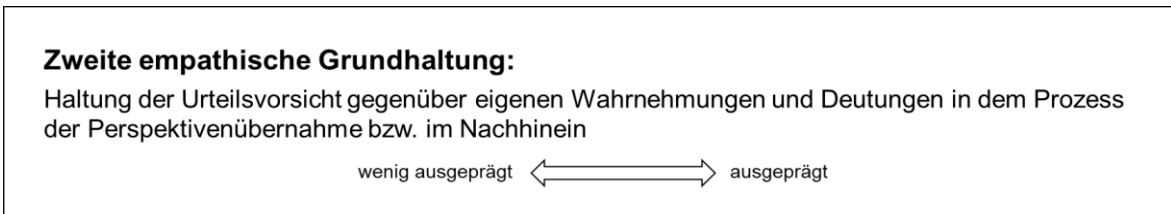


Abbildung 5: Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Zweite empathische Grundhaltung

17.1.3.3 *Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen*

Die dritte empathische Grundhaltung beschreibt eine weitere zentrale Voraussetzung für Prozesse der Perspektivenübernahme, nämlich die Akzeptanz pflegebedürftiger Menschen in ihrer Andersheit, in anderen Worten: die bewusste Wahrnehmung und Wertschätzung menschlicher Vielfalt. Hierbei ist von entscheidender Bedeutung, welche Rollenbilder die Interviewpersonen im Hinblick auf diese pflegebedürftigen Personen verinnerlicht haben. Werden sie v.a. als hilfe-, fürsorge- bzw. förderungsbedürftige Patient*innen bzw. als Krankheitsträger*innen wahrgenommen, besteht die Gefahr, dass ihre Autonomie und ihre biografischen sowie lebensweltlichen Bezüge aus dem Blick geraten und übergangen werden. Sie würden dann auf die Patient*innenrolle reduziert werden, womit große Teile ihres Menschseins ausgeblendet, d.h. nicht beachtet und nicht anerkannt werden würden. Für den Verständnistypus I pflegerischer Empathie ist diese soeben skizzierte Sichtweise auf pflegebedürftige Menschen typisch (s. Kapitel 17.2.1). Es ist nachvollziehbar, dass es bei dieser Sichtweise auf pflegebedürftige Menschen in der Regel nicht vorgesehen ist bzw. erforderlich erscheint, deren Perspektive auf ihre Pflegebedürftigkeit genauer zu erkunden. Werden pflegebedürftige Menschen hingegen als Expert*innen ihrer subjektiven Betroffenheit und ihres Lebens gesehen und respektiert, ist die Chance größer, dass sie in pflegerischen Interaktionen als Partner*innen anerkannt werden. Ihrer Autonomie, ihren Lebenswelten, ihren Biografien, ihren individuellen Erlebens- sowie Sichtweisen ihrer Pflegebedürftigkeit, ihren Selbstpflegefähigkeiten bzw. Selbstpflegedefiziten und auch ihren diesbezüglichen Unterstützungswünschen kämen dann überhaupt bzw. mehr Beachtung zu (s.u. Abb. 6).

Nachfolgend exemplarisch zwei Interviewsequenzen, in denen sich die dritte empathische Grundhaltung andeutet, womit nicht ausgedrückt sein soll, dass die beiden Interviewpersonen diese Haltung in vollem Umfang bereits entwickelt haben.

IP3: „Also ich würde ihm [= einem Neuling in der Pflege; GK] auf jeden Fall erklären, dass Menschen halt alle unterschiedlich sind und dass, was er jetzt gerade in der Schule lernt, nicht immer auf jeden zutrifft irgendwie. Sondern es gibt halt verschiedene Krankheitsbilder und es gibt halt auch verschiedene Wertevorstellungen von Menschen, und darauf sollte man schon individuell eingehen. [...] Und nicht immer so „Die Leute müssen raus, raus, raus.“ Das ist halt auch so ein Beispiel. Da ich halt auch eine Bewohnerin habe, die halt auch nicht immer Bock darauf hat, rauszugehen, so. Und die will auch einfach mal im Zimmer bleiben. Und wenn ich andere dann höre, die sagen „Ja, die muss jetzt auch raus. Hier gibt es kein Extradings.“, denke ich mir auch irgendwie „Wo sind wir denn hier? Im Zuchthaus?“ ne? (GK lacht kurz, IP3 ebenfalls) Die wohnt hier, ne. Das ist deren Wohnung. Wenn sie jetzt auf dem Zimmer essen will. Ich meine, das darf natürlich nicht jeden Tag vorkommen so ne? Dann ist halt auch wieder die Gefahr von Isolierung, das weiß man ja auch alles. Aber wenn sie mal mittags sagt „So, ich habe jetzt auch keine Lust auf das Getratsche von der Anderen“ und so „Ich kann das heute nicht ertragen.“ ne? (GK: Ja.) Ja. Dann kann ich nicht sagen „Raus jetzt hier.“ Das geht nicht, ne?“ (FolgeIV3_Z: 253-257, 318-329).

IP8: „Sie [die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie, GK] hat sich seitdem [seit Ausbildungsbeginn; GK] entwickelt, dass ich halt schon gucke, wie geht's dem Patienten dabei, wenn ich ihn irgendwas frage?. Ist es jetzt angenehm für ihn, wenn ich über solche Sachen rede oder nicht? Ähm halt einfach gucken, ja, was der Patient möchte, ihn halt auch wirklich danach frage „Ist es okay?“ oder ja oder „Was essen Sie gerne?“ oder ja „Hören Sie gerne den und den Sender?“. Nicht einfach das Radio anmachen einfach, so dieses, dieses Selbstverständliche „Ich mach` einfach mal an.“ oder den Fernseher einfach mal an. Also sondern einfach mal „Möchten Sie das gucken? Möchten Sie überhaupt Fernsehen gucken?“ oder halt so `ne, so `ne Sachen. Dass man schon halt einfach mehr den Patienten einfach im Blick hat, also als eigenständige Person und nicht einfach nur als Patient, also als jemand mit `ner Erkrankung (GK: Ja.) ne, sondern wirklich als Menschen, als eigenständigen Menschen, der auch seine eigene Meinung hat (GK: Ja.) ne. [...] Und ich denk` mal einfach, das hat man auf jeden Fall gelernt, besser auf den Patienten acht zu nehmen, ihn besser zu respektieren als eigenen Menschen halt einfach, ne.“ (FolgeIV8_GM: 01:41:05-01:43:22)

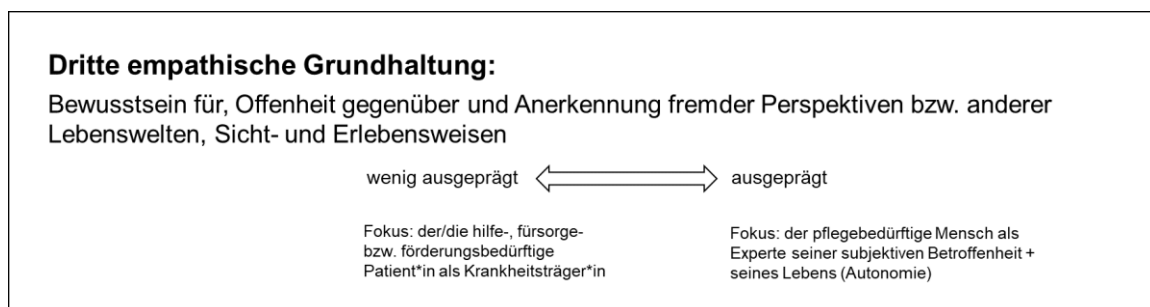


Abbildung 6: Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“: Dritte empathische Grundhaltung

17.1.4 Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme

Die vierte Vergleichsdimension, die Dimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ wurde ähnlich wie auch die erste und dritte Vergleichsdimension (s. Kapitel 17.1.1 und 17.1.3) im weit fortgeschrittenen Analyseprozess erarbeitet (s. Kapitel 16.8.4.2). Sie umfasst die Ergebnisse des Verstehensprozesses, also die Erkenntnisse, die die Interviewpersonen über ihre jeweiligen pflegebedürftigen Gegenüber gewonnen haben. Anders ausgedrückt: Sie bildet die Unterschiede und Ähnlichkeiten der

verschiedenen Verständnistypen pflegerischer Empathie im Hinblick auf den Charakter bzw. den Umfang des pflegerischen Erkenntnisgewinns ab.

Die Vergleichsdimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ wird ausdifferenziert durch die Subkategorien „Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege“ und „Erkenntnisgehalt: psychosoziale Krisen“ (s.u. Abb. 7). Diese Ausdifferenzierung der Ergebnisse des Verstehensprozesses in zwei Subkategorien steht in unmittelbarem Zusammenhang mit den in Kapitel 17.1.1 dargelegten zwei divergierenden Zuständigkeitsauffassungen im Hinblick auf pflegerische Empathie: Interviewpersonen, die ihre Empathiefähigkeit einsetzen, um Erkenntnisse im Hinblick auf den individuellen Pflegebedarf eines pflegebedürftigen Menschen zu gewinnen (= erste Zuständigkeitsauffassung) kommen nachvollziehbarerweise zu anderen Verstehensergebnissen als Interviewpersonen, die ihre Empathiefähigkeit nutzen, um auf Persönlichkeitsentwicklung abhebende Reflexions- bzw. Veränderungsimpulse zu generieren und zu setzen (= zweite Zuständigkeitsauffassung). Wenn letztgenannte Empathie v.a. mit dem Ziel einsetzen, Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung anzustoßen, dann beinhaltet ihr Erkenntnisgewinn demzufolge in erster Linie Erkenntnisse über eventuelle psychosoziale Problemlagen und Krisen pflegebedürftiger Menschen (s. Kapitel 17.2.4).

Der Großteil der Interviewpersonen der vorliegenden Untersuchung gewinnt mittels pflegerischer Empathie Erkenntnisse zum Umgang ihrer zu Pflegenden mit Selbst- bzw. Fremdpflege. Die Merkmalsausprägungen dieser Subkategorie „Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege“ werden mittels eines Kontinuums mit den Polen „selektive Subjektivität, bruchstückhaftes Verstehen, eng begrenzter Fokus“ und „Subjektkomplexität, umfassenderes, tieferes Verstehen, weiter Fokus“ konzeptualisiert.

Die Verständnistypen II und III pflegerischer Empathie unterscheiden sich hinsichtlich dieser Verstehensergebnisse dahingehend, ob einige wenige einzelne Facetten, Fragmente respektive Komponenten der fremden Perspektive bzw. einzelne „Subjektanteile“ des Gegenübers erkannt werden, wie z.B. ein aktuelles Schamgefühl, ein Ruhebedürfnis oder eine Vorliebe in Zusammenhang mit einer Pflegehandlung („selektive Subjektivität“, „bruchstückhaftes Verstehen“, „eng begrenzter Fokus“), oder deutlich mehr. Die Aufmerksamkeit beim Erkunden der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen liegt beim Verständnistypus II eher auf „einfach“ zu erkennenden Gefühlen sowie schnell und direkt zu erfragenden Wünschen, Vorlieben und Abneigungen im Zusammenhang mit (Selbst-)Pflegehandlungen (s. Kapitel 17.2.2). Dem gegenüber steht beim Verständnistypus III ein umfassenderes, breiter angelegtes bzw. tiefergehendes Erfassen der fremden Perspektive, wobei zusätzlich weitergehende Erkenntnisse über die pflegebedürftigen Menschen hinsichtlich ihres biografisch geprägten Umgangs mit Selbstpflege sowie mit

Fremdpflege (z.B. mit Pflegesituationen, mit Pflegeinterventionen, mit Pflegebeziehungen oder auch mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung) gewonnen werden. Ergebnisse dieses breiter angelegten pflegerischen Verstehens umfassen beispielsweise für pflegerisches Handeln relevante subjektive Deutungen, Wertpräferenzen, Wünsche, Ziele, Ressourcen und auch komplizierter zu erkennende Gefühle und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Menschen („Subjektkomplexität“, „umfassenderes, tieferes Verstehen“, „weiter Fokus“) (s. Kapitel 17.2.3).

Das nachfolgende, konstruierte Beispiel über einen Pflegeheimbewohner, der nach Einschätzung von zwei Pflegelegenden zu wenig trinkt, dient dazu, mögliche Unterschiede im Hinblick auf den jeweiligen Charakter der Verstehensergebnisse pflegerischer Empathie zu verdeutlichen. Ein*e Lernende*r, deren bzw. dessen subjektives Verständnis pflegerischer Empathie dem Verständnistypus II (s. Kapitel 17.2.2) zugeordnet werden würde, würde diesen Bewohner bei den Mahlzeiten (und vielleicht auch zwischen den Mahlzeiten) nach seinem aktuellen Getränkewunsch fragen, diesem versuchen nachzukommen sowie den Bewohner häufiger zum Trinken ermutigen. Ihr bzw. sein empathisches Erkunden der Perspektive des Bewohners anlässlich der von ihr bzw. ihm beobachteten unzureichenden Flüssigkeitszufuhr würde sich im Wesentlichen auf ein Erheben seiner Getränkevorlieben begrenzen. Ein*e zweite*r Pflegelegende*r, deren bzw. dessen subjektives Verständnis pflegerischer Empathie dem Verständnistypus III zugeordnet werden würde, würde anders vorgehen. Möglicherweise würde sie bzw. er zunächst auch die Getränkevorlieben des Bewohners erkunden, jedoch, spätestens wenn dieser Weg sich nicht unmittelbar als erfolgversprechend herausstellt, die Perspektive des Bewohners auf seine Flüssigkeitszufuhr näher erkunden. Sie bzw. er könnte beispielsweise durch Fragen erkunden, wie der Bewohner zur Zeit seine Flüssigkeitszufuhr wahrnimmt, welche diesbezüglichen Gewohnheiten er hat, wie er bislang in seinem Leben mit seiner Flüssigkeitsaufnahme umgegangen ist, welche eventuellen Probleme er diesbezüglich sieht, wie er sich das Zustandekommen dieser erklärt, welche Lösungen bzw. Ziele aus seiner Sicht denkbar sind, welche Lösungsstrategien er eventuell schon ausprobiert hat und ob und in welcher Form er sich in diesem Zusammenhang Unterstützung durch Pflegende wünscht.

Nachfolgend eine Interviewsequenz, die im Hinblick auf den Erkenntnisgehalt des Prozesses der Perspektivenübernahme auf dem Kontinuum eher zum Pol „Subjektkomplexität, umfassenderes, tieferes Verstehen, weiter Fokus“ hin zu verorten ist. Die Sequenz handelt von einer Interviewperson und einem sehr geschwächten, im Sterben liegenden Patienten in einem Hospiz sowie dessen Tochter. Die Sequenz verdeutlicht, wie es der Interviewperson gelingt, sich auf diesen Patienten, den sie als „*sehr verbittert*“ (s.u.) und im Umgang mit den Pflegenden als „*ruppig*“ (s.u.) beschreibt, verstehend einzulassen.

Die Vermutung liegt nahe, dass dieser Patient, wäre er auf eine*n weniger um einfühlsames Verstehen bemühte*n Pflgelernende*n gestoßen, möglicherweise schnell als „unkooperativ“ bzw. „schwierig“ gegolten hätte.

IP2: „Er war, also dieser Gast, war im Hospiz eher sehr verbittert und auch ruppig, sage ich, im Umgang jetzt mit den Pflegekräften. Und die Tochter hat mir dann erzählt, also ich hatte gefragt, wie er denn sonst in seinem Leben war, und sie erzählte, dass er ein ganz, ganz liebevoller Familienvater war und immer sehr sozial und um alle bedacht. Und ja dadurch habe ich ein ganz anderes Bild einfach von ihm bekommen, weil ich ja nur dieses Bild hatte. Und ja dadurch habe ich dann auch gemerkt, wie belastend für ihn einfach diese Situation im Hospiz ist, und dass das größte Problem für ihn ist, sich einfach von anderen pflegen zu lassen. Weil sein Verlauf war sehr schnell, also er konnte sich bis kurz vorher noch selbst versorgen und hatte dann aber von jetzt auf gleich ist er quasi `n Pflegefall geworden.“ (FolgeIV2_Z: 271-281)

Die Interviewperson erkundigte sich darüber hinaus bei der Tochter, da sich deren Vater kaum mehr verbal äußern konnte, was ihr Vater für Essens- und Trinkvorlieben bzw. -gewohnheiten habe und bat sie zudem Musik mitzubringen, die „ihm gefallen würde“ (s.u.). Die gewonnenen Erkenntnisse und auch die mitgebrachte CD integriert sie in die pflegerische Versorgung des Patienten.

IP2: „Und das [= das Berücksichtigen seiner Getränkevorlieben bei der Mundpflege; GK] hatte ihm dann auch sehr gut gefallen. Also ich hab` dann `n sehr guten Zugang zu diesem Gast bekommen, wo am Anfang die Beziehung eher schwierig war, hatten wir hinterher eine, würde ich sagen, sehr harmonische Beziehung. [...] Und genau und als man das erste Mal die Musik angemacht hatte, riss er dann die Augen auf und sagte „Ah ja.“, also nickte so. Es war ganz interessant, also war die nonverbale Kommunikation einfach, also so `n zufriedenes, ja, Dasein einfach hatte er dadurch gezeigt, was vorher ja sehr unzufrieden einfach war. Also er wurde einfach zufriedener und kam sich, glaube ich auch, hatte ich das Gefühl, ich weiß nicht, ob es so war, nicht mehr so belastend vor, wie es am Anfang war. Also, ich glaube, am Anfang war sein größtes Problem, dass er sich sehr belastend für uns fühlte. Und das hatte er, glaube ich, dann hinterher nicht mehr.“ (FolgeIV2_Z: 284-287, 310-318)

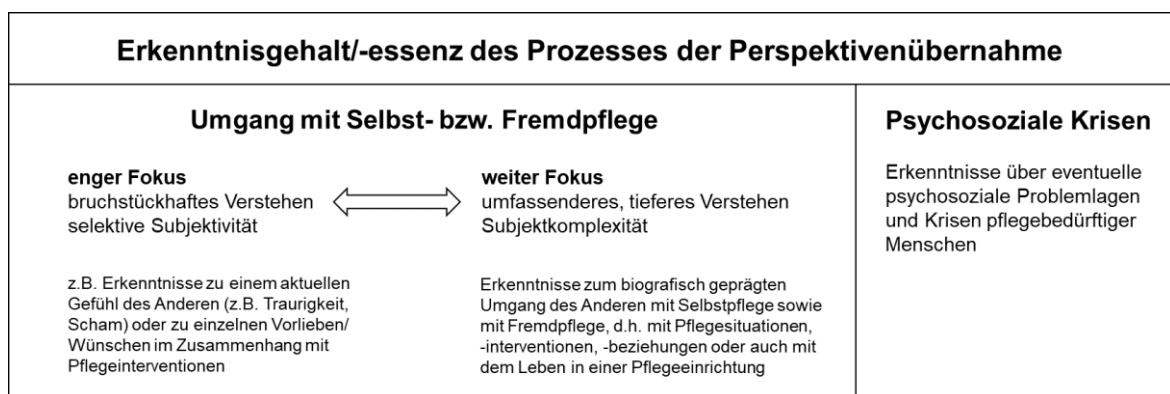


Abbildung 7: Vergleichsdimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“

17.2 Idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden

Im dem vorliegenden umfangreichen Kapitel 17.2 werden die vier empirisch entwickelten idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden dargestellt. Wie dem Kapitel 16.8.4 zu entnehmen ist, sind diese Idealtypen das Ergebnis eines langwierigen rekonstruktiv-hermeneutischen Analyseprozesses, der sich methodisch am integrativen Basisverfahren Kruses in Verbindung mit der o.e. empirisch begründeten Typenbildung nach Kelle und Kluge sowie dem Konzept des Idealtypus nach Weber orientierte.

Die vier Verständnistypen pflegerischer Empathie sind jeweils durch charakteristische Merkmalsausprägungen hinsichtlich der im vorausgegangenen Kapitel 17.1 erläuterten vier Vergleichsdimensionen gekennzeichnet. D.h., jedes der vier Verständnisse ist jeweils durch charakteristische Positionierungen auf den vier diese Vergleichsdimensionen abbildenden Kontinua definiert. Die jeweilige Konstellation dieser vier Merkmalsausprägungen verleiht jedem der vier Verständnisse eine charakteristische Gesamtgestalt. Dieser wird u.a. durch die jeweilige Typenbezeichnung Ausdruck verliehen. Es handelt sich hierbei um folgende vier idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie: erstens „Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ (Kapitel 17.2.1), zweitens „Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ (Kapitel 17.2.2), drittens „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ (Kapitel 17.2.3) und viertens „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ (Kapitel 17.2.4).³⁵⁸ Vorab sei bereits an dieser Stelle betont, dass es sich beim letztgenannten Verständnistypus IV um einen Sonderfall handelt.

Die nachfolgenden vier Unterkapitel (17.2.1-17.2.4) sind wie folgt aufgebaut³⁵⁹: Eingangs wird das Charakteristische des jeweiligen Verständnistypus auf einer abstrakten Ebene erläutert. Anschließend wird der Verständnistypus im Hinblick auf die im Kapitel 17.1 eingeführten Vergleichsdimensionen verortet. Hierbei wird auch auf die in Kapitel 16.4.8.2 erwähnten und in ihrem Entstehungsprozess skizzierten drei (Sub-)Kategorien, nämlich

³⁵⁸ Zwischenzeitlich wurde im Analyseprozess an einem weiteren vorläufigen fünften Verständnistypus gearbeitet. Er trug die Kurzbezeichnung „Pflegerische Empathie als laienhafte emotionale Fürsorge für die Gefühle pflegebedürftiger Menschen“ bzw. „Pflegerische Empathie als naive Gefühlsarbeit“. Dieser Verständnistypus wurde im Wesentlichen auf der Grundlage des umfassend analysierten Erstinterviews einer einzigen Interviewperson gebildet. Seine Diskussion in zwei unterschiedlichen Analysegruppen unter Zuhilfenahme umfangreichen Interviewmaterials aus dem Erstinterview dieser Person führte dazu, diesen Typus zu verwerfen. Grund hierfür war die Überzeugung beider Gruppen, dass die Interviewperson wegen psychischer Auffälligkeiten aus dem Sample ausgeschlossen werden sollte.

³⁵⁹ An einigen Stellen wurde von diesem Aufbau der Unterkapitel etwas abgewichen, um die Darstellung des Besonderen einzelner Verständnistypen möglichst nachvollziehbar und leser*innenfreundlich auf den Punkt zu bringen.

erstens die Kategorie „Strategien in empathischen Prozessen“, zweitens die Subkategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ der Kategorie „Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ und drittens die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“, eingegangen. Diese (Sub-)Kategorien umfassen bedeutsame Komponenten der subjektiven Verständnisse der Interviewpersonen und stellen daher wichtige Bestandteile der jeweiligen Typenbeschreibungen sind. Sie haben sich im fortgeschrittenen Prozess der Typenbildung allerdings nicht als relevante Vergleichsdimensionen herauskristallisiert. Der Grund ist, dass im Datenmaterial zu wenig klar benennbare Unterschiede hinsichtlich dieser (Sub-)Kategorien zwischen den Verständnistypen identifiziert werden konnten und sich andere (Sub-)Kategorien im Analyseprozess als geeigneter für die Bestimmung und Ausarbeitung einer angemessenen Anzahl relevanter Vergleichsdimensionen herausstellten (s. Kapitel 16.8.4.2). Nach diesen, im ersten Teil der vier Unterkapitel eher theoretisch gehaltenen, einführenden Beschreibungen der verschiedenen idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie werden sie im zweiten Teil der Unterkapitel ausführlich anhand von Interviewmaterial veranschaulicht.

Die nachfolgenden Abbildungen der vier Verständnistypen pflegerischer Empathie (s. Abb. 8 bis 11) sollen den Leser*innen eine erste, überblicksartige Orientierung ermöglichen, bevor sie in die umfangreichen Unterkapitel 17.2.1 bis 17.2.4 einsteigen.

Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus I)

Pflegerischer Erkenntnisgewinn durch systematische, methodengeleitete Subsumtion des Anderen unter pflegerische Kategorien bzw. unter pflegerisches Regelwissen

Kein gezieltes Bemühen, die Perspektive des Anderen im pflegerischen Kontakt zu explorieren bzw. kein pflegerischer Erkenntnisgewinn durch Perspektivenübernahme

Pflegeverständnis

expertokratisch ←**XXX**=====→ interaktions-/verständigungsorientiert

Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie

Fokus: Pflegebedarf

enger Fokus ←**XXX**=====→ weiter Fokus

Empathische Grundhaltungen:

(notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für pflegerische Empathie)

1. Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen

wenig ausgeprägt ←**XXX**=====→ ausgeprägt

2. Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein

wenig ausgeprägt ←**XXX**=====→ ausgeprägt

3. Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen

wenig ausgeprägt ←**XXX**=====→ ausgeprägt

Fokus: der/die hilfe-, fürsorge-
bzw. förderungsbedürftige
Patient*in als Krankheitsträger*in

Fokus: der pflegebedürftige Mensch als Experte
seiner subjektiven Betroffenheit +
seines Lebens (Autonomie)

Abbildung 8: Übersicht: Verständnistypus I pflegerischer Empathie

Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus II)			
<p>Pflegeverständnis: expertokratisch \leftarrow===XXX=====\rightarrow interaktions-/verständnisorientiert</p> <hr/> <p>Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie Fokus: Pflegebedarf: enger Fokus \leftarrow===XXX=====\rightarrow weiter Fokus</p> <hr/> <p>Empathische Grundhaltungen: (notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für pflegerische Empathie)</p> <p>1. Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen wenig ausgeprägt \leftarrow===XXX=====\rightarrow ausgeprägt</p> <p>2. Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein wenig ausgeprägt \leftarrow===XXX=====\rightarrow ausgeprägt</p> <p>3. Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen wenig ausgeprägt \leftarrow===XXX=====\rightarrow ausgeprägt</p> <p>Fokus: der/die hilfe-, fürsorge- bzw. förderungsbedürftige Patient*in als Krankheitsträger*in Fokus: der pflegebedürftige Mensch als Experte seiner subjektiven Betroffenheit und seines Lebens (Autonomie)</p>	<p>Strategien in empathischen Prozessen: (Reihenfolge in der Auflistung zufällig)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen - Kennenlernen des Anderen - Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen - Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was er brauchen/wollen könnte - Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „Signalen“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden - Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte - = Problem des unreflektierten „Von-sich-auf-andere-Schließens“ - Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren <p style="text-align: center;">Im Hinblick auf die Anwendung und Kombination dieser Strategien ist für den Verständnistypus II im Vergleich zum Verständnistypus III ein deutlich niedriger Performanzgrad typisch.</p> <hr/> <p>Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme</p> <p>Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person</p> <p>Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> selektive Subjektivität \leftarrow===XXX=====\rightarrow Subjektkomplexität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus </td> </tr> </table> <p>z.B. Erkenntnisse zu einem aktuellen Gefühl des Anderen (z.B. Traurigkeit) oder zu einzelnen Vorlieben/Wünschen im Zshg. mit Pflegeinterventionen</p> <p>Erkenntnisse zum biografisch geprägten Umgang des Anderen mit Selbst- sowie mit Fremdpflege, d.h. mit Pflegesituationen, -interventionen, -beziehungen oder auch mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung</p> <hr/> <p>Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme tendenziell eher expertokratisches, fürsorgliches Pflegehandeln mit interaktionistischen Elementen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeintervention(en) - zusätzlich zur stations-/bereichsüblichen Pflege dem Anderen „etwas Gutes tun“ - verbale Kommunikation (z.B. tröstende, ermutigende Worte, Gespräch) - nonverbale Interaktion (z.B. körperorientierte Zuwendung) 	selektive Subjektivität \leftarrow === XXX ===== \rightarrow Subjektkomplexität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus	umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus
selektive Subjektivität \leftarrow === XXX ===== \rightarrow Subjektkomplexität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus	umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus		

Abbildung 9: Übersicht: Verständnistypus II pflegerischer Empathie

Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion (= Verständnistypus III)			
<p>Pflegeverständnis: expertokratisch ←=====XXX=> interaktions-/verständnisorientiert</p> <hr/> <p>Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie Fokus: Pflegebedarf: enger Fokus ←=====XXX=> weiter Fokus</p> <hr/> <p>Empathische Grundhaltungen: (notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für pflegerische Empathie)</p> <p>1. Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegende*r dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen wenig ausgeprägt ←=====XXX=> ausgeprägt</p> <p>2. Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein wenig ausgeprägt ←=====XXX=> ausgeprägt</p> <p>3. Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen wenig ausgeprägt ←=====XXX=> ausgeprägt</p> <p>Fokus: der/die hilfe-, fürsorge- bzw. förderungsbedürftige Patient*in als Krankheitsträger*in Fokus: der pflegebedürftige Mensch als Experte seiner subjektiven Betroffenheit und seines Lebens (Autonomie)</p>	<p>Strategien in empathischen Prozessen: (Reihenfolge in der Auflistung zufällig)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen - Kennenlernen des Anderen - Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen - Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was er brauchen/wollen könnte - Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „Signalen“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden - Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte - Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren <hr/> <p>Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> selektive Subjektivität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus z.B. Erkenntnisse zu einem aktuellen Gefühl des Anderen (z.B. Traurigkeit) oder zu einzelnen Vorlieben/Wünschen im Zshg. mit Pflegeinterventionen </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Subjektkomplexität umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus Erkenntnisse zum biografisch geprägten Umgang des Anderen mit Selbst- sowie mit Fremdpflege, d.h. mit Pflegesituationen, -interventionen, -beziehungen oder auch mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung </td> </tr> </table> <hr/> <p>Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme Interaktionistisches Pflegehandeln („in Interaktion arbeiten“); z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegeintervention(en) - Gestaltung der Umgebung - verbale Kommunikation (z.B. tröstende, ermutigende Worte, Gespräch) - nonverbale Interaktion (z.B. körperorientierte Zuwendung, „einfach nur da sein“) - anwaltschaftliches Eintreten für Patient*innen bei beobachteten patient*innenignoringen bzw. -schädigenden Handlungen durch Professionelle - schriftliche und/oder mündliche Weitergabe relevanter Erkenntnisse aus empathischen Prozessen ans Pflege-team 	selektive Subjektivität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus z.B. Erkenntnisse zu einem aktuellen Gefühl des Anderen (z.B. Traurigkeit) oder zu einzelnen Vorlieben/Wünschen im Zshg. mit Pflegeinterventionen	Subjektkomplexität umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus Erkenntnisse zum biografisch geprägten Umgang des Anderen mit Selbst- sowie mit Fremdpflege, d.h. mit Pflegesituationen, -interventionen, -beziehungen oder auch mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung
selektive Subjektivität bruchstückhaftes Verstehen eng begrenzter Fokus z.B. Erkenntnisse zu einem aktuellen Gefühl des Anderen (z.B. Traurigkeit) oder zu einzelnen Vorlieben/Wünschen im Zshg. mit Pflegeinterventionen	Subjektkomplexität umfassenderes, tieferes Verstehen weiter Fokus Erkenntnisse zum biografisch geprägten Umgang des Anderen mit Selbst- sowie mit Fremdpflege, d.h. mit Pflegesituationen, -interventionen, -beziehungen oder auch mit dem Leben in einer Pflegeeinrichtung		

Abbildung 10: Übersicht: Verständnistypus III pflegerischer Empathie

Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren (= Verständnistypus IV)

Sonderfall

Pflegeverständnis:

expertokratisch \leftarrow ====**XXX**==== \rightarrow interaktions-/verständnisorientiert

Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie

Fokus: Persönlichkeitsentwicklung:

Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Krisenhaftigkeit der Situation des pflegebedürftigen Menschen bzw. bei der Entwicklung von an die jeweilige Lebenspraxis angepassten Handlungsalternativen durch das Verändern von/Einflussnehmen auf dessen psychische Strukturen (vgl. Darmann-Finck 2009a: 16)

Grundüberzeugung:

„Das ist einfach so, dass man darüber sprechen muss, wie die Situation für ihn aussieht und ich ihm nur dann helfen kann“.

Empathische Grundhaltungen:

(notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzungen für pflegerische Empathie)

1. Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich in Pflegesituationen als Pflegend*in dem Anderen achtsam zuzuwenden bzw. Fähigkeit und Bereitschaft, als ganze Person nahbar i.S.v. ansprechbar, berührbar, empfänglich zu sein für den Anderen

wenig ausgeprägt \leftarrow ====**XXX**==== \rightarrow ausgeprägt

2. Haltung der Urteilsvorsicht gegenüber eigenen Wahrnehmungen und Deutungen in dem Prozess der Perspektivenübernahme bzw. im Nachhinein

wenig ausgeprägt \leftarrow ====**XXX**==== \rightarrow ausgeprägt

3. Bewusstsein für, Offenheit gegenüber und Anerkennung fremder Perspektiven bzw. anderer Lebenswelten, Sicht- und Erlebensweisen

wenig ausgeprägt \leftarrow ====**XXX**==== \rightarrow ausgeprägt

Fokus: der/die hilf-, fürsorge- bzw. förderungsbedürftige Patient*in als Krankheitsträger*in

Fokus: der pflegebedürftige Mensch als Experte seiner subjektiven Betroffenheit und seines Lebens (Autonomie)

Strategien in empathischen Prozessen:

(Reihenfolge in der Auflistung zufällig)

- Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen
- Kennenlernen des Anderen
- Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen
- Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was er brauchen wollen könnte
- Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „Signalen“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden
- Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte
- Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren



- Gezieltes Fragen stellen abhängig von beobachteten bzw. erspürten Signalen, um die Perspektive des Anderen weitergehend zu erkunden
- Gezieltes Fragen stellen in gesellschaftlich tabuisierten Situationen zum Erleben des Anderen

Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme

Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person

Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme

Erkenntnisgehalt: Psychosoziale Krisen

Erkenntnisse über eventuelle psychosoziale Problemlagen und Krisen pflegebedürftiger Menschen

Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme

- auf Selbstreflexion zielende Fragen bzw. Impulse, um den Anderen anzuregen, Lösungen für seine durch Krankheit(en), Behinderung(en), Pflegebedürftigkeit, Altern bzw. Sterben ausgelösten psychosozialen Herausforderungen, Probleme respektive Krisen zu entwickeln
- ggf. Angebot, eine*n andere*n Gesprächspartner*in im Pflegeteam zu vermitteln
- ggf. Information über andere Gesprächs- bzw. Beratungsangebote (z.B. Psycholog*in, Psychoonkolog*in, Seelsorger*in), ggf. auch Kontaktvermittlung

Abbildung 11: Übersicht: Verständnistypus IV pflegerischer Empathie

17.2.1 Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus I)

Für das idealtypische Verständnis pflegerischer Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge ist die Überzeugung zentral, dass Pflegende durch ihr medizinisches sowie pflegerisches Fachwissen befähigt sind, zu erfassen und einzuschätzen, welche Pflege ein konkreter pflegebedürftiger Mensch braucht. In diesem Verständnis wird also davon ausgegangen, dass durch die systematische, methodengeleitete Subsumtion pflegebedürftiger Menschen unter pflegerische Kategorien (z.B. unter Pflegemodelle, Pflegeklassifikationen) bzw. unter medizinisches sowie pflegerisches Regelwissen genügend pflegerische Erkenntnisse gewonnen werden, um sie individuell pflegen zu können. Diese Sicht auf pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge impliziert ein Bild des pflegebedürftigen Anderen als Patient*in bzw. Krankheits-träger*in. Der Fokus liegt hierbei auf den Hilfe-, Fürsorge- bzw. Förderbedarfen des Anderen.

Die Interviewpersonen, deren Erzählungen diesem Verständnistypus pflegerischer Empathie zugeordnet werden konnten, sind sehr bemüht, Pflegehandlungen auf eine freundlich-zugewandte, umgängliche, möglichst ruhige und v.a. fachgerechte Art zu verrichten. Unter „fachgerecht“ ist in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass die Interviewpersonen sehr bemüht sind, die Pflegehandlungen technisch korrekt bzw. an dem schulisch vermittelten, aktuellen pflegerischen Regelwissen (Normen) orientiert auszuführen. Falls zu Pflegende in Pflegesituationen Wünsche bzw. Anliegen von sich aus verbal-sprachlich explizit äußern, wird versucht, diese zu berücksichtigen. In den Interviews zeigte sich, dass diese Lernenden ebenso wie die Lernenden, die andere Verständnistypen pflegerischer Empathie verinnerlicht haben, sehr motiviert und engagiert sind, ihrem jeweiligen Verständnistypus gemäß, pflegebedürftige Menschen möglichst gut pflegerisch zu versorgen.

Die Befragten, deren Erzählungen im Erstinterview diesem Verständnistypus I pflegerischer Empathie zuzuordnen waren und die im Folgeinterview ihr Verständnis pflegerischer Empathie bereits weiterentwickelt hatten, nutzten u.a. im Folgeinterview Formulierungen wie *‘krampfhaft versuchen, das schulisch Gelernte umzusetzen’*³⁶⁰, *‘schulisch arbeiten’*³⁶¹, *‘über den Patienten planen’* statt *‘mit ihm zusammen zu planen’*³⁶², um den besagten Verständnistypus I, der ihrem empathischen Handeln zum Zeitpunkt des Erstinterviews (Mitte der Ausbildung) noch zugrunde lag, zu beschreiben. Eine andere Interviewperson, die bereits in der ersten Ausbildungshälfte ihr Verständnis pflegerischer Empathie

³⁶⁰ Vgl. FolgeIV2_Z: 380f..

³⁶¹ FolgeIV3_Z: 149

³⁶² Vgl. FolgeIV2_Z: 840, 860.

ausgehend vom Verständnistypus I weiterentwickelt hatte, nutzte im Erstinterview in diesem Zusammenhang folgende Formulierung *„am Anfang steht man nur so da und hat ebend so strikt aus dem Lehrbuch gearbeitet, ohne irgendwie direkt auf Bedürfnisse vielleicht acht zu nehmen oder so kleinere Bedürfnisse hat man gar nicht wahrgenommen“*³⁶³.

Dominant in diesem Verständnis ist, dass pflegebedürftige Menschen v.a. als Objekte pflegerischer und medizinischer Interventionen gesehen werden. Anders ausgedrückt: Pflegelehrende, die gemäß diesem Verständnistypus pflegen, haben eine relativ starre pflegerische Sicht (Perspektive) von den schulmedizinischen und pflegerischen Normen her auf pflegebedürftige Menschen verinnerlicht. Mit dieser expertokratischen Perspektive geht einher, dass individuelle Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen größtenteils (unbeabsichtigt) negiert bzw. nicht wahrgenommen, nicht anerkannt und folglich auch nicht berücksichtigt werden. Es ist davon auszugehen, dass den Pflegelehrenden, die diesem Verständnistypus pflegerischer Empathie zuzuordnen sind, nicht bewusst ist, dass durch diese reduktionistische Sichtweise viele Facetten des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen verloren gehen sowie oftmals seine Autonomie nicht anerkannt wird. Aufgrund des expertokratischen Charakters dieses idealtypischen Verständnisses pflegerischer Empathie ist in ihm nicht vorgesehen, in pflegerischen Kontakten die Perspektive der pflegebedürftigen Menschen bewusst und gezielt zu explorieren. Pflegerischer Erkenntnisgewinn durch einen bewussten Perspektivenwechsel in pflegerischen Begegnungen ist also nicht Teil dieses Verständnisses.

Nachfolgend eine Verortung des Verständnistypus I im Hinblick auf die im vorausgegangenen Kapitel 17.1 erläuterten vier Vergleichsdimensionen: Im Hinblick auf die Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“ ist der Verständnistypus I tendenziell dem Pol „expertokratisch“ zuzuordnen (s. Abb. 13) und im Hinblick auf die Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ der Kategorie „Pflegebedarf“ mit einem eher „engen Fokus“ (s. Abb. 12).

³⁶³ ErstIV8b_GM: 00:03:26-00:03:38

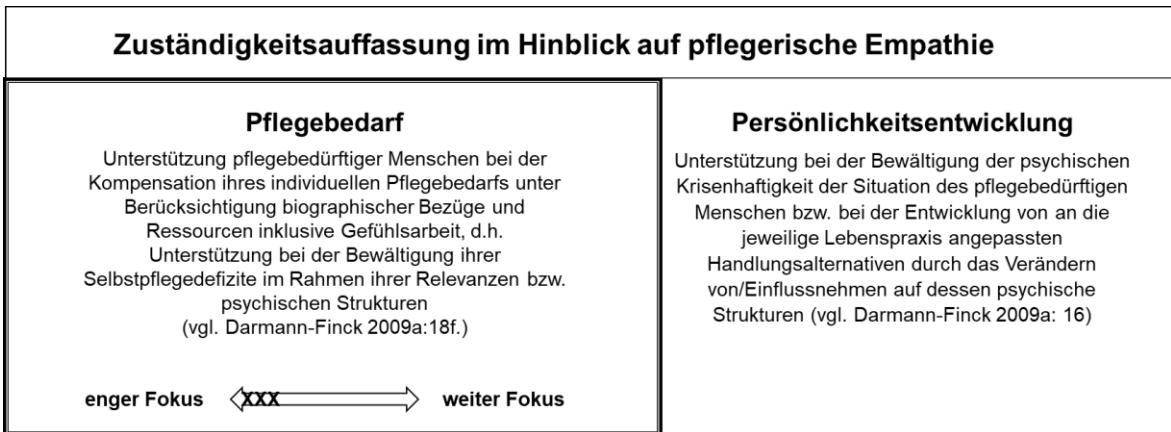


Abbildung 12: Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus I

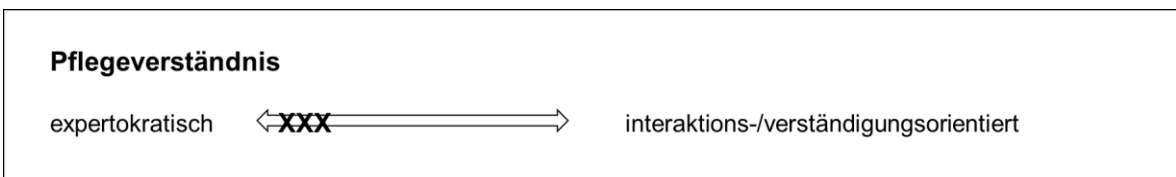


Abbildung 13: Pflegeverständnis des Verständnistypus I

Hinsichtlich der Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“ befindet sich der Verständnistypus I auf allen drei Kontinua eher am linken Pol, d.h. die drei empathischen Grundhaltungen waren bei Interviewpersonen, deren Erzählungen diesem Verständnistypus zugeordnet wurden, eher wenig ausgebildet (s. Abb. 14).

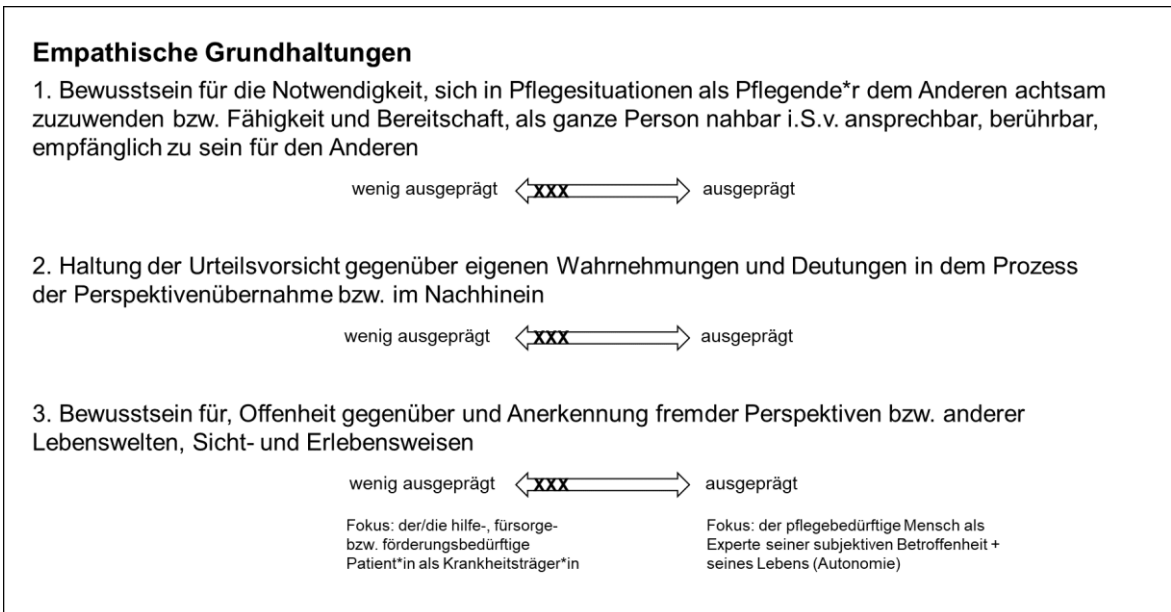


Abbildung 14: Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus I

Hinsichtlich der vierten Vergleichsdimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ ist der Verständnistypus I nicht auf dem identifizierten Kontinuum

mit den Polen „selektive Subjektivität, bruchstückhaftes Verstehen, eng begrenzter Fokus“ bzw. „SubjektKomplexität, umfassenderes, tieferes Verstehen, weiter Fokus“ zu verorten, da es beim empathischen Handeln im Sinne des Verständnistypus I nicht zu einer Perspektivenübernahme kommt.³⁶⁴

Nachfolgend werden exemplarisch Auszüge aus Interviews mit vier unterschiedlichen Interviewpersonen aufgeführt und erläutert, um das abstrakte, idealtypische Verständnis „Pflegerischer Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ für die Leser*innen anschaulich und nachvollziehbar zu machen.

Die erste Interviewsequenz stammt aus einem Folgeinterview einer Interviewperson, deren Verständnis pflegerischer Empathie sich im Laufe der Ausbildung vom Verständnistyp I zum Verständnistypus III „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ weiterentwickelt hat. Die Sequenz entstammt der Antwort der Person auf die Leitfrage *„Was verstehen Sie denn unter der Fähigkeit, auf zu Pflegende individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen? Wie würden Sie das einem Neuling in der Pflege in ganz einfachen Worten erklären?“*. In dieser ersten Interviewpassage wird deutlich, dass der Person ihre Weiterentwicklung im Hinblick auf ihr empathisches Handeln im Folgeinterview reflexiv zugänglich war. Das Verständnis von Empathie, das die Person im Folgeinterview als (für sich) typisch für den Anfang der Pflegeausbildung beschreibt, ist dem Verständnistypus I zuzuordnen. Dieses Verständnis prägte auch im Erstinterview viele der Erzählungen dieser Interviewperson über pflegerische Empathie.³⁶⁵

IP2: *„Als erstes würde ich sagen ja nicht die eigene Meinung überstülpen zu wollen. Weil gerade, wenn ich das jetzt so im Verlauf betrachte, ist man am Anfang ja häufig schon noch so, dass man guckt „Was habe ich in der Schule gelernt?“ Und versucht, das krampfhaft irgendwie dann umzusetzen, dass zum Beispiel mobilisiert wird und dass die Bedürfnisse des Patienten aber gar nicht so wahrgenommen werden einfach, weil man sich so auf diese Mobilisation zum Beispiel konzentriert oder guckt, dass keine sturzgefährdenden Dinge herumliegen. Aber guckt gar nicht auf den Patienten selber „Wie geht es ihm?“ Und deshalb würde ich sagen, dass [...] man das [= empathisches Handeln; GK] erreicht, wenn man ja in `ner ganz tiefen Interaktion mit dem Patienten einfach zusammenarbeitet, um zu gucken, was er braucht. Und nicht einfach nur zu gucken „Was muss jetzt hier umgesetzt werden? Und was habe ich gelernt? Und wie sollte es sein?“ [...] Versuchen, nicht diesen Tunnelblick zu haben,....“* (FolgeIV2_Z: 378-386, 392-395, 436)

Die zweite Sequenz, in der eine Interviewperson der Altenpflege resümiert, inwiefern sich ihre Empathiefähigkeit in der ersten Ausbildungshälfte weiterentwickelt hat, entstammt einem Erstinterview. Sie verdeutlicht den hohen Stellenwert, der der möglichst korrekten

³⁶⁴ Aus eben diesem Grund wird bei der Darstellung des Verständnistypus I auch nicht auf die in der Einleitung des Kapitels 17.2 erwähnten drei (Sub-)Kategorien „Strategien in empathischen Prozessen“, „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ sowie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ eingegangen. Diese (Sub-)Kategorien sind jedoch ein wesentlicher Bestandteil der Beschreibungen der idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie II bis IV (s. Kapitel 17.2.2 bis 17.2.4).

³⁶⁵ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 521-529, 654-670, 738-743.

Anwendung pflegerischen Regelwissens - in diesem Falle der Anwendung von Pflegetechniken („Wascharten“ (s.u.)) und der Befolgung der Handlungsnorm der aktivierenden Pflege - im subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie dieser Person zukommt. Hier deutet sich ein Verständnis pflegerischer Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge an. Zwar verwendete die Interviewperson eingangs den Begriff „Empathie“, doch wird im Verlauf der Sequenz m.E. deutlich, dass sie damit wohl eher freundlich, zugewandte, „dem Anderen zur Hilfe eilende“ Umgangsformen als eine bewusste Perspektivenübernahme meinte.

IP3: *„Also am Anfang war schon immer so die, die Empathie war schon immer so da. Aber man lernt ja auch mit der Zeit so viele verschiedene Dinge, wie man zum Beispiel waschen soll und so. Das kommt ja alles mit hinzu. Also nett reden und nett anlächeln und so und auf jemanden eingehen, ist ja noch wieder was anderes irgendwie, als dann wirklich mit den ganzen Wascharten oder dieses zum Beispiel mit dieser Selbstständigkeit, dass die noch so viel machen sollen, wie sie können und so. (GK: Mhm.) Und nicht dieses, „Ja ja ich mach` nochmal und helf` dann ja mal“ (in freundlichem Ton gesprochen; GK) (GK: Mhm.) Das entwickelt sich dann natürlich auch immer wieder weiter, dass man dann irgendwie dann wieder anders auf die eingeht, nicht dieses „Ich mach dann mal.“ sondern „Dann machen Sie doch mal!“ (im freundlich-motivierenden, aufforderndem Ton gesprochen; GK). Also da hat sich echt viel entwickelt in `ne andere Richtung. Weil am Anfang war ich schon immer sehr „Oh ich mach das mal eben.“, „Brauchen Sie doch gar nicht jetzt.“ (in freundlichem Ton gesprochen; GK).“ (ErstIV3_Z: 1630-1653)*

Die Analyse des Erstinterviews dieser Person ergab im Hinblick auf ihr subjektives Verständnis pflegerischer Empathie, dass es ihr zum damaligen Ausbildungszeitpunkt weniger darum ging, in Pflegesituationen die Perspektive der jeweiligen Bewohner*innen zu erkunden. D.h., deren individuelle, biografisch geprägte Erlebens- sowie Sichtweisen ihrer Pflegebedürftigkeit, ihrer Selbstpflegefähigkeiten bzw. Selbstpflegedefizite und auch ihrer diesbezüglichen Unterstützungswünsche herauszufinden. Das sich im Erstinterview abzeichnende subjektive Verständnis der Person ließ zudem einen differenzierten Blick für die Individualität der Bewohner*innen (z.B. für ihre individuellen Wertpräferenzen, Interessen, Ziele, Bedürfnisse, Gefühle) vermissen. Vielmehr stand für sie das Gewährleisten einer Pflege im Vordergrund, die freundlich, umgänglich, körperliche Nähe zulassend sowie ruhig ausgeführt wird³⁶⁶ und sich v.a. an pflegerischem Regelwissen orientiert³⁶⁷. Eine Art der Ausübung von Pflege, die scheinbar zu jedem pflegebedürftigen Menschen passt. Beispielsweise ging die Interviewperson wie selbstverständlich davon aus, dass Bewohner*innen einer Demenz-WG grundsätzlich körperliche Berührungen durch Pflegende als angenehm erleben würden.³⁶⁸

Die nachfolgende dritte Interviewsequenz entstammt einem Folgeinterview, in der eine andere Interviewperson über die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit erzählt. Sie

³⁶⁶ Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 368-383, 406-411, 451-461, 534-561, 571-577.

³⁶⁷ Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 1181-1196, 1527-1573, 1583-1588.

³⁶⁸ Vgl. ErstIV3_Z: 572-577.

illustriert ebenfalls die zentrale Stellung pflegerischer Handlungsregeln im Verständnistypus I „Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ – in diesem Falle die Regel, dass Patient*innen, die nicht alle drei Tage abführen, routinemäßig Abführmittel erhalten. Aus der Sequenz wird zugleich deutlich, dass die Person das idealtypische Verständnis I, das in ihren Erstinterview noch sehr dominant war, zum Zeitpunkt des Folgeinterviews bereits abgelegt hatte und dass die Perspektive pflegebedürftiger Menschen auf ihre Selbstpflegegewohnheiten, ihre Selbstpflegedefizite beziehungsweise auf ihre diesbezüglichen Unterstützungswünsche eine (grundlegende) Bedeutung für sie bekommen hatte.

IP8: *„Also ich hab` in diesen Fachbereichen (= Pflegeheim, Hospiz, Palliativ; GK) halt wirklich gelernt, wirklich einfühlsamer auf Menschen einzugehen.[...]“*

GK: *Mhm. Und was bedeutet das für Sie, Sie haben den Begriff „einfühlsam sein“ jetzt häufiger genannt, was bedeutet für Sie einfühlsam sein?*

IP8: *Naja, auch auf den Patienten einzugehen halt und wirklich mal hinzusetzen und wirklich so zuzuhören, wie er die Sache sieht, sag` ich jetzt mal so. Und halt wirklich auch mal auf seine Bedürfnisse zu achten halt. Und nicht einfach nur „Okay, der war jetzt drei Tage nicht auf Toilette, jetzt muss eigentlich `nen Klistier gemacht werden.“ (IP8 lacht kurz auf.) und so. Sondern ihn auch mal wirklich zu fragen, ob er das überhaupt auch möchte oder wie er die Situation schildert. Weil bei manchen ist das ja wirklich so, ne, die können wirklich manchmal `n paar Tage nicht auf Toilette (IP8 lacht.) und das ist normal. Aber als Schwester sieht man ja dann immer gleich „Oh!“ in der Kurve „Der hat jetzt so und so viel Tage keinen Stuhlgang gehabt. Da muss jetzt was gemacht werden.“ so. Aber mal genauer hinter zu fragen, ob das normal ist? Oder halt solche Sachen halt den Patienten auch miteinzubeziehen einfach.“ (FolgeIV8_GM: 00:16:38-00:16:46 + 00:17:15-00:18:19)*

Abschließend eine vierte Sequenz³⁶⁹ aus dem Folgeinterview einer Interviewperson des dritten Ausbildungsjahres, in der sie von einer für sie schwierigen Pflegesituation auf einer gefäßchirurgischen Station erzählte, die letztlich eskalierte. Diese Sequenz soll verdeutlichen, an welche Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit sowohl Pflegelernende (bzw. Pflegenden) als auch Patient*innen geraten können, wenn erstere letztere wohlmeinend im Sinne des Verständnistypus I regelorientiert bzw. expertokratisch zu pflegen beabsichtigen, letztere aber nicht kooperieren (wollen oder können).

In der Interviewsequenz geht es um einen Mann, der einen Schlaganfall erlitten hatte und unter Sprach- sowie Schluckstörungen litt. Von der Interviewperson wurde er mit den Worten beschrieben *„also der konnte eigentlich gar nichts mehr“³⁷⁰*. Die Person hatte sich diesen Patienten zusammen mit ihrer Anleitenden *„ausgesucht“³⁷¹*, um ihn unter deren Aufsicht morgens bei der Körperpflege zu unterstützen. Die Person hatte ihn bereits seit zwei Tagen pflegerisch versorgt und beschrieb ihn im Interview mit den Worten *„Und er war vorher schon nicht sehr sympathisch zu allen Schwestern. Er war schon so `n Griesgram,*

³⁶⁹ Vgl. FolgeIV16_GM: 00:05:59-00:10:48.

³⁷⁰ FolgeIV16_GM: 00:06:22-00:06:24

³⁷¹ FolgeIV16_GM: 00:06:11f.

{um `s mal nett auszudrücken} (das in den Klammern Stehende wurde lachend gesprochen; GK)³⁷². Von der morgendlichen Versorgung erzählt die Person im Interview anfänglich wie folgt:

IP16: „Und der hat gar nicht mitgemacht. Er hat mich gehauen. Er hat mich nichts machen lassen. Ich war so sauer auf den Mann. [...] Aber ja, das war auch so `ne Situation, da hätte ich, also ich musste viel weinen, weil mich das verletzt hat, dass er nichts gemacht hat oder nichts hat machen lassen und ihn das gar nicht gekümmert hat, dass er meine Tränen gesehen hat. Ihn hat das gar nicht gekümmert. Und da weiß ich auch nicht, wie man an so `ne Menschen ran kommen kann.“ (FolgeIV16_GM: 00:06:45-00:07:25)

In der Erzählung der Interviewperson wird deutlich, dass der Patient in der morgendlichen Versorgungssituation, scheinbar anders als an den zwei Tagen zuvor, an denen sie ihn versorgt hatte, ablehnend auf ihre Pflegehandlungen reagierte. Sie deutete seine ablehnenden Reaktionen als unkooperatives Verhalten und fühlte sich verletzt, dass der Patient, ihre wohlmeinende Hilfe nicht annahm. Zudem fühlte sie sich verletzt, dass der Patient nicht auf ihre Tränen reagierte³⁷³. Meiner Einschätzung nach ist es der Interviewperson in der Situation nicht gelungen, zu ergründen, warum der Patient an diesem Morgen in dieser Vehemenz ihre Pflegeinterventionen ablehnte (s. Ausführungen weiter unten). Auf meine Nachfrage hin, erzählt sie ausführlicher von der Situation.

IP16: „Zum Beispiel wollt ich, dass er mit seinem gesunden Arm sein Gesicht selbst wäscht. Ist ja so, man soll ja die Ressourcen fördern. (GK: Hm.) Hatte er keine Lust zu. Hat er rumgemeckert mit den Lauten, die er da von sich gibt. (GK: Ja.) Dann wollt ich `n Blutzucker messen. Hat er die Hand weggerissen immer wieder. Und dann hab ich gesagt: „Okay, dann halt nicht!“ [...] Und dann wollt ich ihn fragen, ob er mit dem Kopfteil noch `n Stück nach oben möchte oder ob er so gut liegt, ob es für ihn gemütlich ist. Weil der Patient solls ja gemütlich haben. Da hat er mich auch gleich angemeckert, also so wie er meckern kann halt. Und als er meine Tränen halt gesehen hat, hat er nur zu meiner Anleiterin immer geguckt. Er hat mich gar nicht beachtet, also ich war, glaub` ich, gar nicht da. Joa, auch wenn ich ihn angesprochen hab, wenn ich mich auf die andere Seite gestellt hab, wenn ich, ich hab alles Mögliche versucht, aber irgendwie war ich nicht da für ihn. Er hat mich total ignoriert.“ (FolgeIV16_GM: 00:07:37-00:08:04 + 00:08:09-00:08:53)

Auch aus dieser Sequenz wird die persönliche Betroffenheit der Interviewperson deutlich bzw. das „Sich-persönlich-zutiefst-gekränkt-und-verletzt-Fühlen“ durch die Zurückweisung der von ihr intendierten Pflegeinterventionen. Die Person erwähnt zwar, dass sie „alles Mögliche versucht“ (ebd.) hätte, doch geht aus ihrer Erzählung nicht hervor, dass sie in der Situation von Anfang an versucht hätte, die verbalen und nonverbalen Ausdrucksgebärden des Patienten als autonome Willensäußerungen ernst zu nehmen und herauszufinden, was

³⁷² FolgeIV16_GM: 00:06:25-00:06:34

³⁷³ An dieser Stelle muss offen bleiben, ob der Patient aufgrund seiner Hirnverletzung überhaupt dazu in der Lage gewesen wäre, die Gefühlsäußerungen seines Gegenübers wahrzunehmen, situationsangemessen zu deuten bzw. darauf selbstbestimmt zu reagieren. Ferner bleibt offen, ob er, falls er die Tränen der Interviewperson als solche erkannt hätte, diese für sich in seiner Situation als halbseitig gelähmter, von den Pflegenden dieser Station weitestgehend abhängiger Mann im gewünschten Sinne der Person bewertet bzw. dementsprechend reagiert hätte.

genau ihn an diesem Morgen so beschäftigte. Beispielsweise, ob ihn an der morgendlichen Versorgung etwas störte, irritierte, verunsicherte, beschämte, kräftemäßig überforderte etc. oder ob ihn an diesem Morgen etwas anderes sehr in Anspruch nahm wie beispielsweise Schmerzen, Sorgen, Verzweiflung oder Wut. Denkbar wäre auch, dass er mit der Tatsache, dass ihn an diesem Morgen zwei Pflegende versorgen wollten, nicht einverstanden war.

Die Situation spitzte sich so zu, dass die Interviewperson weinte, wobei offen bleibt, ob sie es vor oder nach dem Schlag ins Gesicht tat. Die Person erzählte, dass sie und die Anleitende *„die Sache noch durchgezogen (haben), seine morgendliche Versorgung“*³⁷⁴. Der Patient ließ diese scheinbar über sich ergehen, ohne sie anzusehen. Die Person war sehr verletzt, dass der Patient nur noch die Anleitende anguckte und sie bzw. ihre Tränen *„ignoriert(e)“* (s.o.). Im Anschluss an die morgendliche Versorgung weigerte sich die Person, den Patienten weiter zu versorgen, was ihr ihre Anleitende auch zugestand.

Meiner Einschätzung nach ist es der Interviewperson in dieser Situation nicht gelungen, die Perspektive des Patienten an dem besagten Morgen zu ergründen. Sie scheint hingegen einen festen Ablauf an für diesen Patienten wichtigen Pflegeinterventionen im Kopf gehabt zu haben, den der Patient nicht bereit war „anzunehmen“. An dieser Stelle zeigt sich m.E., dass die Person den Patienten eher als ein Objekt pflegerischer Interventionen betrachtet hat als als ein autonomes Subjekt. Es ist m.E. erwähnenswert, dass die Interviewperson kaum Überlegungen äußerte, wie die Ausdrucksgebärden des Patienten anders hätten gedeutet werden können als als „keine Lust haben“ bzw. fehlende Compliance. Eine Deutung ihrer Anleitenden, dass *„das [= den Schlag ins Gesicht; GK] würde er nicht mit Absicht machen [...] wär halt so passiert, Reflex oder so“*³⁷⁵, scheint ihr wenig überzeugend. Im Folgeinterview wurde deutlich, dass die Person sich auch im Nachhinein tief verletzt von dem aus ihrer Sicht unkooperativen Verhalten dieses Patienten fühlt und ratlos ist, *„wie man an so `ne Menschen ran kommen kann“* (s.o.).

Eine mögliche Erklärung für diese Reaktion der Person ist, dass sie sich so sehr mit den schulmedizinischen und pflegerischen Normen identifiziert, dass sie sich persönlich gekränkt fühlt, als der Patient ihr nicht ermöglicht, ihn ihnen gemäß zu pflegen³⁷⁶. Für diese Lesart spricht eine andere bereits im Unterkapitel 17.1.2 geschilderte Pflegesituation dieser Interviewperson. Meiner Einschätzung nach ist es dieser Person durch ihre starke Identifikation mit einem expertokratischen Pflegeverständnis an dem besagten Morgen

³⁷⁴ FolgeIV16_GM: 00:09:54-00:09:57

³⁷⁵ FolgeIV16_GM: 00:09:38-00:09:50

³⁷⁶ An dieser Stelle sei auf die von Darmann (2000) in ihrer empirischen Untersuchung zur pflegerischen Kommunikation u.a. identifizierte zentrale Kategorie bzw. Struktur *„Entscheidungsfreiheit der Patienten“* (ebd.: 105-128) verwiesen. Das von ihr in diesem Unterkapitel u.a. beschriebene Handlungs- und Kommunikationsmuster von Pflegenden, nämlich *„Entscheidungsfreiheit behindern: „Nicht dass ich dann explodiere““* (ebd.: 119f.) inspirierte mich zu dieser Lesart.

nicht möglich gewesen, offener, flexibler und v.a. weniger emotional involviert auf das Verhalten des gelähmten Mannes zu reagieren.³⁷⁷ Sonst hätte sie sich darauf einlassen können, zu versuchen, gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, welche Art der pflegerischen Unterstützung aus seiner Sicht für ihn an diesem Morgen wünschenswert bzw. zu tolerieren gewesen wäre. Es ist zumindest denkbar, dass der Patient dann weniger unter Druck geraten wäre und dass es zu dem Schlag ins Gesicht, vorausgesetzt, dass dieser von dem Patienten intendiert war, möglicherweise nicht gekommen wäre.

Ob und inwiefern die Interviewpersonen, die ein Verständnis pflegerischer Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge verinnerlicht haben, wesentliche Facetten der Individualität der von ihnen zu pflegenden Menschen bewusst übergehen bzw. ausblenden (müssen) und/oder unbewusst nicht wahrnehmen (können), soll an dieser Stelle offen bleiben. Beides ist denkbar, aber letztlich sekundär. Entscheidend ist, dass hierdurch der jeweilige pflegebedürftige Mensch tendenziell auf ein Objekt medizinischer und pflegerischer Interventionen reduziert wird. Eine Interviewperson äußerte sich im Folgeinterview zu dieser Thematik, wobei deutlich wird, dass in ihrem Falle sowohl unbewusste als auch bewusste Faktoren Einfluss darauf haben können, ob und inwiefern sie ihr pflegebedürftiges Gegenüber als Subjekt wahrnehmen kann.

IP2: „Also je länger man dabei ist, desto mehr nimmt man auf der einen Seite wahr. Auf der anderen Seite wird man, ich habe ja eben schon von dieser Sicherheit gesprochen, die ich persönlich, die mich auch persönlich unterstützt, auf ja Patienten einzugehen. Am Anfang war man ja sehr unsicher noch mit den Patienten und man hat auch Probleme eher versucht zu meiden. Also mir ging es so, dass ich, wenn ich gesehen hab` „da ist `ne Problemsituation“, spreche ich das eher nicht an. Jetzt, so langsam, würde ich sagen, beginnt man dann, die Probleme auch anzusprechen, die man sieht. Zu sagen, ja, dass man sieht, dass es dem Gegenüber nicht gut geht und was denn los ist. Also, das hätte ich am Anfang auf jeden Fall nicht gemacht, ja. Und hätte es wahrscheinlich auch nicht erkannt. (IP2 lacht kurz auf.) Ja, genau. Und wie gesagt, je länger man dabei ist, ja, desto sicherer wird man einfach und kann sich auf andere Dinge auch konzentrieren, (GK: Ja.) als jetzt nur versuchen, die Körperpflege gut durchzuführen und sich total darauf zu konzentrieren, aber alles andere hinten an zu stellen.“ (FolgeIV2_Z:1078-1092)

17.2.2 Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge (= Verständnistypus II)

Charakteristisch für das idealtypische Verständnis pflegerischer Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge ist die ihm inhärente Spannung zwischen der die Individualität des pflegebedürftigen Menschen grundsätzlich

³⁷⁷ An dieser Stelle sei betont, dass mit dieser Lesart nicht die Absicht verfolgt wird, das Erleben der Interviewperson, dass es für sie eine äußerst schwierige und sie nachhaltig verletzende Pflegeerfahrung war, zu übergehen oder zu schmälern. Ihre Sicht- und Erlebensweise sind m.E. einfach nachzuvollziehen und in der Pflegeberufswirklichkeit vermutlich eher verbreitet als ein Einzelfall.

aner kennenden Haltung einerseits und einer starken Orientierung an schulmedizinischen und pflegerischen Normen andererseits.

Im Vergleich zum Verständnistypus I pflegerischer Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge werden im Verständnistypus II pflegebedürftige Menschen weniger als Objekte medizinischer sowie pflegerischer Interventionen betrachtet, d.h. ihrer Individualität im pflegerischem Versorgungsgeschehen bzw. ihren individuellen Zielen, Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen wird mehr Bedeutung eingeräumt.

Im Vergleich zum Verständnistypus III erfolgt das Erkunden und die Anerkennung der Perspektive des jeweiligen pflegebedürftigen Gegenübers im Prozess der Perspektivenübernahme beim Verständnistypus II jedoch innerhalb wesentlich engerer Grenzen. Grund hierfür ist zum einen, dass die Sichtweise auf den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen, auch während des Prozesses der Perspektivenübernahme, stark von einem expertokratischen Pflegeverständnis geprägt ist. Dieses steht einer stärkeren Anerkennung pflegebedürftiger Menschen als Experten ihrer subjektiven Betroffenheit und ihres Lebens, d.h. ihrer Autonomie, entgegen. Zudem kann die Sichtweise auf den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen während des Perspektivenwechsels mitunter sehr stark durch subjektive Annahmen, Vorstellungen sowie Gefühle der empathischen Person gefärbt sein. Diese werden zum Teil vorschnell bzw. unreflektiert dem jeweiligen pflegebedürftigen Gegenüber als dessen Erleben bzw. Sichtweise seiner Situation zugeschrieben, was ebenfalls einem (An-)Erkennen der subjektiven Sicht- und Erlebensweisen pflegebedürftiger Menschen entgegensteht. Aus diesen Gründen kommt es in empathischen Erkenntnisprozessen im Sinne des Verständnistypus II in der Regel nur zu einem bruchstückhaften, an der Oberfläche verweilenden Verstehen der Perspektiven pflegebedürftiger Menschen. Ein umfassenderes, tieferes Verstehen pflegebedürftiger Menschen im Hinblick auf deren individuelle Erlebens- sowie Sichtweisen ihrer Pflegebedürftigkeit, ihrer Selbstpflegefähigkeiten bzw. Selbstpflagedefizite und auch ihrer diesbezüglichen Unterstützungswünsche verschließt sich dieser Auffassung pflegerischer Empathie.

Zudem scheint in diesem Verständnis pflegerischer Empathie immer wieder die expertokratische Annahme auf, nach dem initiierten (innerhalb enger Grenzen verlaufenden) Perspektivenwechsel wissen zu können, was aus dem empathisch Verstandenen abzuleiten sei, d.h., welche Pflege bzw. Unterstützung dieser individuelle Mensch in der konkreten Situation aus schulmedizinischer bzw. pflegerischer Sicht und mitunter auch aus persönlicher Sicht der empathischen Person nun brauche. Hierbei wird das Gegenüber in seiner Individualität und v.a. seiner Autonomie kaum mehr wahrgenom-

men, wodurch die tendenziell interaktionistische Orientierung dieses Verständnistypus auch an dieser Stelle immer wieder durch expertokratische Elemente durchbrochen wird.

Charakteristisch für den Verständnistypus II ist zudem eine besonders zugewandte, besonders fürsorgliche bzw. eine besondere Aufmerksamkeiten gewährende Pflege, die durchaus auch bemutternde Züge aufweisen kann. Die Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus II zuzuordnen waren, waren oftmals bemüht, zusätzlich zu einer fachlich korrekten und freundlich-zugewandten Pflege (s. Verständnistypus I), pflegerelevante individuelle Vorlieben (z.B. Essens- und Trinkvorlieben), Gewohnheiten (z.B. frühes Aufstehen bzw. längeres Ausschlafen) sowie Abneigungen ihrer Patient*innen bzw. Bewohner*innen herauszufinden und wenn möglich in ihrem Pflegehandeln zu berücksichtigen. Ebenso waren sie sehr bemüht, die von diesen verbal geäußerten Wünsche ernst zu nehmen und soweit wie möglich auf diese einzugehen (z.B. der Wunsch einer Bewohnerin, ihre Kompressionsstrümpfe ausgewaschen zu bekommen³⁷⁸ oder der Wunsch einer anderen Bewohnerin, gelegentlich in ihrem Zimmer und nicht im Speiseraum essen zu dürfen³⁷⁹).

Darüber hinaus versuchten die Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus II pflegerischer Empathie zuzuordnen waren, sofern die Zeit es zuließ, einigen pflegebedürftigen Menschen zusätzlich zur stations- bzw. bereichsüblichen Pflege von sich aus etwas „*Gutes zu tun*“ (s.u.). Beispielsweise boten sie ihnen begleitete Spaziergänge, eine Haarwäsche, eine Nagelpflege sowie im Vergleich zu den stationsüblichen Standards zeitaufwendigere Körperpflegemöglichkeiten (s.u.) an oder sahen einmal mehr nach ihnen. Die Entscheidung, welchen Patient*innen bzw. Bewohner*innen etwas „*Gutes*“ (s.u.) getan wurde, erfolgte nach subjektiven Kriterien der jeweiligen Interviewperson. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang u.a. von bescheidenen zu Pflegenden berichtet, die sich von allein nicht melden würden, von zu Pflegenden, die keinen Besuch bekommen würden, von zu Pflegenden, die aus Sicht der Interviewpersonen einen besonderen Schicksalsschlag erlitten hätten, von zu Pflegenden, die sich nicht wohl zu fühlen schienen oder auch von Kindern, deren Eltern gerade nicht anwesend seien. Die Handlungsweise „Zusätzlich zur stations- bzw. bereichsüblichen Pflege dem Anderen etwas Gutes zu tun“ stellt ein typisches interpersonelles Ergebnis empathischen Erkennens des Verständnistypus II pflegerischer Empathie dar. Die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ bündelt typische pflegerische Handlungsweisen³⁸⁰, die die

³⁷⁸ Vgl. FolgeIV13_GM: 00:15:00-00:17:12.

³⁷⁹ Vgl. FolgeIV3_Z: 319-329.

³⁸⁰ Neben der Handlungsweise „Zusätzlich zur stations- bzw. bereichsüblichen Pflege dem Anderen etwas Gutes tun“ zeigten sich in den Erzählungen der Interviewpersonen, die dem Verständnistypus II zugeordnet wurden auch folgende Handlungsweisen: Pflegeintervention(en), verbale Kommunikation (z.B. tröstende, ermutigende Worte, Gespräch) und nonverbale Interaktion (z.B. körperorientierte Zuwendung).

Interviewpersonen aufgrund ihrer durch Empathie gewonnenen Erkenntnisse über pflegebedürftige Menschen generierten. Beim Verständnistypus II pflegerischer Empathie handelt es sich hierbei um pflegerische Handlungen, die die jeweiligen Interviewpersonen vor dem Hintergrund ihres Pflegeverständnisses entwarfen. Wie bereits erwähnt, beinhaltet dieses Pflegeverständnis neben expertokratischen auch interaktionistische Elemente, wobei erstere letztere oftmals überblendeten.

Nachfolgend werden vier Interviewsequenzen angeführt, in denen Interviewpersonen von aus ihrer Sicht im Hinblick auf pflegerische Empathie gelungenen Pflegesituationen erzählen. Diese Sequenzen sollen exemplarisch die im Vorausgegangenen beschriebene Handlungsweise „Zusätzlich zur stations- bzw. bereichsüblichen Pflege dem Anderen etwas Gutes zu tun“, die Teil des idealtypischen Verständnisses II pflegerischer Empathie ist, demonstrieren.

In der ersten Sequenz geht es um eine Interviewperson, die einem Patienten, der sich ihrer Einschätzung nach langweilt, „etwas Gutes tun“ (s.u.) will. In den beiden folgenden um Interviewpersonen, die von sich aus ihren Patient*innen „etwas Gutes tun“ (s.u.) wollen, indem sie sie mit Getränken, Lebensmitteln bzw. Speisen versorgen, die auf ihre Geschmacksvorlieben abgestimmt sind.

IP11: *„Es gab mal 'ne Situation, wo kein also kein Angehöriger vom Patienten kam und der sich halt wirklich die ganze Zeit gelangweilt hat. Und wo ich dann gesagt hab` „Alles klar, ich hab jetzt gleich Feierabend, ab in 'n Rollstuhl.“ Und noch mal eben mit nach unten und einmal so 'ne Runde gedreht in der Halle. Damit der einfach mal 'n bisschen was anderes sieht. Weil wenn kein Angehöriger kommt, wie soll er denn da irgendwie dann noch runterkommen beziehungsweise wieder hoch finden? Ja und das, ich denke mal, das war ganz gut. Er hat sich gefreut, hat sich 'ne Zeitung mitgenommen und wieder hoch, war gut.“ (ErstIV11_GM: 00:31:32-00:32:10)³⁸¹*

IP9: *„Also, dass ich auch im Hospiz halt immer, also nicht nur bei ihr, aber sonst halt auch fast überall versucht habe, das zu machen, was ich kann, was, so auf die Leute einzugehen, dass ich dann mit so einfach Aufmerksamkeiten irgendwie oder einfach so, dass man halt wirklich aufmerksam ist und dass, wenn jetzt jemand sagt so „Oah, ich hätt` so Lust auf `nen Pfannkuchen!“ oder irgendwie so. Dass man dann halt einfach sagt „Ja, ich kann doch morgen früh, kann ich doch, ich mach eh Frühstück, kann ich Ihnen das einfach machen.“ irgendwie so also so hab` ich das gemacht [...] Und also manchmal hab` ich dann auch gesagt so „Ja, den Kaffee, der hier ist, der schmeckt Ihnen vielleicht nicht. Aber dann sagen Sie vielleicht Ihren Angehörigen, dass Sie dann auch den Kaffee mitbringen sollen.“ sowas einfach. Oder wenn die gerade da waren, dass ich denen das gesagt hatte oder irgendwie so „Leckeren Kaffee, den Sie wollen, (IP9 lacht kurz.) der nur für Sie ist.“ so. (FolgeIV9_GM: 00:25:58-00:26:38 + 00:27:10-00:27:30)*

IP14: *„Und ja Empathiefähigkeit ist gleich von Anfang [= von Beginn jedes neuen Praxiseinsatzes an; GK] an da, man guckt halt immer so, was man wem Gutes tun kann und ob sie mal so 'n bisschen was anderes trinken wollen, also als Mineralwasser oder so. Dass man denen immer 'n bisschen*

³⁸¹ Von einer sehr ähnlichen Situation mit einer geschwächten, gynäkologischen Patientin, die keinen Besuch erhielt, erzählte diese Interviewperson auch im Folgeinterview (vgl. FolgeIV11_GM: 00:09:02-00:11:22). Auch dieses Mal führte die Person ihr Vorgehen, dieser Patientin anzubieten, sie im Rollstuhl durch den Garten des Krankenhauses zu fahren, als Beispiel für ihr empathisches Handeln an.

mehr anderes anbietet oder dass man mal 'n Keks mehr gibt oder so. (IP14 schmunzelt.)“
(ErstIV14_GM: 01:11:48-01:12:04)

In der nachfolgenden vierten Sequenz erzählte eine Interviewperson von einer jungen zweifachen Mutter, die infolge einer Hormonbehandlung einen Schlaganfall erlitten hatte und auf einer neurologischen Station lag³⁸². Die Person erzählte, dass sie *„wenn der Patient zum Beispiel besondere Schicksalsschläge gerade erlebt hat“*³⁸³ leichter *„mitfühlen kann“* im Sinne von *„dass man sich vorstellen könnte, wie er sich fühlen würde“*³⁸⁴. Als Beispiel führte sie die nachfolgende Situation an, in der sie sich bewusst für diese Frau mehr Zeit genommen hätte und ihr eine über die stationsüblichen Gepflogenheiten hinausgehende, zeitaufwendigere Körperpflegemöglichkeit angeboten habe.

IP11: *„Wo ich dann sag` „Das ist echt nicht schön.“ (= bezieht sich auf den „Schicksalsschlag“ dieser Patientin; GK) Wo man dann auch sich ganz anders um den Patienten irgendwie kümmert. Also da hab` ich für, auf der Neurologie mir wirklich für diese Patientin Zeit genommen. Was eigentlich unfair den anderen gegenüber ist. Aber da bin ich hingegangen und hab` gesagt „Ich kann auch so `nen Toilettensstuhl holen und Sie können sich mal duschen.“, einfach mal angeboten. Und sie guckt mich an „Boah, ja, auf jeden Fall!“ Und hat sich total gefreut. Weil alle anderen dahin gegangen sind „Ja, hier Schüssel.“ und wieder weg.“* (FolgeIV11_GM: 00:27:35-00:28:09)

In den vorausgegangenen Sequenzen und auch im sonstigen Datenmaterial, aus dem der Verständnistypus II pflegerischer Empathie entwickelt wurde, scheinen unterschiedliche Strategien auf, die Interviewpersonen in empathischen Prozessen i.S. des Verständnistypus II einsetzten. Insgesamt konnten sieben solcher Strategien identifiziert werden³⁸⁵:

1. Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen
2. Kennenlernen des Anderen
3. Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen
4. Spüren, *„jetzt ist irgendwas“*, wie es dem Anderen geht und/oder was er brauchen/wollen könnte
5. Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von *„Signalen“*), um die Perspektive des Anderen zu erkunden
6. Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte
7. Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren

Die soeben angeführten Strategien werden nicht an dieser Stelle, sondern erst im nachfolgenden Kapitel 17.2.3 bei der Darstellung des Verständnistypus III pflegerischer Empathie erläutert und anhand von Interviewmaterial veranschaulicht. Grund hierfür ist,

³⁸² Vgl. FolgeIV11_GM: 00:19:05-00:19:39 + 00:27:01-00:28:09.

³⁸³ Ebd.

³⁸⁴ Ebd.

³⁸⁵ Die Kategorie „Strategien in empathischen Prozessen“ bündelt diese (s. Kapitel 16.8.4.2).

dass die Interviewpersonen, die empathisch i.S. des Verständnistypus III handelten, diese sieben Strategien in konkreten Pflegesituationen auf einem deutlich höheren Performanzniveau anwendeten und kombinierten als die Lernenden, die empathisch i.S. des Verständnistypus II handelten. Hierdurch lassen sich die sieben Strategien differenzierter beschreiben und anhand der Interviewsequenzen belegen, auf deren Basis der Verständnistypus III generiert wurde. Grundsätzlich bedienten sich aber auch die Interviewpersonen, die empathisch i.S. des Verständnistypus II handelten, dieser Strategien, jedoch, wie bereits erwähnt, auf einem deutlich niedrigeren Performanzniveau. Ein wichtiger Unterschied im Hinblick auf die sechste Strategie sei an dieser Stelle bereits vorweggenommen: Interviewpersonen, deren Erzählungen, dem Verständnistypus II zugeordnet wurden und die die sechste Strategie „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte“ einsetzten, verstanden diese grundlegend anders als Interviewpersonen, deren Erzählungen, dem Verständnistypus III zugeordnet wurden. Erstere schlossen bei dieser die Strategie sechs ausmachenden gedankenexperimentellen Vorstellung unreflektiert von sich auf ihr jeweiliges pflegebedürftiges Gegenüber (s.u. Interviewsequenzen).

Die nachfolgende Verortung des Verständnistypus II pflegerischer Empathie im Hinblick auf die im vorausgegangenen Kapitel 17.1 erläuterten vier Vergleichsdimensionen visualisiert, die Unterschiede und Ähnlichkeiten dieses Verständnisses pflegerischer Empathie zu bzw. mit den idealtypischen Verständnissen I und III. Sie veranschaulicht die Position dieses idealtypischen Verständnisses zwischen den Verständnissen I und III, nämlich gewissermaßen als ein „Mischtypus“ bzw. „Übergangstypus“: Im Verständnis II pflegerischer Empathie stehen interaktions- bzw. individuumorientierte Komponenten neben expertokratischen Elementen/Setzungen, wobei letztere erstere häufig überblenden.

Im Hinblick auf die Vergleichsdimension „Pflegeverständnis“ ist der Verständnistypus II pflegerischer Empathie deswegen zwischen den beiden Polen „expertokratisch“ bzw. „interaktions-/verständigungsorientiert“ zu verorten (s. Abb. 15).

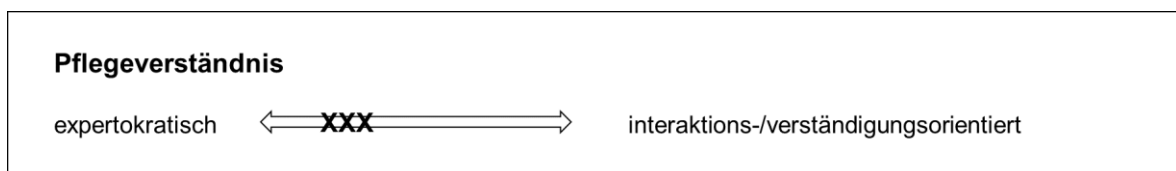


Abbildung 15: Pflegeverständnis des Verständnistypus II

Im Hinblick auf die Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ ist er der Kategorie „Pflegebedarf“ zuzuordnen, wobei er auf dem Kontinuum zwischen den Polen „enger“ bzw. „weiter Fokus“ zu verorten ist (s. Abb. 16).

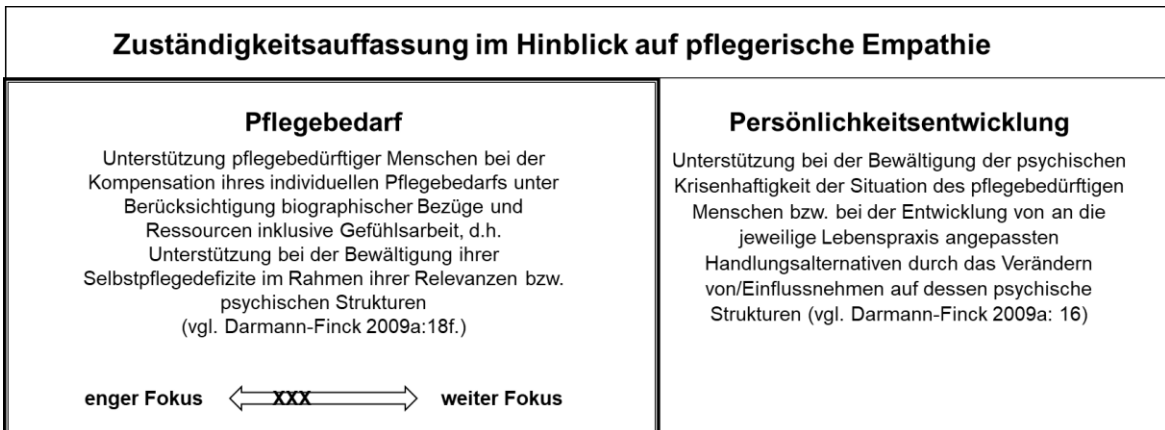


Abbildung 16: Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus II

Hinsichtlich der Vergleichsdimension „Empathische Grundhaltungen“ befindet sich der Verständnistypus II pflegerischer Empathie auf allen drei Kontinua tendenziell zwischen dem linken Pol und der Mitte des Kontinuums (s. Abb. 17). D.h., die drei empathischen Grundhaltungen sind bei den Interviewpersonen, deren empathisches Handeln diesem Verständnistypus zugeordnet wurden, stärker ausgeprägt als bei denjenigen, die den Verständnistypus I verinnerlicht haben, aber deutlich schwächer ausgeprägt als bei denjenigen, die den Verständnistypus III verkörpern. Von den drei empathischen Grundhaltungen ist im Verständnistypus II die zweite Haltung schwächer ausgeprägt als die erste und dritte Haltung.

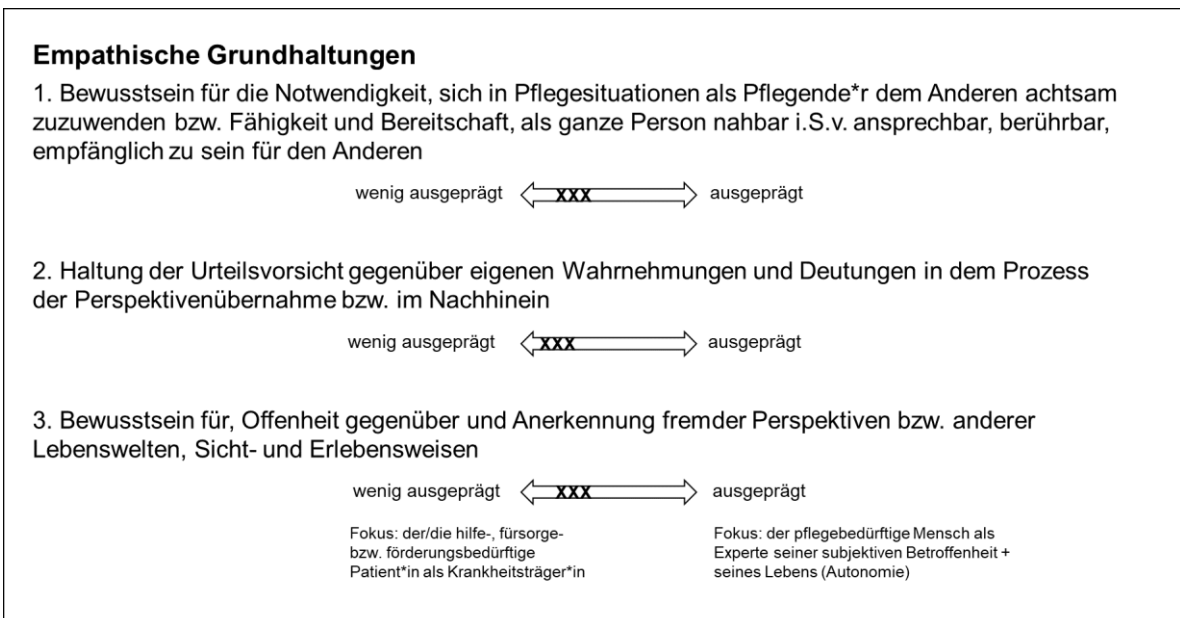


Abbildung 17: Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus II

Die Ergebnisse empathischer Erkenntnisprozesse lassen sich wie in dem Kapitel 16.8.4.2 erwähnt in „intrapersonelle“ und „interpersonelle“³⁸⁶ unterteilen. Die Kategorie „Intrapersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ umfasst die beiden Subkategorien „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“³⁸⁷ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“. Letztere stellte sich im Analyseprozess als relevante Vergleichsdimension mit den Kategorien „Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege“ und „Erkenntnisgehalt: Psychosoziale Krisen“ heraus (s. Kapitel 16.8.4.2 und 17.1.4). Der Verständnistypus II ist im Hinblick auf diese vierte Vergleichsdimension auf dem Kontinuum der Kategorie „Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege“ zum Pol „selektive Subjektivität, bruchstückhaftes Verstehen, eng begrenzter Fokus“ hin zu verordnen (s. Abb. 18).

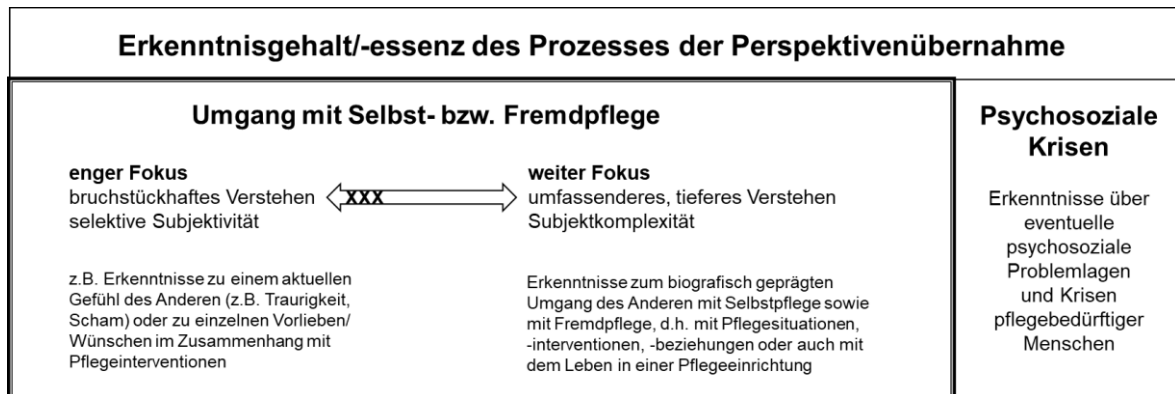


Abbildung 18: Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus II

Nachfolgend werden exemplarisch Auszüge aus Interviews mit drei Interviewpersonen aufgeführt und erläutert, um das abstrakte, idealtypische Verständnis „Pflegerischer Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ für die Leser*innen anschaulich und nachvollziehbar zu machen.

Die erste Interviewsequenz stammt von einer Interviewperson, die von einer Pflegesituation auf einer Intensivstation erzählte, in der eine Pflegendende sich einem Patienten empathisch im Sinne des idealtypischen Verständnisses II zuwendete. Aus Sicht dieser Interviewperson handelt es sich hierbei um eine gelungene Situation empathischen Pflegehandelns.

IP9: „*Ich weiß halt nur, dass die (= die Pflegenden auf der Intensivstation; GK) dann immer sehr speziell auf die Patienten eingehen und auch die Bedürfnisse wahrnehmen. Also einfach so zum Beispiel der Patient liegt da [...] und der fühlte sich halt einfach nicht wohl. Und die eine Pflegekraft hat dann einfach mal gesagt „So, ich wasch` Ihnen jetzt heute die Haare.“ Und danach ging's dem*

³⁸⁶ Auf die für den Verständnistypus II charakteristischen Handlungsweisen der Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ wurde bereits weiter oben eingegangen.

³⁸⁷ Im Hinblick auf die Subkategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ konnten in dieser Untersuchung keine Unterschiede zwischen den Interviewpersonen, deren empathisches Handeln den Verständnistypen II, III bzw. IV zugeordnet werden konnte, festgestellt werden. Aus diesem Grunde wird an dieser Stelle lediglich auf die Erläuterung dieser Subkategorie in dem Kapitel 17.2.3 verwiesen.

an sich auch schon `n bisschen besser. Weil das ist ja, auch für mich ist das immer so, meine Haare sind dreckig, das ist dann so „Nee, ich kann nicht aus `em Haus gehen.“ irgendwie so. Und das merkt man, glaub` ich, auch so im Krankenhaus, wenn die Haare frisch sind und bei den Patienten, dann fühlen die sich gleich viel wohler. Und das hatte die Pflegekraft irgendwie so im Gefühl gehabt. Und da war so, so eine Situation dafür (= das jemand empathisch gehandelt hat; GK). Und dann hab ich gefragt „Warum, warum Du das jetzt machen möchtest?“. „Ja einfach nur so, um ihm was Gutes zu tun“. So und das fand ich auch sehr schön. (GK: Ja.) Also, „Ja, ich hab` Zeit. Das kann ich mal machen.“ so, ne.“ (ErstIV9_GM: 00:09:45-00:09:54 + 00:09:59-00:10:48)

In der Erzählung der Interviewperson wurde erwähnt, dass sich der Patient „*halt einfach nicht wohl*“ (s.o.) fühlte und die besagte Pflegende dieses bemerkte. In der Erzählung bleibt offen, woran die Pflegende erkannte, dass der Patient sich nicht wohl fühlte und auch ob bzw. welche Strategien sie eingesetzte, um ihre Deutung zu überprüfen bzw. um herauszufinden, weshalb der Patient sich nicht wohl fühlte. Zudem wurde nicht erwähnt, ob und ggf. wie die Pflegende versuchte herauszubekommen, ob er in der Situation Hilfe von Seiten der Pflegenden wünschte bzw. welche Art der Unterstützung für ihn in dieser Situation hilfreich wäre. Die Interviewperson erwähnte in der Sequenz, dass sie die Pflegende gefragt habe, warum sie diesem Patienten die Haare waschen wolle. Die von der Person erinnerte Antwort der Pflegenden lautete „*Ja einfach nur so, um ihm was Gutes zu tun*“. (s.o.).

Die Erzählung der Person lässt m.E. die Lesart zu, dass es sich hier um empathisches Handeln im Sinne des Verständnistypus II handeln könnte. In diesem wird, im Gegensatz zum Verständnistypus I pflegerischer Empathie, der Individualität pflegebedürftiger Menschen im pflegerischem Versorgungsgeschehen bzw. ihren Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen mehr Bedeutung eingeräumt. Zugleich vollzieht sich das Erkunden und die Anerkennung der Perspektive des jeweiligen pflegebedürftigen Gegenübers im Prozess der Perspektivenübernahme aber innerhalb enger Grenzen. Hintergrund ist, dass sowohl dieser Perspektivenübernahmeprozess als auch das aus dem empathisch Verstandenen abgeleitete Pflegehandeln stark von einem expertokratischen Pflegeverständnis geprägt sowie von zumeist unreflektierten subjektiven Annahmen, Vorstellungen sowie Gefühlen der jeweiligen empathischen Person gefärbt ist.

Die zweite Interviewsequenz entstammt demselben Interview wie die vorausgegangene. In der geschilderten Pflegesituation tritt dieses Mal die Interviewperson selbst als empathische Akteurin gegenüber einem älteren Patienten in einem Krankenhaus in Erscheinung. Weshalb dieser Mann im dem Krankenhaus behandelt wurde, blieb im Interview offen.

IP9: „Da war halt auf der [Station X] war das einmal, da war ein Patient, der hatte seine Frau und seinen Sohn verloren. Das war ganz tragisch. Und die eine Schwester meinte ja „Du kannst da jetzt nichts machen.“. Ich so „Ja, aber man kann ja mit ihm darüber reden. Und das wird vielleicht dann besser.“. „Ja nee, aber das bringt ja nix. Der ist, morgen ist der wieder so deprimiert.“. Ich so „Ja, aber man muss da ja irgendwie mal anfangen.“, ne. [...] Also ich weiß noch, dass ich immer versucht habe, weil er ja halt wirklich manchmal sehr in sich verschlossen war, versucht habe, mit ihm, mit

ihm irgendwie ins Gespräch zu kommen, ein bisschen was Aktuelles und einfach ein bisschen positivere Sachen so mit ihm zu besprechen, so dass er nicht ständig auch daran denken musste, weil der war sehr noch da drin. Hab` dann aber auch immer versucht, da wieder anzuknüpfen, also da irgendwie, da schon dann mit ihm so `n bisschen reinzugehen, also nicht so tief.“ (ErstIV9_GM: 00:13:35-00:14:02 + 00:14:29-00:15:05)

In der Erzählung wird deutlich, dass die Interviewperson wahrgenommen hat, dass sich der besagte Patient in einem Trauerprozess befindet und dass sie sehr bemüht war, seine Trauer anzuerkennen und nicht zu übergehen. Sie war, im Gegensatz zu der in der Sequenz erwähnten Pflegenden, der Auffassung, dass sie ihm einerseits helfen sollte, über die Trauer zu reden, zugleich aber auch versuchen sollte, ihn durch Gespräche über „Aktuelles“ (s.o.) und „*positivere Sachen*“ (ebd.) etwas abzulenken. Die Interviewperson wirkte auf mich in ihrer Erzählung sehr engagiert, fürsorglich und emotional teilnehmend im Kontakt zu diesem Patienten.

Sie geht m.E. zugleich aber auch vorschnell bzw. unreflektiert von ihrer subjektiven Sichtweise aus, dass und wie Trauer verarbeitet werden sollte und erkennt nicht an, dass der Patient seine eigene Art und Weise, seine eigenen Zeiten sowie seine eigenen Strategien hat, seine Trauer zu bewältigen. Ob für diesen Patienten zu diesem Zeitpunkt seines eigenen Klinikaufenthaltes ein Austausch mit Pflegenden bzw. Pflegelegenden über den Verlust seiner Familienangehörigen dazugehört, kann zumindest angezweifelt werden. Meiner Einschätzung nach ist die Person zwar sehr bemüht um den Patienten, doch gelingt es ihr in der vorausgegangenen Erzählung nur sehr bruchstückhaft, seine Perspektive einzunehmen. Eine Urteilsvorsicht gegenüber dem aus ihrer Sicht empathisch Verstandenen und dem, was sie aus diesem Verstandenen für pflegerische Interventionen ableitet, scheint in ihrer Erzählung nicht auf. Ob sie die Perspektive des besagten Mannes erkannt hat, ist zumindest fraglich.

In der nachfolgenden dritten Interviewsequenz führte eine andere Interviewperson als Beispiel für ihr empathisches Handeln eine Pflegesituation mit einer dementen Frau während ihres Praxiseinsatzes in einer Rettungsstelle an.³⁸⁸ Letztere war zuvor aus dem gegenüber der Rettungsstelle liegenden Pflegeheim eingeliefert worden, da sie aus ihrem Bett gestürzt war.

IP8: *„Und dann ist eine Patientin ähm aus `em Bett gefallen [im Pflegeheim; GK] und hat sich das ganze Gesicht aufgeschlagen und war blutig, all` sowas. Und sie wurde [in der Rettungsstelle; GK] einfach so liegengelassen denn, ne. Und dann bin ich erstmal hin und hab` ihr das Gesicht gewaschen. Die Patientin war auch dement, aber ich muss sie doch nur, weil ich in der Rettungsstelle bin, nicht irgendwie mal das Gesicht abwaschen oder so. Und hab`s dann auch, weil `s natürlich durch das Blut und all sowas, war `s einfach extrem trocken. Und hab` ihr `s auch eingecremt, wo dann `nen Pfleger zu mir gesagt hat, das ist super, dass ich das mache. Dann sag` ich „Naja, warum macht das denn kein anderer?“. Ist ja nicht, ich war nicht in dem Bereich zugeteilt, ne, und hab` s*

³⁸⁸ Vgl. ErstIV8a_GM: 01:06:58-01:08:34.

dann einfach gemacht. Weil so kann man, also so hab` ich für mich empfunden, geht`s nicht, ja. Und so`ne Situationen halt, dass ich dann immer so noch zu anderen reingegangen bin und hab` dann noch so`ne Kleinigkeiten halt gemacht, ne, die mich denn gestört haben, ne. Ja, weil ich weiß nicht, ich möchte ja, wenn ich sehe, ich möchte ja auch gut behandelt werden und dann muss ich die Patienten auch so behandeln, wie ich es vielleicht auch gerne hätte, (GK: Hm.) ja.“
(ErstIV8a_GM: 01:07:19-01:08:27)

Meiner Einschätzung nach wird anhand dieser Situation deutlich, dass die Interviewperson in der Rettungsstelle sehr bemüht war, die demente, gestürzte Altenheimbewohnerin, die aus ihrer Perspektive „*einfach so liegengelassen*“ (s.o.) wurde, pflegerisch gut zu versorgen. Die Person wendete sich der Bewohnerin zu, nahm deren blutverschmiertes Gesicht wahr, säuberte dieses und cremte die trockene Gesichtshaut ein und dieses, obwohl sie nicht für diese Patientin eingeteilt war. Die Person führte diese Situation exemplarisch als eine gelungene im Hinblick auf ihr empathisches Handeln auf der Rettungsstelle an. Sie begründete ihr Vorgehen damit, dass sie „*ja auch gut behandelt werden* (wollen würde) *und dann muss ich die Patienten auch so behandeln*“ (s.o.).

Meines Erachtens gelingt der Interviewperson in dieser Situation der Perspektivenwechsel nur sehr bedingt. Die Person versucht zwar, die Perspektive der Frau einzunehmen, schließt hierbei aber unreflektiert von ihrer eigenen (persönlichen sowie fachlichen) Sichtweise auf die der Patientin. Wie es der dementen Frau in der Rettungsstelle, bevor die Person auf sie aufmerksam wurde, tatsächlich ging, bleibt offen. In der Erzählung tauchen weder Beobachtungen und Deutungen der Interviewperson zum verbalen und nonverbalen Ausdrucksverhalten der Frau auf noch gibt es Hinweise darauf, dass erstere verbal versucht hätte, die Perspektive der Frau zu erkunden. Ob die demente Frau eventuell Angst hatte, sich durch die fremde Umgebung und die fremden Menschen verunsichert fühlte, ob sie eventuell Schmerzen hatte etc. muss offen bleiben. Ebenfalls fehlen in der Erzählung Beobachtungen und Deutungen der verbalen und/oder nonverbalen Reaktionen der Frau auf das Angebot³⁸⁹ der Interviewperson, ihr Gesicht zu waschen und einzucremen bzw. während und nach dieser Pflegehandlung. Das Fehlen all dieser Informationen legt die Lesart nahe, dass die Interviewperson in der beschriebenen Situation nur sehr bruchstückhaft die Perspektive der dementen Frau erkundet hat. Es ist anzunehmen, dass ihr subjektives Verständnis pflegerischer Empathie zu diesem Ausbildungszeitpunkt dem Verständnistypus II zuzuordnen war. In diesem wird zwar explizit auf das pflegebedürftige Individuum Bezug genommen, jedoch werden durch die Dominanz eines expertokratisch-fürsorglichen Pflegeverständnisses nur Bruchstücke dessen subjektiver Perspektive (an-)erkannt.

³⁸⁹ Ob es sich um ein wirkliches Angebot handelte, ist der Erzählung der Interviewperson nicht zu entnehmen.

Der Darstellung und Erläuterung der nachfolgenden drei Interviewsequenzen, die alle von einer Interviewperson stammen, wird in diesem Unterkapitel mehr Raum gegeben. Der Grund ist, dass sie besonders veranschaulichen, wie der Prozess der Perspektivenübernahme beim Verständnistypus II durch subjektive Annahmen, Vorstellungen und Gefühle der empathischen Person gefärbt sein kann, wenn diese dem pflegebedürftigen Menschen vorschnell als dessen Erlebens- und Sichtweise zugeschrieben werden. Hierdurch sind dem Erkunden der Perspektive pflegebedürftiger Menschen enge Grenzen gesetzt, da ihnen (unbeabsichtigt) nicht zugestanden wird, dass sie ihre jeweilige Situation durchaus anders erleben, betrachten bzw. einschätzen können. In der nachfolgenden Sequenz aus einem Folgeinterview beschreibt eine Interviewperson sehr anschaulich, wie sie vorgeht, wenn sie versucht, pflegebedürftigen Menschen empathisch zu begegnen. Sie bezieht sich in den Sequenzen auf zwei ältere schwerkranke, bettlägerige Frauen, die sie jeweils über vier Wochen hinweg versorgt hatte. Auf die Interviewleitfrage, wie sie einem Neuling in der Pflege in ganz einfachen Worten erklären würde, was sie unter der Fähigkeit verstehen würde, auf zu Pflegende individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen, produzierte die Interviewperson die unten stehende Antwort. In dieser beschreibt sie, wie sie genau vorgegangen ist, um die Perspektive der o.e. beiden bettlägerigen Frauen zu erkunden.

IP10: *„Also vielleicht wie gesagt, dass man vielleicht so `n bisschen versucht, sich reinzusetzen in die Person, ohne dass man alles sozusagen sehr privat mit nach Hause nimmt oder so. Aber sich halt versucht hineinzusetzen. Und entweder, wenn sie Wünsche äußern, dass man auf so was eingeht. Oder sonst noch mal halt speziell nachfragt, also wenn das halt eher zurückhaltende Personen sind. Dass man noch mal nachfragt, ob man noch mal irgendwas für sie tun kann. Oder ob sie irgendwas brauchen oder ja (7 sec.) ja.*

GK: *Und dieses sich Hineinversetzen in den anderen, wie gehen Sie da vor? Wie kriegen Sie das hin?*

IP10: *(IP 10 lacht kurz, GK dann auch kurz.) Ja gute Frage. Ähm (5 sec.) ja, also wie gesagt, wenn man, dass waren ja jetzt eben beides die Beispiele, die ich genannt hab`, Patientinnen, wo die nicht mehr aus dem Bett raus konnten sozusagen und entweder in `n Rollstuhl mussten oder ja oder einfach den ganzen Tag in ihrem Bett geblieben sind. [...] Und ja da hab` ich mir einfach vorgestellt, wie das wohl so ist, wenn man den ganzen Tag im Bett liegt und dass mir eigentlich schon immer nach `ner Stunde todlangweilig ist, wenn ich irgendwie im Bett lieg und nichts zu tun hab`. [...] Und deswegen ja ich glaub, das ist dann schon ziemlich ja anstrengend also für die Patienten, dass die, dass die das so die ganze Zeit dann ertragen müssen. Und dann wissen sie ja auch quasi, dass also es ist ja nichts, worauf sie sich dann noch mal irgendwie ja so hinarbeiten können oder was weiß ich. Also wenn man sich jetzt `nen Bein bricht und deswegen im Bett liegen muss, dann weiß man ja, dass man in acht Wochen wieder aufstehen kann oder wieder laufen kann oder so. Aber wenn man das halt nicht hat, dann finde ich es ganz schön hart eigentlich, also ja ich weiß auch nicht, wie es mir dann gehen würde. Also, meistens ist das dann so, dass ich `s mir versuche vorzustellen, aber irgendwie bricht man den Gedankengang dann doch wieder ab, weil ich glaube, sonst würd` man irgendwann depressiv werden oder so, wenn man, wenn man ja, wenn man sich das halt so vorstellt, wenn, wenn einen das selber mal treffen sollte oder so, ja.“ (FolgeIV10_GM: 00:20:17-00:21:56 + 00:22:07-00:22:25 + 00:22:33-00:23:42)*

Die Interviewperson versteht unter einem Perspektivenwechsel im Hinblick auf die beiden pflegebedürftigen Frauen, sich kognitiv auszumalen, wie sie sich wohl selbst fühlen würde, wenn sie an deren Stelle wäre („*wenn einen das selber mal treffen sollte*“). Sie verwendet Begriffe wie „*todlangweilig*“, „*anstrengend*“ und „*ganz schön hart*“ um die Ergebnisse ihres Erkenntnisprozesses zu beschreiben. Die Person erzählt, dass sie den, sie offensichtlich sehr belastenden, Gedankengang abbrechen würde, weil „*sonst würd` man irgendwann depressiv werden oder so.*“ (s.o.). An anderer Stelle wählt sie die Formulierung „*ich versuch` das dann immer so `n bisschen Distanz davon zu wahren*“ (s.u.). Meiner Einschätzung nach unterläuft der Befragten ein grundlegender Fehler in ihrem Prozess der Perspektivenübernahme, da sie davon ausgeht, dass die Ergebnisse ihres Gedankenexperiments identisch mit dem Erleben und den Sichtweisen ihres pflegebedürftigen Gegenübers seien. Durch diesen Fehlschluss ist es der Interviewperson meiner Einschätzung nach nur sehr begrenzt möglich, verstehend zu erkunden, was ihr jeweiliges Gegenüber in einer aktuellen Pflegesituation wirklich denkt und fühlt. Zudem ist auch fraglich, ob diese Interviewperson überhaupt offen dafür ist, dass, selbst wenn diese beiden Frauen ihre Pflegebedürftigkeit und ihr Kranksein (auch) als „*todlangweilig*“, „*anstrengend*“ und „*ganz schön hart*“ erleben würden, ihr Erleben durchaus Schwankungen unterliegen, sich im Verlauf verändern und sich aus ihrer Perspektive vermutlich wesentlich vielschichtiger bzw. komplexer darstellen könnte.

Bemerkenswert ist auch, dass in der Antwort der Person auf die Interviewleitfrage zum Neuling (s.o.) ein gezieltes Beobachten und Deuten nonverbaler Ausdrucksformen des Gegenübers als Strategien im Prozess der Perspektivenübernahme nicht erwähnt werden.

Typisch für diese Interviewperson sind die Konsequenzen, die sie aus den belastenden Ergebnissen ihres Gedankenexperimentes ableitet, nämlich der Versuch, „*den Leuten das da so angenehm wie möglich dann doch noch zu gestalten*“ (s.u.) bzw. „*alle Wünsche [...] so zu erfüllen*“ (s.u.). Nachfolgend zwei Sequenzen, in denen diese Person davon erzählt, wie sie versucht hat, die Wünsche dieser beiden pflegebedürftigen Frauen in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen. Sie versorgte die erste Frau vier Wochen lang in einem Hospiz.³⁹⁰ Zu Beginn der Sequenz führt sie erneut ihr oben bereits skizziertes Verständnis der Perspektivenübernahme aus und geht dann zu ihrem Pflegehandeln über.

IP10: „*Ja die war dann halt ans Bett gefesselt in so `nem zehn Quadratmeter großen Zimmer, oder wie groß das da ist. Und also da hab` ich mir auch schon öfter vorgestellt, wie also weil man kommt halt zur Arbeit und dann fährt man wieder nach Hause und dann ist die Situation wieder so ausgeblendet. Aber wie das dann wohl wäre, wenn man selber betroffen ist und den ganzen Tag einfach in diesem Zimmer da sitzen müsste und nicht, man kann ja nicht weg sozusagen also. Ja, da ja da war das schon so, dass ich auch also da hab` ich halt viel so auch dann drüber nachgedacht, aber das ja wie gesagt, ich versuch` das dann immer so `n bisschen Distanz davon zu wahren. [...]*“

³⁹⁰ Vgl. FolgeIV10_GM: 00:06:40-00:14:30.

Und ich hab` halt ja immer versucht, ihr alles so alle Wünsche, die sie dann noch hatte, so zu erfüllen. [...] Aber dass man schon irgendwie versucht, den Leuten das da so angenehm wie möglich dann doch noch zu gestalten, sag ich mal. [...] Also das war `ne ziemlich aufgeschlossene Person, also keine die irgendwie so ganz zurückhaltend und schüchtern war. Die hatte auch immer viel zu erzählen den ganzen Tag. [...] Sie hat eigentlich gesagt, was sie wollte und was sie gerne, was sie, was weiß ich, für Vorlieben hat [...] Naja, also ich hab` zum Beispiel immer mit ihr zusammen die Kleidung ausgewählt, was sie gerne anziehen mochte, weil sie meinte dann auch immer, im Bett brauch sie ja nicht so `ne Bluse oder so, das ist viel zu unbequem. Dann halt lieber `n T-Shirt. Und ja also einfach sehr individuell auch in der Versorgung, was wir zuerst machen und so weiter. Weil manchmal muss es dann ja auch im Krankenhaus halt schnell gehen, dass man gar nicht so die Zeit hat, mit den Patienten erstmal stundenlang über ihre Wünsche da zu sprechen. Und bei ihr konnte ich das aber, also mit ihr zusammen halt ganz gut abstimmen. [...] Und also ich glaube, dadurch dass man schon so immer das alles so mit den Patienten abspricht und die Wünsche und so, dann fühlen die sich, glaub` ich, auch `n bisschen aufgehobener da im Hospiz.“ (FolgeIV10_GM: 07:24-00:08:10+00:09:49-00:09:56 + 00:10:48-00:10:56 + 00:11:09-00:11:22 + 00:11:54-00:12:02 + 00:12:24-00:13:07 + 00:14:07-00:14:20)

Bei der zweiten Frau handelt es sich um eine ältere Patientin, die die Interviewperson auf einer chirurgischen Station vier Wochen lang betreute. Die Frau war infolge eines schon länger zurückliegenden Schlaganfalls halbseitig gelähmt und wurde nun auf der nicht betroffenen Seite an der Hüfte operiert.³⁹¹

IP10: „Und die konnte sich irgendwie auch gar nicht mehr bewegen. Und da hab` ich halt auch manchmal versucht, dass ich noch mal einmal öfter zu ihr reinkomm`, also ins Zimmer. Weil ja so viele Pflegekräfte, die dann da auf der Station waren, also es wird ja irgendwie jeder gleich viel betreut, sag ich mal. Und irgendwie tat die Patientin mir aber dann schon leid, weil sie halt, also es war nicht so wie die andere Patientin aus `em Hospiz, sondern mehr so `ne zurückhaltende Person und die hat halt eigentlich wenig Ansprüche so gehabt, ne. Also die lag da immer ganz bescheiden in ihrem Bett. [...] Und dann hab` ich halt immer manchmal so `n bisschen nochmal `n Auge auf sie geworfen, dass sie auch dann zu trinken hat und ja das, eigentlich waren das auch so Kleinigkeiten mehr oder weniger, also wie jetzt zum Beispiel das Trinken oder so, ne. [...] Und irgendwann, glaub` ich, hat sie das so `n bisschen mitgekriegt, dass ich halt immer bei ihr nochmal einmal öfter guck`. Und dann immer, wenn ich dann in dem Zimmer war, dann immer „Jona, Jona.“ [= anonymisierter Vorname von IP10] hat sie mich dann immer noch mal gerufen. Und dann sollte ich noch mal zu ihr, ihr irgendwas bringen oder geben oder ja.“ (FolgeIV10_GM: 00:17:23-00:18:08 + 00:18:15-00:18:33 + 00:18:42-00:19:01)

Diese beiden Pflegesituationen illustrieren u.a. ein zentrales Element des empathischen Handelns dieser Interviewperson. Beide Male zeigt sie sich sehr bemüht, die verbalsprachlich zum Ausdruck gebrachten Wünsche der zu pflegenden Frauen zu berücksichtigen. In der ersten Situation äußerte der Hospizgast diese von sich aus und in der zweiten Situation ermutigte die Person die Patientin indirekt, ihre Wünsche zu äußern, indem sie häufiger nach ihr schaute und ihr von sich aus Getränke brachte. Diese Bezugnahme auf die Individualität des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen bei gleichzeitigem sehr bruchstückhaften, eher an der Oberfläche verweilenden Verstehen von dessen Perspektive, gemeint ist sein biografisch geprägter Umgang mit Selbstpflege sowie mit Fremdpflege, d.h. mit Pflegesituationen, -interventionen, -beziehungen oder auch mit

³⁹¹ Vgl. FolgeIV10_GM: 00:17:02-00:19:33.

dem Leben in einer Pflegeeinrichtung, ist charakteristisch für das in diesem Unterkapitel dargestellte idealtypische Verständnis II pflegerischer Empathie.

17.2.3 Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion (= Verständnistypus III)

Für dieses idealtypische Verständnis pflegerischer Empathie ist die sich zwischen zwei (oder mehreren) Individuen in einer konkreten Pflegesituation vollziehende Interaktion zentral, die auf pflegerischen Erkenntnisgewinn zielt. In dieser Interaktion versucht die/der Pflegelernende durch den Einsatz unterschiedlichster Strategien der Perspektivenübernahme (s.u. Punkte 1-7), sich der Perspektive des pflegebedürftigen Menschen verstehend und behutsam anzunähern.

Diesem Verständnis pflegerischer Empathie als einen Prozess bewusster Perspektivenübernahme liegen unterschiedliche charakteristische Haltungen zugrunde. In der vorliegenden Untersuchung konnten drei empathische Grundhaltungen herausgearbeitet werden, die den Kern bzw. das Fundament des Verständnistypus III bilden und bereits im Kapitel 17.1.3 erläutert wurden. Die Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus III zugeordnet werden konnten, haben diese drei Grundhaltungen deutlich stärker ausgeprägt bzw. verinnerlicht als die Personen, deren Erzählungen den Verständnistypus II widerspiegeln (s. Abb. 19).

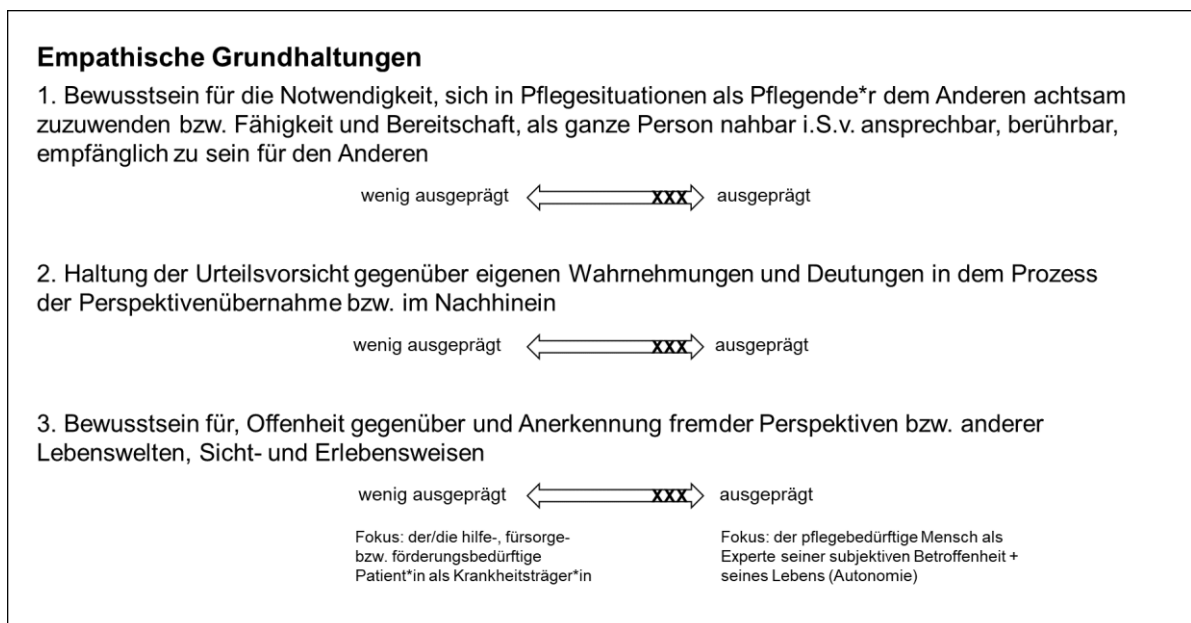


Abbildung 19: Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus III

Der Verständnistypus III „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ ist neben diesen drei empathischen Grundhaltungen durch ein Repertoire an Strategien gekennzeichnet, das Pflegelernende

einsetzen können, um in Pflegesituationen die Perspektive ihres pflegebedürftigen Gegenübers behutsam und respektvoll zu erkunden. In der Untersuchung konnten sieben solcher Strategien identifiziert werden, die nachfolgend erläutert werden sollen. Vorweg sei zum einen betont, dass der Reihenfolge der darzustellenden Strategien keine Logik zugrunde liegt, es handelt sich also nicht um eine Art „Ablaufschema“. Zum anderen ist vorab zu betonen, dass empathische Personen in Prozessen der Perspektivenübernahme aus dem o.e. Repertoire an kombinierbaren Strategien auswählen. Zum einen ist die Auswahl der Strategien abhängig vom jeweiligen pflegebedürftigen Gegenüber, beispielsweise kommen bei kognitiv- oder auch verbalsprachlich eingeschränkten pflegebedürftigen Menschen einige Strategien stärker zum Einsatz als bei diesbezüglich nicht eingeschränkten Menschen. Zudem ist die Auswahl der Strategien auch abhängig von der Persönlichkeit der jeweiligen empathischen Person. Nachfolgend sollen die bereits erwähnten sieben Strategien benannt und erläutert werden:

1. Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen
2. Kennenlernen des Anderen
3. Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen der/des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen
4. Spüren, „*jetzt ist irgendwas*“, wie es dem Anderen geht und/oder was dieser brauchen/wollen könnte
5. Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „*Signalen*“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden
6. Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte
7. Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren

zu 1) Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen

In den Erzählungen über pflegerische Empathie, die dem Verständnistypus III zugeordnet werden konnten, wurde eine zu Beginn des Prozesses der Perspektivenübernahme eingesetzte Strategie der Interviewpersonen identifiziert. Es handelt sich um die Strategie, bewusst zu versuchen, zu Beginn einer pflegerischen Handlung mit dem jeweiligen pflegebedürftigen Menschen auf eine auf diesen abgestimmte Art und Weise in Kontakt zu treten. Aus Sicht der Interviewpersonen kann der Versuch, einen Kontakt zum Gegenüber herzustellen, sowohl verbale als auch nonverbale Interaktionen beinhalten.

Nachfolgend eine Interviewsequenz, in der eine Person ihre Beobachtungen beschreibt, die sie in ihrem ersten Praxiseinsatz im Hinblick darauf machte, wie Pflegende mit zu Pflegenden zu Beginn von Pflegehandlungen im Sinne der hier unter Punkt 1 beschriebenen Strategie Kontakt herstellen können. Im zweiten Teil der Sequenz deutet

sich an, wie Pflegende Kontakte durch ein „Sich-nur-auf-die-Arbeit-Konzentrieren“³⁹² unterbinden können.

IP18: „Also ich hatte den ersten Einsatz, den ich hatte, der war auch im Krankenhaus, mein allererster Einsatz [...] und da hatte ich zusammengearbeitet mit einem Pfleger. [...] Und der ist wirklich immer quasi ins Zimmer rein und hat erst mal jeden Patienten persönlich begrüßt. Also die Hand gegeben morgens, „Guten Morgen“ gesagt und jeden Patienten gefragt „Wie war denn die Nacht?“, „Hatten Sie Schmerzen?“ und „Was haben Sie denn heute so geplant?“, also „Bekommen Sie Besuch?“ oder irgendwie so was. Also obwohl gar nicht unbedingt die Zeit dafür da war, hat er es trotzdem gemacht und wir haben 's dann trotzdem geschafft, sag ich mal, die Arbeit zu erledigen. [...] Ich hatte dann auch Tage, wo ich mit anderen Personen gearbeitet habe und da konnte ich dann eben auch den Unterschied sehen. Weil, bin ich mit denen mitgegangen und ja das war eben im Prinzip das genaue Gegenteil. Die sind dann ins Zimmer reingekommen, haben „Guten Morgen“ gesagt, im Prinzip nur „Guten Morgen, einmal Fieber messen, einmal Blutdruck messen.“, dann die Arbeit erledigt und sind dann im Prinzip wieder aus dem Zimmer gegangen. Also das war so das krasse Gegenbeispiel, wo mir das auch noch mal besonders klar geworden ist.“ (ErstIV18_GM: 00:20:57-00:21:01 + 00:21:09-00:21:14 + 00:21:55-00:22:24 + 00:22:49-00:23:22)

Eine andere Interviewperson erzählt in der nachfolgenden Sequenz ebenfalls von der Bedeutung des Versuches, mit pflegebedürftigen Menschen zu Beginn pflegerischer Handlungen in Kontakt zu treten, in diesem Falle auf einer nonverbalen Ebene.

IP7: „Speziell ist mir da ein Fall vor Augen, es war ein älterer Mann, der nur Russisch verstand und wahrscheinlich auch eine demenzielle Erkrankung hatte. Und in meinem normalen Arbeitsteam, also wir hatten da feste Schichten, ist erst die Hand also erst mal Augenkontakt aufgenommen worden, die Hand ist berührt worden, man hat versucht anzudeuten, was man machen möchte. (GK: Ja.) Und eines Tages war eine andere Schwester aus einer anderen Schicht da und wollte diesen Mann waschen, ist von hinten an ihn ran getreten, hat ihn also gar nicht, keinen Kontakt aufgenommen und wollte ihn umdrehen und waschen. Und da hat der sich so erschrocken und wusste gar nicht, was los war und hat sofort auch alles dicht gemacht und zum Ende hin war gar keine Chance da, ihn zu waschen. Und das war sonst nicht der Fall.“ (ErstIV7_Z: 171-184)

Andere Befragte betonten explizit, wie wichtig die Strategie „Versuchen, in Kontakt zu treten mit dem Anderen“ ist, um das Vertrauen des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen zu gewinnen und dieses nicht nur zu Beginn einer Pflegebeziehung sondern auch im weiteren Verlauf, d.h. zu Beginn jeder neuen Pflegesituation mit diesem Menschen.³⁹³ Dieser Versuch, einen Kontakt zum pflegebedürftigen Menschen herzustellen, ist eine zentrale Strategie für diese Befragten, insbesondere zu Beginn des Prozesses der Perspektivenübernahme.

IP5: „Also ich habe ihr [= einem Pflegeneuling; GK] eigentlich so gesagt, dass es wichtig ist, wenn sie in ein Zimmer rein kommt und jetzt da der Patient liegt, dass sie freundlich ist, dass sie dem Patienten schafft zu vermitteln, dass er ihr vertraut, dass da jemand ist, der auf jeden Fall auf seine Bedürfnisse eingeht, ...“ (FolgeIV5_Z: 486-489)

IP15: „Und dann finde ich es wichtig mit dem [= einem neu eingezogenen Bewohner; GK] was ja auch so 'ne Vertrauensbasis schafft, einfach mit ihm ins Gespräch zu gehen, so, ihm vielleicht auch

³⁹² Eine andere Interviewperson wählte die Formulierung „Pflegepersonal, was einfach die Arbeit durchdrücken wollte, damit sie fertig werden“ (ErstIV7_Z: 170f.), um diese Umgangsweise mit zu Pflegenden zu beschreiben.

³⁹³ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 173-185 und FolgeIV14_GM: 00:30:51-00:33:20.

zu erzählen, dass man neu ist, das ist ja auch nicht so schlecht, denn der Bewohner selber ist ja vielleicht auch neu oder das sind ja nun beides ja fremde Menschen so und da ist dann vielleicht gegenseitig so 'n bisschen Scheu.“ (FolgeIV15_GM: 00:22:04-00:22:30)

IP14: „Das ist erstmal das erste, dass man erstmal 'n bisschen Vertrauen aufbaut. Also, ich finde, in der Pflege ist Vertrauen schon ziemlich heftig. Also, das ist schon so 'ne Sache, ich vertrau' mich ja auch nicht jedem an.“ (FolgeIV14_GM: 00:31:49-00:32:03)

Eine andere Interviewperson beschreibt die für empathische Erkenntnisprozesse zentrale Strategie, in einen Kontakt mit dem Anderen zu treten und dessen Vertrauen zu gewinnen, damit dieser bereit ist, sich zu öffnen, mit der Metapher „einen Draht aufbauen“ bzw. „einen Draht zueinander finden“.

IP1: *Wenn ich halt so [= als „professionelle Pflegekraft“ (Z: 317); GK] wahrgenommen werde und den Draht aufbauen kann, das ist so, das ist wirklich mein Zauberwort, um wirklich an die individuellen Wünsche und Bedürfnisse ranzukommen, dass man wirklich, dass derjenige auch zu mir wirklich den Draht findet. Nur dann öffnet er sich und nur dann kann ich auch sehen, was er will. (GK: Ja ja.) Wenn das nicht ist, dann kann ich mich wirklich sehr, sehr doll anstrengen, dann wird 's sehr, sehr schwierig, wenn er es nicht zulässt. Also das ist viel, es ist 'n Geben und Nehmen, er muss es auch wollen der Patient an sich.“ (FolgeIV1_Z: 323-330)*

zu 2) Kennenlernen des Anderen

Als weitere Strategie, die Pflegelehrende in Prozessen der Perspektivenübernahme einsetzen, konnte die Strategie identifiziert werden, zu versuchen, die jeweiligen zu Pflegenden als „*Persönlichkeit*“ (s.u.) bzw. als „*Menschen*“ (s.u.) schrittweise kennen zu lernen.³⁹⁴ Für die Befragten ist von Bedeutung, dass sie den pflegebedürftigen Menschen möglichst unvoreingenommen kennenlernen, d. h., dass sie bemüht sind, sich hierbei möglichst wenig von Vorinformationen über ihn, sowohl schriftlicher als auch mündlicher, als auch von eigenen Vorurteilen bzw. vorschnellen Werturteilen beeinflussen zu lassen.

IP1: *„Was ich [einem Pflegeneuling; GK] abraten würde, sind Verallgemeinerungen, Über-einen-Kamm-Scherungen, damit kommt man überhaupt nicht weiter, natürlich nicht, wenn man auf individuelle Bedürfnisse eingehen will. Und unvoreingenommen an die Patienten rangehen, obwohl man die Akten gesehen hat, unvoreingenommen rangehen und versuchen den Menschen kennenzulernen.“ (FolgeIV1_Z: 259-263)*

In der nachfolgenden Sequenz schildert eine Interviewperson sehr anschaulich, wie sie vorgeht, wenn sie versucht, neue zu Pflegende schrittweise und möglichst unvoreingenommen kennenzulernen, im Sinne von „*den Menschen so als Ganzes*“ (s.u.) kennenlernen bzw. „*von der Persönlichkeit her*“ (s.u.), und wie sie sich hierbei bewusst mehrere Tage Zeit lässt.

IP5: *„Also ich gucke mir Leute halt erst mal an, jetzt bei denen, wenn die auf die Station kommen und sich vorstellen. Viele haben ja erst mal so 'ne Art, wie sie so auftreten und wie sie sind. Und das ist dann, also da [in der Psychiatrie; GK] war es auch oft so, viele waren erst mal so ruppig oder*

³⁹⁴ Beispielsweise ein Kennenlernen ihrer „*Wertevorstellungen*“ (vgl. FolgeIV3_Z: 255-258).

waren so `n bisschen aggressiv oder so. Und dann, wenn man jetzt nicht gleich sich dann so ein Vorurteil behaftetes Bild davon schafft, sondern erst mal guckt und vielleicht den Menschen so als Ganzes sich erst mal anschaut, Wie legt der da seine Tasche ab?, Was ist der für ein Mensch?, Breitet der sich gleich aus oder lässt der alles so beisammen?. Da kann man ja ganz viel Informationen eigentlich schon durch dieses erste Auftreten, durch den Kontakt, Wie ist der zu mir?, Ist der offen?, Ist der übergriffig?, Ist der eher zurückgezogen? Und dann kann man da ja eigentlich schon viel so von der Persönlichkeit her aufnehmen. Wenn man denjenigen dann ins Zimmer begleitet und eigentlich so diesen Small Talk erst mal führt, dann hört man ja schon vieles raus oder versuche ich, vieles raus zu hören, Was ist jemandem wichtig? [...] und dann finde ich es immer noch mal interessant, die Leute nach zwei Tagen noch mal so genauer anzuschauen. Weil wenn sie dann angekommen sind auf der Station, dann die ersten Hemmungen auch abgelegt haben, manchmal sind Leute dann auch völlig verwandelt, also auch auf einer normalen somatischen Station jetzt so. Und das ist dann auch spannend, also da kann man dann auch noch mal viel daraus ableiten, dass man dann so weiß „Okay, so sind sie zu Beginn, jetzt sind sie `n bisschen angekommen.“ Und dann, ja, versuche ich halt, auch immer bei den Pflegehandlungen, die ich mache, einfach mit den Leuten ins Gespräch zu kommen und halt einfach „Wie ist es sonst bei Ihnen?“ (FolgeIV5_Z: 191-203+225-233)

Für Pflegelehrende ist die Strategie „*Kennenlernen des Anderen*“ Teil ihres empathischen Handelns, da sie hierdurch vielfältige Erkenntnisse über die Persönlichkeit des pflegebedürftigen Anderen, dessen Werte, dessen Interessen, dessen Gewohnheiten etc. in Erfahrung bringen bzw. sammeln können. Vor diesem Hintergrund können sie in konkreten Pflegesituationen dessen verbale und nonverbale Ausdrucksformen bzw. Verhaltensweisen besser deuten und verstehend nachvollziehen als sie es beispielsweise bei einem ihnen (noch) fremden zu Pflegenden könnten (s. Kapitel 17.4.1.3 den Punkt „Dauer der Pflegebeziehungen“). Im Rahmen des idealtypischen Verständnisses III pflegerischer Empathie kommt dieser Strategie des Kennenlernens des Anderen eine zentrale Bedeutung zu.

zu 3) Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen

Das gezielte und aufmerksame Achten in Prozessen der Perspektivenübernahme auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen pflegebedürftiger Menschen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen konnte als weitere zentrale Strategie identifiziert werden. In den Interviews erzählten Lernende häufig von Pflegesituationen, in denen sie ihre Aufmerksamkeit sowohl auf verbale bzw. paraverbale als auch auf nonverbale Äußerungen ihrer zu Pflegenden richteten, um Erkenntnisse über deren Perspektive zu gewinnen. Um diese Strategie zu beschreiben, verwendeten sie u.a. Formulierungen wie „*ganz viel hinsehen, hinhören und hineinhören, zwischen den Zeilen lesen.*“³⁹⁵, „*Mach die Augen auf, sperr die Augen, und sperr die Ohren auf und lies vielleicht*

³⁹⁵ FolgeIV1_Z: 230f.

auch ein Stück weit zwischen den Zeilen³⁹⁶ sowie „Augen, Ohren aufmachen, immer hell wach sein, ja und also alle Sinne müssen scharf sein“³⁹⁷.

In den Erzählungen der Befragten über verbalsprachlich und/oder kognitiv eingeschränkte Menschen kam der gezielten und differenzierten Beobachtung der nonverbalen Äußerungen nachvollziehbarer Weise eine besondere Bedeutung zu. Es konnte ein breites Spektrum an nonverbalen Ausdrucksformen/-mitteln identifiziert werden, die Interviewpersonen, deren empathisches Handeln dem Verständnistypus III zugeordnet wurde, in den Blick nahmen, um die Perspektive ihres Gegenübers zu erkunden. In diesem Zusammenhang wurden u.a. Mimik, Blickverhalten, Gestik, Verhalten/Handlungen, Körperhaltung, Bewegungsabläufe und -einschränkungen, Körpertonus(-veränderungen) bzw. Tonus(-veränderungen) einzelner Muskeln/-gruppen (z.B. Stirn), Atmung, Haut, Bewusstseinszustand(-sveränderungen), aktuelle körperliche und geistige Leistungsfähigkeit bzw. emotionales Befinden von den Befragten hervorgehoben.³⁹⁸

Nachfolgend exemplarisch zwei Interviewsequenzen, in denen dem bewussten Achten auf die nonverbalen Äußerungen des Anderen ein besonderes Gewicht zukommt. In der ersten Sequenz erzählt eine Interviewperson davon, wie sie im Hospiz mit einem sterbenden Menschen, der sich kaum mehr verbal äußerte, zusammen eine Interaktionsform auf einer nonverbalen Ebene entwickelt hatte, um seine Perspektive in den gemeinsam erlebten Pflegesituationen ein Stück weit explorieren zu können. In der Erzählung deutet sich eine differenzierte Beobachtungsfähigkeit dieser Interviewperson an.

IP2: „Also er hat dann auf seine Art schon gezeigt, dass ihm zum Beispiel gut tut, wenn man die Musik laufen lässt, die ihm gefällt und solche Dinge ja.

GK: Und wie war denn seine Art, wie konnte er das noch so mitteilen?

IP2: Ja (IP2 lacht kurz.) ja wenn man die Musik ausgemacht hatte dann, weil man dachte, er schläft, dann hat er die Augen aufgerissen und meinte „Mm.“ Also er konnte Töne von sich geben. [...] Und genau und als man das erste Mal die Musik angemacht hatte, riss er dann die Augen auf und sagte „Ah ja.“, also nickte so, es war ganz interessant, also war die nonverbale Kommunikation einfach, also so `n zufriedenes, ja, Dasein einfach hatte er dadurch gezeigt, was vorher ja sehr unzufrieden einfach war. [...] Also wie gesagt einmal der Gesichtsausdruck, wenn er die Augen aufriss, wenn ihm irgendetwas gefiel. Sonst hatte er die Augen meistens verschlossen gelassen. Und er konnte die Hand noch greifen, also er hat sich dann durch Handdrücken einfach geäußert. (GK: Ja.) Also er hat die Hand genommen und hat sie eben, hat einem die dann so leicht gedrückt und hielt sie fest, und ja, das war so hauptsächlich seine Kommunikation. Und im Gegensatz zu den Tagen, wo er so unzufrieden war, da war er insgesamt auch sehr angespannt also sein Gesichtsausdruck natürlich, aber auch sein ganzer Körper. Er hatte `ne extreme Körperspannung und war sehr verkrampt.“ (FolgeIV2_Z: 298-306, 310-314, 342-350)

Die zweite Sequenz handelt von einer Interviewperson und einem Bewohner mit Demenz, der häufig „auf der Suche“ (s.u.) nach etwas war. In der erinnerten Situation schien er auch

³⁹⁶ FolgeIV17_GM: 00:27:12-00:27:20

³⁹⁷ FolgeIV17_GM: 01:15:19-00:15:32

³⁹⁸ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 313-320, FolgeIV5_Z: 803-810 und ErstIV7_Z: 194-202.

etwas zu suchen, konnte sich aber kaum verbalsprachlich mitteilen. Die Interviewperson setzte in dieser Situation v.a. die Strategie „Bewusstes Achten auf die nonverbalen Äußerungen des Anderen“ ein, um herauszufinden, was in dem Bewohner vorgehen könnte und was er in der Situation brauchen könnte bzw. will. Um das Ergebnis ihres Erkenntnisprozesses sowie die Angemessenheit ihres aus dem Verstandenen abgeleiteten Lösungsvorschlags einschätzen zu können, nutzte sie ebenfalls ihre Beobachtungsfähigkeiten.

IP3: *„Also, das ist bei ihm [dem Bewohner mit Demenz; GK] immer schwierig, weil er ja auch immer auf der Suche ist. Da muss man halt rausfinden irgendwie, sucht er jetzt wirklich was? (GK: Ja.) Oder sucht er irgendwo seine Erinnerungen oder ne? Also das ist manchmal echt ganz schön schwer, und da braucht man auch echt Ruhe. [...] Aber wenn er dann da so steht und sagt „Ich brauche...“ und dann findet er die Worte nicht und guckt und hin und her, ne? (GK: Ja.) und will und, ja da braucht man dann halt Zeit und gucken, ne?, Was macht er denn eigentlich um die Uhrzeit immer, ne? Was könnte der denn jetzt brauchen und so? [...] Irgendwann hat er dann irgendwann nur noch zum Fernseher geguckt irgendwie und zum Sofa geguckt, und wieder zum Fernseher und zum Sofa. Und dann habe ich ihm halt gesagt irgendwie, ihm angeboten, dass er sich ja hinsetzen könnte irgendwie, um Fernsehen zu gucken, und dann hat er gelächelt irgendwie. Ob es im Nachhinein jetzt wirklich das war, oder ob dann er sich einfach nur gedacht hat „Ja, dann nehme ich das jetzt. Ich weiß es halt nicht mehr. Aber dann habe ich meine Ruhe.“ Kann natürlich auch sein, aber auf jeden Fall habe ich ihn aus dieser Suchperspektive gebracht, dass er nicht wusste irgendwie, was jetzt los ist. Und auf jeden Fall war er damit auch zufrieden dann. Das ist ja auch schon mal wichtig. [...] Also er saß auf seinem Sofa, hat mich auch gar nicht mehr so richtig wahrgenommen und war mit der Fernbedienung halt beschäftigt, das ist dann immer ein ganz gutes Zeichen. Also, er war entspannt.“* (FolgeIV3_Z: 198-201, 204-208, 229-237, 242-247)

Gegenüber pflegebedürftigen Menschen, deren verbale und nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten nicht eingeschränkt sind, achten einige Befragte nicht nur auf deren (para-)verbale und nonverbale Äußerungen, sondern zugleich auf mögliche Diskrepanzen zwischen diesen (s. Sequenz aus dem Folgeinterview der Interviewperson 1 unter Punkt 4).

Abschließend eine Interviewsequenz, in der aus der Perspektive der Interviewperson, die die erzählte Situation als Beobachtende erlebte, eine Praxisanleitende durch das bewusste Achten auf bzw. Ernstnehmen der verbalen und paraverbalen Äußerungen einer Patientin Hinweise auf deren Befinden gewinnen konnte. Die Interviewperson erzählte in dieser Sequenz von einer Praxisanleitenden auf einer chirurgischen Station. Dieser war es u.a. durch den Einsatz der Strategie, bewusst auf die verbalen und paraverbalen Äußerungen ihres Gegenübers zu achten sowie zwischen den Zeilen zu lesen, gelungen, die Angst und die Unsicherheit einer Patientin angesichts der ihr kurz bevorstehenden Operation zu erkennen.³⁹⁹ Die Patientin war von ärztlicher Seite bereits aufgeklärt worden. Die unten angeführte Situation zwischen der Patientin, der Praxisanleitenden und der Interviewperson ereignete sich irgendwann kurz danach, als die Patientin begann „auf `ne relativ

³⁹⁹ Vgl. ErstIV1_Z: 164-236.

burschikose Art⁴⁰⁰ bzw. „unfreundliche Art“⁴⁰¹ der Praxisanleitenden bzw. der Interviewperson weitere Fragen zur Operation zu stellen. Die Person brachte im Interview zum Ausdruck, dass es in der Situation durchaus denkbar gewesen wäre, auf die Art und Weise, wie die Frau ihre Fragen hervorbrachte, mit Rückzug zu reagieren:

IP1: „Ich mein, jeder andere Kollege hätte auch wieder rausgehen können, hätte sich von der burschikosen Art „Okay gut.“ ne „Dann geh ich wieder.“ (ErstIV1_Z: 222-224)

Die Praxisanleitende fasste hingegen die auf die oben beschriebene Art und Weise geäußerten Fragen zur Operation als „Signal“⁴⁰² auf, setzte sich zu der Patientin und hörte ihr, so ist es zu vermuten, erstmal zu:

IP1: „...und der Ton wurde von sehr schroff bis hin zu normal und dann leicht weinerlich irgendwann auch, also sie hat dann diese Zeichen erkannt, dass da hinter dieser burschikosen auch manchmal unfreundlichen Art einfach ganz viel Unsicherheit und Ängste gesteckt haben.“ (ErstIV1_Z: 184-187)

Durch die Erkenntnisse dieses Verstehensprozesses wurde es der Praxisanleitenden erst möglich, situationsadäquat auf die Patientin einzugehen, d.h. pflegerisch auf deren Unsicherheit und Angst angesichts der bevorstehenden Operation zu reagieren⁴⁰³. Dieses sei ihr aus der Perspektive der Interviewperson auch gelungen.

zu 4) Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was dieser brauchen/wollen könnte

Neben der im Vorausgegangenen unter Punkt 3 beschriebenen Strategie des bewussten und gezielten Achtens in Prozessen der Perspektivenübernahme auf die (para-)verbalen und nonverbalen Äußerungen pflegebedürftiger Menschen konnte im Datenmaterial eine weitere Strategie identifiziert werden. Diese zeichnet sich weniger durch einen rationalen, analytischen Charakter aus, wie die zuvor unter Punkt 3 beschriebene Strategie des Erkenntnisgewinns, sondern eher durch einen intuitiven, unmittelbaren, durch Spüren bzw. Fühlen gekennzeichneten und konnte von den Befragten nur sehr schwer umschrieben bzw. in Worte gefasst werden.⁴⁰⁴ Um diese eher unbewusst bzw. scheinbar ohne eigenes Zutun von selbst ablaufende Strategie des Erkenntnisgewinns in Prozessen der Perspektivenübernahme zu beschreiben, verwendeten die Befragten v.a. Begriffe wie „Gespür“⁴⁰⁵ bzw. „spüren“⁴⁰⁶, „`n gewisses Fingerspitzengefühl“⁴⁰⁷, „Feingefühl für Menschen“⁴⁰⁸, „so `n

⁴⁰⁰ ErstIV1_Z: 181

⁴⁰¹ ErstIV1_Z: 187

⁴⁰² ErstIV1_Z: 168

⁴⁰³ In diesem Falle durch ein Gespräch.

⁴⁰⁴ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 157-168 und ErstIV17_GM: 00:15:35-00:16:10.

⁴⁰⁵ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 264.

⁴⁰⁶ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 48, FolgeIV5_Z: 167 und ErstIV7_Z: 310.

⁴⁰⁷ Vgl. u.a. FolgeIV17_GM: 00:36:19, ErstIV5_Z: 131 und FolgeIV17_GM: 00:12:00.

⁴⁰⁸ ErstIV2_Z: 400

bisschen Feingespür dafür⁴⁰⁹, „das gewisse Gefühl dafür“⁴¹⁰, „Intuition“⁴¹¹ bzw. Formulierungen wie „ein bisschen auf sich hören, so aufs Bauchgefühl“⁴¹² oder „auf sein eigenes Gefühl zu hören, was macht das jetzt mit mir?“⁴¹³.

Mittels der von den Befragten beschriebenen Strategie des „Spürens“ können ihrer Einschätzung nach unterschiedliche Erkenntnisse über den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen gewonnen werden: Zum einen erzählten die Befragten davon, dass sie in Pflegesituationen erspürt hätten „Jetzt ist irgendwas.“⁴¹⁴. Jemand anderes drückte dieses Erspürte als „einfach merke(n), irgendwas stimmt doch nicht“⁴¹⁵ aus. Zum anderen wurde davon berichtet, dass in Pflegesituationen Gefühle und/oder Stimmungen des Anderen erspürt werden können. Hierfür wurden beispielsweise Formulierungen wie „`n Gespür dafür hat, wenns jemanden schlecht geht“⁴¹⁶, „merke(n), wenn jemand Stimmungsschwankungen hat“⁴¹⁷ oder auch „spüren, was ist mit den Leuten los“⁴¹⁸ gewählt. Zudem erzählten die Befragten davon, dass zu dem Spüren auch dazugehören kann, in Pflegesituationen zu erspüren, was der Andere brauche bzw. wollen würde. Hierfür wurden Formulierungen genutzt wie „spüren, was der andere braucht“⁴¹⁹, „`n Gespür dafür zu haben, okay was hat der jetzt für Bed- oder wo hat der Bedarf“⁴²⁰ sowie „merke(n), [...] wenn `n Gesprächsbedarf da ist“⁴²¹.

Im Gegensatz zu den bislang beschriebenen Strategien der Perspektivenübernahme, für deren Veranschaulichung sich zahlreiche, teilweise sehr umfangreiche Belegerzählungen im Datenmaterial finden lassen, in denen Pflegelehrende und/oder Pflegenden als empathische Personen auftreten, finden sich in den Interviews keine längeren Erzählungen, in denen die Strategie des Spürens explizit bzw. deutlich im Vordergrund steht, allenfalls Situationen, in denen sie sich implizit andeutet (s.u.). Über die Strategie des Spürens äußerten sich die Befragten eher auf einer abstrakteren Ebene, losgelöst von konkreten Situationserzählungen. Zudem hatten sie große Schwierigkeiten, Worte zu finden, um sie genauer zu beschreiben.

Über die Gründe, warum sich diese Strategie in den Erzählungen der Befragten nicht explizit zeigt, kann nur spekuliert werden. Eine mögliche Erklärung ist die bereits erwähnte

⁴⁰⁹ FolgeIV14_GM: 00:20:58f.

⁴¹⁰ FolgeIV14_GM: 01:32:12f.

⁴¹¹ FolgeIV1_Z: 167

⁴¹² FolgeIV3_Z: 291

⁴¹³ FolgeIV4_Z: 720f.

⁴¹⁴ FolgeIV4_Z: 175

⁴¹⁵ ErstIV2_Z: 464+492

⁴¹⁶ ErstIV17_GM: 00:09:47-00:09:51

⁴¹⁷ FolgeIV17_GM: 00:36:40-00:36:44

⁴¹⁸ ErstIV5_Z: 113f.

⁴¹⁹ ErstIV7_Z: 310

⁴²⁰ ErstIV17_GM: 00:15:57-00:16:01

⁴²¹ FolgeIV17_GM: 00:36:40-00:36:47

Schwierigkeit, subjektiv Erspürtes bzw. Erfühltes zu versprachlichen. In diesem Zusammenhang ist denkbar, dass die Befragten, wenn sie von Pflegesituationen erzählten, in denen sie Erkenntnisse durch unmittelbares Spüren gewonnen hatten, (unbeabsichtigt) versuchten, diese durch das Anführen von scheinbar objektiveren (para-)verbalen bzw. nonverbalen Beobachtungen und daraus abgeleiteten Deutungen mir gegenüber zu plausibilisieren. Die nachfolgenden zwei Interviewsequenzen verleihen dieser möglichen Erklärung Gewicht.

Der ersten Sequenz geht eine Erzählung einer Interviewperson über eine „*sehr forsche, leicht verbitterte*“⁴²² und „*überhaupt nicht umgänglich(e)*“⁴²³ Bewohnerin eines Pflegewohnheimes voraus.⁴²⁴ Die Person erzählte davon, dass sie im Laufe der Zeit „*gemerkt*“⁴²⁵ habe, dass sich hinter dem oben beschriebenen Verhalten dieser Bewohnerin „*viel viel Einsamkeit [...] und viel viel Verbitterung*“⁴²⁶ sowie ein Bedürfnis nach Austausch und Gesellschaft versteckten, das die Bewohnerin aber nicht geäußert habe.

IP1: „*Das hat sie überhaupt nicht so geäußert, Gespräche waren ihr zuwider, reden wollte sie eigentlich auch überhaupt nicht, die Sprüche mit „Jetzt quatsch nicht rum!“, „Quatsch mich nicht voll!“ so was kam von ihr auch. Aber im Grunde genommen wollte sie das.*“ (FolgeIV1_Z: 144-147)

Meiner Einschätzung nach könnte es sich bei dem, wie die Person das Bedürfnis dieser Bewohnerin nach Austausch bzw. Gesellschaft „*gemerkt*“ (s.o.) hatte, um die Strategie des Spürens handeln. Auf meine Nachfrage, woran sie denn „*gemerkt*“ hätte, dass die Bewohnerin dieses Bedürfnis habe, antwortete die Person wie folgt:

IP1: „*Woran merkt man so was? Gott, im ersten Moment würde ich sagen, man spürt das. Woran spürt man`s? Das sind so Nuancen zwischen den Aussagen oder Mimik, auch wieder Mimik und Gestik ganz entscheidend „Wie sage ich etwas? Was habe ich für`n Gesichtsausdruck? Wie ist meine Körperhaltung? Und meine ich das dann auch wirklich so, wie ich das sage? Wie ist die Situation? Bin ich jetzt gerade ungelegen reingekommen oder so was?“. So Nuancen dazwischen, wo man dann merkt, da lächelt sie jetzt doch mal und dann, was eigentlich nicht passt zu ihrer Aussage, aber sie lächelt halt trotzdem. Und dann denke ich mir „Gut, da ist vielleicht noch was da und da könnte man vielleicht ansetzen.“ Das ist ganz schwierig in Worte zu fassen, wie, woran das liegt, es ist Intuition, ist wahrscheinlich auch so hm schwieriges, aber ja so ungefähr wird`s sein.*“ (FolgeIV1_Z: 157-168)

In der vorliegenden Sequenz deutet sich meiner Einschätzung nach die Strategie „Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was dieser brauchen/wollen könnte“ an, auch wenn die Interviewperson versuchte, ihren Erkenntnisgewinn durch das bewusste Beobachten und bewusste Überdenken verbaler, paraverbaler und nonverbaler Äußerungen dieser Bewohnerin zu plausibilisieren. Im Anschluss erzählte die Person dann

⁴²² FolgeIV1_Z: 137

⁴²³ FolgeIV1_Z: 139

⁴²⁴ Vgl. FolgeIV1_Z: 135-220.

⁴²⁵ FolgeIV1_Z: 151

⁴²⁶ FolgeIV1_Z:141

ausführlich davon, wie es ihr, nachdem sie diese intuitive bzw. erspürte Erkenntnis über die Bewohnerin gewonnen hatte, gelungen sei, durch eine auf sie abgestimmte Art und Weise des in Kontakttretens und Kommunizierens „einen Zugang zu ihr“⁴²⁷ zu finden. Die Bewohnerin begann, mit der Person zu sprechen. Letztere resümierte, dass es ihr so gelungen sei, mit ihr „auf eine Ebene eben [zu kommen; GK], mit der man gut mit ihr arbeiten konnte“⁴²⁸.

Der zweiten Sequenz ging eine sehr ausführliche Erzählung einer Interviewperson über eine junge Patientin Anfang Zwanzig voraus, die sie über drei Wochen hinweg in einem neurologischen Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gepflegt hatte.⁴²⁹ Die junge Frau hatte infolge eines Autounfalls eine schwere Gehirnverletzung erlitten. Sie konnte während dieser drei Wochen Gesprochenes zwar verstehen, sich selbst aber verbal nur durch „Laute“⁴³⁰ und nonverbal v.a. durch Mimik (z.B. „Augenzwinkern“, „Lächeln“)⁴³¹ sowie durch Veränderungen des Muskeltonus, insbesondere der Extremitäten⁴³², äußern. Die Person erzählte ausführlich, wie sie eine enge, von gegenseitiger Sympathie geprägte Pflegebeziehung zu dieser jungen Frau aufgebaut hatte und auch deren emotionales Befinden bemerkte, beispielsweise ihre Erschöpfung nach der Logopädie oder auch deren Freude, sie nach ihrem freiem Wochenende wiederzusehen. Die nachfolgende Sequenz soll, ebenso wie die vorausgegangene der Interviewperson 1, die sich implizit andeutende Strategie „Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was dieser brauchen/wollen könnte“ verdeutlichen. Auch diese Interviewperson sah sich eventuell durch die Interviewsituation herausgefordert, ihren möglicherweise unmittelbar erspürten Erkenntnisgewinn durch das Verweisen auf verschiedene bewusst wahrgenommene nonverbale Ausdrucksmittel dieser jungen Frau zu plausibilisieren.

IP14: „Ich hab` dann die letzten Tage dann auch zu ihr gesagt: „Schön, wenn Du eigentlich auch mal was sagen könntest.“ Sag` ich: „Das ist echt doof. Ich bin hier echt `n bisschen Alleinunterhalter, verdammte Axt.“ Und das fand ich eben so `n bisschen traurig. Und dann hat man auch gesehen, dass es ihr genauso ging so. Die Empfindung, die ich hatte, dass sie nichts sagen kann, fande sie auch, fande sie auch blöd.

GK: Und das haben Sie in ihren Gesichtszügen sehen können, oder?

IP14: Ja ich weiß nicht, ja auch, man merkt sowas, glaub` ich, auch so `n bisschen. Ich denk, wenn man so `n bisschen Feingespür dafür, merkt man das auch. Hat sie auch dann, an den Augen sieht

⁴²⁷ FolgeIV1_Z: 183

⁴²⁸ FolgeIV1_Z: 195f.

⁴²⁹ Vgl. FolgeIV14_GM: 00:02:23-00:07:00 + 00:12:20-00:27:13.

⁴³⁰ FolgeIV14_GM: 00:04:00

⁴³¹ FolgeIV14_GM: 00:02:37 + 00:18:17-00:18:28

⁴³² Vgl. FolgeIV14_GM: 00:13:02-00:13:40.

man das auch so `n bisschen. Also, ich hab` ganz viel von der Mimik im Gesicht abgelesen, was man so deuten kann quasi.“ (FolgeIV14_GM: 00:20:30-00:21:12)

zu 5) Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „Signalen“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden

Die identifizierte Strategie „Gezieltes Fragen stellen (unabhängig von „Signalen“), um die Perspektive des Anderen zu erkunden“ wurde von den Befragten in empathischen Erkenntnisprozessen häufig und in der Regel unabhängig von beobachteten Signalen und/oder erspürten Informationen über den Anderen eingesetzt. Die Erkenntnisse, die die Befragten aus den Antworten ihres jeweiligen Gegenübers gewannen, flossen in der Regel direkt in die Planung bzw. Ausgestaltung von Pflegeinterventionen ein. Nur sehr vereinzelt und ansatzweise ließen sich im Datenmaterial Hinweise darauf finden, dass Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus III zugeordnet werden konnten, die Strategie des Fragenstellens auch einsetzten, um bei von ihnen beobachteten Signalen bzw. erspürten Informationen die Perspektive des Gegenübers auf einer verbalsprachlichen Ebene näher zu ergründen.⁴³³ Für die Befragten, deren Erzählungen dem Verständnistypus IV zugeordnet wurden, war dieses Vorgehen hingegen fester Bestandteil ihres Repertoires an Strategien, die sie in Prozessen der Perspektivenübernahme einsetzten (s. Kapitel 17.2.4).

Über die Gründe hierfür lassen sich nur Vermutungen anstellen. Denkbar ist, dass die Befragten, deren empathisches Handeln den Verständnistypus III widerspiegelte, den Einsatz dieser Strategie nicht für erwähnenswert hielten oder der Rückgriff auf diese Strategie ihnen vielleicht auch nicht bewusst war. Ein anderer Erklärungsansatz ist folgender: In vielen der Erzählungen dieser Befragten wurde deutlich, dass sie in empathischen Prozessen aus ihren Beobachtungen bzw. erspürten Informationen direkt Pflegeinterventionen ableiteten, die sie ihrem Gegenüber anboten bzw. unmittelbar ausprobierten. Es ist denkbar, dass diese Befragten ihre durch Beobachtung und Spüren gewonnenen Erkenntnisse über den Anderen mit diesem durch das Stellen von Fragen nicht weitergehend explorieren bzw. evaluieren wollten/konnten. Hierdurch hätten sie nämlich ihre durch Beobachtung und Spüren gewonnenen Erkenntnisse auf eine verbalsprachliche Ebene bringen müssen, die vermutlich weitere verbalsprachliche Interaktionen nach sich gezogen hätte. Möglicherweise hätten sich die betreffenden pflegebedürftigen Menschen, angeregt durch die Fragen und die darin enthaltenen Vermutungen der Interviewperson über ihre Erlebens- und Sichtweisen, beispielsweise hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeit und/oder ihrer gesundheitlichen Situation, weiter geöffnet. Es ist denkbar, dass die Befragten sich der mit dieser verbalsprachlichen Interaktion

⁴³³ Vgl. FolgeIV5_Z: 647-672 und FolgeIV16_GM: 00:23:27-00:23:53.

möglicherweise einhergehenden Intensivierung der pflegerischen Begegnung nachvollziehbarer Weise nicht gewachsen fühlten bzw. diese nicht als ihre Zuständigkeit auffassten.

Die Fragen, die die Interviewpersonen unabhängig von beobachteten Signalen und/oder erspürten Informationen pflegebedürftigen Menschen bzw. deren Angehörigen stellten, um die Perspektive erstgenannter zu erkunden, sind vielfältig. Zumeist stellten die Befragten ihrem pflegebedürftigen Gegenüber Fragen nach seinen Gewohnheiten, Vorlieben und Wünschen angesichts von Pflegehandlungen bzw. danach, wie die Person zuhause selbst- bzw. fremdpflegerisch zurechtkäme. Neben eher geschlossenen Fragen setzten viele Personen hierbei auch offenere Fragen mit einem stärker erzählgenerierenden Charakter ein. Die erste nachfolgende Sequenz soll die tendenziell eher geschlossene Technik des Fragenstellens illustrieren und die beiden anderen die offenere, auf Erzählen abzielende.

IP17: *„Es geht ja schon los morgens, dass ich, weiß ich nicht die Waschschüssel voll haue mit kochend heißem Wasser (IP17 schmunzelt.), weil ich das vielleicht gerne hab`. Sondern, dass ich einfach frage, „Frau oder Herr, wie möchten Sie Ihr Wasser?“, „Möchten Sie gleich Waschlotion mit reinhaben oder erst später?“, „Haben Sie vielleicht `nen eigenen Waschlappen dabei?“, oder „Wollen Sie gar nicht“, die Waschschüssel weg, „Wollen Sie duschen?“, „Was haben Sie gern?“, einfach fragen. Und ja `nen stückweit Berührungängste auch abbauen und sich einfach auch trauen, zu fragen. (FolgeIV17_GM: 00:28:31-00:29:08)*

IP15: *„Ja, man muss, glaube ich, einfach so `n bisschen den Bewohner auch einfach mehr erzählen lassen so, wie er so das immer gehandhabt hat und wie er das macht. Und ja das ist für mich eigentlich Individualität, das vom Menschen selber zu erfahren, wie er das gerne wünscht.“ (FolgeIV15_GM: 00:20:27-00:21:02)*

IP8: *„Man hört auch viel, durch private Gespräche kriegt man halt manchmal viel raus. Also, was heißt private Gespräche, in dem Sinne „Haben Sie Kinder? oder sowas halt. Also ich hab` in der Anleitungswoche habe ich meinem Schüler immer gesagt „Viel fragen, viel den Patienten fragen und erzählen lassen einfach.“ Man muss ja nur eine Frage stellen und wenn der Patient wirklich das zulässt, dann erzählt der ja auch immer viel. [...] „Und wie machen Sie es denn zuhause?“, „Ist da jemand, der Ihnen hilft?“ halt und solche Gespräche halt einfach denn, ne. Oder „Was essen Sie denn gerne?“ so `ne ganz normale Frage und dann erzählen Sie ja einfach.“ (FolgeIV8_GM: 00:43:15-00:43:42 + 00:43:52-00:44:08)*

Darüber hinaus stellten die Interviewpersonen Fragen nach dem aktuellen Befinden des pflegebedürftigen Menschen sowie nach seinen momentanen Wünschen und Bedürfnissen.

IP3: *„...und immer nachgefragt irgendwie „Ist alles in Ordnung? Können wir Ihnen noch was Gutes tun? Und wie geht es Ihnen?“ (FolgeIV3_Z: 54-56)*

IP9: *„Und dass man dann [= nach der Begrüßung; GK] halt auch einfach erstmal fragt „Ist alles in Ordnung?“, „Benötigen Sie irgendwas?“ oder „Kann ich Ihnen irgendwas Gutes tun?“. Also, dass man so halt an den Patienten ran tritt. Und dann wird der einem auch sagen, was er vielleicht braucht oder was nicht.“ (FolgeIV9_GM: 00:32:32-00:32:53)*

IP11: *„Ja, das einfachste ist natürlich fragen „Was kann ich noch für Sie tun?“ oder „Noch irgendein Wunsch?“ oder „Noch irgendwelche Wünsche?“, klar. (FolgeIV11_GM: 00:32:14-00:32:23)*

Neben diesen eher spontan in Pflegesituationen gestellten Fragen erzählten die Befragten auch von systematischeren, ausführlicheren Befragungsformen, die sie einsetzen würden, um die Perspektive pflegebedürftiger Menschen zu erkunden. In diesem Zusammenhang führten sie v.a. Aufnahmegespräche, Biografiearbeit sowie das gemeinsame Erstellen einer Pflegeplanung an.⁴³⁴ Die nachfolgende Sequenz beschreibt das Potenzial, das eine Interviewperson der gemeinsamen Erarbeitung einer Pflegeplanung mit einem zu Pflegenden einräumte, um dessen Perspektive stärker erkunden und einbeziehen zu können.

IP2: „Also das [= die gemeinsame Erarbeitung einer Pflegeplanung mit einer Simulationspatientin; GK] hat mir auch geholfen, Patienten bewusster wahrzunehmen und zu gucken „Was sind die Bedürfnisse, die ich sehe? Und was sind aber auf der anderen Seite die Bedürfnisse, die der Patient sieht?“ [...] weil man ja vorher immer über den Patienten geplant hat und jetzt [= bei der Übung; GK] dann zum ersten Mal mit dem Patienten und ja dass das total auseinander geht (IP2 lacht kurz auf.) genau. [...] Und ja ich finde, das ist ja auch einfühlsam auf den Patienten eingehen, also auf jeden Fall das mit ihm zusammen zu planen und zu gucken. Also man erfährt ja auch ganz viel, wenn man das zusammen schreibt, wie es dem Patienten geht und was ihm gerade wichtig ist (GK: Ja.) genau.“⁴³⁵ (FolgeIV2_Z: 835-837, 840-842, 858-862)

Bei verbal und/oder kognitiv eingeschränkten pflegebedürftigen Menschen versuchten die Interviewpersonen Wege zu finden, dass ihr Gegenüber ihnen schriftsprachlich oder nonverbal seine Antworten auf ihre Fragen mitteilte und/oder richteten diese zunehmend an Angehörige und z.T. auch an die Institutionen, in denen der pflegebedürftige Mensch zuvor betreut wurde.

IP1: „...da [= bei kognitiv eingeschränkten Patient*innen; GK] musste ich immer viel fremdanamnestisch arbeiten, ganz klar, von Angehörigen und was man sonst noch irgendwie herausfinden konnte. Aber da muss ich sagen, probiere ich mich durch, den Zugang zu kriegen. Wenn es mit der Sprache nicht funktioniert, dann vielleicht mit dem Schreiben oder vielleicht doch mit irgendwelchen Handzeichen oder anderen Gewohnheiten, die man dann vielleicht aus der Akte oder aus dem, aus der, die kommen ja dann meistens aus einer anderen Einrichtung, dass man da irgendwie sich an Informationen einholt, um dann irgendwie heranzukommen an die Patienten. Da, das geht halt nur mit sehr, sehr viel mühseliger fremdanamnestischer Arbeit. [...] Dass man einfach versucht, irgendwie erst mal den Zugang über viel, viel rumfragen und rumtelefonieren zu bekommen.“ (FolgeIV1_Z: 546-554, 630f.)

Bei ihren Bemühungen, Kinder empathisch zu pflegen, hoben die Befragten die Strategie hervor, deren Eltern Fragen zu stellen.⁴³⁶

Abschließend eine Interviewsequenz, in der eine Interviewperson erzählte, wie sie in einem Hospiz die Tochter eines Patienten befragte, der verbalsprachlich stark, zeitweise auch vollständig eingeschränkt war, um seine Perspektive in ihrem Pflegehandeln stärker

⁴³⁴ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 00:49:53-00:50:48 und FolgeIV13_GM: 00:18:00-00:18:11.

⁴³⁵ Die Interviewperson hatte zum Zeitpunkt des Folgeinterviews bereits von sich aus mit einer realen Patientin auf einer Palliativstation eine Pflegeplanung gemeinsam erarbeitet (vgl. FolgeIV2_Z: 855-857).

⁴³⁶ Vgl. u.a. FolgeIV12_GM: 00:21:25-00:21:53.

berücksichtigen zu können.⁴³⁷ Die Person stellte der Tochter u.a. Fragen zur Persönlichkeit ihres Vaters sowie zu seinen Getränke-, Essens- und Musikvorlieben. U.a. durch die Erkenntnisse, die sie durch die Antworten der Tochter gewinnen konnte, gelang es der Person, einen Zugang zu dem auf sie anfänglich „sehr verbittert“ (s.u.) und „ruppig“ (s.u.) wirkenden Patienten zu finden.⁴³⁸

IP2: „Ähm ja einmal insgesamt über das Menschenbild. Er war also dieser Gast war im Hospiz eher sehr verbittert und auch ruppig, sage ich im Umgang jetzt mit den Pflegekräften. Und die Tochter hat mir dann erzählt, also ich hatte gefragt, wie er denn sonst in seinem Leben war, und sie erzählte, dass er ein ganz, ganz liebevoller Familienvater war und immer sehr sozial und um alle bedacht. Und ja dadurch habe ich ein ganz anderes Bild einfach von ihm bekommen, weil ich ja nur dieses Bild hatte. Und ja dadurch habe ich dann auch gemerkt, wie belastend für ihn einfach diese Situation im Hospiz ist, und dass das größte Problem für ihn ist, sich einfach von anderen pflegen zu lassen. Weil sein Verlauf war sehr schnell, also er konnte sich bis kurz vorher noch selbst versorgen und hatte dann aber von jetzt auf gleich ist er quasi `n Pflegefall geworden. Und mit der Situation kam er nicht klar. Und ja dann ging es auch um so allgemeine Sachen, [...] was er gerne für Getränke getrunken hatte. Und das hatte ihm dann auch sehr gut gefallen. Also ich hab` dann `n sehr guten Zugang zu diesem Gast bekommen, wo am Anfang die Beziehung eher schwierig war, hatten wir hinterher eine, würde ich sagen, sehr harmonische Beziehung. Und ja dann musiktechnisch hatte ich dann die Tochter gebeten, vielleicht etwas mitzubringen, was ihm gefallen würde. Das hatte ihm dann auch sehr gut gefallen und ja solche Sachen. Oder was er gerne essen würde.“ (FolgeIV2_Z: 271-290)

zu 6) Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren bzw. was er wollen/brauchen könnte

Interviewpersonen, die die identifizierte Strategie „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren bzw. was er wollen/brauchen könnte“ nutzten, versuchten, sich gedankenexperimentell in die Situation des zu pflegenden Gegenübers hineinzusetzen. Sie bezweckten damit, zusätzliche Erkenntnisse über dessen Perspektive zu gewinnen. Beispielsweise versuchten sie mittels dieser Strategie u.a. dessen mögliche Reaktionen auf Interventionen bzw. auf sein Umfeld sowie dessen potenzielle Bedürfnisse, Wünsche bzw. Absichten im Zusammenhang mit seiner Pflegebedürftigkeit zu antizipieren. Die Befragten stellten diese Überlegungen an u.a. vor dem Hintergrund ihres eigenen Fachwissens, eigener Berufserfahrungen, eigener Erfahrungen in der Patient*innenrolle sowie eigener Vermutungen beispielsweise darüber, wie es ihnen wohl selbst an der Stelle des Anderen gehen würde und/oder was sie selbst dann wohl für Bedürfnisse haben könnten. Es konnten zwei unterschiedliche Arten, diese Strategie einzusetzen, herausgearbeitet werden, nämlich ein reflektierter Umgang mit dieser und ein eher unreflektierter Umgang im Sinne eines „Von-sich-auf-andere-Schließens“.

⁴³⁷ Auf die Erzählung dieser Person über ihre Interaktionen mit dem Patienten und dessen Tochter wurde bereits in den Kapiteln 17.1.4 und 17.2.3 Punkt 3 Bezug genommen, um daran andere gelungene Facetten pflegerischer Empathie zu veranschaulichen.

⁴³⁸ Vgl. FolgeIV2_Z: 255-353.

Interviewpersonen, die die Strategie, sich gedankenexperimentell in den Anderen hineinzuversetzen, reflektiert anwendeten, nutzten sie, um zusätzliche sie für den weiteren Erkenntnisprozess sensibilisierende Ideen zu gewinnen. Diese Ideen wurden dabei grundsätzlich als überprüfungsbedürftig eingeschätzt.

IP1: *„...und versuchen, sich in ihn hinein zu fühlen, empathisch sein und versuchen „Was könnte ich denn für Bedürfnisse haben an seiner Stelle?“. Das ist nicht die Lösung, es geht um seine Bedürfnisse, aber es wäre zumindest mal `n Ansatz, um sich hinein zu fühlen und dann vielleicht eher hinzuhören, was wichtig ist.“* (FolgeIV1_Z: 263-268)

Interviewpersonen, die diese Strategie eher unkritisch bzw. unreflektiert einsetzten, stellten die mittels dieser Strategie gewonnenen Erkenntnisse kaum mehr in Frage. Sie liefen daher Gefahr, dem Anderen Erlebens- und Sichtweisen beispielsweise seiner Pflegebedürftigkeit und/oder seiner gesundheitlichen Situation sowie Gefühle und Bedürfnisse zu unterstellen, die möglicherweise eher ihre eigene Perspektive widerspiegeln als die des jeweiligen pflegebedürftigen Anderen. Ausführlicher wurde dieses Problem in Prozessen der Perspektivenübernahme bereits am Ende des Kapitels zum Verständnistypus II pflegerischer Empathie erläutert (s. Kapitel 17.2.2). Nachfolgend drei kurze Interviewsequenzen, in denen sich dieses unreflektierte „Von-sich-auf-andere-Schließen“ andeutet.

IP11: *„Also wir haben im Einführungsblock damals oder im zweiten Block uns gegenseitig die Zähne geputzt und das war ganz schrecklich. Und jetzt weiß ich, wie Patienten sich auf jeden Fall fühlen, wenn ich ihnen die Zähne putze.“* (FolgeIV11_GM: 00:18:11-00:18:24)

IP16: *„Man möchte ja so behandelt werden, wie man selber behandelt werden möchte. Und dann denk` ich mir halt meistens, also wenn jemand in `ner schwierigen Situation ist, was würde ich da haben wollen? Ja und danach geh` ich dann.“* (ErstIV16_GM: 00:12:20-00:12:35)

IP11: *„Leichter [fällt es, die eigene Empathiefähigkeit einzusetzen; GK] auf jeden Fall bei Sachen, die man vielleicht selber schon mal miterlebt hat, also selber schon mal hatte oder ja wo man einfach weiß, wie man, wie die Patienten sich jetzt gerade fühlen. Ich hatte mir zum Beispiel öfter den Arm gebrochen. Ich weiß, wie ein Patient sich fühlt, der den Arm gebrochen hat, das weiß ich einfach.“* (FolgeIV11_GM: 00:29:40-00:30:04)

Die beiden nachfolgenden Interviewsequenzen veranschaulichen die reflektierte Handhabung der Strategie „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren bzw. was er wollen/brauchen könnte“ durch zwei Interviewpersonen. Die beiden überprüften ihre durch gedankliches sich Hineinversetzen gewonnenen Erkenntnisse bzw. die von ihnen aus diesen abgeleiteten, am jeweiligen zu Pflegenden orientierten Interventionen durch weitere Interaktionen mit diesem.

In der ersten Sequenz erzählte eine Person, die über drei Wochen hinweg eine junge schwerstpflegebedürftige Patientin Anfang Zwanzig in einem neurologischen Rehabilitationszentrum gepflegt hatte, über ihre Überlegungen angesichts eines angekündigten

Besuches durch deren Freunde. Die junge Frau, die infolge eines Autounfalls eine schwere Gehirnverletzung erlitten hatte, konnte, wie bereits unter Punkt 4 beschrieben, während dieser Zeit Gesprochenes zwar verstehen, sich selbst aber nur durch „Laute“⁴³⁹, Mimik und Veränderungen des Muskeltonus ihrer Extremitäten äußern. Die Person erzählte davon, dass sie der Patientin vor dem angekündigten Besuch ihrer Freunde angeboten habe, die Wimpern zu tuschen. Die Patientin nahm, so die Interviewperson, dieses Angebot gerne an, was sie durch intensives Augenzwinkern zu verstehen gab.⁴⁴⁰ In der nachfolgenden Sequenz erzählte die Person, wie sie u.a. mittels der Strategie „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren bzw. was er wollen/brauchen könnte“ auf die Idee kam, der Patientin, die an dem besagten Tag den Besuch ihrer Freunde erwartete, dieses Angebot zu machen.

IP14: „Die [= Kinder und Jugendlichen mit schweren Gehirnverletzungen; GK] *haben immer noch Bilder im Zimmer gehabt, wie sie früher aussahen. Und wie sie da, also wie so im Bett lagen, das ist dann schon echt, sind Welten. Und früher war ihr [= der Patientin Anfang Zwanzig; GK] das auch ganz doll wichtig, dass sie Party machen gegangen ist, also so Disco und gut aussehen und mal `n bisschen aufbrezeln und so. Das ist dann ja auch wichtig, dass sie das machen, wenn Freunde kommen, kann ich mir das schon gut vorstellen. Wär` mir auch wichtig, ne. Also ich denk`, ich versuch` immer, mich da rein zu denken, was wäre, wenn ich da sitzen würde. Die [Vorname der Patientin; GK] war ja noch `n, ist ja noch `n bisschen jünger als ich. Wie ich da so in dem Alter so `n bisschen gedacht hab`. Ich hab` da wirklich versucht, reinzusetzen in die Lage. Es, kann man eigentlich gar nicht, aber man versucht`s wenigstens. Ich finde immer, der Versuch ist es wenigstens wert.“ (FolgeIV14_GM: 00:26:22-00:27:10)*

Meiner Einschätzung nach ist es der Person in dieser Situation gelungen, sich in die junge Frau hineinzudenken, der vor ihrem Unfall ein gepflegtes Äußeres, insbesondere in der Gegenwart ihrer gleichaltrigen Freunde, wichtig gewesen zu sein schien. Durch das Angebot der Person, der jungen Patientin die Wimpern zu tuschen, unterstützte sie diese auf eine sehr aufmerksame und einfühlsame Art und Weise dabei, sich auf den Besuch ihrer Freunde vorzubereiten. Möglicherweise konnte die Person der Patientin durch diese Geste „ein kleines Stück Normalität“ angesichts der bevorstehenden, sicher für alle Beteiligten nicht einfachen, Begegnung vermitteln, und damit auch etwas Halt bzw. Sicherheit.

Die zweite Sequenz handelt von einer Interviewperson auf einer chirurgischen Station und einem Patienten Mitte Dreißig, der, in einem Zweibettzimmer untergebracht, auf seine Herztransplantation wartete. Die Person erzählte davon, wie es ihr durch den Einsatz der Strategien „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren bzw. was er wollen/brauchen könnte“ sowie

⁴³⁹ FolgeIV14_GM: 00:04:00

⁴⁴⁰ Vgl. FolgeIV14_GM: 00:26:10-00:26:22.

„Bewusstes Achten auf die nonverbalen Äußerungen des Anderen“ gelungen war, zu erkennen, dass der Patient u.a. unter dem Wesen bzw. der Art seines Zimmernachbarn litt.

IP5: „Also ich hatte dann zum Beispiel einen Patienten, der hat auf `ne Herztransplantation gewartet [...] und das war eigentlich ein total kluger Kopf. Und war auch im Zimmer mit einem, der auch auf ein Herz gewartet hat, der son derber Prolet war eigentlich. Und man hat jeden Morgen gesehen, wie sehr der eigentlich darunter leidet, in diesem Zimmer zu sein mit dem anderen und selber eigentlich auch in so einer schweren Situation und um sein Leben zu bangen und dann aber immer mit einem konfrontiert zu sein, der nur so „Bap, bap, bap und bap, bab, bap“⁴⁴¹, so ne? (GK: Ja.) also so. Und das muss ja auch noch mal, also ich habe schon mich so rein versetzt und dachte immer so „Oah, was für `ne Doppelbelastung für ihn.“ (FolgeIV5_Z: 647f., 650-657)

Die Person wartete daraufhin einen Moment ab, in dem sie mit dem Patienten alleine war und initiierte ein Gespräch, um ihre Vermutungen zu überprüfen. Sie hatte die Idee, dem Patienten, sofern ihre Vermutungen sich bewahrheiten würden, anzubieten, sich dafür einzusetzen, dass er in ein anderes Zimmer verlegt werde.

IP5: „Und dann haben wir uns so unterhalten, habe ich auch gesagt, wie`s mit dem Zimmer ist, habe da mal so nachgefragt. Und ihm auch gesagt, „Na ja, hab`s schon beobachtet, wir können da ja auch mal gucken, dass Sie vielleicht in ein anderes Zimmer kommen“ und so. Und dann hat der sich total gefreut, dass das jemand sieht und so, ne? (GK: Ja.) und auch so empfindet oder so für ihn.“ (FolgeIV5_Z: 664-668)

Meiner Einschätzung nach erkannte die Person durch die Kombination der oben benannten Strategien sehr sensibel die unterschiedlichen Persönlichkeiten dieser beiden, auf ein Spenderorgan wartenden Zimmernachbarn bzw. die zusätzliche Belastung, die daraus für den Mann Mitte Dreißig entstanden war. Die Reaktion dieses Patienten auf ihr Angebot, ihn zu verlegen, bestätigte die Richtigkeit ihrer Beobachtungen und Vermutungen.

zu 7) Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren

Als weitere Strategie, auf die die Interviewpersonen insbesondere auch bei verbal und/oder kognitiv eingeschränkten pflegebedürftigen Menschen zurückgriffen, um deren Perspektiven zu erkunden, konnte die Strategie „Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren“ identifiziert werden. Die Personen erzählten, dass sie insbesondere bei dieser Gruppe pflegebedürftiger Menschen die Pflegedokumentation inklusive „Stammblatt“⁴⁴², „Biographie“⁴⁴³ und „Pflegeplanung“⁴⁴⁴ sowie Übergaben⁴⁴⁵ als Informationsquellen nutzen würden. Hierdurch würden sie sich beispielsweise u.a. Informationen über den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen, seine

⁴⁴¹ Die Betonung ist laut und eher schnauzend, polternd.

⁴⁴² FolgeIV14_GM: 00:31:11f.

⁴⁴³ Vgl. u.a. FolgeIV9_GM: 01:02:15-01:03:00 und FolgeIV5_Z: 298.

⁴⁴⁴ FolgeIV17_GM: 00:30:05f.

⁴⁴⁵ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 108-132.

Krankengeschichte und sein soziales Umfeld⁴⁴⁶, seine Bedürfnisse, Gewohnheiten, Vorlieben bzw. Wünsche im Zusammenhang mit Pflegehandlungen⁴⁴⁷, über die auf ihn zugeschnittenen Pflegeinterventionen⁴⁴⁸ sowie über aktuelle, pflegerisch bedeutsame Erkenntnisse bzw. Beobachtungen aus Perspektivenübernahmeprozessen ihrer Kolleg*innen⁴⁴⁹ verschaffen.

Wie aus der vorausgegangenen Darstellung des Verständnistypus III pflegerischer Empathie hervorgegangen sein sollte, ist dieser wie folgt auf den Vergleichsdimensionen „Zuständigkeitsauffassung“, „Pflegeverständnis“ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ zu verorten (s. Abb. 20 bis 22).

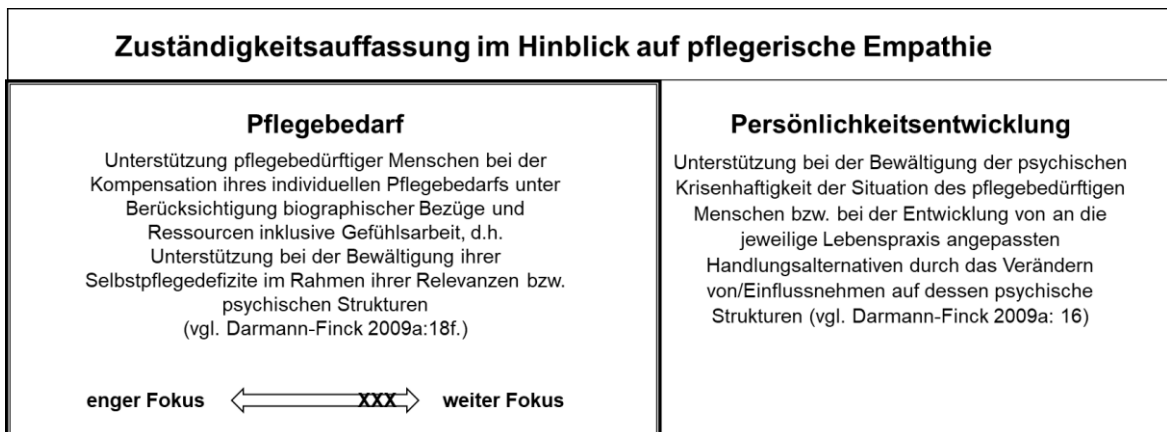


Abbildung 20: Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus III

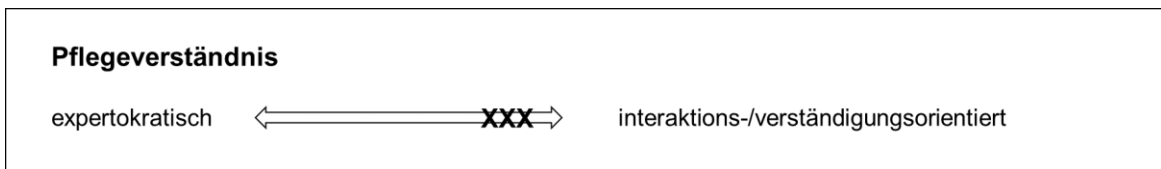


Abbildung 21: Pflegeverständnis des Verständnistypus III

⁴⁴⁶ Vgl. u.a. FolgeIV14_GM: 00:30:59-00:31:21.

⁴⁴⁷ Vgl. u.a. FolgeIV17_GM: 00:29:57-00:31:03.

⁴⁴⁸ Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 442-447.

⁴⁴⁹ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 442-458 und FolgeIV4_Z: 110-125.

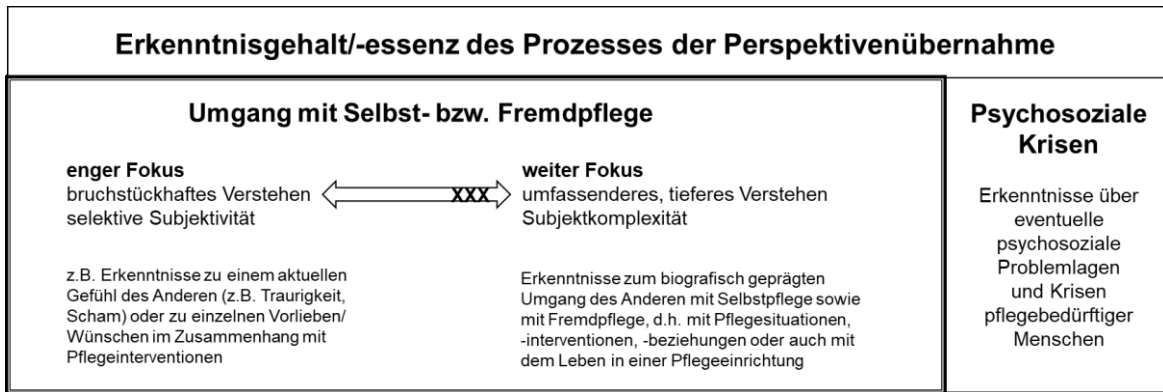


Abbildung 22: Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus III

Nachfolgend wird auf die Subkategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ und die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ eingegangen.

Die Subkategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ fasst die Gefühle und Körperempfindungen, die in den Erzählungen der befragten Pflegelegenden über pflegerische Empathie aufschienen. Es handelt sich also um Gefühle und Körperempfindungen, die in ihnen im Prozess der Perspektivenübernahme ausgelöst wurden, an die sie sich zugleich erinnern konnten bzw. wollten und die sie zudem von sich aus im Interview thematisierten. In den Erzählungen einiger Befragter über Pflegesituationen, in denen sie und/oder ihre Kolleg*innen empathisch gehandelt haben, benannten einige Befragte direkt die von ihnen erinnerten eigenen Gefühle und Körperempfindungen wie beispielsweise Mitgefühl⁴⁵⁰, Traurigkeit⁴⁵¹ und Mitleid⁴⁵². Oder sie brachten diese indirekt durch Umschreibungen wie beispielsweise „bewegt“ gewesen sein bzw. „bewegend“⁴⁵³, „sehr berührt“⁴⁵⁴ gewesen sein, „bedrückend“⁴⁵⁵, „einen totalen Kloß im Hals“⁴⁵⁶ gehabt haben, „in dem Moment habe ich schon irgendwie auch sehr stark so das Leid gefühlt so, was über diese Familie auch gekommen ist“⁴⁵⁷ zum Ausdruck. Andere Befragte thematisierten ihre Gefühle und Körperempfindungen in den von ihnen erzählten Situationen nicht, sondern erst auf die Interview-Leitfrage hin nach Situationen, in denen es

⁴⁵⁰ Vgl. FolgeIV5_Z: 1275-1277.

⁴⁵¹ Vgl. FolgeIV5_Z: 1256.

⁴⁵² FolgeIV5_Z: 1146f. und FolgeIV11_GM: 00:28:12-00:29:20

⁴⁵³ FolgeIV5_Z: 357 und FolgeIV14_GM: 00:04:47f.

⁴⁵⁴ FolgeIV2_Z: 120

⁴⁵⁵ FolgeIV15_GM: 00:07:43f.

⁴⁵⁶ FolgeIV5_Z: 359

⁴⁵⁷ FolgeIV5_Z: 362f.

ihnen schwer(er) fiel, ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden (s. Kapitel 17.4.2.1.1).⁴⁵⁸

Die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ bündelt die pflegerischen Handlungen, die die Befragten als Reaktion auf das von ihnen empathisch Verstandene in einer Pflegesituation vor dem Hintergrund ihres pflegerischen Regelwissens bzw. ihres Pflegeverständnisses generierten. Im Verständnistypus III handelt es sich hierbei um pflegerische Handlungen, die die Interviewpersonen in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation ihrem jeweiligen Gegenüber anboten, vorschlugen und/oder von sich aus ausprobierten. In den zahlreichen Interviewauszügen in diesem Unterkapitel und auch im sonstigen Datenmaterial lassen sich viele Beispiele für pflegerische Handlungen finden, die sich aus empathischen Erkenntnisprozessen ergeben haben, beispielsweise...

- gängige Pflegeinterventionen, die aber am jeweiligen Gegenüber orientiert bzw. situationsadäquat ausgestaltet werden⁴⁵⁹,
- eher unübliche Pflegeinterventionen, die dem Anderen bewusst angeboten werden⁴⁶⁰,
- verbale Kommunikation (z.B. ermutigende Worte⁴⁶¹, Gespräche⁴⁶²),
- nonverbale Interaktion (z.B. körperorientierte Zuwendung durch „Arm um jemanden legen“⁴⁶³ oder „jemandes Hand halten“⁴⁶⁴ bzw. „einfach nur da sein“⁴⁶⁵),
- Gestaltung der Umgebung (z.B. Tisch umstellen für eine Person mit Demenz, die immer wieder auf dem Boden in der Ecke saß und aß⁴⁶⁶; Verlegung in ein anderes Zimmer anbieten⁴⁶⁷, Musikvorlieben eines Patienten im Hospiz berücksichtigen⁴⁶⁸),
- anwaltschaftliches Eintreten für zu Pflegende⁴⁶⁹,
- schriftliche und mündliche Weitergabe relevanter Erkenntnisse aus empathischen Erkenntnisprozessen ans Pflorgeteam⁴⁷⁰.

⁴⁵⁸ Die mögliche Analyserichtung, die in den Erzählungen der Befragten über pflegerische Empathie sich andeutenden Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person tiefergehend herauszuarbeiten, habe ich nicht weiterverfolgt. Grund hierfür war, dass sich im Typenbildungsprozess diesbezüglich keine zentralen Unterschiede zwischen den sich herauskristallisierenden Typen erkennen ließen. Die Analyse der Antworten der Lernenden auf die im Folgeinterview gestellte Leitfrage „Gibt es Situationen, in denen es Ihnen schwer(er) fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Situationen.“ zeigte u.a., welche zentrale Bedeutung den eigenen Gefühlen und Körperempfindungen der Interviewpersonen in empathischen Erkenntnisprozessen zukommen kann (s. Kapitel 17.4.2.1.1). Zudem liefern die beiden Ergebniskapitel zum Lernen pflegerischer Empathie an den Lernorten Betrieb (Kapitel 18) und Schule (Kapitel 19) wichtige Erkenntnisse zur Bedeutung emotionaler bzw. selbstregulatorischer Fähigkeiten von Pflege Lernenden in Prozessen der Perspektivenübernahme.

⁴⁵⁹ Vgl. ErstIV7_Z: 1209-1217, ErstIV15_GM: 00:18:40-00:19:24 und FolgeIV15_GM: 00:17:04-00:18:48.

⁴⁶⁰ Vgl. zum „Wimperntuschen“ FolgeIV14_GM: 00:26:10-00:26:22 und zur „Körperhaarentfernung“ bei jungen Frauen FolgeIV14_GM: 00:05:51-00:06:12.

⁴⁶¹ ErstIV16_GM: 00:14:40-00:14:50

⁴⁶² Vgl. u.a. ErstIV15_GM: 00:13:34-14:05 + 00:15:16-00:18:20.

⁴⁶³ ErstIV8a_GM: 00:21:30-21:38

⁴⁶⁴ FolgeIV5_Z: 395

⁴⁶⁵ Vgl. ErstIV7_Z: 798-817 und ErstIV8a_GM: 00:23:07-00:23:51.

⁴⁶⁶ Vgl. FolgeIV1_Z: 638-644.

⁴⁶⁷ Vgl. FolgeIV5_Z: 666-668.

⁴⁶⁸ Vgl. FolgeIV2_Z: 287-289, 304f., 310-314.

⁴⁶⁹ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 269-271, 327-338, 389-473 und FolgeIV8_GM: 00:19:31-00:20:31 + 00:21:48-00:23:00.

⁴⁷⁰ Vgl. FolgeIV4_Z: 108-122 und FolgeIV5_Z: 442-458.

Abschließend folgen zwei Sequenzen, in denen zwei unterschiedliche Interviewpersonen empathisch im Sinne des Verständnistypus III gehandelt haben, in der ersten Sequenz gegenüber einer Pflegeheimbewohnerin⁴⁷¹ und in der zweiten gegenüber einem Teenager mit Behinderung auf einer kinderorthopädischen Station⁴⁷².

In der ersten Interviewsequenz bemerkte eine Person, dass eine Bewohnerin, deren Zimmertür offen stand, weinte. Die Person kannte die Bewohnerin und beschrieb sie im Interview als...

IP7: „...sehr willensstarke Frau, die immer taff ist, die auch immer kämpft eigentlich, die sehr forsch ist, sie ist, die sehr genau weiß auch, was sie will, die genau sagen kann, was man falsch macht und das auch sehr drastisch teilweise...“ (ErstIV7_Z: 779-781).

In dieser Situation (s.u.) scheinen im Prozess der Perspektivenübernahme der Interviewperson v.a. die Strategien „Spüren, „jetzt ist irgendwas“, wie es dem Anderen geht und/oder was er brauchen/wollen könnte“ und „Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen“ zum Tragen gekommen zu sein. Zugleich ist, so ist anzunehmen, aber auch von Bedeutung, dass die Person und die Bewohnerin einander bereits eine Weile kannten.

IP7: „Ja, sie war in ihrem Zimmer. Die Tür steht von diesem Zimmer eigentlich immer auf und sie hat geweint. Und ich bin dazu gekommen und hab ihr durch meine ja auch durch die Anwesenheit einfach, manchmal muss man einfach nur da sein, denke ich, dass jemand spürt „Da ist noch jemand und ich bin nicht allein mit meinen Sorgen und Ängsten“. Vielleicht ist das das Wichtigste, ich weiß es nicht genau. Sie war am Weinen. Sie hatte schlechte Nachrichten über das Telefon bekommen. Und ich habe mich einfach dann auch dazu gesetzt, habe ihre Hand gehalten und obwohl sie das eigentlich sonst nie mag so diese körperliche Nähe, aber da wusste ich sofort, also jetzt in diesem Augenblick braucht sie dies. Ja und dann einfach hat sie sich beruhigt, hat mich dann auch wieder weg, dann war sie wieder die Taffe, hat gesagt „Ist gut“. (IP7 schmunzelt kurz.) Dann bin ich auch gegangen. Aber sie hat sich nachher [= „n halben Tag später“ (ErstIV7_Z: 783); GK] noch mal bedankt.

GK: Und Sie waren einfach da und haben gar nicht miteinander gesprochen?

IP7: Ich glaube, wir haben nicht, sie hat, glaube ich, nur mal erzählt, warum, also dass irgendjemand verstorben war, deshalb wusste ich das, also dass sie schlechte Nachrichten per Telefon bekommen hat, aber ansonsten (verneinende Laute).“ (ErstIV7_Z: 798-817)

Meiner Einschätzung handelte die Interviewperson in dieser Situation empathisch im Sinne des Verständnistypus III⁴⁷³: In der Sequenz wird deutlich, dass die Person auch in einer schwierigen emotionalen Situationen u.a. aufgrund ihrer Empathiefähigkeit handlungsfähig bleibt und der Bewohnerin auf einer vagen emotionalen Ebene auch ohne Worte

⁴⁷¹ Vgl. ErstIV7_Z: 778-784, 798-817.

⁴⁷² Vgl. ErstIV5_Z: 248-271, 313-355.

⁴⁷³ Für die Anregungen zu dieser Lesart danke ich den Doktorand*innen meiner interdisziplinären Analysegruppe (via Skype), die mit Kruses integrativem Basisverfahren arbeitete.

verstehend begegnen kann. In der Erzählung erkannte die Person sehr sensibel die Sondersituation, in der sie die Bewohnerin antraf: Die sonst „*taffe*“ Bewohnerin weinte und verlieh damit einer verletzlichen Seite in ihr Ausdruck, die sie sonst den Pflegenden scheinbar nicht zeigte. Die Person ging in diese ergebnisoffene Sondersituation „mutig“ hinein und riskierte eine eventuelle schroffe Abfuhr durch die Bewohnerin. Es ist denkbar, dass jemand anderes vielleicht am Zimmer vorbeigegangen wäre. Die Person schien gespürt zu haben, dass die Bewohnerin in der besagten Situation möglicherweise offen für Trost bzw. emotionalen Beistand war. Sie entschied sich in dieser Situation dafür, ihr auf einer nonverbalen Ebene zu begegnen/beizustehen, d.h. zu versuchen, ihr durch ihre bloße Anwesenheit und ein Halten ihrer Hand Nähe und Verständnis zu vermitteln.

IP7: „...*ich habe mich einfach dann auch dazu gesetzt, habe ihre Hand gehalten und obwohl sie das eigentlich sonst nie mag so diese körperliche Nähe, aber da wusste ich sofort, also jetzt in diesem Augenblick braucht sie dies.*“ (ErstIV7_Z: 804-807)

Diese Sequenz steht unter anderem auch exemplarisch dafür, dass die interpersonellen Ergebnisse empathischer Erkenntnisprozesse sehr unterschiedlichen Charakter haben können, was bereits im Vorausgegangenen beschrieben wurde. In diesem Falle handelte es sich bei dem interpersonellen Ergebnis, das die Interviewperson aus ihrem Verstehensprozess ableitete, um eine nonverbale Interaktion in Form einer körperorientierten Zuwendung („*ihre Hand gehalten*“ (s.o.)) und einem, in ihren Worten ausgedrückt, „*einfach nur da sein*“ (s.o.). Durch ihr bewusstes Verbleiben in der Situation bzw. in der räumlichen Nähe der Bewohnerin gab sie dieser auf eine vorsichtige, respektvolle und keinesfalls Erzählpflichten auslösende Art und Weise den Raum, sich ihr (non)verbal mitzuteilen.

In dem zweiten Beispiel erzählte eine andere Interviewperson von einer Situation auf einer kinderorthopädischen Station, in der sie gemeinsam mit einem Pfleger ein vierzehnjähriges Mädchen mit geistiger und körperlicher Behinderung bei der Körperpflege im Bett unterstützte. Die Person erkannte in dieser Pflegesituation durch das Einsetzen v.a. einer Strategie der Perspektivenübernahme, dass das Mädchen sich schämte, weil es sich in seiner Privatsphäre verletzt fühlte. Der Pfleger hatte die junge Frau zu Beginn der Körperpflege komplett ausgezogen und während des sich hinziehenden Waschvorgangs entblößt liegen lassen. Hinzu kam noch, dass er zwischendurch telefonierte und im weiteren Verlauf der Situation die Visite, bestehend aus drei Ärzten, ins Zimmer kam. Die Person erkannte ebenfalls, dass die junge Frau vergeblich versuchte, sich zu bedecken. In dieser Situation scheint im Prozess der Perspektivenübernahme der befragten Person u.a. die Strategie „Bewusstes Achten auf die verbalen, paraverbalen und nonverbalen Äußerungen des Anderen sowie auf eventuelle Diskrepanzen zwischen diesen“ zum Tragen gekommen

zu sein.

IP5: „Und man sah richtig, wie sie versuchte, sich immer so zuzuhalten und einfach Schutz und irgendwie einfach auch, das ist ja auch peinlich. (GK: Ja.) Also mit vierzehn auch gerade und so. Man möchte ja, niemand möchte da so liegen. [...] Ja die hat, die konnte nicht sprechen, also die hatte ein total verzerrtes Gesicht und hat immer so ihn [= den Pfleger; GK] angeguckt und immer so „mh mh“ gemacht und hat sich halt einfach auch versucht wirklich zuzudecken so. Und hat immer wieder nach der Decke gegriffen, was der Pfleger aber eher als „So jetzt ist aber hier mal Schluss. Jetzt musst Du mal“ also, der hat das gar nicht so als wirklich äh Geste mit mit `nem Hintergrund gesehen, sondern eher so „Oah, jetzt greift die schon wieder und will irgendwas rausschmeißen.“ oder so. Also er hat eigentlich gar nicht genau auf sie geguckt so, ne?“ (ErstIV5_Z: 259-265, 313-320)

In diesem Falle handelte es sich bei dem interpersonellen Ergebnis, das die Interviewperson aus ihrem Erkenntnisprozess ableitete, um ein anwaltschaftliches Eintreten für die junge Frau bei beobachteten patient*innenignorierenden Handlungen durch Pflegende bzw. Angehörige anderer Berufsgruppen. Die Person, die sich zu diesem Zeitpunkt in der Mitte des zweiten Ausbildungsjahres befand, brachte den Mut auf, sich für das Bedürfnis dieser jungen Frau nach Privatsphäre gegenüber dem Pfleger und den hinzukommenden Ärzten anwaltschaftlich einzusetzen. Hierbei riskierte sie ablehnende Reaktionen der ihr in der Hierarchie übergeordneten vier Männer. Durch das diplomatische Vorbringen ihres Anliegens, die junge Frau zu bedecken, konnte sie diese vor weiteren Verletzungen ihrer Privatsphäre schützen und zugleich verhindern, dass die im Raum anwesenden Professionellen ihr Gesicht verloren. Von den saloppen, wenig verständnisvollen, irritierten Kommentaren des Pflegers bzw. der Ärzte ließ die befragte Person sich scheinbar nicht beirren.

IP5: „Und ich meinte dann [= zu dem Pfleger; GK] „Hm also naja, aber ich meine vielleicht möchte die jetzt erst mal ein Handtuch drüber“ und dies und das. „Ja wenn wir das jetzt bei jedem machen.“ Also immer dieser Spruch, der dann auch kommt, ne? [...] Und da [= als der Pfleger begann, nebenher andere Dinge zu erledigen und schließlich zu telefonieren; GK] meinte ich zu ihm „Hier pass auf, wie wäre es denn, ich mache das einfach und ist doch eh schöner.“ Und dann meinte ich so „Mensch, wenn ich an mich damals mit vierzehn gedacht hätte, wäre mir auch super peinlich gewesen.“ Und dann hat er mich angeguckt und auf sie und „Ach so. Naja. Aber es geht ja nun mal nicht anders.“ Und dann meinte ich so „Ja ja klar, aber ich kann`s ja jetzt machen und dann ist es vielleicht auch angenehmer“. Und dann naja habe ich es halt übernommen. Und dadurch ging es dann. [...] Dann kam noch die Visite rein mit drei Ärzten. Die lag immer noch da und dann habe ich sie einfach zugedeckt und dann meinte irgendwer „Ja warum ist die denn jetzt schon wieder zugedeckt?“. Und dann meinte ich so „Naja, weil sie`s jetzt auch nicht so schön fand, hier nackt zu liegen. Das hat man gemerkt.“ Und dann „Ach so, ja.“ (ErstIV5_Z: 269-271, 327-338)

In den Folgetagen setzte sich die Interviewperson dafür ein, die junge Frau zu betreuen, um diese vor weiteren beschämenden Vorgehensweisen dieses Pflegers zu schützen⁴⁷⁴. Das anwaltschaftliche Eintreten für Patient*innen bei von ihr beobachteten patient*innenignorierenden bzw. -schädigenden Handlungen durch Pflegende und/oder

⁴⁷⁴ Vgl. ErstIV5_Z: 343-350.

Angehörige anderer Berufsgruppen ist für diese Person ein in dem Erstinterview häufiger benanntes interpersonelles Ergebnis ihrer Prozesse der Perspektivenübernahme⁴⁷⁵. Andere Befragte reagierten in ähnlichen Pflegesituationen, obwohl sie ebenfalls die Perspektive des jeweiligen leidenden pflegebedürftigen Menschen erkannten, deutlich zurückhaltender (s. Kapitel 17.4.1.2 den Punkt 1).

17.2.4 Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren (= Verständnistypus IV)

Im Unterschied zu den bislang dargestellten drei idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie ist für den vierten Verständnistypus die Überzeugung zentral, dass Pflegende ihre Empathiefähigkeit nutzen können bzw. sollten, um Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung bei pflegebedürftigen Menschen anzustoßen respektive zu fördern. Die Interviewpersonen, die von Situationen erzählten, in denen sie selbst oder andere Pflegende empathisch im Sinne des Verständnistypus IV gehandelt haben, sahen es als pflegerische Aufgabe, pflegebedürftige Menschen bei der Bewältigung der psychischen Krisenhaftigkeit ihrer Situation zu unterstützen (s. Kapitel 17.1.1).⁴⁷⁶ Sie nutzten daher gezielt ihre Empathiefähigkeit, um auf Persönlichkeitsentwicklung abhebende Reflexions- bzw. Veränderungsimpulse zu generieren und zu setzen (s. Abb. 23).

Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie	
Pflegebedarf	Persönlichkeitsentwicklung Unterstützung bei der Bewältigung der psychischen Krisenhaftigkeit der Situation des pflegebedürftigen Menschen bzw. bei der Entwicklung von an die jeweilige Lebenspraxis angepassten Handlungsalternativen durch das Verändern von/Einflussnehmen auf dessen psychische Strukturen (vgl. Darmann-Finck 2009a: 16)

Abbildung 23: Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie des Verständnistypus IV

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Verständnistypus IV vor allem aus dem sehr umfangreichen Datenkorpus des Erst- und Folgeinterviews (150 min. und 119 min.) einer Interviewperson generiert. In den vielen von ihr erzählten Pflegesituationen tauchten als empathische Akteure im Sinne des Verständnistypus IV v.a. sie selbst sowie im Folgeinterview auch eine Pflegende auf, die diese Interviewperson auf einer geburtshilflichen Station anleitete. In der Erzählung einer anderen Interviewperson über das empathische

⁴⁷⁵ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 276-300, 389-473, 1049-1088.

⁴⁷⁶ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 271-288, 349-405 und FolgeIV2_Z: 34-212.

Handeln einer Pflegenden, ebenfalls auf einer geburtshilflichen Station, schien dieses idealtypische Verständnis IV pflegerischer Empathie in gleicher Weise auf.⁴⁷⁷

In den nachfolgenden Interviewauszügen thematisierte die Interviewperson teilweise explizit, teilweise implizit die oben beschriebene Zuständigkeitsauffassung des Verständnistypus IV im Hinblick auf pflegerische Empathie. Ihrer Einschätzung nach kann sie ihre Empathiefähigkeit am besten bei pflegebedürftigen Menschen einsetzen, die „schwer krank sind“ (s.u.). Bevor weiter unten im Einzelnen auf die Strategien eingegangen wird, die in Prozessen der Perspektivenübernahme i.S. des Verständnistypus IV bedeutsam sind, sei vorweggenommen, dass ausführlichen Gesprächen mit pflegebedürftigen Menschen über ihr Erleben ihrer gesundheitlichen Situation bzw. über ihr Leben mit gesundheitlichen Einschränkungen eine zentrale Rolle zukommt.

IP4: „Und leichter fällt es mir bei Leuten, die schwer krank sind. [...] Da komm ich immer am besten an, da hab ich auch die meiste Motivation von mir innen heraus, das alles aufzudecken. [...] Und dann traue ich mich auch zu fragen „Wie geht es Ihnen denn jetzt mit der Situation?“ (GK: Mhm.) ne? Weil da hab ich immer das Gefühl, auch wenn die vielleicht nicht wieder gesund werden, kann ich immer noch viel bewirken. Weil's mir nicht um den reinen Genesungsprozess geht, sondern um das, wie sie sich halt so, wie sie ihr Leben leben in der Situation. (GK: Ja.) Und dafür muss diese Situation halt so prägnant sein für denjenigen und auch so lange einschneidend sein.“ (FolgeIV4_Z: 818f., 825f., 835-830)

IP4: „Und es ist ja auch meine Aufgabe, diese Wege zu vermitteln und den Patienten [= ein junger Mann mit Darmkrebs im Endstadium; GK] durch diese Betreuung ihm einfach vielleicht auch Wege zu entwickeln, wie er sich selbst anders sieht. Also er wird sich nicht heilen können, aber wenn er dadurch, dass er merkt, wie wir mit dieser ganzen Sache auch umgehen, dass er dann auch sagt „Ja, okay es ist vielleicht jetzt so“. Dass man, dass es okay ist da drüber zu sprechen, dass es okay ist, dass aber auch mal sein zu lassen. [...] Ich kann nur mit dem Patienten arbeiten, wenn ich auch in diese Situationen eintauchen kann. Und das geht nur, wenn ich ihn individuell betrachte [...] Also das ist einfach so, dass man da drüber sprechen muss, wie die Situation für ihn aussieht und ich ihm nur dann helfen kann.“ (ErstIV4_Z: 1447-1453, 1459f., 1472f.)

Im Hinblick auf die Strategien, die in Prozessen der Perspektivenübernahme im Sinne des Verständnistypus IV bedeutsam sind, gibt es große Überschneidungen zum Verständnistypus III (s. Kapitel 17.2.3). Aller sieben dort beschriebenen Strategien bedienen sich auch Lernende bzw. Pflegende, deren empathisches Handeln dem Verständnistypus IV zu zuordnen ist.

Der entscheidende Unterschied ist jedoch, dass diese Personen die besagten Strategien in Kontakten zu pflegebedürftigen Menschen in erster Linie einsetzen, um deren Erleben ihrer Pflegebedürftigkeit, ihrer Krankheit bzw. ihrer damit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen sowie potenziellen psychosozialen Probleme zu ergründen. Zusätzlich zu diesen sieben Strategien sind zwei weitere Strategien zentral.

⁴⁷⁷ Vgl. FolgeIV2_Z: 34-212.

Zum einen nutzen Personen des Verständnistypus IV die Strategie „Gezieltes Fragen stellen abhängig von beobachteten bzw. erspürten Signalen, um die Perspektive des Anderen weitergehend zu erkunden“. Im Gegensatz zu den Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus III zugeordnet wurden und die aus den mittels der Strategien „Beobachten“ und „Spüren“ gewonnenen Erkenntnisse über den Anderen zumeist direkt Pflegeinterventionen ableiteten (s. Kapitel 17.2.3), ist es charakteristisch für Personen, die den Verständnistypus IV verinnerlicht haben, diese dem Gegenüber auf einer verbalen Ebene mitzuteilen und ggf. weitergehende, erzählgenerierende Fragen anzuschließen.

In den nachfolgenden Sequenzen zeigt sich diese Strategie, eigene Wahrnehmungen des Anderen diesem mitzuteilen, um deren „Richtigkeit“ zu überprüfen bzw. um den Anderen anzuregen, sich zu öffnen bzw. sich weitergehend zu erklären.

IP4: *„Also ganz einfach ist es, das wahrzunehmen, was derjenige macht (GK: Mhm.) und auf sein eigenes Gefühl zu hören, was macht das jetzt mit mir? (GK: Mhm.) und dann nachzufragen „Ist es das, was ich auch wahrnehme?“ und irgendwie da 'n Konsens zu finden und dann, nur so weiß ich ja worauf was wirklich los ist mit demjenigen. (GK: Mhm.) Also man hat ja so seine eigene Vorstellung vom Leben und der Welt, die kann man dann ja nur dadurch erweitern durch Gespräche. Und dann kann man da gemeinsam irgendwie 'ne Lösung zu finden, wenn man mal über das Gleiche spricht, (GK: Ja, ja.) ne?“ (FolgeIV4_Z: 719-726)*

IP4: *„Oder Sätze werden nicht vollendet, einfach weil sie [= die Patient*innen, GK] dann plötzlich merken „Oh Gott, geh` ich jetzt `n Schritt zu weit?“ ne?. Dass man einfach nochmal nachfragt „Aber da jetzt irgendwie find ich, das ist jetzt noch nicht zu Ende. Können Sie nochmal weitersprechen?“ (FolgeIV4_Z: 763-766)*

IP4: *„...dass war irgendwie ganz großartig, dass sie [= die Pflegenden auf der Geburtshilfe; GK] auch immer rausgefunden hat, wenn irgendwie was war, wo sie gemerkt hat „Ja okay die Frau, die spricht jetzt wenig.“ oder „Sie spricht extrem viel.“, ne?, dass sie irgendwie versuchen, irgendwas zu kompensieren. Dann hat sie da auch immer ganz klar gesagt „Ich hab` das Gefühl bei Ihnen ist jetzt das und das los.“ (GK: Mhm.) ne?“ (FolgeIV4_Z: 662-667)*

Besonders deutlich kommt diese Strategie in einer Erzählpassage zum Ausdruck, in der die Interviewperson versuchte zu beschreiben, welche Unterschiede sie machen würde, beim Einsetzen ihrer Empathiefähigkeit in beruflichen und privaten Beziehungen.

IP4: *„Wenn [Lebenspartner*in von IP4; GK] dann grummelig ist, dann sprech ich [sie/ihn; GK] nicht an (GK: Ja.) „Ja, sag mal, was 'n jetzt los?“ Dann frag` ich nur „Schlechter Tag?“, „Hähn.⁴⁷⁸“. Okay (IP4 lacht.), und weg bin ich. (GK: Ja.) Dann such ich nicht weiter das Gespräch. (GK: Ja, mhm, mhm, ja.) Und im Beruflichen würde ich dann vielleicht doch nochmal nachhaken „Oh, das hört sich jetzt aber nicht gut an. Können Sie vielleicht wenigstens ein, zwei Sachen sagen?“. Und dann ist ja meistens schon der Weg zu 'nem Gespräch da, wenn sie einmal anfangen, können sie ja dann doch nicht mehr aufhören.“ (FolgeIV4_Z:1018-1025)*

⁴⁷⁸ Mit lustloser, genervter Betonung gesprochene Antwort der/des Lebenspartner*in auf die Frage von Interviewperson 4.

Neben der Strategie „Gezieltes Fragen stellen abhängig von beobachteten bzw. erspürten Signalen, um die Perspektive des Anderen weitergehend zu erkunden“ konnte eine weitere für den Verständnistypus IV charakteristische Strategie identifiziert werden: die Strategie „Gezieltes Fragen stellen in gesellschaftlich tabuisierten Situationen zum Erleben des Anderen“. Die Interviewperson, die die letztgenannte Strategie in beiden Interviews als bedeutsam für ihr Verständnis pflegerischer Empathie hervorhob, begründete dieses damit, dass es ihr nur so möglich sei, eigene „Vorurteile“⁴⁷⁹ bzw. „Empfindungen“⁴⁸⁰ über deren vermeintlich negative Sicht- und Erlebensweise(n) ihrer Krankheit(en) bzw. ihrer Behinderung(en) (bzw. der ihres Kindes) zu überwinden und sie als empathische Akteurin nur so offen für deren tatsächliche Perspektive sein könne.⁴⁸¹

IP4: *„Und ich bin dann einfach, hab ich versucht, zu, über meinen Schatten zu springen, man schweigt das gerne tot. (GK: Hm.) Und ich hab dann einfach probiert, um dieses Einfühlsame einfach zu ermöglichen, muss man denjenigen ja verstehen, sonst redet man immer nur bis vor die Stirn. Und da hab ich einfach nachgefragt, wie sie [= junge Patient*innen mit Krebs, die zur Portanlage kamen; GK] sich denn mit ihrer Situation fühlen. Und später hab ich auch einfach mal nachgefragt „Was macht der Krebs mit Ihnen?“, hab`s wirklich mal benannt, wovor irgendwie jeder Angst hat. Und hab erfahren, dass das gar nicht so schlimm ist, dass die Leute das eigentlich sehr schätzen, wenn man mal die Karten auf den Tisch legt und mal nachfragt, wie`s ihnen wirklich geht und ihnen nicht immer unterstellt wird, ihnen muss es jetzt zwangsläufig also schlecht gehen. Das war bei manchen gar nicht der Fall. (GK: Ja.) Die haben gesagt „Ja, es ist halt so. Und ich zieh das jetzt durch und dann wird`s schon wieder gut werden“. Und das ist irgendwie was, wofür man sich erst mal öffnen muss, weil ich selber muss dann ja mit der Situation klar kommen, was mir derjenige jetzt erzählt. Er könnte mir auch sagen „Ich fühl mich total Mist. Mir geht`s schlecht“, dann muss ich ja in der Lage sein, da drauf zu reagieren und mir auch dafür dann die Zeit nehmen, dem muss ich mir ja vorher bewusst sein.“ (ErstIV4_Z: 325-345)*

In Bezug auf die Vergleichsdimension „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ ist der Verständnistypus IV der Subkategorie „Erkenntnisgehalt: Psychosoziale Krisen“ zuzuordnen (s. Abb. 24). Prozesse der Perspektivenübernahme i.S. des Verständnistypus IV pflegerischer Empathie zielen schwerpunktmäßig darauf ab, Erkenntnisse über den pflegebedürftigen Anderen im Hinblick auf sein Erleben seiner aktuellen gesundheitlichen Situation zu gewinnen. Der Fokus liegt hierbei vor allem auf den eventuellen psychosozialen Herausforderungen, Belastungen, Problemlagen bzw. Krisen des pflegebedürftigen Anderen, die durch dessen Krankheit(en), dessen Behinderung(en), dessen Pflegebedürftigkeit, dessen Altern und/oder dessen Sterben ausgelöst wurden bzw. werden könnten.

⁴⁷⁹ ErstIV4_Z: 368

⁴⁸⁰ ErstIV4_Z: 351

⁴⁸¹ Vgl. zum Erleben behinderter Kinder ErstIV4_Z: 356-369, zum Erleben von Eltern behinderter Kinder ErstIV4_Z: 369-381, zum Erleben von Menschen mit Krebs ErstIV4_Z: 319-352, zum Erleben schwerkranker Menschen FolgeIV4_Z: 818f., 832-840 und zum Erleben von Hospizgästen FolgeIV4_Z: 82-88.

Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme	
Erkenntnisgehalt: Umgang mit Selbst- bzw. Fremdpflege	Erkenntnisgehalt: Psychosoziale Krisen Erkenntnisse über eventuelle psychosoziale Problemlagen und Krisen pflegebedürftiger Menschen

Abbildung 24: Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme des Verständnistypus IV

Im Hinblick auf die Subkategorie „Gefühle und Körperempfindungen der empathischen Person“ konnten in dieser Untersuchung keine Unterschiede zwischen den Interviewpersonen, deren empathisches Handeln den Verständnistypen III bzw. IV zugeordnet werden konnte, festgestellt werden. Aus diesem Grunde wird an dieser Stelle lediglich auf die Erläuterung dieser Subkategorie in dem Kapitel 17.2.3 verwiesen.

Die Kategorie „Interpersonelle Ergebnisse des Prozesses der Perspektivenübernahme“ beschreibt die pflegerischen Handlungen, die die Interviewpersonen aufgrund ihrer durch Empathie gewonnenen Erkenntnisse über ihr pflegebedürftiges Gegenüber generierten. In den im restlichen Teil dieses Unterkapitels angeführten Interviewauszügen lassen sich zahlreiche Beispiele für kommunikative Handlungen finden, die von der Interviewperson, die das idealtypische Verständnis IV verinnerlicht hatte, als Ergebnis ihrer empathischen Erkenntnisprozesse entworfen wurden.

Nachfolgend soll anhand einiger Interviewsequenzen für die Leser*innen nachvollziehbar gemacht werden, wie es beim empathischen Handeln im Sinne des Verständnistypus IV u.a. durch den Einsatz der Strategie „Gezieltes Fragen stellen abhängig von beobachteten bzw. erspürten Signalen, um die Perspektive des Anderen weitergehend zu erkunden“ dazu kommen kann, dass pflegebedürftige Menschen sich der pflegerisch-empathischen Person mehr und mehr im Hinblick auf diverse psychosoziale Probleme öffnen bzw. anvertrauen, die aus ihrer jeweiligen Krankheit bzw. Behinderung resultieren und ihr Leben belasten.⁴⁸² Hierdurch kann eine sehr enge, vertrauensvolle Beziehung zwischen dem pflegebedürftigen Menschen und der empathischen Person entstehen, in der Probleme thematisiert werden, deren professionelle Bearbeitung meiner Einschätzung nach weniger in die Zuständigkeit von Pflegelernenden bzw. Pflegenden fällt sondern vielmehr in den Kompetenzbereich von Beratungsprofessionen wie beispielsweise Psychologie, Psychotherapie, (Sozial-)Pädagogik oder Theologie.

Die unten angeführten Sequenzen beziehen sich auf von der Interviewperson erinnerte

⁴⁸² In den Unterkapiteln 18.1.3.4.1 sowie 18.1.3.4.2 werden weitere Interviewsequenzen angeführt und interpretiert, die empathisches Handeln im Sinne des Verständnistypus IV exemplarisch illustrieren sollen.

Gespräche in einem Hospiz mit einer circa fünfzig Jahre alten Frau, die unter Krebs im Endstadium litt. In dem ersten erinnerten Gespräch zwischen der befragten Person und der Frau ging es um deren Glaubensfragen und -zweifel, in dem zweiten um deren Problem, ihre bestehenden Sozialkontakte entsprechend ihrer, ihr noch zur Verfügung stehenden Kräfte bzw. Möglichkeiten zu gestalten. Die Interviewperson kannte die Frau bereits einige Tage aus ihren Nachtdiensten im Hospiz. Während dieser Nachtdienste hatte sie zunehmend verwundert, dass die Frau so häufig klingelte und um Hilfe bei Dingen bat, die sie zu dem damaligen Zeitpunkt eigentlich noch selbstständig hätte ausführen können (z.B. den Vorhang zuziehen, das Bett richten)⁴⁸³.

IP4: „Also da kam das Gefühl auf, das ist nicht das Richtige [= das Zuziehen des Vorhangs, ...; GK]. Und dann hab ich mich hingeworfen zu, an ihr Bett und hab zu ihr gesagt „Ich glaube, es geht Ihnen hier gar nicht um die kleinen Tätigkeiten, sondern es geht Ihnen hier darum, sich noch weiter auszuprechen.“ (GK: Mhm.) Und dann fing sie eben an, dass sie das, sie ist streng gläubig gewesen (GK: Mhm.) und römisch-katholisch oder. Ich kenn mich persönlich überhaupt gar nicht mit diesen ganzen Glaubenssachen aus und hatte auch echt Probleme damit. Aber für sie war's halt ganz schlimm, dass sie wohl von Gott keine keine irgendwelche Botschaften mehr geschickt kriegt.“ (FolgeIV4_Z: 204-213)

Die Frau ging auf das offene Gesprächsangebot der Interviewperson direkt ein und vertraute dieser neben ihren, durch die schwere Krankheit ausgelösten, Glaubensproblemen bzw. den damit verbundenen „Ängste(n)“⁴⁸⁴ auch ihre Gedanken zu einem nahenden Weltuntergang an. Der befragten Person wurde im Verlaufe des Gesprächs zunehmend bewusst(er), dass sie diesem nicht gewachsen war. Sie erklärte dieses der Frau und bot ihr an, ihr eine*n geeignete*n Gesprächspartner*in im Pflorgeteam zu vermitteln. Die nachfolgende Sequenz illustriert einerseits, wie die Person in diesem Gespräch an ihre Grenzen geriet. Zugleich zeigt sich aber auch, wie sie an der Überzeugung festhält, dass es zum Zuständigkeitsbereich von Pflege gehöre, mit pflegebedürftigen Menschen Gespräche über deren Glaubensprobleme zu führen.

IP4: „Und als dann so Sachen kamen „Ja, 201[X] geht die Welt unter und (GK: Mhm.) Sie müssen jetzt nach Afrika auswandern und sich da `nen Brunnen bauen und `n Pferd kaufen, weil da haben Sie bessere Überlebenschancen.“ dann kam ich auch an meine Grenzen, (GK: Mhm.) weil ich dachte „Okay, ich, jetzt ist der Punkt erreicht, ich kann ihr einfach nicht mehr (GK: Mhm.) gegenüber sitzen und (GK: Ja.) adäquat reagieren, weil ich denke, für mich ist das jetzt gar nicht.“ Und da hatten wir Gott sei Dank welche im Team, die dann da drauf (GK: Ähn.) reagieren konnten. [...] Ich bin da manchmal noch so in mir selber gefangen, dass ich denke „So `n Quatsch.“ (GK: Ja, mhm.) Und wenn ich dieses Gefühl entwickel „So `n richtigen, so `n Quatsch! Und das ist jetzt alles-“, dann kann ich ja auch die Bedürfnisse nicht mehr wahrnehmen, (GK: Mhm.) die derjenige gegenüber hat. (GK: Mhm.) Und dann geh ich lieber und übergeb es weiter. [...] Also ich hab sie natürlich noch weiter betreut, (GK: Mhm.) aber sie wusste auch, wer der Ansprechpartner dann war (GK: Ja.) für solche Gespräche. Weil ich einfach gesagt hab „Ich kann es nicht. Und hier ist mein Kollege, an den können Sie sich gerne wenden, auch wenn der nicht ständig bei mir ist, ist er trotzdem hier. Und ich kann ihn anrufen und er kommt.“ (GK: Mhm.) Und ja das hat dann ganz gut geklappt.“ (FolgeIV4_Z: 237-

⁴⁸³ Vgl. FolgeIV4_Z: 166-176, 191-268.

⁴⁸⁴ FolgeIV4_Z: 221

244, 249-253, 263-268)

Die Person erzählte im weiteren Verlauf des Interviews davon, dass diese Frau sich an sie auch mit anderen persönlichen Problemen wandte, beispielsweise ihren Schwierigkeiten, ihre zahlreichen Kontakte in ihrer aktuellen Lebenssituation im Hospiz zu „regeln“ (s.u.)⁴⁸⁵.

IP4: *„Und dann irgendwann, wenn die [= die vielen Besucher; GK] dann alle weg waren, ich kam nochmal rein, dann war auch das Bedürfnis da, das jetzt zu verarbeiten „Der Besuch war da (GK: Mhm.) und das hat mich auch angestrengt und die haben das gesagt und ich empfind aber das und (GK: Mhm, mhm.) ich weiß gar nicht, wie ich das regeln soll? Weil die besuchen mich immer so viel und ich möchte das eigentlich nicht. Aber die Kontakte sind mir wichtig.“ Das war dann immer, also sie wollte einfach immer `ne Lösung von einem haben.“ (FolgeIV4_Z: 275-282)*

Die Interviewperson unterstützte die Frau daraufhin u.a. durch Fragen bzw. Reflexionsimpulse wie beispielsweise *„Naja überlegen Sie doch mal, wenn Sie jetzt die Kontakte abbrechen, was macht das mit Ihnen?“⁴⁸⁶, „Und wenn Sie jetzt weiterhin die Kontakte haben, was macht das mit Ihnen?“⁴⁸⁷, „Okay, jetzt haben Sie zwei Sachen, welches davon möchten Sie denn jetzt abwägen, dass es für Sie trotzdem erfüllend ist?“⁴⁸⁸ bzw. *„Sie müssen ja auch keine endgültige Entscheidung treffen. Sie müssen sich ja nicht für A oder B entscheiden. Sie können das ja auch mischen. Das funktioniert ja.“⁴⁸⁹ einen „Plan“⁴⁹⁰ zu entwickeln, welche Kontakte sie künftig in welchem Umfang und auf welchem Wege pflegen möchte. Neben ihrem Bericht von diesen, die Frau zur Selbstreflexion anregenden Fragen erzählte die Person davon, dass sie der Frau in dem Gespräch weitere Impulse bzw. Tipps gegeben hätte, wie beispielsweise *„Naja lange Besuche strengen Sie ja auch an.“⁴⁹¹ oder „Naja, kommunizieren Sie das einfach offen, ne?, <<Ich hab jetzt keine Zeit.>> oder <<Ich werde mich jetzt `ne Weile nicht bei Dir melden oder vielleicht auch nicht antworten auf Deine Nachrichten>>.“⁴⁹²***

Beide im Vorausgegangenen skizzierten Gespräche zwischen der Interviewperson und der Frau im Hospiz stellen typische Prozesse der Perspektivenübernahme im Sinne des idealtypischen Verständnisses IV „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ dar. Zugleich stehen beide Gespräche exemplarisch für die interpersonellen Ergebnisse, also für die „pflegerischen“ Handlungen, die von den jeweiligen empathischen Personen aufgrund des empathisch Verstandenen initiiert werden. Im ersten

⁴⁸⁵ Vgl. FolgeIV4_Z: 275-288, 349-405.

⁴⁸⁶ FolgeIV4_Z: 282-284

⁴⁸⁷ FolgeIV4_Z: 284f.

⁴⁸⁸ FolgeIV4_Z: 285-287

⁴⁸⁹ FolgeIV4_Z: 360-362.

⁴⁹⁰ FolgeIV4_Z: 366.

⁴⁹¹ FolgeIV4_Z: 369

⁴⁹² FolgeIV4_Z: 383-385

Gespräch, in dem die Interviewperson herausgefunden hatte, dass die Frau unter Glaubensproblemen und Ängsten litt, hatte sie das Gespräch beendet und die Frau an einen Kollegen aus dem Pflegeteam verwiesen. Grund hierfür war, dass sie sich dem Gespräch nicht mehr gewachsen fühlte. Überlegungen darüber, ob sie der Frau anbieten sollte, einen Kontakt zu einer bzw. einem Seelsorger*in oder Theolog*in herzustellen, äußerte sie im Interview nicht. Für sie schien es hingegen selbstverständlich, dass die von ihr erkannten Probleme der Patientin in die Zuständigkeit und Kompetenz der Berufsgruppe Pflege fielen.

Das zweite Gespräch wurde in der Erinnerung der befragten Person von der Frau selbst initiiert (s.o.). Nachdem die Person erkannt hatte, dass die Frau sich durch ihre vielen Besuche erschöpft und überfordert fühlte, ließ sie sich auf ein Gespräch mit dieser ein. In diesem, an ein (laienhaftes) Verhaltenscoaching erinnerndes Gespräch, setzte sie diverse auf Selbstreflexion zielende Fragen bzw. Impulse ein, um die Frau darin zu unterstützen, eine Lösung für ihr Problem zu erarbeiten. Gemeinsam ist beiden Gesprächssituationen, dass die Interviewperson sich bzw. die Berufsgruppe Pflege als zuständig und kompetent betrachtet, pflegebedürftige Menschen durch kommunikative Interventionen anzuregen bzw. zu unterstützen, Lösungen für ihre, durch ihre Krankheit bzw. ihr Sterben ausgelösten psychosozialen sowie religiös-spirituellen Probleme zu entwickeln.

Abschließend eine Pflegesituation in einem anderen Setting mit einer anderen Zielgruppe pflegerischen Handelns, die ebenso wie die vorausgegangenen Situationen als typisch für empathisches Handeln im Sinne des idealtypischen Verständnisses IV gelten kann. Neben der in den beiden zuvor beschriebenen Gesprächssituationen bedeutsamen Strategie „Gezieltes Fragen stellen abhängig von beobachteten bzw. erspürten Signalen, um die Perspektive des Anderen weitergehend zu erkunden“ scheint in dieser Situation die Strategie auf, auch gesellschaftlich tabuisierte Lebensbereiche gezielt aufzugreifen bzw. zu thematisieren, in diesem Falle „Sexualität und Behinderung“. Die nachfolgend beschriebene Situation ereignete sich zwischen der Interviewperson und einem Teenager mit körperlicher und geistiger Behinderung in einem Kinderkrankenhaus auf einer Reha-Station.⁴⁹³

Die Person erzählte im Interview davon, dass dieser Junge dem Pflegeteam gegenüber anzügliche Äußerungen gemacht habe. Dieses hätte sich durch ihn belästigt gefühlt und ihm durch Bemerkungen wie beispielsweise *„Das will ich jetzt nicht hören!“*⁴⁹⁴ Einhalt geboten. Die Person hingegen versuchte bewusst, diesem Jungen empathisch im Sinne des Verständnistypus IV zu begegnen, d.h., seine sexuellen Anspielungen ernst zu nehmen

⁴⁹³ Vgl. ErstIV4_Z: 410-485.

⁴⁹⁴ ErstIV4_Z: 414

und mit ihm „darüber auch zu sprechen“⁴⁹⁵. Sie sah sich bzw. die Berufsgruppe Pflege als zuständig und kompetent an, diesen Jungen in seiner „Sexualentwicklung“⁴⁹⁶ zu begleiten, da er ihrer Einschätzung nach in dieser von seiner Familie unzureichend unterstützt wurde.⁴⁹⁷ Aus dieser Überzeugung heraus, versuchte die Person, die Perspektive des Jungen, wenn dieser anzügliche Bemerkungen machte, durch Fragen näher zu erkunden und in erzieherischer Intention das Thema „Sexualität“ mit ihm zu besprechen. Im Verlauf des Praxiseinsatzes der Person öffnete sich der Junge ihr immer mehr und die Pflegebeziehung zwischen den beiden geriet zunehmend auf eine diffuse Ebene.

IP4: „Und dann meinte er „Ja, also letzte Nacht hab ich geträumt.“ und ich so „Was `n?“, „Ja, da warst Du im Bikini am Strand.“ Und da hab ich im ersten Moment schon geschluckt. Und da hab ich dann aber nachgefragt „Was meinst Du denn, was es macht, dass man solche Träume, dass Du solche Träume hast?“. (GK: Hm.) „Ja, also mein Papa hat gesagt: <<Das ist ganz normal, dass Männer schmutzige Träume haben>>“. Dann hab ich auch gesagt „Ich würde`s nicht als schmutzig sagen, ich finde einfach, dass ist `n normaler Weg, sich zu entwickeln, das gehört dazu“. Ich hab dann nur gesagt „Das ist oft wichtig, dass man das nicht immer preis gibt, weil es jemanden anders auch durchaus verletzen kann. Mit mir bist Du jetzt an `nen Punkt gekommen, wo`s mich nicht stört. Der Nächste fühlt sich dadurch vielleicht verletzt.“ Und hab mit ihm darüber gesprochen. Und er konnte das auch, obwohl er zurück war, also er war ja geistig nicht fünfzehn, konnte er das trotzdem verstehen.“ (ErstIV4_Z: 420-433)

Die Person erzählte im weiteren Verlauf des Interviews davon, dass die Pflege dieses Teenagers sie zunehmend angestrengt bzw. teilweise auch überfordert und sie vergeblich nach Unterstützung und Entlastung im Pflgeteam gesucht habe.⁴⁹⁸

IP4: „Und er hat dann auch, (IP4 stöhnt) es war natürlich dann, er hat immer nach mir gefragt und „Machst Du mich heute?“. Und ich hab dann auch irgendwann gesagt „Ich kann nicht mehr.“, weil er immer, weil er ja, mir gegenüber hat er sich geöffnet und ich musste das alles alleine abtragen, weil das Team nicht mitgemacht hat. Ich hab`s im Team dann auch mal angesprochen, hab gesagt „Er braucht da irgendwie Unterstützung bei seiner Sexualentwicklung“, weil von zu Hause kam`s halt auch nicht. Er ist da echt in zerrütteten Familienverhältnissen aufgewachsen. Und da wurd ich angeguckt, als wär ich geistesgestört.“ (ErstIV4_Z: 437-443)

Meiner Einschätzung nach hat die befragte Person in der vorausgegangenen Situation hinter den anzüglichen Bemerkungen des Teenagers sowohl dessen sexuelle Wünsche und Bedürfnisse als auch seine, durch seine Behinderungen erschwerte, Entwicklungs-herausforderung, in seiner gegenwärtigen Lebensphase (Pubertät) eine eigene, ihn zufriedenstellende sexuelle Identität zu entwickeln, sowohl erkannt als auch anerkannt.⁴⁹⁹

Die Person rührte damit die gesellschaftlich tabuisierten Themenbereiche „Sexualität und Behinderung“ bzw. „Sexualität, Behinderung und Pflege“ an, die, so ist anzunehmen, auch für die Pflegenden dieser Reha-Station (noch) ein Tabu darstellten. Ansonsten wäre

⁴⁹⁵ ErstIV4_Z: 418f.

⁴⁹⁶ ErstIV4_Z: 441

⁴⁹⁷ Vgl. ErstIV4_Z: 440-442.

⁴⁹⁸ Vgl. ErstIV4_Z: 437-485.

⁴⁹⁹ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 412, 416-418.

denkbar gewesen, dass sich das Pfl egeteam offener auf den Gedanken der Interviewperson eingelassen hätte, dass dieser Junge möglicherweise sexualpädagogischer Begleitung⁵⁰⁰ bedurfte.

Scheinbar fehlte in dem Pfl egeteam neben dem Fachwissen zum professionellen Umgang mit sexuellen Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen mit Behinderung auch eine reflektierte Haltung, diesen sexuelle Selbstbestimmung bzw. das Entwickeln und Ausleben ihrer individuellen Sexualität zuzugestehen. Hierdurch ist die Interviewperson in der im Vorausgegangenen dargestellten schwierigen Pflegesituation auf sich allein gestellt gewesen. Sie erhielt im Pfl egeteam scheinbar kein Feedback dazu, an welchen Stellen sie gegenüber dem Jungen mit Behinderung unprofessionell gehandelt hatte bzw. frühzeitig(er) hätte Grenzen setzen können, um zu verhindern, dass die Pflegebeziehung auf eine diffuse Ebene glitt. Durch diese fehlende Begleitung auf der Reha-Station war die Person in ihrem empathischen Handeln gegenüber dem Jungen auf sich allein gestellt und damit überfordert gewesen, sowohl eigene Grenzen als auch Grenzen der Berufsrolle Pflege zu erkennen und zu regulieren.

Im Folgenden soll abschließend auf ein zentrales Problem eingegangen werden, das mit empathischem Handeln im Sinne des Verständnistypus IV einhergeht. Lernende, die diesen Verständnistypus verinnerlicht haben, betrachten es als ihre berufliche Aufgabe, bei pflegebedürftigen Menschen (und teilweise auch bei deren Angehörigen) Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung anzustoßen bzw. zu begleiten. Aus diesem Grunde ist es für sie wichtig zu erkunden, wie der jeweilige pflegebedürftige Andere seine gesundheitliche Situation bzw. die damit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen sowie potenziellen psychosozialen Probleme sieht und erlebt. Um an diese, für ihre pflegeberufliche Zuständigkeitsauffassung bedeutsamen Informationen über den Anderen zu kommen, setzen sie die bereits beschriebenen kommunikativen Strategien ein. Die weiter oben zitierte Grundüberzeugung der Interviewperson 4 *„Das ist einfach so, dass man da drüber sprechen muss, wie die Situation für ihn aussieht und ich ihm nur dann helfen kann.“*⁵⁰¹ bringt dieses Verständnis pflegerischer Empathie auf den Punkt: Der pflegebedürftige Andere *„muss“* über seine Sicht- und Erlebensweisen mit ihr sprechen, damit sie ihm *„helfen“* kann. Vor dem Hintergrund dieser Auffassung sind Lernende bzw. Pflegenden quasi aufgefordert bzw. *„berechtigt“*, ihre zu Pflegenden direkt auf deren Sicht- und Erlebensweisen ihrer Krankheit(en), ihrer Behinderung(en), ihrer Pflegebedürftigkeit, ihres Alterns sowie ihres Sterbens anzusprechen.

⁵⁰⁰ Beispielsweise professioneller Sexualaufklärung bzw. -beratung für Menschen mit Behinderung durch Sexualpädagog*innen.

⁵⁰¹ ErstIV4_Z: 1472f.

Meiner Einschätzung nach ist an diesem Verständnis pflegerischer Empathie problematisch, dass die Zuständigkeitsgrenzen des Pflegeberufes unzureichend reflektiert werden und Gefahr laufen, überschritten zu werden. Lernende, die diesem Verständnis gemäß empathisch pflegen, versuchen, unaufgefordert Persönlichkeitsentwicklungsprozesse bei ihren zu Pflegenden zu fördern, d.h., ohne dass diese ihnen hierzu den Auftrag erteilt haben. Zudem üben sie, auch wenn dieses ihnen vermutlich nicht bewusst ist und in bester Absicht geschieht, durch ihre Art und Weise der Kommunikation Thematisierungs-, Erzähl- sowie Reflexionszwänge auf ihre zu Pflegenden und ggf. auch auf deren Angehörige aus. Ihnen scheint nicht bewusst zu sein, dass sie durch diese Art und Weise des Fragenstellens ohne Einwilligung des pflegebedürftigen Gegenübers versuchen, therapeutisch auf dieses zu wirken. Folglich informieren sie es im Vorwege in der Regel auch nicht über mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen der von ihnen angedachten kommunikativen Interventionen. Durch dieses wenig sensible, als expertokratisch zu bezeichnende, kommunikative Vorgehen vergrößern sie unbeabsichtigt nicht nur die bestehende Machtasymmetrie zwischen Pflegenden und zu Pflegenden sondern auch die Gefahr, diese unbeabsichtigt zu missbrauchen. An dieser Stelle sei nochmals betont, dass Lernenden bzw. Pflegenden, die das idealtypische Verständnis IV pflegerischer Empathie verinnerlicht haben, vermutlich nicht bewusst ist, dass mit ihren wohlgemeinten (Nach-)Fragen bzw. Reflexionsimpulsen zugleich die Gefahr einhergeht, berufliche Zuständigkeitsgrenzen zu überschreiten und in diffuse, unprofessionelle pflegerische Beziehungsarrangements mit Potenzial zur Überforderung beider Seiten zu gleiten. Zudem erwerben Lernende in der Pflegeausbildung nicht die erforderlichen (selbst-)reflexiven, kommunikativen sowie methodischen Kompetenzen bzw. Haltungen, um therapeutisch wirksame Gespräche professionell führen zu können.

Vor dem Hintergrund dieser mit dem Verständnistypus IV pflegerischer Empathie einhergehenden soeben erläuterten Problematik ist die nachfolgende Einschätzung der für diesen Verständnistypus charakteristischen Ausprägungsgrade der in der vorliegenden Studie identifizierten Vergleichsdimensionen „Pflegeverständnis“ (s. Abb. 25) sowie „Empathische Grundhaltungen“ (s. Abb. 26) zu verstehen:

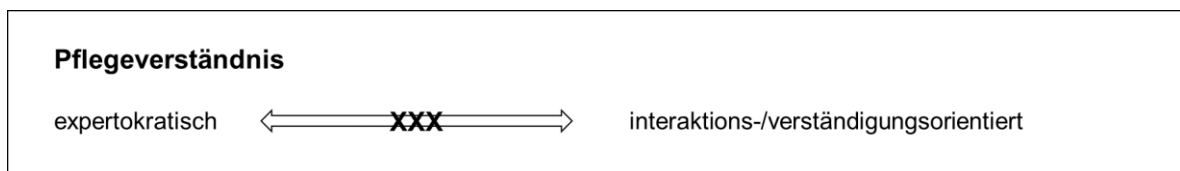


Abbildung 25: Pflegeverständnis des Verständnistypus IV

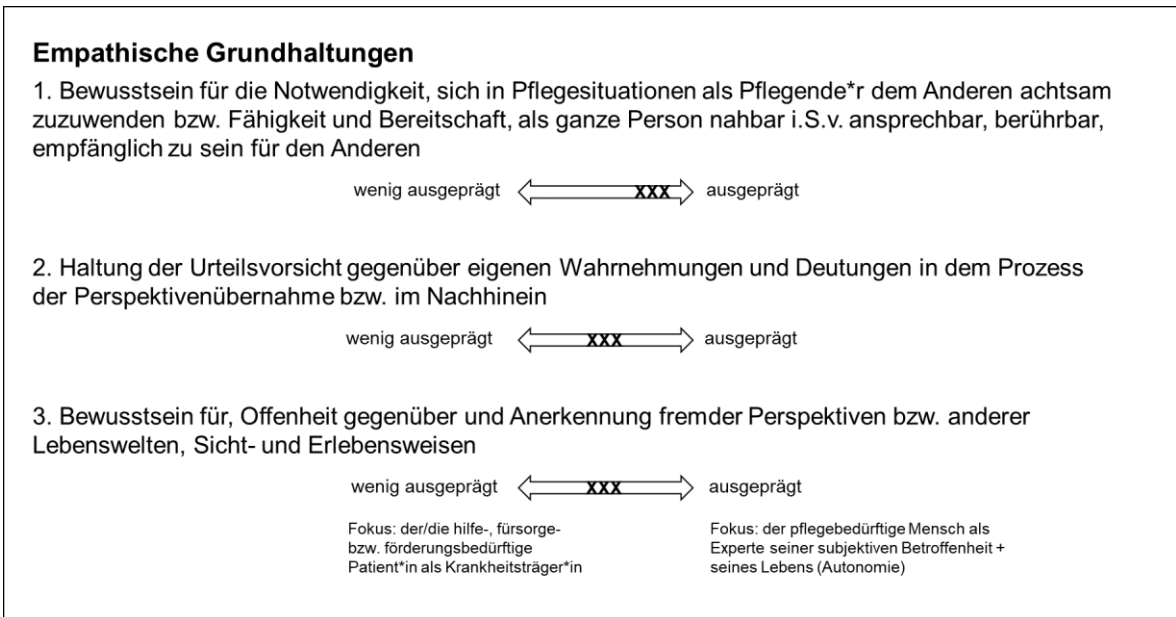


Abbildung 26: Empathische Grundhaltungen des Verständnistypus IV

17.3 Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden

Das nachfolgende Modell (s.u. Abb. 27) stellt die in den vorausgegangenen beiden Unterkapiteln 17.1 und 17.2 ausführlich beschriebenen vier Vergleichsdimensionen sowie vier Verständnistypen pflegerischer Empathie in einem Gesamtgefüge dar. In der linken Hälfte der Abbildung sind in der Vertikalen (analog der Ordinate eines Koordinatensystems) die beiden Vergleichsdimensionen „Pflegeverständnis“ und „Empathische Grundhaltungen“ und in der Horizontalen (analog der Abszisse eines Koordinatensystems) die beiden Vergleichsdimensionen „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ angeordnet. Jede der vier Vergleichsdimensionen ist mit ihren jeweiligen Endpolen als Kontinuum dargestellt.

Die vier idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie sind in dem Feld, das sich zwischen den senkrecht und horizontal angeordneten Vergleichsdimensionen aufspannt, in Anlehnung an ein Koordinatensystem an einer für sie charakteristischen Stelle verortet. Durch diese Platzierungen lassen sich auf einen Blick Informationen über die jeweilige Verortung eines Verständnistypus im Hinblick auf die vier Vergleichsdimensionen gewinnen. Darüber hinaus veranschaulicht das Modell, in welchem Verhältnis die vier Verständnistypen zueinander stehen bzw. ihre zentralen Ähnlichkeiten und Unterschiede.

In der rechten Hälfte der Abbildung ist der Verständnistypus IV pflegerischer Empathie verortet - durch eine gestrichelte, senkrechte Linie von den anderen drei Verständnistypen separiert. Diese Sonderstellung des Verständnistypus IV in der vorliegenden Abbildung

dient dazu, die im Unterkapitel 17.2.4 ausführlich beschriebenen Spezifika dieses idealtypischen Verständnisses bzw. die grundlegenden Unterschiede im Vergleich zu den Verständnistypen I bis III im Hinblick auf die Dimensionen „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ sowie „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ auch visuell hervorzuheben.

In der Darstellung wurden bewusst eine gestrichelte Linie sowie diese Linie durchdringende Pfeile verwendet, um zu verdeutlichen, dass in konkreten empathischen Interaktionen zwischen Pflegelernenden und pflegebedürftigen Menschen die Grenze zwischen empathischem Handeln im Sinne des Verständnistypus III und dem Verständnistypus IV fließend sein kann. Gemeint ist, dass eine empathische Person, die den Verständnistypus III verinnerlicht hat, in einer empathischen Begegnung mit einem pflegebedürftigen Menschen im Prozess der Perspektivenübernahme neben den Strategien des Verständnistypus III auch - ob bewusst oder unbewusst - zum Einsatz von Strategien im Sinne des Verständnistypus IV übergehen kann, da wie erwähnt, die Grenze eher fließend als starr ist.

Zudem ist auch denkbar, dass pflegebedürftige Menschen einer empathischen Pflegeperson, die den Verständnistypus III verinnerlicht hat, auch von sich aus Informationen anvertrauen können, beispielsweise über ihre psychosozialen Herausforderungen, Probleme respektive Krisen, die durch ihre Krankheit(en), ihre Behinderung(en), ihre Pflegebedürftigkeit, ihr Altern bzw. ihr Sterben ausgelöst wurden. Entscheidend hierbei ist meines Erachtens jedoch, ob bzw. dass der jeweiligen empathischen Person in der konkreten Interaktion bewusst wird, dass sie dabei ist, sich der fließenden Grenze pflegerischer Empathie zu nähern bzw. sie möglicherweise zu überschreiten in Richtung auf eine stärker auf psychologisches Verstehen ausgerichtete Interaktionsform. Sofern pflegerisch-empathische Personen über diese Bewusstheit verfügen, haben sie die Möglichkeit, die Annäherung an diese Grenze bzw. mögliche Grenzüberschreitungen reflektiert zu handhaben. Hierzu ist allerdings erforderlich, dass sie anerkennen, dass sie weder über die kommunikativen und (selbst-)reflexiven Kompetenzen für therapeutisches Arbeiten verfügen noch über den entsprechenden räumlichen und zeitlichen institutionellen Rahmen (s. Kapitel 17.2.4).

Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden

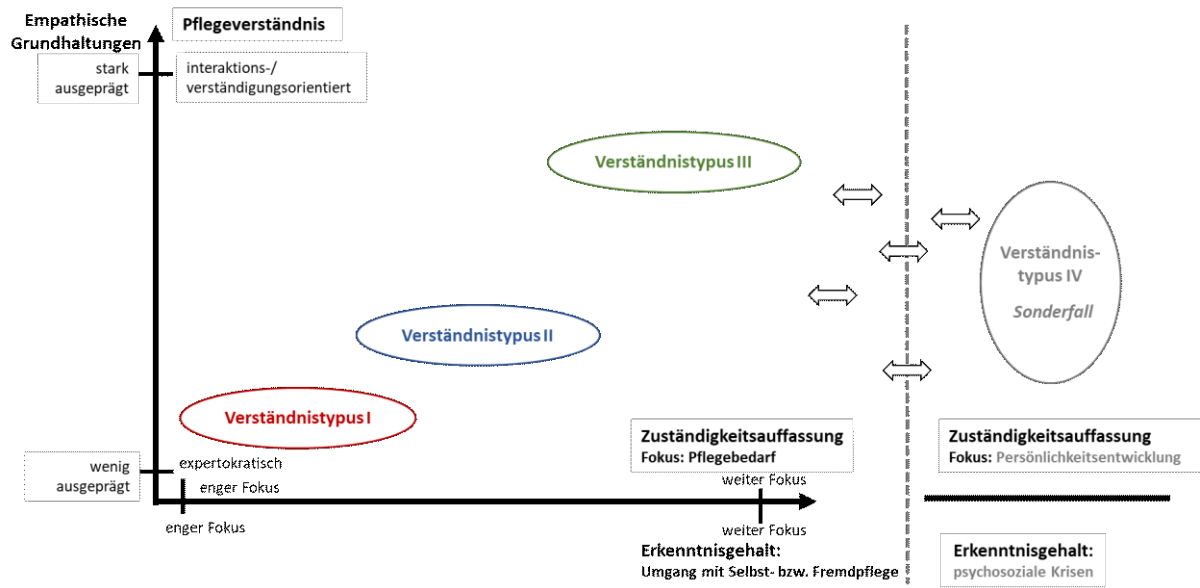


Abbildung 27: Modell: Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden

17.4 Intervenierende Faktoren

Neben den Faktoren, die auf die Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten am Lernort Betrieb Einfluss nahmen (s. Kapitel 18), konnten in der vorliegenden Untersuchung Faktoren identifiziert werden, die beeinflussten, ob Interviewpersonen ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß auch handelten. Diese Faktoren beeinflussen also, ob z.B. eine Person, die ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Typus III entwickelt hat, auch in der Lage ist, diesem gemäß zu Pflegenden zu begegnen. Dieser Fall ist in der unten stehenden Abbildung (s. Abb. 28) orange umkreist. Oder ob sie in bestimmten Situationen bzw. unter bestimmten Bedingungen hinter ihr Kompetenzniveau zurückfällt. D.h., dass sie ein empathisches Handeln zeigt, das eher dem Verständnistypus II oder sogar dem Verständnistypus I zuzuordnen ist. Das sollen die gelben Pfeile symbolisieren.

Die befragten Pflegelernenden schrieben diesen Faktoren sowohl eine sie in ihrem empathischen Handeln unterstützende als auch eine hemmende Wirkung zu. D.h., die identifizierten Faktoren haben aus Sicht der Befragten sowohl das Potenzial ihnen empathisches Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen zu erleichtern als auch zu erschweren. Zudem können sie auch bewirken, dass Pflegelernende, bewusst oder unbewusst, in bestimmten Situationen pflegebedürftigen Menschen nicht (mehr) empathisch begegnen (können). Die identifizierten Faktoren lassen sich drei Kategorien zuordnen: erstens „Institutionelle Faktoren“ (17.4.1), zweitens „Personale Faktoren: Pflegelernende*r“ (17.4.2) und drittens „Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch“ (17.4.3) (s. Abb. 28).

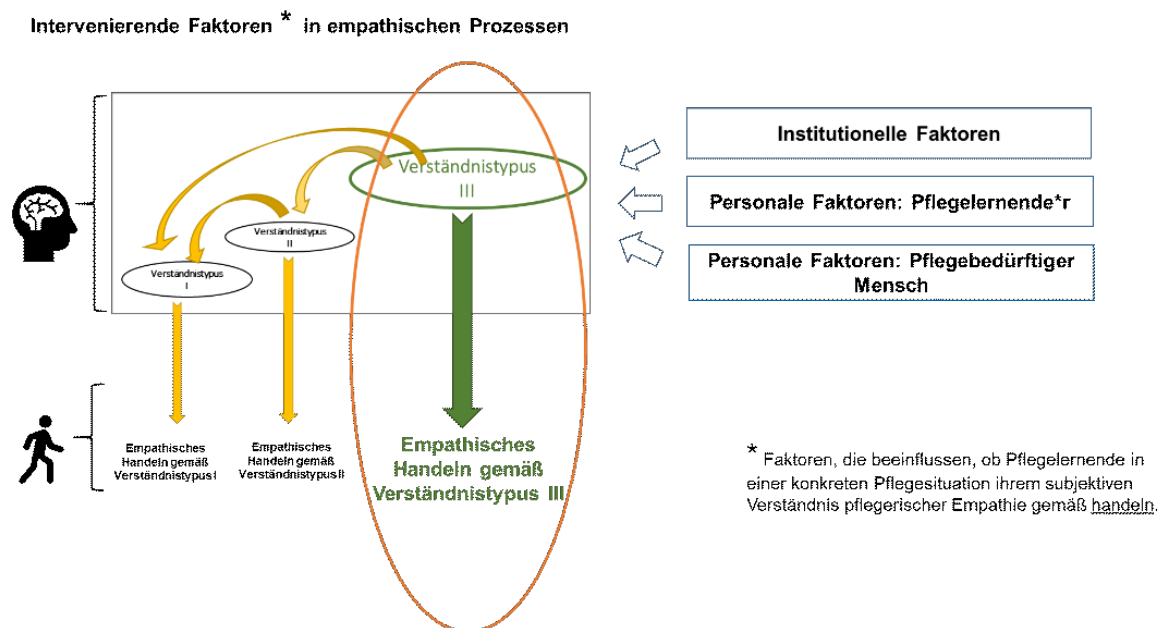


Abbildung 28: Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen

17.4.1 Institutionelle Faktoren

Die institutionellen Faktoren, die aus Sicht der befragten Pflegelegenden beeinflussten, ob sie in pflegerischen Interaktionen ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handelten bzw. handeln konnten, lassen sich in folgende vier Unterkategorien unterteilen: erstens „Personelle Voraussetzungen“ (17.4.1.1), zweitens „Pflegeteamkultur“ (17.4.1.2), drittens „Spezifika des pflegerischen Settings“ (17.4.1.3) und viertens „Bauliche sowie materielle Voraussetzungen“ (17.4.1.4) (s. Abb. 29). Bevor nachfolgend auf diese vier Aspekte im Einzelnen eingegangen wird, sei vorweg betont, dass die befragten Lernenden vor allem den ersten beiden Aspekten einen starken Einfluss auf ihr empathisches Handeln zuschrieben, genauer ausgedrückt den zeitlichen Ressourcen für Pflege (s. Kapitel 17.4.1.1) und dem „Beruflichen Aufgabenverständnis des Pflegeteams“ (s. Kapitel 17.4.1.2.1).

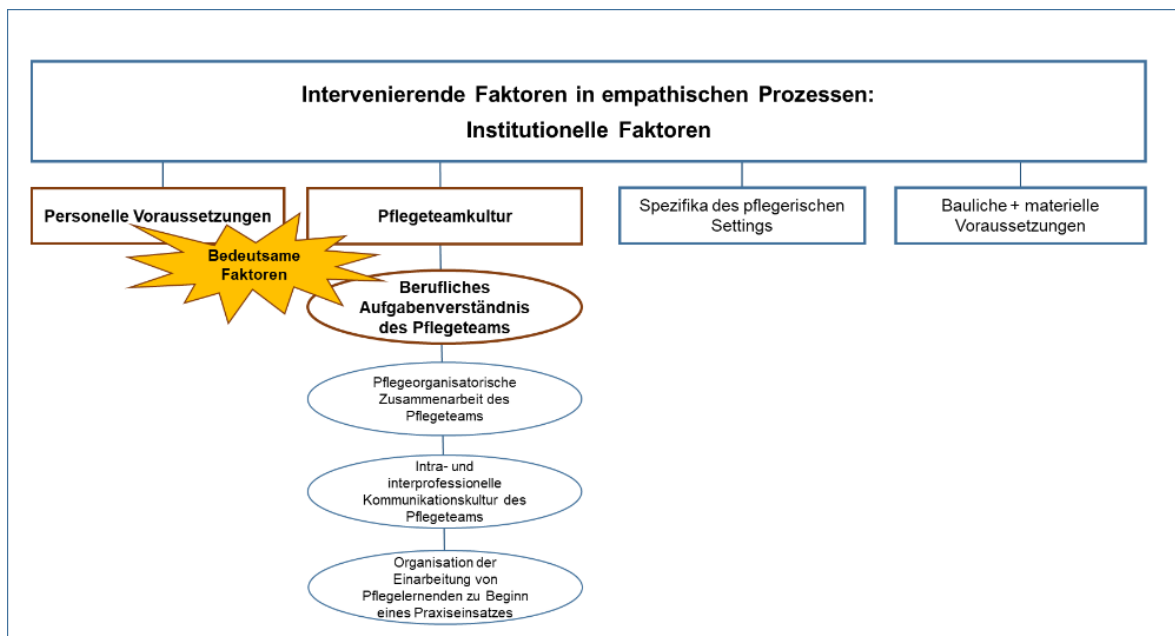


Abbildung 29: Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen: Institutionelle Faktoren

17.4.1.1 Personelle Voraussetzungen

Unter den „Personellen Voraussetzungen“, die das empathische Handeln der befragten Lernenden beeinflussten, sind die zeitlichen Ressourcen für Pflege zu verstehen, die aus der Perspektive der Lernenden ihnen bzw. dem jeweiligen Pflegeteam an einem konkreten Tag in einer konkreten Schicht zur Verfügung standen, um die jeweiligen Patient*innen, Bewohner*innen bzw. Klient*innen pflegerisch zu versorgen. Ein Großteil der Lernenden thematisierte von sich aus, sowohl in den Erst- als auch in den Folgeinterviews, den negativen, d.h. den hemmenden bzw. erschwerenden Einfluss, den „Zeitdruck“⁵⁰², „Zeit, die

⁵⁰² ErstIV9_GM: 00:51:55

man nicht hat⁵⁰³, der „strikt(e) zeitliche Rahmen“⁵⁰⁴, „zwischen sieben und neun in der Rushhour auf Station“⁵⁰⁵ bzw. „Personalmangel“⁵⁰⁶ auf ihr empathisches Handeln haben bzw. den förderlichen respektive erleichternden Effekt, wenn „genügend Zeit [...] für die Pflege“⁵⁰⁷ vorhanden ist, „wenn man mehr Zeit hat“⁵⁰⁸ bzw. „sich da auch wirklich die Zeit nehmen“⁵⁰⁹ konnte.⁵¹⁰

Nachfolgend exemplarisch eine Sequenz aus einem Folgeinterview mit einer bzw. einem Lernenden der Altenpflege. Die Interviewperson antwortete wie folgt auf die Leitfadenfrage nach Situationen, in denen es ihr leichter oder auch schwerer fallen würde, ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden:

IP3: „Na auf jeden Fall. Also Situationen irgendwie, wenn sich jemand krank gemeldet hat (IP3 schmunzelt.) früh morgens oder auch schon die ganze Zeit krank ist und es einfach keinen Ersatz gibt und man einfach irgendwie zu zweit ist für zwanzig Bewohner oder so (IP3 lacht kurz.). Es ist fast unmöglich irgendwie, da muss man so viele Kompromisse eingehen, und da bleibt so vieles einfach liegen. [...] Man kommt da reingefegt irgendwie „Guten Morgen.“ [= freundlich-singende Betonung; GK] so ne?, versucht, noch ein bisschen nett und freundlich zu sein, hat tausend Dinge aber im Kopf ne? „Muss gleich noch da hin. Oh, warte mal, die muss gleich gespritzt werden. Da muss sie auch direkt Frühstück kriegen.“ Also man hat zwanzigtausend Sachen im Kopf. Und dann ist es total schwer, dann wirklich auf `ne Person so richtig einzugehen [...] Aber das ist, also wirklich alle Bedürfnisse kann man da einfach nicht und man kriegt manchmal auch die Bedürfnisse einfach gar nicht mit, man übersieht total viel, wenn man selber so viel im Kopf hat. Also ich glaube Personalnot und Zeitmangel ist so das schlimmste Thema.“ (FolgeIV3_Z: 395-399, 402-408, 411-415)

17.4.1.2 Pflorgeteamkultur

Neben den „Personellen Voraussetzungen“ im Sinne von zeitlichen Ressourcen für die Pflege stellte aus der Perspektive der befragten Lernenden insbesondere die „Pflorgeteamkultur“ einen zweiten wichtigen institutionellen Einflussfaktor auf ihr empathisches Handeln dar. Im vorliegenden Unterkapitel 17.4.1.2 wird der Einflussfaktor „Pflorgeteamkultur“ in vier Unter-Unterkapiteln dargestellt, nämlich erstens „Berufliches Aufgabenverständnis des Pflorgeteams“ (17.4.1.2.1), zweitens „Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit des Pflorgeteams“ (17.4.1.2.2), drittens „Intra- und interprofessionelle Kommunikationskultur des Pflorgeteams“ (17.4.1.2.3) und viertens „Organisation der Einarbeitung von Pflege Lernenden zu Beginn eines Praxiseinsatzes“ (17.4.1.2.4).

⁵⁰³ FolgeIV15_GM: 00:35:19

⁵⁰⁴ FolgeIV2_Z: 1059

⁵⁰⁵ FolgeIV15_GM: 00:34:43f.

⁵⁰⁶ ErstIV9_GM: 00:51:32

⁵⁰⁷ FolgeIV5_Z: 617f.

⁵⁰⁸ FolgeIV11_GM: 00:20:15f.

⁵⁰⁹ ErstIV3_Z: 369

⁵¹⁰ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 978-984; FolgeIV4_Z: 1279-1283 und FolgeIV12_GM: 00:17:24-00:18:18.

17.4.1.2.1 Berufliches Aufgabenverständnis des Pflorgeteams

Aus den Erst- und auch aus den Folgeinterviews ging hervor, dass die Befragten insbesondere dem ersten der o.a. vier Aspekte, d.h. dem „Beruflichen Aufgabenverständnis des Pflorgeteams“ einen zentralen Einfluss darauf einräumten, ob sie ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß in dem jeweiligen Praxiseinsatz arbeiten konnten. Wenn sie in Pflorgeteams (bzw. mit einzelnen Pflegenden) arbeiteten, die pflegerische Empathie als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Arbeit ansahen, vorlebten und auch von Pflegelehrenden erwarteten, unterstützte das letztere enorm, ebenfalls ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln.⁵¹¹

Das nachfolgende Beispiel soll diesen Zusammenhang veranschaulichen: Eine Interviewperson, deren subjektives Verständnis pflegerischer Empathie dem Verständnistypus III zuzuordnen ist, erzählte ausführlich von einer über achtzig Jahre alten Frau mit einem transplantierten Herzen, die von ihr über mehrere Woche hinweg in einer Rehabilitationsklinik pflegerisch versorgt wurde.⁵¹² Die Frau, die zuvor in ihrer Häuslichkeit selbstständig gelebt hatte, kam, u.a. geschwächt durch mehrere Reanimationen, in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand auf die Station.

IP5: „...also völlig am Ende als wir sie halt aufgenommen haben auf der Station. Da ging gar nichts, sie konnte nicht aufstehen, nicht bewegen, gar nichts und war völlig verwirrt und konnte selbst nicht mehr essen, nicht mehr trinken.“ (FolgeIV5_Z: 99-102)

Aus der Perspektive der Interviewperson konnte diese Frau sich in der Rehabilitation v.a. deswegen so gut entwickeln, da in dem Pflorgeteam und auch in dem interprofessionellen Behandlungsteam ein berufliches Aufgabenverständnis vorherrschte, das ein Ernstnehmen und individuelles Eingehen auf den einzelnen pflegebedürftigen Menschen bzw. empathisches Handeln beinhaltete. Die Frau äußerte während ihres Aufenthaltes u.a. den starken Wunsch „unbedingt wieder nach Hause“⁵¹³ zu wollen.

IP5: „Und in anderen Häusern, also, oder es wär halt mehr, also ich hätte mich nicht gewundert, wär sie verstorben. Und durch die gute Pflege und diese individuelle Betreuung und dieses Stück für Stück, weil alle zusammengearbeitet haben und auch so, wie sie's mir erklärt haben ne? Und auch ich hab da viel Energie rein gesetzt, aber durfte's halt auch ne?. (GK: Ja.) Das ist ja immer so dieser, wie wird man auch gelassen, wie viel Zeit darf man im Zimmer verbringen oder findet man das jetzt `ne gute Idee, dass man für die jetzt noch das und das organisiert oder wird das als störend oder nervig empfunden. Und die Frau ist dann am Ende wirklich nach Hause gegangen, konnte wieder laufen und, also es hat zwar Wochen gedauert, aber kann selber wieder essen und hat jetzt `ne Betreuerin und lebt wahrscheinlich jetzt so wieder zuhause. Und das war wirklich `n Wahnsinns-Wandel, wo mir noch aufgefallen ist „Okay, das ist halt dieses individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse.“ (FolgeIV5_Z: 102-113)

⁵¹¹ Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 368-392 und FolgeIV4_Z: 1281-1283.

⁵¹² Vgl. FolgeIV5_Z: 95-141.

⁵¹³ FolgeIV5_Z: 124

In der vorausgegangenen Sequenz beschrieb die Interviewperson u.a. den Einfluss, den das Pflgeteam bzw. dessen berufliches Aufgabenverständnis auf ihr empathisches Handeln gegenüber dieser Patientin hatte, nämlich einen erleichternden bzw. unterstützenden. Die Person erhielt vom Pflgeteam einen Rahmen, in dem sie ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß diese Patientin pflegen konnte.

Die Beispiele, die sich in den Interviews finden lassen, die die gegenteilige Wirkung belegen, nämlich das Pflgeteams (bzw. einzelne Pflegende) aus der Perspektive der Befragten einen hemmenden respektive erschwerenden Einfluss auf ihr empathisches Handeln hatten, sind zahlreich.⁵¹⁴ Pflgeteams (bzw. einzelne Pflegende), die, ob nun bewusst oder unbewusst, pflegerische Empathie nicht als Teil ihrer pflegerischen Aufgabe ansahen und/oder nicht praktizierten und/oder bei Pflgelernenden unterbunden haben, erschwerten es letzteren, ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln.⁵¹⁵ Besonders stark war dieser negative Einfluss auf die Interviewpersonen, wenn sie mit einer bzw. einem Pflegenden in einem Zimmer zusammenarbeiteten, d.h. einen pflegebedürftigen Menschen gemeinsam versorgten.⁵¹⁶

Bevor auf diese zuletzt genannten Situationen eingegangen wird, soll zunächst die Wirkung, die die Befragten ganzen Pflgeteams (bzw. einzelnen Pflegenden) auf ihr empathisches Handeln zuschrieben, auch wenn sie nicht mit ihnen gemeinsam pflegebedürftige Menschen versorgten, aufgezeigt werden. In den folgenden zwei Sequenzen führten zwei Befragte, ein*e Lernende*r der Altenpflege und ein*e Lernende*r der Gesundheits- und Krankenpflege, auf die Leitfragenfrage nach Dingen, die es ihnen in der Ausbildung erschweren würden, ihre Empathiefähigkeit einzusetzen, den starken Einfluss von Pflgeteams bzw. Pflegenden an:

IP5: *„Ja es [= Dinge, die erschweren empathisch zu handeln; GK] ist auf jeden Fall der Praxisalltag auf den Stationen, dass [...] auch so ein Druck aufgebaut wird und man dann oft einfach nur diesen Satz kriegt „Ja, Du musst schneller werden, Du musst mehr“ und so. Und das bedeutet ja immer auch, also man kann manchmal auch gut schneller arbeiten und trotzdem noch gucken [= i.S. v. auf den Anderen individuell eingehen und sehen, was er braucht; GK]. Aber oft ist das Schneller, was die wollen „Mensch, jetzt mach doch nicht noch das für den und das, sondern mach einfach den Standard und dann schnell weiter ins nächste Zimmer so.“ Und das ist schon auf jeden Fall eine Erschwernis.“ (ErstIV5_Z: 965, 967-974)*

IP3: *„Wenn man dann genauso arbeitet, wie's in der Schule gesagt wird, irgendwie „Auf gar keinen Fall!!“. Aber was macht man da, also da ist man echt in `nem totalen Zwiespalt, man lernt es in der Schule so und dann ist man aber da. Und man wird so unter Druck gesetzt, dass man wirklich nur noch am Rennen ist und guckt irgendwie, dass man, ne?. „Wieso hast Du denn jetzt nur zwei Bewohner irgendwie“ ne? „Die müssen doch jetzt gleich!“ Und man denkt sich nur „Schiefe!“, obwohl man schon so schnell gearbeitet hat und alles über 'n Jordan geworfen hat, was man gelernt hat.“*

⁵¹⁴ Vgl. u.a. FolgeIV15_GM: 00:31:15-00:33:17.

⁵¹⁵ Vgl. u.a. FolgeIV14_GM: 00:47:10-00:54:24.

⁵¹⁶ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 201-213, 231-277.

Das behindert einen tierisch.“ (ErstIV3_Z: 1559-1573)

Neben diesem, in den beiden vorausgegangenen Interviewsequenzen erwähnten „*Druck*“, den Pflegelernende als belastend erleben (können), wenn sie selbstständig Pflegesituationen vor dem Hintergrund ihres subjektiven Verständnisses pflegerischer Empathie bewältigen wollen, konnte im Datenmaterial eine weitere Facette des Einflusses von Pflegenden auf Lernende identifiziert werden. Viele der Befragten erzählten von Pflegesituationen, in denen sie patient*innenignorierende bzw. -schädigende Handlungen durch Pflegenden (teilweise auch durch Angehörige anderer Berufsgruppen) beobachtet hatten, mit denen sie gemeinsam Patient*innen bzw. Bewohner*innen versorgten.

Hierbei handelte es sich meines Erachtens keinesfalls um Extrem- oder Ausnahmesituationen der Pflegeberufswirklichkeit. Die Erzählungen der Befragten legen eher nahe, dass es sich um häufiger zu beobachtende, vermutlich unreflektierte, Handlungsweisen von Pflegenden handelte,⁵¹⁷ die den Befragten unangenehm aufgefallen und in Erinnerung geblieben sind. Den Erzählungen ist gemein, dass das von den jeweiligen Pflegenden gezeigte Pflegehandeln stark von den Vorstellungen der Befragten darüber, wie in der konkreten Situation ein angemessenes, den jeweiligen zu Pflegenden als Individuum anerkennendes Pflegehandeln hätte aussehen können, abwich.

Die Erzählungen handelten beispielsweise von Pflegesituationen, in denen beim Anreichen von Nahrung bzw. Medikamenten Gewalt ausgeübt wurde⁵¹⁸, bettlägerige Menschen „*schnell und ruppig*“ bzw. „*forsch*“, ohne Ansprache und/oder „*unbequem*“ gelagert wurden⁵¹⁹, ihre Privatsphäre bei Pflegehandlungen verletzt bzw. ihre daraus resultierenden Schamgefühle übergangen wurden⁵²⁰, ihr offensichtlicher Unterstützungsbedarf bei der Körperpflege nicht anerkannt wurde⁵²¹, Wünsche zur Ausgestaltung von Pflegehandlungen kategorisch abgelehnt wurden⁵²², Intimpflege bei stuhlinkontinenten Patient*innen unhygienisch und nachlässig durchgeführt wurde⁵²³, Privatgespräche zwischen der Pflege- und der Interviewperson von ersterer während des gemeinsamen Arbeitens über den Kopf der Bewohner*innen hinweg initiiert wurden⁵²⁴ bzw. Patient*innen nicht angesehen wurden und mit ihnen nicht gesprochen wurde⁵²⁵.

⁵¹⁷ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 248, 355.

⁵¹⁸ Vgl. ErstIV2_Z: 201-213, 231-277.

⁵¹⁹ Vgl. FolgeIV4_Z: 452-456, 503-531; FolgeIV9_GM: 00:42:15-00:44:00 + 00:44:53-00:45:13 und ErstIV14_GM: 00:17:43-00:18:10.

⁵²⁰ Vgl. ErstIV5_Z: 248-355.

⁵²¹ Vgl. ErstIV11_GM: 00:26:23-00:28:38.

⁵²² Vgl. ErstIV13_GM: 00:17:53-00:21:42.

⁵²³ Vgl. ErstIV14_GM: 00:12:04-00:14:50 + 00:16:44-00:19:55.

⁵²⁴ FolgeIV3_Z: 150-153

⁵²⁵ ErstIV12_GM: 00:47:20-00:47:30

Eine Interviewperson wählte beispielsweise nachfolgende Worte, um auszudrücken, wie sie das Pflegehandeln von Pflegenden einer internistischen Station wahrnahm.

IP14: *„Und die Schwester hat dann halt den [= einen bettlägerigen Herrn, der eingekotet hatte; GK] so ruppig, also die behandeln den halt immer, wenn die im Stress sind oder so die meisten Schwestern, die sind, werden dann immer so so forsch so. Mhm wie soll man das erklären, also die gehen halt nicht richtig mehr auf den Patienten ein, sondern sie sehen halt bloß noch, die müssen schnell die Arbeit fertig machen, die müssen dann schnell weiter. Der Patient ist quasi kein Mensch mehr, sondern einfach nur 'n Gegenstand oder so was.“* (ErstIV14_GM: 00:12:12-00:12:36)

Gemeinsam ist diesen Erzählungen ferner, dass die in diesen Pflegesituationen anwesenden Interviewpersonen sich äußerst unwohl bzw. belastet fühlten, da sie erkannten, dass der jeweilige pflegebedürftige Mensch durch das Handeln der Pflegeperson übergangen, ignoriert, gekränkt, verletzt, gedemütigt und/oder ihm Schaden zugefügt wurde.⁵²⁶ Die Befragten gerieten durch ihr Beisein in der Situation in einen sie belastenden Konflikt zwischen Eingreifen und Geschehenlassen. Einerseits erkannten sie die Notwendigkeit, den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen vor dem Handeln der Pflegeperson zu schützen, andererseits fürchteten sie sich nachvollziehbarerweise vor persönlichen Nachteilen infolge von Kritik an einer ihnen vorgesetzten Person.⁵²⁷ Die Befragten sorgten sich beispielsweise davor, dass ihre Praxisbeurteilung negativ ausfallen könnte und/oder sie im Pflorgeteam Ablehnung erfahren könnten.⁵²⁸

IP2: *„...ja ich hab dann auch nicht großartig noch irgendwas dazu [= zu der beobachteten körperlichen Gewalt beim Essen bzw. beim Medikamente Anreichen; GK] gesagt, was vielleicht eher richtig gewesen wäre, aber, ja ich war auf jeden Fall hilflos, weil ich nicht wusste, so sie war ja auch meine Vorgesetzte quasi (GK: Ja hm.) und gerade am Anfang wusste ich jetzt nicht, ja ich kann ihr da jetzt irgendwie nicht die großen Widerworte da geben, wie kommt das? Aber auf 'er anderen Seite war das `ne Situation, die gar nicht ging so gesehen. Ich hätte da schon was sagen sollen, hab ich immer im Nachhinein gedacht ne.“* (ErstIV2_Z: 235-242)

Vereinzelt ließen sich Pflegelernende nicht davon abhalten, in diesen schwierigen Situationen weiterhin ihrem subjektiven Verständnis gemäß empathisch zu handeln bzw. anwaltschaftlich für den jeweiligen pflegebedürftigen Menschen einzutreten.⁵²⁹ Weitaus häufiger erzählten die Befragten jedoch, dass sie sich in der Situation nicht getraut hätten, einzugreifen und/oder dass sie auch nicht im Nachhinein mit der Pflegeperson ein Gespräch gesucht hätten.⁵³⁰

Nachfolgend zwei Sequenzen, die diese zuletzt genannte Vorgehensweise der Befragten veranschaulichen: In der ersten Sequenz erzählte eine Interviewperson von ihrer Strategie, wenn sie mit Pflegenden zusammenarbeitete, die patient*innenignorierend handelten, „still“

⁵²⁶ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 467-473 und FolgeIV4_Z: 586-609.

⁵²⁷ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 00:21:17-00:21:22.

⁵²⁸ Vgl. u.a. ErstIV11_GM: 00:28:16-00:28:38.

⁵²⁹ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 389-473 und FolgeIV4_Z: 511-531, 554-571.

⁵³⁰ Vgl. u.a. ErstIV11_GM: 00:28:16-00:28:38, ErstIV5_Z: 1049-1088 und ErstIV13_GM: 00:21:17-00:21:22.

zu sein und „*einfach*“ mitzuhelfen. Der zweiten Sequenz ging eine ausführliche Erzählung über patient*innenignorierende und -schädigende Pflegehandlungen auf einer internistischen Station voraus, in der die Interviewperson sich selbst als eher passiv, aber emotional sehr belastet, präsentierte. Auf meine Nachfrage hin, ob sich Gespräche mit dieser oder anderen Pflegenden hierüber ergeben hätten, gab die Person die unten angeführte Antwort.

IP9: „*Also, das sind dann hauptsächlich mal die Kollegen, die das [= die Fähigkeit, diesem Patienten empathisch zu begegnen; GK] dann halt vielleicht halt nicht haben einfach. Und einen dann, als Schüler so sagt man ja vielleicht auch nicht so viel so. Und das man das halt so `n bisschen „Okay, gut, mach mal, ich helf dir jetzt einfach so. Und ich bin jetzt still.“ so irgendwie“.* (FolgeIV9_GM: 00:44:52-00:45:14)

IP14: „*...huuh Gespräche auf so `ner Station sind immer `n bisschen heikel, dann schießt man sich ja immer ganz leicht ins Aus. Man sucht da nicht, also mit der Station wollte ich auch kein Gespräch suchen. Ich war dann so `n bisschen, ich bin also es waren zwei Monate mit Bauchschmerzen im Prinzip. Das war wirklich die Station, wo ich wirklich die meisten Bauchschmerzen bis jetzt hatte. Und mit keinem guten Gefühl dahingegangen bin, weil alle irgendwie so gearbeitet haben. Es war halt `ne innere Station und so wie ich das so gehört hab auch von anderen Mitschülern oder von anderen Krankenhäusern, was ich so gehört hab: Ist halt `ne Innere. Es läuft halt irgendwie immer so.“* (ErstIV14_GM: 00:18:57-00:19:31)

Hier zeigt sich der hemmende Einfluss von Pflegenden auf das empathische Handeln der Befragten während des gemeinsamen Arbeitens in einem Zimmer besonders deutlich. Vereinzelt setzten die Befragten die Strategie ein, sobald die Pflegeperson das Zimmer verlassen hatte, den pflegebedürftigen Menschen „kompensatorisch“ ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß weiter zu versorgen⁵³¹ bzw. wenn dieses nicht möglich war, dieses in den Folgetagen bewusst zu tun⁵³².

17.4.1.2.2 Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit des Pflegeteams

Ferner schrieben die Befragten dem Pflegesystem, mittels dem die pflegerische Arbeit auf einer Station bzw. in einem Wohnbereich organisiert ist, einen Einfluss auf ihr empathisches Handeln zu. Das selbstständige Arbeiten in der Pflegeorganisationsform der Bezugspflege ermöglichte den Interviewpersonen die Zuständigkeit für alle pflegerischen Belange ihrer Patient*innen bzw. Bewohner*innen und damit mehr Möglichkeiten des Kontakts zum bzw. des Kennenlernens des Gegenüber(s), mehr Möglichkeiten zum Gewinnen pflegerisch relevanter Erkenntnisse und mehr Verantwortung bzw. mehr Gestaltungsspielräume. Die Pflegeorganisationsform Bezugspflege erleichterte daher den Befragten der vorliegenden Untersuchung, ihre Empathiefähigkeit einzusetzen. Eine Interviewperson drückte deren Wirkung auf ihr empathisches Handeln wie folgt aus:

IP14: „*Die Beziehung in so `ner kurzen Zeit [= wenn man täglich als Bezugspflegende dieselben Patient*innen umfassend pflegerisch versorgt; GK] wird ziemlich eng. Und man weiß dann schon an*

⁵³¹ Vgl. ErstIV11_GM: 00:27:08-00:28:14.

⁵³² Vgl. ErstIV2_Z: 262-277.

kleinen Sachen, was die brauchen. Das Empathieempfinden wird noch stärker dadurch, find ich. Und auch die Pflegebeziehung wird ganz anders.“ (FolgeIV14_GM: 00:06:14-00:06:32)

Als erschwerend bzw. hemmend im Hinblick auf ihr empathisches Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen erlebten die Befragten das Arbeiten⁵³³ in der Pflegeorganisationsform der Funktionspflege sowie das Ausführen pflegeferner Arbeiten wie beispielsweise „Laufarbeiten“, hauswirtschaftliche Aufgaben oder Bürotätigkeiten.⁵³⁴ Durch diese „begrenzte(n) Aufgaben“⁵³⁵, so eine Interviewperson, „kann man halt nicht individuell alles angehen, weil irgendein Bereich halt auch wieder von einer anderen Pflegekraft dann gemacht wird, da kommt man gar nicht dahin, man kann das gar nicht erkennen.“⁵³⁶

17.4.1.2.3 Intra- und interprofessionelle Kommunikationskultur des Pflorgeteams

Zudem hatte aus Sicht der befragten Lernenden die „Intra- und interprofessionelle Kommunikationskultur des Pflorgeteams“ einen Einfluss auf ihr empathisches Handeln. Die Befragten erlebten es als erleichternd bzw. unterstützend im Hinblick auf ihr empathisches Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen in Pflorgeteams zu arbeiten, in denen pflegerelevante Informationen aus empathischen Erkenntnisprozessen an sie sowohl formell als auch informell weitergegeben wurden^{537,538}. Zudem thematisierte eine Person den von ihr als positiv wahrgenommenen interprofessionellen Austausch zwischen Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Medizin sowie Logopädie über konkrete Patient*innen auf einer Rehabilitationsstation. Ihrer Einschätzung nach unterstützte sie diesen Austausch dahingehend, ein umfassenderes und tieferes Verständnis für die jeweiligen Rehabilitand*innen zu entwickeln und sie hierdurch „noch besser pflegen“⁵³⁹ zu können.⁵⁴⁰

17.4.1.2.4 Organisation der Einarbeitung von Pflegelehrenden zu Beginn eines Praxiseinsatzes

Eine strukturierte, am jeweiligen Lernenden orientierte und für die Besonderheiten des jeweiligen Fachgebiets bzw. pflegerischen Settings sensibilisierende Einarbeitung in den ersten Tagen eines neuen Praxiseinsatzes hat aus Sicht der Befragten einen positiven Einfluss auf ihr empathisches Handeln. Durch eine strukturierte Einarbeitung zu Beginn jedes neuen Einsatzes sei es ihnen möglich, sich schnell am neuen Arbeitsort, in dem neuen Fachgebiet bzw. pflegerischen Setting sowie im Pflorgeteam zu orientieren und

⁵³³ Selbiges gilt auch für die Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten (s. Kapitel 18.1.1.1.4 „Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit“).

⁵³⁴ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 904-920, 1093-1101.

⁵³⁵ FolgeIV5_Z: 918

⁵³⁶ FolgeIV5_Z: 918-920

⁵³⁷ Vgl. FolgeIV4_Z: 110-125, FolgeIV5_Z: 442-458 und FolgeIV12_GM: 00:18:17-00:18:32.

⁵³⁸ Vgl. auch Kapitel 17.2.3 Punkt 7 über die siebte Strategie in Prozessen der Perspektivenübernahme „Sich im Vorwege über den Anderen mittels Pflegedokumentation bzw. Übergaben informieren“.

⁵³⁹ FolgeIV14_GM: 01:16:37f.

⁵⁴⁰ FolgeIV14_GM: 01:15:20-01:17:58

zurecht zu finden.⁵⁴¹ Hierdurch gelänge es ihnen deutlich schneller, als bei unzureichender Einarbeitung, ihre Aufmerksamkeitskapazitäten auf die zu pflegenden Menschen zu lenken und diesen ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu begegnen.⁵⁴² Zudem würden sie durch eine gute Einarbeitung in dem jeweiligen Fachgebiet bzw. pflegerischen Setting von Beginn an wissen „auf was ich achten muss. Die Sinne sind `n bisschen geschärft, weil die mich darauf hingewiesen haben, was hier wichtig ist.“⁵⁴³

17.4.1.3 Spezifika des pflegerischen Settings

Als dritten institutionell bedingten Einflussfaktor auf das empathische Handeln der Befragten konnten „Spezifika des pflegerischen Settings“ identifiziert werden. Darunter wird in dieser Arbeit die durch das jeweilige pflegerische Setting beeinflusste Dauer der Pflegebeziehungen verstanden. Der Einfluss, den die befragten Lernenden der Dauer von Pflegebeziehungen auf ihr empathisches Handeln bzw. das anderer Pflegenden zuschrieben, ist ambivalent: Einerseits könne eine länger andauernde Pflegebeziehung zu einem pflegebedürftigen Menschen ihnen erleichtern, diesem empathisch zu begegnen, da sie ihn besser kennenlernen könnten (s. Kapitel 17.2.3 Punkt 2: „Kennenlernen des Anderen“ als Strategie in Prozessen der Perspektivenübernahme). Hierdurch könnten sie vielfältige Erkenntnisse über die Persönlichkeit des pflegebedürftigen Anderen, dessen Werte, dessen Interessen, dessen Gewohnheiten etc. in Erfahrung bringen. Vor diesem Hintergrund könnten sie in konkreten Pflegesituationen dessen verbale, paraverbale bzw. nonverbale Ausdrucksformen besser deuten respektive verstehend nachvollziehen als sie es beispielsweise bei ihnen (noch) fremden zu Pflegenden könnten.⁵⁴⁴

Zwei Lernende erzählten beispielsweise von ihren positiven Erfahrungen mit Pflegenden, denen es gelungen sei, in schwierigen Pflegesituationen pflegebedürftigen Menschen in der Psychiatrie und in der Behindertenarbeit besonders empathisch zu begegnen, da sie die Betroffenen bereits seit mehreren Jahren kannten.⁵⁴⁵ Eine dieser beiden Interviewpersonen versuchte in Worte zu fassen, inwiefern längere Pflegebeziehungen Empathie erleichtern bzw. unterstützen können:

IP15: *„Da fiel mir einfach immer wieder, das kann ich auch allgemein sagen wie in der Behindertenarbeit als auch in der Psychiatrie, fielen mir immer wieder die Leute auf, die einfach schon sehr lange da gearbeitet haben und schon sehr lange mit den Menschen da gearbeitet haben, also mit den bestimmten Menschen, nicht nur mit den Menschen, die psychisch erkrankt sind, sondern wirklich mit Herrn, Frau XY. So und die um ihre Situation Bescheid wussten, aber auch um ihre Lebenshöhen und –tiefen. So wie ging es ihnen da, um den Verlauf einfach wussten und einfach auch dabei waren. So und um dann genau zu sehen, wo stehen sie jetzt so und was ist jetzt gar nicht angebracht und was ist unbedingt erforderlich. [...] Oder auch wenn es einfach um Gespräche*

⁵⁴¹ Vgl. u.a. FolgeIV14_GM: 01:37:57-01:39:15 und FolgeIV17_GM: 01:13:40-01:14:41.

⁵⁴² Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 413-427 und FolgeIV5_Z: 1069-1080.

⁵⁴³ FolgeIV14_GM: 01:38:31-01:38:37

⁵⁴⁴ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 541-549.

⁵⁴⁵ Vgl. ErstIV15_GM: 00:39:57-00:49:52 und FolgeIV1_Z: 94-125.

ging, dann war schon immer klar, dass, wenn die Mitarbeiter da sind, dass sie das tun und auch immer einer der ersten waren, die gemerkt haben, was jetzt los ist, also diese Veränderungen sofort erkannt hatten. So und das, glaub ich, macht so eine langjährige Erfahrung einfach auch aus und so ein Mitdenken auch einfach, nicht nur zu sehen immer, wie der Mensch jetzt ist und jetzt ist und jetzt ist, sondern auch zu sehen, wie der Verlauf von A nach B war und was war dazwischen, was fand da statt so. Und das ist schon beeindruckend auf jeden Fall.“ (ErstIV15_GM: 00:40:37-00:41:24 + 00:41:59-00:42:44)

Andererseits hoben die Befragten hervor, dass eine länger andauernde Beziehung zu einem pflegebedürftigen Menschen (z.B. Rehabilitation, Pflegeheim) auch für sie psychisch belastender sein kann.⁵⁴⁶ Als Grund führten sie an, dass die Beziehung zu einem pflegebedürftigen Menschen, durch die über lange Zeiträume immer wiederkehrenden Begegnungen, enger werden würde und sie hierdurch mehr von dessen belastender Lebenssituation, seinen belastenden Gefühlen, Gedanken bzw. Äußerungen mitbekommen würden bzw. von seinen „*nur kleine(n) Fortschritte(n)*“.^{547,548} Dieses kontinuierliche Konfrontiertsein mit dem Leid(en) eines ihnen immer vertrauter werdenden pflegebedürftigen Menschen kann Pflegelernenden erschweren, sich auf diesen empathisch einzulassen.⁵⁴⁹

Eine Interviewperson, die in einem neurologischen Rehabilitationszentrum eine junge Frau Anfang Zwanzig über drei Wochen hinweg gepflegt hatte, die infolge eines Autounfalls eine schwere Gehirnverletzung erlitten hatte, zog für sich in diesem Zusammenhang folgendes Fazit:

IP14: „...aber es ist halt psychisch, glaub ich, richtig doll belastend, wenn man da immer arbeitet [= auf der Rehabilitationsstation als Pflegende; GK]. Das kann ich mir gut vorstellen, das ist echt von der Psyche her schon heftig ist. [...] Also so `n paar Stunden oder so für halbtags oder so kann ich mir das ganz gut vorstellen aber nicht Vollzeit, nicht dass man jeden Tag da ist. Ich glaub dann ist die Bindung auch zu heftig. [...] Ich hätte mir halt irgendwas gesucht, wo ich dann `ne halbe Stelle und da `ne halbe Stelle und dann, dass man halt die Abwechslung halt auch drinne hat und dass man halt freier ist von den Gefühlen halt von den Patienten. Dass einen das manchmal nicht so mitnimmt oder sowas, wenn dann weniger Besuch kommt und wenn die Mutter vielleicht auch mal zwei Tage nicht kommt, dann fällt einem das nicht so auf, [...] also kann ich mir schon gut vorstellen, dass das schon heftig ist, weil ich war ja auch jeden Tag da, weil ich war ja quasi `ne Vollzeitkraft. Also ich find's schon heftig, schon sehr belastend.“ (FolgeIV14_GM: 00:14:36-00:14:45 + 00:15:42-00:15:52 + 00:16:12-00:16:30 + 00:16:43-00:16:54)*

17.4.1.4 Bauliche sowie materielle Voraussetzungen

Zudem wurden sehr vereinzelt auch die materiellen und die baulichen Voraussetzungen von Institutionen, in denen gepflegt wurde, als mögliche Einflussfaktoren auf empathisches Handeln in konkreten pflegerischen Interaktionen benannt. Beispielsweise führte eine Interviewperson an, dass eine schlechte Organisation der Pflegehilfsmittel ihr empathisch-

⁵⁴⁶ Vgl. u.a. FolgeIV14_GM: 00:14:36-00:14:45.

⁵⁴⁷ FolgeIV4_Z: 965

⁵⁴⁸ Vgl. FolgeIV4_Z: 958-981 und FolgeIV14_GM: 00:14:36-00:16:54.

⁵⁴⁹ Vgl. ebd..

sches Handeln gegenüber Bewohner*innen erschweren würde, da sie morgens „*nur am Rennen*“⁵⁵⁰ gewesen sei, um sich die erforderlichen Hilfsmittel zu besorgen.⁵⁵¹ Im Hinblick auf bauliche Voraussetzungen führte eine andere Person einen weiteren Einflussfaktor an, nämlich dass sich ein Arbeiten in überhitzten Räumen infolge baulich bedingter unzureichender Lüftungs- und/oder Verschattungsverhältnisse negativ auf ihr Konzentrations- bzw. Leistungsvermögen auswirken würde und damit auch auf ihr Vermögen, sich pflegebedürftigen Menschen empathisch zuzuwenden.⁵⁵²

17.4.2 Personale Faktoren: Pflegelernende*r

Das vorliegende Unterkapitel 17.4.2 ist dem bedeutsamen Einfluss personenbezogener Faktoren Pflegelehrender auf ihr empathisches Handeln gewidmet. Es sei zunächst betont, dass die Interviewpersonen diese Einflüsse auf ihr empathisches Handeln wesentlich ausführlicher und differenzierter thematisierten als die im vorausgegangenen Kapitel 17.4.1 beschriebenen institutionellen Einflüsse bzw. die im nachfolgenden Kapitel 17.4.3 darzulegenden Einflüsse, die der Person des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen zugeordnet wurden. Zudem präsentierten sich die Befragten während dieser Erzählungen deutlich stärker emotional involviert respektive betroffen als während ihrer Erzählungen über institutionelle Einflussfaktoren.

Aufgrund der großen Bedeutung, die die Befragten personalen Faktoren auf ihr empathisches Handeln zuschrieben, wird deren Darstellung im Rahmen des Kapitels 17.4 zu den intervenierenden Faktoren ein entsprechender Raum eingeräumt. Die personalen Faktoren, die aus Sicht der Interviewpersonen beeinflussten, ob sie in pflegerischen Interaktionen ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handeln konnten, lassen sich folgenden drei Unterkategorien zuordnen: erstens „Persönliche Bedingungen“ (17.4.2.1), zweitens „Bereichsspezifisches (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen“ (17.4.2.2) sowie drittens „Berufserfahrung“ (17.4.2.3) (s. Abb. 30). Vorweg sei hervorgehoben, dass v.a. das umfangreiche Unterkapitel 17.4.2.1 „Persönliche Bedingungen“ tiefgehende Einblicke in die vielfältigen Probleme, Belastungen sowie Überforderungen von Lernenden, empathisch zu handeln, vermittelt.

⁵⁵⁰ FolgeIV3_Z: 781

⁵⁵¹ Vgl. FolgeIV3_Z: 779-783.

⁵⁵² Vgl. FolgeIV14_GM: 00:43:08-00:43:32.

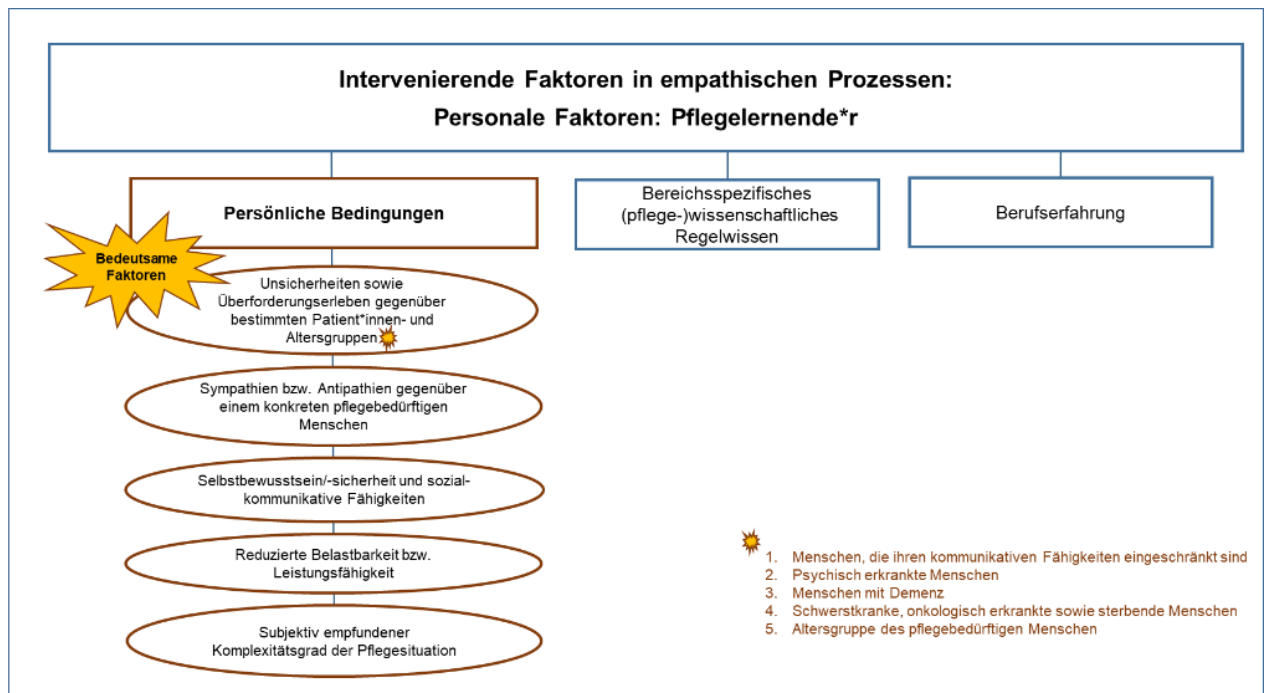


Abbildung 30: Intervenierende Faktoren in empathischen Prozessen: Personale Faktoren: Pflegelernende*r

17.4.2.1 Persönliche Bedingungen

Wie im Vorausgegangenen erwähnt, haben persönliche Bedingungen von Pflegelegenden vielfältige und in ihrer Wirkung kaum zu unterschätzende Einflüsse auf ihr empathisches Handeln. Im vorliegenden Unterkapitel 17.4.2.1 werden diese Einflüsse in fünf Unterkapiteln dargestellt und anhand von eindrücklichen, teilweise auch längeren Interviewsequenzen veranschaulicht. In ihrer Gesamtheit verdeutlichen diese fünf Unterkapitel zentrale, die Befragten teilweise sehr belastende „Lernenden-Probleme“ beim empathischen Handeln in der Pflegepraxis. Meiner Einschätzung nach werden diese „Lernenden-Probleme“ unter den gegenwärtigen Ausbildungsbedingungen bislang unzureichend von den Ausbildungsverantwortlichen erkannt und/oder aufgegriffen sowie oftmals auch tabuisiert.⁵⁵³ Die erwähnten fünf Unter-Unterkapitel sind folgenden Schwerpunkten gewidmet: erstens „Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen“ (17.4.2.1.1), zweitens „Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen“ (17.4.2.1.2), drittens „Selbstbewusstsein/-sicherheit und sozial-kommunikative Fähigkeiten“ (17.4.2.1.3), viertens „Reduzierte Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit“ (17.4.2.1.4) sowie fünftens „Subjektiv empfundener Komplexitätsgrad der Pflegesituation“ (17.4.2.1.5).

⁵⁵³ An dieser Stelle sei auf die Kapitel 21 und 22 verwiesen.

17.4.2.1.1 Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen

Als einen sehr bedeutenden Einflussfaktor auf das empathische Handeln der Interviewpersonen konnte deren Erleben von Unsicherheit sowie teilweise auch von Überforderung gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen identifiziert werden. Welche Patient*innen- und Altersgruppen einzelne Befragte als sie besonders herausfordernd sowie teilweise auch als überfordernd, im Hinblick auf empathisches Handeln empfanden, ist nachvollziehbarer Weise sehr subjektiv. Dennoch konnten gewisse Gemeinsamkeiten im diesbezüglichen Erleben der Befragten identifiziert werden. Es handelt sich hierbei um fünf Gruppen, denen pflegebedürftige Menschen angehören können und die mehrere der Befragten als herausfordernd bzw. überfordernd erlebten. Generell bestand Konsens darüber, dass Patient*innen sowie Bewohner*innen, die im vollen Besitz ihrer verbalen und nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten sind und diese auch nutzen, den Pflegelernenden in der Regel empathisches Handeln enorm erleichtern würden.⁵⁵⁴

IP15: „Also leichter [fällt IP5 ihre Empathiefähigkeit einzusetzen; GK] mit Sicherheit bei Menschen, die sich noch äußern können. Und Menschen, die sich auch klar äußern können, das heißt, dass sie nicht irgendwie an `ner Alzheimer-Demenz oder so erkrankt sind. Die dann klar sagen können „Das und das hätt ich gerne.“ oder „Wie sieht’s denn da aus und so, könnte ich mal spazieren gehen?“ oder so. [...] Dass sie klar sagen können „Das und das will ich jetzt.“ und „Das und das will ich ab heute nicht mehr.“ oder so. Ob das jetzt Pflege ist oder Beschäftigung oder irgendwelche Aktivitäten, Gruppen.“ (FolgeIV15_GM: 00:36:20-00:36:38 + 00:37:07-00:37:23)

Wenn pflegebedürftige Menschen hingegen in ihren kommunikativen Fähigkeiten eingeschränkt seien, erschwere dieses den Befragten empathisch zu handeln (= Gruppe 1). Viele der den nachfolgenden vier Gruppen zuzuordnenden pflegebedürftigen Menschen waren ebenfalls in unterschiedlichem Maße in ihren kommunikativen Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt. Diese vier Gruppen werden in dieser Arbeit jedoch bewusst gesondert benannt und erläutert, da sie von vielen der befragten Lernenden, im Hinblick auf ihr empathisches Handeln, aus „gruppenspezifischen“ Gründen als sie besonders verunsichernd und belastend erlebt wurden. Es handelt sich hierbei um folgende vier Gruppen: erstens psychisch erkrankte Menschen (= Gruppe 2), zweitens Menschen mit Demenz (= Gruppe 3), drittens schwerstkranke, onkologisch erkrankte sowie sterbende Menschen (= Gruppe 4) und viertens Altersgruppe des pflegebedürftigen Menschen (= Gruppe 5).

Zur Gruppe 1: Patient*innen und Bewohner*innen, die beispielsweise infolge von Krankheiten, Unfällen, Behinderungen bzw. medizinischen Interventionen in ihren verbal- und/oder körpersprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten eingeschränkt waren, sind für die

⁵⁵⁴ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 405-408 und FolgeIV2_Z: 462-467.

Befragten schwieriger zu verstehen gewesen, was empathisches Handeln erschwerte. In diesem Zusammenhang führten die Befragten beispielsweise Menschen an, die einen Schlaganfall erlitten hatten, an Morbus Parkinson erkrankt waren, im Wachkoma lagen, die geistige Behinderungen hatten, die intubiert waren oder ein Tracheostoma hatten. Als Gründe für die von den Befragten erlebte Erschwernis führten sie u.a. an, dass es „*mühseliger*“⁵⁵⁵ bzw. „*sehr, sehr schwierig*“⁵⁵⁶ wäre, mit diesen Menschen zu interagieren und ihre Perspektive zu erkunden, dass es mehr Zeit in Anspruch nehmen würde, dass es häufiger zu Unsicherheit bzw. Ungewissheit käme, wie die verbalen, paraverbalen sowie nonverbale Signale des Anderen zu deuten seien und dass häufig auf Angehörige zurückgegriffen werden müsse, die aber nicht immer verfügbar seien.⁵⁵⁷

Nachfolgend eine Sequenz, in der eine Interviewperson, die in der Altenpflege lernte, ihre Unsicherheit und die Ungewissheit thematisierte, die daraus resultierten, dass die Signale des pflegebedürftigen Anderen viel- bzw. uneindeutig blieben.

IP3: „*Also so richtig Bettlägerige, wo nicht mehr viel passiert, lasse ich mir auch echt gerne Zeit so für die Pflege. Aber ja wenn die sich nicht mehr richtig ausdrücken können, selbst die Mimik oder die Gestik nicht mehr so funktioniert, wenn man so gar nicht weiß „Macht man das jetzt richtig? Ist alles in Ordnung?“ Wenn die einen nur manchmal so angucken, denkt man sich „Was möchte diese Person jetzt? Möchte die mir jetzt irgendwas mitteilen irgendwie? Hat die jetzt Angst? Oder geht`s ihr gut? Läuft das alles richtig? Fühlt sie sich wohl? Oder nicht?“ oder so ne?. Also da finde ich`s dann immer schon ziemlich schwierig, damit umzugehen. [...] Und wenn das alles nicht mehr funktioniert, ja dann muss man sich wirklich darauf verlassen, dass hoffentlich alles gut ist, was man da tut. Und dass es der Person irgendwie, ja den Umständen entsprechend, dass sie sich wohl fühlt so ja.“ (FolgeIV3_Z: 464-472, 490-493)*

Zur Gruppe 2: Darüber hinaus thematisierten einige der Befragten psychisch erkrankte Menschen als Patient*innengruppe, gegenüber der pflegerische Empathie aus ihrer Perspektive für sie eine besondere Heraus- teilweise auch Überforderung dargestellt habe. Einige dieser Befragten hoben hervor, dass es für sie herausfordernder bzw. „*schwieriger*“⁵⁵⁸ sei, psychisch erkrankten Menschen empathisch zu begegnen als anderen zu Pflegenden, sie sich dieses aber zutrauen würden.⁵⁵⁹

IP1: „*Schwerer, gut, sicher alle Patienten, die jetzt in der, im, in ihren psychiatrischen Erkrankungen, im Wahn sind und eben in einer schweren Depression sind, stark halluzinieren, das erfordert schon ganz, ganz viel Know-how, dass man dort irgendwie noch vordringen kann. Das fällt mir, nee, gut, schwer würde ich jetzt nicht nennen, das geht. Aber das ist eine Herausforderung die Patientengruppen, der ich mich auch sehr gerne annehmen will jetzt. Aber das ist eine große Herausforderung, ja.“ (FolgeIV1_Z: 480-485)*

⁵⁵⁵ FolgeIV1_Z: 554, 560, 562

⁵⁵⁶ FolgeIV8_GM: 00:57:18f.

⁵⁵⁷ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 545-565 und FolgeIV8_GM: 00:56:28-01:01:35.

⁵⁵⁸ FolgeIV11_GM: 00:26:33

⁵⁵⁹ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:25:47-00:26:59.

Andere Befragte machten hingegen in ihren Praxiseinsätzen die Erfahrung, dass ihnen dieses nicht immer gelang, d.h., dass sie Schwierigkeiten hatten, psychisch erkrankten Menschen empathisch zu begegnen. Eine Person drückte im Folgeinterview ihre diesbezüglichen Probleme wie folgt aus:

IP4: *„Also für mich ist es ganz schwierig mit diesen psychiatrischen Sachen umzugehen, weil es irgendwie so ganz jenseits meiner Vorstellungskraft liegt. Da fällt es mir unheimlich schwer, mich drauf einzulassen und ja das ist halt richtig schwierig (IP4 lacht kurz auf).“* (FolgeIV4_Z: 815-818)

Eine andere Interviewperson thematisierte bereits im Erstinterview ihre Ängste, mit psychisch erkrankten Menschen in Kontakt zu treten. Sie hoffte, dass sie diese in der zweiten Ausbildungshälfte durch die Auseinandersetzung mit Fachwissen in der Schule sowie durch ihren Psychiatrieeinsatz beilegen könne.

IP8: *„Halt Patienten, die psychisch krank sind, dass man da noch viel lernt. Das hatten wir ja noch nicht in der Schule, aber dass man da noch drauf eingeht. Weil das ist bei mir noch so `ne ganz große Hemmschwelle einfach, wenn jemand irgendwie psychisch auffällig ist, sag ich mal so, dann zieh ich mich lieber zurück. Und das muss ich auf jeden Fall noch lernen, sag ich mal so, wie man damit umgeht, wie man auf die Leute zugeht. Weil ich da einfach Angst hab, gerade wenn jemand so ja schizophren ist oder sowas. Hatten wir ja schon Patienten, konnte ich nicht mit umgehen einfach. Man hat zwar mit den Patienten gesprochen und auf einmal erzählt der mir was ganz anderes. Wo ich dann da stand und dachte „Okay.“ (IP8 lacht kurz auf.) Kann ich nicht. Das muss ich erst noch lernen. [...] Aber diese richtig schlimmen psychiatrischen Krankheiten, da hab ich auch `n bisschen Angst vor, sag ich mal so, was falsch zu machen.“* (ErstIV8b_GM: 00:04:26-00:05:12 + 00:08:33-00:08:40)

Im Folgeinterview resümierte diese Person, dass sie sich weiterhin nicht in der Lage sehen würde, gegenüber psychisch erkrankten Menschen empathisch zu handeln. Die nachfolgende Sequenz illustriert ihre weiterhin bestehende Unsicherheit und ihre Überforderung bzw. ihre individuelle Grenze, gegenüber dieser Patient*innengruppe ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln.⁵⁶⁰

IP8: *„Oder wenn jemand erzählt, er ist der neue Messias und so. Naja, was sagt man dem? (IP8 lacht.) Das ist so!? (IP8 lacht.). Also, das ist einfach so dieser Fachbereich, sag ich mal so, mit dem ich, womit ich nicht umgehen kann für mich, hab ich festgestellt. Man hat`s zwar probiert, aber da ist es, also mir fällt`s schwer, dort `n Gespräch also generell aufzubauen, zu führen. [...] Ich sag mal so, es ist natürlich, man unterscheidet zwischen Sucht, Depression und Schizophrenie. Ganz schlimm war`s halt bei den schizophrenen Patienten. Wenn die irgendwelche wahnhaften Sachen erzählt haben oder irgendwelche irrealen Sachen, das war einfach für mich, das ging halt einfach nicht. Das war wie `ne Blockade, war für mich einfach so `n Hemmpunkt.“* (FolgeIV8_GM: 00:50:21-00:50:50 + 00:50:53-00:51:20)

Hier zeigt sich meines Erachtens, dass weder die bestehenden Lernangebote am Lernort Schule noch am Lernort Betrieb diese Interviewperson, die zum Zeitpunkt des Folgeinterviews über ein differenziertes, subjektives Verständnis pflegerischer Empathie im

⁵⁶⁰ Vgl. hierzu auch FolgeIV8_GM: 01:34:41-01:35:17 + 01:35:50-01:36:36.

Sinne des Verständnistypus III verfügte, ausreichend unterstützen konnten, ihre Ängste gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu reflektieren und zu bewältigen (s. Kapitel 21 und 22).

Zur Gruppe 3: Als eine Patient*innengruppe, die v.a. Befragte der Gesundheits- und Krankenpflege als problematisch im Hinblick darauf erlebten, ihre empathischen Fähigkeiten einzusetzen, konnten Menschen mit Demenz identifiziert werden. Während die befragten Lernenden der Altenpflege einräumten, dass es gegenüber Menschen mit Demenz zwar schwieriger sei, empathisch zu handeln, u.a. da sie oft *„ruhelos sind, nicht wissen, wo sie herkommen, wo sie hinwollen und die einem auch nicht äußern können, womit man ihnen jetzt am besten helfen kann, könnte so“*⁵⁶¹, thematisierten sie diese in diesem Zusammenhang aber nicht als für sie problematische Gruppe.⁵⁶² Zwei der Befragten⁵⁶³ äußerten sich sogar gegenteilig, dass es ihnen eher leicht falle, sich Menschen mit Demenz empathisch zuzuwenden und sie diese ausgesprochen gerne pflegen und betreuen würden.⁵⁶⁴

Im Gegensatz dazu steht das Erleben einiger Lernender der Gesundheits- und Krankenpflege, die Menschen mit Demenz, insbesondere Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium von Demenz, explizit als Patient*innengruppe hervorhoben, der gegenüber sie Probleme hätten, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln. Die Belegerzählungen dieser Befragten verdeutlichten, dass sie Pflegesituationen mit Menschen mit Demenz teilweise als so irritierend, verunsichernd, anstrengend, unberechenbar bzw. beschämend erlebten, dass sie sich ihnen nicht mehr empathisch zuwenden konnten. Ratlosigkeit und Überforderung kennzeichneten diese Erzählungen.⁵⁶⁵

IP11: *„Also, ich wusste auf jeden Fall nicht mehr, {was ich machen sollte}“*⁵⁶⁶. *Sie hat nicht verstanden, dass dort das Essen steht, dass sie sich dahin setzen kann und essen kann. Dann hat sie einmal was gegessen ja und weg. Also, also ich wusste nicht mehr, was ich machen sollte (IP11 lacht kurz verhalten auf.). [...] Also, wir waren irgendwie, wir haben ganz viel probiert, halt auch, dass wir uns dann dazu setzen und versuchen, dass sie vielleicht sonst sich damit zusetzt und dann isst. Oder, aber ja, {ging alles nicht}.“* (FolgeIV11_GM: 00:40:25-00:39:40 + 00:40:45-00:41:00)

IP16: *„Bei Dementen, die sind ja auch unberechenbar. Da weiß man auch nicht, was jetzt oder wo der Hase jetzt langläuft oder wie auch immer man das nennt. Einmal wollen sie das, dann bringt man`s, also ob`s jetzt `n Saft ist oder so. Und dann wollen sie doch lieber duschen. Also bei Dementen find ich das auch ganz schwierig, die denken Wirrwarr. [...] Bei einem Patient, der irgendwie immer mit den weiblichen Schwestern in die Sauna gehen wollte, der immer von seinem*

⁵⁶¹ FolgeIV15_GM: 00:37:42-00:37:55

⁵⁶² Vgl. u.a. FolgeIV15_GM: 00:37:35-00:38:58 + 00:39:19-00:40:55.

⁵⁶³ Eine dieser beiden Interviewpersonen absolvierte zum Zeitpunkt der Untersuchung zwar eine Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpfleger*in, hatte zuvor jedoch bereits eine Altenpflegeausbildung erfolgreich abgeschlossen.

⁵⁶⁴ Vgl. FolgeIV3_Z: 441-456, 582-639 und FolgeIV17_GM: 00:47:03-00:50:13.

⁵⁶⁵ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:39:18-00:41:00 und FolgeIV16_GM: 00:34:02-00:35:56.

⁵⁶⁶ Das in Klammern Stehende wurde mit einem verhaltenen bzw. gequält wirkenden, leisen Lachen gesprochen.

Geschlechtsverkehr erzählt hat. Und dann wollte er duschen, dann ist er weggelaufen, dann (IP16 stöhnt.) hat er sich die Klamotten von jemand anderes angezogen. Und irgendwie stehst du nur da und denkst „Was machst Du jetzt? (IP16 lacht kurz auf.) Sollst Du ihm die Klamotten jetzt wieder ausziehen? Der denkt ja, es sind seine. Sollst Du jetzt ihn wieder holen, wenn er denkt, unten steht seine Tochter? Oder gehst Du mit ihm runter? Aber die Station kannst auch nicht verlassen.“ (IP16 lacht kurz auf.) Das sind so Situationen, wo man nicht weiß, was man machen soll. Und dann versucht man`s einmal und dann haben sie die Meinung ja sowieso wieder verändert.“ (FolgeIV16_GM: 00:34:02-00:34:32 + 00:34:54-00:35:54)

Zwei weitere Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege, die beide sehr differenzierte subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie verinnerlicht hatten (Verständnistypen III und IV), erlebten die Pflege bzw. Betreuung von Menschen mit Demenz als so anstrengend, belastend bzw. sie (über-)fordernd, dass sie sich zum Zeitpunkt des Folgeinterviews selbst als für diese pflegerische Zielgruppe nicht geeignet empfanden.⁵⁶⁷

IP4: „Und dann ich war ja im [Pflegeeinrichtung A], das ist ja 'ne Tagespflege für demenziell Erkrankte. Da war ich sechs Wochen und heiliger Schwede, dann ist auch irgendwann meine Geduld echt an die Grenzen gekommen. Also das war 'n Fass ohne Boden, weil alles das, was man ge-, das Bewusstsein war nicht mehr wirklich also sie sind sich zwar ihrer selbst bewusst, aber so diese ganze Merkfähigkeit, egal was man gemacht hat, man musste ja jedes Mal wieder von vorne anfangen. Ich konnte irgendwann nicht mehr. Also mir ging's einfach echt auf 'n Kranz, muss ich ganz ehrlich sagen. [...] Das war echt hart, also dann konnte ich dann irgendwann gar nicht mehr. Also meine Kollegen meinten, ich kann das trotzdem gut, aber ich für mich hab es so empfunden, dass das nicht mein Ding ist und dass ich da falsch am Platz bin.“ (FolgeIV4_Z: 858-866, 890-892)

IP8: „Und dieses zigmal Wiederholen andauernd den ganzen Tag so. Naja, oder „Mein Papa kommt heute.“ erzählt mir dann `n Achtzigjähriger. Dann denk ich mir „Äh?“ hm „Der Papa kommt heut nicht. Der Papa ist denn im Himmel.“, so, wie man`s halt versucht, also. „Ja, doch, Papa kommt heute noch.“ Und das den ganzen Tag, denn ist man natürlich auch irgendwann so genervt und dann sagt man „Okay.“. Man möchte ja eigentlich nur schnell wieder {raus aus dem Zimmer}⁵⁶⁸, weil man dann irgendwann merkt, langsam strengt es an. Also dieses zigmal Wiederholen und dieses, dass sie das dann auch nicht so verstehen, was man so sagt, ne? Dass man wirklich alles ganz langsam und erklärt, das ist für mich anstrengend. Es ist toll, wenn man es kann, aber ich hab da nicht so die Geduld, denk ich mal.“ (FolgeIV8_GM: 00:55:04-00:56:03)

Zur Gruppe 4: Schwerstkranke, onkologisch erkrankte sowie sterbende Menschen konnten bei einigen Interviewpersonen starke Belastungs- und Überforderungsgefühle auslösen. Mehrere der Befragten erzählten in den Folgeinterviews offen von ihren sie belastenden Erfahrungen, Menschen mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium sowie sterbende Menschen zu pflegen. In ihren Erzählungen wurde deutlich, dass die Pflege dieser Gruppe in ihnen, neben eigenen belastenden Gefühlen und Gedanken angesichts von Krankheit und Tod, auch enorme Handlungsunsicherheit bis hin zu Überforderung auslösten, wie sie diesen Menschen empathisch begegnen könnten.

Einige dieser Befragten waren der Überzeugung, dass sie nicht in der Lage seien, sich auf diese Patient*innengruppe empathisch einzulassen. Das heißt, dass sie es für sich als zu

⁵⁶⁷ Vgl. FolgeIV4_Z: 858-893, 930-932, 981 und FolgeIV8_GM: 00:51:34-00:51:54 + 00:53:42-00:56:03.

⁵⁶⁸ Das in Klammern Stehende wurde mit einem schallenden Lachen gesprochen.

riskant und zu bedrohlich erlebt, sich für die Perspektiven dieser Menschen zu öffnen. Die betreffenden Befragten hatten in ihren Praxiseinsätzen auf Palliativstationen, in Hospizen, in Pflegeheimen und/oder auf der Onkologie die Erfahrung gemacht, dass sie im Hinblick auf pflegerische Empathie an ihre Belastungsgrenzen gestoßen waren. Sie hatten die Erfahrung gemacht, sich gegenüber diesen Patient*innen aus Selbstschutz innerlich verschließen und teilweise auch äußerlich zurückziehen zu müssen. Bei den Befragten handelte es sich auch um Pflegelernende, die durchaus in der Lage waren, so legte es die Analyse der anderen von ihnen in den Interviews erzählten Pflegesituationen nahe, den unterschiedlichsten pflegebedürftigen Menschen auf einem sehr hohen Niveau empathisch zu begegnen.

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf eine Interviewperson verwiesen, die bereits zum Zeitpunkt des Erstinterviews ein subjektives Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Verständnistypus III verinnerlicht hatte. Diese Person erlebte sich in ihren Praxiseinsätzen als „sehr blockiert“⁵⁶⁹, gegenüber onkologisch erkrankten Menschen empathisch zu handeln, und in ihrem Hospizeinsatz als „sehr blockiert“⁵⁷⁰ gegenüber Sterbenden. Sie äußerte sich im Folgeinterview sehr offen, reflektiert und differenziert über ihr diesbezügliches Überforderungserleben. Ihren Reflektionen soll nachfolgend durch zwei längere Zitate Gewicht verliehen werden, da sie exemplarisch für mögliche, vermutlich für anleitende Pflegende sowie Pflegelehrende häufig unsichtbar bleibende Überforderungen von Pflegelernenden stehen. In den nachfolgenden zwei Sequenzen deuten sich neben der Überforderung der besagten Person, mit den Äußerungen und Gefühlen dieser Menschen umzugehen, auch eigene Ängste angesichts von Krankheit und Sterben, Schwierigkeiten bei der Ich-Andere-Differenzierung sowie Strategien der Kontaktvermeidung an. In der ersten Sequenz erzählt die Person von ihren Schwierigkeiten im Hospiz, sterbenden Menschen empathisch zu begegnen und in der zweiten von ihren Erfahrungen mit onkologisch erkrankten Menschen.

IP1: „Dinge wie „Jetzt bring mich doch endlich um!“. Und so `ne, das ist ein Bedürfnis, das ist es mit Sicherheit, und das nehme ich auch so ab, dass das gerade in dem Moment wirklich ein sehr, sehr starkes Bedürfnis ist. Aber das sind so, damit komme ich dann in dem Moment auch nicht zurecht, weil ich kann es nicht und ich will es auch gar nicht jetzt in dem Moment, das. Und klar, wie sie sich äußern, die Verzweiflung, die Angst und gerade, wenn Angehörige nicht zugegen sind und man quasi als unabhängige Person jetzt beistehen soll. Und dann fühlt man sich natürlich, also ich habe mich nicht als die richtige Person betrachtet, die jetzt da zugegen sein sollte, weil ich wahrscheinlich ihr nicht das Gefühl geben kann, was sie wirklich braucht. So kleine Ansätze hatte ich dann natürlich schon, dass das mit Sicherheit ein Bedürfnis von ihr wäre, jetzt ihre Angehörigen um sich herum zu haben, aber das alles konnte ich nicht bieten und das sind Überforderungen, Überforderungssituationen gewesen, absolut. Ich kann da mich ganz schlecht distanzieren, das ist mein Problem, glaube ich. In jeglicher Art und Weise kann ich mich super distanzieren, aber in der Sterbebegleitung, das geht mir zu nahe. Und weil es das tut, mache ich es nicht, beziehungsweise

⁵⁶⁹ FolgeIV1_Z: 522f.

⁵⁷⁰ FolgeIV1_Z: 869

sage ich „Das ist nicht mein Bereich und das möchte ich nicht.“ und das kann ich auch nicht, weil ich mich so sehr, vielleicht könnte ich es, aber ich verschließe mich selber davor und deshalb würde ich es auch nicht hinkriegen, meine Fähigkeiten dort irgendwie einzubringen, das funktioniert nicht gut.“ (FolgeIV1_Z: 457-475)

IP1: „Was war für mich die Schwierigkeit [gegenüber onkologisch erkrankten Menschen empathisch zu handeln; GK]? Meine eigene Überzeugung, wie ich wäre in dieser Situation. Ich versuche natürlich, mich dann erst mal dort reinzusetzen. Ich habe da, ich hätte, glaube ich, sehr wenig Lebensmut und es würde sehr, sehr wenig geben, was jetzt Pflegende für mich tun können in dem Moment, wäre mein erster Gedanke. Und deshalb fällt es mir dann auch ganz schwer darauf einzugehen, weil ich mir dann immer denken würde „Na ja also für mich können Sie jetzt nichts tun, egal, was Sie mir jetzt sagen würden, Sie können mir den Krebs nicht aus dem Körper nehmen und Sie können mir die Angst vor dem Tod nicht nehmen“. Das sind so Dinge, aber das sind auch sehr, sehr sensible und heikle Themen, auf Tod und Sterben anzusprechen. Und wenn man, wenn ich jetzt das Gefühl habe, da ist Gesprächsbedarf da und da bräuchte derjenige jetzt vielleicht ein entlastendes Gespräch, finde ich es sehr, sehr heikel, so was anzusprechen. [...] Und ich bin ja dann wirklich, dass ich sage „Na ja, also ich will so was gar nicht hören und von mir“ also, und dann, wenn dann jemand auf mich zukommen würde und würde dann, selber vielleicht noch unsicher, versuchen, darüber zu sprechen, das, nee, würde ich schwierig finden für mich. [...] Aber grundsätzlich bin ich da auch im Team sehr, sehr offen und sage das auch, dass das überhaupt nicht mein Bereich ist und dass ich da mein Bestes gebe, aber dann auch um Unterstützung bitte, wenn es so weit ist.“ (FolgeIV1_Z: 493-504, 510-514, 524-526)

In den Interviews wurden auch von anderen Befragten, teilweise explizit teilweise implizit, ihre Unsicherheit im Kontakt zu sowie ihre Ängste vor Gesprächen mit onkologisch erkrankten und sterbenden Menschen thematisiert.⁵⁷¹

Eine Interviewperson, die Altenpflege lernte, erzählte beispielsweise im Erstinterview ausführlich von einer ihr sehr sympathischen Bewohnerin, die an Krebs in einem fortgeschrittenen Stadium litt und der eine Lebenserwartung von nur wenigen Wochen prognostiziert worden war.⁵⁷² Die Person beschrieb das Verhältnis zwischen der Bewohnerin und ihr als „ganz eng“⁵⁷³. Diese Interviewperson begegnete dieser Bewohnerin empathisch und nahm so deren Angst wahr, allein sterben zu müssen, sowie deren Wunsch nach einer Tochter, die ihr beistehen könnte. Als die Bewohnerin die Person fragte, ob sie bei ihrem Tod dabei sein könne, versprach diese es ihr und besuchte sie daraufhin auch in ihrer Freizeit. Aus der Erzählung der Person wurde deutlich, dass sie, infolge ihrer Schwierigkeiten bei der Beziehungsgestaltung zu dieser Bewohnerin, zunehmend unter Druck geriet. Schließlich suchte und fand sie Unterstützung bei einer Vorgesetzten, die veranlasste, dass sie „bei der Grundpflege so wenig wie möglich da in das Zimmer musste“⁵⁷⁴.

Meiner Einschätzung nach erkannte die Interviewperson durchaus sensibel die Bedürfnisse dieser Bewohnerin, es gelang ihr jedoch nicht, ihrer beruflichen Rolle gemäß auf diese

⁵⁷¹ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 00:49:38-00:49:49; ErstIV11_GM: 00:46:07-00:47:08 und FolgeIV14_GM: 00:44:47 - 00:45:57.

⁵⁷² Vgl. ErstIV13_GM: 00:25:07-00:29:12.

⁵⁷³ ErstIV13_GM: 00:27:11f.

⁵⁷⁴ ErstIV13_GM: 00:27:29-00:27:32

einzu gehen. Die Person begegnete den Ängsten der Frau angesichts deren nahenden Todes auf einer privaten, diffusen Ebene, indem sie ihr das o.e. Versprechen gab und sie privat besuchte. Statt im Pfl egeteam gemeinsam nach Handlungsmöglichkeiten zu suchen, auf die von der Interviewperson erkannten Gefühle und Bedürfnisse dieser Bewohnerin professionell zu reagieren, verstrickte sich diese in ihrer laienhaften Fürsorge, bis ihr die Beziehung „irgendwann [...] zu eng“⁵⁷⁵ wurde und sie den Kontakt abrupt weitestgehend reduzierte. In dem ein Jahr später stattfindenden Folgeinterview bezog sich diese Person erneut auf die im Vorausgegangenen beschriebene Situation. In der nachfolgenden Sequenz zeigt sich, was sie aus dieser gelernt hatte.

IP13: „Und was er [= ein Pflegeneuling; GK] eigentlich vermeiden sollte, Gespräche zu führen, wo er hinterher nicht wieder raus kommt. Es gibt ja ganz spezielle und zwar ist das so, wenn Bewohner über den Tod reden. Dass man, wenn man das nicht kann, sollte man das nicht machen. Weil, da kommt man nicht wieder raus. Dann hat man viel zu viel Mitgefühl. [...] Ich mach das grundsätzlich auch nicht, weil ich hab mich da mal verheddert. Ich glaub, das hab ich Ihnen letztes Mal auch schon erzählt, wo die mich als Tochter angesehen hat. Und das ist, würd ich nicht mehr machen so.“ (FolgeIV13_GM: 00:18:48-00:19:12 + 00:19:18-00:19:31)

Aus meiner Perspektive zeigt sich in dieser Sequenz, dass die Interviewperson weiterhin grundlegende Schwierigkeiten hat, sich auf eine pflegerische Beziehung mit einem sterbenden Menschen einzulassen und in dieser ihre vorhandenen empathischen Fähigkeiten gezielt und reflektiert zur Gewinnung pflegerisch bedeutsamer Erkenntnisse einzusetzen.⁵⁷⁶

Abschließend möchte ich auf eine weitere Interviewperson eingehen, die bereits im Erstinterview ihre Ängste vor dem in der zweiten Ausbildungshälfte verorteten mehrwöchigen Praxiseinsatz auf der Onkologie bzw. im hospizlich-palliativen Bereich thematisierte. Die Aussagen dieser Person beschreiben exemplarisch, dass die gegenwärtigen Lernangebote in der Pflegeausbildung, die darauf abzielen, Pflege lernende zu befähigen, sich auch auf schwerstkranke und sterbende Menschen empathisch einzulassen, die diesbezüglichen „Lernenden-Probleme“ unzureichend aufgreifen und bearbeiten. Hierdurch können innere Blockaden einzelner Lernenden gegenüber bestimmten Patient*innengruppen über die gesamte Ausbildung hinweg bestehen bleiben.

IP17: „Da [= im Umgang mit onkologisch erkrankten Menschen; GK] hab ich wirklich auch Angst vor, weiß ich nicht, vielleicht geht mir das auch zu nah. Also ich könnte kei-, ich glaub, ich könnte einfach keinen Patienten betreuen, der genauso alt ist wie ich, aber weiß nicht, der vielleicht noch drei, vier Wochen zu leben hat. Das könnt ich nicht. Da krieg ich schon `ne Gänsehaut, wenn ich nur dran

⁵⁷⁵ ErstIV13_GM: 00:27:13f.

⁵⁷⁶ An dieser Stelle wären meines Erachtens Lernangebote wichtig, die Pflege lernende zum einen unterstützen, die eigenen Gefühle und die des Anderen in Prozessen der Perspektivenübernahme wahrzunehmen, zu unterscheiden, zu reflektieren und zu regulieren. Zudem könnte für diese Person eine Auseinandersetzung mit Handlungsmöglichkeiten und -grenzen der pflegerischen Berufsrolle in der Begleitung von Sterbenden bedeutsam sein bzw. mit denen anderer in diesem Bereich tätigen Berufsgruppen (s. Kapitel 21 und 22).

denke, das ist mir nichts. Und ich mein, wir haben hier so `n Sterbeseminar gehabt zu Beginn der Ausbildung, also da hab ich nun wieder überhaupt nichts für mich mitgenommen, also ich finde auch, dass man sich dieses Seminar `ne Woche schenken kann. [...] Was soll ich dem erzählen, wenn der sagt: „Eye, mir geht's scheiße!“? Was soll ich dem erzählen? „Wird schon besser.“? oder, dem kann ich doch nichts sagen, oder „Wieso denn?“. Ja dann „Wie wieso?“, weil er sterbenskrank ist. Nee, könnt ich einfach nicht, weiß ich nicht. Ich weiß nicht, was mir da helfen könnte. Ich hab keine Ahnung (5 sec) ich weiß es nicht (5 sec) keine Ahnung. [...] Das, ich glaube, das ist nicht meins, wird nie meins und muss ja auch nicht meins sein.“ (ErstIV17_GM:01:03:37-01:04:12 + 01:05:34-01:06:08 + 01:06:27-01:06:33)

Ein Jahr später im Folgeinterview erzählte diese Interviewperson, dass sie sich geweigert hätte, im Hospiz eingesetzt zu werden, stattdessen aber einen Praxiseinsatz auf einer pneumologischen Station absolviert habe. Während diesem pflegte sie schwerpunktmäßig Menschen mit Lungenkrebs und stieß hierbei, wie von ihr im Vorwege befürchtet, an ihre Grenzen.

IP17: „Ich kann mit, mit Krebskranken kann ich überhaupt nicht. Die empfinde ich als unwahrscheinlich anstrengend. Also, da stoß auch ich an meine Grenzen. [...] Und ich hab auch da, das war ein Einsatz, der mir keine Freude gemacht hat, aber ich hab`s den oder die Patienten nie spüren lassen. Und sie mochten mich immer sehr gerne. Aber ich kann das nicht. Die sind unwahrscheinlich anstrengend. Und das ist auch absolut verständlich, wenn ich so `ne Diagnose kriege, die mir wirklich den Boden unter den Füßen wegrißt. [...] Also mit sowas bin ich völlig überfordert, also das fällt mir schwer. Ich weiß noch nicht warum, also vielleicht weil ich einfach so `n lebensfroher Typ bin und mit sowas überhaupt, also das ist schwierig. [...] Aber wenn ich von solchen, weiß ich nicht, fünfundzwanzig Patienten hab, äh (IP17 lacht kurz auf.) kann ich nicht, kann ich nicht.“ (FolgeIV17_GM:00:39:58-00:40:05 + 00:40:24-00:40:45 + 00:42:29-00:42:40 + 00:43:18-00:43:24)

Die Unsicherheiten und Ängste dieser Interviewperson im Umgang mit sterbenden Menschen bestanden auch zum Zeitpunkt des Folgeinterviews, also wenige Monate vor dem Ausbildungsende, weiterhin.

IP17: „Ins Hospiz wollt ich einfach nicht, weil ich, ich glaub, dafür fehlt mir die power und ich glaub, dafür fehlt mir auch irgendwo die Kompetenz. Ich hab mit Sterbenden, was soll ich dem sagen?, Was soll ich dem sagen?. Soll ich sagen „Und? Haben Sie `nen schönen Tag gehabt gestern?“ Also, ich bin ja auch, ich unterhalt mich ja eigentlich auch ganz gern, ne? Was, was, worüber sprech ich mit so einem? Kann ich nicht.“ (FolgeIV17_GM: 00:43:48-00:44:12)

Die in dieser und auch in den vorausgegangenen Interviewsequenzen sich abzeichnenden Probleme von Pflegelernenden, sich für die Sicht- und Erlebensweisen schwerkranker und sterbender Menschen innerlich zu öffnen, finden nach meiner Einschätzung gegenwärtig (noch) zu wenig Berücksichtigung seitens der Ausbildungsverantwortlichen (s. Kapitel 21 und 22).

Zur Gruppe 5: Als einen weiteren, das empathische Handeln der Interviewpersonen beeinflussenden Faktor konnte das Alter der pflegebedürftigen Menschen identifiziert werden, genauer gesagt deren Zugehörigkeit zu bestimmten Altersgruppen. Einige Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege berichteten beispielsweise davon, dass es

ihnen in ihren Praxiseinsätzen schwerer gefallen sei, ihre Empathiefähigkeit gegenüber Kindern und Jugendlichen einzusetzen als gegenüber Erwachsenen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Zum einen führten die Befragten Unsicherheiten in der Kontaktaufnahme und in der Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen, aufgrund fehlender Erfahrungen im Umgang mit dieser Altersgruppe sowie Unsicherheiten aufgrund von unzureichendem Fachwissen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, an.⁵⁷⁷ Zum anderen erlebten sie es als besonders herausfordernd, sich den Perspektiven von Kindern verstehend anzunähern.

IP1: *„Da fällt es mir dann auch ganz schwer zu Kindern, weil das nun mal eine ganz andere, die haben auch Mimik und Gestik, natürlich, aber oft in einem ganz anderen Sinne und da fällt es mir ganz schwer, das zu deuten. Also an Kinder ranzukommen ist, finde ich, auch eine Königsdisziplin. Also um da wirklich herauszufinden, was sie jetzt wollen, das schaffen ja manche Mütter nicht, das würde ich jetzt als schwierig finden.“* (FolgeIV1_Z: 365-373)

Darüber hinaus fühlten sich einige Befragte insbesondere sowohl durch die Wechselhaftigkeit der Wünsche, Vorlieben, Bedürfnisse, etc. von Kindern herausgefordert als auch durch die Dringlichkeit und Direktheit, wie diese von ihnen geäußert wurden.

IP12: *„Bei Kindern, die sind manchmal so wechselhaft, ne? Also „Jetzt heute, ja, find` ich das gut, morgen nicht so gut.“ Also Kinder sind immer so oder „Dem Nachbar gefällt das, also gefällt mir das auch.“ Also bei Kindern ist es auch sehr schwierig, das Richtige rauszufinden.“* (FolgeIV12_GM: 00:21:28-00:21:48)

IP17: *„Die sind ja noch gar nicht ausgeprägt. Ich weiß ja nicht, was Kinder, heute brauch er das, morgen brauch er das. Oder heute schmeckt ihm das, morgen schmeckt`s ihm nicht. Ja Kinder sind, ich mein, mit `n paar war es echt lustig, aber auf die Dauer auch echt anstrengend. [...] Ich weiß nicht, ja dann hängen die nur da „Alex [= anonymisierter Vorname von IP17; GK], komm! Können wir das machen? Können wir das machen? Können wir das machen? Gestern hast Du das und das gemalt und kannst Du das heute noch mal malen?“ {Ich kann nicht, lasst mich in Ruhe.}“⁵⁷⁸ Aber die kennen ja auch nichts, ja Kinder, noch keine Grenzen irgendwie. Also, sehr junge Kinder, die waren selten über zehn Jahre.“* (FolgeIV17_GM: 00:45:07-00:45:22 + 00:45:34-00:46:00)

Anders als bei den befragten Lernenden der Gesundheits- und Krankenpflege, von denen einige die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen als Herausforderung im Hinblick auf empathisches Pflegehandeln erlebt hatten, thematisierten zwei der fünf befragten Lernenden der Altenpflege die Altersgruppe des frühen und mittleren Erwachsenenalters als starken Einflussfaktor auf ihr empathisches Handeln. Diese beiden Lernenden hatten durch ihre Praxiseinsätze im Krankenhaus bzw. in der ambulanten Pflege die Erfahrung gemacht, dass sie sich angesichts des Leids „jüngerer“ pflegebedürftiger Menschen überfordert fühlten, sich diesen verstehend zuzuwenden. Die nachfolgenden Sequenzen veranschaulichen die emotionale Betroffenheit und Überforderung dieser beiden Befragten bei der Pflege von Menschen im frühen und mittleren Erwachsenenalter.

⁵⁷⁷ Vgl. FolgeIV2_Z: 610-717, 723.

⁵⁷⁸ Das in geschweiften Klammern Stehende wurde lachend gesprochen.

IP3: „*Hadte ich in der ambulanten Pflege auch jemanden gehabt irgendwie, `ne MS-Patientin, die auch ans Bett gefesselt war. Also wo, die hatte überhaupt gar keine Lebensqualität mehr. Und die war noch echt, ich glaube, die war sechsvierzig oder so. Oh das fand ich ganz furchtbar. Ich hätte auch hingehen können und auch eigentlich nur heulen können. Sowas finde ich dann, weil die ist noch jünger als meine Mutter. Sowas geht mir dann irgendwie zu nah. Und das ist irgendwie für mich noch kein Alter, wo `n Mensch ja so eingeschränkt ist. Und also deswegen könnte ich, bin ich froh, ich wollte ja immer Krankenpflege machen, ich bin heilfroh, dass ich das nicht gemacht habe, sondern Altenpflege. Ich kann da besser mit umgehen. [...] Aber ich finde es schlimmer irgendwie, wenn `s junge Menschen trifft. Damit kann ich nicht umgehen (IP3 macht verneinende Laute.) geht nicht, ja. Deswegen, also jüngere Gruppierungen, also könnte ich nicht pflegen, nein.“ (FolgeIV3_Z: 549-558, 560-563)*

IP13: „*Aber im Krankenhaus war `s so mit Vierzig-, Fünfzigjährigen, die an Krebs erkrankt sind, damit umzugehen. Wo man genau wusste, die sind unheilbar krank und sind noch also geistig völlig da und wissen das auch, das ist mir schwer gefallen. Also, das konnte ich nicht, weder Grundpflege machen noch sonst irgendwas. Da bin ich auch nicht, da hab ich gesagt „Das möchte ich nicht.“ Das das konnt ich nicht, weil ich bin irgendwo ja auf alte Menschen fixiert und nicht auf so junge Menschen, weil das ist, das konnte ich nicht. Das hat mir, das ging nicht. [...] Einfach weil die jung sind. Die sind jung, da weiß man, in ihren jungen Jahren sterben die jetzt bald und müssen sich vielleicht noch quälen oder, ich weiß nicht, ich hatte da ganz große Probleme mit. Ich glaube, das war eigentlich mehr auch das Alter, weil ja, ich glaube, das war das Alter. Ich hätte auch nie `nen Zwanzigjährigen, da wär ich nicht rangegangen, das hätte ich nicht gekonnt.“ (FolgeIV13_GM: 00:25:14-00:25:48 + 00:25:51-00:26:18)*

17.4.2.1.2 Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen

Viele der Befragten führten neben Sympathien insbesondere auch Antipathien gegenüber konkreten pflegebedürftigen Menschen als wichtige, ihr empathisches Handeln beeinflussende Faktoren an. Wurde ein pflegebedürftiger Mensch von den befragten Lernenden als sympathisch wahrgenommen, erleichterte dieses ihnen sehr, sich ihm empathisch zuzuwenden.⁵⁷⁹ Empfanden sie ihn hingegen als unsympathisch, wirkte sich dieses, so die Einschätzung vieler Befragter, deutlich erschwerend bzw. hemmend auf ihr empathisches Handeln aus.⁵⁸⁰ Einige dieser Befragten thematisierten in den Folgeinterviews relativ offen (aber nur kurz) ihre Schwierigkeiten, ihnen unsympathischen Menschen empathisch zu begegnen bzw. deren hinderlichen Einfluss auf ihr empathisches Handeln.⁵⁸¹ Sie würden dann beispielsweise „*nur das Nötigste*“⁵⁸² machen, hätten „*irgendwann [...] dann auch keine Lust mehr*“⁵⁸³ bzw. sind „*zwar immer nett und freundlich, aber, ich glaube, ich hab `nen Unterton [...] das ist ebend halt dieses, ja „Ich mag dich nicht.“*“⁵⁸⁴. Eine andere Interviewperson benannte direkt, dass sie sich „*immer schlecht [...] in jemanden hineinversetzen (kann), den (sie) einfach unsympathisch finde*“⁵⁸⁵. Sie stellte kurz darauf die Norm auf „*das*

⁵⁷⁹ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 615-617.

⁵⁸⁰ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 421-435.

⁵⁸¹ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 620-626; FolgeIV13_GM: 00:20:19-00:21:20 + 00:22:04-00:23:48 und FolgeIV10_GM: 00:28:03-00:28:25 + 00:28:42-00:29:45.

⁵⁸² FolgeIV5_Z: 622

⁵⁸³ FolgeIV10_GM: 00:28:19-00:28:21

⁵⁸⁴ FolgeIV13_GM: 00:23:30-00:23:37 + 00:23:42-00:23:45

⁵⁸⁵ FolgeIV11_GM: 00:19:40-00:19:47

*muss man schon irgendwie so `n bisschen unter Kontrolle haben.*⁵⁸⁶ und beendete damit ihre diesbezüglichen Ausführungen.

Meiner Einschätzung nach deuten sich hier und auch in den o.a. Interviewsequenzen Reflexions- bzw. Unterstützungsbedarfe an. Die von der zuletzt zitierten Person aufgestellte Verhaltensnorm, ihre Gefühle und/oder ihr Handeln gegenüber subjektiv als unsympathisch empfundenen Menschen „*unter Kontrolle (zu) haben*“⁵⁸⁷ wird durch die beiden Vagheitsmarkierer „*n bisschen*“⁵⁸⁸ und „*irgendwie*“⁵⁸⁹ relativiert, abgeschwächt bzw. verschleiert. Ob und wie dieses „*unter Kontrolle haben*“ der Person in Pflegebeziehungen zu von ihr als unsympathisch empfundenen Menschen gelingt, bleibt offen. Es ist jedoch zu vermuten, dass dieses Lernenden nicht immer gelingt, da sonst nicht so viele Befragte von sich aus thematisiert hätten, dass Antipathien ihnen erschweren würden, empathisch zu handeln.

17.4.2.1.3 Selbstbewusstsein/-sicherheit und sozial-kommunikative Fähigkeiten

Die Befragten schrieben ferner sowohl ihren sozial-kommunikativen als auch ihren personalen Fähigkeiten (v.a. Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstsicherheit) einen wichtigen Einfluss auf ihr empathisches Handeln zu. Sie waren der Überzeugung, dass diese es ihnen erleichtern bzw. eine wesentliche Voraussetzung dafür darstellen würden, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß mit pflegebedürftigen Menschen in Kontakt zu treten und pflegerische Beziehungen zu gestalten.⁵⁹⁰ Die nachfolgenden Ausführungen einer Interviewperson darüber, was ihrer Erfahrung nach wichtig sei, um empathisches Handeln bei Lernenden zu fördern, heben sowohl Selbstbewusstsein/-sicherheit als auch sozial-kommunikative Fähigkeiten als bedeutsame Voraussetzungen für empathisches Pflegehandeln hervor.

IP1: „Zuerst geht`s ja erst Mal darum, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken und zu fördern, das weil derjenige sonst nie `n Zugang finden könnte zum Patienten beziehungsweise schwierig und halt auch nicht dieses Gespür dafür entwickeln könnte. Das ist auf jeden Fall die eigene Zufriedenheit, die ganz wichtig ist und die Selbstsicherheit. [...] Dass sie direkt von Anfang an die Schüler wirklich früh auch da gefördert werden, dass sie mit anderen Menschen in Kontakt treten müssen, mit ihnen zusammenarbeiten müssen und halt auch selbstbewusst werden. Ich glaub, das ist gerade am Anfang ganz wichtig, dass das gestärkt wird.“ (ErstIV1_Z: 1208-1212, 1218-1221)

Die Interviewpersonen erzählten, dass sich im Laufe ihrer Ausbildung ihre sozial-kommunikativen Fähigkeiten sowie ihr Selbstbewusstsein bzw. ihre Selbstsicherheit weiterentwickelt hätten.⁵⁹¹ Zu Beginn der Ausbildung beschrieben sich einige der Befragten

⁵⁸⁶ FolgeIV11_GM: 00:19:50-00:19:53

⁵⁸⁷ Ebd.

⁵⁸⁸ Ebd.

⁵⁸⁹ Ebd.

⁵⁹⁰ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 817-827.

⁵⁹¹ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 817-827, ErstIV11_GM: 00:36:32-00:37:30 + 00:37:52-00:40:12 und ErstIV12_GM: 00:51:33-00:51:54.

als „sehr unsicher noch mit den Patienten“,⁵⁹² „noch so `n bisschen ängstlich“⁵⁹³ bzw. „zurückhaltender“⁵⁹⁴, was ihnen erschwerte, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln. Im Verlauf der Ausbildung, so die Befragten, hätten sich ihre sozial-kommunikativen Fähigkeiten und ihre Selbstsicherheit so weiterentwickelt, dass diese ihnen zunehmend erleichtern würden, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß pflegebedürftigen Menschen zu begegnen.⁵⁹⁵

IP1: „Ich hab auch das Gefühl, dass mit meiner zunehmenden Sicherheit natürlich auch die Patienten sich auch besser darauf einlassen können. Das ist auch so `n Zusammenspiel, dass beide was riskieren müssen, beide müssen sich `n bisschen auch sich trauen, auch einfach drauf los zu gehen und aufeinander zuzugehen. Und ich glaube, dass das viel ausmacht, dass ich mich da jetzt auch mittlerweile eher schneller und besser trauen kann und einfach auch dadurch besser darauf eingehen kann.“ (ErstIV1_Z: 914-920)

Diese Person führte im Folgeinterview an, dass ihr „Selbstbewusstsein“⁵⁹⁶ im Ausbildungsverlauf „größer geworden oder gewachsen“⁵⁹⁷ sei, so dass sie sich mittlerweile auch zutrauen würde, ihre durch Empathie gewonnenen pflegerischen Erkenntnisse über pflegebedürftige Menschen im Pflorgeteam anzusprechen und sich für daraus resultierende Pflegehandlungen einzusetzen.⁵⁹⁸

Eine andere Interviewperson thematisierte, dass sie in der ersten Ausbildungshälfte das „Selbstbewusstsein“⁵⁹⁹ bzw. den Mut entwickelt hätte, von ihr beobachtete patient*innen-ignorierende Pflegehandlungen anzusprechen und sich für eine ihrem Verständnis pflegerischer Empathie entsprechende Pflege ggf. auch gegen Widerstände ihrer Kolleg*innen einzusetzen.⁶⁰⁰

IP5: „Ja, also ich merke schon, dass ich am Anfang, glaube ich schon, auch immer oft so den Punkt getroffen habe. Oder glaube das so, dass wenn ich jetzt in einem Patientenzimmer war, dass ich dann oft so gedacht habe so „Ah, okay, ich glaube, das und das und das läuft jetzt nicht gut.“ Aber ich habe mir dann oft nicht zugetraut, gleich so das dann durchzuziehen oder so renitent zu sein. [...] Und also da würde ich schon sagen, dass ich jetzt halt stärker geworden bin da drin, diese Sachen halt durchzusetzen für jemanden. Oder früher wäre ich vielleicht auch bei diesem Mädchen⁶⁰¹ dann, ich hätt nichts gesagt. Und hätte halt nicht gesagt „Ja dann mache ich das jetzt und naja mit vierzehn hätte ich es vielleicht auch nicht gut gefunden.“ Sondern hätte halt dann irgendwie so „Hm ja“ und wäre dann vielleicht raus und hätte mich hinterher geärgert oder so. Und

⁵⁹² FolgeIV2_Z: 1082

⁵⁹³ ErstIV14_GM: 01:10:16f.

⁵⁹⁴ ErstIV1_Z: 912

⁵⁹⁵ Vgl. FolgeIV2_Z: 1079-1087 und ErstIV1_Z: 912-920.

⁵⁹⁶ FolgeIV1_Z: 919

⁵⁹⁷ Ebd.: 925

⁵⁹⁸ Vgl. FolgeIV1_Z: 918-925.

⁵⁹⁹ ErstIV5_Z: 1066

⁶⁰⁰ Vgl. ErstIV5_Z: 1049-1088.

⁶⁰¹ Die Person bezieht sich an dieser Stelle auf eine zuvor im Interview geschilderte Situation, in der sie sich anwaltschaftlich für die Bedürfnisse eines Teenagers mit Behinderung eingesetzt hatte. Die Situation wurde ausführlich am Ende des Kapitels 17.2.3 „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion (= Verständnistypus III)“ dargestellt.

das ist halt jetzt besser irgendwie, dass man sich das so auch traut auszusprechen.“ (ErstIV5_Z: 1049-1053, 1081-1087)

17.4.2.1.4 Reduzierte Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit

Darüber hinaus konnte als weiterer, das empathische Handeln der Interviewpersonen beeinflussender Faktor deren momentane eigene geistige und körperliche Verfassung identifiziert werden. Die Befragte erzählten davon, dass ihre privaten Probleme ihre Bereitschaft, zu Pflegenden empathisch zu begegnen, über kürzere oder längere Zeiten einschränken würde und/oder auch ihre Fähigkeit, dieses auf dem ihnen sonst möglichen Performanzniveau zu tun. Eine Interviewperson resümierte beispielsweise, dass sie „häufig“⁶⁰², infolge von Problemen mit ihrer bzw. ihrem Partner*in, „mit den Gedanken halt nicht so ganz dabei“⁶⁰³ sein könnte.⁶⁰⁴

Eine andere Interviewperson führte aus, dass sie, infolge privater, mehrere Monate andauernder Belastungen durch Krankheits- und Todesfälle im Familienkreis, während ihres Hospiz-Einsatzes, in dessen Verlauf ein*e ihr sehr nahe stehende*r Verwandte*r starb, gehemmt war, sich in der für sie üblichen Art und Weise empathisch auf pflegebedürftige Menschen einzulassen.⁶⁰⁵

IP8: „Gerade wenn man im Hospiz ist, dann irgendwelche Gespräche, wo es Patienten, die dann vielleicht dann auch anfangen zu weinen. Dann hab ich mir auch gesagt „Na ja, eigentlich möchte ich so `ne Situationen jetzt eigentlich gar nicht. Ich möchte denen lieber aus dem Weg gehen.“ Also jetzt nicht irgendwie, dass ich dem generell aus dem Weg geh, sondern halt weil `s privat halt einfach nicht so angenehm war. Und das dann auch noch beruflich, ist natürlich schwer. Und dann bin ich denen eher aus dem Weg gegangen.“ (FolgeIV8_GM: 01:37:07-01:37:37)

Die Person hatte zuvor im Interview erzählt, wie wenig Verständnis ihr von den Hospiz-pflegenden entgegengebracht wurde, als sie einmal aus einer Pflegesituation herausgegangen war, die sie überforderte.⁶⁰⁶

IP8: „Ich hab dann auch mal angefangen zu weinen, weil mich irgend `ne Situation auf Arbeit so mitgenommen hatte, was eigentlich, wo ich herausgegangen bin. „Ich kann das nicht.“ hab ich gesagt. „Ich kann das momentan einfach nicht, weil`s mir einfach privat auch so schlecht geht.“ Da haben die denn gesagt „Ja, so geht das aber nicht und hm.“ [...] Das fand ich dann irgendwo `n bisschen auch nicht fair. Also, das war einfach nicht schön. [...] Weil, wenn Sie am Kopf geknallt bekommen „Naja, dann bist Du für den Beruf nicht geeignet!“ ist schon hart.“

GK: Das ist Ihnen passiert?

IP8: Ja. Also, aber ich denk mal, bei den Ereignissen, die privat waren und denn natürlich noch Hospiz, das sowas auch passieren darf. Also (IP8 lacht kurz auf.) seh ich jetzt ein-, also ich seh es

⁶⁰² ErstIV3_Z: 1608

⁶⁰³ ErstIV3_Z: 1612

⁶⁰⁴ Vgl. ErstIV3_Z: 1598-1612.

⁶⁰⁵ Vgl. FolgeIV8_GM: 01:36:55-01:37:40.

⁶⁰⁶ Vgl. FolgeIV8_GM: 01:22:33-01:25:57.

so, dass es passieren darf, weil man ist schließlich ja auch nur Mensch.“ (FolgeIV8_GM:01:24:12-01:24:29 + 00:24:42-00:24:50 + 01:25:23-01:25:49)⁶⁰⁷

Zwei weitere Befragte erwähnten, dass ihnen erst durch die Rückmeldungen ihrer Patient*innen „Wie sind Sie denn heute drauf?“⁶⁰⁸ bzw. „Mensch, was ist mit Ihnen denn los? Haben Sie schlechte Laune?“⁶⁰⁹ bewusst geworden sei, dass ihre eigene innere Verfassung sich unmittelbar auf ihre Bereitschaft und ihr Vermögen, sich anderen empathisch zuzuwenden, auswirkte. In dem einen Fall war die Interviewperson innerlich belastet durch miterlebte und nicht angesprochene patient*innenignorierende Pflegesituationen in einem Hospiz.⁶¹⁰ In dem zweiten Fall war eine andere Interviewperson einfach „sauer (ist) wegen irgendwas“⁶¹¹, was sie im Interview nicht genauer benannte.^{612,613}

17.4.2.1.5 Subjektiv empfundener Komplexitätsgrad der Pflegesituation

Einen weiteren wichtigen personalen Einflussfaktor auf das empathische Handeln von Pflegelernenden stellt der subjektiv empfundene Komplexitätsgrad der Pflegesituation dar. Insbesondere in den ersten Ausbildungsmonaten, in denen sich die Befragten herausgefordert sahen, sowohl grundlegende pflegetechnische Fertigkeiten zu erwerben als auch sich an wechselnden Praxisorten mit unterschiedlichen Arbeitsabläufen und in unterschiedlichen Pflegeteams zurecht zu finden, erlebten sie Pflegesituationen als wesentlich komplexer als zu späteren Zeitpunkten ihrer Ausbildung.⁶¹⁴ Die Befragten lenkten deshalb, in den subjektiv als komplex erlebten Pflegesituationen, ihre Aufmerksamkeit v.a auf das technisch korrekte Durchführen von pflegerischen Tätigkeiten und weniger auf das jeweilige pflegebedürftige Gegenüber. In einem Folgeinterview verwendete eine Interviewperson, um diese ihr aus eigener Erfahrung vertraute, komplexitätsreduzierende Strategie zu

⁶⁰⁷ Aus meiner Perspektive wirkt das Verhalten der Hospizpflegenden, so wie die Interviewperson es erinnerte, wenig empathisch und unterstützend ihr gegenüber. In dieser Situation hätte die Person meines Erachtens Kolleg*innen gebraucht, die ihr zunächst einmal das Angebot gemacht hätten, offen über ihr Erleben des Hospizeinsatzes zu sprechen und sie bestärkt hätten, ihre momentane Grenze der Belastbarkeit anzuerkennen, statt ihre Eignung für den Pflegeberuf grundlegend in Frage zu stellen. Zudem wäre für die Person möglicherweise ein beratendes Gespräch hilfreich gewesen, um für sich zu klären, ob, inwiefern bzw. unter welchen Umständen sie sich in diesem Praxiseinsatz in der Lage fühlen könnte, Hospizgäste zu pflegen bzw. welche Unterstützung sie hierbei brauche. Es ist zu vermuten, dass die Hospizpflegenden sich überfordert und/oder nicht zuständig fühlten, die Person zu fördern, tragfähige Strategien zu entwickeln, berufliche Anforderungen, nämlich sterbenden Menschen empathisch zu begegnen, in Zeiten belastender privater Herausforderungen zu bewältigen. Vielleicht war ihnen auch nicht bewusst, dass dieses auch als ein Teil ihrer Ausbildungsarbeit verstanden werden könnte (s. Kapitel 21 und 22).

⁶⁰⁸ FolgeIV4_Z: 596

⁶⁰⁹ FolgeIV16_GM: 00:28:52-00:28:54

⁶¹⁰ Vgl. FolgeIV4_Z: 580-610.

⁶¹¹ FolgeIV16_GM: 00:28:21f.

⁶¹² FolgeIV16_GM: 00:28:00-00:29:17

⁶¹³ Auch an dieser Stelle zeigt sich meines Erachtens der Bedarf sowohl die Selbstreflexionsfähigkeiten von Pflegelernenden im Hinblick auf die eigenen Möglichkeiten und Grenzen, sich zu Pflegenden empathisch zuzuwenden, zu fördern als auch ein Nachdenken über mögliche Entlastungsstrategien anzuregen (s. Kapitel 21 und 22).

⁶¹⁴ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1029-1031, 1360-1392 und FolgeIV3_Z: 806-822.

beschreiben, Formulierungen wie beispielsweise „*Tunnelblick*“⁶¹⁵, „*da hatte man einfach nicht dieses Blickfeld und hat vieles einfach nicht wahrgenommen*“⁶¹⁶ sowie „*sehr technisch orientiert [...] sehr eingeschränkt gucken, also sehr konzentriert auf das, was ich tu(n)*“⁶¹⁷. Eine andere Person hob hervor, dass sie in der zweiten Ausbildungshälfte für sich die Möglichkeit sehen würde, „*noch mehr sich zu öffnen für andere Dinge [= bezieht sich auf Empathie; GK], für die man vorher gar keinen Sinn hatte, weil man mit den ganzen Grundstrukturen beschäftigt war*“⁶¹⁸.

Es folgen zwei Interviewsequenzen aus Folgeinterviews, in denen zwei Interviewpersonen, von denen die erste Person bereits zu diesem frühen Ausbildungszeitpunkt über ein sehr elaboriertes Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Typus III verfügte, aus der Retroperspektive ihr empathisches Handeln in den ersten Praxiseinsätzen beschreiben. Sie verdeutlichen, dass Lernende, insbesondere in den ersten Ausbildungsmonaten, Pflegesituationen subjektiv als so komplex erleben können, dass sie nicht in der Lage sind, ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln.

IP1: „*Da [= am Anfang der Ausbildung; GK] ist, da hat man noch so viel im Kopf mit anderen Dingen, an die man denken muss und die man machen muss und muss auch noch über so viel nachdenken, was man da tut. Und das hat nachgelassen jetzt, die Arbeitsabläufe sind routinierter und entsprechend hat man mehr frei im Kopf, um sich auf sowas, auf das, was heißt auf sowas, auf sie [= die Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen; GK] das ist ja fast schon das Wichtigste, darauf zu konzentrieren. Wo man am Anfang gar nicht den Kopf für hat.*“ (FolgeIV1_Z: 912-917)

IP3: „*Also, wenn ich überlege, so das erste Mal, wo man dann anfängt, ist man ja eigentlich nur darauf bedacht irgendwie, dass man das richtig ausführt. Also da waren die Bedürfnisse der zu Pflegenden irgendwie, „Da ist jetzt gerade` jemand irgendwie. Aber was mach ich jetzt?“. Man ist ja völligst darauf konzentriert irgendwie, dass alles vernünftig abläuft. Dass man diese Handlung dann irgendwie vernünftig vollzieht. Die Bedürfnisse, keine Ahnung, „Hat der Bedürfnisse?“, so ungefähr.*“ (FolgeIV3_Z: 806-812)

Die Vorschläge der Befragten dazu, wie das Arbeiten und Lernen in den ersten Ausbildungsmonaten organisiert werden könnte, damit sie von Anfang an Aufmerksamkeitskapazitäten „frei“ hätten, um ihren subjektiven Verständnissen pflegerischer Empathie gemäß pflegebedürftigen Menschen begegnen zu können, sind ausführlich in dem Kapitel 18 „Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb“ und dem Kapitel 19 „Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule“ beschrieben. In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf folgende drei Unterkapitel verwiesen: erstens Unterkapitel 18.1.1.1.3 „Pädagogische Empathie“, zweitens Unterkapitel 18.1.1.1.4 „Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit“ sowie drittens, im Hinblick auf den für die

⁶¹⁵ FolgeIV2_Z: 436

⁶¹⁶ FolgeIV2_Z:1077f.

⁶¹⁷ FolgeIV2_Z: 1211f., 1214

⁶¹⁸ ErstIV5_Z: 1383-1385

Befragten in diesem Zusammenhang bedeutsamen Wunsch nach einem Training pflegepraktischer Fertigkeiten (Skillslab) an einem geschützten, der Pflegeberufswirklichkeit vorgeschalteten Lernort, auf das Unterkapitel 19.1.2.3.5 „Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie“.

17.4.2.2 Bereichsspezifisches (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen

Als einen weiteren, das empathische Handeln der Interviewpersonen beeinflussenden Faktor konnte deren bereichsspezifisches pflegerisches sowie medizinisches Regelwissen identifiziert werden.⁶¹⁹ Eine Person, deren Verständnis pflegerischer Empathie beispielsweise dem Verständnistypus III zuzuordnen ist, kann in einem für sie fremden Praxisfeld (z.B. Neurologie, Demenz-Wohngruppe, Psychiatrie, Tagespflege) infolge unzureichender bereichsspezifischer Fachkenntnisse in ihrer pflegerisch-empathischen Handlungsfähigkeit deutlich eingeschränkt sein respektive zurückgeworfen werden.^{620,621} Die Befragten sprachen in diesem Zusammenhang bereichsspezifischem Fachwissen einen ihr empathisches Handeln unterstützenden bzw. erleichternden Einfluss zu: Es sensibilisiere und befähige sie, Verhaltensweisen und Bedürfnisse von beispielsweise gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen überhaupt bzw. bewusst(er) beobachten und reflektierter deuten zu können^{622,623}. Zudem erhöhe Fachwissen ihre Möglichkeiten, in den unterschiedlichen Fachgebieten bzw. pflegerischen Settings professionelle, situationsangemessene Handlungsoptionen entwerfen zu können und unterstütze damit ihre Handlungsfähigkeit^{624,625}.

17.4.2.3 Berufserfahrung

Überwiegend schrieben die Interviewpersonen ihrer Berufserfahrung bzw. der ihrer Kolleg*innen eine erleichternde bzw. unterstützende Wirkung im Hinblick auf empathisches Handeln zu.⁶²⁶ Sie waren der Überzeugung, dass Berufserfahrung ein schnelleres bzw.

⁶¹⁹ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 77-86 und FolgeIV3_Z: 1084-1093.

⁶²⁰ Vgl. u.a. ErstIV7_Z: 341-343, 347-367 und ErstIV1_Z: 758-833.

⁶²¹ Die Auswirkungen, die das fehlende neurologische bzw. psychiatrische Fachwissen einer Interviewperson auf ihr empathisches Handeln gegenüber einer Frau mit Parkinson hatte, die aufgrund einer Medikamentenfehl-einstellung unter massiven Vergiftungsängsten litt, werden ausführlich im Unterkapitel 18.1.3.4.1 „Problem und Grenzen der Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ erläutert.

⁶²² Vgl. ausführlicher zu den Inhalten, die aus der Perspektive der befragten Lernenden ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern das Unterkapitel 19.1.2.2.1 „Lernenden (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen vermitteln“ sowie das Unterkapitel 19.1.2.2.2 „Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“.

⁶²³ Vgl. u.a. ErstIV7: ebd..

⁶²⁴ Vgl. zu der Bedeutung, die die Befragten einer gelungenen Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen in entsprechenden Praxisfeldern im Hinblick auf ihr empathisches Handeln einräumen das Unterkapitel 19.1.1.2.1.

⁶²⁵ Vgl. ErstIV7: ebd..

⁶²⁶ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 60-65, 74-77, 124f., 332f., 902-908.

differenzierteres Erkennen beispielsweise von typischen Problemen und Bedürfnissen bestimmter Patient*innengruppen fördern.⁶²⁷

Eine Person verwendete in diesem Zusammenhang die Formulierungen *„mit Situationen verglichen, die sie schon erlebt hatte“*⁶²⁸ sowie *„Muster wiedererkannt“*⁶²⁹, um zu beschreiben, wie die Berufserfahrung einer kurz vor der Rente stehenden Pflegenden, die während ihres gesamten Berufslebens auf Entbindungsstationen gearbeitet hatte, dieser ermöglichte, bei einer Patientin Probleme und Bedürfnisse zu erkennen, die sie selbst *„gar nicht so hätte erkannt“*⁶³⁰. Diese Interviewperson hatte die Pflegende gefragt, wie sie zu ihren Erkenntnissen über die betreffende Patientin gekommen sei. Daraufhin hätte die Pflegende die o.a. von der Interviewperson erinnerten Formulierungen gewählt, um dieser ihren Erkenntnisprozess zu beschreiben.

Eine andere Person wählte ähnliche Worte wie die o.e. erfahrene Pflegende, um zu beschreiben, wie ihre Berufserfahrung ihr empathisches Handeln erleichtere bzw. beschleunige. Sie bezog in der folgenden Sequenz das Erkennen von Ähnlichkeiten v.a. auf die unterschiedlichen Charaktere pflegebedürftiger Menschen und nicht in erster Linie wie im o.a. Beispiel auf bestimmte Patient*innengruppen.

IP1: *„Wenn ich überlege, warum ich diese, warum diese Fähigkeit bei mir jetzt so ist, wie sie ist, würde ich sagen, das hat was damit zu tun, dass ich schon so viele Menschen kennengelernt habe, mich auf so viele Menschen einlassen musste, sie sich auf mich und dass ich schon so viele Gespräche geführt habe, dass ich, dass das einfach, sage ich jetzt mal, verschiedene Charaktere sich einfach ähneln. Und wenn man dann auf so `ne Menschen trifft, dann verknüpft man sofort „Okay, so einen Menschen hast du schon mal gehabt und da bist du so und so rangekommen“ und dann hat man den Zugang schneller. Also das hat was mit der wachsenden Anzahl an Patienten zu tun, die man betreut hat.“* (FolgeIV1_Z: 830-838)

Zugleich wurde von einer weiteren Person, neben dem förderlichen Einfluss von Berufserfahrung auf ihr empathisches Handeln, auch ein hinderlicher bzw. erschwerender Einfluss thematisiert. Diese Person führte aus, dass das stete Konfrontiertwerden mit Patient*innen im Ausbildungsverlauf, insbesondere auch mit Patient*innen mit ähnlichen Krankheitsbildern, bei ihr auch einen hinderlichen Einfluss auf ihre Bereitschaft, sich auf die Perspektive dieser Menschen einzulassen, habe.⁶³¹ Diese Person beunruhigte diese an sich selbst beobachtete Entwicklung sehr.⁶³² Sie resümierte diesbezüglich im Erstinterview: *„am Anfang ja war ich für manche Dinge auf der anderen Seite auch sensibler, würd ich*

⁶²⁷ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 161-173 und ErstIV16_GM: 00:46:55-00:47:55.

⁶²⁸ FolgeIV2_Z: 163

⁶²⁹ Ebd.: 164

⁶³⁰ Ebd.: 166

⁶³¹ Vgl. ErstIV2_Z: 590-599, 613-632, 756-759.

⁶³² Vgl. ebd..

sagen.⁶³³ Die nachfolgende Interviewsequenz veranschaulicht die Sichtweise dieser Person näher:

IP2: „Je länger ich in dieser Ausbildung bin [...] bekomme ich das Gefühl, dass ich schon ja nicht abstumpfe, aber das vieles einfach normaler wird. Und dass man oder dass ich viele Dinge sehe und gar nicht mehr so intensiv wie am Anfang empfinde und mich dann immer wieder ermahnen muss, dass das ja für den Patienten jetzt aber doch was ganz besonderes ist.“ (ErstIV2_Z: 590-595)

Sie sah für sich den dringenden Bedarf, gegenüber ihren zu Pflegenden „den Blick nicht zu verlieren für das, was die Patienten da empfinden und was deren Sorgen da sind“⁶³⁴.

17.4.3 Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch

Im Vergleich zu den umfangreichen Ausführungen vieler Interviewpersonen zu institutionellen (s. Kapitel 17.4.1) und auf die Person der bzw. des Lernenden bezogenen Einflussfaktoren (s. Kapitel 17.4.2) auf ihr empathisches Handeln, thematisierten nur wenige Befragte den Einfluss personaler Faktoren seitens des pflegebedürftigen Menschen.

Nachfolgend werden diese wenigen, bis auf eine Ausnahme eher knapp gehaltenen Äußerungen der Befragten dargestellt: Als einen Einflussfaktor auf ihr empathisches Handeln benannten zwei Lernende die grundsätzliche Bereitschaft sowie Fähigkeit pflegebedürftiger Menschen, sich auf eine pflegerische Beziehung einzulassen. Nach Einschätzung dieser Befragten gestaltete es sich für sie schwieriger, „einen Zugang“ zu verschlossenen, introvertierten bzw. zu „wortkarg(en)“⁶³⁵ pflegebedürftigen Menschen zu finden als zu aufgeschlosseneren Menschen, die sich eher bzw. gerne mitteilen würden.⁶³⁶

IP2: „Und auf der anderen Seite ja gibt es einfach Patienten, die sich eher schwerer öffnen können gegenüber Pflegekräften und vielleicht auch allgemein. Und wo es einfach sehr viel Zeit braucht, bis man zu ihnen einen Zugang findet. Und da die Liegedauer ja in Krankenhäusern nicht so lang ist, passiert das dann manchmal gar nicht mehr in der Zeit, ja genau. Ich würde sagen, so ist das.“ (FolgeIV2_Z: 558-563)

Eine andere Interviewperson benannte die Bereitschaft des jeweiligen pflegebedürftigen Menschen, sich auf eine pflegerische Beziehung zu ihr einzulassen, als wichtigen Einflussfaktor auf ihr empathisches Handeln.⁶³⁷ Zu Pflegenden, die sie sympathisch fänden und als beruflich Pflegenden anerkennen würden bzw. bereit wären, sich auf eine pflegerische Beziehung zu ihr einzulassen, würden es ihr deutlich erleichtern, ihnen empathisch zu begegnen. Dasselbe gelte, so die Interviewperson, für den umgekehrten

⁶³³ ErstIV2_Z: 598f.

⁶³⁴ ErstIV2_Z: 630f.

⁶³⁵ FolgeIV12_GM: 00:19:50.

⁶³⁶ Vgl. FolgeIV2_Z: 558-563 und FolgeIV12_GM: 00:19:36-00:20:30.

⁶³⁷ Vgl. FolgeIV1_Z: 311-335, 345-353.

Fall: Zu Pflegende, denen sie aus irgendwelchen Gründen unsympathisch wäre und/oder die sie als beruflich Pflegende nicht anerkennen bzw. ihr nicht vertrauen könnten, würden es ihr erschweren, empathisch zu handeln.⁶³⁸

IP1: *Wenn ich halt so wahrgenommen werde [= als „professionelle Pflegekraft“ (Z: 317); GK] und den Draht aufbauen kann, das ist so, das ist wirklich mein Zauberwort, um wirklich an die individuellen Wünsche und Bedürfnisse ranzukommen, dass man wirklich, dass derjenige auch zu mir wirklich den Draht findet. Nur dann öffnet er sich und nur dann kann ich auch sehen, was er will. Wenn das nicht ist, dann kann ich mich wirklich sehr, sehr doll anstrengen, dann wird's sehr, sehr schwierig, wenn er es nicht zulässt. Also das ist viel, es ist `n Geben und Nehmen, er muss es auch wollen der Patient an sich. [...] „Aber nee, Antipathien, doch das, klar, erfahre ich auch, wenn dort Antipathien herrschen, dass das jetzt einfach, ob das jetzt wegen dem Geschlecht ist oder warum auch immer, dann oder meinem noch des Status des Auszubildenden, dass das nicht ausreichend ist an Professionalität. Da kann ich dann auch reden, wie viel ich möchte, da komme ich nicht ran. Die lassen mich dann auch nicht. Und da komme ich dann, das akzeptiere ich aber dann auch und dann ist es in Ordnung. Also ich finde, das gehört auch dazu, das zu akzeptieren, wenn jemand eben nicht seine individuellen Wünsche, Bedürfnisse da preisgeben will, mir jedenfalls nicht gegenüber. Das gehört auch dazu.“ (FolgeIV1_Z: 323-330, 345-353)*

Eine andere Interviewperson erzählte ausführlich von einer Situation, in der ein pflegebedürftiger Mensch ihr pflegerisch-empathisches Handeln als persönliches Interesse bzw. privates Beziehungsangebot fehlinterpretiert hatte.⁶³⁹ Dieser Mensch fühlte sich durch das aufmerksame empathische Handeln dieser Person ermutigt, ihr vorzuschlagen, sich zu duzen und privat zu verabreden.⁶⁴⁰ Gegenüber diesem Menschen und nachfolgend auch bei anderen zu Pflegenden, die die Person als „anzüglich“⁶⁴¹ bzw. „übergriffig“⁶⁴² empfand, schränkte sie ihr empathisches Handeln bewusst vorbeugend „aus Selbstschutz“⁶⁴³ ein.

17.5 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Verständnis pflegerischer Empathie

In den vorausgegangenen Kapiteln 17.1 und 17.2 wurden die vier in der vorliegenden qualitativen Interviewstudie identifizierten idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden zunächst entlang den Vergleichsdimensionen „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“, „Pflegeverständnis“, „Empathische Grundhaltungen“ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ ausführlich beschrieben und mittels Explikationsmaterial veranschaulicht. Im anschließenden Kapitel 17.3 wurden sie dann in ihren Bezügen zueinander in einem Gesamtgefüge dargestellt (= Typologie). Die gebildeten Idealtypen tragen die nachfolgenden Kurzbezeichnungen, die ihren jeweiligen Wesenskern prägnant auf den Punkt bringen: „Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ (s. Kapitel 17.2.1),

⁶³⁸ Vgl. auch FolgeIV12_GM: 00:18:40-00:19:20.

⁶³⁹ Vgl. FolgeIV5_Z: 626-689.

⁶⁴⁰ Vgl. ebd.

⁶⁴¹ FolgeIV5_Z: 628

⁶⁴² FolgeIV5_Z: 641

⁶⁴³ FolgeIV5_Z: 687

„Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ (s. Kapitel 17.2.2), „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ (s. Kapitel 17.2.3) sowie „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ (s. Kapitel 17.2.4).

Hervorhebenswert ist in diesem Zusammenhang eine Gemeinsamkeit aller an der vorliegenden Interviewstudie teilnehmenden Pflegelernenden, unabhängig davon, welches Verständnis pflegerischer Empathie sie verinnerlicht hatten: Sie alle waren der Überzeugung, dass pflegerische Empathie bzw. die Fähigkeit, individuell auf zu Pflegende einzugehen und zu sehen, was sie brauchen, eine wesentliche Grundlage pflegerischen Handelns sei. Sie alle zeigten sich in den Interviews sehr motiviert und engagiert, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß pflegebedürftige Menschen möglichst gut pflegerisch zu versorgen. Zudem waren sie alle, zumindest zum Zeitpunkt des Folgeinterviews überzeugt, grundsätzlich pflegebedürftigen Menschen empathisch begegnen zu können und dieses auch regelmäßig zu tun.

Dass Pflegelernende sehr Unterschiedliches unter pflegerischer Empathie verstehen können und demzufolge sowohl zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen in ihren empathischen Erkenntnisprozessen gelangen können als auch zu sehr unterschiedlichen Handlungen, die sie aus diesen ableiten, ist den Befragten der vorliegenden Studie nicht bewusst gewesen. Sie alle pflegten ihre jeweiligen zu Pflegenden sehr engagiert und vermeintlich empathisch. Den Interviewpersonen, die beispielsweise ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne der Verständnistypen I und II verinnerlicht hatten, ist folglich verborgen geblieben, dass es ihnen in konkreten Pflegesituationen wiederkehrend nicht gelang, die subjektiven Perspektiven pflegebedürftiger Menschen (annähernd) zu erfassen. Zudem war ihnen nicht bewusst, dass sie im Gegensatz zu den Befragten, die ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Verständnistypus III verinnerlicht hatten, auf Empathie basierende Erkenntnismöglichkeiten systematisch nicht bzw. nicht ausreichend nutzten, die eine würdevolle Pflege erleichtert hätten.

Im Kapitel 17.4 wurden zahlreiche intervenierende Faktoren dargelegt, die beeinflussten, ob die befragten Pflegelernenden in einer konkreten Pflegesituation ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handelten. Sie wurden den Kategorien „Institutionelle Faktoren“ (s. Kapitel 17.4.1), „Personale Faktoren: Pflegelernende*r“ (s. Kapitel 17.4.2) und „Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch“ (s. Kapitel 17.4.3) zugeordnet. An dieser Stelle sollen vier, das empathische Handeln der befragten Lernenden der vorliegenden Studie besonders stark beeinflussende, Faktoren

abschließend hervorgehoben werden: zwei institutionelle Faktoren und zwei der Kategorie „Personale Faktoren: Pflege Lernende*r“ zugeordnete.

Als besonders einflussreiche institutionelle Wirkfaktoren zeigten sich im Datenmaterial erstens die personellen Voraussetzungen (s. Kapitel 17.4.1.1) und zweitens das berufliche Aufgabenverständnis des Pflegeteams (s. Kapitel 17.4.1.2.1). Ausreichende zeitliche Ressourcen für Pflege und ein Pflegeteam, das pflegerische Empathie als integralen Bestandteil seiner Arbeit versteht, erleichterten es den Befragten, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu pflegen.

Als besonders einflussreiche, mit der Person der jeweiligen Pflege Lernenden verknüpfte Faktoren auf ihr Empathiehandeln konnten neben Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen (s. Kapitel 17.4.2.1.2) Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen (s. Kapitel 17.4.2.1.1) identifiziert werden. Als besonders heraus- und teilweise auch überfordernd, im Hinblick auf empathisches Pflegehandeln, erlebten mehrere Interviewpersonen erstens pflegebedürftige Menschen, die in ihren kommunikativen Fähigkeiten eingeschränkt waren, zweitens psychisch erkrankte Menschen, drittens Menschen mit Demenz⁶⁴⁴ und viertens schwerstkranke, onkologisch erkrankte sowie sterbende Menschen. Zudem thematisierten zwei der fünf Lernenden der Altenpflege eigene grundlegende Schwierigkeiten, sich empathisch auf pflegebedürftige Menschen im frühen und mittleren Erwachsenenalter einzulassen. Einige Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege erlebten hingegen Kinder und Jugendliche als besondere Herausforderung im Hinblick auf pflegerische Empathie.

18. Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Aus dem Interviewmaterial, das sich auf die Perspektive der Befragten auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb bezieht, konnten in einem ersten Analyseschritt drei zentrale Kategorien identifiziert werden, nämlich erstens „Bedingungen der Einsatzorte“, zweitens „Strategien der Anleitenden und Pflegenden“ und drittens „Strategien der Lernenden“. Die Kategorien wurden durch die Bündelung, Abstraktion und Kontrastierung sowohl von Interviewpassagen, in denen die Befragten ihre Sicht auf das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung darstellten (subjektiv erlebte Realsituation) als auch von Textsequenzen, in denen Wünsche und Ideen zur Verbesserung des Lernens

⁶⁴⁴ V.a. Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege erlebten Menschen mit Demenz als besondere Heraus- und teilweise auch als Überforderung im Hinblick auf pflegerische Empathie.

pflegerischer Empathie (subjektive Wunsch- bzw. Idealsituation) thematisiert wurden, gebildet (s. Kapitel 16.8.4.3).

Durch die Kontrastierung der bereits im Interviewmaterial zur subjektiv erlebten Realsituation des Lernens pflegerischer Empathie in der Ausbildung identifizierten Bedingungen des Lernortes Betrieb sowie der Strategien der Anleitenden und Pflegenden mit den Wünschen und Ideen der Befragten zur Verbesserung des Lernens pflegerischer Empathie, konnten tiefere Erkenntnisse über reale Probleme bzw. Herausforderungen der befragten Lernenden im Zusammenhang mit dem Lernen pflegerischer Empathie unter den gegenwärtigen Ausbildungsbedingungen gewonnen werden. Durch auf diesen Ergebnissen aufbauende, weitere Abstraktionsprozesse wurde es möglich, eine zentrale, dem Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb zugrundeliegende Tiefenstruktur zu identifizieren (s. Kapitel 16.8.4.3). Diese wirkt aus der Tiefe heraus strukturierend auf die sich an der Oberfläche, d.h. in den konkreten Ausbildungsbetrieben, vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse (= Handlungsebene) (s. Abb. 31).

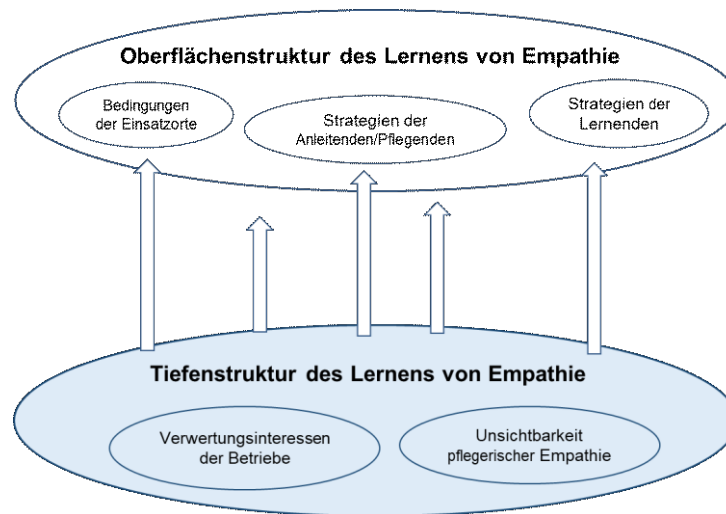


Abbildung 31: Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

In dem vorliegenden Kapitel 18 sollen die Forschungsergebnisse zu den subjektiven Sichtweisen der Befragten auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb entlang dieser beiden Ebenen, zunächst die der Oberflächenstruktur (18.1) und danach die der Tiefenstruktur (18.2), dargestellt und abschließend zusammengefasst werden (18.3).

Im ersten Unterkapitel (18.1) werden die subjektiven Sichtweisen der Befragten auf ihr Lernen pflegerischer Empathie aus einer konkreten, die unmittelbaren Handlungsbedingungen und -vollzüge an den jeweiligen Praxisorten beschreibenden Perspektive dargelegt. In diesem ersten Unterkapitel sind die umfangreichen, deskriptiven Forschungs-

ergebnisse zu den o.a. drei Kategorien „Bedingungen der Einsatzorte“, „Strategien der Anleitenden und Pflegenden“ und drittens „Strategien der Lernenden“ zu finden. Sie werden durch ausgewählte Beispiele aus dem Datenmaterial näher veranschaulicht.

Das zweite Unterkapitel (18.2) ist der Darstellung der Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb vorbehalten. Diese zentrale Grundstruktur liefert einen Erklärungsansatz, warum das Lernpotenzial des Lernortes Betrieb im Hinblick auf pflegerische Empathie bei den befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung bei weitem nicht ausgeschöpft wurde.

Das dritte Unterkapitel (18.3) ist einer Zusammenfassung der im Kapitel 18 dargelegten Forschungsergebnisse vorbehalten.

18.1 Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie sich das Lehren und Lernen pflegerischer Empathie aus der Perspektive der befragten Pflegelernenden in ihrer Ausbildung darstellte: In der Gesamtschau der 36 Interviews zeigte sich, dass sich die Befragten, im Hinblick auf pflegerische Empathie betreffende Lernprozesse in den Einrichtungen, mehr oder weniger selbst überlassen waren. Vereinzelt ließen sich in den Interviews Situationen finden, die illustrierten, dass die Lernenden in einigen Praxiseinsätzen von einigen wenigen Pflegenden bzw. Anleitenden gezielt unterstützt und gefördert wurden, ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln. Im Wesentlichen zeigte sich jedoch, dass die befragten Pflegelernenden als angehende berufliche Empath*innen zu oft bzw. weitgehend sich selbst überlassen waren. D.h. u.a., dass die Befragten am Lernort Betrieb mehr oder weniger auf sich selbst verwiesen waren, herauszufinden, wie sie empathisch gegenüber pflegebedürftigen Menschen handeln können, wie sie in diesem Zusammenhang pflegerische Beziehungen aufbauen, unterhalten und beenden bzw. Nähe und Distanz in pflegerischen Interaktionen ausbalancieren können oder auch wie sie ihre eigenen, durch ihr empathisches Handeln hervorgerufenen Gedanken, Gefühle sowie Körperempfindungen regulieren bzw. verarbeiten können.

Erschwerend kam für die meisten der befragten Lernenden bei ihren Versuchen, pflegebedürftigen Menschen empathisch zu begegnen, noch hinzu, dass sie sich, infolge eines Mangels an arbeitsorientierten⁶⁴⁵ Lernangeboten zur Förderung pflegepraktischer Fertigkeiten in der Pflegeausbildung (z.B. Skills-Lab), bei der Durchführung vieler Pflege-

⁶⁴⁵ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegebildung ausgeführt werden.

interventionen bzw. -handlungen, insbesondere in der ersten Hälfte der Ausbildung, unsicher fühlten. Hierdurch war es für sie in konkreten Pflegesituationen oftmals erforderlich, ihre Aufmerksamkeit von den zu Pflegenden abzuziehen, um sich auf das technisch (möglichst) korrekte Durchführen der Pflegehandlungen konzentrieren zu können. Nachvollziehbarerweise war diese Fokussierung ihrer Aufmerksamkeit der Anwendung sowie Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten eher abträglich (s. Kapitel 19.1.2.3.5).

Im Datenmaterial konnten wie bereits erwähnt drei Kategorien identifiziert werden, die dieser konkreten Handlungsebene zugeordnet wurden und die das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb aus der Perspektive der Befragten differenziert beschreiben.

Die erste Kategorie „Bedingungen der Einsatzorte“ (18.1.1) gliedert sich in drei Subkategorien. Diese bündeln konkrete förderliche sowie hinderliche Einflussfaktoren (Merkmale) der von den Befragten durchlaufenden Stationen bzw. Wohnbereiche auf ihr Lernen pflegerischer Empathie. Die Optimierungswünsche der Befragten, die sich auf diese Bedingungen beziehen, sind den jeweiligen Unterkapiteln, in denen die Subkategorien dargelegt werden, zugeordnet worden und sprachlich als Wünsche gekennzeichnet.

Die zweite Kategorie „Strategien der Anleitenden und Pflegenden“ (18.1.2) erläutert die beiden Strategien, die unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung von Anleitenden bzw. Pflegenden eingesetzt wurden, um die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie der Befragten zu fördern und die von letzteren als lernförderlich eingeschätzt wurden (18.1.2.1 und 18.1.2.2). Zudem sind dieser Kategorie die Optimierungswünsche der Befragten zugeordnet, die sich auf konkrete Lernangebote zu pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb beziehen (18.1.2.3).

Die dritte Kategorie „Strategien der Lernenden“ (18.1.3) bündelt drei Strategien, die die befragten Lernenden einsetzten, um ihre empathischen Fähigkeiten anzuwenden und auszubauen (18.1.3.1 bis 18.1.3.3). Das Unterkapitel 18.1.3.4 ist der Darstellung grundlegender Probleme und Grenzen vorbehalten, die mit den zwei von den Befragten am häufigsten eingesetzten Lernstrategien unmittelbar verbunden sind. Diese wirkten sich hinderlich auf die Weiterentwicklung der Empathiefähigkeit der Befragten aus und waren ihnen in der Regel nicht bewusst. Die nachfolgende Abbildung 32 gibt einen Überblick über die in dem vorliegenden Kapitel 18.1 dargelegten Forschungsergebnisse zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb.

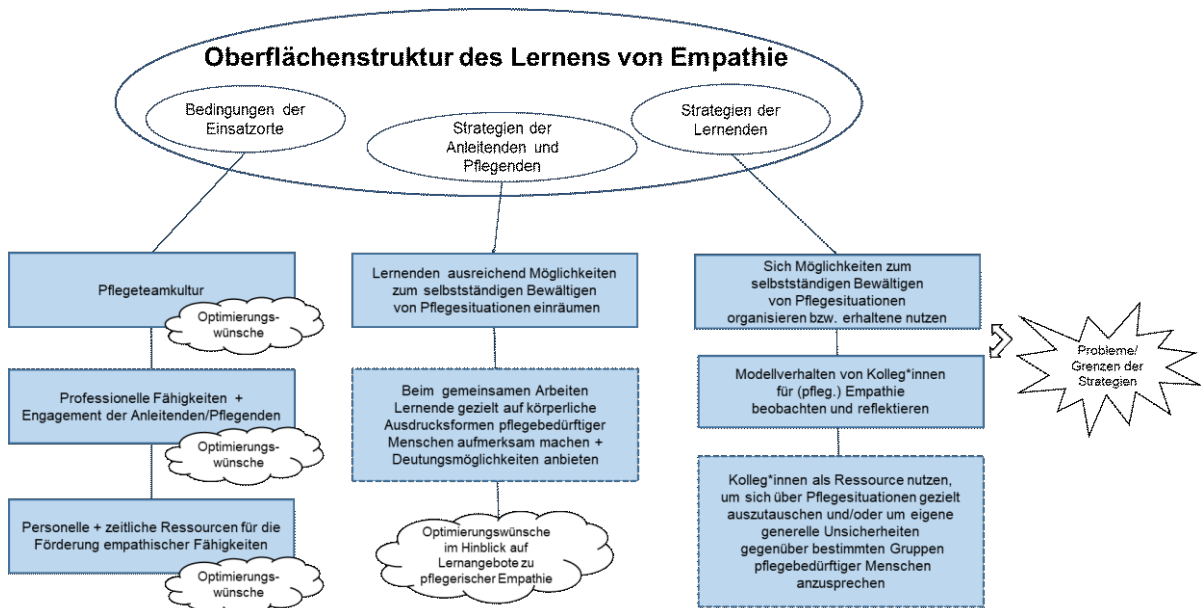


Abbildung 32: Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

18.1.1 Bedingungen der Einsatzorte

Die Kategorie „Bedingungen der Einsatzorte“ unterteilt sich in drei Subkategorien, nämlich erstens „Pflegeteambkultur“, zweitens „Professionelle Fähigkeiten und Engagement der Anleitenden und Pflegenden“ sowie drittens „Personelle und zeitliche Ressourcen für die Förderung empathischer Fähigkeiten“, die nachfolgend erläutert werden. Die unten stehende Abbildung 33 gibt einen Überblick über die in dem vorliegenden Kapitel 18.1.1 dargelegten Forschungsergebnisse zu den Bedingungen der Einsatzorte.

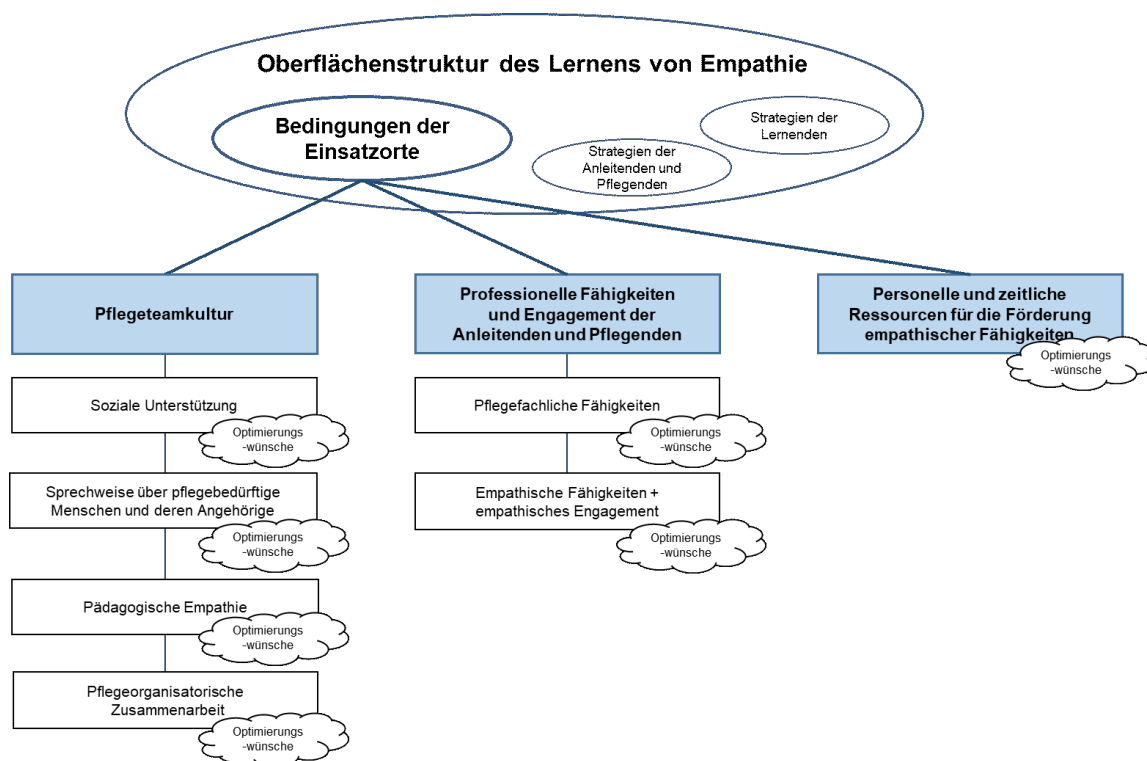


Abbildung 33: Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Bedingungen der Einsatzorte

18.1.1.1 Pflegeteamkultur

Die Subkategorie „Pflegeteamkultur“ beschreibt die lernförderlichen sowie -hinderlichen Wirkungen der Beschaffenheit der Zusammenarbeit im Pflegeteam auf das Lernen pflegerischer Empathie der Befragten. Sie umfasst die folgenden vier Aspekte bzw. Unterpunkte, erstens „Soziale Unterstützung“, zweitens „Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“, drittens „Pädagogische Empathie“ sowie viertens „Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit“, die nachfolgend skizziert werden.

18.1.1.1.1 Soziale Unterstützung

Lernende erleben es als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten, wenn sie in Pflegeteams gut aufgenommen und in ihren Kompetenzen geachtet werden.⁶⁴⁶ Sie wünschen sich, Unterstützung in Pflegeteams zu erhalten, wenn sie auf Unsicherheiten bzw. Probleme beim empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen stoßen.⁶⁴⁷ Als lernhinderlich bzw. belastend erleben sie hingegen eine unzureichende Integration ins Pflegeteam⁶⁴⁸, ein schlechtes Arbeitsklima bzw. Pflegenden, die unmotiviert ihrem Beruf nachgehen⁶⁴⁹, das Sich-Zurückziehen von Pflegenden aus ihrer Ausbildungsverantwortung durch das Zuweisen sämtlicher Aus-

⁶⁴⁶ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 631-644, FolgeIV4_Z: 1432 und ErstIV11_GM: 00:13:42-00:16:05.

⁶⁴⁷ Siehe unten Interviewpartner*in 4, vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 1033-1035.

⁶⁴⁸ Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 00:42:16-00:43:40.

⁶⁴⁹ Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 01:04:28-01:06:30.

bildungsarbeit an Praxisanleitende⁶⁵⁰ sowie fehlendes Interesse der Pflegenden und Anleitenden an ihnen.⁶⁵¹

IP5: „Ähm ach so das Einzige, was ich jetzt noch so fand war, [...] dass ich oft den Eindruck habe, dass man so als Schüler wirklich wie so ein Fremdkörper ist und dadurch auch nicht so eingeweiht wird in die Teams und dadurch dann auch wiederum nicht die Möglichkeit hat, so individuell, so irgendwie, ja so diese Fähigkeiten halt, auf die Patienten und so einzugehen, halt zu lernen, weil man halt viele Dinge gar nicht so richtig mitbekommt. Und ähm dass ich es immer schade finde, dass viele von den Praxisanleitern auch oft gar nicht so interessiert an Schülern sind.“ (ErstIV5_Z: 1469+1475-1481)

Es bleibt offen, ob die befragte Person in dieser Interviewsequenz mit „Dinge“ eine als unzureichend erlebte Informationsweitergabe von pflegerelevanten Erkenntnissen über Patient*innen an Lernende meint, ein als unzureichend erlebtes Einbezogen-Werden in empathisches Handeln bzw. empathische Erkenntnisprozesse der Kolleg*innen gegenüber Patient*innen oder etwas anderes. Deutlich wird jedoch der von ihr erlebte hinderliche Einfluss des Verhaltens der Pflegeteams auf die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit.

Ferner erleben es Lernende als lernhinderlich bzw. belastend, wenn Pflegende sie nicht (ausreichend) unterstützen, wenn sie auf Probleme beim empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen stoßen und sich darüber im Team austauschen wollen. Ein*e Befragte*r erlebte es beispielsweise zunächst als schwierig, sich behinderten Kindern empathisch zu zuwenden, und suchte vergeblich nach Unterstützung, Austausch bzw. Entlastungsmöglichkeiten im Pflegeteam⁶⁵². Die befragte Person resümierte für sich diese Erfahrung mit den Worten „Ich musste das alles mit mir selber ausmachen.“ (ErstIV4_Z: 382). Zum Teil kompensieren Lernende den erlebten Mangel an Austausch- bzw. Unterstützungsmöglichkeiten in Pflegeteams, indem sie sich an andere Lernende, die zeitgleich auf derselben Station arbeiten, wenden.⁶⁵³

18.1.1.1.2 Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige

Lernende erleben es als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten, wenn Pflegeteams eine respektvolle Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige kultivieren und hingegen als lernhinderlich bzw. belastend, wenn Pflegeteams ihnen eine respektlose Redeweise vorleben. Nachfolgende Interviewsequenz⁶⁵⁴ aus einem Folgeinterview veranschaulicht zum einen die Effekte des Miterlebens einer respektlosen Sprechweise über pflegebedürftige Menschen

⁶⁵⁰ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1507-1509.

⁶⁵¹ Vgl. u.a. FolgeIV17_GM: 01:14:27-01:14:43 und FolgeIV12_GM: 00:50:12-00:50:30.

⁶⁵² Vgl. ErstIV4_Z: 350-363+380-390.

⁶⁵³ Vgl. u.a. ErstIV8_GM: 01:19:15-01:21:04.

⁶⁵⁴ Diese Interviewsequenz ist nicht wie die Mehrzahl der anderen in den Ergebniskapiteln abgedruckten Interviewauszüge in einer vereinfachten Transkriptionsform dargestellt (s. Kapitel 16.8.3). Pausen und markante paraverbale Äußerungen dieser befragten Person sind bewusst im Transkriptionssystem belassen worden, da sie das Unbehagen der Person, über das Thema zu sprechen, m.E. auf eindrückliche Art hervorheben.

und deren Angehörige in Pflegeteams⁶⁵⁵ auf eine befragte Person und zum anderen deren Unbehagen, darüber zu sprechen.

IP2: „Ja (5 sec.) also manchmal ähm (...) habe ich Angst, wenn ich aus der Praxis komme und sehr viele negative Beispiele sehe oder auch im Kurs sehr, ja, sehr respektlose Äußerungen höre meinerwegen, dass mich das stark beeinflusst. Und ähm (4 sec.) manchmal merke ich, dass ich, also dass ich am Anfang der Ausbildung ähm (...) ja sehr respektvoll über Menschen gesprochen habe, was ja auch zum einfühlsamen Vermögen (auch?) dazugehört, finde ich. Und was jetzt, wenn ich solche respektlosen Äußerungen höre, mich das einfach nicht mehr so aufregt wie früher, und das finde ich schon beängstigend. Also, das man ja quasi dann in einer gewissen Weise abstumpft, aber, ja, fast noch `ne Stufe weiter, also, dass man nicht nur abstumpft, sondern dass man vielleicht auch manchmal dann solche Äußerungen annimmt. [...]“

GK: „Ich habe eine gewisse Ahnung, was Sie meinen mit diesen respektlosen Äußerungen. (IP2: „Mhm.“) Können Sie vielleicht noch mal ein, zwei Beispiele geben, damit ich nur für mich (IP2: „Ja.“) noch überprüfe, ob ich dasselbe meine?“

IP2: „Mhm (..) (IP2 atmet laut aus.) (6 sec.) Ja (IP2 atmet laut aus.), also, das war jetzt nicht der Fall bei mir, aber wenn zum Beispiel (...) eine Patientin oder ein Angehöriger mit der ganzen Situation überfordert ist und total in Tränen ausbricht und dann wird auch noch nett mit ihr umgegangen. Und dann wird hinterher im Team darüber quasi schlecht geredet und sich darüber lustig gemacht (GK: „Ja.“) also solche Dinge (GK: „Mhm mhm.“). Genau. Ja. Also, vor dem Patienten halt nicht, aber (...) ja, hinten rum quasi. Also die Dinge meine ich. Oder dass (8 sec., IP2 atmet laut aus.) auch einfach Bezeichnungen, die mich früher einfach geschockt haben, wenn (...) (IP2 stöhnt.) wenn zum Beispiel über, also es schockiert mich eigentlich immer noch, aber halt, wie gesagt, nicht mehr in so einem starken Maße, dass, wenn über psychisch erkrankte Menschen gesagt wird, ja, dass sie einfach einen an der Klatsche haben und verrückt sind, dann finde ich das in unserem Berufsfeld schon sehr gefährlich, wenn man solche Äußerungen macht, oder dass sie in die Anstalt gehen und, ja, solche Dinge einfach.“ (FolgeIV2_Z: 1016-1025+1034-1050)

18.1.1.1.3 Pädagogische Empathie

Die befragten Lernenden wünschen sich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten, dass sie am Lernort Betrieb von den Anleitenden und Pflegenden individuell, systematisch und über die gesamte Ausbildung hinweg gefördert werden i.S.v. orientiert an dem jeweiligen Entwicklungsstand ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie⁶⁵⁶, ihrer Persönlichkeit sowie ihrer Art zu Lernen.⁶⁵⁷

Mit „systematisch“ meinte eine*r dieser Befragten u.a., dass die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie explizit als Lernziel für die praktische Ausbildung (an-)erkannt, benannt, gefördert und auch schriftlich fixiert wird (z.B. in den schriftlichen Lernzielvereinbarungen zwischen Anleitenden und Lernenden und auch im Beurteilungsbogen).⁶⁵⁸ Hier zeigt sich deutlich der Wunsch der befragten Person in dem Prozess der Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie, nicht weiterhin überwiegend sich selbst überlassen zu werden.

⁶⁵⁵ Und auch am Lernort Schule im Kurs.

⁶⁵⁶ Und auch an ihren sonstigen pflegerischen Handlungskompetenzen.

⁶⁵⁷ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 01:52:50-01:54:00+01:45:10-01:46:19 und FolgeIV9_GM: 01:16:39-01:17:25+01:17:51-01:19:26.

⁶⁵⁸ Vgl. FolgeIV9_GM: 01:16:39-01:17:25+01:17:51-01:19:26.

Zudem besteht der Wunsch, dass ihnen zugestanden wird bzw. sie darin gefördert werden, ein eigenes Verständnis pflegerischer Empathie sowie eine eigene, d.h. eine individuelle, ihrer Persönlichkeit entsprechende empathische Vorgehens- bzw. Arbeitsweise zu entwickeln.⁶⁵⁹ Auch dieser Wunsch zielt auf eine stärkere Wahrnehmung und Berücksichtigung der Lernsubjekte in der Gestaltung von Lernsituationen ab, die auf pflegerische Empathie abheben bzw. die Bedeutung pädagogischer Empathie am Lernort Betrieb scheint auf.

Als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten erleben es die befragten Lernenden, wenn sie in Pflgeteams in eine konstruktive Fehlerkultur eingebunden⁶⁶⁰ sowie von Anleitenden bzw. Pflegenden in ihrem empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen wahrgenommen werden und eine diesbezügliche Rückmeldung erhalten⁶⁶¹. Ein solches Feedback gibt Lernenden die Möglichkeit, sich ihrer blinden Flecke (Stärken, Schwächen bzw. Fehler) im Hinblick auf ihr empathisches Handeln bewusst(er) zu werden sowie die Chance, ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie realistischer einzuschätzen und zu erkennen, wie sie diese weiterentwickeln können.

Die folgende Interviewpassage illustriert exemplarisch den lernförderlichen Effekt einer Rückmeldung auf eine befragte Person in ihrem ersten Praxiseinsatz durch sie begleitende Dritte⁶⁶², durch die ihr ihr enges, den pflegebedürftigen Menschen ausblendendes Blickfeld beim Verrichten von Pflegehandlungen erstmalig bewusst wurde.

IP2: „Auf der anderen Seite würde ich natürlich versuchen, meinen Auszubildenden oder meinen Studenten darauf hinzuweisen, wenn es mir jetzt stark auffallen würde, dass, ja, er sehr technisch orientiert ist. Weil ich weiß von mir selber, dass ich im ersten Einsatz diesen Modulabschluss zur Körperpflege hatte und ja erst, nachdem man mir gesagt hatte, dass ich sehr eingeschränkt gucken, also sehr konzentriert auf das, was ich tun würde, gucken würde, nachdem man mir gesagt hat, dass ich so arbeiten würde, auch erst dann das gemerkt habe auch tatsächlich. (GK: „Ja.“) Und, ja dazu ein Feedback zu geben, ist natürlich eine gute Möglichkeit.“ (FolgeIV2_Z: 1209-1217)

Als lernhinderlich erleben Lernende hingegen, wenn sie keine diesbezüglichen Rückmeldungen erhalten und den Eindruck gewinnen, hinsichtlich ihrer empathischen Handlungen und ihrer diesbezüglichen Fähigkeitsentwicklung allein gelassen zu werden.⁶⁶³ Das Interviewmaterial belegt den Wunsch der befragten Lernenden zum einen, überhaupt eine Rückmeldung von Pflegenden und Anleitenden zu ihrem empathischen Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen zu erhalten, und zum anderen, derartige

⁶⁵⁹ Vgl. FolgeIV5_Z: 1412-1426.

⁶⁶⁰ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 631-634.

⁶⁶¹ Vgl. u.a. FolgeIV16_GM: 00:40:13-00:40:40.

⁶⁶² Es bleibt offen, ob es sich hierbei um eine*n oder mehrere Pflegenden*n, Praxisanleitende*n und/oder Pflegelehrende*n gehandelt hat.

⁶⁶³ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 912-928 und FolgeIV14_GM: 01:18:40-01:19:00.

Rückmeldungen häufiger bzw. regelmäßiger zu bekommen, insbesondere auch zu Beginn der Ausbildung.⁶⁶⁴

Ferner erleben es Lernende zum einen im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten als lernhinderlich, wenn Pflegende fehlendes Vertrauen in ihre bereits entwickelten Kompetenzen bzw. in ihren Ausbildungsstand zeigen.⁶⁶⁵ Zum anderen, wenn sie insbesondere im ersten Ausbildungsjahr einseitig gefördert (z.T. auch überfordert) werden im Hinblick auf das möglichst zügige Erlernen und schnelle Verrichten von Pflegehandlungen bei Inkaufnahme dessen, dass sie keine bzw. kaum Lern- und Aufmerksamkeitskapazitäten frei haben für empathisches Engagement gegenüber pflegebedürftigen Menschen bzw. für diesbezügliche Lernprozesse.⁶⁶⁶ Eine befragte Person, die vorschlägt, dass Lernende am Ausbildungsbeginn in der Bezugspflege eingesetzt werden sollten (s. Kapitel 18.1.1.1.4), damit sie ihre Empathiefähigkeit anwenden bzw. weiterentwickeln können, drückt ihr Erleben der aktuellen Situation von Lernenden zu Beginn der Ausbildung im Hinblick auf die Förderung empathischer Fähigkeiten wie folgt aus.

IP1: *„Aber ich finde grade die ersten beiden Einsätze vielleicht einfach in die Bezugspflege, weil da ist es alles noch ganz fruchtbarer Boden, wo man halt ansetzen kann. Da sind sie noch wissbegierig, dann, da möchten sie, dann haben sie Lust, dann haben sie Elan und wollen und da muss man sie lassen. Und grade da werden sie aber leider heutzutage alle verheizt und haben dann auch keine Lust mehr und sind demotiviert (GK: „Ja.“) weil es Massenabfertigung dann ist meistens. Und das ist schade.“* (FolgeIV1_Z: 1011-1016)

In diesem Interviewauszug zeigt sich, exemplarisch für das Erleben der Befragten, die am Lernort Betrieb oftmals unzureichende pädagogische Empathie der Pflegeteams gegenüber den sich noch im Ausbildungsprozess befindenden künftigen Kolleg*innen bzw. die im Kapitel 18.2 beschriebene Funktionalisierung der Lernenden besonders deutlich.

18.1.1.1.4 Pflegeorganisatorische Zusammenarbeit

Lernende erleben es im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten als lernförderlich, wenn sie in einem Pflegeorganisationssystem der Bezugspflege arbeiten können. Das selbstständige Arbeiten in der Pflegeorganisationsform der Bezugspflege ermöglicht Lernenden die Zuständigkeit für alle pflegerischen Belange ihrer Patient*innen und damit mehr Möglichkeiten des Kontakts zum Gegenüber, zum Gewinnen von pflegerisch relevanten Erkenntnissen über sie bzw. ihn, mehr Verantwortung bzw. mehr Gestaltungsspielräume. Insbesondere zu Ausbildungsbeginn wünschen sich Lernende, neben dem Erlernen von Pflegetechniken, dahingehend gefördert zu werden, ihre empathischen Fähigkeiten weiterzuentwickeln und hierzu insbesondere in den ersten Praxisein-

⁶⁶⁴ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1333-1341 und FolgeIV16_GM:00:49:10-00:49:29.

⁶⁶⁵ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 639-644 und FolgeIV8_GM: 01:45:10-01:46:19.

⁶⁶⁶ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 968-983+1002-1004+1006-1016.

sätzen die Möglichkeit zu erhalten, an eine empathische, subjektorientierte Pflege durch das Versorgen erst eines und dann schrittweise mehrerer pflegebedürftiger Menschen in einem Bezugspflegesetting herangeführt zu werden bzw. sich heranzutasten.⁶⁶⁷

Als lernhinderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie erleben Lernende hingegen das Arbeiten bzw. Lernen in der Pflegeorganisationsform Funktionspflege sowie das Ausführen pflegeferner Arbeiten wie beispielsweise „Laufarbeiten“, hauswirtschaftliche Aufgaben oder Bürotätigkeiten (s. Kapitel 18.1.2.1).

Die Erzählungen der Befragten über das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb zeigten, dass alle Befragten über vielfältige Erfahrungen mit dem Arbeiten bzw. Lernen sowohl in lernförderlichen als auch in eher lernhinderlichen Pflgeteamkulturen verfügen, wobei die Teilaspekte letzterer in den Ausbildungsbetrieben der Befragten meines Sample jedoch weit verbreitet schienen. Die Wünsche der Befragten, die in den letzten Unterkapiteln (18.1.1.1.1 bis 18.1.1.1.4) dargestellt wurden, spiegeln zum einen die große Bedeutung wieder, die die Befragten dem Lernort Betrieb und damit den Pflgeteams für ihr Lernen pflegerischer Empathie grundsätzlich einräumen. Zum anderen veranschaulichen die Wünsche der Befragten einen großen Entwicklungsbedarf hin zu lernförderlicheren Rahmenbedingungen am Lernort Betrieb, die Weiterentwicklungsmöglichkeiten ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie begünstigen.

18.1.1.2 Professionelle Fähigkeiten und Engagement der Anleitenden und Pflegenden

Die zweite Subkategorie der Kategorie „Bedingungen der Einsatzorte“ trägt den Titel „Professionelle Fähigkeiten und Engagement der Anleitenden und Pflegenden“ und fokussiert die Bedeutung sowohl der pflegefachlichen Fähigkeiten der Pflegenden und Anleitenden als auch ihrer Empathiefähigkeit bzw. ihres tatsächlich gezeigten empathischen Engagements auf das Lernen pflegerischer Empathie der Befragten.

18.1.1.2.1 Pflegefachliche Fähigkeiten

Der Unterpunkt „Pflegefachliche Fähigkeiten“ beschreibt den Einfluss, den die pflegefachlichen Fähigkeiten der mit den Lernenden zusammenarbeitenden Pflegenden und Anleitenden, aus der Perspektive der befragten Lernenden, auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie haben können. Lernende erleben Pflegende, die über aktuelles allgemeines sowie bereichsspezifisches pflegerisches Fachwissen verfügen, im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als lernförderlich. Dieses begründen die Befragten damit, dass diese Pflegenden bzw. Anleitenden die fachlichen Voraussetzungen mitbringen, sie fachkundig zu fördern bei ihren Versuchen,

⁶⁶⁷ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 996-1017.

beispielsweise theoretisch erlernte Anamneseverfahren, Assessmentinstrumente, Pflegeinterventionen, Pflegekonzepte, Beratungs- und Kommunikationsansätze sowie Bewegungskonzepte am jeweiligen pflegebedürftigen Menschen orientiert auszuwählen und beim Anwenden situativ auszugestalten sowie um ihnen bislang noch fremde bereichsspezifische Kenntnisse, Haltungen, Pflegeinterventionen, Pflegekonzepte und/oder Kommunikationsansätze entsprechend zu vermitteln.

Als lernhinderlich erleben Lernende hingegen, wenn sie von Pflegenden angeleitet werden, die nicht über aktuelles pflegerisches Fachwissen verfügen und ggf. zudem das aktuelle Wissen, das Lernende sich am Lernort Pflegeschule bzw. Hochschule angeeignet haben, kategorisch ablehnen.⁶⁶⁸ Diese Pflegenden können beispielsweise eventuelle Schwierigkeiten, Probleme, Unsicherheiten bzw. Missverständnisse der Lernenden beim Verstehen, Anwenden und/oder Ausgestalten schulisch erlernter Konzepte nicht immer erkennen und Lernenden daher teilweise keine adäquaten lernförderlichen Impulse geben.⁶⁶⁹

Ferner sind sie nur bedingt in der Lage, Lernenden fachbereichsspezifische Kenntnisse, Haltungen, Pflegeinterventionen, Pflegekonzepte und/oder Kommunikationsansätze näher zu bringen, um deren Blick für spezifische Besonderheiten, potenzielle Bedürfnisse und Bedarfe der pflegebedürftigen Menschen dieses, für die Lernenden eventuell gänzlich neuen, Fachbereichs zu schärfen bzw. sie mit darauf abgestimmten pflegerischen Handlungsmöglichkeiten vertraut zu machen. Die Bedeutung aktuellen, insbesondere auch bereichsspezifischen pflegerischen Fachwissens von Pflegenden für Lernende ist nicht zu unterschätzen⁶⁷⁰: Pflegenden, denen beispielsweise Wissen zu Demenz und demenzsensiblen Pflege- bzw. Betreuungskonzepten fehlt, sind nicht in der Lage, Lernende dabei zu unterstützen, diesen Menschen empathisch zu begegnen, den Lernenden Deutungsangebote für deren evtl. als herausfordernd erlebte Verhaltensweisen zu machen und ihnen darauf abgestimmte Handlungsoptionen aufzuzeigen.⁶⁷¹

18.1.1.2.2 Empathische Fähigkeiten und empathisches Engagement

Der zweite Unterpunkt „Empathische Fähigkeiten und empathisches Engagement“ der o.e. Subkategorie beschreibt den Einfluss, den das empathische Handeln eines Pflegeteams als Ganzes und/oder das empathische Handeln einzelner Pflegenden bzw. Anleitenden gegenüber pflegebedürftigen Menschen auf das Lernen pflegerischer Empathie der Lernenden haben kann. Dieser Unterpunkt stellt die Entsprechung dar zu der weiter unten in Kapitel 18.1.3.2 ausführlich beschriebenen Strategie der Lernenden „Modellverhalten

⁶⁶⁸ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 00:27:40-00:28:20, FolgeIV12_GM: 00:45:44-00:45:56 und ErstIV15_GM: 01:42:31-01:44:23.

⁶⁶⁹ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 712-728, ErstIV15_GM: 01:44:24-01:45:54 und FolgeIV12_GM: 50:00-00:50:11.

⁶⁷⁰ Vgl. Kapitel 17.4.2.2 des Teils III der vorliegenden Arbeit.

⁶⁷¹ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:39:18-00:40:58 und FolgeIV16_GM: 00:34:54-00:35:56.

von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“. Lernende erleben es im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als lernförderlich mit Pflegenden bzw. Anleitenden zusammenzuarbeiten, die über empathische Fähigkeiten verfügen und die diese auch einsetzen. Diese Pflegenden können für Lernende als gute Rollenmodelle fungieren.⁶⁷²

Als hinderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten erleben Lernende Pflgeteams und/oder einzelne Pflegende, die ihnen (unbewusst) patient*innen-ignorierendes Handeln gegenüber pflegebedürftigen Menschen vorleben⁶⁷³ sowie Pflgeteams und/oder einzelne Pflegende, die versuchen, Druck auf Lernende auszuüben, ihr empathisches Engagement „zurückzufahren“ bzw. einzustellen.⁶⁷⁴

Aus den Erzählungen der Befragten wird deutlich, dass Lernende in der Pflegepraxis im Laufe ihrer Ausbildung sowohl positiven als auch negativen Rollenmodellen für pflegerische Empathie begegnen, wobei letztere keine Ausnahme zu sein scheinen (s. Kapitel 18.1.3.2). Das Datenmaterial legt sogar den Eindruck nahe, dass einige Befragte, zumindest während einiger Praxiseinsätze, aus ihrer Perspektive heraus ein Dominieren negativen gegenüber positiven Modellverhaltens erlebten (s. ebd.). Es ist nachvollziehbar, dass Lernende einen Mangel positiven Modellverhaltens bzw. das Dominieren negativen Modellverhaltens für pflegerische Empathie als lernhinderlich wahrnehmen, da es sie in die Situation bringt, mit ihren empathischen Handlungen gegenüber pflegebedürftigen Menschen oft gegen den Strom schwimmen zu müssen⁶⁷⁵ bzw. diesbezüglich häufig auf sich gestellt zu sein⁶⁷⁶.

Dieses kann dazu führen, dass Lernende als noch unerfahrene berufliche Empath*innen in sie überfordernde Situationen geraten, wie beispielsweise die nachfolgend zitierte befragte Person (s.u.) und/oder auch, dass sie beginnen, sowohl bewusst als auch unbewusst, das eigene empathische Engagement „zurückzufahren“, d.h. sich patient*innenignorierenden Handlungsroutinen des jeweiligen Pflgeteams anzupassen.

Die o.e. befragte Person wurde während ihres ersten Ausbildungsjahres auf einer internistischen Station von einem Pfleger mit einer Patientin alleingelassen, die unmittelbar zuvor aus der Endoskopie in ihr Zimmer gebracht worden war. In ihrem Beisein wurde der Patientin beim Aufwachen aus der Narkose vom Oberarzt ihre Darmkrebsdiagnose kurz mitgeteilt. Arzt und Pfleger hatten danach umgehend das Zimmer verlassen und die befragte Person befand sich plötzlich allein mit der weinenden Frau in deren Vier-Bett-Zimmer. Im Interview drückte sie ihr Überrumpelt- und Überfordertsein wie folgt aus:

⁶⁷² Vgl. u.a. ErstIV12_GM: 00:25:17-00:27:56 und FolgeIV4_Z: 1289-1296.

⁶⁷³ Vgl. u.a. ErstIV15_GM: 01:42:31-01:44:23.

⁶⁷⁴ Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 759-779 und ErstIV5_Z: 966-974.

⁶⁷⁵ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 1289-1296 und ErstIV3_Z: 759-779.

⁶⁷⁶ Vgl. u.a. ErstIV8a_GM: 00:20:50-00:21:55+23:02-00:29:40.

IP8: „Sie saß dann ebend auf der Bettkante und hat angefangen zu weinen und der Pfleger ist rausgegangen. Und dann stand ich da. So toll, so sollte man`s nicht machen.[...] Als Schüler steht man doch irgendwie erstmal so: Oh Gott, ja, Hilfe, weil wie soll ich jetzt darauf reagieren?, sag ich mal, ja.“ (ErstIV8a_GM:00:21:19-00:21:29+00:27:28-00:27:39).

Eine andere befragte Person kommt zu dem Schluss, dass die gegenwärtig in der Pflege arbeitenden Kolleg*innen manchmal eine Sensibilisierung für die Hilflosigkeit, die Ohnmacht bzw. das Abhängig-Sein von der Hilfe anderer, die mit der Patient*innen- bzw. zu Pflegenden-Rolle verbunden sein können, bräuchten.⁶⁷⁷

18.1.1.3 Personelle und zeitliche Ressourcen für die Förderung empathischer Fähigkeiten
Lernende erleben es als förderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie, wenn sie am Lernort Betrieb kompetente und motivierte Anleitende antreffen, die sich Zeit für sie nehmen (können). Von diesbezüglich lernförderlichen Situationen mit motivierten, engagierten und als kompetent erlebten Anleitenden erzählen viele Befragte.⁶⁷⁸

Zugleich bringen sie jedoch, teilweise explizit, teilweise implizit, zum Ausdruck, dass diese Lernsituationen etwas Seltenes und Besonderes sind und ihre Ausbildungswirklichkeit eher durch die fehlende Präsenz solcher Anleitenden gekennzeichnet ist.⁶⁷⁹ Die Befragten verwenden beim Beschreiben der diesbezüglich oftmals als lernhinderlich erlebten Rahmenbedingungen am Lernort Betrieb Formulierungen wie „unter Zeitdruck leiden“, „mangelnde Zeit“, „Hektik“, „sehr strikter zeitlicher Rahmen“, „Stress“ bzw. „Personal-mangel“, die ihnen sowohl die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten als auch das Erlernen sämtlicher anderer pflegerischen Fähigkeiten und Fertigkeiten erschweren.⁶⁸⁰ Insbesondere am Ausbildungsbeginn erleben die Befragten die Begleitung durch kompetente, motivierte Anleitende als besonders lernförderlich bzw. wichtig im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten⁶⁸¹ bzw. das Fehlen selbiger als besonders lernhinderlich bzw. belastend⁶⁸².

Die Analyse der Interviewpassagen, in denen Befragte Ideen zur Optimierung der Förderung empathischer Fähigkeiten am Lernort Betrieb thematisierten, die die zeitlichen und personellen Ressourcen für Ausbildung fokussierten, ergab einen deutlichen Wunsch der Befragten nach einer Unterstützung in allen Praxiseinsätzen durch fachlich und

⁶⁷⁷ Vgl. ErstIV7_Z: 1183-1193.

⁶⁷⁸ Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 00:20:57-00:23:40+01:41:25-01:42:19 und ErstIV10_GM: 00:49:08-00:51:38.

⁶⁷⁹ Vgl. u.a. FolgeIV15_GM: 01:07:03-01:10:45, ErstIV8b_GM: 00:15:21-00:16:30 und FolgeIV17_GM: 01:13:40-01:14:41.

⁶⁸⁰ Vgl. u.a. FolgeIV7_GM: 01:17:02-01:17:57, FolgeIV15_GM: 00:57:04-00:57:28, ErstIV2_Z: 637-642, FolgeIV2_Z: 1057-1063 und FolgeIV3_Z: 719-730.

⁶⁸¹ Vgl. u.a. ErstIV10_GM: 00:49:08-00:51:15.

⁶⁸² Vgl. u.a. ErstIV8b_GM: 00:09:57-00:11:28.

methodisch gut bzw. besser als bisher qualifizierte Anleitende.⁶⁸³ Eine befragte Person, die ein duales Studienprogramm absolviert, äußerte beispielsweise den Wunsch nach qualifizierterer Praxisanleitung im Hinblick auf die Förderung der Fähigkeit zu pflegerischer Empathie insbesondere auch für angehende akademisch qualifizierte Pflegenden.⁶⁸⁴ Zudem konnte ein starker Wunsch danach identifiziert werden, dass die betriebliche Ausbildung von den Rahmenbedingungen verbindlich(er) geregelt wird, um selbige überhaupt ersteinmal zu gewährleisten und nicht überwiegend, wie über weite Strecken der Pflegeausbildung erlebt⁶⁸⁵, eher dem Zufall zu überlassen.

Beispielsweise regen die Befragten an, dass Anleitenden feste Zeiten zur Betreuung bzw. Anleitung ihrer Lernenden eingeräumt werden⁶⁸⁶ oder auch dass diese vollständig freigestellt werden für ihre Arbeit⁶⁸⁷. Ferner wünschen sich die Befragten, dass Lernende nicht mehr auf den Stellenplan angerechnet werden, sondern dass „*Schüler auf jeder Station immer überher laufen*“⁶⁸⁸, dass Anleitende regelmäßiger in derselben Schicht ihrer Lernenden arbeiten, um als Ansprechpartner*innen erreichbar zu sein⁶⁸⁹ und auch dass sie regelmäßiger mit ihnen zusammenarbeiten⁶⁹⁰. Die Befragten wünschen sich eine derartige Zusammenarbeit mit Anleitenden über die gesamte Ausbildung hinweg, jedoch besonders im ersten Praxiseinsatz bzw. im ersten Halbjahr ihrer Ausbildung.⁶⁹¹

Eine befragte Person aus einem Bildungsgang Altenpflege deutet in der nachfolgenden Interviewsequenz an, wie herausfordernd insbesondere am Ausbildungsbeginn das intensive, tagtägliche Konfrontiertwerden mit Pflegesituationen bzw. mit dem „*Schicksal*“ pflegebedürftiger Menschen von Pflegeeulingen erlebt werden kann und dass sie die Notwendigkeit sieht, insbesondere Pflegeanfänger*innen u.a. Zeit einzuräumen, die neuen Eindrücken aufzunehmen bzw. zu verarbeiten.

IP15: „*Also ähm wichtig ist, finde ich, am Anfang dem Schüler erstmal ähm Zeit zum Gucken geben. (GK: „Ja.“) Einfach ähm also er wird da ja auch mit mit Sachen beschallt ähm, die er vielleicht noch nicht kennt und wo es auch nicht typisch ist, dass sie jeder einfach so auf die leichte Schulter wegträgt. (GK: „Ja, ja.“) Ob das jetzt die Pflege am Bewohner ist oder ob das ähm oder ob das jetzt ähm ja Bewohner selber sind ähm, die irgendwie mit ihrem Schicksal da liegen, sag ich mal so. Ähm und ja da find ich schon wichtig so, am Anfang ähm dem dem Schüler da Zeit zu geben, sich erstmal so ein bisschen umzugucken, irgendwie nicht gleich zu beschallen ähm joa. So bevor er da jetzt so völlig in diesen ganzen Alltag versinkt. (IP15 schmunzelt.)“ (ErstIV15_GM: 01:57:23-01:58:29)*

⁶⁸³ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 712-730, FolgeIV2_Z: 1110-1115 und FolgeIV3_Z: 910-941.

⁶⁸⁴ Vgl. ErstIV18_GM: 01:40:49-01:43:48.

⁶⁸⁵ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 00:57:00-00:57:50+00:59:30-01:01:06, ErstIV18_GM: 01:41:00-01:42:20 und ErstIV8b_GM: 00:15:42-00:15:57.

⁶⁸⁶ Vgl. u.a. ErstIV7_Z: 1257-1266 und FolgeIV7_GM: 01:17:13-01:17:47.

⁶⁸⁷ Vgl. u.a. FolgeIV14_GM: 01:36:20-01:37:04.

⁶⁸⁸ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 01:05:47-01:07:07.

⁶⁸⁹ Vgl. ErstIV7_Z: 1368-1378 und ErstIV15_GM: 01:50:58-01:53:24.

⁶⁹⁰ Vgl. u.a. FolgeIV12_GM: 00:52:22-00:53:13.

⁶⁹¹ Vgl. u.a. ErstIV7_Z: 1226-1282 und FolgeIV7_GM: 01:15:47-01:16:18.

Zudem betont dieselbe befragte Person, dass es für Pflegeneulinge insbesondere im ersten halben Jahr wichtig sei, bei auftretenden Unsicherheiten bzw. bei Unterstützungsbedarf in Pflegesituationen „*zeitnah Hilfe zu bekommen*“ durch Anleitende bzw. „*so `ne zusätzliche Stütze zu haben [...] so um, bietet Sicherheit*“ (ErstIV15_GM: 01:52:28-01:53:14 + 01:58:46-02:00:03).

Meiner Einschätzung nach stellt die sich in den vorausgegangenen Interviewsequenzen der befragten Person andeutende Betroffenheit bzw. Verunsicherung, die Pflegeneulinge in ihren ersten Tagen und Wochen ihrer Praxiseinsätze durch das erstmalige intensive Konfrontiertwerden mit Pflegesituationen bzw. mit dem „*Schicksal*“ pflegebedürftiger Menschen erfahren können und die nicht jeder Lernende „*einfach so auf die leichte Schulter weg*“-tragen kann, einen wichtigen Ansatzpunkt für pädagogische Überlegungen bzw. zusätzliche Lernangebote dar (s. Kapitel 21 und 22).

Neben dem klaren Wunsch der Befragten nach mehr personellen und zeitlichen Ressourcen für ihre Ausbildung im Betrieb ließ sich ein grundsätzlicher Wunsch der Befragten nach mehr personellen und zeitlichen Ressourcen für die pflegerische Versorgung von Patient*innen bzw. Bewohner*innen identifizieren, um eine am pflegebedürftigen Individuum orientierte Pflege überhaupt gewährleisten zu können.⁶⁹²

Abschließend eine Interviewsequenz, in der die befragte Person den Fokus auf lernförderlichere Bedingungen am Lernort Betrieb im Hinblick auf empathische Fähigkeiten legt. Sie skizziert Merkmale einer lernförderlichen fiktiven Pflegeeinrichtung.

IP4: „*Das ähm fände ich noch wichtig [im Hinblick auf eine optimale Förderung empathischer Fähigkeiten am Lernort Betrieb; GK]. Und ja, dass man einfach in Einrichtungen gesteckt wird also auch nicht gesteckt wird, kommt, wo `ne gewisse Grundstruktur vorherrscht, wo man sich ausprobieren kann, wo einem das teilweise vorgelebt wird. Wo ähm auch mal Sachen sind, die nicht so gut funktionieren. Das muss man ja auch einfach mal manchmal lernt man aus dem, was nicht gut läuft, mehr. Ähm aber das es ähm auf jeden Fall immer `ne Struktur gibt, wo man sich hinwenden kann vor Ort und nicht erst an die Schule. Das geht irgendwie gar nicht, die sagen zwar immer „Ja, dann kommt zu uns.“ Mein Gott ähm dann hab ich Feierabend, dann, will damit nichts mehr zu tun haben. Es müsste im Prinzip immer jemand da sein, mit dem man ganz offen und ehrlich sprechen kann da drüber, was ist jetzt wie gelaufen. Und ähm...“*

GK: „*Das könnten dann sozusagen in der Einrichtung selber auch Angestellte da sein?*“

IP4: *Genau entweder `n `n Praxisanleiter, der sich dafür nochmal speziell Zeit nimmt oder die Stationsleitung oder wie auch immer, wem da irgendwas am Herzen liegt. Dass einfach nochmal einer da ist, der das annimmt und dann auch versucht, nochmal was umzusetzen. Und ähm ja sich Sachen auch anhört und dir vielleicht auch nochmal was zurückgibt „Nimm Dir einfach jetzt nochmal `n paar Minuten Zeit.“ oder ähm „Ich find, so wie Du das jetzt angegangen hast, ganz gut. Geh doch einfach nochmal weiter. Gib nicht jetzt schon auf.“ (GK: „Ja, mhm.“) ne?, wenn man dann doch irgendwie sagt „Oh, ich komm an den nicht ran.“ (GK: „Mhm.“) „Neel!“ Noch mal jemanden, der einen motiviert und einen nicht so schnell flüchten lässt aus der Situation. Das macht man einfach gerne. Das fände ich noch sinnvoll.“ (FolgeIV4_Z: 1333-1356)*

⁶⁹² Vgl. u.a. FolgeIV16_GM: 00:49:29-00:49:39 und FolgeIV13_GM: 01:19:35-01:19:47.

18.1.2 Strategien der Anleitenden und Pflegenden

Aus den Interviewpassagen, in denen die Befragten ihre Sicht auf das Lernen pflegerischer Empathie unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung darstellten (subjektiv erlebte Realsituation), ließen sich lediglich zwei förderliche Strategien von Anleitenden und Pflegenden identifizieren, nämlich erstens „Lernenden ausreichend Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen einräumen“ und zweitens „Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten anbieten“. In den nachfolgenden Unterkapiteln 18.1.2.1 und 18.1.2.2 werden die zwei Strategien, die Anleitende und Pflegende einsetzen (können) und die von den Befragten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als förderlich erlebt werden, erläutert. Zudem werden in dem Unterkapitel 18.1.2.3 zahlreiche weitere informelle Lernangebote sowie „kombinierte“ Lernangebote (sowohl informelle als auch formelle Anteile) skizziert, die aus den Interviewpassagen, in denen von den Befragten Wünsche und Ideen zur Verbesserung des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb (subjektive Wunschsituation/Idealsituation) thematisiert wurden, hervorgegangen sind. Sie lassen sich systematisieren, indem sie dem arbeitsgebundenen und dem arbeitsverbundenen Lernen zugeordnet werden.

18.1.2.1 Lernenden ausreichend Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen einräumen

Die Strategie „Lernenden ausreichend Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen einräumen“ ist die Entsprechung zu der weiter unten ausführlich dargestellten Strategie der Lernenden „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhalten nutzen“ (s. Kapitel 18.1.3.1) und ist dem arbeitsgebundenen Lernens zuzuordnen. Mit „Möglichkeiten“ ist zum einen ausreichend Zeit bzw. Raum zum eigenständigen (nicht unter Zeitdruck stehenden) Arbeiten gemeint⁶⁹³, zum anderen aber auch die Möglichkeit, in einer entsprechenden Pflegeorganisationsform wie der Bezugspflege arbeiten zu können, im Gegensatz zur Funktionspflege und/oder zum Übernehmen hauswirtschaftlicher sowie sonstiger Hilfsarbeiten⁶⁹⁴ (s. Kapitel 18.1.1.4).

Wenn Lernenden von Pflegenden und Anleitenden keine bzw. kaum Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen eingeräumt werden, werden ihnen Möglichkeiten genommen, ihre empathischen Fähigkeiten einzusetzen, zu festigen bzw. weiterzuentwickeln. Ferner kann dieses zur Folge haben, dass Lernende sich in ihren bereits erworbenen pflegerischen Kompetenzen nicht anerkannt bzw. ernstgenommen

⁶⁹³ Vgl. u.a. ErstIV7_Z: 1408-1427.

⁶⁹⁴ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 904-921+1093-1101.

fühlen, was demotivierende Effekte haben kann.⁶⁹⁵ Eine diesbezügliche Unterforderung der Lernenden ist ein Hinweis auf eine unzureichende Lernendenorientierung in der betrieblichen Ausbildung. Das Interviewmaterial belegt, dass alle Befragten der Überzeugung sind, dass sie am Lernort Betrieb gegenwärtig ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie im Wesentlichen eigenständig durch selbstgesteuertes bzw. selbstständiges Arbeiten weiterentwickeln, vorausgesetzt, dass ihnen, wie bereits erwähnt, die Möglichkeiten hierzu eingeräumt werden (s. Kapitel 18.1.3.1).

18.1.2.2 Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten anbieten

Ferner konnte die lernförderliche Strategie „Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten anbieten“ identifiziert werden, die ebenfalls dem arbeitsgebundenen Lernen zuzuordnen ist. Anleitende bzw. Pflegende lenken hierbei in einer konkreten Pflegesituation die Aufmerksamkeit von Lernenden auf von diesen bislang nicht wahrgenommene körperliche Ausdrucksformen eines pflegebedürftigen Menschen.⁶⁹⁶ Hierdurch kann der Blick von Lernenden geschärft werden (Beobachtungsfähigkeit) und sie können sensibilisiert werden, das Beobachtete als Willens- bzw. Befindlichkeitsäußerung des pflegebedürftigen Menschen zu deuten, d.h., die anleitenden Pflegenden ermöglichen den Lernenden, die zu Pflegenden ein Stück weit mit ihren geschulten Sinnen wahrzunehmen.

Die nachfolgende Interviewsequenz veranschaulicht die Lerneffekte, von denen eine befragte Person erzählte, die von ihrer Anleitenden auf einer Palliativstation gezielt auf den Muskeltonus und auf Veränderungen desselben bei einem verbal nicht äußerungsfähigen Patienten hingewiesen wurde und die die Anregung erhielt, diese als Befindlichkeitsäußerungen bzw. Reaktionen auf das eigene Pflegehandeln zu deuten.⁶⁹⁷

IP2: „Dass insgesamt, ja, die Körperspannung sonst recht hoch war und nach aber jetzt zum Beispiel einer ausgiebigen Pflege mit Aromatherapie zum Beispiel war die Körperspannung nicht mehr ganz so ähm ja nicht mehr ganz so angespannt einfach. Also, das hatte sie [= die Praxisanleitende, GK] mir dann auch gezeigt, deshalb weiß ich das jetzt direkt. Und genauso auch die Stirn, die schon noch angespannt war, die war hinterher auch entspannter. Also, sie hatte mich genau auf diese Sachen hingewiesen, deshalb kann ich das jetzt aus dem Stehgreif so sagen mhm genau. Das war, also konnte man schon auf jeden Fall wahrnehmen. Ja. Genau.“ (FolgeIV2_Z: 365-372)

Die von den Befragten als lernförderlich eingeschätzte Strategie von Anleitenden und Pflegenden „Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten

⁶⁹⁵ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 639-644.

⁶⁹⁶ Vgl. u.a. ErstIV12_GM: 00:42:00-00:42:35 und FolgeIV12_GM: 00:39:28-00:39:40+00:48:55-00:49:28.

⁶⁹⁷ Vgl. FolgeIV2_Z: 368-372, 816.

anbieten“ scheint unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung, zumindest in der der Untersuchung zugrundeliegenden Stichprobe, wenig verbreitet. Lediglich zwei der Befragten thematisierten sie.

18.1.2.3 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf Lernangebote zu pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Abgesehen von einer einzigen befragten Person konnte bei allen anderen ein ausgeprägter Wunsch nach einer gezielteren Förderung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch Pflegende und Anleitende sowie generell nach diesbezüglich lernförderlicheren Rahmenbedingungen am Lernort Betrieb identifiziert werden.⁶⁹⁸ Die Befragten räumten dem Lernort Betrieb vom Grundsatz her ein großes Lernpotenzial im Hinblick auf pflegerische Empathie ein.⁶⁹⁹ Bei der nachfolgenden überblicksartigen Darstellung der konkreten Wünsche und Ideen der Befragten im Hinblick auf eine Optimierung der Förderung empathischer Fähigkeiten am Lernort Betrieb wird der Fokus auf lernförderliche Strategien gelegt, die Anleitende und Pflegende aus der Perspektive der Befragten idealerweise einsetzen könnten bzw. sollten.

Lernende sehen erstens einen Bedarf an Lernformen, die dem arbeitsgebundenen⁷⁰⁰ Lernen zuzuordnen sind. Beispielsweise wünschen sie sich, dass Anleitende und Pflegende die Strategie „Lernenden ausreichend Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von (komplexen) Pflegesituationen einräumen“⁷⁰¹ häufiger einsetzen. Ferner wünschen sie sich, dass Anleitende und Pflegende die o.a. Strategie „Lernende beim gemeinsamen Arbeiten gezielt auf körperliche Ausdrucksformen pflegebedürftiger Menschen aufmerksam machen und Deutungsmöglichkeiten anbieten“ (s. Kapitel 18.1.2.2) überhaupt bzw. regelmäßiger einsetzen und auch inhaltlich ausweiten, indem sie Lernende beim gemeinsamen Arbeiten nicht nur auf von ihnen selbst nicht erkannte Bedürfnisse, Signale bzw. körperliche Ausdrucksformen aufmerksam machen, sondern auch Anregungen zu möglichen Strategien beim Herausfinden bzw. Erkunden der Perspektive von pflegebedürftigen Menschen geben.⁷⁰² Zudem wünschen sich die Befragten, dass

⁶⁹⁸ Die Ausnahme stellt eine einzige befragte Person dar. Sie ist stärker als alle anderen Befragten davon überzeugt, dass die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie eine „Gabe“ („Talent“) sei, die ihr „in die Wiege gelegt worden“ sei. Deswegen müsse sie sie in der Pflegeausbildung auch nicht weiterentwickeln. Sie ist der Überzeugung, dass diese Fähigkeit grundsätzlich eher nicht bzw. kaum lern- sowie förderbar sei. Lediglich der Erwerb pflegerischen und medizinischen Fachwissens hätte ihr geholfen, die vorhandene „Gabe“ im Berufsfeld Pflege professioneller einsetzen zu können (vgl. u.a. ErstIV17_GM: 00:31:11-00:31:31+00:34:07-00:34:28+00:42:16-00:42:37).

⁶⁹⁹ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 849-865+1085-1093+1104f., ErstIV2_Z: 520-545, 677-691 und ErstIV3_Z: 1152-1160.

⁷⁰⁰ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegeausbildung ausgeführt werden.

⁷⁰¹ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1085-1106+1114-1129 und FolgeIV5_Z: 1427f..

⁷⁰² Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 1017-1023 und ErstIV2_Z: 712-730.

Anleitende und Pflegende die Strategie „Lernenden mehr Zeit zum handlungsentlasteten Beobachten von Modellen für pflegerische Empathie einräumen“⁷⁰³ einsetzen.

Zweitens sehen die Befragten einen Bedarf an Lernformen, die dem arbeitsverbundenen Lernen zu zuordnen sind. Sie wünschen sich mit ihren Anleitenden bzw. mit Pflegenden systematisch und geplant Pflegesituationen, unmittelbar im Anschluss an diese oder auch während einer Pflegesituation, die hierzu ggf. kurz unterbrochen wird, zu reflektieren. In diesem Zusammenhang besteht beispielsweise der Wunsch, dass Anleitende und Pflegende die beiden Strategien „Lernenden als feste Ansprechpartner*innen bei Unsicherheiten, Fragen bzw. Problemen als berufliche*r Empath*in zeitnah zum Austausch zur Verfügung zu stehen und um ggf. in konkreten Pflegesituationen von Lernenden auch als Beobachter*in hinzugezogen werden zu können“⁷⁰⁴ sowie „Lernende regelmäßiger beim selbstständigen Handeln in Pflegesituationen beobachtend begleiten und anschließende gemeinsame Reflexion dieser Situationen inklusive Feedback der Anleitenden zum empathischen Handeln der Lernenden“⁷⁰⁵ einsetzen. Im Hinblick auf die soeben benannte Reflexion ist den Befragten wichtig, die vorausgegangene Pflegesituation gemeinsam zu reflektieren u.a. unter folgenden sechs Gesichtspunkten 1) Empfinden der Lernenden bei der Pflegehandlung, 2) Beobachtungen der Lernenden im Hinblick auf den pflegebedürftigen Menschen, 3) Beobachtungen der Anleitenden im Hinblick auf den pflegebedürftigen Menschen, 4) Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Empfindungen bzw. Beobachtungen der Lernenden und der Anleitenden, 5) ggf. konkrete Möglichkeiten, die Perspektive des jeweilig involvierten pflegebedürftigen Menschen noch genauer als bislang geschehen zu explorieren sowie 6) ggf. Entwickeln alternativer Vorgehensweisen zu der in der vorausgegangenen Pflegesituation eingesetzten, die für das pflegebedürftige Gegenüber eventuell angenehmer gewesen wären.⁷⁰⁶ Im Hinblick auf das soeben benannte Feedback ist es den Befragten wichtig, auch Hinweise zu ihren Stärken und Entwicklungsherausforderungen zu erhalten sowie Anregungen zu konkreten Handlungsalternativen⁷⁰⁷ (s. Kapitel 18.1.1.1.3). Darüber hinaus wünschen sich die Befragten, dass Pflegende und Anleitende die Strategie „Lernenden beim gemeinsamen Arbeiten pflegerische Empathie positiv vorleben und anschließend nachbesprechen, um diesen das eigene empathische Vorgehen in der Situation bewusst(er) zu machen bzw. für sie nachvollziehbar(er) (i.S.v. „sich als Expert*in in den Kopf gucken lassen“)“ einsetzen.⁷⁰⁸

⁷⁰³ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 1012-1018+1292-1296 und ErstIV8b_GM: 00:06:41-00:07:10.

⁷⁰⁴ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 1033-1035 und FolgeIV4_Z: 1333-1356.

⁷⁰⁵ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 1406-1416+1423-1426, FolgeIV4_Z: 1432-1448+1453-1462 und FolgeIV3_Z: 910-941.

⁷⁰⁶ Vgl. u.a. FolgeIV7_GM: 01:14:39-01:15:12, FolgeIV11_GM: 01:08:31-01:09:05 und FolgeIV4_Z: 1458-1462.

⁷⁰⁷ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 1423-1426 und FolgeIV3_Z: 917-923.

⁷⁰⁸ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 1227-1233.

Abschließend exemplarisch eine Interviewsequenz, in der die befragte Person den Fokus auf Strategien legt, die Pflegende und Anleitende aus ihrer Sicht idealerweise einsetzen sollten, um Lernende zu unterstützen, ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln.

IP4: *„Und dass man ähm auch viel darf, sich viel ausprobieren darf. Dass aber immer Sicherheit gegeben wird „Du wenn Du das Gefühl hast, irgendwas stimmt nicht, äh dann komm ich dazu.“ Aber meistens ist es, kommen sie dazu und übernehmen die Situation. Dass man dann einfach sagt „Ich komm dazu und Du machst aber mal weiter. Und ich guck mir das mal an.“ Weil man kann meistens nicht so viel falsch machen, wenn man mal ein Gespräch führt, was in die Hose geht, ne? Und dass man danach mal drüber spricht, weil so kommen die Anleiter und nehmen einem das Wort aus der Hand und deswegen lernt man 's ja trotzdem nicht. Es erscheint irgendwie immer alles logisch, was die sagen, man denkt sich so „Joa.“. Aber selber erst mal drauf kommen und das auch so umzusetzen, ist irgendwie 'ne Fähigkeit, die lernt man nur, wenn man es tut in meinen Augen. Und das fände ich wichtig von den Praxisanleitern. [...] Die Praxisanleiter müssen mehr geschult werden darauf, dass man es äh einfach mal anwendet und dass die sich auch mal lernen, zurückzunehmen, ne? Dass sie zum Beispiel sagen „Okay, ich mach hier jetzt mal tüdel so im Zimmer rum.“ Machen die halt diese beknackte Fensterbank sauber oder wie auch immer (GK: Lacht.) und ähm sind aber trotzdem noch da. Also sie sind Beobachter und können auch eingreifen in dem Moment. Und dass man sich danach einfach mal unterhält. Ähm dass der Praxisanleiter sagt „Ich hab das in dem Moment anders empfunden. Wie kamst Du denn da drauf? Das ist meine Meinung. Und Du hast jetzt gar nicht zurückgefragt, vielleicht sollten wir das nochmal tun?“ (GK: „Mhm, mhm.“) ne? (GK: „Mhm, ja.“) Das fände ich noch sinnvoll.“ (FolgeIV4_Z: 1433-1444+1453-1462)*

18.1.3 Strategien der Lernenden

Wie eingangs beschrieben, bezieht sich die Kategorie „Strategien der Lernenden“ auf den Lernort Betrieb und bündelt Strategien, die Lernende unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der betrieblichen Pflegeausbildung einsetzen und die aus ihrer Perspektive das Lernen pflegerischer Empathie fördern. Sie besteht aus folgenden drei Strategien, erstens „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ (18.1.3.1), zweitens „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ (18.1.3.2) und drittens „Kolleg*innen als Ressource nutzen, um sich über Pflegesituationen gezielt auszutauschen und/oder um eigene generelle Unsicherheiten/Probleme gegenüber bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen anzusprechen“ (18.1.3.3)

In der vorliegenden Untersuchung konnte die erste Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ als die zentrale Lernstrategie der Befragten am Lernort Betrieb identifiziert werden. Als eine weitere, aus der Perspektive der Befragten bedeutsame, sehr verbreitete lernförderliche Lernstrategie wurde die Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ herausgearbeitet. Den Problemen und Grenzen dieser beiden in der vorliegenden Untersuchung am stärksten vertretenen Strategien, die den Lernenden in der Regel nicht bewusst sind, ist das Unterkapitel 18.1.3.4 vorbehalten.

Der folgenden Darstellung der drei in der Untersuchung identifizierten Strategien der Lernenden ist voranzustellen, dass nicht alle Befragten sie im gleichen Maße an den verschiedenen Praxisorten einsetzten. Die Befragten unterschieden sich im Hinblick auf den Einsatz dieser Strategien: Auszubildende bzw. Studierende, die ihre Rolle als Lernende in der Pflegepraxis eher selbstbewusst und selbstsicher ausgestalteten, setzten die Strategien häufiger ein als Lernende, die unsicherer beim Ausgestalten ihrer Rolle waren. Erstere balancierten das Verfolgen eigener Ausbildungsinteressen im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie mit der Erfüllung der Erwartungen der Pflegepraxis, schnellstmöglich die Rolle einer Arbeitskraft zu übernehmen bzw. schnellstmöglich selbstständig zu werden, erfolgreich(er) aus. Hierdurch erschlossen sie sich häufiger und kontinuierlicher im Ausbildungsverlauf informelle Lerngelegenheiten bzw. -räume zur Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten relativ unabhängig vom jeweiligen Praxisort.

Letztere hingegen stellten eigene Ausbildungsinteressen im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch ihre starke Orientierung an der Rolle einer angepassten, schnellstmöglich selbstständig arbeitenden Pflegekraft zurück⁷⁰⁹ bzw. durch ihre Angst respektive Sorge vor persönlichen Nachteilen durch das Pflorgeteam, falls sie dieses nicht tun würden. In diesem Zusammenhang thematisierten sie beispielsweise die Sorge vor einer schlechten schriftlichen Beurteilung⁷¹⁰ und die Befürchtung einer mangelnden Integration ins Pflorgeteam⁷¹¹. Diese Befragten erschlossen sich potenziell gegebene informelle Lernmöglichkeiten zur Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch die drei o.a. Strategien seltener. Folglich blieben sie mit ihren Unsicherheiten, Herausforderungen und Problemen als berufliche Empath*innen häufiger allein und verschlossen sich so potenzielle Entlastungs-, Reflexions- und Beratungsmöglichkeiten in Pflorgeteams. Diese Befragten waren stärker als die erstgenannten auf lernförderliche Rahmenbedingungen am jeweiligen Praxisort angewiesen (z.B. lernförderliche Pflorgeteamkultur), um sich Lernmöglichkeiten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie zu erschließen.

18.1.3.1 Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen

Die Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ stellt für die Befragten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie unter den aktuellen Rahmenbe-

⁷⁰⁹ Vgl. u.a. FolgeIV9_GM: 01:14:03-01:16:15 und ErstIV15_GM: 01:50:58-01:53:24.

⁷¹⁰ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1495-1498.

⁷¹¹ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1503.

dingungen der betrieblichen Pflegeausbildung die zentrale Lernstrategie dar. Lernende sammeln mittels dieser Strategie selbstständig eigene Erfahrungen als berufliche Empath*innen und beschreiben, dass sie im Ausbildungsverlauf dadurch zunehmend handlungssicherer werden würden. Sie umschreiben diese Strategie mit Ausdrücken wie beispielsweise „*erstmal alleine versuchen*“, „*sich selber ausprobieren*“, „*praktisches Arbeiten*“, „*eigenes Handeln*“, „*eigene Erfahrungen sammeln*“, „*versuchen, schulisch Gelerntes dann in der Praxis umzusetzen*“, „*selber üben*“, „*selber experimentieren*“, „*selber herausfinden*“, „*selber probieren*“ und „*selber machen*“.

Lernende, die diese Strategie einsetzen, nutzen einerseits die Möglichkeiten, die Pflegende und Anleitende ihnen von sich aus einräumen, um selbstständig zu arbeiten und/oder setzen sich gegenüber dem jeweiligen Pflegeteam aktiv dafür ein, bestimmte Patienten*innen bzw. Bewohner*innen selbstständig, zum Teil auch über mehrere Tage hinweg, pflegen zu dürfen. Insbesondere letzteres gelingt nicht allen Lernenden immer, was durch vielfältige Faktoren beeinflusst wird u.a. durch die Art und Weise der Befragten, die Lernenden-Rolle selbstsicher oder eher unsicher auszugestalten, den Personalschlüssel des jeweiligen Einsatzortes (s. Kapitel 17.4.1.1) oder auch durch die Beschaffenheit der Zusammenarbeit des jeweiligen Pflegeteams (s. Kapitel 18.1.1.1).

Dem Erleben sowohl gelingender als auch herausfordernder (bisweilen überfordernder) Situationen als eigenständige pflegerische Empath*innen schreiben die Befragten eine wesentliche Bedeutung im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten während der Ausbildung zu. Durch das eigenständige Sammeln von Erfahrungen als berufliche Empath*innen damit, pflegerische Interaktionen zu gestalten (u.a. Nähe-Distanz-Regulation) bzw. einen Zugang zu Patient*innen bzw. zu Pflegenden unterschiedlichster gesundheitlicher Situationen in den unterschiedlichsten Pflegesettings, unterschiedlichsten Alters und Geschlechts sowie unterschiedlichster Herkunft und Persönlichkeit zu finden, die ihr Krank- bzw. Pflegebedürftigsein auf ihre jeweils eigene Art und Weise erleben und gestalten und demzufolge die unterschiedlichsten Bedürfnisse haben, fühlen sich die Lernenden im Laufe der Ausbildung immer sicherer in ihrem empathischen Handeln.⁷¹² Lernende erzählen in diesem Zusammenhang sowohl von positiven, gelingenden, sie in ihrem Handeln als berufliche Empath*innen bestärkenden Situationen mit zu Pflegenden als auch von für sie schwierigen Pflegesituationen, in denen sie sich eigener Geduldsgrenzen, Blockierungen, Hemmungen sowie Vorurteile gegenüber bestimmten Patient*innen(gruppen) bewusst(er) geworden seien.⁷¹³

⁷¹² Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 827-841, FolgeIV7_GM: 01:05:55-01:06:40 und FolgeIV12_GM: 00:46:54-00:47:43.

⁷¹³ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 409-424+457-475+868-872 und FolgeIV4_Z: 858-893+1101f..

Lernende nutzen die Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der praktischen Pflegeausbildung gerne und gewinnbringend. Gleichzeitig konnte jedoch ein ausgeprägter Wunsch nach einer Verbesserung der betrieblichen Ausbildung im Hinblick auf die Förderung empathischer Fähigkeiten (s. Kapitel 18.1.1 und 18.1.2.3) identifiziert werden bzw. das Erleben vieler Befragter, sich diesbezüglich allein gelassen zu fühlen.⁷¹⁴

Die Analyse ergab, dass die Befragten die Reaktionen der zu Pflegenden auf das von ihnen gezeigte empathische Handeln gezielt beobachten, um die Wirkung bzw. den Erfolg desselben einzuschätzen. Lernende nutzen sowohl verbalsprachliches Feedback als auch andere Reaktionen der zu Pflegenden auf das eigene empathische Handeln (z.B. Freude, Abnahme eines starken Körpertonus, Abnahme von Unruhe), um dessen Effekte einzuschätzen bzw. es ggf. zu korrigieren, anzupassen bzw. weiterzuentwickeln.⁷¹⁵ Insbesondere eine befragte Person eines Bildungsgangs Altenpflege, die ihrer Einschätzung nach keine bzw. kaum Begleitung, Anleitung oder konstruktive Resonanz im Pflegeteam hinsichtlich ihrer Empathiefähigkeit und ihres empathischen Handelns erhielt, nutzte diese Strategie, wodurch sie im Laufe der Ausbildung bestärkt wurde, dass ihre eigene Art des empathischen Pflegehandelns „*richtig*“ (FolgeIV3_Z: 880) sei.⁷¹⁶

Die Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ beinhaltet neben der beschriebenen Einschätzung der Wirkungen des eigenen Handelns auch eine eigenständige (subjektive) Einschätzung darüber, ob die jeweilige empathische Person sich in der Lage sieht, die Situation selbstständig zu bewältigen oder ob sie zu der Einschätzung gelangt, Unterstützung durch Anleitende bzw. Pflegenden zu benötigen. Ob Lernende, sofern sie zu der Einschätzung kommen, dass sie in der konkreten Pflegesituation eigentlich Unterstützung durch Dritte bräuchten, diese auch suchen, ob sie, falls dieses der Fall ist, auch zeitnah Pflegenden finden und diesen zutrauen, sie in ihrem Lernbedarf unterstützen zu können, und ob sie, falls dieses gelingen sollte, die erhaltene Unterstützung als hilfreich erleben, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab (s. u.a. Kapitel 18.1.1). Im Unterkapitel 18.1.3.4 wird eine weitere Problematik der Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ ausführlicher dargelegt.

⁷¹⁴ Vgl. u.a. ErstIV15_GM: 01:50:58-01:53:24, FolgeIV3_Z: 913-941 und ErstIV3_Z: 1720-1753.

⁷¹⁵ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 245-247, ErstIV7_Z: 777-810+821-825 und ErstIV15_GM: 01:30:44-01:31:28.

⁷¹⁶ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 877-882+923-928.

18.1.3.2 Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren

Die Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ beschreibt eine Strategie, die Lernende selbstgesteuert und relativ unabhängig von Anleitenden und Pflegenden bzw. den Angehörigen anderer Gesundheitsberufe einsetzen (können), da letzteren i.d.R. nicht bewusst ist, dass sie von Lernenden beiläufig beobachtet werden bzw. sie dieses auch nicht verhindern können, und da der Einsatz dieser Strategie kaum respektive keine Zeit beansprucht. Lernende, die sich dieser Strategie bedienen, beobachten beiläufig, d.h. während des gemeinsamen Arbeitens sowohl positives als auch negatives Modellverhalten ihrer Kolleg*innen und gewinnen durch die eigenständig initiierte Reflexion desselben Erkenntnisse (s.u.). Die Reflexion kann sowohl alleine als auch mit Dritten erfolgen. Der Einsatz dieser Strategie setzt voraus, dass sich die Modellpersonen (zumindest gelegentlich) in ihrer Nähe aufhalten. Er setzt ferner bei den Lernenden neben Beobachtungs- und Reflexionsfähigkeiten, ebenso voraus, dass sie in der jeweiligen potenziellen Beobachtungssituation ihre Aufmerksamkeit auf das Handeln von Modellpersonen lenken (können). Lernende, die diese Strategie bewusst einsetzen, erschließen sich Lernmöglichkeiten, an denen andere unbewusst vorbeigehen. Lernende können sowohl positives als auch negatives Modellverhalten für (pflegerische) Empathie nutzen, um ihre diesbezüglichen Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Durch die Beobachtung und Reflexion positiven Modellverhaltens können u.a. diverse im Prozess der Perspektivenübernahme eingesetzte Strategien angeeignet werden. Lernende führen in diesem Zusammenhang beispielsweise das behutsame, vorsichtige, einfühlsame Formulieren und Stellen von Fragen an⁷¹⁷, den Einsatz von Gesprächstechniken wie das Spiegeln von Emotionen in der Psychiatrie⁷¹⁸ oder auch die „*feinfühlig(e)*“ (FolgeIV8_GM: 00:38:49) Art und Weise der Gesprächsführung in einem Aufnahmegespräch mit Angehörigen einer sterbenden Patientin auf einer Palliativstation⁷¹⁹ sowie in einem Aufnahmegespräch mit einer an Krebs erkrankten Frau in einer Lungenklinik⁷²⁰. Ferner können Lernende durch das Beobachten positiven Modellverhaltens Ideen bzw. Hoffnung gewinnen, wie bzw. dass Pflegende sich trotz hinderlicher Rahmenbedingungen in der Pflegepraxis pflegerisch empathisch engagieren können.

IP2: *„Ja, also, ich habe ja eigentlich zwei Pflegekräfte genannt, die mich sehr beeindruckt haben. [...] Also dadurch ähm dass man es dann quasi gelebt sieht, wie so was stattfinden kann, dass man sehr einfühlsam handelt, kriegt man auch besser eigene Ideen, wie man so handeln könnte. Weil es ist ja sonst häufig so, dass man Dinge lernt und die eher nicht umgesetzt werden. Und gerade diese zwischenmenschliche Schiene, sage ich jetzt mal, sehr zurücksteht in der Praxis einfach auch aus*

⁷¹⁷ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 01:33:19-01:34:42.

⁷¹⁸ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:02:14-00:03:43.

⁷¹⁹ Vgl. FolgeIV8_GM: 00:33:40-00:42:10.

⁷²⁰ Vgl. u.a. ErstIV12_GM: 00:26:55-00:29:29.

den ja aus den zeitlichen Gründen, und ja wenn man es dann einfach sieht, wie es doch klappen kann, bringt einen das auf jeden Fall weiter.“ (FolgeIV2_Z: 271-272+974-981)

Zudem können Lernende durch die Beobachtung ihrer Kolleg*innen Anregungen bekommen, wie empathisches Pflegehandeln in verschiedenen Fachdisziplinen gegenüber ihnen bisher eventuell wenig bis gar nicht vertrauten Zielgruppen konkret aussehen kann, beispielsweise im Kinderkrankenhäusern, in Hospizen, auf Palliativstationen, in (Geronto-)Psychiatrischen Einrichtungen, auf Intensivstationen oder auch in Einrichtungen für Menschen mit schweren körperlichen und geistigen Behinderungen.⁷²¹ Das nachfolgende Beispiel veranschaulicht exemplarisch die lernförderliche Wirkung positiven Modellverhaltens einer Praxisanleiterin auf eine befragte Person im Hinblick auf pflegerisch empathisches Handeln gegenüber einem halbseitig gelähmten Mann im Wachkoma auf einer Palliativstation.⁷²² Durch die Beobachtung und Reflexion des empathischen Vorgehens der Anleitenden konnte die befragte Person u.a. lernen, wie Angehörige pflegebedürftiger Menschen, die in ihren verbalen Äußerungsfähigkeiten stark bzw. vollständig eingeschränkt sind, von Pflegenden hinzugezogen werden können, mit dem Ziel, die Perspektive der Betroffenen im Pflegehandeln stärker zu berücksichtigen.

IP2: „Und ähm obwohl in dem Sinne keine mündliche Kommunikation möglich war, war meine Praxisanleiterin sehr bemüht um ihn. Ähm ja also was mich eigentlich so beeindruckt hatte, war, dass sie ähm kontinuierlich mit ihm bei der Pflege gesprochen hatte, und ähm obwohl er sich nicht geäußert hatte, sich ähm dann in dem Bezug mit der Ehefrau von diesem Mann auseinandergesetzt hatte [...] und ähm dann zur ähm Mundpflege zum Beispiel nachgefragt, welche Getränke er gerne gemocht hatte. Also die Sachen, die man dann (IP2 räuspert sich.) auch hier im Unterricht lernt, dann quasi umgesetzt und ganz viel mit Aromatherapie und Duftstoffen gearbeitet, aber auch die Ehefrau gefragt „Ja, welche Düfte hätte er wohl gemocht?“ [...] Und ähm ich habe davon auch sehr viel mitgenommen. Also ähm für mich selber, also mich zu reflektieren quasi, dass ich mich mit Patienten, die sich nicht kommunikativ mitteilen können, oder mich zu ermahnen, dass man nicht in dieses Muster verfällt, nicht mit ihnen zu reden und diese Schiene über die Angehörigen auch zu nutzen. (GK: „Ja.“) Also das ähm habe ich dann im Hospiz, wo ich jetzt dann war, umsetzen können, als ich da halt Gäste betreut habe. Vorher hatte ich eher Probleme auch mit der Angehörigenarbeit, also offen auf die Menschen zuzugehen und wie man das Ganze angeht. Und ähm ja also da habe ich eigentlich versucht, die gleichen Dinge dann umzusetzen, die sie mir quasi vorgelebt hatte. (IP2 lacht kurz.) (GK: „Ja.“) genau. Also im Hospiz erinnere ich mich dann an einen Gast, mit dessen Tochter habe ich mich ganz intensiv auseinandergesetzt. Und ähm da hat sie mir dann auch quasi die Vorlieben erzählt und ähm er konnte sich auch nicht mehr so gut mitteilen, aber er konnte sich noch, also er war ansprechbar. Und ähm ja eigentlich konnte ich dann ganz viel aus dem Angehörigengespräch für die Pflege mit ihm mitnehmen, was er mir hätte jetzt nicht mehr sagen können. (FolgeIV2_Z: 224-229+231-235+246-260)

In der nachfolgenden Interviewsequenz resümiert eine andere befragte Person ihre Erkenntnisse, die sie durch das Miterleben einer Pflegesituation in einem Hospiz zwischen

⁷²¹ Vgl. u.a. zu Kindern: ErstIV10_GM: 00:34:29-00:35:00, zu psychiatrisch erkrankten Menschen: FolgeIV11_GM: 00:02:14-00:03:43, zu Menschen mit Krebs: ErstIV12_GM: 00:25:17-00:27:56, zu Menschen mit schweren Behinderungen: ErstIV12_GM: 00:44:32-00:47:00, zu Menschen mit Demenz: FolgeIV12_GM: 00:29:13-00:31:52 und zu sterbenden Menschen: FolgeIV8_GM: 01:33:19-01:34:42.

⁷²² Vgl. FolgeIV2_Z: 217-250, 363-372.

einem Gast (Familienvater, Anfang sechzig.) mit erst vor kurzem entdeckten, weit fortgeschrittenen, inoperablem Magenkarzinom⁷²³ und einer erfahrenen Pflegenden gewonnen hat. Der angeführten Sequenz geht eine ausführliche Erzählung der befragten Person über die Pflegesituation voraus, in der deutlich wurde, dass sich die Pflegende aus Sicht der befragten Person viel Zeit für eine Begegnung bzw. ein Gespräch mit dem sehr angespannten, überanstrengten, nicht Liegen sowie Schlafen könnenden Gast genommen hatte, um herauszufinden, „was da los ist“ (FolgeIV5_Z: 296), was ihr auch, so die befragte Person, gelungen sei. Den Gast schien das Gespräch so entlastet zu haben, dass er vorschlug, gemeinsam mit der Pflegenden und der bzw. dem Lernenden den Kuchen seines Sohnes zu verspeisen, worauf die Pflegende einging.⁷²⁴

IP5: „Also er [der Gast, GK] hat dadurch [durch das Gespräch und das Kuchenritual; GK] so, so `ne Ruhe bekommen, weil die Schwester so `ne Ruhe ausgestrahlt hat und sich so `ne Mühe mit ihm gegeben hat und so auf ihn eingegangen ist. Das war wirklich ganz beeindruckend. Und danach hat er dann wirklich zwei, drei Stunden am Stück geschlafen, was er vorher halt nicht gemacht hat. (GK: „Ja.“) Das war schon `n tolles Erlebnis, wo ich auch gemerkt habe so „Okay, es lohnt sich wirklich immer wieder, genau, mit Ruhe in ein Zimmer zu gehen und zu gucken und auch sowas mal auszuprobieren.“ (FolgeIV5_Z: 337-343)

Zugleich kann die Beobachtung positiven Modellverhaltens Lernende bestärken bzw. ermutigen, an ihrem Engagement als pflegerische Empath*innen trotz hinderlicher Rahmenbedingungen festzuhalten.

IP4: „Ja und auf der Entbindungsstation hat ich natürlich da ein ein gutes Vorbild. (GK: „Ja genau, genau.“) [IP4 hatte bereits in den Zeilen 632-713 davon erzählt; GK] Äh das war ja echt da das hat mich nochmal so richtig motiviert auch zu dem, äh das sie das alles ganz toll gemacht hat, auch mal motiviert, dass es ja auch solche Pflegekräfte gibt und nicht alles immer nur so wie in der hier im ambulanten Pflegedienst alles mehr so nicht so ganz toll ist. Und das fand ich ja das hat mir nochmal Kraft gegeben, das auch weiterhin so zu machen. Und ähm weil `s es ist doch schon immer sehr kräftezehrend, wenn man gegen den Strom schwimmt.“ (FolgeIV4_Z: 1289-1296)

Negatives Modellverhalten kann abschreckend auf Lernende wirken und in ihnen auslösen, sich bewusst von diesem Verhalten abzugrenzen bzw. es bewusst zu vermeiden und sie bestärken, eigenständig Erfahrungen mit einer empathischen Vorgehens- bzw. Arbeitsweise zu sammeln, die ihrem Verständnis entspricht.⁷²⁵ Ferner kann durch die Beobachtung und Reflexion negativen Modellverhaltens Lernenden bewusst(er) werden, dass Patient*innen bzw. pflegebedürftige Menschen in existentiellen Situationen insbesondere darauf angewiesen sind, dass Pflegende sie nicht meiden, sondern in der Lage sind, ihnen empathisch zu begegnen. Nachfolgende Interviewsequenz veranschaulicht exemplarisch

⁷²³ Vgl. FolgeIV5_Z: 280-471.

⁷²⁴ Als Hintergrund ist zu erwähnen, dass dem Gast Nahrungskarenz verordnet war und der Kuchen nicht von seinem Sohn stammte. Die Pflegende entschied sich, den Gast in dem Glauben zu lassen, dass sein Sohn den Kuchen gebacken hatte und ließ die bzw. den Lernende*n winzig kleine Kuchenstücke holen.

⁷²⁵ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 1004-1007 und FolgeIV4_Z: 1271-1279+1296-1302.

die Erfahrungen einer befragten Person während ihres ersten Praxiseinsatzes, den sie auf einer chirurgischen Station verbrachte, und in der sie von einem jungen Mann Anfang Zwanzig erzählt, der an einem weit fortgeschrittenen, bereits metastasierenden Darmkarzinom litt.⁷²⁶

IP4: „Also die sind alle [= die Pflegenden; GK] geflüchtet vor dem Zimmer und „Das ist hier so `n furchtbares Zimmer“. Und ähm dann ging es auch um Sterbebegleitung. Hab ich gefragt, ob die das machen dort auf der Station. „Ja eigentlich schon, aber wir hoffen ja, er geht ins Hospiz“. (GK: „Ja.“) Und da hab ich gedacht „Äh nee, man muss sich in die Situationen einfühlen können, auch wenn das jetzt gerade nicht mein Job ist“, aber da hats mir einfach vor Augen geführt, dass das unheimlich wichtig ist [...] also durch dieses nicht vorhandene Einfühlvermögen, was ja stattgefunden hat, hab ich halt für mich festgestellt, dass es unheimlich wichtig ist. (GK: „Ja ja.“) Und dass dass ich das brauche und dass ich nicht so sein möchte, weil ich das nicht kann, weil ich ähm für mich kann ich eben, hab ich festgestellt, ich kann nur mit dem Patienten arbeiten, wenn ich auch in diese Situationen eintauchen kann. Und das geht nur, wenn ich ihn individuell betrachte (GK: „Mhm.“) als als Mensch und nicht als „die Galle“. (GK: „Ja.“) oder der so also oder „Ja das ist die Metastase in der Bauchhöhle“ na klasse.“ (ErstIV4_Z: 1437-1446+1453-1468)

Lernende können Modelle sowohl nebenbei bzw. beiläufig beim gemeinsamen Arbeiten beobachten, sofern sie nicht alleine arbeiten, als auch gezielt, wenn Pflegende Lernenden die Möglichkeit einräumen, sie handlungsentlastet zu beobachten, während sie in einer Pflegesituation als berufliche Empath*innen handeln.

In der Gesamtschau auf die Erzählungen der befragten Lernenden wird deutlich, dass sie in der Pflegepraxis mehr negativem als positivem Modellverhalten für (pflegerische) Empathie begegnen. Es besteht ein Wunsch, zum einen mehr mit Pflegenden zusammen zu arbeiten, die als positive Modellpersonen für pflegerische Empathie eingeschätzt werden, und zum anderen danach, mehr bzw. überhaupt Möglichkeiten eingeräumt zu bekommen, positive Modellpersonen handlungsentlastet beobachten zu können (s.o. Kapitel 18.1.2.3).

Nicht alle Befragten erwähnen die soeben dargestellte Strategie, wenn sie von ihrem Lernen pflegerischer Empathie erzählen. Es ist denkbar, dass diese Lernenden keinen bewussten bzw. kritisch-reflexiven Umgang mit potenziellen Modellpersonen für (pflegerische) Empathie in der Pflegepraxis kultivieren. Es ist anzunehmen, dass diese Lernenden dennoch, jedoch v.a. unbewusst bzw. implizit, von Modellpersonen lernen i.S.v. sozialisiert werden, was mit Nicht-Reflexion verbunden ist.⁷²⁷ Lernenden, die die Strategie, potenzielle Modellpersonen für pflegerische Empathie beiläufig zu beobachten und ihr Handeln zur reflektieren nicht einsetzen, verschließen sich im Vergleich zu denen, die dieses tun, zahlreiche Lernmöglichkeiten.

⁷²⁶ Vgl. ErstIV4_Z: 1406-1485.

⁷²⁷ Zur Theorie des impliziten Wissens vergleiche Polanyi (1958) und Neuweg (2020).

Nicht beeinflussbar ist für Lernende allerdings das Vorhandensein positiver Modellpersonen für (pflegerische) Empathie in der Pflegepraxis. Und auch das Zusammenarbeiten mit diesen können sie nur bedingt steuern. Zudem sind nicht alle Aspekte empathischen Handelns der Beobachtung zugänglich. Bei der Zusammenarbeit mit kompetenten beruflichen Empath*innen sind deren Wahrnehmungs-, Denk- und Entscheidungsprozesse auch Lernenden, die sehr gut beobachten und reflektieren können, kaum zugänglich. Hier sind dem reinen Lernen am Modell Grenzen gesetzt und es bedarf zusätzlicher Lehr-Lernstrategien. Im Unterkapitel 18.1.3.4 wird eine weitere Grenze der Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ ausführlicher dargelegt.

*18.1.3.3 Kolleg*innen als Ressource nutzen, um sich über Pflegesituationen gezielt auszutauschen und/oder um eigene generelle Unsicherheiten/Probleme gegenüber bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen anzusprechen*

Lernende, die die Strategie „Kolleg*innen als Ressource nutzen, um sich über Pflegesituationen gezielt auszutauschen und/oder um eigene generelle Unsicherheiten/Probleme gegenüber bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen anzusprechen“ einsetzen, nutzen einerseits den interkollegialen Austausch gezielt, um eigene Sichtweisen, Deutungen sowie Handlungen in konkreten Pflegesituationen zu hinterfragen bzw. um Anregungen von erfahrenen Pflegenden für alternative Deutungen, Perspektiven und Handlungsoptionen zu gewinnen. Es konnte nur eine befragte Person identifiziert werden, die diese Strategie einsetzt und ihr eine förderliche Wirkung im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie beimisst. Die nachfolgende Interviewsequenz illustriert den für diese Person mit dieser Strategie verbundenen Erkenntnisgewinn: sie nutzt die Perspektiven anderer, um Bedürfnisse besser erkennen zu können. Ob es hierbei in erster Linie um die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen oder um die Bedürfnisse aller an der Pflegesituation Beteiligten geht, bleibt offen.

IP2: „Und dann glaub ich auch wieder durch den Austausch einfach mit Arbeitskollegen oder mit ja mit den Leuten aus meiner WG [IP2 lebt mit Pflegelehrenden, die in der Ausbildung bereits weiter fortgeschritten sind, in einer WG; GK] ähm wenn man sich über Situationen unterhält, vielleicht auch über schwierige Situationen lernt man, glaub ich, auch die verschiedenen Blickwinkel so zu sehen, was die Bedürfnisse sein können also durch das Gespräch (GK: „Mhm.“) ja joa.“ (ErstIV2_Z: 580-585)

Ein konstruktiver interkollegialer Austausch mit Lernenden über von ihnen als schwierig empfundene Pflegesituationen bzw. eine generelle Kultur der reflexiven Zusammenarbeit unter Pflegenden scheint, so legt es die Analyse des Interviewmaterials nahe, in vielen Pflegeteams keine Selbstverständlichkeit zu sein. Insofern ist nachvollziehbar, dass dieser Strategie bei den Befragten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der betrieblichen Pflegeaus-

bildung eine geringe Bedeutung zukommt. Exemplarisch sei an dieser Stelle eine befragte Person erwähnt, die in einem Pfllegeteam sowohl nach Austausch- bzw. Entlastungsmöglichkeiten vergeblich suchte als auch nach fachlicher Unterstützung bzw. Beratung im Hinblick auf einen professionellen pflegerischen Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen behinderter Jugendlicher. Diese Person stieß während ihrer Versuche, einem geistig und körperlich behinderten fünfzehnjährigen Teenager auf einer Reha-Station empathisch zu begegnen, zunehmend an ihre Grenzen, da dieser ihr seine erotischen Phantasien anvertraute und am liebsten immer von ihr gepflegt werden wollte.⁷²⁸ Als der Teenager der befragten Person gegenüber einige Tage später während der Körperpflege äußerte, dass sein Leben „scheiße“ sei⁷²⁹, war sie nachvollziehbarerweise überfordert mit der Situation. Sie suchte jedoch aufgrund ihrer Erfahrung, von dem Pfllegeteam keine als wirksam erlebte Hilfe im Zusammenhang mit diesem Jungen erhalten zu haben, gar nicht erst erneut nach dessen Unterstützung. Sie versuchte hingegen, alleine die schwierige Situation zu bewältigen.⁷³⁰

Lernende, die diese o.a. Strategie nutzen, sprechen andererseits zu Beginn eines Praxiseinsatzes eigene Unsicherheiten bzw. Probleme, bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen empathisch zu begegnen, bei den sie anleitenden Pflegenden an. Hierdurch erschließen sie sich, sofern die anleitenden Pflegenden darauf eingehen, eine diesbezügliche individuelle, gezielte Förderung bzw. Unterstützung. Durch diese sind die Lernenden nicht mehr auf sich alleine gestellt, einen empathischen Umgang mit den sie verunsichernden Gruppen pflegebedürftiger Menschen zu entwickeln. Es konnte nur die eine, oben bereits erwähnte, befragte Person identifiziert werden, die diese Strategie in zwei unterschiedlichen Einrichtungen (Kindertagesstätte und Rehabilitationsstation) erfolgreich einsetzte und ihr eine förderliche Wirkung im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie beimaß.⁷³¹ Sowohl die Erzieherin in der KiTa als auch die Praxisanleiterin auf der Reha-Station nahmen die geäußerten Unsicherheiten der Person im Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die diese mit ihrer fehlenden Erfahrung im Umgang mit Kindern bzw. Jugendlichen sowie mit unzureichendem Fachwissen über deren Entwicklung erklärte, ernst und leiteten sie diesbezüglich an. Die befragte Person konnte hierdurch im Laufe ihrer Praxiseinsätze Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit Kindern und Jugendlichen zunehmend abbauen, wodurch es ihr erst möglich wurde, ihnen empathisch zu begegnen.

⁷²⁸ Vgl. ErstIV4_Z: 410-485.

⁷²⁹ Vgl. ErstIV4_Z: 490-493.

⁷³⁰ Vgl. ErstIV4_Z: 490-551.

⁷³¹ Vgl. FolgeIV2_Z: 610-717+723.

An dieser Stelle sei auf das Unterkapitel 17.4.2.1.1 verwiesen, in dem dargestellt wird, dass ähnlich gelagerte Probleme, wie das soeben skizzierte der o.a. Person, beim empathischen Handeln unter den befragten Pflegelegenden weit verbreitet waren. Über die Gründe, warum die Befragten ihre Unsicherheiten im Umgang mit bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen gegenüber Pflegenden bzw. Anleitenden nicht offen ansprechen und sich dadurch eine gezielte individuelle Förderung erschließen trotz des offensichtlichen Vorliegens derartiger Probleme bei vielen Lernenden, lassen sich lediglich Vermutungen anstellen: beispielsweise a) die Lernenden bevorzugen, alleine ihre Unsicherheiten und Probleme im Umgang mit den betreffenden Gruppen pflegebedürftiger Menschen zu bewältigen, b) die Lernenden trauen sich nicht, eigene Unsicherheiten und Probleme im Umgang mit bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen gegenüber anleitenden Pflegenden anzusprechen (Tabu, Angst vor negativen Reaktionen der Pflegenden, vermeintliches Eingeständnis, nicht geeignet zu sein für den Beruf, Pflgeteam, das pflegerische Empathie nicht praktiziert bzw. ablehnt und bei Lernenden unterbindet, etc.), c) die Lernenden sprechen ihre Unsicherheiten und Probleme im Umgang mit bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen gegenüber ihren anleitenden Pflegenden nicht an, da sie von diesen keine kompetente Unterstützung erwarten (mangelnde Bereitschaft und/oder fehlende Kompetenz), d) die Lernenden haben (derzeit) nicht das Ziel, sich mit ihren Abneigungen, Unsicherheiten und Problemen gegenüber bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen auseinanderzusetzen und bevorzugen es, sich diesen Menschen gegenüber eher distanziert zu verhalten oder e) den Lernenden ist nicht bewusst, dass ihre Unsicherheiten und Probleme im Umgang mit bestimmten Gruppen pflegebedürftiger Menschen ihr empathisches Handeln gegenüber diesen negativ beeinflussen.

18.1.3.4 Problem und Grenzen der zwei zentralen Strategien der Lernenden

Die im Vorausgegangenen erläuterten Strategien „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ sowie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ stellen am Lernort Betrieb aus der Perspektive der Befragten derzeit die zwei bedeutsamsten und verbreitetsten und damit ihre zentralen Strategien dar, um empathische Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Mit beiden Strategien gehen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung jedoch grundlegende Probleme einher, die den Befragten in der Regel verborgen sind. Nachfolgend soll die zentrale Problematik für jede dieser beiden Strategien einzeln dargestellt werden (s. Kapitel 18.1.3.4.1 und 18.1.3.4.2).

18.1.3.4.1 Problem und Grenzen der Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhalten nutzen“

Das von den befragten Lernenden angeführte Orientierungs- bzw. Erfolgskriterium ihres empathischen Erkennen und Handelns, nämlich verbal und/oder nonverbal geäußerte Patient*innenzufriedenheit, reicht als alleiniges Kriterium, um die Ergebnisqualität des eigenen pflegerischen Empathiehandelns einzuschätzen, nicht aus, da Patient*innen bzw. pflegebedürftige Menschen i.d.R. die Angemessenheit bzw. Qualität des empathischen Handelns der Lernenden nicht aus einer pflegfachlichen Perspektive heraus beurteilen können. Hierzu bräuchten die Lernenden beispielsweise das Feedback von Anleitenden oder Pflegenden.

Hinzu kommt, dass die Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhalten nutzen“ mit Selbstreflexion des eigenen Pflegehandelns durch die Lernenden einhergehen kann⁷³², aber nicht muss, und dass die Lernenden nicht immer in der Lage sind, eigene Grenzen, Schwierigkeiten bzw. Fehler beim selbstständigen empathischen Erkennen und Handeln in konkreten Pflegesituationen eigenständig zu bemerken, zu reflektieren bzw. sich bewusst zu werden, dass sie Unterstützung von Anleitenden bzw. Pflegenden bräuchten. Das heißt, dass den Lernenden ihre blinden Flecken im Hinblick auf ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie beim Einsatz der o.a. Lernstrategie weiterhin unbewusst bleiben und sich verstetigen können. Es zeigte sich, dass Lernenden eigene Schwierigkeiten, Unsicherheiten bzw. Fehler beim selbstständigen empathischen Erkennen und Handeln, beispielsweise infolge a) fehlenden Fachwissens zu Krankheiten, b) unzureichender Fähigkeiten, schulisch Gelerntes praktisch anzuwenden, c) unbewusster expertokratischer, patient*innenignorierender Handlungsrou-tinen, d) unbemerkt auf Patient*innen und Angehörige ausgeübter Thematisierungs- und Erzählpflichten sowie e) infolge enger Wahrnehmungsmuster, oftmals nicht bewusst sind. In Ermangelung eines fachlichen Feedbacks von Pflegenden und Anleitenden bzw. von formellen, diese Pflegesituationen im Nachhinein aufgreifenden Lernangeboten bleiben diese, die Vermutung liegt nahe, häufig weiterhin unbewusst.

Nachfolgend soll anhand von drei ausgewählten Interviewausschnitten, in denen drei Lernende jeweils von aus ihrer Perspektive gelungenen, selbstständig bewältigten Situationen pflegerischer Empathie erzählen, diese Problematik näher beleuchtet werden. Die Auszüge verdeutlichen, dass den drei Lernenden die weiterentwicklungsbedürftigen Anteile der eigenen Fähigkeit zu pflegerischer Empathie zumindest zum Zeitpunkt des Interviews unbewusst sind. Zudem illustrieren sie exemplarisch die im vorausgegangenen Absatz aufgelisteten möglichen Hintergründe, warum Lernenden ihre eigenen Schwierig-

⁷³² Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 00:51:57-00:54:01.

keiten, Unsicherheiten bzw. Fehler beim selbstständigen empathischen Erkennen und Handeln verborgen bleiben können.

Beispiel 1: In dem ersten Interviewauszug erzählt eine befragte Person der Gesundheits- und Krankenpflege davon, wie sie während ihres ersten Ausbildungsjahres einer Patientin mit Parkinson, die aufgrund einer Medikamentenfehleinstellung unter massiven Vergiftungsängsten litt, mit pflegerischer Empathie begegnete.⁷³³ Die Ängste der Patientin äußerten sich u.a. darin, dass sie der befragten Person Mordabsichten unterstellte.

IP1: [...] ich äh hatte mal `ne Patientin auf der Neurologie ähm die ähm ganz stark unter Vergiftungsängsten litt (GK: „Aha ja.“) auch äh natürlich kognitiv auch eingeschränkt aber ganz stark an Vergiftungsängsten litt, ob jetzt sei es in der in der Nahrung ob in den Getränken oder natürlich ihre Tabletten in erster Linie und ähm ich glaub, da war das schon so die die brauchte wie soll ich das sagen? also ich hab das Gefühl gehabt, sie war sehr sehr sehr hart natürlich auch in ihrer Aussprache und mit mit Anschuldigungen über Mord und et cetera pp. Und die war so in ihrem Delir dass eigentlich, glaub ich, alle gedacht haben irgendwie „Die kriegt ja nix mehr mit.“ (GK: „Ja.“) So ne, das ist ja, und ich bin aber relativ nüchtern dann zu ihr, mit ihr umgegangen [...] und dann hab ich ihr ganz sachlich erklärt, dass ich mich nicht eines Mordes hier betitel- oder eines versuchten Mordes irgendwie hier öh öh öh schuldig machen will und dass es mit Sicherheit nicht so ist und hab ihr das dann halt auch wirklich ganz normal erklärt und die Frau wurde zunehmend klarer und hat mir das im Nachhinein als sie als sie dann wirklich wieder ansprechbar war und wir dann auch wirklich `n Draht zueinander gefunden hatten, sich dafür auch entschuldigt und dann wirklich auch gedankt, dass ich so klar und deutlich mit ihr darüber gesprochen hab. (GK: „Aha ja.“) Weil sie hat das schon gemerkt, was da los ist, aber durch meinen wirklich relativ nüchternen Umgang und einfach das mal so hingenommen, was sie gesagt hat und nicht abgetan, ähm war die wirklich dankbar letzten Endes dafür. Und wir hatten ein echt gutes Verhältnis bis zum Schluss. Also wir konnten sie wirklich gut, also sie hatte auch mehr oder weniger nur zu mir `nen relativ guten Draht und das konnten wir auch ausbau`n und gegen Ende waren wir dann wirklich so, dass sie mich dann gedutzt hat (IP1 lacht kurz auf) und keine Ahnung also sie war dann ja wir hatten `nen richtig guten Draht, obwohl es eigentlich in so `ner schlechten Situation dann angefangen hat alles. Aber ich glaube manchmal ist es auch wichtig, einfach die Menschen dann auch so zu nehmen, wie sie gerade sind, auch vielleicht in der Situation wie sie eben gerade sind und halt auch `n bisschen wie soll ich sagen also wenn wenn Sie mich äh beschuldigen würden, ich wollte Sie umbringen äh dann würde ich Ihnen ja jetzt auch sagen, dass es nicht so ist und würde mich rechtfertigen und in dem Sinne war `s vielleicht für die äh für die gute Frau einfach auch `n wieder Rück- Zurückreisen in die Realität, was sie eigentlich da gerade sagt.“ (ErstIV1_Z: 758-789)

Aus meiner Perspektive überschätzt sich die befragte Person in dieser Situation und erweist der Patientin keine pflegerische Empathie, auch wenn sie sich um die besagte Patientin sehr bemühte.⁷³⁴ Nachvollziehbarerweise fehlte der befragten Person im ersten Ausbildungsjahr das neurologische bzw. psychiatrische Fachwissen, um von einer professionellen Ebene ausgehend die subjektive Perspektive der Patientin (annäherungsweise) erfassen und daraus adäquate Pflegehandlungen ableiten zu können. Nachfolgend soll diese Einschätzung begründet werden.

Die Situation verdeutlicht, dass es der befragten Person sehr wichtig ist, die verbalen

⁷³³ Vgl. ErstIV1_Z: 758-833.

⁷³⁴ Für Anregungen zur Deutung dieser Interviewsequenz danke ich den Doktorand*innen des Promotionskolloquiums von Prof.in Dr.in Darmann-Finck.

Signale der Patientin ernst zu nehmen und darauf zu reagieren, gerade auch weil die anderen Pflegenden es ihrer Wahrnehmung nach nicht angemessen tun. Auf die verbalen Signale der Frau, gemeint ist die Mordanschuldigung, reagiert die befragte Person in der Erzählung persönlich sehr betroffen und fühlt sich angegriffen. Die befragte Person nimmt m.E. die Patientin zwar auf der verbalen Ebene ernst, ist aber, so die Vermutung, nicht in der Lage, die subjektive Perspektive der Patientin von einer professionellen Ebene aus genauer zu erkunden respektive sich verstehend anzunähern: Beispielsweise erzählt sie nichts über die nonverbalen Signale der Patientin und scheint auch vorübergehend keine professionelle Distanz zur Patientin einzunehmen, um mögliche Hintergründe des Geschehens zu reflektieren. Hierdurch verbleibt die Interaktion zwischen ihr und der Patientin auf die Ebene einer Alltagsinteraktion, d.h. sie begegnet der Patientin auf einer persönlichen Beziehungsebene und nicht auf einer professionellen. Wäre ihr letzteres gelungen, hätte sie die innere Bedürftigkeit und die Selbstoffenbarung (Angst) der Patientin hinter der Beschuldigung zum Mord vermutlich erkannt und dieser adäquat begegnen können. Die befragte Person verkennt in der erzählten Pflegesituation, die sie im Interview als positives Beispiel für ihre pflegerische Empathie anführte, m.E. die subjektive Realität der Patientin, d.h. ihr Erleben einer Mordbedrohung und missachtet damit unwissentlich ihren psychischen Zustand.

Bedenklich ist m.E., dass die befragte Person ihr Handeln nicht kritisch reflektiert zu haben scheint, weder mit Pflegenden, Anleitenden und/oder Ärzt*innen vor oder nach ihrer kommunikativen Intervention noch am Lernort Schule oder in der Interviewsituation. Sie fühlt sich hingegen bestärkt, richtig gehandelt zu haben, da die Patientin ihr für ihre Intervention dankte⁷³⁵. Hier zeigt sich die o.e. Problematik, die mit der auf pflegerische Empathie abhebenden zentralen Lernstrategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ der befragten Lernenden dieser Untersuchung einhergeht.

Beispiel 2: Der zweite Interviewauszug illustriert eine Pflegesituation, von der eine befragte Person der Altenpflege erzählte und in der es ihr ihrer Einschätzung nach gelungen ist, einer Bewohnerin einer Demenz-WG, die mehrfach äußerte, „nach Hause zu müssen“, empathisch durch die Anwendung ihres Wissens über das Konzept der Validation zu begegnen.⁷³⁶

IP3: *„Validation auf jeden Fall ja ähm mit `ner Frau, die dauernd irgendwie nach Hause musste, um ihren Mann ne ähm zu zu pflegen (GK: „Mhm.“) und ihm Essen zu machen, obwohl der natürlich schon verstorben war. (GK: „Ja.“) ne. Und dann kam sie immer „Ich muss dann jetzt auch“, kam sie*

⁷³⁵ Sie räumte im Verlauf der Erzählung ein, dass die Medikamente „mit Sicherheit auch noch was dazu beigetragen haben“ (ErstIV1_Z: 793).

⁷³⁶ Vgl. ErstIV3_Z: 1181-1248.

immer (in?) Tasche mit Hut und so ne „Ich muss dann jetzt auch nach Hause. Ich muss ja meinen Mann versorgen“. (GK: „Ja.“) Und dann so ähm dann ist man halt drauf eingegangen „Ja sie vermissen Ihr zu Hause und mhm“, „Na klar und mein Mann“, „Aber Ihr Mann ist schon verstorben“, „Nein das kann nicht sein“, „Doch und ne“, da sollte man schon drauf eingehen und diese Frau dann wieder dazu zu bringen, irgendwie dass sie sagt, „Dann ist es ja doch ganz gut, dass ich hier bin und eigentlich fühl ich mich ja hier auch ganz wohl“ und dass sie dann wirklich wieder ins Zimmer zurückgegangen ist, hat ihre Tasche weggebracht und hat dann gesagt „So was können wir jetzt machen?“. (GK: „Aha.“) Ne also das war schon ganz genial ne. (GK: „Äh.“) Wobei das auch `n endloser Rattenschwanz war, weil zehn Minuten später hatte sie `s wieder vergessen und stand wieder vor einem ne. (GK: „Ja ja.“) So aber nur für diesen Moment irgendwie, sie dann einfach zu überzeugen, weil es ist ja auch nur so `ne Momentsache ne aber das war schon war schon toll, auch wenn `s danach wieder von vorne losging aber egal es ging um den Moment. (GK: „Ja.“) Mhm. (GK: „Mhm.“) Ja.“ (ErstIV3_Z: 1201-1248)

Der Interviewauszug illustriert das Bemühen der befragten Person, das schulisch vermittelte Konzept der Validation in einer realen Pflegesituation anzuwenden⁷³⁷. Hierbei versucht sie zunächst auf die Gefühle der Bewohnerin einzugehen, wobei sie sich anfangs hierzu gemäß dem Konzept der Validation auf die Beziehungsebene begibt. Sie verlässt diese jedoch alsbald und setzt eine erste realitätsorientierende Intervention ein, indem sie die Bewohnerin mit ihrer Realität konfrontiert, nämlich, dass ihr Ehemann bereits verstorben sei. Diese realitätsorientierende Intervention, die mit einer validierenden Haltung durchaus vereinbar ist, sofern sensibel und reflektiert auf die daraus resultierende Reaktion der Bewohnerin eingegangen wird, erweist sich in dem Moment als wenig erfolgversprechend, da die Bewohnerin mit „*Nein das kann nicht sein.*“ reagiert. An dieser Stelle wäre es im Sinne einer validierenden Haltung professionell gewesen, der Bewohnerin ein weiteres, am Konzept der Validation orientiertes, reflektiertes Angebot zu machen, um beispielsweise das Gefühl des Vermissens der Frau bzw. ihren Antrieb des Versorgens weiter zu validieren. Die Lernende widerspricht hingegen der Frau vehement mit „*Doch.*“ und hält damit an ihrer Absicht fest, die Frau „*dazu zu bringen*“ einzusehen, dass sie in der Demenz-WG gut aufgehoben sei bzw. sie „*zu überzeugen*“ von ihrer Wirklichkeit, zu mindestens für einen Augenblick.

In der Erzählung der befragten Person ist an dieser Stelle eine Auslassung zu vermuten, da die Lernende ausführt, dass die Frau dann ihre Tasche ins Zimmer zurückgebracht hätte mit den Worten „*So, was können wir jetzt machen?*“. Die vermutlich dazwischen liegenden Interaktionen bzw. die diese begleitenden Gefühle sowie nonverbale Signale der Frau werden nicht erzählt. Trotzdem verdeutlicht die o.a. Interviewsequenz m.E., dass die Absicht der Person, die Frau von ihrer Realität zu überzeugen, ihre Interaktion zu steuern scheint und weniger die Befindlichkeit der dementen Frau. Der befragten Person scheint es in dieser Situation nicht durchgängig gelungen zu sein, wirklich in Beziehung mit der Frau

⁷³⁷ Für die Anregungen zur Interpretation dieser sowie einer weiteren Interviewsequenz, in der es um pflegerische Empathie gegenüber Menschen mit Demenz geht, danke ich insbesondere Dr.in Karin Welling.

zu treten bzw. durch aufmerksame Beobachtung deren situatives Erleben zu erfassen und auszuloten, wie sie sensibel und von Moment zu Moment darauf angemessen reagieren kann.

Die Situationsschilderung legt die Lesart nahe, u.a. auch dadurch, dass die befragte Person nicht begründet, warum sie das Konzept der Validation verlassen hat, dass sie es zu mindestens zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung (noch) missversteht. In ihrem Verständnis von Validation laufen die tatsächlichen Bedürfnisse und Gefühle von Menschen mit Demenz Gefahr, hinter dem Ziel der befragten Person aus dem Blick zu geraten, sie zu mindestens für wenige Momente in ihre kognitive Wirklichkeit zu holen. Meiner Einschätzung nach gelingt es der befragten Person in o.a. Situation mit der Bewohnerin nicht, sich auf deren Erleben durchgängig empathisch einzulassen. Dass sich hinter dem von ihr wiederholt geäußerten Wunsch, nach Hause zu müssen bzw. zu wollen, beispielsweise auch ein Bedürfnis nach Vertrautheit und Geborgenheit⁷³⁸ verstecken könnte, scheint ihr verborgen. Zudem scheint ihr nicht bewusst zu sein, dass gerade die Äußerungen von Menschen mit Demenz, sowohl die verbalen als auch die nonverbalen, vieldeutig sind und daher einer besonderen Deutungsoffenheit und -vorsicht sowie eines demenzspezifischen (Deutungs-)Wissens seitens der Pflegenden bedürfen.⁷³⁹

Bedenkenswert ist, dass dieser befragten Person der Entwicklungsbedarf ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz nicht bewusst ist. Sie präsentiert sich im gesamten Erst- und auch im Folgeinterview als Pflegeperson, die besonders gerne Menschen mit Demenz pflegt und die sich für äußerst kompetent hält, ihnen empathisch zu begegnen.⁷⁴⁰

Beispiel 3: Der dritte Interviewauszug illustriert die Überzeugung einer befragten Person eines dualen Pflegestudiums, dass es zum Zuständigkeitsbereich von Pflegenden im Rahmen von pflegerischer Empathie gehört, pflegenden Angehörigen gegenüber bewusst eine ihre Pflegearbeit anerkennende, gesprächsbereite Haltung zu signalisieren, um ihnen die Möglichkeit zu geben, „sich frei zu äußern“ (ErstIV4_Z: 1391).⁷⁴¹

IP4: *„Oder auch ähm in vielen Angehörigen-Situationen da da finde ich es sehr sehr sehr wichtig, drauf einzugehen, weil ähm es kann nicht sein, dass man sich immer kümmern muss und sich selber*

⁷³⁸ Vgl. die qualitative Untersuchung der niederländischen Pflegewissenschaftlerin Corry Bosch (1998) zur Lebenswelt dementierender alter Menschen.

⁷³⁹ Der Befragten scheint zudem nicht bewusst zu sein, dass pflegerisches Handeln gegenüber Menschen mit Demenz erfordert u.a. in Abhängigkeit von der jeweiligen Situation, in der der Mensch mit Demenz sich an dem Tag bzw. in dem konkreten Moment befindet, zunächst reflexiv unterschiedliche Konzepte bzw. Handlungsansätze (z.B. Validation, Basale Stimulation, Biographiearbeit, Realitätsorientierte Interventionen) hinzuziehen und abzuwägen, welche Vorgehensweise in der konkreten Situation am geeignetsten scheint. Daraufhin ist die Reaktion des Menschen mit Demenz auf das gemachte Angebot genau zu beobachten, um es ggf. fortzuführen, abzuwandeln bzw. ein neues zu entwickeln.

⁷⁴⁰ Vgl. ErstIV3_Z: 1500-1511 und vgl. FolgeIV3_Z: 441-456+582-639.

⁷⁴¹ Vgl. ErstIV4_Z: 1384-1403.

dabei aufgibt. (GK: „Ja.“) Dass man ähm da drauf eingeht, was sie leisten. Dass man das nachvollziehen kann, was sie tun. Und ähm ihnen dadurch den Weg frei macht, sich frei zu äußern, was was das damit macht was was dieses Pflegen und sich Aufopfern für sie bedeutet. (GK: „Ja.“) Und das ist dann also es muss ja für manche ist das vielleicht okay, manche machen sich keine Gedanken. Für manche ist es wirklich schlimm, das ist sehr immer unterschiedlich, aber das ist halt, sich in die Situation reinzuquetschen als Pflegekraft das nachzuvollziehen, das ist eben das was für mich Einfühlen bedeutet. (GK: „Mhm.“) Und das nachzuvollziehen und auch nur zusprechen manchmal.“ (ErstIV4_Z: 1384-1403)

Die befragte Person nutzt das Verb „*reinzuquetschen*“ (ErstIV4_Z: 1398) in die Situation der Angehörigen und Formulierungen wie „*sich aufopfern*“ (ErstIV4_Z: 1392), „*sich immer kümmern müssen und sich selber dabei aufgibt*“ (ErstIV4_Z: 1385f.), wodurch die Lesart⁷⁴² entstand, dass sie es als ihre Aufgabe sieht, pflegende Angehörige durch auf Selbstreflexion abzielende Fragen (unaufgefordert) dahingehend zu bewegen, ihre eigene Motivation zur Pflegeübernahme tiefergehend zu hinterfragen bzw. Lernprozesse anzustoßen. Die befragte Person scheint nicht in Erwägung zu ziehen, dass die jeweiligen pflegebedürftigen Menschen bzw. deren Angehörige dieses eventuell (zu diesem Zeitpunkt bzw. an diesem Ort) nicht wünschen, es vielleicht nicht als Aufgabe von Pflegenden betrachten könnten und ihr hierzu auch keinen Auftrag erteilt haben. Zudem zieht sie in ihren Ausführungen zum Umgang mit Angehörigen nicht die bestehenden professionellen Beratungsangebote für pflegende Angehörige in Betracht bzw. die Möglichkeit einer entsprechenden Informationsweitergabe. Für sie scheint es hingegen eindeutig zu ihrem pflegerischen Aufgabenbereich zu gehören, zu erkunden, warum beispielsweise Angehörige sich in welchem Ausmaß pflegerisch engagieren und wie sie ihre Pflegearbeit erleben.

Die befragte Person agiert in der o.a. Interviewsequenz meiner Einschätzung nach nur bedingt empathisch: Sie scheint einen anteilnehmenden, verständnisvollen, zugewandten Umgang mit pflegenden Angehörigen zu kultivieren, wobei ihr jedoch nicht bewusst zu sein scheint, dass Menschen individuell unterschiedliche Bedürfnisse sowie Grenzen im Hinblick auf das Thematisieren von bzw. die Auseinandersetzung mit ihrem persönlichen Erleben und Handeln haben und diese zu achten sind.

Zudem scheint der befragten Person weder zum Zeitpunkt des Erstinterviews noch zum Zeitpunkt des Folgeinterviews bewusst zu sein, dass es Grenzen zwischen pflegerischer und psychologischer bzw. psychotherapeutischer Empathie gibt. Ihrem empathischen Handeln in der o.a. Interviewsequenz liegt m.E. ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Verständnistypus IV zu Grunde (s. Kapitel 17.2.4). Dieses hat sich im

⁷⁴² Für Anregungen zur Deutung dieser Interviewsequenz danke ich meinen Mitstipendiat*innen des Promotionskollegs Nutzer*innenorientierte Gesundheitssicherung sowie dessen Sprecherin Prof.in Dr.in Darmann-Finck.

Ausbildungsverlauf verfestigt und scheinbar keine Korrektur erfahren. Die befragte Person scheint keine nachhaltig wirksamen Impulse von Pflegenden und/oder Anleitenden erhalten bzw. aufgenommen zu haben, die Ziele und Grenzen pflegerischer bzw. psychologischer Empathie zu reflektieren. Sie präsentiert sich im Folgeinterview als äußerst zufrieden im Hinblick auf ihre im Laufe der Pflegeausbildung weiterentwickelte Strategie durch direkte, die Selbstreflexion des Gegenübers anregende Fragen, dessen Perspektive zu ergründen. Dass sie hierzu unaufgefordert Thematisierungs- und Erzählpflichten auf ihre Patient*innen sowie deren Angehörige ausübt, ist ihr weiterhin unbewusst.⁷⁴³

*18.1.3.4.2 Problem und Grenzen der Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“*

Ebenso wie die im Vorausgegangenen beschriebene Strategie „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ geht auch die Strategie „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ mit der Problematik einher, dass Lernenden im Rahmen ihrer Ausbildung, sofern sie nicht zusätzlich gezielt unterstützt werden, ihre Fähigkeit zu sowie ihr Verständnis pflegerischer Empathie zu reflektieren, wichtige entwicklungsbedürftige Anteile ihrer Empathiefähigkeit möglicherweise nicht bewusst werden. Das nachfolgend ausgeführte Beispiel veranschaulicht diese mit Modelllernen verbundene Problematik näher: Wenn Lernende das Modellverhalten ihrer Kolleg*innen beispielsweise als positiv und damit nachahmenswert einschätzen, muss das nicht immer ein Maßstab für kompetentes empathisches Pflegehandeln sein.

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf eine befragte Person verwiesen, die ausführlich und begeistert von dem ihrer Einschätzung nach sehr positiven Modellverhalten einer Pflegenden auf einer Entbindungsstation erzählte, die versuchte, einer Wöchnerin mit Uterus- und Harnleiterruptur einführend zu begegnen.⁷⁴⁴ Die besagte Pflegende initiierte von sich aus, da sie vermutete, dass die Wöchnerin ein Geburtstrauma erlitten hatte, ein erstes Gespräch mit dieser. In diesem und in den weiteren von ihr ebenfalls initiierten Folgegesprächen stellte die Pflegende, so die befragte Person, zunächst offene Fragen nach dem allgemeinen Befinden der Mutter und dann nach ihren Erfahrungen der Geburt. In den Gesprächen hatte die Pflegende, so die befragte Person, der Mutter viel Zeit zum Nachdenken, zum Schweigen, zum Weinen und zum Erzählen eingeräumt.

Problematisch ist aus meiner Perspektive, dass die befragte Person unkritisch mit dem Handeln des empathischen Modells aus ihrer Erzählung umgeht. Sie zeigte sich im Interview durchweg positiv beeindruckt von ihr und hinterfragte nicht, ob diese Art der

⁷⁴³ Vgl. FolgeIV4_Z: 1296-1304.

⁷⁴⁴ Vgl. FolgeIV2_Z: 34-212.

Interaktion Teil pflegerischer Empathie sein sollte bzw. zum pflegerischen Aufgabenbereich gehört oder eher in den anderer Berufsgruppen. Dass die Pflegende einen Psychologen hinzu zog, wird nur kurz erwähnt, während die Gespräche zwischen der Pflegenden und der Mutter ausführlicher dargestellt werden. Die Pflegende scheint in diesen die Mutter durch gezielte Fragen zur Selbstreflexion ihrer geburtlichen Erfahrungen bzw. zur Verarbeitung ihres Geburtstraumas führen respektive anzuleiten zu wollen. Meiner Einschätzung nach handelt die Pflegende in der geschilderten Situation nur bedingt einfühlsam: Sie scheint zwar zu erkennen, dass die Wöchnerin unter psychischen Beeinträchtigungen leidet, und ist bemüht, sich dieser unterstützend zu zuwenden. Zugleich handelt sie hierbei aber auch eigenmächtig und ihren beruflichen Aufgabenbereich überschreitend, indem sie entscheidet, dass die Mutter ein behandlungsbedürftiges psychisches Problem hat und dieses zeitnah in Form von Gesprächen mit ihr bearbeiten sollte. Inwiefern, unter welchen Voraussetzungen und mittels welcher Interventionen es zu diesem frühen Zeitpunkt auf einer Geburtsstation aus der Perspektive von Psycholog*innen sinnvoll ist, junge Mütter zur Verarbeitung schwieriger geburtlicher Erfahrungen anzuregen bzw. sie hierbei zu begleiten, ist nicht Gegenstand der Ausführungen der befragten Lernenden. Auch andere mögliche Ursachen für das beobachtete emotionale schlechte Befinden der Wöchnerin werden nicht thematisiert. Dass die Wöchnerin der Pflegenden nicht den Auftrag erteilt hat, sie zu therapieren und dass die Pflegende hierzu auch nicht über die entsprechende Qualifikation sowie die erforderlichen Rahmenbedingungen verfügt, bleibt der befragten Person verborgen, ebenso wie auch weniger berufliche Grenzen überschreitende, alternative Handlungsmöglichkeiten für Pflegende in entsprechenden Pflegesituationen.

Die befragte Person hat hingegen die erlebte Situation als eine positive, d.h. gelungene Situation pflegerischer Empathie in Erinnerung. Ihr Beeindrucktsein durch das Handeln der Pflegenden ist gut nachzuvollziehen, da diese auf die Mutter *„ganz anders als das restliche äh Personal eingegangen“* (FolgelV2_Z: 45) ist. An dieser Stelle wären m.E. aber zusätzliche Lernangebote hilfreich, durch die die befragte Person die Möglichkeit erhält, die erlebte Pflegesituation umfassend und kritischer zu reflektieren. Exemplarisch an dieser Pflegesituation könnte sie durch entsprechende Reflexionsimpulse neue Erkenntnisse zur Weiterentwicklung ihres Verständnisses pflegerischer Empathie gewinnen (s. Kapitel 21 und 22).

18.2 Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Nach der Erarbeitung der im Kapitel 18.1 dargelegten Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb, wurde der Versuch unternommen, diese

umfangreichen deskriptiven Analyseergebnisse auf einer abstrakteren Ebene zusammenführend zu betrachten, um dahinterliegende verbindende bzw. einflussnehmende Muster respektive Strukturen zu erkennen. Durch weitere, stärker auf Abstraktion zielende Analyseschritte konnte eine das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb maßgeblich beeinflussende Tiefenstruktur identifiziert werden (s. Kapitel 16.8.4.3): Sämtliches Lernen pflegerischer Empathie in den Betrieben vollzieht sich vor bzw. wird beeinflusst von dieser ihm zugrundeliegenden Tiefenstruktur. Diese wirkt aus der Tiefe heraus strukturierend auf die sich an der Oberfläche, d.h. in den konkreten Ausbildungsbetrieben, vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse (= Handlungsebene). Diese, das Lernen pflegerischer Empathie beeinflussende Grundstruktur ist durch das Zusammenkommen zweier Komponenten bestimmt, nämlich erstens den „Verwertungsinteressen der Betriebe“, die Lernenden schnellstmöglich als Arbeitskräfte einzusetzen und zweitens der „Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie“ (s. Abb. 31).

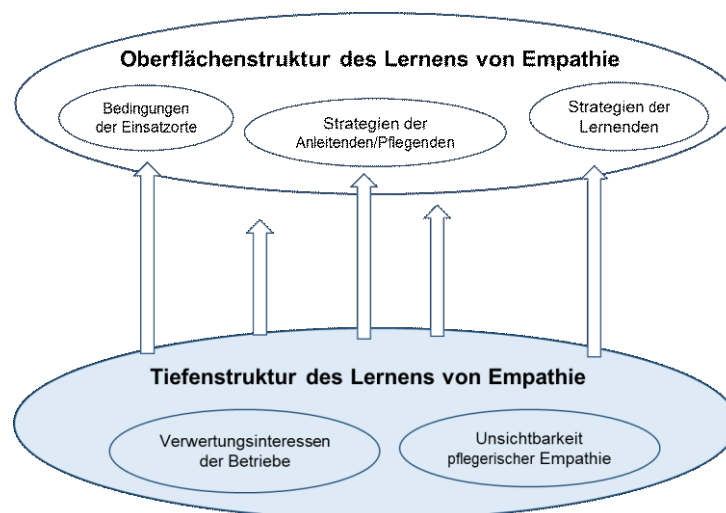


Abbildung 31: Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Das vorliegende Kapitel 18.2 ist der Darstellung dieser Tiefenstruktur vorbehalten. Sie liefert einen Erklärungsansatz, warum bei den befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung das Lernpotenzial des Lernortes Betrieb im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist.

18.2.1 Verwertungsinteressen der Betriebe

Durch die gesetzliche Regelung⁷⁴⁵, dass in Deutschland Pflegelehrende in der Regel einen Ausbildungsvertrag mit einem Träger der praktischen Ausbildung abschließen müssen,

⁷⁴⁵ Die Lernenden meines Samples wurden nach dem Altenpflegegesetz von 2003 bzw. dem Krankenpflegegesetz von 2003 ausgebildet.

beispielsweise einem Krankenhaus bzw. einer ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung, und von diesem eine Ausbildungsvergütung erhalten, ist die praktische Ausbildung durch eine stete Spannung zwischen den Verwertungsinteressen der Betriebe und den Ausbildungsinteressen der Lernenden bestimmt. Diese Spannung wirkt sich auf sämtliche Lernprozesse in der praktischen Ausbildung aus, d.h. also auch auf das Lernen pflegerischer Empathie.

Aus dem Interviewmaterial der vorliegenden Untersuchung geht hervor, dass die befragten Lernenden in den verschiedenen Ausbildungsbetrieben über große Strecken ihrer praktischen Ausbildung hinweg vornehmlich als Arbeitskräfte eingesetzt worden sind. D.h., die Verwertungsinteressen der Betriebe dominierten häufig die Ausbildungsinteressen der befragten Lernenden, und sicher auch die vieler Anleitenden und Pflegenden, so dass für Lern- und Bildungsprozesse zu wenig personelle, räumliche sowie zeitliche Ressourcen vorgesehen waren (s. Kapitel 18.1.1.3). Die Verwertungsinteressen der Ausbildungsbetriebe hatten somit eine bedeutsame strukturgebende Wirkung auf das sich am Lernort Betrieb vollziehende Lehren und Lernen pflegerischer Empathie. Zumeist leider in der Form, dass das Lernpotenzial des Lernortes Betrieb im Hinblick auf die Förderung der Fähigkeit zu pflegerischer Empathie bei den befragten Lernenden oftmals ungenutzt blieb. Alle Befragten wünschten sich eine Veränderung im Hinblick auf diese, über große Strecken der praktischen Ausbildung erlebte Funktionalisierung von Pflegelernenden.⁷⁴⁶ D.h., sie sahen den Bedarf, dass Lernende weniger als „billige Arbeitskraft“⁷⁴⁷ bzw. als „Fachkraft“ oder als „billige Hilfskraft“⁷⁴⁸ eingesetzt werden sollten. In dem nachfolgenden Interviewauszug fand eine befragte Person für die von ihr insbesondere am Ausbildungsbeginn erlebte Funktionalisierung am Lernort Betrieb eindruckliche Worte:

IP9: *„Aber am Anfang fand ich das doch sehr schwierig hier, dass man wirklich sehr in Anspruch genommen wurde. Dass, obwohl man noch gar nicht so dieses Wissen hatte, sondern dass man halt einfach benutzt wurde, sag ich mal irgendwie, um, „Mach die Arbeit und egal wie, aber mach!“ Und ähm „Patient ist auch nicht so wichtig“ so ungefähr, sondern „Wird schon irgendwie klappen.“ so, das fand ich halt nicht so gut.“* (FolgeIV9_GM:01:15:43-01:16:14)

Die Befragten wünschten sich, dass häufiger sowohl ihre generellen Ausbildungsinteressen als auch die im Hinblick auf die Anwendung und Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten Vorrang erhalten vor den Verwertungsinteressen der Betriebe. Anders ausgedrückt: Die Befragten wünschten sich eine Stärkung ihrer Rolle als Lernende in der

⁷⁴⁶ Vgl. u.a. ErstIV8b_GM: 00:09:55-00:11:28+00:15:30-00:15:56 und ErstIV15_GM: 01:50:58-01:53:26.

⁷⁴⁷ ErstIV8b_GM: 00:15:52f..

⁷⁴⁸ ErstIV15_GM: 01:55:25-01:55:28.

Pflegepraxis bzw. eine Schwächung ihrer über weite Strecken der betrieblichen Ausbildung als zu dominant erlebten Rolle als Arbeitskräfte.

18.2.2 Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie

Als zweite Komponente der die pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse am Lernort Betrieb prägenden Tiefenstruktur konnte sowohl die Unsichtbarkeit pflegerisch empathischen Erkennens und Handelns als auch die Unsichtbarkeit der hierzu erforderlichen Fähigkeiten identifiziert werden. Während dem Lehren und Lernen pflegetechnischer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der praktischen Pflegeausbildung im Bewusstsein der Pflegenden, Anleitenden und Lernenden eine grundsätzliche Bedeutung zukommt⁷⁴⁹, fehlt vielerorts ein Bewusstsein dafür, dass die Förderung der Fähigkeit zu pflegerischer Empathie ein ebenso bedeutsames Ziel der praktischen Pflegeausbildung sein könnte. Infolge der geringen Aufmerksamkeit, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie gegenwärtig am Lernort Betrieb erfährt, sehen sich Anleitende und Pflegenden vielerorts nicht zuständig bzw. verantwortlich, neben pflegetechnischen Fertigkeiten und allgemeinen zwischenmenschlichen Umgangsformen bei Lernenden auch (noch) empathische Fähigkeiten gezielt und systematisch zu fördern. Auch aufgrund dieses häufig fehlenden Bewusstseins der Anleitenden und Pflegenden, empathische Fähigkeiten als einen zu fördernden Ausbildungsinhalt anzusehen, blieben die befragten Lernenden dieser Untersuchung in ihrem Prozess, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine pflegeberuflich nutzbare weiterzuentwickeln, am Lernort Betrieb weitgehend sich selbst überlassen. Die beschriebene Unsichtbarkeit empathischer Fähigkeiten spiegelt sich beispielsweise auch in vielen der stations- bzw. bereichsspezifischen Lernangebotskataloge, der Protokollbögen für Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche sowie der Beurteilungsbögen der Ausbildungsbetriebe wider.

Im folgenden Interviewauszug wird der Wunsch einer befragten Person, die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie explizit als Lernziel für die praktische Ausbildung (an-) zuerkennen, zu benennen und auch schriftlich zu fixieren, deutlich. Dieser Vorschlag zielt darauf, die Bedeutung pflegerischer Empathie für den Pflegeberuf sowie die Bedeutung deren Förderbedarf in der praktischen Ausbildung sichtbar(er) zu machen.

IP9: „Und ich glaube, vielleicht, dass ähm man es [= pflegerische Empathie/Fähigkeit zu pflegerischer Empathie; GK] auch als Ziel vielleicht noch aufschreiben kann. Also wir haben ja immer diese Beurteilungsbögen und sowas. Dass man sowas auch mit als Ziel aufschreiben kann. Und dass halt speziell darauf geachtet wird, vielleicht auch von den Praxisanleitern, dass ähm geguckt wird, ob du das jetzt, ob du jetzt richtig auf den Patienten zugehst oder die Bedürfnisse erfasst oder wie auch immer. So, also das fände ich, glaub ich, schon wichtig. Also, das halt auch ähm nicht nur am Anfang sondern generell über die ganze Zeit vielleicht. Einfach dass man halt immer irgendwie

⁷⁴⁹ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 01:18:36-01:20:20 und FolgeIV7_GM: 01:16:15-01:17:00.

„ne Rückmeldung dazu bekommt so über den ganzen, über die ganzen praktischen Einsätze.“
(FolgeIV9_GM:01:16:39-01:17:23)

18.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb

Im vorausgegangenen Kapitel 18.1 wurden die Sichtweisen der befragten Lernenden auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb entlang den Kategorien „Bedingungen der Einsatzorte“, „Strategien der Anleitenden und Pflegenden“ sowie „Strategien der Lernenden“ ausführlich dargelegt (s. Kapitel 18.1.1 bis 18.1.3). Neben eher vereinzelt in den Interviews aufscheinenden positiven Lernerfahrungen der Befragten mit den Bedingungen an den Einsatzorten sowie mit einzelnen Pflegenden bzw. Anleitenden, die zur Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten beitrugen, zeichnete sich im Interviewmaterial im Wesentlichen jedoch eher eine besorgniserregende Ausbildungssituation ab: Die befragten Pflegelehrenden der vorliegenden Untersuchung waren als angehende berufliche Empath*innen oft bzw. weitgehend sich selbst überlassen, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine beruflich nutzbare weiterzuentwickeln. D.h. u.a., dass sie am Lernort Betrieb mehr oder weniger auf sich selbst verwiesen waren, herauszufinden, wie sie empathisch gegenüber pflegebedürftigen Menschen handeln können, wie sie in diesem Zusammenhang pflegerische Beziehungen aufbauen, unterhalten und beenden bzw. Nähe und Distanz in pflegerischen Interaktionen ausbalancieren können oder auch wie sie ihre eigenen, durch ihr empathisches Handeln hervorgerufenen Gedanken, Gefühle sowie Körperempfindungen regulieren bzw. verarbeiten können.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen der praktischen Ausbildung, die, aus Sicht der befragten Lernenden, u.a. durch einen Mangel an Interventionen zur Förderung von Empathiefähigkeit sowie durch das zum Teil als defizitär erlebte pflegerisch-empathische sowie pädagogisch-empathische Handeln der Anleitenden und Pflegenden gekennzeichnet ist, nutzten die Befragten der vorliegenden Untersuchung v.a. zwei Strategien, um ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln, nämlich „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ und „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“ (s. Kapitel 18.1.1.1.3, 18.1.1.2.2, 18.1.3.1, 18.1.3.2). Es wurde im Kapitel 18.1.3.4 aufgezeigt, dass diese beiden zentralen Lernstrategien der Befragten mit einer grundlegenden Problematik einhergehen: Werden Lernende nicht zusätzlich gezielt unterstützt, ihre Fähigkeit zu sowie ihr Verständnis pflegerischer Empathie zu reflektieren, werden ihnen oftmals wichtige entwicklungsbedürftige Anteile ihrer Empathiefähigkeit nicht bewusst und können sich im Ausbildungsverlauf unbemerkt verfestigen.

Im Kapitel 18.2 wurde eine das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb maßgeblich beeinflussende Tiefenstruktur vorgestellt. Sie ist durch das Zusammenspiel zweier Komponenten gekennzeichnet, nämlich erstens den „Verwertungsinteressen der Betriebe“ und zweitens der „Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie“. Diese Tiefenstruktur strukturierte die, sich auf den jeweiligen Stationen bzw. in den jeweiligen Wohnbereichen vollziehenden pflegerische Empathie betreffenden Lernprozesse der Befragten der vorliegenden Untersuchung. Sie liefert einen Erklärungsansatz, warum bei diesen angehenden Pflegenden das Lernpotenzial des Lernortes Betrieb im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist.

Der Einfluss dieser Tiefenstruktur auf das Lernen pflegerischer Empathie stellt(e) nachvollziehbarerweise alle an der praktischen Ausbildung beteiligten Akteur*innen vor enorme Herausforderungen. Sowohl die Pflegenden und Anleitenden als auch die befragten Pflegelehrenden dieser Untersuchung waren tagtäglich herausgefordert, unter diesen schwierigen grundlegenden Strukturbedingungen pflegerische Empathie anzuwenden, zu lehren und zu lernen.

19. Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule

Analog dem im Kapitel 18 beschriebenen methodischen Vorgehen wurden aus dem Interviewmaterial, das sich auf die Perspektive der Befragten auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule bezieht sowie den Interviewsequenzen, in denen die Befragten Unsicherheiten und Probleme beim empathischen Handeln in der Pflegeberufswirklichkeit thematisierten, Kategorien identifiziert, die zwei unterschiedlichen Abstraktionsebenen zugeordnet werden konnten (s. Kapitel 16.8.4.3). In einem ersten Schritt wurden die beiden Kategorien „Bedingungen des Lernortes Schule“ sowie „Strategien der Pflegelehrenden“ generiert, die Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule auf einer deskriptiven Ebene bündeln (= Oberflächenstruktur). Durch darauf aufbauende weitere Abstraktionsprozesse und eine Bezugnahme auf die o.e. Textpassagen zu den Unsicherheiten und Problemen beim empathischen Handeln, konnte auch für den Lernort Schule eine zentrale Struktur identifiziert werden, die aus der Tiefe heraus strukturierend auf die sich an der Oberfläche, d.h. in den konkreten (Hoch-)Schulen, vollziehenden pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse (= Handlungsebene) wirkt (s. Abb. 34) (s. Kapitel 16.8.4.3).

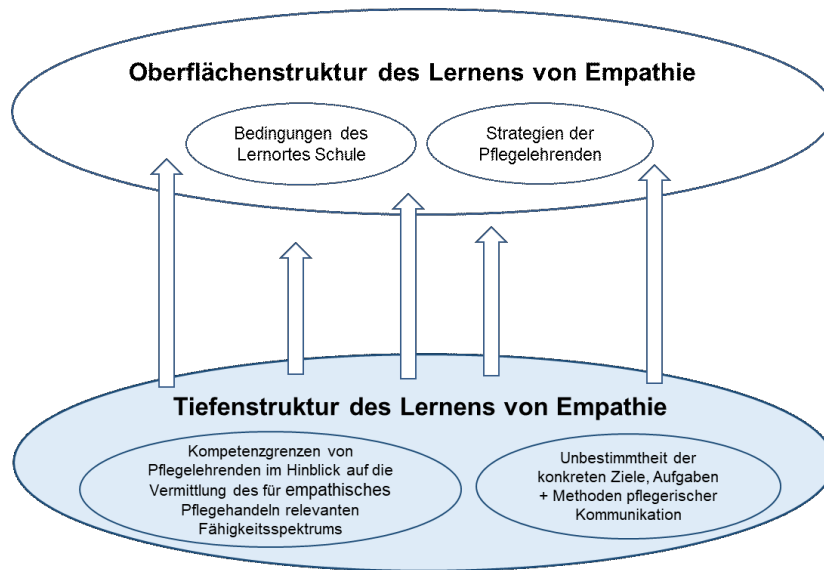


Abbildung 34: Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule

In dem vorliegenden Kapitel 19 sollen die Forschungsergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule entlang dieser beiden Ebenen, zunächst die Oberflächenstruktur (19.1) und danach die Tiefenstruktur (19.2), dargestellt und abschließend zusammengefasst werden (19.3).

In dem Unterkapitel 19.1 werden die subjektiven Sichtweisen der Befragten auf ihr Lernen pflegerischer Empathie aus einer konkreten, die unmittelbaren Handlungsbedingungen und -vollzüge an den jeweiligen (Hoch-)Schulen beschreibenden Perspektive dargelegt. In diesem ersten Unterkapitel sind die umfangreichen deskriptiven Forschungsergebnisse zu den o.a. beiden Kategorien „Bedingungen des Lernortes Schule“ und „Strategien der Pflegelehrenden“ zu finden. Sie werden durch ausgewählte Belege aus dem Datenmaterial näher veranschaulicht.

Das zweite Unterkapitel (19.2) ist der Darstellung der Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule vorbehalten. Diese zentrale Grundstruktur liefert einen Erklärungsansatz, warum auch das Lernpotenzial des Lernortes Schule im Hinblick auf pflegerische Empathie bei den in der vorliegenden Untersuchung befragten Lernenden bei weitem nicht ausgeschöpft wurde. Damit liefert die besagte Tiefenstruktur zugleich wichtige Ansatzpunkte, wie das Lernpotenzial des Lernortes Schule künftig systematischer als bisher erschlossen werden könnte (s. Kapitel 21 und 22).

Das dritte Unterkapitel (19.3) umfasst eine Zusammenfassung der im Kapitel 19 dargelegten Forschungsergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule.

19.1 Zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule

Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie sich das Lehren und Lernen pflegerischer Empathie aus der Perspektive der befragten Pflegelehrenden in ihrer Ausbildung darstellte: In der Gesamtschau der 36 Interviews zeigte sich zum einen eine große Zufriedenheit der Befragten hinsichtlich einer Vielzahl der von Pflegelehrenden vermittelten Unterrichtsinhalte und eingesetzten Lehr-/Lernmethoden. Zugleich wurden jedoch auch grundlegende Probleme sowie Verbesserungswünsche und -ideen thematisiert.

Im Datenmaterial konnten wie bereits erwähnt zwei Kategorien identifiziert werden, die dieser konkreten Handlungsebene zugeordnet wurden und die das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule aus der Perspektive der Befragten differenziert beschreiben.

Die erste Kategorie „Bedingungen des Lernortes Schule“ unterteilt sich in zwei Subkategorien, nämlich erstens „Lernkultur der Pflegeschule/Hochschule“ sowie zweitens „Konzept der Praxiseinsatzplanung“. Diese bündeln konkrete förderliche sowie hinderliche Einflussfaktoren (Merkmale) der von den Befragten besuchten (Hoch-)Schulen auf ihr Lernen pflegerischer Empathie. Die Optimierungswünsche der Befragten, die sich auf diese Bedingungen beziehen, sind den jeweiligen Unterkapiteln, in denen die Subkategorien dargelegt werden, zugeordnet worden und sprachlich als Wünsche gekennzeichnet.

Die zweite Kategorie „Strategien der Pflegelehrenden“ besteht aus drei Subkategorien: erstens „Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ (19.1.2.1), zweitens „Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ (19.1.2.2) und drittens „Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie“ (19.1.2.3). Die drei Subkategorien stellen die von den Befragten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit als lernförderlich erlebten Lehr-/Lernmethoden, Unterrichtsinhalte sowie Konzepte zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens dar, die die Pflegelehrenden der fünf an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Schulen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung einsetzen. Die Darstellung jeder der drei Subkategorien schließt mit einem kurzen Überblick über die diesbezüglichen Optimierungswünsche der befragten Lernenden. An dieser Stelle sei vorweggenommen, dass die Befragten insbesondere Weiterentwicklungsbedarfe im Hinblick auf die dritte Strategie ihrer Pflegelehrenden „Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie“ sehen. Die nachfolgende Abbildung 35 gibt einen Überblick über die in dem vorliegenden Kapitel 19.1 dargelegten Forschungsergebnisse zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule.

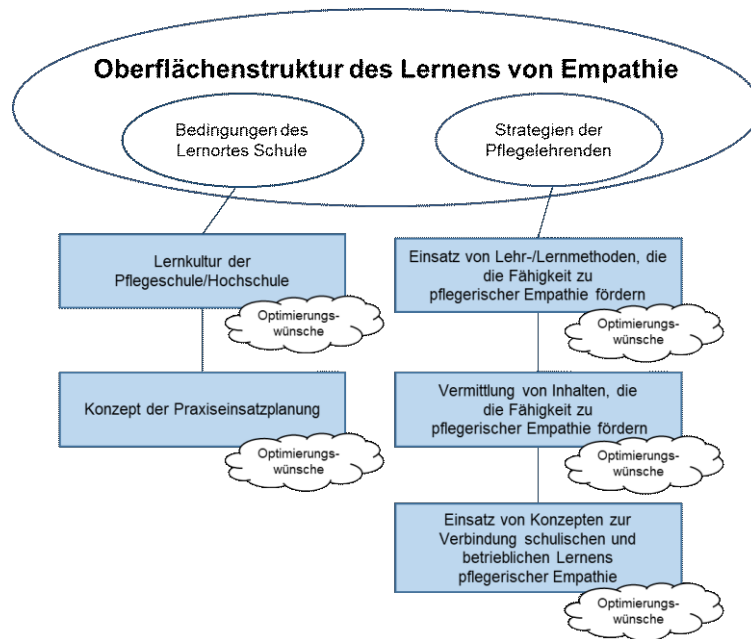


Abbildung 35: Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule

19.1.1 Bedingungen des Lernortes Schule

Die Kategorie „Bedingungen des Lernortes Schule“ unterteilt sich in die zwei o.a. Subkategorien „Lernkultur der Pflegeschule/Hochschule“ sowie „Konzept der Praxiseinsatzplanung“, die nachfolgend erläutert werden. Die unten stehende Abbildung 36 gibt einen Überblick über die in dem vorliegenden Kapitel 19.1.1 dargelegten Forschungsergebnisse zu den Bedingungen des Lernortes Schule.

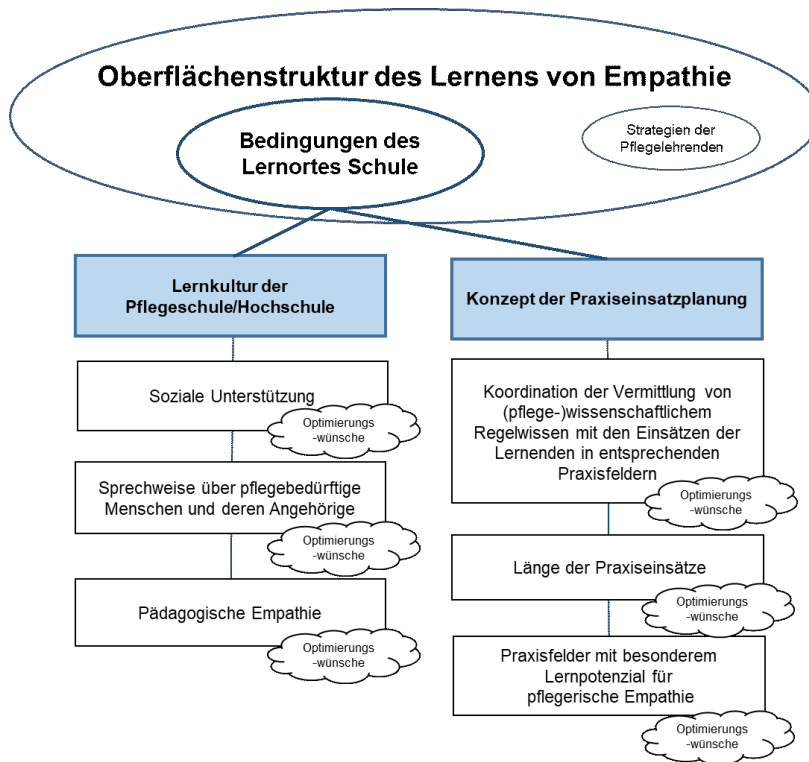


Abbildung 36: Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Bedingungen des Lernortes Schule

19.1.1.1 Lernkultur der Pflegeschule/Hochschule

Die Subkategorie „Lernkultur der Pflegeschule/Hochschule“ beschreibt die lernförderlichen sowie -hinderlichen Wirkungen der Beschaffenheit der unterrichtsbezogenen sowie außerunterrichtlichen Interaktionen zwischen Lehrenden und Lernenden bzw. der Lernenden untereinander am Lernort Schule auf das Lernen pflegerischer Empathie der Befragten. Sie umfasst die folgenden drei Aspekte bzw. Unterpunkte: erstens „Soziale Unterstützung“, zweitens „Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige“ sowie drittens „Pädagogische Empathie“, die nachfolgend skizziert werden.

19.1.1.1.1 Soziale Unterstützung

Für die befragten Lernenden ist es von enormer Bedeutung, sich über ihre Praxiserfahrungen im Hinblick auf ihr empathisches Handeln austauschen zu können. Viele Befragte schätzen den informellen Austausch mit Kurskolleg*innen über diesbezügliche Erlebnisse in der Schule (sowohl spontan in den Unterricht eingebracht als auch in den Pausen), in der Pflegepraxis und auch in der Freizeit als eine wesentliche Unterstützung, Ermutigung,

Motivation und Entlastung ein.⁷⁵⁰ Als weitere Gegenüber für einen derartigen informellen Austausch werden Freund*innen, Lebenspartner*innen und auch Eltern angeführt.⁷⁵¹

IP18: „Also auf jeden Fall Reflektion, hilft mir sehr, kann ich so sagen, also dass ich auch ähm zum Beispiel nach 'nem Arbeitstag oder Arbeitswoche, wie auch immer, mich zu Hause mit jemandem unterhalten kann darüber, das noch mal reflektieren kann. Mir noch mal Meinungen einhole von außen, quasi „Wie beurteilst du denn die Situation?“ und „Wie hättest du denn vielleicht reagiert?“ so dass man noch mal ins Gespräch geht. Das ist mir sehr wichtig und hilft mir auch, dann auch vielleicht mal neue, neue Dinge zu erkennen, die ich in der Situation vielleicht noch gar nicht so gesehen habe.“ (ErstIV18_GM: 00:33:43-00:34:18)

Dieser Austausch hat neben den oben bereits benannten Effekten die Funktion, die eigene Sichtweise durch das Einholen der Perspektiven anderer Personen auf die selbsterlebte Pflegesituation zu hinterfragen bzw. zu erweitern.⁷⁵² Die befragten Lernenden schätzen diesen informellen Austausch zum einen als lernförderlich im Hinblick auf ihre empathischen Fähigkeiten ein. Zum anderen scheint er sie zu entlasten und zu ermutigen, an ihrem empathischen Engagement trotz erlebten Widerständen in der Pflegepraxis festzuhalten.

Sehr vereinzelt nur thematisieren die Befragten, im Hinblick auf ihre Erfahrungen mit pflegerischer Empathie in der Pflegepraxis soziale Unterstützung durch Pflegelehrende erhalten zu haben. Eine befragte Person führt in diesem Zusammenhang an, dass Pflegelehrende ihrer Schule die Kritik der Lernenden, z.B. hinsichtlich patient*innenignorierender Pflege, an die jeweiligen Praxisorte zurückmelden, die Lernenden über die Gesprächsergebnisse informieren sowie sie ermutigen würden, an einer subjektorientierten Pflege festzuhalten.⁷⁵³

IP5: „Aber man weiß halt, wenn man eine Kritik hier äußert oder man merkt, es läuft nicht so, dass zum Beispiel jetzt so Patientenbedürfnisse oder so im Vordergrund stehen, oder es läuft irgendwas ganz schlecht, dann kann man halt hier her kommen, das mitteilen. Das wird dann auch wieder gehört und dann weitergegeben und dadurch ähm hat man natürlich dann auch einen Anreiz selber, auch besser zu arbeiten und sein Ding durchzuziehen, weil, auch manche sind aus den Einsätzen gekommen und hatten richtig Ärger auf den Stationen, weil sie sich dem nicht gebeugt haben, so wie die Station wollte. (GK: „Ja.“) Und dann ist halt die Schule nicht so, dass die dann halt sagt „So du musst aber so, wie die das wollen“ sondern die sagen „Nee, war doch richtig. Na und? Dann ist halt mal ein Zeugnis schlecht. So aber so und so musst du halt arbeiten. Und so war es richtig, wie du es gemacht hast.“ Ne. Das ist dann ja auch wieder eigentlich ein, dass man dadurch dann auch gefördert wird, weiterhin so zu arbeiten und seine Fähigkeiten da ausbauen kann.“ (ErstIV5_Z: 989-1005)

Es konnte hingegen ein deutlicher Wunsch der Lernenden nach mehr sozialer Unterstützung durch Lehrende identifiziert werden, im Hinblick auf ihre Versuche, pflegebedürftigen Menschen, trotz häufig erlebter Widerstände durch Kolleg*innen bzw. trotz schwieriger institutioneller Rahmenbedingungen (s. Kapitel 17.4.1), empathisch zu begeg-

⁷⁵⁰ Vgl. u.a. ErstIV11_GM: 00:43:00-43:32, ErstIV10_GM: 00:42:43-00:43:45 und ErstIV9_GM: 00:44:26-00:45:20+00:46:16-00:47:00.

⁷⁵¹ Vgl. u.a. ErstIV10: ebd. und ErstIV11: ebd..

⁷⁵² Vgl. u.a. ErstIV9_GM: 00:41:11-00:41:44.

⁷⁵³ Vgl. ErstIV5_Z: 975-1005.

nen sowie im Hinblick auf ihr Bemühen, ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie in der Pflegepraxis weiterzuentwickeln.⁷⁵⁴ Zudem besteht ein Wunsch nach mehr Unterstützung durch Lehrende bei der tagtäglichen Herausforderung, als Pflegelehrender das in der Schule vermittelte Wissen bzw. die vermittelten Normen in der Pflegepraxis anzuwenden bzw. zu berücksichtigen. Es zeichnet sich, anders ausgedrückt, ein Bedarf ab, dass Pflegelehrende Handlungsnormen nicht nur vermitteln. Die Befragten wünschen sich zusätzlich zu dieser Vermittlung von Normen a) von ihren Pflegelehrenden ermutigt, unterstützt und befähigt zu werden, diese Normen reflexiv und flexibel vor dem Hintergrund der eigenen Persönlichkeit, der jeweiligen Situation bzw. der institutionellen Rahmenbedingungen anzuwenden und b) dass diese die Kurse anregen, Anwendungsprobleme von Normen offen im Unterricht zu besprechen.⁷⁵⁵

Das Interviewmaterial legt die Annahme nahe, dass die Befragten den gegenwärtig erlebten Mangel an diesbezüglichem Austausch mit bzw. Unterstützung von Pflegelehrenden sowie den Mangel an stärker formalisierten Reflexionsangeboten am Lernort Schule (s. Kapitel 19.1.2.3.2) durch den informellen Austausch mit Kurskolleg*innen, Freund*innen, Bekannten sowie Eltern zu kompensieren scheinen. Auch wenn die Befragten diesem informellen Austausch eine psychohygienische Funktion sowie das Potenzial, ihre Perspektive zu erweitern, zusprechen, besteht ein dringender Handlungsbedarf seitens der Pflegeschulen, Lernende im oben angeführten Sinne professionell(er) zu unterstützen.

19.1.1.1.2 Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige

Lernende erleben es als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten, wenn im Unterricht eine respektvolle Sprechweise über pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige kultiviert und hingegen als lernhinderlich bzw. belastend, wenn im Unterricht eine respektlose Redeweise toleriert wird.⁷⁵⁶ Die Befragten wünschen sich, dass Pflegelehrende, wenn Lernende respektlos mit (auf der Schülerstation) bzw. über (am Lernort Schule) pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sprechen, einschreiten und sie direkt darauf aufmerksam machen.⁷⁵⁷ Eine befragte Person führt als diesbezügliche lernförderliche(n) Impuls(e) an, dass sich in ihrem Kurs die Kurskolleg*innen untereinander auf respektlose, intolerante bzw. ausgrenzende Äußerungen über Patient*innen im Unterricht direkt aufmerksam machen würden.⁷⁵⁸

⁷⁵⁴ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 1066-1071 und FolgeIV4_Z: 1376-1383.

⁷⁵⁵ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 1363-1376, ErstIV13_GM: 00:34:35-00:37:35 und FolgeIV14_GM: 01:39:16-01:40:16.

⁷⁵⁶ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 599-605 und FolgeIV2_Z: 1016-1025.

⁷⁵⁷ Vgl. FolgeIV5_Z: 1461-1480.

⁷⁵⁸ Vgl. ErstIV14_GM: 00:53:13-00:54:02.

19.1.1.1.3 Pädagogische Empathie

Lernende erleben es im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als lernförderlich mit Lehrenden zu interagieren, die über empathische Fähigkeiten verfügen und diese auch einsetzen. Diese Lehrenden können für Lernende zum einen als gute Rollenmodelle fungieren und zum anderen Lernende in ihrer Fähigkeitsentwicklung gezielter und individueller fördern.

Lediglich zwei Befragte thematisierten den positiven Einfluss des empathischen Handelns einiger wenigen Lehrenden auf die eigene Empathiefähigkeit. Diese beiden Befragten sind fasziniert von den empathischen Fähigkeiten einiger ihrer Lehrenden, bei denen sich sowohl pflegerische als auch pädagogische Empathiefähigkeiten andeuten. Eine dieser zwei befragten Personen ist beeindruckt von der Fähigkeit dieser Lehrperson, sich in die Lernenden einzufühlen und in ihnen Lernprozesse im Hinblick auf Selbstverstehen anzustoßen.⁷⁵⁹ Die andere thematisiert die Fähigkeit einer dieser Lehrpersonen, im Prozess der Perspektivenübernahme eigene erste Wertungen bzw. negative Empfindungen hintanzustellen zu können, um die Perspektive des Gegenübers näher zu erkunden.⁷⁶⁰ Nachfolgend eine Interviewsequenz, in der die erste befragte Person versucht, die Empathiefähigkeit und das empathische Handeln ihrer Lehrpersonen zu beschreiben.

IP10: *„Die Dozenten, die wir da haben [bezieht sich auf die Dozierenden, die die curricular verankerten Fallbesprechungen leiten; GK], sind schon also können schon sehr gut da auf die Studierenden eingehen. [...] wir analysieren dann quasi immer die Fälle und ähm ja dann werden auch immer mal unsere Gefühle quasi reflektiert, wie wir dann äh in der Situation gefühlt haben und so weiter. [...] also die ähm haben da wirklich also 'n Gespür für so, wie man sich da gefühlt haben könnte, obwohl man `s selber noch nicht weiß so ungefähr so. Dann denkt man sich so „Ja könnte sein, dass ich halt die Gefühle hatte.“ Und ähm also die beiden, die wir da haben, machen das wirklich gut. [...] Also erstmal dadurch, dass sie halt erstmal aufmerksam zuhören und dann auch durch diese Analyse finde ich. Also dass sie wirklich ähm auch tiefer gehen, als so nur oberflächlich zu gucken „Ja war jetzt halt blöd die Situation irgendwie.“ Ähm dass man dann ja da mehr tiefer nachforscht, quasi ähm was dann in der Situation wirklich los war und wo das Problem war. Und ähm ja dass man sich hinterher selber dann quasi `n bisschen sich selber besser versteht irgendwie.“ (ErstIV10_GM: 00:16:11-00:18:27).*

Bei den beiden o.a. Befragten handelt es sich um dual Studierende bzw. bei den genannten Dozierenden um (Pfleger-)Lehrende mit einem Hochschulabschluss. Es ist zu vermuten, dass, ähnlich wie bei den Anleitenden und Pflegenden am Lernort Betrieb (s. Kapitel 18.1.1.2), auch am Lernort Schule pflegerische und auch pädagogische Empathiefähigkeit bei Lehrenden nicht einfach vorausgesetzt werden kann. Hier deuten sich meines Erachtens diesbezügliche Aus-, Fort- und Weiterbildungsbedarfe an (s. Kapitel 21 und 22).

⁷⁵⁹ Vgl. ErstIV10_GM: 00:15:36-00:19:25.

⁷⁶⁰ Vgl. FolgeIV4_Z: 1152-1187 bzw. die ausführlichere Darstellung dieser Lernsituation weiter unten in Kapitel 19.1.2.3.2.

Die befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung wünschen sich, dass Pflegelehrende sowohl der Empathiefähigkeit einzelner Lernender als auch der der Berufsinteressent*innen (s.u.) deutlich mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Die Befragten wünschen sich beispielsweise, dass am Lernort Schule „auf so was mehr geachtet wird auf, ob Schüler diese Fähigkeit [zu pflegerischer Empathie; GK] besitzen, einsetzen können und wenn nicht, sie mehr darauf zu sensibilisieren, mehr darauf zu stoßen, wie wichtig es ist.“⁷⁶¹ bzw. dass Lernende im Einzelgespräch mit Lehrenden ein Feedback zu ihrem individuellen Entwicklungsstand im Hinblick auf ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie bzw. diesbezügliche Lernimpulse erhalten.⁷⁶² Hier zeigt sich deutlich der Wunsch der befragten Person, in ihrem Prozess der Weiterentwicklung ihrer alltäglichen Empathiefähigkeit in eine beruflich nutzbare Fähigkeit zu pflegerischer Empathie, von Lehrenden überhaupt bzw. individuell(er) wahrgenommen und gefördert zu werden. Ebenso besteht ein Wunsch nach einer stärkeren Beachtung bzw. Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes von Lernenden im Hinblick auf ihre kommunikativen Fähigkeiten.⁷⁶³

Zugleich thematisieren die befragten Lernenden den Bedarf, den empathischen Fähigkeiten von Ausbildungsinteressent*innen mehr Beachtung zu schenken. Die Lernenden wünschen sich, dass die Schulen künftig in Bewerber*innenauswahlverfahren stärker auf die sozialen und empathischen Fähigkeiten der Interessent*innen achten und diesbezüglich stärker nach Eignung selektieren.⁷⁶⁴ Hier zeigt sich, dass die Befragten zum Teil den Eindruck haben, dass einige der bereits selektierten Pflegelernenden, die Befragten heben hierbei (auch) auf ihren eigenen Ausbildungskurs ab, nicht in ausreichendem Maße über die ihrer Einschätzung nach für den Pflegeberuf erforderlichen sozialen sowie empathischen Fähigkeiten verfügen.⁷⁶⁵

19.1.1.2 Konzept der Praxiseinsatzplanung

Die Subkategorie „Konzept der Praxiseinsatzplanung“ fokussiert aus der Perspektive der Befragten die Einflüsse, die zum einen die Anordnung von Unterrichtsinhalten im Curriculum sowie zum anderen die Strukturierung der praktischen Ausbildung in Form von Praxiseinsätzen unterschiedlicher Länge zu unterschiedlichen Ausbildungszeitpunkten in unterschiedlichen Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf das Lernen pflegerischer Empathie der Befragten haben können. Sie umfasst die folgenden drei Aspekte bzw. Unterpunkte: erstens „Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissen-

⁷⁶¹ FolgeIV1_Z: 1046-1048

⁷⁶² Vgl. ErstIV5_Z: 1174-1204+1211-1214+1536-1539.

⁷⁶³ Vgl. ErstIV4_Z: 1787-1791.

⁷⁶⁴ Vgl. FolgeIV1_Z: 933-946, ErstIV13_GM: 01:12:00-01:14:10 und FolgeIV17_GM: 01:10:50-01:12:41.

⁷⁶⁵ Vgl. ebd..

schaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen der Lernenden in entsprechenden Praxisfeldern“, zweitens „Länge der Praxiseinsätze“ sowie drittens „Praxisfelder mit besonderem Lernpotenzial für pflegerische Empathie“. Diese werden nachfolgend skizziert. Die Subkategorie „Konzept der Praxiseinsatzplanung“ ist dem Lernort Schule zugeordnet, da dieser laut dem Gesetzgeber die Gesamtverantwortung für die Koordination des Unterrichts mit der praktischen Ausbildung trägt (vgl. § 10 PflBRefG vom 17. Juli 2017).

19.1.1.2.1 Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen der Lernenden in entsprechenden Praxisfeldern

Die befragten Lernenden erleben es als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie, wenn sie am Lernort Schule durch die zeitnahe Vermittlung diesbezüglicher fachspezifischer Inhalte auf ihre jeweiligen Praxiseinsätze vorbereitet werden. Sie schätzen es beispielsweise als lernförderlich ein, (unmittelbar) vor ihren Einsätzen in Pflegeheimen am Lernort Schule das Thema „Demenz und demenzsensible Pflegekonzepte“ zu behandeln, vor ihren Einsätzen in Kindertagesstätten bzw. Kinderkrankenhäusern Wissen über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen angeboten zu bekommen bzw. das Thema „Tod und Sterben“ vor ihren Einsätzen in Hospizen bzw. auf Palliativstationen zu bearbeiten.⁷⁶⁶

Eine gute Koordination der Vermittlung fachspezifischer Inhalte mit dem zeitnahen Einsatz in entsprechenden Praxisfeldern erleichtert es Lernenden u.a., das Lernpotenzial des jeweiligen Praxisortes im Hinblick auf empathisches Pflegehandeln gegenüber den unterschiedlichen pflegerischen Zielgruppen bewusster und intensiver zu nutzen. Zudem hilft sie, Wissensdefizite, Unsicherheiten und eventuelle Ängste schneller abzubauen, wodurch die Befragten in den jeweiligen Betrieben eher in der Lage sind, ihre Aufmerksamkeit voll auf die zu pflegenden Menschen zu richten.⁷⁶⁷ Zudem ermöglicht ihnen das jeweils erforderliche (pflege-)wissenschaftliche Regelwissen, verbale und nonverbale Äußerungen kranker bzw. pflegebedürftiger Menschen bewusst(er) wahrzunehmen, fachlich kompetent(er) zu deuten und entsprechende Interventionen abzuleiten, während das Fehlen dieses Wissens empathisches Erkennen und Handeln erschweren kann. Die nachfolgende Interviewsequenz aus einem Folgeinterview steht exemplarisch für die belastenden Gefühle und Gedanken von Lernenden, wenn ihnen durch den Erwerb von Fachwissen in der Schule im Nachhinein bewusst wird, dass sie in vorausgegangenen Praxiseinsätzen pflegebedürftigen Menschen ungewollt und unbemerkt wenig empathisch begegnet sind.

IP7: „Wie ich sagte, wo ich in der Tagespflege war, wo sehr viele Demenzerkrankte waren, wo ich ja auch ähm zu dem Thema noch nicht so viel kannte einfach. Wo wir diese Validation noch nicht gehabt haben, ähm hat man natürlich viele Sachen, auch gerade im ersten Jahr [in der

⁷⁶⁶ Vgl. u.a. ErstIV14_GM: 00:59:23-01:00:31 und FolgeIV14_GM: 01:25:43-01:26:12.

⁷⁶⁷ Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 1069-1080.

Pflegeeinrichtung A], ähm wo ich dann zu `ner Frau gesagt habe, die sagte, sie hätte `ne Tasche für ihren Sohn gepackt und ich in die Tasche geguckt habe und gesagt habe „Aber Ihr Sohn trägt doch keinen BH.“ Weil sie BHs da rein gestopft hat und so. (GK: „Ja, genau, genau.“) Was natürlich grundsätzlich falsch war an der Stelle. Und ähm ich glaube zwar nicht, dass es ihr direkt geschadet hat, aber es hätte natürlich was viel Besseres gegeben. [...] Die Schwierigkeit ist halt am Anfang, man kommt als unerfahrene Pflegekraft auf Station und wird mit ganz vielen Sachen konfrontiert, mit ganz vielen Bedürfnissen dadurch ja auch und man hat ja kaum Kenntnisse. Und dieser Zeitraum, der ist natürlich sehr problematisch, jetzt im Nachhinein, für mich. Wie gesagt, da sind viele Sachen, wo ich sagen würde, das würde ich ganz anders machen oder so.“ (FolgeIV7_GM: 01:04:25-01:05:19-01:07:12-01:07:45)

Die befragte Person hatte bereits im Erstinterview die in der vorausgegangenen Interviewsequenz erwähnte Situation mit der dementen Bewohnerin thematisiert und in diesem Zusammenhang Formulierungen wie „*Ich habe mich häufig geärgert, dass ich manche Information sozusagen erst im Nachhinein erlernt habe.*“⁷⁶⁸ und „*Ich habe mich dann sozusagen über meine eigenen Handlungen teilweise auch, wie gesagt, erschrocken, weil `s ja nun wirklich falsch war und der Person gar nicht geholfen hat in dieser Situation.*“⁷⁶⁹ benutzt. Eine andere befragte Person eines Bildungsgangs Altenpflege äußert explizit den Wunsch das Thema „Demenz“ im ersten Block bzw. vor dem ersten, beinahe das gesamte erste Ausbildungsjahr umfassenden Praxiseinsatz zu behandeln, um dem von ihr beobachteten wenig demenzsensiblen Umgang von Lernenden des ersten Ausbildungsjahres mit Bewohner*innen von vornherein entgegenzuwirken.

IP3: „...weil es sind viele ähm bei uns auch wirklich auf `ne Demenzstation gegangen ne, ähm im ersten Ausbildungsjahr beim ersten Praxiseinsatz und es hatte noch keiner Ahnung ne, was Demenz ist. Das kam jetzt im zweiten Ausbildungsjahr, wo die meisten dann schon im ersten Ausbildungsjahr fertig waren mit der Station. Dann haben sie erst mal erfahren, was hab ich denn da eigentlich gemacht „Och hab ich ja einiges falsch gemacht“ ne ein Jahr lang. (GK: „Ja ja.“) Das ist also Demenz muss ganz an `n Anfang, gerade weil es so viel demenziell Erkrankte jetzt gibt ne. Das wird ja immer mehr und mehr und mehr. Das Thema muss nach vorne ganz klare Sache.“ (ErstIV3_Z: 1803-1811)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Befragten nur sehr vereinzelt von einer gelungenen Koordination der Vermittlung von Unterrichtsinhalten mit dem zeitnahen Einsatz in entsprechenden Praxisfeldern erzählten.⁷⁷⁰ Überwiegend konnte hingegen ein Wunsch nach einer besseren Koordination identifiziert werden⁷⁷¹, ebenso wie der Wunsch nach einer früher bzw. ab Ausbildungsbeginn einsetzenden Förderung kommunikativer Fähigkeiten⁷⁷² und der Wunsch, das Thema „Tod und Sterben“ früher und nicht erst am Ende der Ausbildung zu behandeln.⁷⁷³

⁷⁶⁸ ErstIV7_Z: 1175f.

⁷⁶⁹ ErstIV7_Z: 1177-1179

⁷⁷⁰ Vgl. FolgeIV3_Z: 1069-1078 und ErstIV5_Z: 1309-1314.

⁷⁷¹ Vgl. u.a. ErstIV12_GM: 00:51:54-00:52:36, FolgeIV14_GM: 01:40:18-01:40:55 und ErstIV8b_GM: 00:11:39-00:12:27.

⁷⁷² Vgl. u.a. ErstIV3_Z: 1816-1819+1895-1908 und FolgeIV2_Z: 1170-1189.

⁷⁷³ Vgl. u.a. ErstIV12_GM: 00:56:42-00:58:05.

19.1.1.2.2 Länge der Praxiseinsätze

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten thematisierten die Befragten zudem den Einfluss der Struktur bzw. Organisation ihrer Praxiseinsätze, womit sie die Länge der jeweiligen Praxiseinsätze und den damit einhergehenden häufigen oder selteneren Wechsel der Praxisorte verbinden. Ein Teil der Befragten erlebt Praxiseinsätze von nur vier bis sechs Wochen eher als lernhinderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten. Grund ist, dass sie oft erst gegen Ende dieser kurzen Einsätze ihrer Einschätzung nach an dem Punkt sind, wo sie mit der Anwendung und Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie „*gerade richtig durchstarten*“ (FolgeIV5_Z: 1287) könnten.⁷⁷⁴ Zuvor nehmen in der Regel das Kennenlernen der neuen Einrichtung, der jeweiligen Stationsabläufe, der neuen Kolleg*innen, der neuen Patient*innen, der neuen Krankheitsbilder bzw. Behandlungsoptionen sowie der Erwerb diesbezüglicher eher pflegetechnisch ausgerichteter Fertigkeiten ihre Lern- und Aufmerksamkeitskapazitäten in Anspruch. Diese Befragten wünschen sich längere praktische Einsätze, um sich während der zusätzlichen Wochen mehr auf das Einsetzen und die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie einlassen zu können.⁷⁷⁵

Andere Befragte erleben hingegen die kurzen Praxiseinsätze bzw. die damit verbundenen häufigen Wechsel der Praxisorte bzw. Einrichtungen als lernförderlich im Hinblick auf ihre sozialen und auch ihre empathischen Fähigkeiten. Zum einen, da sie sich hierdurch herausgefordert sehen, Strategien zu entwickeln und zu trainieren, sich möglichst schnell und flexibel auf neue Kolleg*innen und Patient*innen einzustellen bzw. einzulassen, und zum anderen, da sie hierdurch die Möglichkeit haben, Einblicke in viele unterschiedliche Einrichtungen und Pflgeteams zu bekommen bzw. Erfahrungen mit sehr vielen unterschiedlichen Professionellen sowie zu Pflegenden zu sammeln.⁷⁷⁶ Eine befragte Person, die ihre Pflegeausbildung an einem Bildungszentrum absolviert, das mit zahlreichen Einrichtungen des Gesundheitswesens kooperiert, in denen die Auszubildenden üblicherweise kurze Praxiseinsätze von vier bis sechs Wochen machen, schätzt dieses Ausbildungsmodell beispielsweise als besonders lernförderlich im Hinblick auf ihre Empathiefähigkeit ein.⁷⁷⁷

IP1: „...das sind natürlich durch die unterschiedlichen Häuser auch immer wieder ähm unterschiedliche Teams und die und die unterschiedlichsten Menschen. Und ich glaube gerade diese ähm diese zahllosen Situationen, immer wieder jemand neuen kennenzulernen (GK: „Ja.“) und immer wieder herauszufinden, wie ich einen Weg zu ihm finde beziehungsweise `nen Zugang zu finden in ob `s jetzt Patient ist oder ob `s jetzt ähm ähm Kollegen sind Ärzte, einfach alle Menschen, ich glaub, dass das ein unwahrscheinlich gutes Training ist. Diese einfach jeden Tag so viele

⁷⁷⁴ Vgl. FolgeIV5_Z: 1285-1292+1069-1080.

⁷⁷⁵ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 01:52:10-01:52:27 und FolgeIV10_GM: 00:57:40-00:58:40.

⁷⁷⁶ Vgl. u.a. FolgeIV17_GM: 01:00:30-01:02:17.

⁷⁷⁷ Vgl. ErstIV1_Z: 696-716, 726-748, 1079-1081.

Menschen zu treffen beziehungsweise kennen zu lernen und mit denen arbeiten zu müssen. Und man muss immer irgendwo ja dann seinen Weg finden, wie man mit`nander zurechtkommt und das bedarf ja auch, dass man die Person kennen lernt. Und einfach so viele verschiedene Ansichten und Standpunkte und ähm Gewohnheiten kennenzulernen, macht es einem dann in`ner speziellen Pflegesituation halt auch leichter, (GK: „Ja.“) weil man es gewohnt ist von`er von`er Schule, von den Einsätzen, dass man halt Zugänge findet und ins Gespräch kommt [...] und das hilft, das das wird wesentlich besser, das ist schon allein diese Tatsache, dass wir einfach darauf so getrimmt sind, dass wir so viele Menschen in unserem Leben hier kennenlernen.“ (ErstIV1_Z: 696-710+713-716)

19.1.1.2.3 Praxisfelder mit besonderem Lernpotenzial für pflegerische Empathie

Aus der Perspektive der befragten Lernenden unterscheiden sich Praxisfelder im Hinblick auf ihr Lernpotenzial für pflegerische Empathie. Als Praxisfelder mit besonders hohem Lernpotenzial⁷⁷⁸ konnten solche identifiziert werden, in denen pflegebedürftige Menschen länger verweilen, da hierdurch ein besseres Kennenlernen der Menschen möglich wird bzw. eine länger andauernde Pflegebeziehung aufgebaut und unterhalten werden kann. Aus der Perspektive der Befragten stellen diese Praxisfelder besondere Anforderungen an die Fähigkeiten von Pflegenden, pflegerische Beziehungen über längere Zeiträume hinweg empathisch und respektvoll zu gestalten, insbesondere auch „wenn man sich nicht sympathisch ist“⁷⁷⁹. In diesem Zusammenhang werden insbesondere Praxisfelder wie Pflegeheime, die ambulante Pflege sowie der Hospiz- und Palliativbereich genannt.⁷⁸⁰ Letzterem sprechen die Befragten ein zusätzliches Lernpotenzial zu, da Situationen am Lebensende aus der Perspektive der Befragten eine besonders einfühlsame Pflege bzw. Begleitung der Gäste und ihrer Angehörigen erfordern.⁷⁸¹ Des weiteren schreiben die Befragten den Praxiseinsätzen in der ambulanten Pflege einen zusätzlichen Lerneffekt durch die unmittelbare Konfrontation als Pflegelehrender mit dem häuslichen bzw. persönlichen Umfeld des pflegebedürftigen Menschen zu.⁷⁸² Eine befragte Person eines Bildungsgangs der Gesundheits- und Krankenpflege beschreibt nachfolgend, wie sich durch ihren Einsatz in der ambulanten Pflege ihr Blick für ihr zu pflegendes Gegenüber gewandelt hat.

IP8: „Ja, man ist ja, wie gesagt, in`ner fremden Wohnung. Und man fühlt sich ja selber auch unangenehm, denn da irgendwie reinzukommen. Man kann sich ja nicht so selbstverständlich da bewegen in der Wohnung, ne. (GK: „Ja.“) Und ähm das, find`ich, hat auch noch mal so`n bisschen dazu beigebracht, dass man vielleicht noch mal`n bisschen anders auf Menschen zugeht. Dass die eben auch ähm ja im Krankenhaus sind sie halt Patienten (GK: „Ja.“) ja. Und ähm man musste auch mal gucken, dass das eben nicht nur Patienten mit`ner Hüftfraktur oder so sind, sondern dass sie ja auch mal`n Leben hatten. Und das ist eben in so`ner Wohnung, wenn man da rein kommt, da hängen dann also die ganzen Lebensgeschichten teilweise an den Wänden, ne. [...] Das ist, denk`ich mal, auch ähm gut, dass man ebend in diesen ambulanten Bereich auch mal reingucken kann.

⁷⁷⁸ Voraussetzung ist allerdings, dass dieses Lernpotenzial von den dort Anleitenden und Pflegenden erkannt und genutzt bzw. den Lernenden ermöglicht wird, es eigenständig zu nutzen.

⁷⁷⁹ ErstIV8b_GM: 00:24:42-00:25:36

⁷⁸⁰ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 00:15:18-00:15:30.

⁷⁸¹ Vgl. u.a. FolgeIV8_GM: 01:33:17-01:34:42+00:28:50-00:29:29:58.

⁷⁸² Vgl. u.a. ErstIV8b_GM: 00:20:23-00:22:10.

Dass Patienten nicht immer nur Patienten sind, sag ich jetzt mal so, ne, sondern dass sich dahinter noch jemand anderes verbirgt, halt, das fand ich ganz gut.“ (ErstIV8b_GM: 00:20:50-00:21:29+00:21:46-00:22:03)

Eine andere befragte Person hebt ihren ambulanten Einsatz als „Kernerfahrung“ (s.u.) hervor, da sie durch die Zusammenarbeit und den Austausch mit anleitenden Pflegenden in der Häuslichkeit der verschiedenen pflegebedürftigen Menschen eindrücklich für deren Autonomie sowie für die Anforderung, als Pflegende*r die Autonomie pflegebedürftiger Menschen anzuerkennen, sensibilisiert wurde.⁷⁸³

IP18: „Und ähm, ja da ist mir das schon sehr aufgefallen, dass die äh (räuspert sich) ja die Personen, mit denen ich da gearbeitet hab, sehr individuell auf auf ähm quasi die Klienten oder Patienten eingegangen ist. Das fand ich schon schon sehr interessant, weil es ja natürlich in der ambulanten Pflege auch immer noch mal was anderes ist. Man kommt ja in die häusliche Umgebung der Person und ja muss sich auch quasi mehr der Person anpassen als wenn die Person jetzt im Krankenhaus ist. Also das ist ja immer noch mal was anderes. Und es waren sehr schwierige Fälle zum Teil, also ziemlich viele Drogenabhängige noch, also auch akut Drogenabhängige. Und das fand ich schon beeindruckend, sag ich mal, wie die Personen mit den Patienten umgegangen sind. Also das war schon, das hat dieses Individuelle schon noch ein Stück herausgehoben, sag ich mal, weil es eben anders ist als im Krankenhaus. Weil man nicht einfach quasi zur Tür reinkommt und und sagen kann ja „Jetzt, kommt der Ablauf und der Ablauf und der Ablauf“ sondern man muss sich natürlich mehr auf den Patienten richten und quasi der Patient bestimmt den Ablauf, so. [...] Also da ist mir aufgefallen, dass wirklich alle sehr gut gearbeitet haben, sag ich mal, also das wirklich jeder im Prinzip den Patienten individuell behandelt hat und der Patient noch äh Selbstbestimmungsrecht hatte, auch wenn die Patienten schon beispielsweise dement waren. [...] Und, ja ich denke mal, das, das hat mich auf jeden Fall noch mal ein Stück weitergebracht. Diese, diese, äh diese Wahrung der der Persönlich- Persönlichkeit quasi dass die dass die Menschen selbst bestimmen, wie sie handeln wollen, und dass man das akzeptiert. Das war natürlich noch ein ganz großer großer Aspekt da, der mir da noch, noch mal bewusster geworden ist. [...] Also das würde ich so als ähm, als Kernerfahrung nennen in den letzten anderthalb Jahren, was mir jetzt so besonders besonders aufgefallen ist. Wo ich auch danach für mich 'n Gefühl hatte, das hat mich jetzt weitergebracht und das hat diese Fähigkeit bei mir auch noch mal besonders geprägt.“ (ErstIV18_GM: 00:06:51-00:08:07+00:08:52-00:09:12+00:11:17+01:03:10-01:03:32)

19.1.2 Strategien der Pflegelehrenden

Die Kategorie „Strategien der Pflegelehrenden“ besteht aus drei Subkategorien, nämlich erstens „Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ (19.1.2.1), zweitens „Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ (19.1.2.2) und drittens „Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie“ (19.1.2.3). In den drei erwähnten Unterkapiteln werden die von den Befragten im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als lernförderlich erlebten Lehr-/Lernmethoden, Unterrichtsinhalte sowie Konzepte zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens dargestellt, die die Pflegelehrenden der an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Schulen unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der

⁷⁸³ ErstIV18_GM: 00:06:51-00:08:07+00:08:52-00:11:25+01:02:02-01:03:32.

Pflegeausbildung einsetzen. Hierbei wird auch auf die von den Befragten thematisierten Probleme mit einigen der Konzepte zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie eingegangen (Kapitel 19.1.2.3.1 bis 19.1.2.3.3). Jedes der drei erwähnten Unterkapitel schließt mit einem kurzen Überblick über die diesbezüglichen Optimierungswünsche der befragten Lernenden. Die unten stehende Abbildung 37 gibt einen Überblick über die in dem vorliegenden Kapitel 19.1.2 dargelegten Forschungsergebnisse zu den Strategien der Pflegelehrenden.

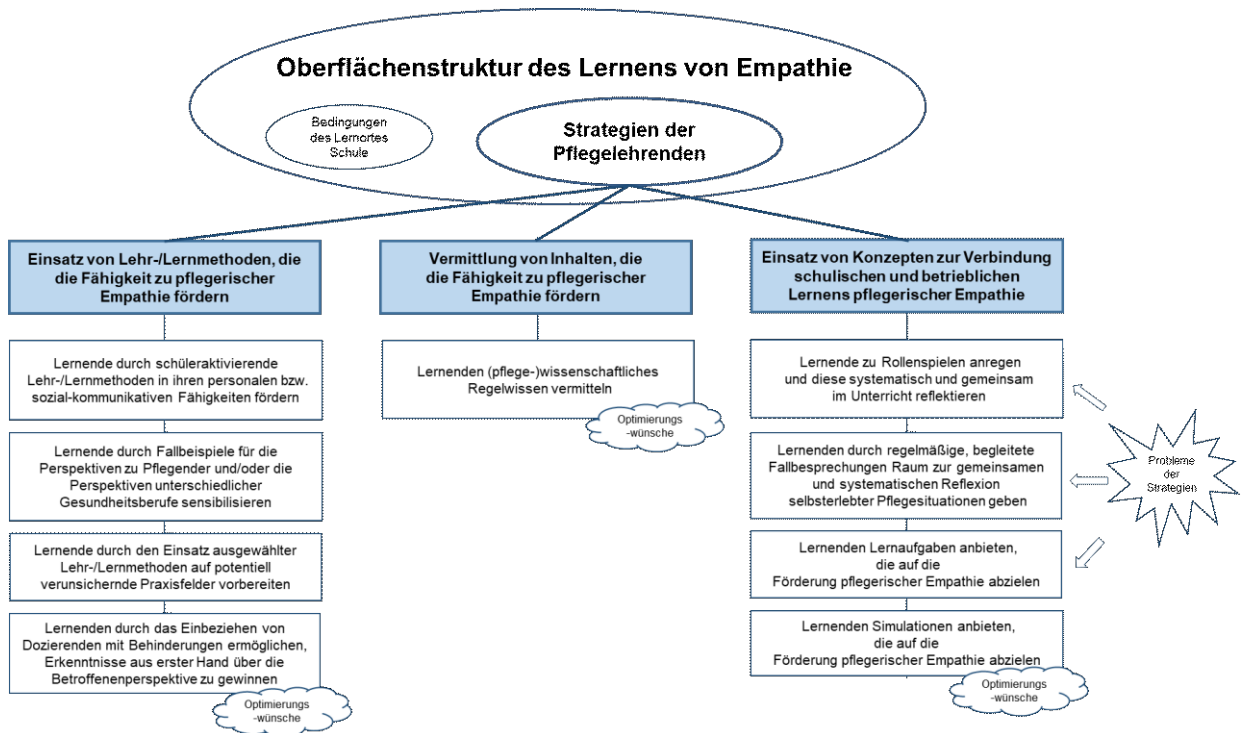


Abbildung 37: Übersicht über die Forschungsergebnisse zu den Strategien der Pflegelehrenden

19.1.2.1 Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern

Die erste Subkategorie bündelt vier Strategien von Pflegelehrenden im Hinblick auf den Einsatz bestimmter Lehr-/Lernmethoden, die von den Interviewpartner*innen als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie erlebt bzw. eingeschätzt werden, nämlich erstens „Lernende durch das Einsetzen schüleraktivierender Lehr-/Lernmethoden in ihren personalen und sozial-kommunikativen Fähigkeiten fördern“, zweitens „Lernende anhand von Fallbeispielen sensibilisieren für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und/oder die Perspektiven unterschiedlicher Gesundheitsberufe“, drittens „Lernende durch den Einsatz ausgewählter Lehr-/Lernmethoden auf potentiell verunsichernde Praxisfelder vorbereiten“ und viertens „Lernenden durch das Einbeziehen von Fremddozierenden mit Behinderungen ermög-

lichen, Erkenntnisse aus erster Hand über die Betroffenenperspektive zu gewinnen“. Nachfolgend werden diese vier Strategien einzeln näher beschrieben und anhand ausgewählter Interviewpassagen illustriert (Kapitel 19.1.2.1.1 bis 19.1.2.1.4). Im Kapitel 19.1.2.1.5 wird abschließend auf die Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern, eingegangen.

19.1.2.1.1 Lernende durch schüleraktivierende Lehr-/Lernmethoden in ihren personalen bzw. sozial-kommunikativen Fähigkeiten fördern

Die erste Strategie der Pflegelehrenden „Lernende durch schüleraktivierende Lehr-/Lernmethoden in ihren personalen bzw. sozial-kommunikativen Fähigkeiten (zu) fördern“, womit Methoden wie Gruppenarbeiten, POL⁷⁸⁴ sowie Referate gemeint sind, hat nach Einschätzung der Befragten einen indirekten förderlichen Effekt auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie.⁷⁸⁵ Zum einen fördern diese Methoden aus Sicht der Befragten die sozialen Fähigkeiten von Lernenden, da diese gefordert sind, über die gesamte schulische Ausbildung hinweg mit den verschiedensten Persönlichkeiten in immer wieder neuen Kleingruppen erfolgreich zusammenzuarbeiten. Zudem können schüleraktivierende Methoden aus Sicht der Befragten der Stärkung der eigenen Selbstsicherheit und des eigenen Auftretens dienen, um den Mut zu entwickeln, der eigenen Fähigkeit zu pflegerischer Empathie zu vertrauen und sie in der Pflegepraxis auch bereits am Ausbildungsbeginn einzusetzen.⁷⁸⁶ Pflegerische Empathie vollzieht sich in Begegnungen bzw. Interaktionen mit pflegebedürftigen Menschen und setzt daher bei Pflegenden sozial-kommunikative Fähigkeiten (u.a. Kontakt- bzw. Beziehungsaufbau, kommunikative Aushandlungsprozesse, Konflikt- sowie Kritikfähigkeit) sowie personale Fähigkeiten (u.a. Selbstvertrauen, Selbstbewusstsein sowie Selbstwert) voraus. Wenn Lernende über diese Fähigkeiten nur unzureichend verfügen, sind ihre Möglichkeiten, pflegebedürftigen Menschen empathisch zu begegnen und ihre diesbezügliche Fähigkeit auszubauen, nachvollziehbarerweise eingeschränkt. Insofern fördern schüleraktivierende Methoden aus der Perspektive der Befragten wichtige für empathisches Erkennen und Handeln erforderliche sozial-kommunikative und personale Fähigkeiten.

19.1.2.1.2 Lernende durch Fallbeispiele für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und/oder die Perspektiven unterschiedlicher Gesundheitsberufe sensibilisieren

Die zweite Strategie „Lernende durch Fallbeispiele für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen und/oder die Perspektiven unterschiedlicher Gesundheitsberufe sensibilisieren“

⁷⁸⁴ POL steht für Problemorientiertes Lernen.

⁷⁸⁵ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1208-1221+1362-1376 und FolgeIV5_Z: 998-1011+946-955.

⁷⁸⁶ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 817-822.

wird von den Befragten als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten eingeschätzt⁷⁸⁷. Zum einen kann die Arbeit mit (authentischen) Fallbeispielen Lernende für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen sensibilisieren, z.B. für ihr Erleben, ihre individuellen Bedürfnisse, ihre Sichtweisen, ihre Wertpräferenzen, indem dieser Perspektivenwechsel geübt wird. Zugleich können Lernenden, so die Befragten, in diesem Zusammenhang patient*innenignorierende Handlungsweisen der Pflegepraxis bewusst(er) werden und gemeinsam alternative Handlungsoptionen diskutiert bzw. durchdacht werden.⁷⁸⁸ Zum anderen kann die Arbeit mit Fallbeispielen Lernende unterstützen, zusätzlich zur Perspektive pflegebedürftiger Menschen sich der in konkreten Pflegesituationen aufscheinenden unterschiedlichen, z.T. konfligierenden Perspektiven der verschiedenen in Gesundheitsinstitutionen arbeitenden Berufsgruppen und deren Zusammenwirken bewusst(er) zu werden, sie kritisch zu hinterfragen und Handlungsspielräume der Berufsgruppe Pflege zu durchdenken.⁷⁸⁹

19.1.2.1.3 Lernende durch den Einsatz ausgewählter Lehr-/Lernmethoden auf potentiell verunsichernde Praxisfelder vorbereiten

Die dritte Strategie der Pflegelehrenden „Lernende durch den Einsatz ausgewählter Lehr-/Lernmethoden auf potentiell verunsichernde Praxisfelder vor(zu)bereiten“ wird von den Befragten als förderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten angeführt, da sie hierdurch die Möglichkeit haben, sich in einem handlungsentlasteten Lernsetting mit für sie zunächst fremden, verunsichernden oder auch beängstigenden pflegerischen Zielgruppen bzw. pflegerischen Settings auseinanderzusetzen.⁷⁹⁰ Die Befragten beziehen sich in diesem Zusammenhang v.a. auf die pflegerischen Handlungsfelder Hospiz, Palliativstation, Onkologie und Psychiatrie sowie auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Als lernförderliche Lehr-/Lernmethoden führen sie an a) das gemeinsame Anschauen von bzw. den Austausch über Filmsequenzen über die jeweilige pflegerische Zielgruppe bzw. das jeweilige Setting, b) Erfahrungsberichte von Pflegelehrenden, die zuvor in den betreffenden pflegerischen Settings gearbeitet haben, c) Hospitationen mit der Möglichkeit zur Beobachtung von bzw. zum Austausch mit den dort arbeitenden Professionellen (z.B. Pflegeheim, Palliativstation, Bestattungsunternehmen), d) das Einbeziehen von Professionellen, die in dem jeweiligen Setting arbeiten, in den Unterricht (z.B. Hospizpflegende) sowie e) ein Deeskalationstraining. Die Befragten führen ihre diesbezüglichen als positiv wahrgenommenen Lerneffekte eher abstrakt und wenig konkret aus. Implizit wird jedoch deutlich, dass es v.a. um das Abbauen von Unsicherheiten,

⁷⁸⁷ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 788-790 und ErstIV4_Z: 1318-1384.

⁷⁸⁸ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 943-952+1303-1318 und ErstIV18_GM: 01:19:27-01:20:30.

⁷⁸⁹ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 1320-1342.

⁷⁹⁰ Vgl. FolgeIV1_Z: 729-765.

Hemmungen, Befürchtungen bzw. Ängsten im Hinblick auf die jeweiligen pflegerischen Settings bzw. Zielgruppen geht respektive das Gewinnen diesbezüglicher neuer Sicht- und Erlebensweisen sowie Handlungsmöglichkeiten.⁷⁹¹

19.1.2.1.4 Lernenden durch das Einbeziehen von Fremddozierenden mit Behinderungen ermöglichen, Erkenntnisse aus erster Hand über die Betroffenenperspektive zu gewinnen

Die vierte Strategie der Pflegelehrenden „Lernenden durch das Einbeziehen von Fremddozierenden mit Behinderungen ermöglichen, Erkenntnisse aus erster Hand über die Betroffenenperspektive zu gewinnen“⁷⁹² wird von den Befragten als lernförderlich erlebt. Als Begründung führen die Befragten an, dass sie hierdurch die Möglichkeit zu einem direkten, handlungsentlasteten Kontakt sowie zu einem Austausch mit einem behinderten bzw. beeinträchtigten Menschen haben, durch den die Betroffenenperspektive intensiver und eindrücklicher erfahren werden kann als durch die Konfrontation mit entsprechenden textgebundenen Ausdrucksformen wie Biografien oder Interviewmaterialien. Mit handlungsentlastet ist gemeint, dass sich die Lernenden und die Dozierenden in einem im Hinblick auf pflegerisches Handeln entlasteten Lernsetting befinden, die betroffenen Dozierenden sich im Hinblick auf ihre gesundheitliche Situation in keinem Akutstadium befinden sowie interessiert und bereit sind, Einblicke in ihre Betroffenenperspektive zu gewähren.

Die Befragten führen in diesem Zusammenhang beispielsweise eine erblindete ehemalige Pflegekraft an, die von ihren Erfahrungen zum Thema „Leben als Blinde*r (im Krankenhaus)“ erzählte, eine querschnittsgelähmte Person, die Unterricht zum Thema „Leben als Rollstuhlfahrer*in (im Krankenhaus)“ erteilte, sowie eine nierentransplantierte Person, die von ihren Erfahrungen zu den Themen „Leben an der Dialyse“ und „Zeit der Transplantation und danach“ berichtete. Der nachfolgende Interviewauszug illustriert exemplarisch den zusätzlichen Lerneffekt im Hinblick auf pflegerische Empathie gegenüber erblindeten Menschen, den eine befragte Person eines Bildungsgangs Gesundheits- und Krankenpflege, deren Kurs bereits Unterricht zum Umgang mit erblindeten Menschen erhalten hatte, dem Erfahrungsaustausch mit einer bzw. einem erblindeten Dozent*in zuschreibt.

IP5: „...wir hatten einen da, der war vorher Krankenpfleger, ist dann erblindet und der hat uns praktisch unterrichtet einen ganzen Tag wie sein Leben als Blinder halt auch irgendwie abläuft. Und der war so selbstsicher und ist so witzig aufgetreten. Also ich hatte wirklich auch sehr großen Respekt, wie er sein Leben gemeistert hat. Mhm wo uns einfach noch mal jemand gezeigt hat, den wir auch, also er meinte auch, er ist oft Patient, weil er ist aufgrund einer Krebserkrankung erblindet und muss oft noch mal ins Krankenhaus. Und deswegen, also er war als Gesunder eigentlich jetzt

⁷⁹¹ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 745-751+759-765, FolgeIV2_Z: 868-874 und FolgeIV7_GM: 00:53:25-00:56:59.

⁷⁹² Vgl. u.a. FolgeIV5_Z: 931-965, ErstIV12_GM: 01:07:40-01:08:35 und FolgeIV8_GM: 01:50:52-01:51:53.

da als Dozent, aber hat uns gleichzeitig auch gesagt „Na, Ihr könntet auch auf mich als Patienten treffen“. Und, also hat, das war so eine gute Mischung halt, also jemand, der jetzt nicht nur ganz kränzlich da liegt und jetzt so selbst, also so so so in seinem eigenen Ding drin ist, sondern er war einer, der halt äh jetzt gerad` dem`s gut ging, der uns aber trotzdem was über die andere Seite zeigen konnte. (GK: „Ja.“) Und der hat einem noch mal wirklich dadurch, dass er wirklich blind war, das auch noch mal gut vermitteln können. Also so wie man einen Blinden führt und. Das hatten wir zwar auch schon mal, wir hatten diesen ganzen Block eigentlich schon mal. Und als wir das gelesen haben, haben wir gedacht „Oäh, warum denn jetzt noch mal?“ Und dann habe ich halt gedacht „Boah, das ist eigentlich wirklich das einzigst wirklich Hilfreiche, wenn man mit Leuten zu tun hat, die wirklich selber das Problem haben und dann aber noch in der Lage sind, das zu kommunizieren.“ Das war toll.“ (FolgeIV5_Z: 933-951)

19.1.2.1.5 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern

Im Hinblick auf den Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern, äußerten die befragten Lernenden, abgesehen von dem generellen Wunsch, dass die Pflegelehrenden die im Vorausgegangenen beschriebenen vier Strategien beibehalten⁷⁹³ und insbesondere die vierte Strategie „Lernenden durch das Einbeziehen von Fremddozierenden mit Behinderungen ermöglichen, Erkenntnisse aus erster Hand über die Betroffenenperspektive zu gewinnen“ häufiger als bislang einsetzen⁷⁹⁴, keine Optimierungswünsche, die dieser Kategorie zugeordnet werden konnten. An dieser Stelle sei allerdings auf das Unterkapitel 19.1.2.3.5 verwiesen, in dem die Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie dargestellt werden.

19.1.2.2 Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern

Die zweite Subkategorie „Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ bündelt Erkenntnisse zu den Unterrichtsinhalten, die die Befragten als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie erlebt haben, und zu den diesbezüglichen konkreten Lerneffekten (19.1.2.2.1). Zudem werden im Unterkapitel 19.1.2.2.2 die Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf die Vermittlung zusätzlicher, auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielender Unterrichtsinhalte skizziert.

19.1.2.2.1 Lernenden (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen vermitteln

Alle Befragten der vorliegenden Untersuchung thematisierten von sich aus sowohl in den Erst- als auch in den Folgeinterviews, dass sich am Lernort Schule ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch die Auseinandersetzung mit (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen (deklaratives, prozedurales sowie normatives Wissen) maßgeblich weiterent-

⁷⁹³ Vgl. u.a. ErstIV1_Z:1208-2121.

⁷⁹⁴ Vgl. FolgeIV8_GM: 01:51:11-01:51:57.

wickelt habe.⁷⁹⁵ Die Befragten benennen in diesem Zusammenhang ein breites Spektrum an aus ihrer Perspektive lernförderlichen Themenbereichen. Es werden insbesondere (d.h. von jeweils mehreren Befragten) folgende Themenbereiche angeführt:

- „Kommunikation“⁷⁹⁶
- „Krankheitsbilder und diesbezügliche Pflegebedarfe/-bedürfnisse sowie pflegerische Maßnahmen“⁷⁹⁷
- „Demenz und demenzsensible Pflegekonzepte“⁷⁹⁸
- „Coping, Stress und Krankheitsbewältigung“⁷⁹⁹
- „(Pflege-)Theoretische Ansätze bzw. (Pflege-)Modelle“: u.a. person-zentrierter Ansatz von Kitwood⁸⁰⁰, Trajektkonzept von Strauss und Corbin⁸⁰¹, Pflegemodelle⁸⁰², Pflegeprozess,⁸⁰³ Theorie der interpersonalen Beziehung in der Pflege von Peplau⁸⁰⁴
- „Pflegerische Handlungsorientierungen (Normen)“ der Patient*innenorientierung bzw. der individuellen Pflege, des empathischen, wertschätzenden Umgangs mit pflegebedürftigen Menschen sowie das ganzheitliche Menschenbild⁸⁰⁵
- „Biografieorientiertes Pflegen“⁸⁰⁶
- „Sterben und Tod“⁸⁰⁷
- „Ethik“: u.a. ethische Entscheidungsfindung, verschiedene Ethiken, ethische Dilemmata⁸⁰⁸

Von einer befragten Person werden auch Themenbereiche wie „Empathie“⁸⁰⁹, „Nähe und Distanz in pflegerischen Beziehungen“⁸¹⁰ sowie „Macht und Hierarchien in Beziehungen“⁸¹¹ als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung der eigenen Fähigkeit zu pflegerischer Empathie angeführt. Eine andere Person führt als lernförderlich explizit das Thema „Selbstopflege“⁸¹² an, wobei in ihren diesbezüglichen Ausführungen auch implizit die Problematik des Widerspruchs zwischen Fürsorge und Autonomie bzw. zwischen Fürsorge und Selbstsorge aufscheint.⁸¹³

⁷⁹⁵ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 1051-1056+1069-1093.

⁷⁹⁶ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1317-1320 und ErstIV4_Z: 891-908.

⁷⁹⁷ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 1079-1093 und FolgeIV7_GM: 01:03:10-01:05:40.

⁷⁹⁸ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 1069-1078 und ErstIV8a_GM: 00:53:57-00:57:44.

⁷⁹⁹ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 824-832.

⁸⁰⁰ FolgeIV15_GM: 00:52:01-00:55:52

⁸⁰¹ FolgeIV17_GM: 00:56:08-00:56:52

⁸⁰² FolgeIV17_GM: 00:02:52-00:05:28

⁸⁰³ ErstIV17_GM: 00:44:08-00:44:49+00:46:44-00:47:15

⁸⁰⁴ ErstIV4_Z: 232-320+FolgeIV4_Z:1249-1253

⁸⁰⁵ Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 887-898+1036-1038, FolgeIV5_Z: 1018-1027, ErstIV10_GM: 00:38:48-00:40:22, ErstIV14_GM: 00:52:58-00:53:12+00:54:05-00:54:43, ErstIV7_Z: 1003-1011 und FolgeIV7_GM: 01:07:47-01:08:50.

⁸⁰⁶ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:55:40-00:56:35.

⁸⁰⁷ Vgl. u.a. FolgeIV11_GM: 00:51:55-00:52:25 und FolgeIV14_GM: 01:22:06-01:22:44+01:24:17-01:29:31.

⁸⁰⁸ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 861-864 und FolgeIV4_Z: 1038-1083.

⁸⁰⁹ ErstIV14_GM: 00:57:50-00:58:12

⁸¹⁰ FolgeIV14_GM: 01:09:24-01:10:47

⁸¹¹ FolgeIV14_GM: 01:10:47-01:11:45

⁸¹² Vgl. FolgeIV5_Z: 1211-1215.

⁸¹³ Vgl. FolgeIV5_Z: ebd..

Die Lerneffekte im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Fähigkeit zu pflegerischer Empathie lassen sich grob unter zwei Punkten zusammenfassen: Zum einen schreiben die Befragten der Auseinandersetzung mit den zuvor angeführten Bestandteilen (pflege-)wissenschaftlichen Regelwissens vielfältige sensibilisierende Effekte zu und zum anderen eine Stärkung ihres Gefühls von Handlungskompetenz bzw. von Handlungssicherheit. Nachfolgend werden diese beiden Punkte näher erläutert.

Die sensibilisierenden Effekte, die die Befragten der Auseinandersetzung mit den o.a. Bestandteilen (pflege-)wissenschaftlichen Regelwissens zuschreiben, sind äußerst vielfältig. Beispielsweise ließen sich sensibilisierende Effekte identifizieren a) für die Vielschichtigkeit bzw. Komplexität der Bedürfnisse sowohl gesunder als auch kranker, älterer, behinderter, pflegebedürftiger sowie sterbender Menschen sowie die vielfältigen diesbezüglichen pflegerischen Interventionsmöglichkeiten, b) für die unterschiedlichen, individuellen Arten des Krankheitserlebens und der Krankheitsbewältigung von Patient*innen und deren Angehörigen sowie für die von ihnen zu verrichtenden Arbeitstypen, c) für die Autonomie von Patient*innen, d) für die pflegerische Norm einer am Individuum orientierten Pflege sowie für patient*innenignorierende pflegerische Handlungsrouninen, d) für das eigene Kommunikationsverhalten, e) für eigene Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster, f) für die unterschiedlichen Perspektiven der an Pflegesituationen beteiligten Personen, g) für einen bewussteren Umgang mit Nähe, Distanz und Macht in pflegerischen Beziehungen sowie h) für die Bedeutung der Selbstfürsorge/-pflege als Pflegenden*er.

Durch die Auseinandersetzung mit (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen sehen sich die Befragten in der Lage, bewusster, differenzierter und auch systematischer respektive strukturierter sowohl pflegebedürftige Menschen als auch sich selbst und ihre Kolleg*innen wahrzunehmen. Sie verfügen gewissermaßen über neue „Brillen“, die sie nutzen können oder anders ausgedrückt über neue Beobachtungskriterien bzw. eine geschärfte Wahrnehmung für pflegerisch relevante Phänomene bzw. Pflegesituationen. Eine befragte Person nutzt in diesem Zusammenhang beispielsweise die Formulierung *„das schärft halt schon ganz schön die Sinne“*⁸¹⁴. Eine andere Person drückt ihren persönlichen Lernzuwachs wie folgt aus: *„wenn ich weiß, was passiert, wenn ich diesen Zusammenhang verstehe, kann ich auch vielleicht besser drauf einwirken und Bedürfnisse frühzeitig erkennen“*.⁸¹⁵ Das Regelwissen stellt somit u.a. eine Hilfe bzw. Unterstützung dar, aufmerksam(er) für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen zu werden, sich diese besser zu erschließen sowie sie besser nachvollziehen zu können. Die nachfolgenden zwei Interviewauszüge sind

⁸¹⁴ FolgeIV14_GM: 01:25:48-01:25:50

⁸¹⁵ ErstIV7_Z: 1314-1316

exemplarisch für einige der soeben beschriebenen sensibilisierenden Effekte des vermittelten (pflege-)wissenschaftlichen Regelwissens auf die Befragten.

IP2: *„...ja durch die Inhalte hier, ähm also an der Hochschule hatten wir ein Modul, in dem es eigentlich um Reha ging, hauptsächlich, und da haben wir uns aber ganz intensiv mit Coping und Stress auseinandergesetzt. Und ähm ja das ähm hat mir geholfen auf jeden Fall ähm ja gerade in der Krankheitsbewältigung ähm Patienten bewusster wahrzunehmen (GK: „Mhm.“) ja genau. Und hat mir auch noch mal bewusst gemacht, wie viel Stress eigentlich so eine Krankheit auslöst, also zwar wusste man das vorher, aber nicht, dass dieses Ausmaß so stark ist und auch so unterschiedlich ist. Also das Modul hat mir auf jeden Fall noch mal geholfen, die Patienten besser zu beobachten, würde ich sagen.“* (FolgeIV2_Z: 824-832)

IP5: *„Dann war noch mal recht eindrücklich jetzt bei mir als erstes in Erinnerung so der Demenzblock, weil da halt hatten wir wirklich eine Woche, die wir zum Thema Demenz gemacht haben, da ist uns auch noch mal viel vermittelt worden, wie geht man mit Demenzkranken um, wie spricht man mit denen, worauf müssen wir dabei achten, ne? (GK: „Ja.“) was sollte man vermeiden und so. Und ähm das war eine sehr intensive Woche, wo wir auch noch mal viel auch auf Alzheimerpatienten, was bedeutet das für die Angehörigen, auch viel so durch Filme, was auch so, habe ich noch stark in Erinnerung, wie das so war halt, wie die sich gefühlt haben, auch die Sexualität und alles, also diese ganzen ganz inneren Strukturen von jedem und so. Und seitdem, also da kann ich schon sagen, wenn ich jetzt einen Demenzkranken treffe, dann habe ich noch mal mehr im Kopf, was alles los ist und worauf ich auch bei dem speziell achte aufgrund der Erkrankung als jetzt vorher, das auch auf jeden Fall. Ja.“* (FolgeIV5_Z: 1037-1048)

Die zuletzt angeführte Interviewsequenz deutet, exemplarisch am Beispiel Demenz, darauf hin, dass pflegerische Empathie auch fachspezifisches Regelwissen zu krankheitsbedingten Veränderungen der Persönlichkeit und der Verhaltensweisen voraussetzt, um pflegebedürftige Menschen mit Demenz überhaupt ansatzweise verstehen bzw. um mit ihnen empathisch interagieren zu können. D.h., Pflegende müssen über Wissen zu krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderungen bzw. zu kognitiven Beeinträchtigungen verfügen, um den verbalen und nonverbalen Äußerungen dieser Menschen überhaupt die erforderliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen sowie um diese reflektiert deuten zu können und sie nicht als bedeutungslos, störend bzw. verrückt abzutun. Fehlt Lernenden bzw. Pflegenden dieses Wissen, besteht die Gefahr, dass mit Menschen mit Demenz wie mit kleineren Kindern interagiert wird oder wie mit kognitiv nicht beeinträchtigten Erwachsenen, so wie es teilweise auch Angehörige wohlmeinend tun.

Im Hinblick auf die Rolle, die aus der Perspektive der Befragten dem Lernort Schule, genauer gesagt den dort vermittelten Unterrichtsinhalten sowie den Äußerungen der Lehrenden, die als Vermittler*innen pflegerischer Normen fungieren, zukommt, nachfolgend ein Interviewauszug. Hervorhebenswert sind die in diesem Zusammenhang verwendeten Formulierungen der Befragten wie u.a. *„was hier an der Schule auch in Worten wiederholt wird und gepredigt wird“⁸¹⁶, „quasi jede Stunde einmal im Unterricht (sagen)“⁸¹⁷, „es sind ganz, ganz viele Themenbereiche, im Rahmen der Ausbildung, wo wir immer*

⁸¹⁶ ErstIV7_Z: 1006f.

⁸¹⁷ s.u.

wieder auch darauf hin- oder gestoßen werden⁸¹⁸ und „von der Schule da immer ja ein Stück weit mehr darauf getrimmt werden“⁸¹⁹, die auf die große sozialisatorische Kraft des Lernortes Schule hindeuten.

IP18: „Also ich kann mich noch erinnern, dass wir eine mündliche Prüfung hatten ähm zum Thema äh Pflge-theoretiker, Pflegewissenschaftler und dass wir da sehr, sehr viele ähm pflegewissenschaftliche Aussagen von verschiedenen Theoretikern ähm lernen mussten und uns angucken mussten. Und ähm, ja das, das fand ich zum Beispiel sehr, sehr interessant. Das hat mich, denke ich mal auch, beeinflusst, weil das ja auch sehr viele Aussagen gibt ähm die natürlich diese, diese ähm ja diese Form, dass man den Patienten individuell behandeln soll und äh bedürfnisgerecht pflegen soll unterstützen. Also von daher, denke ich mal, dass das auch ausschlaggebend war.[...] Und wir haben da auch eine [Dozentin] an der [Schule A], die auch in der Pflege gearbeitet hat und auch sehr viel Fachwissen und Hintergrundwissen hat. Und die auch eine starke Verfechterin dieser These ist, also im Prinzip, dass der Patient individuell behandelt werden soll. Und die sagt uns das quasi jede Stunde einmal im Unterricht, so ja. Ähm dadurch denke ich mal, ja, kriegt man das noch mal besonders mit, wenn einem das so oft gesagt (lachend gesprochen) wird auch.“ (ErstIV18_GM: 01:14:31-01:15:18+01:18:46-01:19:23)

Zudem kann aus der Perspektive der Befragten die Auseinandersetzung mit einigen der o.a. Themenbereiche Pflegelernende für einen offeneren bzw. bewussteren Umgang mit gesellschaftlichen Tabuthemen, beispielsweise mit dem Thema „Tod und Sterben“, sensibilisieren. Lernende können sich am Lernort Schule mit diesen (erstmalig) näher und handlungsentlastet auseinander setzen. Diesen handlungsentlasteten Auseinandersetzungen schreiben die Befragten lernförderliche Effekte zu, sowohl im Hinblick auf Selbst-reflexion bzw. Selbstempathie als auch im Hinblick auf pflegerische Empathie gegenüber sterbenden Menschen, wie die nachfolgenden zwei Interviewsequenzen exemplarisch veranschaulichen.

IP14: „...so sich wirklich mal klar zu machen, was heißt Leben? Was heißt Sterben? Was gehört dazu? Ähm und so denkt man ja nie drüber nach. Also man sieht jemanden sterben auf Station. Macht den, entweder bereitet man den noch mit vor oder man schafft den dann gleich runter. [...] Und macht sich da nie so richtig Gedanken, also mir geht das so, hab` ich mir in meinem Leben nie richtig drüber Gedanken gemacht und das schärft halt schon ganz schön die Sinne. [...] Man hat weniger Ängste, also Pflegenden sprechen ja sowieso über alle möglichen Sachen, wo privat, wo normale Leute sich ja nie drüber unterhalten würden. [...] Und genauso ist das halt über Sterben, über `s Sterben unterhält sich niemand. Ist halt `n Tabuthemen-Thema, ne. Und Pflegekräfte, die `n bisschen länger dabei sind, unterhalten sich halt schon drüber, aber halt so Pflegeschüler nicht. Und da wird man halt schon `n bisschen, das regt auch so `n bisschen zum Nachdenken an: „Wie wird das?“ und ne und „Wie wünscht man sich`s auch selber.“ (FolgeIV14_GM: 01:25:19-01:25:36+01:25:43-01:25:50+01:26:56-00:27:05+01:27:17-01:27:38)

IP11: „Also wir hatten auch im letzten Jahr Sterben und Tod, also wie man auf `nen Sterbenden eingeht. Was man vorher in der Ausbildung schon gemacht hat, aber jetzt so drüber nachdenkt und sagt „Oh Gott, was hab` ich da eigentlich gemacht?“ Also, so dass man sich da gar nicht so richtig reinversetzen hat. Und jetzt nach diesem Block hat man dann schon ganz andere Einsich-, Ansichten und sagt „Okay, kann ich nachvollziehen, ich glaub`, das möcht` ich auch später“, oder so, „wenn ich sterbe, irgendwie im Sterben liege“ ja. [...] Ja also auf jeden Fall in Hinsicht auf Sterben und Tod ähm, dass wir da einfach mal besprochen haben, was für Rechte ein sterbender Mensch hat, der im Sterben liegt und was für Bedürfnisse er hat. Darüber denkt man vorher nicht nach, warum sollte

⁸¹⁸ ErstIV5_Z: 890f.

⁸¹⁹ ErstIV5_Z:1036f.

man sich auch jetzt so ne damit befassen. Und im Unterricht befasst man sich damit und sagt „Joa, seh` ich genauso, okay“. Also, dass man zum Beispiel sagt, vielleicht möchte der Patient nicht alleine sterben, dass man sich da mit zu setzt. Hat man vorher gemacht, aber man war, hat man gemacht, weil Schwester hat das gesagt oder so.“ (FolgeIV11_GM: 00:51:55-00:52:25+00:52:50-00:53:30)

Zum anderen fördert (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen aus der Perspektive der Befragten ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie durch, wie oben bereits angeführt, die Stärkung ihres Gefühls von Handlungskompetenz bzw. von Handlungssicherheit (i.S.v. Selbstwirksamkeit) in Pflegesituationen. Lernende erleben sich als handlungskompetenter und handlungssicherer im Kontakt bzw. in pflegerischen Beziehungen mit Patient*innen, wenn sie a) über das für deren gesundheitliche Situation erforderliche medizinische bzw. pflegerische Fachwissen verfügen sowie über Wissen zu pflegerischen respektive kommunikativen Interventionsoptionen bzw. Handlungskonzepten und b) wenn sie Wissen über mögliche Ursachen bzw. Hintergründe von Kommunikationsproblemen oder ethischen Dilemmata besitzen sowie über diesbezügliche Handlungsansätze.⁸²⁰ Die nachfolgenden zwei Interviewauszüge veranschaulichen die soeben beschriebenen Effekte des Erwerbs von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen auf das Erleben der eigenen Handlungssicherheit. Zugleich verdeutlichen die in diesem Zusammenhang verwendeten Formulierungen der Befragten wie *„hab mich vorher nicht so getraut“* (s.u.) bzw. *„schüchtern“* (s.u.), dass Unsicherheiten im Umgang mit pflegebedürftigen Menschen insbesondere am Ausbildungsbeginn ihr empathisches Handeln hemmen können (s. Kapitel 17.4.2.1.1, 17.4.2.1.3 und 19.1.2.1.1).

IP1: „...hier in der Schule unser unser Fachwissen einfach, was wir was wir auch bekommen, das gibt mir ähm unwahrscheinlich viel Sicherheit jetzt auch wenn ich das vergleiche zu meiner Tätigkeit als ungelernte Pflegekraft, dann gibt mir das schon wesentlich mehr ähm Sicherheit und Rückhalt auch wirklich in die Gespräche zu gehen, ich erkenne da vielleicht auch Bedarf, aber hab mich vorher nicht so getraut, dann auch in die Gespräche zu gehen und das wächst natürlich jetzt mit dem zunehmenden Fachwissen und Kompetenz, dass ich da dann auch wirklich bereit bin dann mich auch weitergehend darüber zu unterhalten und zu vertiefen, wenn wenn's Probleme gibt...“ (ErstIV1_Z: 638-645)

IP10: „...ja und auch also das Theor-, das Theoriewissen. Ähm ja, also dass man da vielleicht auch 'n bisschen ähm selbstsicherer durch wird, dass man mehr Theoriewissen dann hat und ähm man dadurch mehr auf die Patienten eingehen kann. Weil man halt weiß wenn, wenn die Patienten dann auch Rückfragen stellen, warum man dies oder jenes so macht, dass man, ja, dass man's auch begründen und ähm dass man dann nicht mehr ähm ganz so schüchtern ist vielleicht wie am Anfang.“ (ErstIV10_GM: 00:47:28-00:48:04)

19.1.2.2.2 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern

In den Erst- und auch in den Folgeinterviews konnte eine grundsätzliche Zufriedenheit der Befragten im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten am Lernort Schule, die die Fähigkeit

⁸²⁰ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 1687-1700, ErstIV1_Z: 159-164 und ErstIV8a_GM: 01:09:17-01:10:10.

zu pflegerischer Empathie fördern, identifiziert werden.⁸²¹ Während Wünsche nach einer anderen Anordnung bestimmter Unterrichtsthemen im Curriculum häufig geäußert werden (s. Kapitel 19.1.1.2.1), ließen sich Wünsche nach zusätzlichen Unterrichtsthemen sowie nach anderen Schwerpunkten bzw. zu berücksichtigenden Aspekten bei der Vermittlung der im vorausgegangenen Unterkapitel 19.1.2.2.1 aufgelisteten Unterrichtsthemen nur vereinzelt identifizieren. Beispielsweise äußert eine befragte Person den Wunsch, die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie und die diesbezüglichen Entwicklungsprozesse von Auszubildenden explizit als Unterrichtsthema aufzugreifen, um Pflegelernende u.a. für die Bedeutung dieser Fähigkeit für ihr tagtägliches Pflegehandeln zu sensibilisieren.⁸²² Diese Person hält zudem eine erneute Sensibilisierung von Pflegelernenden in der zweiten Ausbildungshälfte für erforderlich.

IP1: *„Und gegen Mitte und Ende der Ausbildung hin finde ich, müsste bei manchen ähm dieses Thema vielleicht noch mal `n bisschen sensibilisiert werden. Weil manche da schon so stumpfi- so `n bisschen abgestumpft sind, glaub ich `n bisschen zu routiniert `n bisschen zu so abgearbeitet schon durch die durch die äh durch den Alltag auf Station. Die müssten, glaub ich, manchmal dann auch noch `n bisschen sensibilisiert werden darauf auf die einzelnen Bedürfnisse noch mal einzugehen und nicht nur den den Alltag und das muss noch gemacht werden und das sehen. [...] Also ich seh` das bei manchen Examensschülern, die sind schon teilweise richtig mit den Scheuklappen wie manche Kollegen dann nach `m Examen sind. Ich finde das müsste man, noch mal, da müsste man noch die Chance nutzen und, so lang sie noch inner Ausbildung sind, vielleicht dann doch noch mal `n bisschen mit `nem Seminar oder so was dahin agieren.“ (ErstIV1_Z: 1221-1228+1233-1238)*

Eine andere Person wünscht sich, dass Pflegelernende am Lernort Schule unterstützt werden, der in der Ausbildung vermittelten Norm der Patient*innenorientierung bzw. der Norm, Patient*innen mit einer empathischen Haltung zu begegnen, nicht starr bzw. unreflektiert zu folgen. Hier deutet sich der Wunsch bzw. das Bedürfnis der befragten Person an, von Ausbildungsbeginn an von Pflegelehrenden unterstützt zu werden, einen reflexiven Umgang mit den pflegerischem Handeln inhärenten Widersprüchen zu erlernen, in diesem Falle mit dem Widerspruch zwischen Fürsorge und Selbstsorge bzw. zwischen Patient*innenorientierung und Systemrationalität.

IP4: *„Ich glaube, es muss noch deutlicher formuliert werden in irgendeinem Modul, dass das okay ist, wenn man das [= individuell auf Patient*innen einzugehen und zu sehen, was sie brauchen; GK] auch mal nicht kann. (GK: „Ja.“) Und das man da vor allen Dingen auch Ausgleich dazu braucht, ne? Also jetzt in der Psychiatrie wird das immer so `n bisschen angesprochen „Ja man muss das ja auch irgendwie ausgleichen.“ (GK: „Mhm.“) und mit Teambesprechung und Pliplaplup ne? Aber am Anfang wird es es wird einem immer so klar gemacht „Du musst die perfekte Pflegekraft sein.“ Und das musst du eben nicht! (GK: „Ja.“) Du musst immer noch `n Stück du selbst bleiben, nur das eben in `ner professionellen Art und Weise. Das man sagt „Das ist okay, wenn Du das nicht gleich kannst.“ Und „Guck, probier doch mal das und das aus.“ und ähm „Wenn Dich das jetzt irgendwie mitnimmt, dass Du `s mal nicht geschafft hast, alles so zu machen, wie wie es vielleicht hätte sein sollen.“ Weil*

⁸²¹ Vgl. u.a. FolgeIV3_Z: 1040-1044 und FolgeIV7_GM: 01:07:47-01:08:51.

⁸²² Vgl. FolgeIV1_Z: 956-972.

man 's erst im Nachhinein merkt, dass dass man sich da auch nicht dran aufhängen sollte. Das sollte noch viel deutlicher rüberkommen von Anfang an.“ (FolgeIV4_Z:1363-1376)

An dieser Stelle sei abschließend auf das Unterkapitel 19.1.2.3.5 verwiesen, in dem die Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie dargestellt werden. In diesem wird der ausgeprägte Wunsch vieler Befragter, sich mit dem Thema „Kommunikation“ am Lernort Schule vertiefter bzw. anders als in der schulischen Ausbildung bisher erlebt auseinanderzusetzen, ausgeführt.

19.1.2.3 Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie

Die dritte Subkategorie bündelt Lernangebote, die Pflegelehrende Lernenden machen (können) und die von den Interviewpartner*innen als lernförderlich im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie erlebt bzw. eingeschätzt werden. Sie können dem arbeitsverbundenen und dem arbeitsorientierten Lernen zugeordnet werden.⁸²³ Die dritte Subkategorie wird in der vorliegenden Arbeit dem Lernort Schule und damit den Lehrenden zugeordnet, da die von den Befragten thematisierten Lernangebote zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens, die ihnen in ihrer Ausbildung offeriert wurden, von Pflegelehrenden federführend initiiert und begleitet wurden. Die Subkategorie bündelt vier Strategien, die Pflegelehrende unter den aktuellen Rahmenbedingungen der Pflegeausbildung einsetzen, um die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie zu fördern und die die Befragten als lernförderlich erleben, nämlich erstens „Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren“ (19.1.2.3.1), zweitens „Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben“ (19.1.2.3.2), drittens „Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ (19.1.2.3.3) und viertens „Lernenden Simulationen anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ (19.1.2.3.4). Zudem werden im Unterkapitel 19.1.2.3.5 die Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf Konzepte zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie dargestellt.

⁸²³ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegebildung ausgeführt werden.

19.1.2.3.1 Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren

Die erste Strategie der Pflegelehrenden „Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren“⁸²⁴ wird von vielen Befragten im Hinblick auf ihre empathischen Fähigkeiten als lernförderlich erlebt, worunter sie Effekte im Hinblick auf Selbsterfahrung, Selbstreflexion sowie Selbstempathie (als Individuum bzw. als Pflegend*er) als auch im Hinblick auf pflegerische Empathie verstehen. Unter Rollenspiele fassen die Befragten sowohl das Spielen von Rollen in fiktiven Pflegesituationen im Kursraum (beispielsweise einem Anamnesegegespräch) als auch das Spielen von Rollen im Zusammenhang mit dem Üben pflegepraktischer Tätigkeiten im Praxisraum. Die Befragten erleben es als lernförderlich, wenn die Rollenspiele systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektiert werden⁸²⁵. Nachfolgend zwei Interviewpassagen, die exemplarisch einige der von den Befragten erlebten Lerneffekte im Hinblick auf Selbstempathie sowie auf pflegerische Empathie veranschaulichen.

IP2: *„Und ähm dann durch Selbsterfahrung auf jeden Fall ähm ich finde ähm ja wenn wir gegenseitig gegenseitige Pflegehandlungen an uns gegenseitig durchführen, lernt man die Bedürfnisse auf jeden Fall also lernt man dass ähm man selber ganz unterschiedliche Bedürfnisse hat und ähm lernt das erst mal ja so kennen wenn ähm die Bedürfnisse übergangen werden. (GK: „Ja ja.“) Und also das ist auf jeden Fall auch `ne gute Möglichkeit find ich immer diese Selbsterfahrung gegen`nander, also von uns jetzt gegenseitig waschen oder Blut abnehmen oder Magensonden legen also (das?) ist alles ja Situationen, wo man`s, find ich, hier lernt (GK: „Hm.“) ja.“ (ErstIV2_Z: 790-799)*

IP4: *„Oder ähm jetzt hier in der Schule machen wir auch oft praktische Sachen. Einer muss sich ins Bett legen und der andere, wir hatten letztens erst, worum ging`s denn da nur? Ich war Patientin und ich wollte partout, dass ich noch mal untersucht werde. (GK: „Mhm.“) Und ähm mein Studienkollege sollte mir aber klar machen, dass das nicht geht, also dass das auch schwachsinnig ist, dass es ganz normal ist nach `ner Bauch-OP noch mal Schmerzen zu haben in der Bauchregion. Und ähm er hat dann immer gesagt „Nein, das können wir nicht machen“. Und ich hab aber so da drauf gedrängt. Und im Nachhinein haben wir dann einfach drüber gesprochen, warum er das zu mir gesagt hat. Und wie ich mich gefühlt habe als Patient, dass ich nicht verstehen konnte, warum ich diese Untersuchung nicht noch mal bekommen habe. Es hätte doch das und das und das und das und das alles sein können. Wie kann er das ohne diese Untersuchung ausschließen? Und was sind seine Beweggründe dafür? Ähm dass wir das dann wirklich noch mal noch mal nachmachen und das ist echt interessant, dann auch mal selber in die Patientenrolle zu schlüpfen. Weil es ist ja nicht zwingend gesagt, dass wir diese Erfahrung haben. Also ich weiß auch nicht, wie sich jemand fühlt, der jetzt als Patient kommt. (GK: „Mhm.“) Ähm `ne Blinddarm-Operation ist bestimmt `n bisschen was anderes als ähm irgendwie `ne große Entfernung irgend`nem Le- von `nem Leberlappen oder so. Ich kann mich da ja nicht rein, also ich kann`s ja nicht nachvollziehen, deswegen sind solche Rollenspiele teilweise sehr ähm hilfreich.“ (ErstIV4_Z: 952-974)*

Vereinzelt schreiben Lernende Rollenspielen kein lernförderliches Potenzial im Hinblick auf ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie zu. Sie begründen ihre Position damit, dass beim Einnehmen der Pflegenden-Rolle klar sei, dass es sich *„immer nur [um] gespielte Situationen und keine realen“* handeln würde und man nicht realistisch Pflegehandeln

⁸²⁴ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1082-1085+1153-1193 und FolgeIV7_GM: 00:47:04-00:48:40.

⁸²⁵ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1153-1193.

simulieren könne, „weil man geht da anders ran, wenn man weiß, sie ist ja nicht krank. Das hat man ja im Hinterkopf.“⁸²⁶ Ebenso werden die Reaktionen der gespielten Patient*innen teilweise, beispielsweise in Rollenspielen zu pflegerischen Gesprächs- bzw. Beratungssituationen, als unrealistisch eingeschätzt bzw. die ganze Situation als eine „gekünstelte“ erlebt.⁸²⁷ Im Unterkapitel 19.1.2.3.5 werden u.a. die Ideen der befragten Lernenden dargestellt, wie die Rollenspiel-„Praxis“ an Pflegeschulen verbessert werden könnte.

19.1.2.3.2 Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben

Die zweite Strategie „Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben“^{828,829} beschreibt ein formelles Lernangebot, das Pflegelehrende einsetzen (können), um die empathischen Fähigkeiten ihrer Lernenden zu fördern, indem von Lernenden in der Pflegepraxis informell bzw. implizit gewonnene (Lern-)Erfahrungen aufgegriffen und systematisch reflektiert werden. Aus der Perspektive der Befragten können mit dieser Strategie vielfältige lernförderliche Effekte einhergehen: Lernende können hierdurch für die Individualität und die individuellen Bedürfnisse von pflegebedürftigen Menschen⁸³⁰ sensibilisiert werden, für die Bedeutung von Selbstreflexion als Pflegende*r sowohl während der Handlung als auch im Nachhinein (auch hinsichtlich des eigenen Erlebens und eigener Grenzen)⁸³¹, für die Möglichkeit, problematischen Situationen im Pflegeteam und/oder mit Patient*innen durch Kommunikation bzw. durch Ansprechen zu begegnen, d.h. sie zu bearbeiten und sie nicht „tot(zu)schweigen“^{832,833}, für den pflegerischem Handeln inhärenten Widerspruch von Systemrationalität und Patient*innenorientierung sowie Möglichkeiten mit diesem reflektiert(er) umzugehen⁸³⁴. Ferner können sie Erfahrungen sammeln, wie das gemeinsame Suchen nach Deutungen in einer Gruppe bzw. das Einnehmen und Nachvollziehen verschiedener Perspektiven dazu führt, sich eigener Deutungen bewusst(er) zu werden und diese zu erweitern, wodurch Handlungsalternativen für konkrete Praxisfälle gewonnen werden können. Hierbei können Lernende auch üben,

⁸²⁶ Vgl. FolgeIV16_GM: 00:51:48-00:53:08.

⁸²⁷ Vgl. FolgeIV8_GM: 01:30:20-01:32:17.

⁸²⁸ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 879-944.

⁸²⁹ Bis auf eine befragte Person sind alle anderen Befragten, die diese lernförderliche Strategie ihrer Lehrenden thematisieren, dual Studierende, an deren Hochschule entsprechende Reflexionsangebote bzw. -räume curricular über einen Großteil des Studiums hinweg verankert sind. Die eine befragte Person äußerte sich im Interview an einer Stelle kurz zu den lernförderlichen Effekten der gemeinsamen Reflexion von selbsterlebten Pflegesituationen, die eher spontan in den Unterricht eingebracht werden. Bei dieser Reflexion scheint der Schwerpunkt v.a. darauf zu liegen, durch den Austausch im Kurs neue Handlungsoptionen zu gewinnen und weniger darauf, die Situation bzw. die Perspektiven der unterschiedlichen Personen tiefergehender zu verstehen (vgl. FolgeIV11_GM: 01:01:39-01:02:05).

⁸³⁰ Vgl. u.a. ErstIV2_Z: 879-882.

⁸³¹ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 1572-1605 und FolgeIV10_GM: 00:50:14-00:51:00.

⁸³² FolgeIV4_Z: 1149

⁸³³ Vgl. u.a. FolgeIV4_Z: 1133-1152 und FolgeIV2_Z: 934-944.

⁸³⁴ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 1577-1605.

eigene erste (ablehnende) Empfindungen und Bewertungen „*hinten anzustellen*“⁸³⁵ und zu versuchen, *‘tiefer zu gucken*“⁸³⁶, um die Perspektive des Anderen nachzuvollziehen. Zudem können Lernende so lernen, authentische (problematische) Pflegesituationen differenzierter zu verstehen, z.B. hinsichtlich ihres Zustandekommens, hinsichtlich der Entwicklung von Beziehungen, vor dem Hintergrund institutioneller Widersprüche⁸³⁷ und hinsichtlich eigener vorbewusster Gefühle und Gedanken.⁸³⁸ Eine befragte Person beschreibt die lernförderliche Wirkung, die die beiden Lehrenden, die die Fallbesprechungen durchführen, auf ihr Selbstverstehen haben wie folgt:

IP10: „...und ähm ja dann werden auch immer mal unsere Gefühle quasi reflektiert, wie wir dann äh in der Situation gefühlt haben und so weiter. Und das ist, also ist echt ganz interessant, also die [= die beiden Lehrenden; GK] ähm haben da wirklich also 'n Gespür für so, wie man sich da gefühlt haben könnte, obwohl man 's selber noch nicht weiß so ungefähr so. Dann denkt man sich so „Ja könnte sein, dass ich halt die Gefühle hatte“ und ähm also die beiden, die wir da haben, machen das wirklich gut. [...] Also erst mal dadurch, dass sie halt erst mal aufmerksam zuhören und dann auch durch diese Analyse finde ich. Also dass sie wirklich ähm auch tiefer gehen als so nur oberflächlich zu gucken „Ja war jetzt halt blöd die Situation irgendwie“, ähm dass man dann ja da mehr tiefer nachforscht quasi ähm, was dann in der Situation wirklich los war und wo das Problem war. Und ähm ja dass man sich hinterher selber dann quasi 'n bisschen sich selber besser versteht irgendwie. Also dass dass sie das halt einem noch mal ja so rüber bringen und noch mal aufzeigen.“ (ErstIV10_GM: 00:16:56-00:17:22+00:17:50-00:18:34)⁸³⁹

Ferner können Lernende durch das Einbringen eigener problematischer Pflegesituationen in eine Gruppe Entlastung, Verständnis, Beratung sowie neue Perspektiven erfahren bzw. gewinnen (Psychohygiene).⁸⁴⁰

Zum Verständnis der nachfolgenden Interviewsequenz ist voranzustellen, dass sich die befragte Person im Rahmen des Moduls, in dem an der Hochschule Fallbesprechungen verortet sind, gemeinsam mit einer bzw. einem anderen Lernenden mit einem Narrativ einer Mitstudierenden über eine von letzterer als positiv erlebten Pflegesituation auseinandersetzen sollte. Die befragte Person konnte aber die im Narrativ beschriebene Pflegesituation vom ersten Lesen an nur schwer nachvollziehen bzw. ihr nichts Positives abgewinnen. Daraufhin suchte sie ein Gespräch mit der zuständigen Lehrperson.⁸⁴¹ Die befragte Person erzählt in der nachfolgenden Interviewsequenz davon, wie sie von der Fähigkeit ihrer Lehrperson, eigene erste Wertungen bzw. negative Empfindungen hinsichtlich des Narrativs hintanzustellen, um die Perspektive der Verfasserin näher zu erkunden, fasziniert war und wie sie sich angeregt durch dieses positiv erlebte Modellverhalten der Lehrperson

⁸³⁵ FolgeIV4_Z: 1168

⁸³⁶ Vgl. FolgeIV4_Z: 1172.

⁸³⁷ Vgl. u.a. ErstIV4_Z: 1572-1605.

⁸³⁸ Vgl. ErstIV10_GM: 00:15:40-00:19:23.

⁸³⁹ Teile dieser Interviewsequenz wurden bereits im Kapitel 19.1.1.1.3 angeführt, um die Fähigkeit zu pädagogischer Empathie von Pflegelehrenden zu veranschaulichen.

⁸⁴⁰ Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 01:23:04-01:27:25 und ErstIV9_GM: 00:45:37-00:46:15.

⁸⁴¹ Vgl. FolgeIV4_Z: 1152-1187.

darauf einlassen konnte, es ihr gleich zu tun.

IP4: *„Und allein diese dass sie [= die Lehrperson, GK] gesagt hat „Schreiben Sie ihn [= den Text, gemeint ist die verschriftlichte Pflegesituation der Kurskameradin, GK] nicht gleich ab.“ was natürlich wo sie gesagt hat „Ganz ehrlich, als ich den das erste Mal gelesen hab, hab ich gedacht „Ich muss ihn schreddern.““ (GK: „Mhm.“) (IP4 lacht.) (GK lacht.) Ähm dass sie die Möglichkeit hat, ihre eigene Meinung nochmal hinten anzustellen, nochmal objektiv zu gucken und nochmal im Sinne desjenigen, der `s geschrieben hat, zu gucken, und das hat mich irgendwie so 'n bisschen fasziniert, ähm dass man das kann. Und äh dann dachte ich so „Musst Du auch können. Irgendwie muss man das können, (GK: „Ja.“) dass man nicht immer sagt „Du Trott-“ sondern nochmal tiefer guckt (GK: „Aha.“) Was ist es? Und was könnte ich vielleicht auch nochmal reininterpretieren und nachhaken? [...] also als sie uns gesagt hat „Gucken Sie doch noch mal.“, dann hat man auch nochmal was gefunden. Man muss sich anscheinend wirklich so 'ne Brille manchmal aufziehen, unter der man Sachen betrachtet. (GK: „Ja, ja.“) Und ähm weil es nicht immer das ist, was man selber empfindet. Sondern dann natürlich es ist im ersten Moment „Das empfinde ich. Muss ich nachfragen, ist es das?“ Aber okay „Könnte es vielleicht auch noch 'ne andere Seite geben, die ich nicht sehe und auch nicht empfinde?“, dann muss ich da wirklich nachdenken (GK: „Mhm, mhm.“) grübeln (IP4 lacht.) „Könnte es das jetzt vielleicht sein?“ Das war ganz gut, ja.“ (FolgeIV4_Z: 1164-1173+1179-1187)*

Eine andere befragte Person äußert neben den von ihr als lernförderlich erlebten Effekten (v.a. Förderung selbstreflexiver Fähigkeiten) der das gesamte Studium durchziehenden Fallbesprechungen auch zwei Kritikpunkte: Erstens, dass die Studierenden manchmal keine problematischen Praxissituationen erlebt haben und sich dann im Semester für die Fallbesprechungen problematische Fälle *„aus den Fingern saugen, wo eigentlich gar kein Problem war, so ungefähr, ne. Und dann ähm ja wird dieses Problem drei Stunden analysiert“*⁸⁴². Und zweitens, dass ihrer Einschätzung nach die besprochenen problematischen Situationen immer nur eine*n einzelne*n Studierende*n betreffen würden, nicht rückgängig zu machen sein und nur sehr selten wieder auftreten würden, dafür aber *„zu breit getreten“*⁸⁴³ werden würden. Sie wünscht sich, dass die vorhandenen Reflexionsräume im Studium beibehalten werden, aber deren Ausgestaltung überdacht und weiterentwickelt wird.⁸⁴⁴

19.1.2.3.3 Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen

Die Strategie der Pflegelehrenden *„Lernenden Lernaufgaben an(zu)bieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“* wird von den wenigen Lernenden, die sie im Interview thematisieren, grundsätzlich als lernförderlich eingeschätzt.⁸⁴⁵ Beispielsweise erzählt eine befragte Person von einer Lernaufgabe, die auf das Führen sowie Reflektieren eines biografieorientierten Gesprächs mit einem pflegebedürftigen Menschen abhob und die alle Lernenden ihres Kurses zweimal bearbeiten sollten.⁸⁴⁶ Die befragte Person ist durch

⁸⁴² FolgeIV10_GM: 01:00:32-01:00:41

⁸⁴³ FolgeIV10_GM: 01:01:07f.

⁸⁴⁴ Vgl. FolgeIV10_GM: 00:58:51-01:01:27.

⁸⁴⁵ Vgl. u.a. ErstIV18_GM: 01:46:36-01:47:35+01:51:15-01:57:24 und ErstIV8b_GM: 00:21:30-00:22:05.

⁸⁴⁶ Vgl. ErstIV18_GM: 01:46:36-01:47:35+01:51:15-01:57:24.

ihre Bearbeitung der Lernaufgabe und deren anschließender Diskussion im Kurs bewusst geworden, dass Pflegende mittels der Methode „biografieorientiertes Gespräch“ viele individuelle, pflegerelevante Informationen über pflegebedürftige Menschen gewinnen können, beispielsweise über deren Vorlieben, Bedürfnisse und Gewohnheiten. Zudem können Informationen gewonnen werden, die Pflegende unterstützen, beobachtete Erlebens- und Verhaltensweisen pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund ihrer Biografien zu verstehen. Die gewonnenen Informationen können, so die befragte Person, Anlass sein, die bisherige Pflege(planung) des jeweiligen Menschen zu überdenken, sie neu auszurichten bzw. umzustrukturieren. Sie erwähnt in diesem Kontext, dass durch ein Biografiegespräch, das ein*e Mitarbeiter*in eines ambulanten Pflegedienstes geführt hat, den Pflegenden die Kriegserfahrungen (beobachtete Vergewaltigungen naher Familienangehörigen) einer Patientin erstmalig bekannt wurden, wodurch deren ablehnende Haltung gegenüber männlichen Pflegenden in ein neues Licht gerückt wurde. Die befragte Person erlebte die o.a. Lernaufgabe als so lernförderlich bzw. die Methode „biografieorientiertes Gespräch“ als so sinnvoll, dass sie diese von sich aus ein weiteres Mal während eines Einsatzes in der ambulanten Pflege einsetzte. Auch dieses Mal überzeugten sie dessen positive Effekte sowohl im Hinblick auf das Gewinnen zusätzlicher pflegerelevanter Informationen als auch im Hinblick auf eine Steigerung des Wohlbefindens der erzählenden Person.⁸⁴⁷

Eine andere befragte Person erzählt von der Lernaufgabe, für einen pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten Pflege eine Pflegeanamnese zu schreiben. Sie berichtet, dass ihr hierdurch und auch durch den ambulanten Praxiseinsatz als Ganzes (s. Kapitel 19.1.1.2.3), bewusst geworden sei, „*dass Patienten nicht immer nur Patienten sind, sag `ich jetzt mal so, ne, sondern dass sich dahinter noch jemand anderes verbirgt, halt, das fand ich ganz gut.*“⁸⁴⁸

Zugleich zeigte die Analyse, dass beim Bearbeiten von Lernaufgaben, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen, Probleme auftreten können, die deren lernförderliche Wirkungen beeinträchtigen und seitens der Pflegelehrenden mitbedacht werden sollten. Beispielsweise erzählt eine andere befragte Person von derselben, weiter oben beschriebenen Lernaufgabe zum biografieorientierten Gespräch.⁸⁴⁹ Die Person schätzt diese Lernaufgabe grundsätzlich als lernförderlich ein⁸⁵⁰, erlebte allerdings in ihrem Falle beide Umsetzungen dieses Auftrages als sehr belastend und wenig lernförderlich. Im ersten Falle fühlte sich die Person zu dem für sie zu frühen Ausbildungszeitpunkt noch nicht bereit,

⁸⁴⁷ Vgl. ErstIV18_GM: 01:54:45-01:55:12.

⁸⁴⁸ ErstIV8b_GM: 00:21:55-00:22:05

⁸⁴⁹ Vgl. ErstIV4_Z: 908-943, 1745-1779.

⁸⁵⁰ Vgl. ErstIV4_Z: 942f., 1751f., 1763, 1767.

ihn zu erfüllen, jedoch unter dem Druck stehend, dieses tun zu müssen. In dem Biografiegespräch erlebte sie sich dann als überfordert und unwohl, da sie ihrem Gegenüber, einer Pflegeheimbewohnerin den Sinn des Gesprächs nicht ausreichend klar machen konnte, sie unter Zeitdruck geriet, da diese nicht aufhörte von sich zu erzählen und sie u.a. auf grundlegende Probleme mit der Gesprächsstrategie „Paraphrasieren“ stieß.⁸⁵¹ Im zweiten Falle wurde die Lernaufgabe als Modul-Abschluss gewertet und die befragte Person war zu diesem Zeitpunkt in einer Krippe einer Kindertagesstätte eingesetzt, wodurch sie ein Krippenkind als „Prüfungschild“⁸⁵² auswählen musste.⁸⁵³ Die Person erlebte es als „furchtbar“⁸⁵⁴, das Kind in dieser von außen festgelegten Zeit zu Themen zu befragen, die für es in dem Moment nicht präsent waren und über das von ihr bemerkte Unbehagen des Kindes durch Anschlussfragen hinwegzugehen. Sie entschied sich in der Situation dann schließlich dafür, nicht weiter „zu stochern“.⁸⁵⁵ Von der begleitenden Lehrperson erhielt sie, so die befragte Person, die Rückmeldung, sie hätte nicht auf die Situation eingehen können. Die Person sah sich in der Situation in einem Konflikt zwischen dem eigenen Interesse als Studierende*r, den Modulabschluss zu machen und ihrer Überzeugung als Pflegende*r, die Grenzsetzungen des kleinen Jungen zu respektieren, d.h., zu akzeptieren, wann er was und wie über sich erzählen möchte. Die Person hatte für sich erkannt, dass sie sehr wohl im Gespräch auf den Jungen eingehen konnte, dass es für sie aber in dem Moment Grenzen gab bzw. sie seine Antworten nicht „abrufen“⁸⁵⁶ konnte und wollte. Sie lernte dadurch auch, dass Eingehen auf die Situation durchaus bedeuten kann, nicht mehr weiter zu fragen und wahrgenommene Grenzen des Gegenübers zu akzeptieren.

19.1.2.3.4 Lernenden Simulationen anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen

Die Strategie „Lernenden Simulationen an(zu)bieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ beinhaltet ein in der Pflegeausbildung relativ neues, noch wenig verbreitetes Lernangebot, das Lernenden ermöglicht, in einer der Arbeitsrealität möglichst stark angenäherten Umgebung durch Interaktionen mit Simulationspatient*innen pflegerische Fähigkeiten und Fertigkeiten zu üben und (weiter-)zuentwickeln⁸⁵⁷, in diesem Falle zielt das Lernangebot auf die Förderung empathischer Fähigkeiten. In der vorliegenden Untersuchung erzählt nur eine befragte Person, sowohl im Erst- als auch im Folgeinterview, von dieser Lernmöglichkeit und deren lernförderlichen Effekten auf ihre Fähigkeit zu

⁸⁵¹ Vgl. ErstIV4_Z: 1745-1806.

⁸⁵² ErstIV4_Z: 917

⁸⁵³ Vgl. ErstIV4_Z: 908-943.

⁸⁵⁴ ErstIV4_Z: 910

⁸⁵⁵ ErstIV4_Z: 939

⁸⁵⁶ ErstIV4_Z: 937

⁸⁵⁷ Vergleiche zum arbeitsorientierten Lernen durch Simulationen Kapitel 19.1.2.3.5 der vorliegenden Arbeit.

pflegerischer Empathie.⁸⁵⁸ Es handelte sich hierbei um folgendes Lernarrangement: Pflegelehrende suchten in Kleingruppen eine Simulationspatientin in einer simulierten Umgebung (häusliches Umfeld in der ambulanten Pflege) über einen längeren Zeitraum (4-5 Wochen) hinweg einmal wöchentlich auf, um mit ihr zusammen ihre Pflege zu planen und daraufhin eine schriftliche Pflegeplanung zu erarbeiten. Zwischen den Terminen fanden Beratungsgespräche der Lernenden mit den begleitenden Dozierenden statt. Die befragte Person erlebte dieses Lernangebot als lernförderlich, da sie durch dieses erstmalig für die große Diskrepanz zwischen den Bedürfnissen, die die Pflegelehrenden der Simulationspatientin zuschrieben und den von dieser tatsächlich geäußerten Bedürfnissen sensibilisiert wurde. Hierdurch wurde sie ferner für ein bewussteres Wahrnehmen der Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen aus deren Perspektive bzw. ihres Befindens und ihrer aktuellen Prioritäten sensibilisiert. Der nachfolgende Interviewauszug veranschaulicht die Lerneffekte, die die Person diesem Lernangebot zuschreibt.

IP2: „Dann auch (IP2 lacht kurz auf.) auch durch das vermehrte Pflegeplanungsschreiben (IP2 lacht kurz auf.) auf jeden Fall, (es ist?), (das?) fällt mir gerade so auf. Also das hat mir auch geholfen, Patienten bewusster wahrzunehmen und zu gucken „Was ähm sind die Bedürfnisse, die ich sehe? Und was sind aber auf der anderen Seite die Bedürfnisse, die der Patient sieht?“. Also wir hatten da einen Abschluss und ähm wo wir halt eine Pflegeplanung mit dem Patienten zusammen geschrieben haben. (GK: „Ach so äh.“) Und ähm ja, das fand ich eine ganz interessante Erfahrung, weil man ja vorher immer über den Patienten geplant hat, und das Modul war auch an der Hochschule, und jetzt dann zum ersten Mal mit dem Patienten, und ähm ja dass das total auseinander geht (IP2 lacht kurz auf.) genau. Das hat mir auch auf jeden Fall geholfen. [...] Und ähm ja ich finde, das ist ja auch einfühlsam auf den Patienten eingehen, also auf jeden Fall das mit ihm zusammen zu planen und zu gucken. Also man erfährt ja auch ganz viel, wenn man das zusammen schreibt, wie es dem Patienten geht und was ihm gerade wichtig ist (GK: „Ja.“) genau. Also das hat mir auf jeden Fall auch geholfen. Und da wurde mir das auch noch mal klar vermittelt, weil am Anfang, wo wir angefangen haben, diese Pflegeplanung zu schreiben, wir hatten dann parallel noch Beratungstermine, genau, und da hatte man noch einen anderen Blick, obwohl man sich ja mit dieser Patientin (IP2 räuspert sich.) getroffen hatte, als am Ende. Also, da, in dem Modul konnte man, finde ich, seinen eigenen Verlauf sehr gut erkennen (GK: „Mhm.“) ja genau. Also da wurde mir das auf jeden Fall vermittelt.“ (FolgeIV2_Z: 833-843+858-868)

Die Person erlebte das gemeinsame Schreiben der Pflegeplanung mit der Simulationspatientin als so sinnvoll, dass sie daraufhin dieses Vorgehen während eines späteren Einsatzes auf einer Palliativstation, also in der Berufswirklichkeit, mit Erfolg ausprobierte.⁸⁵⁹

19.1.2.3.5 Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf den Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie

Die vier soeben beschriebenen Strategien von Pflegelehrenden „Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren“, „Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systema-

⁸⁵⁸ Vgl. ErstIV2_Z: 782-788, 836-854 und vgl. FolgeIV2_Z: 833-843, 848-868.

⁸⁵⁹ Vgl. FolgeIV2_Z: 855-862.

tischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben“, „Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ sowie „Lernenden Simulationen anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ finden sich in unterschiedlicher Verteilung in den Interviews der Befragten wieder, wenn man diese ihren fünf schulischen Lernorten zuordnet. Während die erste Strategie „Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren“ von Lernenden aller fünf Lernorte angesprochen wird, wurden die anderen drei Strategien „Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“, „Lernenden durch regelmäßige, begleitete Fallbesprechungen Raum zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen geben“ sowie „Lernenden Simulationen anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ bis auf sehr wenige Ausnahmen aus dem Interviewmaterial der Befragten des dualen Studiengangs erarbeitet. Lediglich eine weitere befragte Person einer anderen Pflegeschule thematisierte knapp die lernförderlichen Effekte der Strategie „Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ (s. Kapitel 19.1.2.3.3). Ebenso äußerte sich auch nur eine weitere Person einer anderen Pflegeschule, ebenfalls sehr kurz, zu den lernförderlichen Effekten der gemeinsamen Reflexion von selbsterlebten Pflegesituationen, die eher spontan in den Unterricht eingebracht werden. Bei dieser Reflexion scheint der Schwerpunkt v.a. darauf zu liegen, durch den Austausch im Kurs neue Handlungsoptionen zu gewinnen und weniger darauf, die Situation bzw. die Perspektiven der unterschiedlichen Personen tiefergehend zu verstehen (s. Fußnote im Unterkapitel 19.1.2.3.2).

Dieser Umstand legt zwei Annahmen nahe, nämlich erstens, dass die Pflegelehrenden der anderen drei bzw. vier Pflegeschulen die soeben beschriebenen drei Strategien nicht einsetzen und/oder zweitens, dass sie sie zwar einsetzen, die Befragten sie jedoch nicht als förderlich im Hinblick auf ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie erleben. Die Analyse der Textsequenzen, in denen Wünsche und Ideen zur Verbesserung des Lernens pflegerischer Empathie thematisiert wurden, ergab jedoch, dass die Mehrzahl der Befragten für sich einen großen Bedarf an arbeitsverbundenen sowie arbeitsorientierten Lernangeboten sieht bzw. diesen ein Lernpotenzial zuschreibt, was für die Richtigkeit der ersten Annahme spricht.

Nachfolgend werden die Ideen der Befragten zu arbeitsverbundenen sowie arbeitsorientierten Lernangeboten skizziert.⁸⁶⁰ Die Befragten wünschen sich zum einen das

⁸⁶⁰ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegebildung ausgeführt werden.

Beibehalten bestehender Lernangebote, die der Strategie „Lernende zu Rollenspielen anregen und diese systematisch und gemeinsam im Unterricht reflektieren“ zuzuordnen sind. Sie regen allerdings an, diese Lernangebote qualitativ und z.T. auch quantitativ weiter auszubauen bzw. zu optimieren im Hinblick auf a) mehr Begleitung durch bzw. Präsenz von Lehrenden während der Rollenspiele und auch mehr Feedback von ihnen in der Auswertung der Rollenspiele⁸⁶¹ sowie b) mehr Selbsterfahrungs-Möglichkeiten im Pflege-labor/Praxisraum der Pflegeschule in der Patient*innenrolle⁸⁶². Beispielsweise schlagen die Befragten vor, dass Lernende die Rolle eines pflegebedürftigen Menschen übernehmen könnten, der von einer Pflegeperson im Rahmen einer Pflegeplanung interviewt wird, um dadurch zu merken, wie es ist, „*wenn man, ja nicht verstanden wird*“⁸⁶³ oder auch, dass sie einen pflegebedürftigen Menschen spielen könnten, der mobilisiert wird.⁸⁶⁴

Zum anderen wünschen sich die Befragten neben dem Beibehalten bestehender insbesondere das Schaffen neuer bzw. zusätzlicher Reflexionsangebote/-räume, die auf die gemeinsame Reflexion von selbsterlebten Pflegesituationen zielen bzw. auf die Reflexion ihrer Erfahrungen mit pflegerischer Empathie.⁸⁶⁵ Die befragte Person, die von den lernförderlichen Effekten hinsichtlich ihrer empathischen Fähigkeiten durch die gemeinsame Reflexion von selbsterlebten Pflegesituationen erzählt hatte, die an ihrer Pflegeschule eher spontan in den Unterricht eingebracht werden (s. Kapitel 19.1.2.3.2), äußert den Wunsch, diese Reflexionsangebote auszubauen. Sie schlägt vor, sie über die gesamte Ausbildung hinweg curricular zu verankern (z.B. einmal wöchentlich), betont jedoch deren besondere Bedeutung am Ausbildungsbeginn, „*weil viele so ins kalte Wasser geschmissen werden und dann auch auf Station schon in den ersten Wochen alleine arbeiten*“⁸⁶⁶. Eine befragte Person des dualen Studiengangs betont ebenfalls den Bedarf an zusätzlichen Reflexionsangeboten am Ausbildungsbeginn, beispielsweise nach dem ersten Praxiseinsatz, da man „*doch sehr häufig mit schwierigen Situationen konfrontiert (wird) in der Pflege*“⁸⁶⁷. Eine andere Person einer Pflegeschule, von der sich in den Interviews keiner der diese Schule besuchenden Befragten zu Reflexionsangeboten geäußert hat, äußert den Wunsch nach regelmäßigen Reflexionsräumen an ihrer Pflegeschule, um reale Pflegesituationen im Kurs gemeinsam und ohne Zeitdruck reflektieren zu können.⁸⁶⁸ Die nachfolgende Interviewpassage zeigt den Wunsch einer weiteren befragten Person des dualen Studiengangs nach zusätzlichen Reflexionsangeboten, die Lernende unterstützen,

⁸⁶¹ Vgl. FolgeIV1_Z: 946-956.

⁸⁶² Vgl. ErstIV2_Z: 805-817 und FolgeIV2_Z: 1120-1153.

⁸⁶³ FolgeIV2_Z: 1153

⁸⁶⁴ Vgl. FolgeIV2_Z: 1120-1153.

⁸⁶⁵ Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 956-972.

⁸⁶⁶ Vgl. ErstIV11_GM: 00:41:27-00:42:43+00:43:58-00:44:33.

⁸⁶⁷ Vgl. ErstIV9_GM: 00:57:08-00:58:47.

⁸⁶⁸ Vgl. ErstIV8a_GM: 01:21:06-01:21:51.

ein Bewusstsein für die Bedeutung von Perspektivwechseln zu entwickeln bzw. bei ihnen diesbezügliche Fähigkeiten anzubahnen. Grundsätzlich könnten derartige Reflexionsangebote sowohl am Lernort Betrieb als auch am Lernort Schule verortet sein.

IP4: *„Und ähm weiterhin fände ich es wichtig, dass man so nach einem Jahr ungefähr mal mehr Sachen übt, mehr Sachen ähm reflektiert bekommt von außen. Dass man ähm viel mehr über Praxisbeispiele spricht, die äh wo 's mal gut gelaufen ist, wo 's weniger gut gelaufen ist, dass es da sollte es nicht nur [das bestehende curricular verankerte Reflexionsangebot der Hochschule] geben, sondern nochmal irgendwie 'ne Sache, wo man lernt „Okay, das ist Deine Sicht. Geh nochmal raus.“ Ich musste auf die Erkenntnis warten bis jetzt ins fünfte Semester (GK: „Ja.“) ne? das könnte vielleicht kann es schon eher passieren. (GK: „Ja.“) Vielleicht? ich bin mir aber nicht sicher, ob es vielleicht auch die Zeit braucht, um reifer zu werden. (GK: „Mhm, mhm.“) Man könnte es auf jeden Fall probieren. Das ähm fände ich noch wichtig.“ (FolgeIV4_Z: 1324-1333)*

Die nachfolgende Interviewsequenz gibt den zweiten Wunsch dieser Person wieder, die Reflexion bzw. Analyse von Pflegesituationen aus verschiedenen Perspektiven häufiger und über alle Module hinweg in Unterrichte einzubauen.

IP4: *„Und ähm ja es ist, es wäre schön, wenn wenn das [= pflegerische Empathie, GK] immer mal wieder so aufgegriffen wird in den in den Modulen, dass man ähm noch mal irgendwelche Modelle bespricht, wie hätte man reagieren können und ähm „Was macht das gerade mit Ihnen? Was macht das mit dem Patienten?“ Dass man das immer wieder einbaut so schleichend, ohne dass man jedes Mal, weil wir haben ja dann alle schon 'n gewisses Grundwissen, dass man das einfach noch mal aufgreift. Und ähm joa das einfach noch mal analysiert.“ (vgl. ErstIV4_Z: 1740-1745).*

Zudem wünschen sich die Befragten zusätzliche Lernangebote, die der Strategie „Lernenden Lernaufgaben anbieten, die auf die Förderung pflegerischer Empathie abzielen“ zugeordnet werden können bzw. die diese um den Aspekt der Förderung von Selbsterfahrung und -reflexion erweitern und für deren Bearbeitung sie am Lernort Betrieb zeitlich freigestellt werden. Beispielsweise besteht der Wunsch, Selbsterfahrung in der Rolle pflegebedürftiger Menschen zu sammeln, u.a. durch das Angelegt-Bekommen einer Fixierung oder durch das Transportiert-Werden mit einem Lifter.⁸⁶⁹ Zudem werden als mögliche Inhalte auf die Förderung empathischer Fähigkeiten zielender Lernaufgaben das gemeinsame Schreiben einer Pflegeplanung mit einem pflegebedürftigen Menschen, das Führen von Anamnese- sowie von kleinen Beratungsgesprächen und auch die Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen allgemein benannt.⁸⁷⁰ Darüber hinaus schlägt eine Person vor, Lernaufgaben einzusetzen, in denen „dieser individuelle Hilfebedarf“ pflegebedürftiger Menschen insbesondere fokussiert wird und/oder „in den(en) man die Aufgabe bekommt, noch mal darauf speziell zu achten, ob das auf der Station, ob da in der Station darauf geachtet wird oder nicht“.⁸⁷¹

⁸⁶⁹ Vgl. FolgeIV2_Z: 1240-1249.

⁸⁷⁰ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1085-1106, 1114-1129 und FolgeIV2_Z: 1220-1227.

⁸⁷¹ Vgl. ErstIV18_GM: 01:47:46-01:48:14.

Darüber hinaus zeichnet sich ein großer Wunsch bzw. Bedarf nach neuen, in der bisherigen Ausbildung von den Befragten nicht bzw. als unzureichend erlebten Lernangeboten im Hinblick auf die indirekte Förderung empathischer Fähigkeiten ab, nämlich die Förderung selbiger durch das gezielte Trainieren sowohl der kommunikativen Fähigkeiten als auch der pflegepraktischen Fertigkeiten der Lernenden. Die Wünsche der Befragten nach Lernangeboten, die ihnen ermöglichen, ihre kommunikativen sowie pflegepraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten stärker als bisher bzw. überhaupt zu trainieren, können dem arbeitsorientierten sowie dem arbeitsverbundenen Lernen zugeordnet werden. Dass die Befragten der Förderung sowohl ihrer kommunikativen Fähigkeiten als auch ihrer pflegepraktischen Fertigkeiten im Zusammenhang mit dem Lernen pflegerischer Empathie eine solche Bedeutung zuschreiben, mag auf den ersten Blick irritieren. In den nachfolgenden zwei Absätzen wird auf die, aus der Perspektive der Befragten wichtigen, diesbezüglichen Zusammenhänge näher eingegangen.

Zum einen wurde im Interviewmaterial ein großer Wunsch nach einer individuelleren (i.S.v. orientiert am Entwicklungsstand der jeweiligen Lernenden), praxisnäheren (i.S.v. orientiert an den Zielgruppen pflegerischer Kommunikation, z.B. Kommunikation mit alten Menschen) sowie intensiveren und praktischer orientierten Förderung der kommunikativen Fähigkeiten von Pflegelernenden als bisher identifiziert.⁸⁷² Diese sollte zudem bereits ab dem Ausbildungsbeginn einsetzen.⁸⁷³ Hierdurch könnten Lernende, nach Einschätzung der Befragten, unterstützt werden, eigene Unsicherheiten und Ängste in bzw. vor pflegerischen Kontakten abzubauen, ebenso könnten ihr „Selbstbewusstsein“ (s.u.) und ihre „Selbstsicherheit“ (s.u.) gestärkt werden. Ferner könnten sie hierdurch sensibilisiert und gefördert werden, sich auf pflegerische Begegnungen bzw. zu pflegende Menschen bewusster einzulassen. Diese Punkte stellen für die Befragten wesentliche Voraussetzungen dar, um sich pflegebedürftigen Menschen überhaupt empathisch zuwenden zu können.⁸⁷⁴ Eine befragte Person drückt diesen Zusammenhang wie folgt aus:

IP1: „...weil zuerst gehts ja erstmal darum, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken und zu fördern, das weil derjenige sonst nie `n Zugang finden könnte zum Patienten beziehungsweise schwierig und halt auch nicht dieses Gespür dafür entwickeln könnte, das ist auf jeden Fall die eigene Zufriedenheit die ganz wichtig ist und und die Selbstsicherheit. [...] Dass sie [= die Pflegelehrenden, GK] direkt von Anfang an die Schüler wirklich früh auch da gefördert werden, dass sie mit anderen Menschen in Kontakt treten müssen, mit ihnen zusammenarbeiten müssen und halt auch selbstbewusst werden. Ich glaub, das ist gerade am Anfang ganz wichtig, dass das äh gestärkt wird.“ (ErstIV1_Z: 1208-1212+1218-1221)

Eine weitere Person erzählt von einem ihr bekannten generalistischen Ausbildungsgang

⁸⁷² Vgl. u.a. FolgeIV1_Z: 948-956, ErstIV3_Z: 1816-1908 und ErstIV4_Z: 1633-1680.

⁸⁷³ Vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 1170-1189.

⁸⁷⁴ Vgl. u.a. ErstIV1_Z: 1208-1221.

Pflege, in dem sich die Lernenden im ersten Theorieblock und im ersten Praxiseinsatz überwiegend mit dem Thema „Kommunikation“ auseinandersetzen würden, was sie als hilfreich einschätzt. In dem nachfolgenden Interviewauszug dieser Person zeigt sich, wie auch in der vorausgegangenen Interviewsequenz, das Phänomen der Unsicherheit im Umgang mit Patient*innen insbesondere zu Beginn der Ausbildung, als ein scheinbar selbstverständliches bzw. allgemein verbreitetes, zu deren Bewältigung sich Lernende Unterstützung wünschen.

IP2: „...sie [= die Lernenden der generalistischen Pflegeausbildung, GK] sollen sich eigentlich vorher [= im ersten Praxiseinsatz, GK] einfach quasi trainieren, wie sie mit Patienten kommunizieren und die Unsicherheit verlieren und, die ja am Anfang einfach auch besteht. Ja. Also, das finde ich eigentlich einen ganz schönen Ansatz. Finde ich für unser Studium auch hilfreich.“ (ErstIV2_Z: 1186-1189)

Die Befragten äußern zudem beispielsweise den Wunsch danach, in der Pflegeschule nicht nur theoretisches bzw. normatives Wissen zu Kommunikation vermittelt zu bekommen. Sie wünschen sich zusätzlich ein praktisch ausgerichtetes Lernarrangement, um kommunikatives Handeln unter Begleitung beispielsweise von Dozierenden intensiv(er) üben und reflektieren zu können.⁸⁷⁵ Eine Person verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Verhaltenscoaching“⁸⁷⁶, andere Formulierungen wie beispielsweise „mehr (zu) üben“⁸⁷⁷, „Kommunikation im Rollenspiel lernt und nicht nur aufschreiben und Theorie, ne, das ist, das kann ich nicht umsetzen“⁸⁷⁸ bzw. den Begriff „trainieren“⁸⁷⁹.

Die nachfolgenden zwei Interviewsequenzen veranschaulichen zum einen die Unzufriedenheit einer befragten Person mit den bestehenden Lernangeboten ihrer Pflegeschule zum Thema „Kommunikation“ und zum anderen auch ihr Gefühl mit der Anwendung des theoretisch vermittelten Wissens zu sehr allein gelassen zu werden. Sie wünscht sich, dass die bereits vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten der einzelnen Lernenden am Lernort Schule stärker anerkannt, berücksichtigt sowie individueller gefördert werden, v.a. auch praktisch, und dass nicht nur normative Konzepte der Gesprächsführung, u.a. „dass man doch immer wieder ähm paraphrasieren soll, dass man das auch verstanden hat“⁸⁸⁰, theoretisch vermittelt werden.

IP4: „Und ähm das fand ich irgendwie total daneben, dass man also es wurde uns [= dem Kurs, GK] im Prinzip gesagt, wir können uns nicht unterhalten. Dabei konnten wir das ja alle. Es wurde nicht drauf eingegangen, was wir jetzt schon gut können und was wo vielleicht Ausbaufähigkeiten sind. Sondern es wurde von Grund auf gesagt „So und so muss das aussehen und das müsst ihr alles

⁸⁷⁵ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 01:07:33-01:08:50 und ErstIV4_Z: 1633-1650.

⁸⁷⁶ FolgeIV1_Z: 953

⁸⁷⁷ ErstIV4_Z: 1633f.

⁸⁷⁸ ErstIV13_GM: 01:08:16-01:08:25

⁸⁷⁹ FolgeIV2_Z: 1187

⁸⁸⁰ ErstIV4_Z: 1774f.

machen" und das fand ich total furchtbar.“ (ErstIV4_Z: 1787-1791)

IP4: *„Also sie [= die Lehrenden, GK] haben uns das [= normative Konzepte der Gesprächsführung, GK] zwar gegeben, wies sein sollte, ja, und damit stehen wir jetzt da und müssen das, währenddessen wir alles andere irgendwie lernen, auch noch immer wieder aufarbeiten und sich immer wieder selber reflektieren. Und das ist echt schwierig.“ (ErstIV4_Z: 1647-1650)*

Neben dem Wunsch nach neuen Lernangeboten zur Förderung der kommunikativen Fähigkeiten Pflegelernender konnte, wie bereits erwähnt, ein deutlicher Wunsch nach einer stärkeren Förderung ihrer pflegepraktischen Fertigkeiten identifiziert werden. Die Befragten wünschen sich mehr pädagogisch begleitete Übungsmöglichkeiten zur Aneignung von Pflege Techniken, Bewegungskonzepten und Pflegeinterventionen, zunächst in einer simulierten Arbeitsumgebung am Lernort Schule⁸⁸¹ und anschließend unter realen Praxisbedingungen bzw. an „echten“ Patient*innen und Bewohner*innen am Lernort Betrieb. Anders ausgedrückt wünschen sich die Befragten der vorliegenden Untersuchung, dass Lernende künftig ihre pflegepraktischen Fertigkeiten in einem handlungsentlasteten Lernsetting unter Anleitung trainieren können, statt sich diese, wie bisher oftmals erlebt, in der Pflegeberufswirklichkeit auf sich allein gestellt anzueignen.⁸⁸²

Dieser Wunsch der Befragten mag, wie bereits erwähnt, auf den ersten Blick irritieren im Zusammenhang mit dem Lernen pflegerischer Empathie. Aus der Perspektive der befragten Lernenden heraus betrachtet, ist er jedoch plausibel. Viele der Befragten sehen sich in ihrer Pflegeausbildung herausgefordert, den überwiegenden Teil der Pflege Techniken bzw. -interventionen am Lernort Betrieb an realen pflegebedürftigen Menschen zu erlernen bzw. zu trainieren, wobei sie nachvollziehbarer Weise von Ausbildungsbeginn an den Fokus ihrer Aufmerksamkeit hierbei in erster Linie auf die möglichst korrekte Durchführung von Pflege Techniken bzw. -interventionen richten (müssen). Folglich haben sie für das jeweilige zu pflegende Gegenüber in der konkreten Anwendungssituation kaum bis keine weiteren Aufmerksamkeitskapazitäten zur Verfügung (s. Kapitel 17.4.2.1.5). Lernende werden somit, in Ermangelung arbeitsorientierter Lernangebote wie beispielsweise einem Training pflegepraktischer Fertigkeiten sowie pflegerischer Interventionen (Skills-Lab), unbeabsichtigt von Ausbildungsbeginn an dazu „gedrängt“, in konkreten Pflegesituationen ihre Aufmerksamkeit von den zu Pflegenden abzuziehen, um sich auf die fachgerechte Durchführung von Pflege Techniken konzentrieren zu können, was nachvollziehbarer Weise der Anwendung sowie Weiterentwicklung ihrer empathischen Fähigkeiten abträglich ist.

⁸⁸¹ Die Befragten der vorliegenden Untersuchung erlebten es teilweise als sehr unangenehm, pflegerische Skills von Anfang an direkt an „realen“ Patient*innen üben zu müssen und bevorzugten, zuvor an Modellen und/oder aneinander üben zu können (vgl. u.a. FolgeIV2_Z: 1154-1158 und ErstIV4_Z: 1655-1657).

⁸⁸² Vgl. u.a. ErstIV5_Z: 1231-1300+1432-1441, FolgeIV5_Z: 1311-1340, FolgeIV13_GM: 01:07:50-01:11:27 und ErstIV14_GM: 01:12:55-01:16:39.

Zudem fehlen ihnen, in Ermangelung derartiger arbeitsorientierter sowie arbeitsverbundener Lernangebote, an vier der fünf in die vorliegende Untersuchung einbezogenen Pflegeschulen Übungsmöglichkeiten sowie pädagogische Impulse, pflegerische Techniken bzw. Interventionen, insbesondere auch neue, in der Pflegepraxis noch nicht so verbreitete, nicht nur technisch korrekt durchzuführen, sondern sie situativ und am jeweiligen pflegebedürftigen Menschen orientiert auszuwählen, auszugestalten bzw. kreativ abzuwandeln.

IP5: „So und ich würde mir auch mehr noch wünschen ähm [...] Also mir fehlt manchmal so ein bisschen dieses, dass ich bei dem Patienten stehe und denke so „Ach Scheiße, ich hätte mir jetzt aber eigentlich gewünscht, mir hätte jemand noch fünf Mal mehr so dieses kinästhetische Arbeiten im Einzelnen für unterschiedliche Personen gezeigt“, und nicht einfach nur einen Tag [...] Und äh klar kann man sagen, das ist eine Übung, die kann man auf alle anwenden. Aber das fängt ja schon damit an, ob man jemanden mobilisiert kinästhetisch, der eins neunzig ist oder ganz klein und dick. Und da hätten wir in der Klasse, denke ich, noch viel, viel besser so aneinander üben können. Oder auch mal nochmal ins Krankenhaus gehen können (GK: „Ja.“) vielleicht dass einzelne Lehrer, wär auch `ne schöne Sache, oder dafür sind ja eigentlich die Praxisanleiter da, aber es ist halt einfach oft nicht so, mit denen nochmal so Sachen durchüben, ohne dass es um eine Note geht oder `ne Beurteilung, sondern einfach nochmal um diese Fertigkeiten individuell und dann anzuwenden.“ (ErstIV5_Z: 1231+1235-1239+1273-1286)

Der Wunsch nach mehr Begleitung in der Praxis durch Pflegelehrende bzw. durch Mitarbeiter*innen der Hochschule bezieht sich zum einen, wie im Vorausgegangenen beschrieben, auf das Bedürfnis der Befragten, mehr Unterstützung bei der Entwicklung pflegepraktischer Fertigkeiten zu erhalten⁸⁸³, zugleich besteht jedoch auch ein Bedürfnis der Lernenden nach fachlichem Austausch und Reflexion mit Pflegelehrenden bzw. nach Beratung durch sie vor Ort in der Pflegeberufswirklichkeit.

IP18: „Mhm also vielleicht noch mehr Betreuung in der Praxis, vom von Seiten der [Hochschule A] also oder von Seiten auch ähm der [Pflegeschule A]. Wir haben ja Kontaktlehrer aber die, es klappt noch nicht so ganz mit den Abstimmungen und ob die nun auf die Station kommen oder nicht. Und man fühlt sich teilweise ein bisschen alleine gelassen und kann eben dann auch über bestimmte Situationen gar nicht angemessen reden, weil wenn ich jetzt mit meinen Eltern oder meinen Freunden oder Freundin drüber rede, dann, die betrachtet das natürlich aus einem ganz anderen Blickwinkel und kann mir dann natürlich keine professionelle Hilfe geben, sag ich mal. Äh, deshalb wäre es schon schön, wenn man, wenn man jemanden mit einem professionellen Hintergrund hat, der einem, der einem sagen kann „Die spezielle Situation äh, da haben Sie jetzt aber oder hätten Sie so und so vielleicht handeln können“ oder einem neue Wege aufzeigt, zum Beispiel.“ (ErstIV18_GM: 01:44:29-01:45:25)

19.2 Zur Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule

Nach der Erarbeitung der im Kapitel 19.1 dargelegten Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule, wurde der Versuch unternommen, diese umfangreichen deskriptiven Analyseergebnisse auf einer abstrakteren Ebene zusammen-

⁸⁸³ Vgl. u.a. ErstIV13_GM: 01:05:34-01:06:07.

führend zu betrachten, um dahinterliegende verbindende bzw. einflussnehmende Muster respektive Strukturen zu erkennen. Durch weitere, stärker auf Abstraktion zielende Analyseschritte und eine Bezugnahme auf die Textpassagen zu den Unsicherheiten und Problemen der Befragten beim empathischen Handeln in der Pflegeberufswirklichkeit, konnte eine das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule maßgeblich beeinflussende Tiefenstruktur identifiziert werden (s. Kapitel 16.8.4.3): Sämtliches Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule wird beeinflusst von dieser ihm zugrundeliegenden Tiefenstruktur. Diese wirkt aus der Tiefe heraus strukturierend auf die sich an der Oberfläche, d.h. an den einzelnen Pflege- bzw. Hochschulen vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse (= Handlungsebene). Hierunter sind strukturgebende Einflüsse sowohl auf die unterschiedlichen Curricula der Schulen (u.a. Auswahl und Gewichtung von Unterrichtszielen und -inhalten), auf die Unterrichtsvorbereitung der jeweiligen Pflegelehrenden als auch auf den konkreten Unterricht an sich gemeint. Diese, das Lernen pflegerischer Empathie beeinflussende Grundstruktur ist durch das Zusammenkommen zweier Komponenten bestimmt, nämlich erstens den „Kompetenzgrenzen der Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums“ und zweitens der „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“ (s. Abb. 34).

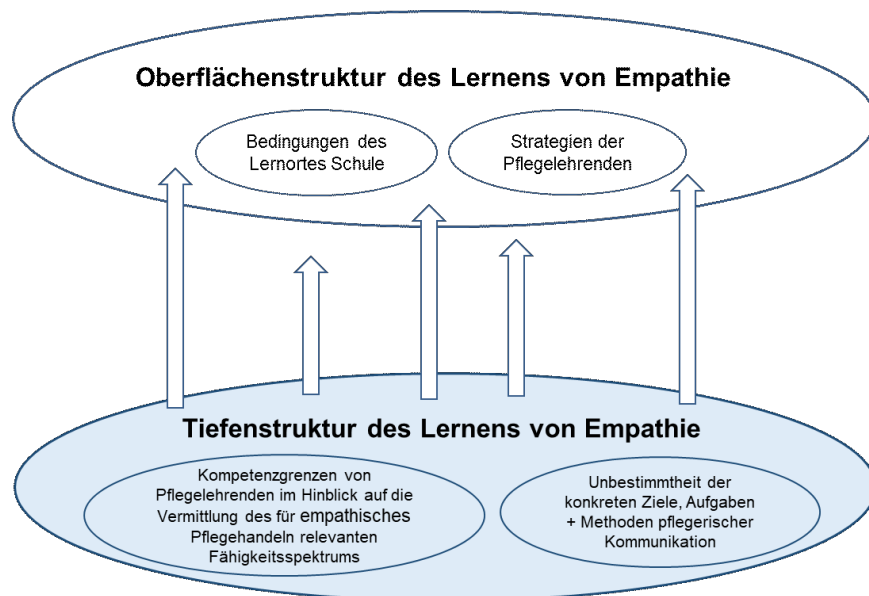


Abbildung 34: Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule

Das vorliegende Kapitel 19.2 ist der Darstellung dieser Tiefenstruktur vorbehalten. Sie liefert einen Erklärungsansatz, warum bei den befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung das Lernpotenzial des Lernortes Schule im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist.

19.2.1 Kompetenzgrenzen von Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums

Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Lernangebote, die Pflegelehrende den befragten Pflegelernenden machten, um deren Empathiefähigkeit zu fördern und die von letzteren als effektiv erlebt wurden, sind zahlreich. Im vorausgegangenen Kapitel 19.1.2 wurde die Kategorie „Strategien der Pflegelehrenden“ ausführlich erläutert, die diese Lernangebote bündelt und sie den drei Subkategorien „Einsatz von Lehr-/Lernmethoden, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“, „Vermittlung von Inhalten, die die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“ und „Einsatz von Konzepten zur Verbindung schulischen und betrieblichen Lernens pflegerischer Empathie“ zuordnet. Gemeinsam ist diesen auf pflegerische Empathie abhebenden Lernangeboten, dass sie v.a. auf die Vermittlung von Normen, (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen und einigen ausgewählten Gesprächstechniken zielen. Die Befragten schrieben diesen Lernangeboten als Lerneffekte v.a. eine Sensibilisierung für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen zu und den Erwerb von Methoden bzw. Techniken, wie sie deren Perspektiven erheben und berücksichtigen können. Vereinzelt berichteten einige Befragte auch von Lerneffekten im Hinblick auf personale Fähigkeiten wie beispielsweise Selbstreflexion, Selbstempathie und Selbstwert.

Mit den in der Untersuchung identifizierten Lernangeboten fördern Pflegelehrende viele wichtige Teilbereiche des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums. Die Analyse der Interviews deutet jedoch darauf hin, dass ein weiterer, sehr bedeutsamer Teilbereich des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums bei den befragten Lernenden nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße gefördert worden ist. Dieser umfasst, in dem breiten Spektrum der für pflegerische Empathie erforderlichen Fähigkeiten, die stärker ich-nahen (persönlichkeitsnahen bzw. personalen) Fähigkeiten, gemeint sind selbstregulative Fähigkeiten, insbesondere die Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung, der Gefühlsregulation und der Selbstreflexion.

Ein konstruktiver Umgang mit belastenden Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken, die in beruflichen Empath*innen ausgelöst werden (können), wenn sie sich kranken bzw. leidenden Menschen empathisch zuwenden, wurde in den Schulen, an denen die Befragten der vorliegenden Untersuchung ihre Pflegeausbildung absolvierten nicht bzw. unzureichend vermittelt. Hier stoßen Pflegelehrende m.E. berechtigterweise an ihre Kompetenzgrenzen. Mit Kompetenzgrenzen werden an dieser Stelle sowohl die Zuständigkeitsgrenzen der Rolle von Lehrenden in der Berufsbildung (Legitimation zur Initiierung von Lernprozessen, die primär auf die Stärkung selbstregulativer Fähigkeiten zielen) gemeint als

auch die Grenzen ihrer beruflichen Handlungskompetenzen (Qualifikation zur Gestaltung von Lernprozessen, die primär auf die Stärkung selbstregulativer Fähigkeiten zielen).

In Ermangelung diesbezüglicher Lernangebote waren die befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung weitestgehend auf sich selbst verwiesen, Strategien zu entwickeln, um in ihrem Ausbildungsberuf, in dem sie im Vergleich zu vielen anderen Berufen in einer besonderen Häufigkeit und Intensität mit eigenen und fremden potenziell belastenden Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken konfrontiert werden, handlungsfähig zu bleiben. Die Pflegeberufswirklichkeit forderte sie heraus, sowohl mit eigenen aversiven Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken umzugehen als auch mit belastenden Gefühlen sowie herausfordernden (non-, para- bzw. verbalen) Äußerungen der zu Pflegenden. Oftmals führte die fehlende bzw. unzureichende Förderung der emotionalen und selbstreflexiven Fähigkeiten der befragten Lernenden dazu, dass sie sich insbesondere sehr vulnerablen Patient*innengruppen⁸⁸⁴ aus Selbstschutz nicht empathisch zuwenden konnten und auf Vermeidungsstrategien zurückgriffen (s. Kapitel 17.4.2.1.1). In diesen Situationen wurden sie weder ihrem Gegenüber noch sich selbst gerecht (s. ebd.).

Die im Vorausgegangenen beschriebenen Kompetenzgrenzen des Berufs Pflegelehrende*r stellen einen möglichen Erklärungsansatz dar für die in der vorliegenden Untersuchung identifizierte Ausrichtung (Schwerpunktsetzung) der Förderung empathischer Fähigkeiten am Lernort Schule auf die Vermittlung von Normen, (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen und einigen ausgewählten Gesprächstechniken und damit für den Mangel an Lernangeboten zur Stärkung selbstregulativer, d.h. emotionaler sowie selbstreflexiver, Fähigkeiten der befragten Pflegelehrenden.

19.2.2 Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation

Als zweite Komponente der die pflegerische Empathie betreffenden Lehr-/Lernprozesse am Lernort Schule prägenden Tiefenstruktur konnte die „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“ identifiziert werden. Pflegerische Empathie, als eine Methode des pflegerischen Erkenntnisgewinns, ist unmittelbar in kommunikative Handlungsvollzüge eingebettet. Aus diesem Grunde ist sowohl empathisches Handeln als auch das Lernen pflegerischer Empathie u.a. maßgeblich von den kommunikativen Fähigkeiten der beruflichen Empath*innen, in diesem Falle der Pflegelehrenden, abhängig. Da in der Pflegewissenschaft und auch in der Pflegepraxis gegenwärtig (noch) kein Konsens darüber besteht, worin genau die Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation mit Patient*innen bzw. Bewohner*innen bestehen - u.a. auch

⁸⁸⁴ Beispielsweise psychisch erkrankten Menschen, Menschen mit Demenz und/oder schwerstkranken, onkologischen sowie sterbenden Patient*innen und Bewohner*innen (s. Kapitel 17.4.2.1.1).

in Abgrenzung von den Zielen, Aufgaben und Methoden der Kommunikation anderer in Gesundheitseinrichtungen arbeitenden Berufsgruppen wie beispielsweise Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen oder Seelsorger*innen - stehen Pflegelehrende, die pflegerische Kommunikation unterrichten, vor nicht unerheblichen Herausforderungen bzw. Problemen. Dem Mangel an pflegewissenschaftlich und -didaktisch fundierten Konzepten zur Förderung kommunikativer Fähigkeiten bei Lernenden begegneten die Pflegelehrenden der fünf an der vorliegenden Untersuchung teilnehmenden Schulen u.a., indem sie aus der Psychologie stammende Kommunikationsansätze vermittelten. Die befragten Pflegelehrenden erwähnten teilweise explizit, teilweise implizit in diesem Zusammenhang u.a. die in der Humanistischen Psychologie zu verortende personenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers oder auch das kommunikationspsychologische Modell von Schulz von Thun⁸⁸⁵. Die soeben skizzierte Problematik der Kommunikationsunterriehte erklärt die als unzureichend erlebte kommunikative Handlungsfähigkeit der Lernenden sowie deren hemmenden Einfluss auf ihr Lernen pflegerischer Empathie.

Unsicherheiten sowie Lernbedürfnisse der Befragten im Hinblick auf pflegerische Kommunikation zeigten sich sowohl zum Zeitpunkt der Erst- als auch der Folgeinterviews: In dem Interviewmaterial konnte ein grundlegender Bedarf bzw. Wunsch nach einer Weiterentwicklung der Förderkonzepte kommunikativer Fähigkeiten am Lernort Schule identifiziert werden. Exemplarisch stehen die folgenden drei Interviewsequenzen für die zahlreichen Äußerungen der Befragten, die Hinweise darauf geben, dass sowohl die inhaltliche als auch die methodisch-didaktische Konzeption der gegenwärtigen, auf pflegerische Kommunikation abhebenden Unterrichte von ihnen als nicht ausreichend bzw. weiterentwicklungsbedürftig erlebt wurde (s. Kapitel 19.1.2.3.5).

IP3: *„Da hatten wir Kommunikationswoche da und ich hab echt gedacht „Was will sie denn jetzt?“ ne. [...] Dann gings erst mal um die Kommunikation überhaupt. Ich hab gedacht irgendwie, wir wären bei 'nem Seminar irgendwie von 'ner Bürokauffrau ne, also so was, das hat überhaupt gar nicht gepasst. Wir waren alle total unzufrieden nach der Woche. Wir wussten gar nicht, was sie von uns wollte, weil es hat einfach nicht gepasst. Es kamen keine Fallbeispiele vor, was bei, wies bei älteren Menschen ist, sondern es hätte überall hingepasst, ne. [...] Aber noch nicht mal irgendwie auf ältere Leute, sondern einfach ganz normal ne Kommunikation unter Menschen, ne, soweit kann das jeder. Und das hat uns einfach auch nicht weitergebracht, diese ganzen Techniken, die sie da beschrieben hat, die haben uns einfach nicht weitergebracht, ne. Also wir waren wirklich alle durchweg total unzufrieden damit. Weil dann, wenn wenn man schon so `ne Woche hat ne, dann bitte dann auch darauf bezogen irgendwie ne, wies mit älteren Menschen geht, ne. So 'n bisschen praxisnah, ne, weil ansonsten können wir uns alle unterhalten ne, wir wissen was offene und geschlossene Fragen sind, das brauchen wir auch nachher nicht ne.“ (ErstIV3_Z: 1819f.+1825-1830+1854-1891)*

IP13: *„Oder [wünschenswert wäre, dass man, GK] Kommunikation im Rollenspiel lernt und nicht nur Aufschreiben und Theorie (GK: „Ja.“) ne? Das ist das kann ich nicht umsetzen. Weil, wenn ich was*

⁸⁸⁵ Vgl. ErstIV4_Z: 1774-1787, ErstIV8a_GM: 01:15:38-01:18:58, ErstIV17_GM: 00:45:20-00:45:46 und FolgeIV17_GM: 00:05:39-00:05:50.

lern, möchte ich das auch gerne umsetzen. Und Kommunikation was man umsetzen kann, ja immer auf Augenhöhe mit dem Bewohner zu sein. Das ist klar, das kann ich. Aber es gibt so viele (h) Kommunikation ist so so viel (GK: „Mhm.“) ne? Und ich glaube, man lernt es auch besser, wenn man das umsetzen könnte.“ (ErstIV13_GM: 01:08:16-01:08:46)

IP1: „Wenn man jetzt mit Mitschülern verschiedene Rollenspiele macht, um verschiedene Gesprächstechniken und wie gehe ich auf jemanden zu, wie wirke ich auf jemanden, wenn man das so übt, gelingt es oft nicht sehr gut und deshalb eher mit Professionellen, mit Dozenten, mit Verhaltenscoaching vielleicht noch, dass man da einfach selbstbewusster wird, schneller selbstbewusster wird ne. Hier versucht man das auf Umwege, aber dass man da, dass man das direkter irgendwie, also gezielter angeht.“ (FolgeIV1_Z: 950-956)

Die befragten Pflegelegenden sahen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Anwendung bzw. der Weiterentwicklung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie und ihren kommunikativen Fähigkeiten (s. Kapitel 19.1.2.3.5). Sie fühlten sich durch die Unterrichte zur pflegerischen Kommunikation am Lernort Schule unzureichend vorbereitet auf die Herausforderungen der Pflegeberufswirklichkeit. Beispielsweise thematisierten viele der Befragten Unsicherheit und teilweise auch Überforderung, mit pflegebedürftigen Menschen zu kommunizieren (s. Kapitel 19.1.2.3.5 und 17.4.2.1.1).

Nachvollziehbarerweise wirkt sich eine als unzureichend erlebte kommunikative Handlungsfähigkeit hemmend auf die Anwendung und die Weiterentwicklung der Fähigkeit zu pflegerischer Empathie aus. Die Komponente „Unbestimmtheit der Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“ der beschriebenen Tiefenstruktur liefert einen Erklärungsansatz, warum die auf Kommunikation abhebenden Lernangebote der teilnehmenden Schulen die befragten Lernenden nicht ausreichend vorbereiteten auf die sich ihnen in der Pflegeberufswirklichkeit stellenden Herausforderungen im Hinblick auf ihre kommunikative sowie empathische Handlungsfähigkeit.

19.3 Zusammenfassung der Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule

Im vorausgegangenen Kapitel 19.1 wurden die Sichtweisen der befragten Lernenden auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule entlang den Kategorien „Bedingungen des Lernortes Schule“ sowie „Strategien der Pflegelegenden“ ausführlich dargelegt (s. Kapitel 19.1.1 und 19.1.2). In der Gesamtschau des Interviewmaterials zeigte sich zum einen, dass am Lernort Schule aus Sicht der Befragten viele Lernangebote existieren, die auf pflegerische Empathie abheben. Diese werden von den Befragten überwiegend auch sehr geschätzt. Es handelt sich dabei sowohl um verschiedenste Unterrichtsinhalte, die Pflegelehrende vermitteln, als auch um unterschiedliche Lehr-/Lernmethoden, die sie einsetzen (s. Kapitel 19.1.2.1 und 19.1.2.2.1). Zugleich wurden jedoch auch grundlegende Problembereiche sowie Verbesserungswünsche und -ideen von den befragten Lernenden thematisiert (s. u.a. Kapitel 19.1.2.1.5, 19.1.2.2.2, 19.1.2.3.5).

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang ein aus Sicht der befragten Lernenden bestehender ausgeprägter Mangel an arbeitsverbundenen⁸⁸⁶ sowie arbeitsorientierten Lernangeboten am Lernort Schule, die auf die Förderung pflegerischer Empathie zielen⁸⁸⁷. Die Lernenden der vorliegenden Untersuchung erlebten sich infolge dieses Mangels zumeist herausgefordert, zuweilen auch überfordert, allein und ohne Anleitung eine Verbindung zwischen den Lerninhalten bzw. Anforderungen der Lernorte Schule und Betrieb im Hinblick auf pflegerische Empathie herzustellen. Sie erlebten sich beispielsweise als weitestgehend auf sich selbst gestellt, zwischen den an den Schulen gelehrt, pflegerische Empathie betreffenden Normen, beispielsweise der Norm, pflegebedürftigen Menschen empathisch zu begegnen, und den Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit zu vermitteln. Diesbezüglich konnte ein Wunsch bzw. Bedarf identifiziert werden, dass Pflegelehrende Handlungsnormen nicht nur vermitteln. Die Befragten wünschen sich, zusätzlich zu dieser Vermittlung von Normen auch von ihren Pflegelehrenden ermutigt, unterstützt und befähigt zu werden, diese Normen reflexiv und flexibel vor dem Hintergrund der eigenen Persönlichkeit, der jeweiligen Situation bzw. der institutionellen Rahmenbedingungen anzuwenden und dass diese ihre jeweiligen Lernenden anregen, Anwendungsprobleme von Normen offen im Unterricht zu besprechen.

Die Befragten sehen einen dringenden Bedarf, arbeitsorientierte sowie arbeitsverbundene Lernangebote zu entwickeln und einzuführen bzw. bestehende weiter auszubauen, die schulisches und betriebliches Lernen pflegerischer Empathie stärker verbinden. Beispielsweise besteht neben dem Wunsch nach Lernaufgaben und Simulationen, die auf die Förderung von Selbstempathie sowie pflegerischer Empathie zielen sowie dem Wunsch nach einer Verbesserung der Rollenspiel-„Praxis“ an Pflegeschulen ein ausgeprägter Wunsch der Befragten nach einer (Weiter-)Entwicklung von sich über die gesamte Ausbildungszeit hinweg erstreckenden, durch Lehrende geleiteten Reflexionsangeboten zu selbsterlebten Pflegesituationen (s. Kapitel 19.1.2.3.1 bis 19.1.2.3.4). Zudem konnte ein ebenfalls ausgeprägter Wunsch der Befragten nach bereits am Ausbildungsbeginn einsetzenden arbeitsorientierten sowie arbeitsverbundenen Lernangeboten a) im Hinblick auf kommunikative Fähigkeiten sowie b) sowohl im Hinblick auf die Aneignung pflegetechnischer Fertigkeiten und pflegerischer Interventionen als auch im Hinblick auf deren situative, am jeweiligen pflegebedürftigen Menschen orientierte Ausgestaltung in der Pflegeberufswirklichkeit, identifiziert werden (s. Kapitel 19.1.2.3.5).

⁸⁸⁶ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegebildung ausgeführt werden.

⁸⁸⁷ An der Hochschule scheint dieser Mangel weniger ausgeprägt zu sein. Doch auch die befragten dual Studierenden thematisieren ihr Erleben des Sich-selbst-überlassen-Werdens am Lernort (Hoch-)Schule unter vielen Gesichtspunkten.

Darüber hinaus besteht ein genereller Wunsch nach einer stärkeren Beachtung des individuellen Entwicklungsstandes von Lernenden im Hinblick auf ihre empathischen und auch ihre kommunikativen Fähigkeiten am Lernort Schule bzw. nach einer an diesem orientierten individuelleren Förderung. An dieser Stelle wird in den Daten deutlich, dass die befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung die Fähigkeiten ihrer Lehrenden zu pädagogischer Empathie respektive deren pädagogisch-empathisches Handeln zum Teil als defizitär erlebten (s. Kapitel 19.1.1.1.3). Zudem zeichneten sich als weitere das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule beeinträchtigende Bedingungen aus Sicht der Befragten u.a. ein erlebter Mangel an sozialer Unterstützung durch Pflegelehrende und eine unzureichende Koordination der vermittelten Unterrichtsinhalte mit den Einsätzen der Lernenden in entsprechenden Praxisfeldern ab (s. Kapitel 19.1.1.1.1 und 19.1.1.2.1).

Im Kapitel 19.2 wurde eine das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule maßgeblich beeinflussende Tiefenstruktur vorgestellt. Diese wurde erst nach den in Kapitel 19.1 dargelegten Ergebnissen zur Oberflächenstruktur des Lernens durch weitere, stärker auf Abstraktion zielende Analyseschritte identifiziert (s. Kapitel 16.8.4.3). Diese weitere Analyse ergab u.a., dass den o.a. auf pflegerische Empathie abhebenden Lernangeboten der teilnehmenden Schulen gemeinsam ist, dass sie v.a. auf die Vermittlung von Normen, (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen und einigen ausgewählten Gesprächstechniken zielen, während selbstregulatorische Fähigkeiten, insbesondere die Fähigkeiten der Selbstwahrnehmung, der Gefühlsregulation und der Selbstreflexion nicht systematisch gefördert werden. In Ermangelung diesbezüglicher Lernangebote waren die befragten Lernenden der vorliegenden Untersuchung weitestgehend auf sich selbst verwiesen, mit den durch empathische Erkenntnisprozesse in ihnen hervorgerufenen aversiven Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken umzugehen. Oftmals resultierte hieraus, dass sie sich aus Selbstschutz insbesondere sehr vulnerablen Patient*innengruppen nicht empathisch zuwenden konnten und auf Vermeidungsstrategien zurückgriffen (s. Kapitel 17.4.2.1.1).

Die Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule liefert einen Erklärungsansatz, warum die Schwerpunktsetzung der Empathieförderung an den an der vorliegenden Studie teilnehmenden Schulen sich so darstellt, wie im Vorausgegangenen beschrieben. Anders ausgedrückt, erklärt sie, warum das Lernpotenzial des Lernortes Schule im Hinblick auf pflegerische Empathie bei den befragten Lernenden bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist. Sie ist durch das Zusammenspiel zweier Komponenten gekennzeichnet, nämlich erstens den „Kompetenzgrenzen von Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums“ und zweitens der „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“.

Der Einfluss dieser Tiefenstruktur auf das Lernen pflegerischer Empathie stellt(e) nachvollziehbarerweise alle an der schulischen Ausbildung beteiligten Akteur*innen vor enorme Herausforderungen. Sowohl die Pflegelehrenden als auch die befragten Pflegelernenden dieser Untersuchung waren tagtäglich herausgefordert, unter diesen schwierigen grundlegenden Strukturbedingungen pflegerische Empathie zu lehren bzw. zu lernen.

Teil IV Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Der vierte und letzte Teil dieser Arbeit umfasst vier Kapitel. Zunächst erfolgt in Kapitel 20 eine systematische, kriteriengeleitete Reflexion des gesamten Forschungsprozesses. In diesem Rahmen werden unter dem Kriterium „Limitation“ u.a. Überlegungen zur qualitativen Verallgemeinerbarkeit der gewonnenen Forschungsergebnisse dargelegt. In Kapitel 21 werden danach die zentralen empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zunächst zusammengefasst und anschließend vor dem Hintergrund des in Teil II dargelegten empirischen Forschungsstands diskutiert. Zudem erfolgt eine Verschränkung einiger zentraler Untersuchungsergebnisse mit ausgewählten Theoriebezügen aus Teil I. In Kapitel 22 werden, ausgehend von den in der vorliegenden Studie erarbeiteten empirischen Erkenntnissen sowie von der in Teil I dargelegten theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie, fünfzehn konkrete Empfehlungen vorgestellt, die darauf abzielen, die Qualität der Förderung empathischer Fähigkeiten in der deutschen Pflege-(aus)bildung zu verbessern. Das Kapitel 23 schließt die vorliegende Dissertation mit Anregungen zu weiterführenden Forschungsfragen ab.

20. Reflexion des Forschungsprozesses

Das Kapitel 20 ist einer systematischen Reflexion des gesamten Forschungsprozesses der vorliegenden Untersuchung zum Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung nach Abschluss der erstgenannten vorbehalten. Ziel dieser Reflexion ist, den Leser*innen dieser Arbeit und auch mir selbst Rechenschaft über die Qualität meines Vorgehens und meiner gewonnenen empirischen Ergebnisse abzulegen. Damit bezwecke ich die Basis, auf der Leser*innen zu einer eigenen kritischen und fundierten Einschätzung über die Wissenschaftlichkeit, die Glaubwürdigkeit bzw. die Güte der Untersuchung und ihrer Ergebnisse kommen können, zu vergrößern. Die folgende Reflexion erfolgt unter Zuhilfenahme der von Steinke (2015: 319-331) im Handbuch „Qualitative Forschung“ der Herausgeber*innen Flick, von Kardorff und Steinke vorgeschlagenen Güte- bzw. Kern-

kriterien qualitativer Forschung. Es handelt sich um die Kriterien „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses“, „Indikation des Forschungsprozesses“, „Limitation“, „Empirische Verankerung“, „Relevanz“ sowie „Reflektierte Subjektivität“. Diese werden, da sie seit nunmehr rund zwanzig Jahren in jeder Neuauflage dieses einschlägigen Handbuches zu finden sind, als bekannt vorausgesetzt.

Zum Kernkriterium **„Intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses“**: Laut Steinke kann die intersubjektive Nachvollziehbarkeit von Forschungsprozessen durch drei Vorgehensweisen sichergestellt werden: erstens *„Dokumentation des Forschungsprozesses“*, zweitens *„Interpretationen in Gruppen“* und drittens *„Anwendung kodifizierter Verfahren“* (vgl. ebd. 2015: 324-326). In der vorliegenden Untersuchung wurde sich aller drei Optionen bedient, was nachfolgend zu erläutern ist.

Zur Untersuchungskategorie *„Dokumentation des Forschungsprozesses“*: In den Teilen I und II der vorliegenden Arbeit dokumentiere ich detailliert mein Vorverständnis der Phänomene „(Pflegerische) Empathie“ und „Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung“, das in die Untersuchung integriert wurde. In den Kapiteln 2 bis 7 des Teil I „Theoretische Bezüge“ werden von mir nach ihrer Nützlichkeit bzw. Erklärungskraft für das mich interessierende Phänomen der (pflegerischen) Empathie ausgewählte theoretische Perspektiven unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen auf Empathie ausführlich dargelegt. Diese tragen dazu bei, das zu erklärende Phänomen, weitergehend als bislang in der deutschen Pflegewissenschaft erfolgt, zu erhellen. In anderen Worten: Sie vermögen bisherige Erkenntnisse der Pflegewissenschaft sowie der Pflegedidaktik zu diesem Phänomen sowohl in der Breite als auch in der Tiefe anzureichern und zu erweitern (s. Kapitel 8). Beispielsweise vermögen die ausgewählten Empathietheorien sowohl die kognitiven und affektiven Komponenten des empathischen Geschehens als auch die mit empathischen Erleben oftmals einhergehenden Herausforderungen und Belastungen der Empath*innen nachvollziehbar und differenziert zu konzeptualisieren und zu erklären. Sie unterstützten mich darin, die im Interviewmaterial aufscheinenden Herausforderungen und Probleme der interviewten Pflegelernenden beim empathischen Handeln vor einem erweiterten theoretischen Hintergrund zu verstehen, einzuordnen und zu erklären. In dem Kapiteln 10 bis 15 des Teil II „Empirische Bezüge“ dokumentiere und analysiere ich differenziert den aktuellen Forschungsstand zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung“.

Die in der vorliegenden Untersuchung eingesetzte Erhebungsmethode teilnarratives Leitfaden-Interview einschließlich des Feldzugangs, des Samplingverfahrens, des Interviewsamples, des Erhebungskontextes sowie der Entwicklung der Interviewleitfäden wird in den Kapiteln 16.2 bis 16.6 präzise dokumentiert. Hierbei werden auch die jeweils

zugrundeliegenden Auswahlentscheidungen begründet. Einen Überblick über die Aufbereitung der Interviewdaten gibt das Kapitel 16.8.3, in dem das Vorgehen bei der Transkription inklusive der Entscheidungen zum Notationsniveau dokumentiert sind. Zudem ist im Anhang 12 das Transkriptionssystem hinterlegt. Der Anhang 13 enthält exemplarisch einen Auszug aus einem Interviewtranskript, um einen Einblick in die Umsetzungspraxis der Transkriptionsregeln in der vorliegenden Untersuchung zu ermöglichen. Eine detaillierte Dokumentation des Vorgehens bei der Auswertung inklusive einer Begründung der Wahl des integrativen Basisverfahrens, einer Darlegung der Grundzüge desselben sowie einer ausführlichen Beschreibung der drei durchlaufenden Analyseabschnitte inklusive aufgetretener Probleme und daraus resultierender Reflexions- und Entscheidungsprozesse erfolgen in dem Kapitel 16.8. Die Anhänge 14 bis 24 dokumentieren zudem vielfältige Einblicke in die Umsetzung des integrativen Basisverfahrens in der vorliegenden Untersuchung während der unterschiedlichen Auswertungsphasen, u.a. einen Auszug einer Kernstellenanalyse, exemplarisch vier Inventare und zwei Fallexzerpte der Erst- bzw. Folgeinterviews, einen Auszug aus einer Vergleichstabelle, die in der Querauswertungsphase erstellt wurde, sowie Beispiele für Vorläuferversionen des entwickelten Modells „Verständnistypen pflegerischer Empathie von Pflegelegenden“. Eine kritische Einschätzung der Teilnahmebereitschaft der Interviewpartner*innen bzw. der Glaubwürdigkeit der Interviewäußerungen ist in dem Kapitel 16.7 dokumentiert.

Zur Untersuchungskategorie „*Interpretationen in Gruppen*“: Wie der Tabelle 4 „Analysegruppen und Beratungsgespräche als Unterstützung und methodische Kontrolle meiner Fremdverstehensprozesse“ in Kapitel 16.8.4.1 zu entnehmen ist, besuchte ich im Laufe meines mehrjährigen Analyse- und Fremdverstehensprozesses regelmäßig unterschiedliche, überwiegend interdisziplinär zusammengesetzte Analysegruppen. Diese Gruppen unterstützten mich enorm dabei, mir eigener Vorannahmen, Interpretationsvorlieben bzw. Perspektiven auf das Interviewmaterial sowie auf pflegerische Empathie bewusst(er) zu werden. Zudem ermöglichten sie mir, meine Interpretationen und vorläufigen Ergebnisse über meinen gesamten Auswertungsprozess hinweg regelmäßig kollegial zu validieren und zu diskutieren. Weiterhin sensibilisierten sie mich immer wieder auch für alternative Deutungsmöglichkeiten. Zusätzlich enthält die Tabelle eine Auflistung der Beratungsgespräche mit meiner Erstbetreuerin Prof.in Dr.in Darmann-Finck bzw. mit Dr. Jan Kruse, die beide meinen Analyse- und Erkenntnisprozess wesentlich prägten.

Zur Untersuchungskategorie „*Anwendung kodifizierter Verfahren*“: Bei dem integrativen Basisverfahren, das bei der Datenauswertung in der vorliegenden Untersuchung zur Anwendung kam, handelt es sich um ein kodifiziertes Verfahren, das Kruse in seiner 2014 veröffentlichten Habilitationsschrift umfassend begründet und dargelegt hat (s. Kapitel

16.8.1). In dem Kapitel 16.8.1 erläutere ich u.a., wie ich auf dieses Verfahren während einer Interviewer*innenschulung bei Dr. Jan Kruse, wenige Monate vor Beginn meines Promotionsprojektes, aufmerksam wurde. Noch vor Beginn meines Dissertationsprojektes besuchte ich daraufhin einen zweitägigen Analyse-Workshop an der Universität Freiburg, um diese Auswertungsmethode bei ihrem Begründer kennenzulernen. Im Nachgang dieses Workshops setzte ich mich mit dem integrativen Basisverfahren mittels des in Kapitel 16.8.1 erwähnten Readers erstmalig tiefergehend auseinander. Vier weitere jeweils mehrtägige Workshops bei Kruse zu diesem für mich forschungspraktisch noch neuen Analyseverfahren, besuchte ich in der frühen Analysephase meiner Interviewdaten, um meine Anwendung desselben zu überprüfen und weiterzuentwickeln (s. Kapitel 16.8.4.1). Zudem gründete ich mit Forschenden unterschiedlicher Disziplinen, die ich auf einem Analyse-Workshop kennenlernte und die ihre qualitativen Interviewdaten ebenfalls mittels des o.a. Verfahrens analysierten, eine sich regelmäßige via Skype treffende Analysegruppe. Auch diese Gruppe unterstützte mich dabei, meine Anwendung dieses Verfahrens kontinuierlich kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Als weiteres kodifiziertes Verfahren verwendete ich im fortgeschrittenen Analyseprozess das von Kelle und Kluge (2010) vorgelegte Stufenmodell zur empirisch begründeten Typenbildung (s. Kapitel 16.8.4.2). Mit der Anwendung dieses zweiten Verfahrens war ich aus einer früheren eigenen, kleineren qualitativen Forschungsarbeit vertraut (vgl. Glissmann 2009).

Zum Kernkriterium „**Indikation des Forschungsprozesses**“: Die Angemessenheit des gesamten Forschungsprozesses zeigt sich nach Steinke in der Angemessenheit verschiedener Teilaspekte, nämlich erstens in der Angemessenheit des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung, zweitens der Angemessenheit der Methodewahl, drittens der Angemessenheit der Transkriptionsregeln und viertens der Angemessenheit der Samplingstrategie (vgl. ebd. 2015: 326-328).

Zur Untersuchungskategorie „*Indikation des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung*“: In Kapitel 16.1 führe ich aus, dass sich aufgrund des mageren Forschungsstandes zu den subjektiven Sichtweisen Pflegelerender auf ihr Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung für die vorliegende Untersuchung ein induktives, auf Verstehen ausgerichtetes, offenes bzw. exploratives Vorgehen und damit ein qualitativer Forschungsansatz anbietet. Zudem begründet sich die Wahl eines qualitativen bzw. rekonstruktiven Ansatzes mit der Spezifik des Forschungsgegenstands. Subjektive Sichtweisen von Lernenden auf ihr Lernen pflegerischer Empathie lassen sich angemessen nur mit einem qualitativen Zugang erforschen (vgl. Helfferich 2009: 26-35, Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014: 1-10).

Zur Untersuchungskategorie „*Indikation der Methodenwahl*“: Der Untersuchungsgegenstand „Subjektive Sichtweisen Pflegelernender auf ihr Lernen pflegerischer Empathie“ erfordert Erhebungs- und Auswertungsmethoden, die sich den persönlichen Lernerfahrungen selbiger auf eine möglichst offene Weise annähern. Zudem ist eine Erhebungsmethode zu wählen, die die Pflegelernenden selbst zu Wort kommen lässt. Qualitative Interviews stellen laut Flick, von Kardorff und Steinke (2015: 18f.) eine geeignete Erhebungsmethode dar, um einen Zugang zu den Sichtweisen der interessierenden Subjekte zu gewinnen. Aus der Fülle der mittlerweile existierenden Formen und Varianten qualitativer Interviews wählte ich, vor dem Hintergrund von Überlegungen zur Angemessenheit der unterschiedlichen Interviewformen gegenüber meiner Zielgruppe und gegenüber meinem Forschungsgegenstand, teilnarrative Leitfaden-Interviews aus. Einerseits gewährt diese Interviewform den zu befragenden Pflegelernenden ausreichend Raum für eigenstrukturierte Erzählungen. Zugleich unterstützt sie selbige durch entsprechende Leitfragen, eigene Erfahrungen mit pflegerischer Empathie und auch mit diesbezüglichen Lernprozessen zu erinnern und zu erzählen. Eine differenziertere Begründung der Auswahl dieser Interviewform für die vorliegende Untersuchung ist dem Kapitel 16.1 zu entnehmen. Zudem ist in Kapitel 16.4 die Entwicklung und Erprobung des Interviewleitfadens der Ersterhebung detailliert beschrieben. Im Kapitel 16.5 werden sämtliche Fragen der Interviewleitfäden der Erst- und Folgerhebung einzeln vorgestellt und begründet, wodurch interessierten Leser*innen ermöglicht wird, sich ein differenziertes, eigenes Bild von der Angemessenheit der Erhebungsinstrumente zu machen.

Ein wichtiges Indiz dafür, dass das entwickelte Erhebungsinstrument den Befragten ausreichend Raum gewährte, ihre Relevanzen eigenstrukturiert zu entfalten, ist zum Einen, dass die damit erhobenen Daten es vermochten, mein Vorverständnis pflegerischer Empathie grundlegend zu irritieren und infrage zu stellen. Meine implizite Annahme, dass Pflegelernende unter der Fähigkeit, in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen zu erfassen im Wesentlichen dasselbe verstehen, wurde mir erstmalig während der Probeinterviews bewusst. Diese wichtige Erkenntnis veranlasste mich, das Erhebungsinstrument weiterzuentwickeln, um mit diesem auch ausreichend gehaltvolles Datenmaterial zu den subjektiven Sichtweisen Pflegelernender auf pflegerische Empathie erheben zu können (s. Kapitel 16.4). Weitere Indizien, dass das Erhebungsinstrument für die befragte Zielgruppe und auch für den Untersuchungsgegenstand als angemessen einzuschätzen ist, sind die Länge der Interviews⁸⁸⁸, die hohe Qualität

⁸⁸⁸ Die durchschnittliche Interviewdauer der neunzehn Erstinterviews betrug über 90 Minuten, das kürzeste Erstinterview betrug 50 Minuten sowie das längste 150 Minuten. Die siebzehn Folgeinterviews dauerten ähnlich lang, d.h. im Durchschnitt knapp 87 Minuten, das kürzeste Folgeinterview 55 Minuten sowie das längste 119 Minuten.

des Interviewmaterials sowie die äußerst niedrige Drop-out-Rate von unter elf Prozent (s. Kapitel 16.7). Aus meiner Sicht trug auch der deindexikalierende Stil der Interviewführung, den ich auf einer dreitägigen Schulung zur Durchführung offener Interviews bei Dr. Jan Kruse kennenlernte und verinnerlichte, maßgeblich zum Umfang und auch zur Dichte des in dieser Studie erhobenen Datenmaterials bei (s. Kapitel 16.6).

Das in der Untersuchung verwendete Auswertungsinstrument des integrativen Basisverfahrens stellt meines Erachtens ein theoretisch fundiertes und methodisch überzeugendes Verfahren der Anleitung und Kontrolle von Fremdverstehensprozessen im Rahmen rekonstruktiver Forschungsarbeiten dar (s. Kapitel 16.8.1 und 16.8.2). Es unterstützte mich dabei, die im Interviewmaterial aufscheinenden subjektiven Sichtweisen meiner Interviewpartner*innen sowohl auf pflegerische Empathie als auch auf ihr Lernen dieser in der Pflegeausbildung möglichst offen und methodisch nachvollziehbar sowie im Hinblick auf den intendierten Erkenntnisgewinn möglichst differenziert und fruchtbar rekonstruktiv zu erschließen. Vom Grundsatz her schätze ich daher seine Angemessenheit als Auswertungsmethode in der vorliegenden Untersuchung als hoch ein. Bei dem integrativen Basisverfahren handelt es sich jedoch zugleich um eine äußerst anspruchsvolle und arbeitsaufwändige Auswertungsmethode. Während meiner Auswertungsphase wurde mir immer bewusster, dass ich den zeitlichen Aufwand für die Datenauswertung deutlich unterschätzt hatte. Neben der Tatsache, dass ich eine Anfängerin in der Umsetzung dieses Verfahrens war, trug auch der unerwartet große Datenkorpus von rund 53 Interviewstunden dazu bei, dass sich die Auswertungsphase über knapp fünf Jahre erstreckte. Erschwerend kam zudem hinzu, dass, anders als anfänglich geplant, zum Zeitpunkt der Folgerhebung die neunzehn Interviews der Ersterhebung noch nicht vollständig analysiert vorlagen. Hierdurch war es nicht, wie ursprünglich geplant, möglich, die Folgerhebung auf die Befragten zu beschränken, die sich als gehaltvolle, typische Fälle herauskristallisiert hatten. In den Kapiteln 16.8.4.1 bis 16.8.4.3 lege ich u.a. detailliert dar, welche zentralen Entscheidungen ich wann und warum getroffen habe, erstens bestimmte Analyserichtungen nicht weiterzuverfolgen sowie zweitens verschiedene Abkürzungsstrategien zu erproben, um die Auswertung forschungsökonomischer und -pragmatischer zu gestalten.

Rückblickend frage ich mich, ob eine Längsschnittstudie zwingend erforderlich zur Beantwortung der Untersuchungsfragen gewesen ist. Zu dem Zeitpunkt, als ich mich für das Längsschnittdesign entschied, war ich überzeugt, mit dem zu erhebenden Interviewmaterial Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung differenziert nachzeichnen zu können. In Kapitel 16.8.4.3 begründe ich, warum ich im weit fortgeschrittenen Analyseprozess zu der Überzeugung gekommen bin, dass es hierzu

anderer (zusätzlicher) Erhebungsmethoden bedarf. Die daraufhin entwickelte neue Analyserichtung, herauszuarbeiten, was die Interviewpersonen in ihrer Ausbildung im Hinblick auf die Weiterentwicklung ihrer Empathiefähigkeit als unterstützend bzw. hinderlich erlebt haben, erwies sich als äußerst erkenntnisreich und führte zu den in den Kapitel 18 und 19 dargelegten Forschungsergebnissen. Mit der o.a. neuen Schwerpunktsetzung verbunden war die Entscheidung, die dritte und vierte Unterfrage meiner übergeordneten Forschungsfrage nicht mehr einzeln vertiefend weiterzuverfolgen, sondern mein Analyse-vorgehen stärker an der übergeordneten Forschungsfrage sowie den ersten beiden untergeordneten Fragen auszurichten (s. Kapitel 15 des Teil II der Arbeit). Vor diesem Hintergrund stelle ich mir rückblickend die Frage, ob eine Querschnittsstudie mit nur einem Messpunkt möglicherweise eine pragmatischere Vorgehensweise zur Bearbeitung der (Unter-)Fragen gewesen wäre, die sich im Laufe meines Forschungsprojektes als die mit der gewählten Erhebungsmethode fundiert zu bearbeitbaren herausstellten.

Zur Untersuchungskategorie „*Indikation von Transkriptionsregeln*“: In dem in der vorliegenden Untersuchung verwendeten integrativen Basisverfahren kommt der detaillierten Deskription (mikro-)sprachlich-kommunikativer Phänomene eine grundlegende Bedeutung zu (s. Kapitel 16.8.2). Um diese angemessen in Interviewtexten abbilden zu können, ist ein mittleres bis höheres Transkriptionsniveau erforderlich. Die Interviewstranskripte der Ersterhebung wurden zunächst alle auf einem mittleren Transkriptionsniveau erstellt (wortwörtliche Versprachlichung und Kennzeichnung markanter Pausensetzungen sowie Betonungen). Bei der Kontrolle der Transkripte der Erstinterviews transkribierte ich die Interviewfälle, die ich kleinschrittig analysierte (s. Kapitel 16.8.4), vollständig feiner nach, um die (mikro-)sprachlich-kommunikativen Phänomene bzw. das „*Wie*‘ der Versprachlichung“ (Kruse: 2015: 356) noch detaillierter wiederzugeben zu können (s. Anhang 13). Mit Fortschreiten des Analyseprozesses wurde es möglich, das Transkriptionsniveau flexibler zu handhaben, d.h., bei der Kontrolle der Transkripte der Folgeinterviews, die kleinschrittig analysiert wurden, transkribierte ich nicht mehr die gesamten Interviews fein nach, sondern nur die Textstellen, für deren Interpretation dieses erforderlich schien (vgl. ebd.: 350-353).

Zur Untersuchungskategorie „*Indikation der Samplingstrategie*“: In der vorliegenden Untersuchung wurde das „Sampling nach bestimmten, vorab festgelegten Kriterien“⁸⁸⁹ eingesetzt. Bei dieser qualitativen Samplingmethode erfolgt zu Beginn des Projektes eine bewusst gesteuerte, kontrastierende Fallauswahl auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen. In der vorliegenden Untersuchung sind dieses v.a. forschungsthema-

⁸⁸⁹ Vgl. u.a. Kruse (2015: 240-250), Kluge und Kelle (2010: 50-55) bzw. Przyborski und Wohrab-Sahr (2014: 182-184).

tische Überlegungen sowie mein Vorwissen über das Untersuchungsfeld gewesen (s. Kapitel 16.3). Meiner Einschätzung nach ist es bei der Samplebildung gelungen, die Heterogenität im Untersuchungsfeld weitgehend zu erfassen. Letzteres ist eine wesentliche Voraussetzung, um am Ende der Untersuchung fundierte Aussagen zur qualitativen Verallgemeinerbarkeit der rekonstruktiven Analyseergebnisse treffen zu können (s.u. Kernkriterium „Limitation“).⁸⁹⁰ Letztlich wurden Interviewpartner*innen an fünf im Hinblick auf die in Kapitel 16.3.1 dargelegten Merkmale sehr unterschiedlichen Pflegebildungseinrichtungen in vier verschiedenen Bundesländern bzw. Stadtstaaten gewonnen. Die neunzehn Befragten entstammten unterschiedlichen pflegerischen Bildungsgängen, nämlich drei Ausbildungsgängen zur bzw. zum Gesundheits- und Krankenpfleger*in (zehn Befragte), einem Ausbildungsgang zur bzw. zum Altenpfleger*in (vier Befragte) sowie einem primär qualifizierenden, dualen Studiengang Pflege (fünf Befragte). Die in Kapitel 16.3.2 angeführte Tabelle 3 bildet die enorme Heterogenität des Interviewsamples, das m. E. der Heterogenität der Zielgruppe Pflegelehrende in weiten Zügen Rechnung trägt, ab. Limitationen des Samples werden in dem Kapitel 16.3.2 diskutiert. Wie in den Kapiteln 16.8.4.1 bis 16.8.4.3 detailliert erläutert, erfolgte, angelehnt an das Verfahren der theoretischen Stichprobenziehung, die Auswahl der auszuwertenden Erstinterviews aus dem Gesamtdatenpool sukzessive im Auswertungsprozess nach Maßgabe der sich entwickelnden Analyseergebnisse.⁸⁹¹ Leitend bei dieser im Rahmen der Analysephase kontinuierlich verfolgten Samplingstrategie, die sich als äußerst effektiv erwies, war v.a. die Abbildung der Heterogenität bzw. der Varianz der Interviewfälle, sowohl im Hinblick auf die subjektiven Sichtweisen der Interviewpersonen auf pflegerische Empathie als auch auf ihr Lernen dieser in der Pflegeausbildung.

Zum Kernkriterium „**Limitation**“: Ziel der Reflexion dieses Kriteriums ist, *„die Grenzen des Geltungsbereichs, d.h. der Verallgemeinerbarkeit“* (Steinke 2015: 329) der entwickelten Forschungsergebnisse *„herauszufinden und zu überprüfen“* (ebd.). Aufgrund der für qualitative bzw. rekonstruktive Forschungsarbeiten eher großen Stichprobe der vorliegenden Untersuchung (Ersterhebung: 19 Interviews und Folgerhebung: 17 Interviews) verbunden mit der sorgfältigen Berücksichtigung der Logik der bewussten, kontrastierenden Fallauswahl im gesamten Forschungsprozess ist es meines Erachtens durchaus angemessen, über die qualitative Verallgemeinerbarkeit der gewonnenen Forschungsergebnisse nachzudenken (vgl. Kruse 2015: 240-248).

Hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang zunächst die spezifischen Untersuchungsbedingungen, unter denen die empirischen Ergebnisse entwickelt wurden. Das Sample der

⁸⁹⁰ Vgl. Przyborski und Wohrab-Sahr (2014: 177-180) sowie Kruse (2015: 240-248).

⁸⁹¹ Vgl. Kelle und Kluge (2010: 53) sowie Kruse (2015: 566f.).

vorliegenden Untersuchung umfasst ausschließlich Pflegelehrende, die nach dem Altenpflegegesetz vom 25. August 2003 bzw. dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003 ausgebildet wurden. Nachfolgende Limitationen meines Samples sind zudem bei der Einschätzung der Aussagekraft meiner Forschungsergebnisse mitzubedenken (s. Kapitel 16.3.2). Abgesehen von den drei sehr jungen Befragten für die Probeinterviews (achtzehn sowie neunzehn Jahre in der Mitte des 2. Ausbildungsjahres), konnten für die vorliegende Untersuchung keine sehr jungen Lernenden gewonnen werden. Eine weitere Limitation besteht darin, dass nahezu alle Befragten in Deutschland aufgewachsen sind. Lediglich ein*e Befragte*r verbrachte ihre bzw. seine Kindheit und Jugend in einem Land in Zentralasien und zog erst mit Anfang Zwanzig nach Deutschland. Diese*r Befragte*r ist die eine Person, die kurzfristig das Folgeinterview aufgrund von Examenstress ablehnte (s. Kapitel 16.6). Aufgrund des fehlenden Folgeinterviews und auch aufgrund sprachkultureller Besonderheiten wurde das Erstinterview dieser Person nicht in die Analyse einbezogen. Als weitere Limitation ist anzunehmen, dass vermutlich in erster Linie Pflegelehrende an der Studie teilnahmen, die sich im Hinblick auf ihre empathischen Fähigkeiten als kompetent einschätzten bzw. diesen eine grundlegende Bedeutung für ihr pflegerisches Handeln zuschrieben. Das in Kapitel 16.3.2 detailliert dargelegte Interviewsample vermag m. E. der Heterogenität der Zielgruppe Pflegelehrende dennoch in weiten Zügen Rechnung zu tragen. Grundsätzlich ist es aber möglich, dass durch den Einbezug sehr junger Pflegelehrender (auch wenn die Probeinterviews nicht darauf hindeuteten) sowie von Pflegelehrenden mit Migrationshintergrund eventuell weitere idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie hätten entwickelt werden können.

Die in der vorliegenden Untersuchung entwickelten vier idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie sind meiner Einschätzung nach übertragbar auf die Gruppe der Lernenden sämtlicher grundständig qualifizierenden pflegerischen Bildungsgänge in Deutschland. Zudem ist eine Verallgemeinerbarkeit für die Gruppe der in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie in der Gesundheits- und Krankenpflege arbeitenden examinierten Pflegenden anzunehmen. Die empirischen Erkenntnisse zu den intervenierenden Faktoren, die beeinflussen, ob Pflegelehrende in Pflegesituationen tatsächlich ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß auch handeln, sind entsprechend verallgemeinerbar für die Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland, in denen Pflegelehrende bzw. Pflegenden Menschen pflegerisch versorgen. Die Übertragbarkeit der Verständnistypen pflegerischer Empathie auf Pflegelehrende bzw. -studierende sowie Pflegenden anderer Länder ist von mir aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher, struktureller, organisatorischer und ökonomischer Rahmenbedingungen der Pflegebildung und des Gesundheitswesens sowie aufgrund unterschied-

licher Berufsverständnisse nicht einzuschätzen. Ob die in der vorliegenden Untersuchung entwickelten idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie auf Pflegende anderer westlicher Länder übertragbar sind, kann nur durch entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen eruiert werden.

Die empirischen Erkenntnisse, sowohl zur Oberflächen- und Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb als auch am Lernort Schule, sind meiner Einschätzung nach übertragbar auf die gesamte Pflegeausbildung in Deutschland. Eine Verallgemeinerung auf die Pflegeausbildung in anderen Ländern ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Gesundheits-, Pflegebildungs- sowie Pflegelehrer*innenbildungssysteme eher nicht möglich. Teilergebnisse wie die Tiefenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb mit ihren Komponenten „Verwertungsinteressen der Betriebe“ und „Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie“ sind unter Vorbehalt möglicherweise auch auf andere Länder übertragbar, wenn man die in Kapitel 13.2 referierten internationalen Studien zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, hinzuzieht.

Nachfolgend wird abschließend über die Möglichkeit, unter Vorbehalt und gewissen Einschränkungen einzelne Forschungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung auf die Bildungsgänge anderer Gesundheitsberufe bzw. sozialer Berufe in Deutschland zu übertragen, nachgedacht. Hintergrund dieser Überlegungen ist der mich seit einigen Jahren begleitende informelle Austausch u.a. mit Physiotherapeut*innen, Hebammen, Lehrer*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen sowie Erzieher*innen über die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten vier idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass allen Gesprächspartner*innen die idealtypischen Empathieverständnisse aus ihrem eigenen Berufsfeld heraus vertraut sind. D.h., die Angehörigen der o.a. unterschiedlichen Berufsgruppen können mit den Verständnissen von „Empathie als regelorientierter, expertokratischer Fürsorge“ (Typus I), „Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ (Typus II), „Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ (Typus III) und „Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ (Typus IV) problemlos Handlungen von Kolleg*innen aus ihrem Berufsfeld sowie eigene Erfahrungen als berufliche Empath*in verknüpfen. Es ist daher vorstellbar, dass die in der vorliegenden Studie entwickelten Verständnistypen, sofern die Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ ersetzt wird durch eine auf den jeweiligen anderen Beruf zugeschnittene

Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf Empathie, möglicherweise übertragen werden können. Mit Vorsicht ist auch eine Übertragbarkeit der für den Lernort Betrieb identifizierten Tiefenstruktur des Lernens beruflicher Empathie mit ihren Komponenten „Verwertungsinteressen der Betriebe“ und „Unsichtbarkeit beruflicher Empathie“ für u.a. die Bildungsgänge der o.e. Gesundheits- bzw. sozialen Berufe in Deutschland vorstellbar. Eine ähnliche Generalisierung könnte für die Tiefenstruktur des Lernens beruflicher Empathie am Lernort Schule erwogen werden: Die in der Untersuchung herausgearbeitete einseitige Schwerpunktsetzung der Empathieförderung an Pflegeschulen zu Lasten der Förderung selbstreflexiver und emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten flexiblen Emotionsregulation ist möglicherweise auch ein Problem der Bildungsgänge anderer Gesundheitsberufe sowie sozialen Berufe in Deutschland.

Zum Kernkriterium „**Empirische Verankerung**“ der Forschungsergebnisse: In den Kapiteln 16.8.4.1 bis 16.8.4.3 ist detailliert dokumentiert, wie ich die kodifizierte Methode integratives Basisverfahren systematisch nutzte, um die einzelnen Analyseschritte regelgeleitet und möglichst dicht an den erhobenen Interviewdaten, d.h. an den subjektiven Sichtweisen der Befragten sowohl auf pflegerische Empathie als auch auf ihr Lernen dieser in der Pflegeausbildung, zu vollziehen (vgl. Steinke 2015: 328f.). Kontinuierliche Rückbindungsschleifen an das empirische Material im Prozess der Erarbeitung der theoretischen Kategorien, umfangreiche längs- und queranalytische Auswertungsschritte sowie ein sorgfältiges Einbeziehen des gesamten Interviewmaterials der Erst- und der Folgerhebung jeweils gegen Ende der zentralen Auswertungsabschnitte (s. Kapitel 16.8.4.1 bis 16.8.4.3) wurden eingesetzt, um die empirische Verankerung der erarbeiteten Kategorien sowie der Verständnistypen pflegerischer Empathie zu gewährleisten. In den drei Ergebniskapiteln (Kapitel 17 bis 19) werden neben kürzeren sowie Zitaten mittlerer Länge teilweise auch längere originale Interviewpassagen angeführt und erläutert, um den Leser*innen dieser Arbeit zu erleichtern, die beschriebenen abstrakten Kategorien und Idealtypen verstehend nachzuvollziehen. Die angeführten Interviewpassagen dienen nicht nur der Illustration abstrakter Lesarten sondern zugleich „*als Belegquellen*“ (Kruse 2015: 632) meines Erkenntnisprozesses und sollen „*die intersubjektive Nachvollziehbarkeit von Interpretationen*“ (ebd.) bzw. deren empirische Verankerung sichern (vgl. ebd.: 631-640). In der vorliegenden Untersuchung erfolgte aus forschungsökonomischen Gründen keine Rückbindung der Forschungsergebnisse an die befragten Pflegelernenden.

Zum Kernkriterium „**Relevanz**“: Die Relevanz der Fragestellung der vorliegenden Studie ist vor dem Hintergrund des in Teil II dieser Arbeit dargelegten Mangels an empirisch fundierten Erkenntnissen zum Lernen und Lehren pflegerischer Empathie in der Pflegeaus-

bildung (s. Kapitel 11 bis 15) sowie zu den möglichen Ursachen bzw. Hintergründen der stagnierenden bis negativen Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung (s. Kapitel 10) meines Erachtens als hoch einzuschätzen (vgl. Steinke 2015: 330). Zusätzliche Relevanz erfährt die Fragestellung zudem vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.1 skizzierten großen Lücke zwischen Theorie und Praxis einer subjektorientierten bzw. professionellen Pflege in Deutschland. Eine reflektierte, beruflich nutzbare Fähigkeit zu pflegerischer Empathie könnte, so die Annahme der vorliegenden Untersuchung, maßgeblich zu einer Verkleinerung dieser Lücke und damit zu einer Verbesserung der Qualität pflegerischer Dienstleistungen beitragen.

Neben einer Reflexion der Relevanz der Fragestellung empfiehlt Steinke eine Einschätzung, welchen Beitrag das abgeschlossene Forschungsprojekt bzw. die entwickelten Forschungsbefunde leisten (vgl. ebd.).

Zunächst leistet die vorliegende Arbeit, meines Erachtens sowohl mittels des Teil I Theoretische Bezüge (Kapitel 2-8) als auch mittels der generierten Forschungsergebnisse (s. Kapitel 17 bis 19), einen Beitrag zur weiteren Klärung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs. Sie könnte meiner Einschätzung nach dazu beitragen, pflegerische Empathie (wieder) stärker ins Blickfeld sowohl der deutschen Pflegewissenschaft als auch der deutschen Pflege- sowie Pflegelehrer*innenbildung zu rücken. Zudem leisten die Befunde der vorliegenden Untersuchung meines Erachtens einen Beitrag zur Sensibilisierung u.a. a) für unterschiedliche Verständnisse pflegerischer Empathie, b) für Schlüsselprobleme Pflegelernender beim empathischen Handeln in der Pflegepraxis, c) für Chancen, Nebenwirkungen und Risiken pflegerischer Empathie für (angehende) Pflegende, d) für die Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb, e) für die einseitige Ausrichtung (Schieflage) der gegenwärtigen Empathieförderung am Lernort Schule sowie f) für Defizite in der deutschen Pflegelehrer*innenbildung (s. u.a. Kapitel 21 und 22).

Meiner Einschätzung nach haben die Forschungsergebnisse der vorliegenden Studie zum einen das Potenzial, einen Beitrag zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflegeausbildung und damit zur Kompetenzentwicklung von Pflegenden zu leisten. Es ist anzunehmen, dass sich eine professionelle pflegeberufliche Empathiefähigkeit nicht nur positiv auf die Berufszufriedenheit und langfristige Gesundheit von (angehenden) Pflegenden auswirken dürfte, sondern auch auf die Qualität der von ihnen zu erbringenden pflegerischen Dienstleistungen (Stichwort: subjektorientierte bzw. professionelle Pflege), auf das Wohlbefinden der zu pflegenden Menschen sowie auf deren pflegerische Outcomes.⁸⁹²

⁸⁹² Von einer systematischen Recherche und kritischen Einschätzung der im internationalen Forschungsraum in großer Anzahl vorliegenden empirischen Studien, die die Effekte der von verschiedenen Gesundheitsprofessionen gezeigten beruflichen Empathie auf Patient*innen sowie auf die Erstgenannten selbst systematisch untersuchen, habe ich im Prozess der Erarbeitung des Forschungsstands zum Themenfeld „Lernen von

Zum anderen kommt den Befunden der vorliegenden Arbeit meines Erachtens das Potenzial zu, einen Beitrag zur Kompetenzentwicklung von Pflegelehrenden zu leisten.

In Kapitel 22 erläutere ich, ausgehend von meinen Forschungsergebnissen sowie von der in Teil I dargelegten theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie, fünfzehn konkrete Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflege(aus)bildung. Diese bündeln meine Überlegungen zu praktischen Anwendungsmöglichkeiten meiner empirischen Ergebnisse außerhalb des Wissenschaftsbereichs. Es handelt sich hierbei um vier Empfehlungen für den Lernort Betrieb, acht für den Lernort Schule und drei für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege.

Darüber hinaus bleibt zu hoffen, dass die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten kann, auch die Verantwortlichen und Tätigen der Bildungsgänge anderer Gesundheits- sowie sozialen Berufe in Deutschland für berufliche Empathie und eine wissenschaftlich fundierte, empiriebasierte Förderung der Empathiefähigkeit ihrer Lernenden zu sensibilisieren.

Zum Kernkriterium „**Reflektierte Subjektivität**“: Selbstbeobachtung und Selbstreflexion in meiner Rolle als Forscherin begleiteten meinen mehrjährigen Forschungsprozess kontinuierlich. In meinen Forschungstagebüchern hielt ich zeitweise handschriftlich und zeitweise computergestützt meine Reflexionen fest. Anfänglich reflektierte ich beispielsweise u.a. mein subjektives Vorverständnis pflegerischer sowie alltäglicher Empathie, meine zurückliegenden beruflichen (Lern-)Erfahrungen als Pflegende mit pflegerischer Empathie oder auch als ehemalige Studierende des Lehramts Pflegewissenschaft mit pflegerischer sowie mit pädagogischer Empathie. Hinzu kamen Reflexionen meiner Vorerfahrungen als Interviewerin, meines Interviewerstils oder auch der Kontakt- und Beziehungsgestaltung in den geplanten Interviews. Teile dieser Überlegungen sind in das Kapitel 16.6 eingeflossen. Als hilfreich in der späteren Analysephase erwiesen sich die schriftlichen Reflexionen, die ich in der Regel unmittelbar nach den Interviews in Form von Postskripts verfasste (s. Anhang 11). Während der mehrjährigen Analysephase unterstützte mich zudem der regelmäßige Austausch u.a. in Analysegruppen, auf Workshops, in Doktorand*innenkolloquien oder auch in Beratungsgesprächen mit meiner Erstbetreuerin sowie mit Dr. Jan Kruse, mir eigener Vorannahmen, Interpretationsvorlieben bzw. Perspektiven auf das Interviewmaterial sowie auf (pflegerische) Empathie bewusst(er) zu werden. Dieser Austausch unterstützte mich auch, auftretende Unsicherheiten und

Empathie in der Pflegeausbildung“ (s. Teil II) nach einiger Zeit abgesehen. Die Erarbeitung eines systematischen Reviews zu dieser Thematik stellt ohne Zweifel ein äußerst relevantes und erkenntnisversprechendes Forschungsprojekt dar, würde den zeitlichen Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit jedoch sprengen.

Irritationen in meinem langjährigen Fremdverstehensprozess zu versprachlichen, zu ordnen, zu reflektieren und im Verlauf zu überwinden.

Exemplarisch für die Effekte, die die o.a. Reflexionen auf meinen Forschungsprozess hatten, sei auf die Kapitel 16.4, 16.5 und 16.8.4.2 verwiesen: In den erstgenannten beiden Kapiteln führe ich u.a. aus, wie die Probeinterviews meine implizite Annahme, dass Pflegelernende unter der Fähigkeit in konkreten Pflegesituationen die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen (annähernd) erfassen zu können, im Wesentlichen dasselbe verstehen würden, grundlegend irritiert wurde und welche Konsequenzen sich hieraus für meine Untersuchung ergaben. In dem letztgenannten Kapitel lege ich u.a. dar, wie mich Diskussionen in verschiedenen Analysegruppen u.a. bei der Entwicklung der Kategorie „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ unterstützten, eigene Verstehensbarrieren zu überwinden. Meine eigene primäre sowie pflegeberufliche Sozialisation erschwerten mir das Erkennen und Benennen unterschiedlicher impliziter Zuständigkeitsauffassungen im Hinblick auf empathisches (Pflege-)Handeln zunächst sehr.

Insbesondere in der zweiten Hälfte meines Promotionsprozesses, in dem die Datenauswertung bereits abgeschlossen war, erhielt ich durch informelle Gespräche mit Kolleg*innen bzw. mit anderen qualitativ Forschenden viele weitere Impulse sowohl zur Reflexion meiner Forschungsergebnisse als auch zur Reflexion möglicher Empfehlungen, die aus diesen ableitbar sind. Zudem regte mich zum einen der informelle Austausch über berufliches Empathiehandeln, über diesbezügliche Lernwege sowie über Supportmethoden mit Berufstätigen anderer Berufsfelder (u.a. Psychotherapeut*innen und Berater*innen unterschiedlicher Schulen, Sozialarbeiter*innen, Lehrer*innen, Hochschuldozierende, Führungskräfte, Erzieher*innen) an. Hinzu kam in den letzten Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit Publikationen zu wissenschaftlich fundierten Bildungsangeboten zur Förderung emotionaler Fähigkeiten (s. Kapitel 22).

21. Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse

Das Kapitel 21 ist der Diskussion der in den Kapiteln 17, 18 und 19 dargelegten Forschungsergebnisse zu den subjektiven Sichtweisen Pflegelernender auf pflegerische Empathie sowie auf ihr Lernen dieser in der Pflegeausbildung vorbehalten. Die Diskussion dieser Ergebnisse erfolgt in erster Linie vor dem Hintergrund empirischer Forschung zum Themenfeld „Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung“. Sowohl aufgrund der Fülle der in der vorliegenden Untersuchung ermittelten, zum Teil sehr detailliert dargelegten empirischen Befunde als auch aufgrund der großen Anzahl der analysierten Studien zum Themenfeld „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ (über siebzig Studien, s. Teil

II) beschränke ich mich in dem vorliegenden Kapitel 21 auf die Diskussion der zentralen Forschungsergebnisse meiner Untersuchung.

Vorweg sei daran erinnert, dass es meinem Kenntnisstand nach bislang keine empirische Untersuchung zu den subjektiven Sichtweisen von Pflegelegenden auf ihr Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegeausbildung gibt, weshalb ich bei der Erhebung des aktuellen Forschungsstandes zu meinem Untersuchungsgegenstand auch qualitative Forschungsarbeiten mit Bezügen zum Lernen von Empathie bei Pflegestudierenden berücksichtigte: u.a. innovative Studien zu den Sichtweisen von Studierenden anderer Gesundheitsprofessionen auf ihr Lernen von Empathie (Medizinstudierende) (s. Kapitel 12), Forschungsarbeiten, die die Perspektiven von Pflegestudierenden auf das Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten wie Caring untersuchten (s. Kapitel 13.1) sowie qualitative Arbeiten, die die berufliche Sozialisation von Pflegelegenden erforschten und dabei interessante Befunde zur Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, hervorgebracht haben (s. Kapitel 13.2 und 14.2).

Darüber hinaus werden in der nachfolgenden Diskussion einige der in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Ergebnisse rückgebunden an die in Teil I dieser Arbeit dargelegten theoretischen Erkenntnisse zum Phänomen der Empathie.

Das Kapitel 21 gliedert sich in folgende drei Unterkapitel: erstens „Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Betrieb“ (21.1), zweitens „Zusammenfassung und Diskussion der idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelegenden sowie der intervenierenden Faktoren“ (21.2) und drittens „Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Schule“ (21.3).

21.1 Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Betrieb

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb (s. Kapitel 18) bestätigen viele der im Teil II Empirische Bezüge der vorliegenden Arbeit referierten Untersuchungsergebnisse nationaler und internationaler Studien (s. Kapitel 10-15). Wie eingangs erwähnt, beschränke ich mich im Folgenden auf die Diskussion der zentralen Forschungsergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb.

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Studie ist, dass die befragten Pflegelegenden am Lernort Betrieb oft bzw. weitgehend sich selbst überlassen waren, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine beruflich nutzbare weiterzuentwickeln. D.h. u.a., dass sie in den Betrieben mehr oder weniger auf sich selbst verwiesen waren, herauszufinden, wie sie empathisch gegenüber pflegebedürftigen Menschen handeln können, wie sie in diesem

Zusammenhang pflegerische Beziehungen aufbauen, unterhalten und beenden bzw. Nähe und Distanz in pflegerischen Interaktionen ausbalancieren oder auch wie sie ihre eigenen, durch ihr empathisches Handeln hervorgerufenen, oftmals aversiven Gedanken, Gefühle sowie Körperempfindungen regulieren bzw. verarbeiten können. In der Studie zeigten sich diesbezüglich grundlegende Schwierigkeiten der befragten Lernenden insbesondere in der empathischen Interaktion mit sehr vulnerablen Patient*innengruppen. Oftmals konnten sich die Befragten diesen aus Selbstschutz nicht (mehr) empathisch zuwenden und griffen auf Strategien der Vermeidung bzw. Verdrängung emotionalen (Mit-)Erlebens zurück.⁸⁹³ Unter den gegenwärtigen Bedingungen der praktischen Ausbildung, die, aus Sicht der Befragten, u.a. durch einen Mangel an pädagogischen Interventionen zur Förderung von Empathiefähigkeit sowie durch das zum Teil als defizitär erlebte pflegerisch-empathische sowie pädagogisch-empathische Handeln der Anleitenden und Pflegenden gekennzeichnet ist, nutzten die Befragten der vorliegenden Untersuchung v.a. zwei Strategien, um ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln, nämlich „Sich Möglichkeiten zum selbstständigen Bewältigen von Pflegesituationen organisieren bzw. erhaltene nutzen“ und „Modellverhalten von Kolleg*innen für (pflegerische) Empathie beobachten und reflektieren“.

Zahlreiche der in Teil II der vorliegenden Arbeit referierten Studien ermittelten ähnliche schwierige Rahmenbedingungen für Pflegelehrende bzw. Studierende anderer Gesundheitsberufe am Lernort Betrieb, ihre empathischen Fähigkeiten bzw. ihre sonstigen, Empathie nahe stehenden und subjektorientiertes (pflege-)berufliches Handeln befördernden Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Zunächst sei an dieser Stelle auf die in Kapitel 12 referierten acht Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie im Laufe ihrer Ausbildung verwiesen. Aus Sicht der Medizinstudierenden ist ihr Lernen von Empathie an beiden Lernorten neben förderlichen auch vielfältigen hinderlichen Einflüssen ausgesetzt. Die Studien identifizierten eine große Anzahl sowohl an persönlichen, an institutionellen als auch an an weitere Personen gebundenen Faktoren, die sie als förderlich bzw. hinderlich erlebten und die große Parallelen zu den o.a. Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung aufweisen (vgl. u.a. Wear/Zarconi 2007, Winseman et al. 2009). Wear und Zarconi (2007) identifizierten beispielsweise als Einflüsse der praktischen Ausbildung auf die Anwendung bzw. Weiterentwicklung der Werte, „*die mit einem guten Arzt assoziiert werden*“ (ebd.: 948), u.a. Mitgefühl, Altruismus und Respekt, womit sie implizit auch Empathie aufgriffen, erstens

⁸⁹³ Auf dieses Teilergebnis wird im nachfolgenden Unterkapitel 21.2 im Rahmen der Diskussion des ermittelten intervenierenden Faktors „Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen“ ausführlich eingegangen.

Effekte von Rollenmodellen und zweitens Einflüsse der klinischen Umgebung (vgl. ebd.: 950f.). Personen mit positivem Modellverhalten wurde eine anregende, bekräftigende und ermutigende Wirkung von den Medizinstudierenden zugeschrieben, negativen Modellpersonen hingegen sowohl eine entmutigende, enttäuschende Wirkung als auch eine positive, nämlich die Vermittlung der Motivation, bewusst anders zu handeln. Die klinische Umgebung beeinflusste aus Sicht der Studierenden die Anwendung bzw. Weiterentwicklung ihrer Werte v.a. durch die hohe Arbeitsüberlastung negativ. Sie erlebten, dass sie zu einem effizienten, die eigenen Gefühle „ausschaltenden“ („*to shut off your emotions*“, ebd.: 951), auf Krankheiten fokussierten und patient*innenignorierenden Arbeitsstil gedrängt wurden (vgl. ebd.: 951). Die Studie von Wear und Zarconi schildert eindrücklich, dass viele der Proband*innen die klinische Praxis oftmals als inhuman erlebten. Zudem wurde aus Sicht der Proband*innen deutlich, dass für einen erfolgreichen Abschluss weniger der Erwerb sozialer Kompetenzen sondern v.a. der von Fachwissen und technischen Skills Bedeutung hatte (vgl. ebd.: 951). Auch die Ergebnisse der Studien von Afghani et al. (2011), Tavakol et al. (2012), Sheikh et al. (2013), Ahrweiler et al. (2014), Eikeland et al. (2014) und Seitz et al. (2017) zeigen Parallelen zu den o.a. Forschungsergebnissen der vorliegenden Untersuchung: Sie geben vielfältige Hinweise a) auf grundlegende Probleme von Medizinstudierenden im Umgang mit eigenen sowie fremden aversiven Gefühlen und Gedanken in Interaktionen mit Patient*innen, b) auf unterschiedlichste unter Medizinstudierenden verbreitete Strategien der Vermeidung emotionalen Erlebens (u.a. Zynismus, emotionale Distanz, Unterdrückung eigener Gefühle, distanzierter Kommunikationsstil) sowie c) auf einen aus Sicht von Medizinstudierenden bestehenden Mangel an positiven Rollenmodellen für empathisch und emotional kompetentes ärztliches Handeln in der Berufswirklichkeit.

Weitere Gemeinsamkeiten weisen die o.a. Befunde der vorliegenden Untersuchung auch mit den in Kapitel 13.1 referierten sechs Studien zu den Perspektiven von Pflegelegenden auf ihr Lernen von Caring in der Pflegeausbildung auf. Beispielsweise ermittelten die Forschenden einige aus der Perspektive von Pflegestudierenden bedeutsame Lernstrategien und Lernanlässe im Hinblick auf das Lernen von Caring, u.a. Erkenntnisse zu den Effekten des Handelns von Modellpersonen, zu möglichen Effekten pädagogischer Beziehungen, in denen Lernende caring Lehrende erleben sowie zur Bedeutung selbstständigen Handelns als Carer (vgl. Kelley 1992, Kosowski 1995, Neil-Urban 1994, Drumm 2006, Solvoll/Heggen 2010, Ma et al. 2014). Darüber hinaus identifizierten die Studien erste Probleme von Lernenden im Hinblick auf die Anwendung und Weiterentwicklung ihrer Caring-Fähigkeiten in der Pflegepraxis, beispielsweise anfängliche Ängste in pflegerischen Interaktionen, Wut und Hilflosigkeit beim Miterleben patient*innen-

ignorierender Interaktionen oder auch große Unsicherheit bzw. Kontaktvermeidung gegenüber zu Pflegenden anderer Kulturen (vgl. Neil-Urban 1994, Kosowski 1995, Ma et al. 2014). Ferner wiesen Solvoll und Heggen (2010) darauf hin, dass Lernende an beiden Lernorten unzureichend begleitet werden, um aus ihren eigenen Praxiserfahrungen mit Caring zu lernen (vgl. ebd.).

Die in Kapitel 13.2 referierten acht qualitativen Studien, die Erkenntnisse zu den Einflüssen pflegeberuflicher Sozialisationsprozesse auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen bei Pflegelegenden generierten, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, verweisen alle, wenn auch in unterschiedlichen Begrifflichkeiten, auf das grundlegende Dilemma von Pflegelegenden, eigene bzw. am Lernort (Hoch-)Schule vermittelte Werte und Normen einer empathischen, von Mitgefühl geprägten, am Individuum orientierten Pflege in der Pflegewirklichkeit zu vermitteln mit den dort geltenden Gepflogenheiten der jeweiligen Pflegeteams bzw. mit sonstigen institutionellen Bedingungen. In allen acht Studien ließen sich u.a. auch negative Entwicklungsverläufe i.S. einer Anpassung der Lernenden an die vorgefundene Pflegerealität nachweisen, die die Forschenden u.a. auch mit dem Einflussfaktor „Alleingelassensein der Lernenden mit belastenden Gefühlen, die durch Pflegeinteraktionen in ihnen ausgelöst wurden und die bewältigt werden mussten“ erklärten (s.u.), was die in meiner Studie identifizierten Schwierigkeiten von Pflegelegenden im Umgang mit eigenen aversiven Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen, die durch empathisches Pflegehandeln hervorgerufen werden (können), bestätigt.

Allcock und Standen (2001) wiesen beispielsweise eine abnehmende Sensibilität aller Pflegelegenden gegenüber den Schmerzen von Patient*innen innerhalb der ersten anderthalb Studienjahre nach (vgl. ebd.). Melia (1983, 1984) wies eine deutliche Desensibilisierung ihres gesamten Samples gegenüber pflegerischen Idealen, eine Distanzierung von Patient*innen bzw. eine Orientierung an den vom Pflegeteam gelebten, oftmals patient*innenignorierenden Arbeitsroutinen nach (vgl. ebd.). Bradby (1990a, b), Seed (1994) und auch Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) belegten ebenfalls ähnliche negative Entwicklungen ihrer gesamten Samples im ersten Praxisjahr (vgl. ebd.). Mackintosh (2006) entdeckte diese negative Entwicklung hingegen nur bei der Mehrheit ihrer Pflegelegenden (vgl. ebd.). Diese hatten im Ausbildungsverlauf, so Mackintosh, Überzeugungen entwickelt, dass es zur Rolle beruflich Pflegenden gehöre, die Bedeutung von Caring für ihr Pflegehandeln zu einem gewissen Grad abzuschwächen und sich durch „*emotional hardening*“ (ebd.: 959) und wachsenden Zynismus (ebd.: 985) vor zu viel Nähe zu Patient*innen zu schützen. Curtis und Kolleg*innen (2012) identifizierten als Strategien der Lernenden im Umgang mit der o.e. Dissonanz das (Aus-)Balancieren von Widerstand

und Anpassung bzw. von professionellen Idealen und Orientierung an der Praxisrealität (vgl. ebd.: 792-794). Sie sahen das Risiko gegeben, dass sich die Studierenden von ihren professionellen Idealen abbringen lassen könnten (vgl. ebd.: 793f.). Lemonidou et al. (2004) identifizierten bei einigen ihrer Pflegelegenden bereits im bzw. nach dem erstem dreizehnwöchigen Praxiseinsatz eine Abnahme von Idealismus, Enthusiasmus und Empathie sowie eine Zunahme von Verzweiflung und Depersonalisation (vgl. ebd.).

Die Analyse der acht Studien in Kapitel 13.2 ergab, dass von den Forschenden bislang im Wesentlichen drei Einflussfaktoren für die soeben skizzierten negativen Verläufe identifiziert wurden: erstens, das starke Bedürfnis der Pflegelegenden ins Pflegeteam integriert zu werden⁸⁹⁴, zweitens die fehlende Wahrnehmung der Pflegelegenden als Individuen auf den Stationen⁸⁹⁵ sowie drittens das Alleingelassensein der Lernenden mit belastenden Gefühlen, die durch Pflegeinteraktionen in ihnen ausgelöst wurden und die bewältigt werden mussten^{896,897}.

Die in Kapitel 14.2 dargelegten Befunde der deutschen qualitativen Studien zur Entwicklung von Pflegelegenden weisen in eine ähnliche Richtung wie die im Vorausgegangenen skizzierten der internationalen Studien. Das in den Studien von Kersting (2002), Kühme

⁸⁹⁴ Vgl. u.a. Melia (1983, 1984), Bradby (1990a,b), Campbell, Reutter und Kolleg*innen (1994, 1997) sowie Curtis et al. (2012).

⁸⁹⁵ Vgl. Melia (1983, 1984) und Seed (1994).

⁸⁹⁶ Vgl. Bradby (1990a,b), Allcock und Standen (2001) und Curtis (2014).

⁸⁹⁷ Die nachfolgend dargelegte Studie von Eifried (2003) zu den Erfahrungen Pflegelegenden im Umgang mit leidenden Menschen ist ein weiterer Beleg für das Alleingelassensein erstgenannter mit belastenden Gefühlen in der Pflegeausbildung. Sie wurde in den im Teil II der vorliegenden Arbeit dargelegten Forschungsstand nicht aufgenommen, da ich zu Beginn meines Forschungsprojekts ihre Bezüge zum Lernen von Empathie als zu weitläufig einschätzte. Nach Abschluss meiner Datenanalyse stellte sich allerdings heraus, dass die Ergebnisse dieser Studie in dieselbe Richtung weisen, wie zentrale Teilergebnisse der meinigen und der Studie daher eine Relevanz im Hinblick auf die Diskussion meiner Untersuchungsergebnisse zukommt. Aus diesem Grunde wird sie nachfolgend dargelegt: Eifried (2003) untersuchte in einer interpretativen, phänomenologischen Studie die Erfahrungen von dreizehn Pflegestudierenden in den USA, die sich im letzten Studienjahr eines Bachelorprogramms befanden. Sie beabsichtigte zu ergründen, wie Lernende Pflegeinteraktionen mit leidenden Menschen erleben und bewältigen. Neben qualitativen Einzel- und Gruppeninterviews nutzte sie zur Datenerhebung schriftliche Narrative (Tagebucheinträge) der Proband*innen über ihre Erfahrungen, leidende Menschen zu pflegen, und besuchte die Befragten in der Pflegepraxis (vgl. ebd.: 60). Als zentrale Kategorie arbeitete Eifried die Kategorie „Leiden bezeugen“ heraus. Sie setzt sich aus sechs Subkategorien zusammen, nämlich erstens „Mit dem Leiden zu kämpfen haben“, zweitens „Sich mit dem Unbeschreibbaren abmühen“, drittens „Durchkommen“, viertens „Bei leidenden Patient*innen sein“, fünftens „Verkörperung der Erfahrung von Leiden“ und sechstens „Möglichkeiten sehen im Leiden“ (vgl. ebd.: 60-65). Die verschiedenen Subkategorien beschreiben anschaulich, wie die Befragten auf sich alleine gestellt waren, Wege zu finden, dem Leiden, das sie an Patient*innen beobachteten und dessen Reaktionen sie in sich selbst spürten, zu begegnen. Sie veranschaulichten ihr „Ringeln“ bzw. ihre „inneren Kämpfe“ damit, sich den leidenden Patient*innen wirklich präsent und authentisch zuzuwenden (vgl. ebd.: 60-62). Eifried beschreibt, dass die Befragten mit ihren Gefühlen der Hilflosigkeit, Traurigkeit, Verletzlichkeit, Überforderung und Einsamkeit und den vielen Fragen, die das Leiden ihrer Patient*innen in ihnen auslöste, zunächst allein waren. Aus Angst und Unsicherheit heraus, wendeten sie sich hiermit zumeist weder ans Pflegeteam noch an die Pflegeschule. Mitstudierende waren, so Eifried, die Ansprechpartner*innen, denen sich die Befragten am ehesten anvertrauten (vgl. ebd.: 62f.). Der Austausch unter Peers stellte für die Befragten eine bedeutsame Entlastungs- und Lernstrategie dar (vgl. ebd.: 62f., 66). Eifried identifizierte den starken Wunsch der Lernenden nach Unterstützung durch aufmerksame, fürsorgliche Anleitende und nach Zeit bzw. Raum, um über Erfahrungen und Gefühle in der Pflege von leidenden Menschen zu sprechen (vgl. ebd.: 65f.). Zudem wünschten sie sich, in der Ausbildung Handlungsstrategien vermittelt zu bekommen, wie sie leidende Patient*innen und deren Angehörige angesichts des Todes besser begleiten könnten (vgl. ebd.: 66).

(2013), Eylmann (2015) sowie Balzer (2016) aufscheinende grundlegende Dilemma von Pflegelehrenden, eigene bzw. am Lernort Schule vermittelte Werte und Normen einer empathischen, subjektorientierten Pflege in der Pflegewirklichkeit mit den dort geltenden Gepflogenheiten der jeweiligen Pflegeteams bzw. mit sonstigen institutionellen Bedingungen zu vermitteln, wurde mehrheitlich im Laufe der Ausbildung i.S. einer Anpassung an die vorgefundene Pflegerealität „gelöst“. Desensibilisierungsprozesse gegenüber pflegerischen Idealen bzw. gegenüber deren Verletzungen und eine damit einhergehende Distanzierung von Patient*innen schienen somit in den deutschen Studien ebenso auf wie in den o.a. internationalen Studien zur beruflichen Sozialisation. Als bedeutsame Einflussfaktoren für die soeben skizzierten negativen Verläufe zeichneten sich auch in einigen der deutschen Studien das starke Bedürfnis der Pflegelehrenden, ins Pflegeteam integriert zu werden (vgl. Kühme, Eylmann, Balzer) sowie die fehlende Wahrnehmung der Pflegelehrenden als Individuen auf den Stationen (vgl. ebd.) ab.

In der vorliegenden Untersuchung wurden neben den soeben dargelegten Ergebnissen zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb, die die Ergebnisse der im vorausgegangenen angeführten nationalen sowie internationalen Untersuchungen in vielen Punkten bestätigen, weiterführende Erkenntnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb gewonnen. Beispielsweise liefert die vorliegende Untersuchung detaillierte Erkenntnisse darüber, dass die beiden zentralen Lernstrategien, die Pflegelehrende unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen der deutschen Pflegeausbildung am Lernort Betrieb anwenden, um selbstständig ihre Empathiefähigkeit weiterzuentwickeln, mit einer grundlegenden Problematik einhergehen: Werden Lernende nicht zusätzlich gezielt unterstützt, ihre Fähigkeit zu sowie ihr Verständnis pflegerischer Empathie zu reflektieren, werden ihnen oftmals wichtige entwicklungsbedürftige Anteile ihrer Empathiefähigkeit nicht bewusst und können sich im Ausbildungsverlauf unbemerkt verfestigen (s. Kapitel 18.1.3.4).

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Studie Erkenntnisse über eine Tiefenstruktur generiert, die sämtliche sich an der Oberfläche, d.h. in den konkreten Ausbildungsbetrieben, vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse maßgeblich beeinflusst bzw. „vorstrukturiert“. Diese, das Lernen pflegerischer Empathie beeinflussende Grundstruktur ist durch das Zusammenkommen erstens der „Verwertungsinteressen der Betriebe“, die Lernenden schnellstmöglich als Arbeitskräfte einzusetzen, und zweitens der „Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie“ bestimmt (s. Kapitel 18.2). Sie liefert zum Einen einen Erklärungsansatz, warum bei den Befragten der vorliegenden Untersuchung das Lernpotenzial des Lernortes Betrieb im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist. Zum Anderen trägt sie - ebenso wie

die in Kapitel 17.4 beschriebenen intervenierenden Faktoren, die das empathische Handeln Pflegelerender in konkreten Pflegesituationen beeinflussen, sowie die in Kapitel 19.2 dargelegte Tiefenstruktur des Lernortes Schule - dazu bei, die in Kapitel 10 dargelegte Forschungslücke zu den möglichen Ursachen und Hintergründen der international (vorläufig) nachgewiesenen tendenziell stagnierenden bis negativen Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung (s. Kapitel 10) zu verkleinern. Zugleich liefert die erarbeitete Tiefenstruktur zwei entscheidende Stellschrauben bzw. Ansatzpunkte, um das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb wirkungsvoll, empiriebasiert sowie nachhaltig zu verbessern.

An dieser Stelle sei vorerst auf das Kapitel 22 verwiesen, in dem konkrete, aus den vorliegenden Forschungsergebnissen abgeleitete Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflegebildung vorgestellt werden. Nur so viel sei vorweggenommen, dass die vorliegenden Ergebnisse zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb meines Erachtens einen Beitrag leisten (können), a) pflegerische Empathie aus ihrer Unsichtbarkeit heraus ins Blickfeld aller an der praktischen Ausbildung Beteiligten zu rücken, b) mögliche Nebenwirkungen, Risiken sowie Probleme pflegerischer Empathie für (angehende) Pflegende zu enttabuisieren und c) für das Fehlen angemessener Support- sowie Lernangebote für (angehende) pflegeberufliche Empath*innen zu sensibilisieren.

Abschließend sei darauf verwiesen, dass die empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung sowohl zur Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb als auch zu dem teilweise als defizitär erlebtem pflegerisch-empathischen Handeln der Anleitenden und Pflegenden die in Kapitel 14.1 referierten Befunde Fichtmüllers und Walters (2007) zum Teil, d.h. für den Lernort Betrieb, bestätigen. Die beiden Forscherinnen kamen zu dem Ergebnis, dass in Deutschland Lerngegenständen wie „*Aufmerksam-Sein*“, „*Patientenbeteiligung*“ sowie „*Kontaktgestaltung*“, also Lerngegenständen, die m.E. eine große Nähe zu Empathie aufweisen, an beiden Lernorten eine nachrangige Bedeutung zukomme und diese weitgehend implizit gelehrt und erlernt werden würden (vgl. ebd.: 316-342, 356-359, 685, 695f.). Beispielsweise waren die Lernenden überzeugt, „*Fähigkeiten zur Kontaktgestaltung in der Praxis zu erwerben oder sich auf intuitives Handeln verlassen zu können*“ (ebd.: 325). Die Forscherinnen arbeiteten heraus, dass generell Lerninhalten, für die Lernende auf vorberuflich erworbene Fähigkeiten zurückgreifen können, wie beispielsweise „*Kontaktgestaltung*“⁸⁹⁸, bei allen Beteiligten wenig Wertigkeit zukomme, obwohl diese alltäglich erworbenen Fähigkeiten, so die Forscherinnen, in der Ausbildung einer Reflexion und ggf. Weiterentwicklung bedürfen (vgl. ebd.: 303f., 684). Hinzu komme

⁸⁹⁸ Im Gegensatz zu Lerninhalten wie beispielsweise „*Pflegetechniken*“, die zumeist neu erlernt werden müssten (vgl. ebd.: 302).

erschwerend, dass in der Pflegepraxis „*Modelle für eine professionelle Kontaktgestaltung und professionelles Informieren*“ (ebd.: 557) fehlen würden. Die Forscherinnen resümierten im Hinblick auf die Modellpersonen, denen Lernende begegnen, „*dass viele der von den Lernenden geschilderten Erfahrungen mit Pflegekräften auf wenig professionelles Handeln verweisen*“ (ebd.: 569). Das nachfolgende Zitat gibt ein Fazit der Forscherinnen im Hinblick auf die Konzepte „*Patientenbeteiligung*“ bzw. „*Kontaktgestaltung*“ wieder:

„Die relative Sprachlosigkeit für diese Aspekte pflegerischen Handelns ist auch darin begründet, dass hier Phänomene aufgenommen werden, die sich einer analytisch-exakten begrifflichen Fassung entziehen. Die Begriffe >>das Menschliche<< und >>Feingefühl<< sind gleichsam Versuche⁸⁹⁹, dieses Phänomen begrifflich zu fassen. Dies wirkt sich direkt auf Lernen und Lehren dieser Aspekte pflegerischen Handelns aus. Werden sie überhaupt lernrelevant, bleibt es häufig bei einem Hinweis auf die Bedeutung dieser Anteile. Lernen wird jedoch wenig gefördert, erforderliches Wissen und Kompetenzen werden nicht benannt. Lernende und Lehrende sehen hierin etwas in die Ausbildung Mitgebrachtes und oder etwas, das in der Pflegepraxis über Umgangserfahrungen erworben wird.“ (ebd.: 357)

21.2 Zusammenfassung und Diskussion der idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden sowie der intervenierenden Faktoren

In der vorliegenden Untersuchung wurden vier idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden identifiziert und entlang den Vergleichsdimensionen „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“, „Pflegeverständnis“, „Empathische Grundhaltungen“ und „Erkenntnisgehalt/-essenz des Prozesses der Perspektivenübernahme“ beschrieben (s. Kapitel 17.1 und 17.2). Sie tragen die nachfolgenden Kurzbezeichnungen, die ihren jeweiligen Wesenskern prägnant auf den Punkt bringen: „Pflegerische Empathie als regelorientierte, expertokratische Fürsorge“ (s. Kapitel 17.2.1), „Pflegerische Empathie als eine auf das einzelne Individuum Bezug nehmende expertokratische Fürsorge“ (s. Kapitel 17.2.2), „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion“ (s. Kapitel 17.2.3) sowie „Pflegerische Empathie als eine beide Persönlichkeiten einbeziehende verbale sowie nonverbale Interaktion mit Tendenz zum (überschießenden) Psychologisieren“ (s. Kapitel 17.2.4). Die gebildeten Idealtypen wurden in ihren Bezügen zueinander in einem Gesamtgefüge dargestellt (= Typologie) (s. Kapitel 17.3).

Darüber hinaus wurden Erkenntnisse generiert zu zahlreichen intervenierenden Faktoren, die beeinflussten, ob die befragten Pflegelernenden in einer konkreten Pflegesituation ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handelten. Sie wurden den Kategorien „Institutionelle Faktoren“ (s. Kapitel 17.4.1), „Personale Faktoren:

⁸⁹⁹ Diese Begriffe wählten die Beteiligten in den Interviews selbst, um „*begrifflich den Teilbereich pflegerischen Handelns, der die Pflege neben technischem (instrumentellem) Handeln ausmacht*“ (ebd.: 357) zu fassen. Sie gehen bei Fichtmüller und Walter in den o.e. Konzepten „*Kontaktgestaltung*“ bzw. „*Patientenbeteiligung*“ auf.

Pflegelernende*r“ (s. Kapitel 17.4.2) und „Personale Faktoren: Pflegebedürftiger Mensch“ (s. Kapitel 17.4.3) zugeordnet. Aufgrund der hohen Anzahl der in der vorliegenden Untersuchung ermittelten und in Kapitel 17.4 detailliert dargelegten intervenierenden Faktoren, beschränke ich mich im Folgenden auf die Diskussion von vier besonders einflussreichen Wirkfaktoren. Es handelt sich zum einen um die beiden institutionellen Faktoren „Personelle Voraussetzungen“ (s. Kapitel 17.4.1.1) und „Berufliches Aufgabenverständnis des Pflegeteams“ (s. Kapitel 17.4.1.2.1) und zum anderen um zwei der Kategorie „Personale Faktoren: Pflegelernende*r“ zugeordnete, nämlich „Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen“ (s. Kapitel 17.4.2.1.2) und „Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen“ (s. Kapitel 17.4.2.1.1).

Die in der vorliegenden Untersuchung generierten vier idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden gehen über den im Teil II der vorliegenden Arbeit dargelegten Forschungsstand zum Thema „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ weit hinaus. Meinen Kenntnisstand nach existieren bislang nahezu keine vergleichbaren empirischen Erkenntnisse zu den subjektiven Sichtweisen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden, die zur Diskussion selbiger herangezogen werden könnten.

Lediglich ein Teilergebnis der in Kapitel 14.1 dargelegten qualitativen Studie von Fichtmüller und Walter (2007) weist eine Parallele zu einer in der vorliegenden Untersuchung für den Verständnistypus II pflegerischer Empathie charakteristischen Ausprägung einer der in empathischen Prozessen identifizierten sieben Strategien auf. Es handelt sich um die Strategie 6 „Sich vorstellen, wie es dem Anderen in seiner Situation gehen könnte, wie er in einer bestimmten Situation reagieren könnte bzw. was er wollen könnte“ (s. Kapitel 17.2.2 und 17.2.3).

Interviewpersonen, deren Erzählungen in der vorliegenden Untersuchung dem Verständnistypus II zugeordnet wurden und die die o.a. Strategie 6 einsetzten, verstanden diese grundlegend anders als Interviewpersonen, deren Erzählungen dem Verständnistypus III zugeordnet wurden. Erstere schlossen bei dieser, die Strategie 6 kennzeichnenden, gedankenexperimentellen Vorstellung unreflektiert von sich auf ihr jeweiliges pflegebedürftiges Gegenüber. Sie stellten die mittels dieser Strategie gewonnenen Erkenntnisse kaum mehr in Frage. Sie liefen daher Gefahr, dem Anderen Erlebens- und Sichtweisen, beispielsweise seiner Pflegebedürftigkeit und/oder seiner gesundheitlichen Situation, sowie Gefühle und Bedürfnisse zu unterstellen, die möglicherweise eher ihre eigene Perspektive widerspiegeln als die des jeweiligen pflegebedürftigen Anderen. Interviewpersonen, die die Strategie 6, sich gedankenexperimentell in den Anderen hineinzusetzen, hingegen reflektiert anwendeten, nutzten

sie, um zusätzliche, sie für den weiteren Erkenntnisprozess sensibilisierende Ideen zu gewinnen. Diese Ideen wurden jedoch grundsätzlich als überprüfungsbedürftig eingeschätzt. Sie überprüften ihre durch gedankliches sich Hineinversetzen gewonnenen Erkenntnisse bzw. die von ihnen aus diesen abgeleiteten, am jeweiligen zu Pflegenden orientierten Interventionen durch weitere Interaktionen mit diesem. Diese soeben umrissenen zwei unterschiedlichen Arten, die Strategie 6 einzusetzen, nämlich einen reflektierten Umgang mit dieser und einen eher unreflektierten Umgang im Sinne eines „Von-sich-auf-andere-Schließens“, bestätigen das nachfolgend angeführte Teilergebnis der Studie von Fichtmüller und Walter (2007).

Fichtmüller und Walter (2007) identifizierten ein unter den teilnehmenden Pflegelegenden in Deutschland weit verbreitetes „verkürztes Verständnis von Sich-Hineinversetzen“ (ebd.: 261) in zu Pflegenden. Gemeint ist, dass Lernende „selbstbezogene Erfahrungen“ (ebd.: 445) bzw. „eigene Gefühle und Wünsche zum Gepflegtwerden als Kriterien für die Urteilsbildung“ (ebd.: 396) im Sinne eines wortwörtlich verstandenen „So pflegen, wie man selbst gepflegt werden möchte“ (ebd.: 396) nutzen.⁹⁰⁰ Die Forscherinnen grenzten dieses indirekte von einem „seltenen direkten Sich-Hineinversetzen“ (ebd.: 396) ab, das sie v.a. bei den schweizerischen Lernenden identifizierten (vgl. ebd.). Bei letzterem übernehmen Lernende die Perspektive ihrer Patient*innen und erkennen sowohl „Empfindungsdifferenz(en)“ (ebd.: 482) zwischen sich und anderen als auch „multiple Deutungen“ (ebd.: 482) an (vgl. ebd. 396, 475).

Hervorhebenswert ist in dem vorliegenden Unterkapitel 21.2 zur Diskussion der identifizierten idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie zudem eine Gemeinsamkeit aller an der vorliegenden Interviewstudie teilnehmenden Pflegelegenden, unabhängig davon, welches Verständnis pflegerischer Empathie sie verinnerlicht hatten: Sie alle waren der Überzeugung, dass pflegerische Empathie bzw. die Fähigkeit, individuell auf zu Pflegenden einzugehen und zu sehen, was sie brauchen, eine wesentliche Grundlage pflegerischen Handelns sei. Sie alle zeigten sich in den Interviews sehr motiviert und engagiert, ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß pflegebedürftige Menschen möglichst gut pflegerisch zu versorgen. Zudem waren sie alle, zumindest zum Zeitpunkt des Folgeinterviews, überzeugt, pflegebedürftigen Menschen grundsätzlich empathisch begegnen zu können und dieses auch regelmäßig zu tun.

Dass Pflegelegende sehr Unterschiedliches unter pflegerischer Empathie verstehen können und demzufolge sowohl zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen in ihren empathischen Erkenntnisprozessen gelangen können als auch zu sehr unterschiedlichen

⁹⁰⁰ In eine ähnliche Richtung deutet m.E. der von Kosowski (1995) identifizierte dritte Lern- bzw. Erkenntnismodus „Phantasieren/Sich ausmalen“ (s. Kapitel 13.1).

Handlungen, die sie aus diesen ableiten, ist den Befragten der vorliegenden Studie nicht bewusst gewesen. Sie alle pflegten ihre jeweiligen zu Pflegenden sehr engagiert und vermeintlich empathisch. Den Interviewpersonen, die beispielsweise ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne der Verständnistypen I und II verinnerlicht hatten, ist folglich verborgen geblieben, dass es ihnen in konkreten Pflegesituationen wiederkehrend nicht gelang, die subjektiven Perspektiven pflegebedürftiger Menschen (annähernd) zu erfassen. Zudem war ihnen nicht bewusst, dass sie im Gegensatz zu den Befragten, die ein Verständnis pflegerischer Empathie im Sinne des Verständnistypus III verinnerlicht hatten, auf Empathie basierende Erkenntnismöglichkeiten systematisch nicht bzw. nicht ausreichend nutzten, die eine würdevolle Pflege erleichtert hätten. Es ist anzunehmen, dass auch den Pflegelegenden, die an der Studie von Fichtmüller und Walter (2007) teilnahmen und die das o.a. in Deutschland weit verbreitete „verkürzte(s) Verständnis von Sich-Hineinversetzen“ (ebd.: 261) in zu Pflegenden zeigten, ihr sowohl empathischem Verstehen als auch subjektorientiertem Pflegehandeln entgegenstehendes Problem des unreflektierten „Von-sich-auf-andere-Schließens“ nicht bewusst ist.

Ferner sind an dieser Stelle Gemeinsamkeiten zwischen der in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Vergleichsdimension „Zuständigkeitsauffassung im Hinblick auf pflegerische Empathie“ (s. Kapitel 17.1.1) und den im theoretischen Teil dieser Arbeit dargelegten Überlegungen Bischoff-Wanners (2002) sowie Darmann-Fincks (2009a) anzuführen: Das in den Kapiteln 3.2 und 3.3 dargelegte bedeutsame Teilergebnis Bischoff-Wanners begriffsanalytischer Arbeit (2002) zu zwei voneinander unterscheidbaren Zielen pflegerischer Empathie sowie die theoretischen Abgrenzungsüberlegungen Darmann-Fincks (2009a) hinsichtlich möglicher Aufmerksamkeitsfoki beim pflegerischen Fallverstehen (s. Kapitel 2) konnten für Pflegelegenden in der vorliegenden Untersuchung empirisch bestätigt werden (s. Kapitel 17.1.1). D.h., im Datenmaterial konnten zwei grundlegend unterschiedliche Auffassungen von Pflegelegenden identifiziert und idealtypisch zugespitzt werden, wozu Empathie im Berufsfeld Pflege ihrer Überzeugung nach genutzt werden sollte. Der Großteil der Befragten war der Auffassung, dass Pflegenden ihre Empathiefähigkeit einsetzen sollten, um pflegerische Erkenntnisse im Hinblick auf den individuellen Pflegebedarf pflegebedürftiger Menschen zu gewinnen (s. Kapitel 17.2.2 und 17.2.3). Daneben konnte die weitere Auffassung ermittelt werden, dass Pflegelegenden bzw. Pflegenden ihre Empathiefähigkeit nutzen können und sollten, um Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung bei pflegebedürftigen Menschen anzustoßen respektive zu fördern (s. Kapitel 17.2.4).

In der folgenden Diskussion wird auf vier in der vorliegenden Studie identifizierte, besonders wirkungsvolle intervenierende Faktoren eingegangen, die beeinflussten, ob die befragten

Pflegelernenden auch in konkreten Pflegesituationen ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handelten.

Zum Faktor „Personelle Voraussetzungen“: Unter den „Personellen Voraussetzungen“, die das empathische Handeln der befragten Lernenden beeinflussten, sind die zeitlichen Ressourcen für Pflege zu verstehen, die aus der Perspektive der Lernenden ihnen bzw. dem jeweiligen Pfllegeteam in einer konkreten Schicht zur Verfügung standen, um die jeweiligen Patient*innen, Bewohner*innen bzw. Klient*innen pflegerisch zu versorgen (s. Kapitel 17.4.1.1). Der in der vorliegenden Studie identifizierte negative Einfluss, den unzureichende zeitliche Ressourcen auf das empathische Handeln der Befragten hatten, bestätigt das Teilergebnis der Untersuchung Bischoff-Wanners (2002: 277f.), dass Personalmangel, Arbeitsüberlastung, Hektik und Stress pflegerische Empathie verhindern. Auch Wear und Zarconi (2007) ermittelten Arbeitsüberlastung als, aus Sicht der von ihnen untersuchten Medizinstudierenden, bedeutsame Empathiebarriere (s. Kapitel 12). Ähnliches gilt beispielsweise auch für Seeds Untersuchung (1994), in der Personalmangel und enormer Zeitdruck als hinderliche Einflussfaktoren auf empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln von Pflegelernenden identifiziert wurden (s. Kapitel 13.2).

Zum Faktor „Berufliches Aufgabenverständnis des Pfllegeteams“: In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass, wenn die Befragten in Pfllegeteams (bzw. mit einzelnen Pfllegenden) arbeiteten, die pflegerische Empathie als integralen Bestandteil ihrer beruflichen Arbeit ansahen, vorlebten und dasselbe auch von Pflegelernenden erwarteten, dieses selbige unterstützte, ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu pfllegen (s. Kapitel 17.4.1.2.1). Die Beispiele, die sich in den Interviews finden lassen, die die gegenteilige Wirkung belegen, nämlich das Pfllegeteams aus der Perspektive der Befragten einen hemmenden respektive erschwerenden Einfluss auf ihr empathisches Handeln hatten, sind zahlreich. Pfllegeteams (bzw. einzelne Pfllegende), die, ob nun bewusst oder unbewusst, pflegerische Empathie nicht als Teil ihrer pflegerischen Aufgabe ansahen und/oder nicht praktizierten und/oder bei Pflegelernenden unterbunden haben, erschwerten es letzteren, ihrem subjektiven Verständnis pflegerischer Empathie gemäß zu handeln.

Der soeben skizzierte Wirkfaktor „Berufliches Aufgabenverständnis des Pfllegeteams“ bestätigt das Teilergebnis der Untersuchung Bischoff-Wanners (2002: 277), dass eine *„patientenorientierte Berufsauffassung, deren Absicherung im Berufsbild und im beruflichen Selbstkonzept (...) grundlegende Voraussetzungen von Empathie“* sind. Bischoff-Wanner führt an dieser Stelle weiter aus:

„Hier ist zum einen die <<Mitarbeiterideologie>> (Strauss u.a. 1980) zu nennen, die das Gefühlsklima der Station bestimmt, wesentlich von der Rolle der Stationsleitung abhängt und die

Rollenerwartungen und Verhaltensnormen bestimmt. Damit zusammen hängt das Vorhandensein von weiteren Rollenmodellen, die Empathie vorleben können.“ (Bischoff-Wanner 2002: 277)

Auch die zahlreichen in den Kapiteln 13.2 und 14.2 referierten nationalen sowie internationalen Befunde zu beruflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjekt-orientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, weisen in dieselbe Richtung. Sie belegen allesamt den großen Einfluss der von Pflegelegenden in ihren Praxiseinsätzen vorgefundenen Pflegeteams bzw. der von diesen praktizierten und anerkannten pflegerischen Arbeits- und Interaktionsweisen auf die Anwendung der empathischen Fähigkeiten Pflegelegenden.

Zum Faktor „Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen“: Die Befragten der vorliegenden Studie führten neben Sympathien insbesondere auch Antipathien gegenüber konkreten pflegebedürftigen Menschen als wichtige, ihr empathisches Handeln beeinflussende Faktoren an. Wurde ein pflegebedürftiger Mensch von den befragten Lernenden als sympathisch wahrgenommen, erleichterte dieses ihnen, sich ihm empathisch zuzuwenden. Empfanden sie ihn hingegen als unsympathisch, wirkte sich dieses, so die Einschätzung vieler Befragten, erschwerend bzw. hemmend auf ihr empathisches Handeln aus (s. Kapitel 17.4.2.1.2).

Die Ergebnisse zum dritten Wirkfaktor decken sich mit dem Teilergebnis der Untersuchung Bischoff-Wanners, dass „*Ähnlichkeit, Zuneigung, Sympathie und Vertrautheit*“ (ebd.: 2002: 276) pflegerische Empathie fördern, während „*eine(r) negative(n) Einstellung anderen Menschen gegenüber*“ (ebd.) selbige erschweren würde.

Die Ergebnisse einiger der Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie in der Ausbildung weisen in dieselbe Richtung: Beispielsweise wurden ablehnende Gefühle und Haltungen von Studierenden gegenüber bestimmten Patient*innen bzw. gegenüber sog. „*negative(n) Patienteneigenschaften*“⁹⁰¹ (Seitz et al. 2017: 25) als hinderliche Einflüsse auf empathisches Handeln identifiziert (vgl. Tavakol et al. 2012: 311, Ahrweiler et al. 2014: 17f.), ebenso wie bestimmte sogenannte „*positive Eigenschaften*“ (Seitz et al. 2017: 26) von Patient*innen⁹⁰², die ihnen empathisches Verhalten erleichtern würden (vgl. ebd.: 25).

⁹⁰¹ Beispielsweise gegenüber Patient*innen, die ihre Krankheit aus Sicht der Medizinstudierenden selbst zu verantworten haben, gegenüber Patient*innen mit kriminellen Hintergrund, mit Depressionen, mit Demenz, mit Alkohol- und/oder Drogenproblemen, gegenüber unfreundlichen, unkommunikativen, fordernden, schwierigen, eigenartigen, überempfindlichen, ablehnenden, übertreibenden, aggressiven und/oder unkooperativen Patient*innen (vgl. Seitz et al. 2017: 25, Tavakol et al. 2012: 311 und Ahrweiler et al. 2014: 17f.).

⁹⁰² Beispielsweise freundliche, zugängliche, offene, ehrliche sowie „*compliant*“ Patient*innen (vgl. Seitz et al. 2017: 25 und Ahrweiler et al. 2014: 17f.).

Nachfolgend werden Bezüge zwischen dem in der vorliegenden Studie identifizierten Wirkfaktor „Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen“ und einigen der im Teil I der vorliegenden Arbeit dargelegten theoretischen und empirischen Befunde Hoffmans (s. Kapitel 4.5), Bischof-Köhlers (s. Kapitel 5.3.2.3) sowie der Forschungsgruppe um Decety (s. Kapitel 7.1) hergestellt. Diese erklären, wie stark das empathische Erleben, Erkennen sowie Handeln von Empath*innen, oftmals unbemerkt, durch ihre unterschiedlichen Reaktionen auf ihre jeweiligen Gegenüber mitbestimmt ist.

In seiner im Jahre 2000 veröffentlichten Monografie *„Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice“* legt der emeritierte Professor für klinische und Entwicklungspsychologie als Ergebnis seiner langjährigen wissenschaftlichen Arbeit seine Theorie zur Entwicklung von Empathie und moralischem Bewusstsein bzw. Verhalten dar (s. Kapitel 4 des Teil I der vorliegenden Arbeit). Ein Kapitel seiner Monografie widmet Hoffman eigens bedeutsamen Einflussfaktoren, die empathische Prozesse negativ beeinflussen können (vgl. ebd.: 197-217, s. Kapitel 4.5). Einer der von Hoffman beschriebenen wichtigen Störfaktoren in empathischen Prozessen, nämlich der *„familiarity bias“* kann durch den in der vorliegenden Interviewstudie identifizierten Wirkfaktor „Sympathien bzw. Antipathien gegenüber einem konkreten pflegebedürftigen Menschen“ für pflegeberufliche Empath*innen tendenziell bestätigt werden. Hoffman bezeichnet mit dem Begriff *„familiarity bias“* die Anfälligkeit empathischer Prozesse für eine typische Art von Verzerrung (vgl. ebd.: 197, 206-213). Der *„familiarity bias“* hänge, so Hoffman, v.a. von der Beziehung zwischen der leidenden und der empathischen Person ab. Die meisten Menschen reagieren empathischer gegenüber Familienmitgliedern, Mitgliedern ihrer In-Group, engen Freunden und gegenüber Menschen, deren Bedürfnisse, Interessen bzw. Persönlichkeitseigenschaften ihren eigenen ähneln (vgl. ebd.: 197). Hoffman führt diverse empirische Belege für den soeben skizzierten Störfaktor an (vgl. ebd.: 206-213.). Er argumentiert zudem, dass dem tief im Menschen verankerten *„familiarity bias“* im Rahmen von Bildungsprozessen entgegengewirkt werden könne und sollte, indem Empathie in moralische Prinzipien wie *„caring“* und *„justice“* eingebettet wird (vgl. ebd.: 213, 216, 287-298).

Auch die renommierte deutsche Professorin für Psychologie Dr.in Dr.in Doris Bischof-Köhler führt in ihrem wissenschaftlich fundierten Lehrbuch *„Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend: Bindung, Empathie, Theory of Mind“* unter Rückgriff auf empirische Studien diverse Faktoren aus, die die aus dem empathischen Erleben resultierenden emotionalen Reaktionen respektive prosozialen Handlungen von Empath*innen unterschiedlich beeinflussen können: u.a. Vertrautheit/Vertrauenswürdigkeit der Anderen, Gruppenzugehörigkeit, Einstellung der Empath*innen zu den Betroffenen sowie moralische Beurteilung (vgl. ebd.: 287-289, 309, s. Kapitel 5.3.2.3). Ähnliches gilt für das neurowissenschaftliche

Mehrkomponentenmodell von Empathie der Forschendengruppe um Decety, in dem u.a. kulturelle Werte und Normen, Überzeugungen und Haltungen der Empath*innen sowie Ähnlichkeiten zwischen ihnen und der Zielperson als bedeutsame top-down modulierende Einflüsse auf empathische Prozesse angeführt werden (vgl. Decety/Jackson 2004: 92, s. Kapitel 7.1).

Zum Faktor „Unsicherheiten sowie Überforderungserleben gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen“: Als ein bedeutender Einflussfaktor auf das empathische Handeln der Befragten wurde in der vorliegenden Untersuchung deren Erleben von Unsicherheit sowie teilweise auch von Überforderung gegenüber bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen identifiziert. Es konnten fünf Gruppen ermittelt werden, die mehrere der Befragten als herausfordernd bzw. überfordernd erlebten - und dieses auch noch am Ende ihrer Ausbildung. Viele der Befragten erzählten von Pflegesituationen mit Angehörigen dieser Gruppen, die sie als so verunsichernd, anstrengend, beängstigend, unberechenbar, belastend oder beschämend erlebten, dass sie sich ihnen nicht bzw. nicht mehr empathisch zuwenden konnten (s. Kapitel 17.4.2.1.1). Als besonders heraus- bzw. überfordernd im Hinblick auf empathisches Pflegehandeln wurden erstens pflegebedürftige Menschen, die in ihren kommunikativen Fähigkeiten eingeschränkt waren, zweitens psychisch erkrankte Menschen, drittens Menschen mit Demenz⁹⁰³ und viertens schwerstkranke, onkologisch erkrankte sowie sterbende Menschen erlebt. Zudem thematisierten zwei der fünf Lernenden der Altenpflege eigene grundlegende, d.h. auch noch am Ende ihrer Ausbildung bestehende, Schwierigkeiten, sich empathisch auf pflegebedürftige Menschen im frühen und mittleren Erwachsenenalter einzulassen. Einige Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege erlebten hingegen Kinder und Jugendliche als besondere Herausforderung im Hinblick auf pflegerische Empathie.

Die zahlreichen in Kapitel 17.4.2.1.1 angeführten Interviewsequenzen illustrieren die großen emotionalen Heraus- und teilweise auch Überforderungen, die die Befragten der vorliegenden Untersuchung in sowie nach pflegerischen Kontakten insbesondere mit sehr vulnerablen Patient*innengruppen erlebten bzw. durchlitten. Oftmals konnten sich die Befragten diesen aus Selbstschutz nicht (mehr) empathisch zuwenden und griffen auf Strategien der Vermeidung bzw. Verdrängung emotionalen (Mit-)Erlebens zurück. Hervorhebenswert ist an dieser Stelle, dass auch Befragte, deren Erzählungen überwiegend ein sehr differenziertes subjektives Empathieverständnis im Sinne des idealtypischen Verständnisses III pflegerischer Empathie zeigten, von sie emotional überfordernden empathischen Pflegeinteraktionen mit Angehörigen einer oder mehrerer der o.a. Gruppen erzähl-

⁹⁰³ V.a. Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege erlebten Menschen mit Demenz als besondere Heraus- und teilweise auch als Überforderung im Hinblick auf pflegerische Empathie.

ten. In diesen Situationen fielen diese Lernenden gewissermaßen hinter ihr sich an anderer Stelle in den Interviews zeigendes hohes Performanzniveau pflegerischen Empathiehandelns zurück. D.h., sie zeigten in den besagten erzählten Situationen ein empathisches Handeln, das eher den Verständnistypen I oder II pflegerischer Empathie zuzuordnen war.

Das soeben ausgeführte Schlüsselproblem Pflegelerender, die eigenen belastenden Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen in sowie nach empathischen Kontakten, insbesondere zu sehr vulnerablen Patient*innengruppen, gelingend zu regulieren, bestätigt Teilergebnisse einiger der in Teil II der vorliegenden Arbeit dargelegten Studien. Zudem tragen die in Teil I dargelegten theoretischen Erkenntnisse zum Phänomen „Empathie“ dazu bei, das in der vorliegenden Untersuchung identifizierte Schlüsselproblem vor einem theoretischen Hintergrund zu verstehen und einzuordnen. Nachfolgend wird zunächst der empirische Befund zu den o.a. Schwierigkeiten Pflegelerender beim empathischen Miterleben inklusive ihrer Strategien, ihre emotionale Stabilität zu schützen, in Beziehung gesetzt zu dem in Teil II referierten Forschungsstand. Danach wird das ermittelte Schlüsselproblem mittels ausgewählter theoretischer Befunde näher erläutert.

Zunächst sei an dieser Stelle auf die in Kapitel 12 referierten Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie im Laufe ihrer Ausbildung verwiesen: Seitz et al. (2017) und auch Ahrweiler et al. (2014) ermittelten als personalen hemmenden Einflussfaktor auf das empathische Verhalten von Medizinstudierenden u.a. *„Unsicherheit, Überforderung und Schwierigkeiten [...], sich vom Patienten und dessen Gefühlen abzugrenzen“* (Seitz et al. 2017: 29, vgl. Ahrweiler et al. 2014: 19).

Einige der in Kapitel 13.2 referierten Studien, die Erkenntnisse zu pflegeberuflichen Sozialisationsprozessen im Hinblick auf die Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen bei Pflegelerenden generierten, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen, verweisen u.a. auch auf die Heraus- bzw. Überforderung Pflegelerender, mit den in ihnen durch das Interagieren mit pflegebedürftigen Menschen ausgelösten belastenden Gefühlen umzugehen.

Bradby (1990b) arbeitete beispielsweise heraus, dass die Statuspassage vom Laien zur bzw. zum professionell Pflegenden für die von ihr untersuchten Pflegelerenden im ersten Ausbildungsjahr maßgeblich davon geprägt war, mit den Aspekten pflegerischer Arbeit zurecht zu kommen, die ausgebildete Pflegenden *„aus dem hohlen Bauch heraus“* (*„off the top of their heads“*, ebd.: 1363) tun und als selbstverständlich annehmen (vgl. ebd. 1990a: 1220-1225). Bradby hob damit auf den von Pflegenoviz*innen zu erlernenden Umgang mit den eigenen, durch Pflegehandeln bzw. durch pflegebedürftige Menschen ausgelösten Gefühlen ab. Sie arbeitete heraus, dass die Pflegelerenden ihrer Studie bei der

Bewältigung dieser Gefühle weitestgehend auf sich selbst gestellt waren (vgl. ebd.). Bradby generierte in diesem Zusammenhang u.a. die Kategorien „*Coping with care of very ill patients*“, „*Coping with care of the dying patient*“ sowie „*Coping with psychosocial problems*“ mit den Unterkategorien „*Coping with attention-seeking patients*“, „*Coping with the mentally confused patient*“ sowie „*Coping with a person who makes a suicidal attempt*“ (vgl. ebd.: 1364-1367), die gewisse Parallelen zu drei der o.a. fünf in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Gruppen aufweisen. Bradby arbeitete zudem heraus, dass ihre Lernenden, da sie im Hinblick auf diese Aspekte pflegerischer Arbeit in ihrer Ausbildung kaum Unterstützung erhielten, eigene Strategien entwickelten, ihre Gefühle zu managen, um handlungsfähig zu bleiben (vgl. ebd.: 1364-1367). Hierzu zählte Brady beispielsweise das Vermeiden des Kontakts zu bestimmten zu Pflegenden, oberflächliches Pflegehandeln, die Übernahme negativer Haltungen und patient*innenignorierender Verhaltensweisen des Pflegeteams gegenüber bestimmten Patient*innen, selektive Unaufmerksamkeit sowie ausweichende Kommunikation.⁹⁰⁴

Ma et al. (2014) identifizierten in ihrer Studie eine weitere Gruppe, die für die von ihnen befragten Pflegelegenden eine besondere Herausforderung beim empathischen bzw. „caring“ Pflegehandeln darstellte, nämlich Patient*innen anderer Kulturen. Viele der Befragten erlebten pflegerisch-empathische Kontakte zu Patient*innen anderer Kulturen als so verunsichernd, dass sie diese vermieden (vgl. ebd.: 46-48, s. Kapitel 13.1).

Allcock und Standen (2001) ermittelten bei den von ihnen befragten Pflegelegenden anfangs sehr starke belastende Emotionen in pflegerischen Kontakten zu Patient*innen mit starken Schmerzen (vgl. ebd.: 289-291, s. Kapitel 13.2). Im Verlauf der ersten achtzehn Ausbildungsmonate identifizierten sie dann eine abnehmende Sensibilität der Befragten gegenüber den Schmerzen von Patient*innen. Sie erklärten diese damit, dass die Befragten lernen würden, eigene belastende Gefühle zunehmend zu unterdrücken. Allcock und Standen verstehen die Abnahme der Sensibilität, in Ermangelung geeigneter Unterstützungsangebote für Pflegelegenden, als erforderliche Strategie, um die eigenen Erfahrungen mit unter Schmerzen leidenden Patient*innen zu bewältigen (vgl. ebd.).

Mackintosh (2006) kam in ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der befragten Pflegelegenden im Ausbildungsverlauf Überzeugungen entwickelt hatte, dass es zur Rolle von beruflich Pflegenden gehöre, die Bedeutung von Caring für ihr Pflegehandeln zu einem gewissen Grad abzuschwächen und sich durch Strategien wie „*emotional*

⁹⁰⁴ Bradby plädiert dafür, dass Lernende in der Pflegeausbildung gezielt unterstützt werden, einen angemessenen Umgang mit den eigenen, durch Interaktionen mit zu Pflegenden hervorgerufenen, Gefühlen zu erlernen.

hardening“ (ebd.: 959) und „*growing cynicism*“ (ebd.: 958) vor zu viel Nähe zu Patient*innen zu schützen.

Auch die nachfolgenden Forschungsergebnisse sowie Überlegungen Curtis` (2014) zur Unsicherheit und Verwundbarkeit von Pflegelegenden angesichts der emotionalen Erfordernisse einer am Individuum orientierten, empathischen und von Mitgefühl geprägten Pflege weisen in dieselbe Richtung wie das in der vorliegenden Untersuchung ermittelte o.a. Schlüsselproblem Pflegelegenden (vgl. ebd.: 214-219, s. Kapitel 13.2). Die befragten Lernenden sahen sich, so Curtis, herausgefordert, sich in pflegerischen Kontakten auf Gefühlsarbeit einzulassen, erhielten hierfür jedoch kaum formale Förder- bzw. Unterstützungsangebote (vgl. ebd.). Hierdurch waren sie bei der Bewältigung der tagtäglichen emotionalen Anforderungen in der Pflege vor allem sich selbst überlassen (vgl. ebd.). Zudem fehlte ihnen Orientierung, da für sie die Grenzen eines akzeptablen emotionalen Engagements von Pflegenden in Pflegebeziehungen unklar bzw. nicht eindeutig definiert waren (vgl. ebd.: 214f., 218f.). Curtis gibt zu Bedenken, dass Pflegestudierende unter diesen Umständen ihr eigenes mitfühlendes Pflegehandeln abhängig machen (könnten) von dessen möglichen negativen Folgen für ihr eigenes Wohlbefinden (vgl. ebd.: 210, 218). Hier sieht sie das Risiko, dass Pflegestudierende ihr Ideal, mitfühlend zu pflegen sowie ihr mitfühlendes Handeln aufgeben könnten (vgl. ebd.: 219).

Das in der vorliegenden Untersuchung ermittelte Schlüsselproblem Pflegelegenden, mit den eigenen, insbesondere durch empathische Kontakte zu sehr vulnerablen bzw. zu leidenden pflegebedürftigen Menschen ausgelösten, intensiven Gefühlen umzugehen, wird nachfolgend mit ausgewählten, in Teil I dieser Arbeit dargelegten theoretischen Erkenntnissen der Entwicklungs- und Sozialpsychologie, der Psychologie sowie der Sozialen Neurowissenschaften zum Phänomen „Empathie“ verschränkt. Diese theoretischen und teilweise auch empirischen Wissensbestände stellen bedeutsame Erklärungsansätze dar, sowohl hinsichtlich der dem empathischen Geschehen zugrundeliegenden Wirkmechanismen als auch hinsichtlich der Bedeutung kognitiver Fähigkeiten der emotionalen Selbstregulation in empathischen Erkenntnisprozessen (s. Kapitel 4.2, 4.5, 5, 6.3 und 7).

Hoffman (2000) modelliert empathische Prozesse als enges Zusammenspiel von fünf Wirkmechanismen, nämlich drei unfreiwillig und automatisch ablaufenden, schnell einsetzenden und nur minimaler kognitiver Verarbeitungsprozesse bedürftigen Mechanismen (Mimikry, Klassische Konditionierung und Direkte Assoziation) sowie zwei höher entwickelten kognitiven Mechanismen (Vermittelte Assoziation und Rollenübernahme), die gewisse willkürliche Steuerungsmöglichkeiten beinhalten (s. Kapitel 4.2). Doch auch diese zwei höher entwickelten kognitiven Mechanismen können, so Hoffman, in Situationen, in denen eine Person ihre Aufmerksamkeit auf einen anwesenden leidenden Menschen

richtet, unwillkürlich und umgehend getriggert werden (vgl. Hoffman 2000: 5, 61). Sie verleihen damit auch den empathischen Reaktionen von Erwachsenen - ebenso wie die drei erstgenannten - eine wichtige unwillkürliche Dimension (s. Kapitel 4.2). Hoffmans theoretische Annahmen zu Empathie vermitteln ein Verständnis von Empathie, in dem affektive, körperliche sowie kognitive Komponenten aufs Engste miteinander verbunden sind und in dem die automatische, unwillkürliche Dimension von Empathie eine besondere Berücksichtigung erfährt (s. Kapitel 3). Bischof-Köhlers (2011) Verständnis dieser Fähigkeit weist, auch wenn sie analytisch die sozialen Erkenntnisformen Gefühlsansteckung, Empathie und Theory of Mind (inklusive Perspektivenübernahme) differenziert, in dieselbe Richtung (s. Kapitel 5.1 bis 5.4). Meines Erachtens ist auch das von Decety und Kolleg*innen postulierte neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie anschlussfähig an diese entwicklungs- und sozialpsychologische Sichtweise auf Empathie (s. Kapitel 7).

Vor dem Hintergrund der o.a. theoretischen Erkenntnisse zum Phänomen der Empathie betrachtet, ist pflegerische Empathie gegenüber leidenden Menschen selbstredend auch mit unwillkürlich und spontan auftretenden unlustvollen Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen bei den jeweiligen pflegeberuflichen Empath*innen verbunden. Hoffman bezeichnet diese Art des zeitlich begrenzten Mitempfindens der empathischen Person als anfängliches empathisches Unbehagen („*empathic distress*“) (s. Kapitel 4.1). Er prägte einen weiteren Begriff, der meines Erachtens das in der vorliegenden Untersuchung ermittelte gelegentliche Überforderungserleben der Befragten in empathischen Kontakten zu bestimmten pflegebedürftigen Menschen zu erhellen vermag (s. Kapitel 4.5).

Den Begriff „*empathic over-arousal*“ wählt Hoffman, um einen Prozess in Empath*innen zu beschreiben, bei dem sich anfängliches empathisches Unbehagen in ein Gefühl der persönlichen Bedrängnis bis hin zu persönlicher Verzweiflung wandelt. „*Empathic over-arousal*“ (vgl. ebd.: 198-205) ist abhängig von der Intensität und dem „Hervorspringen“ des Leids der bzw. des Anderen. Je intensiver und hervorstechender die Hinweisreize der Notlage der bzw. des Anderen, desto größer der „*empathic distress*“ der Empath*innen. Hoffman definiert „*empathic over-arousal*“ wie folgt:

„Since empathic distress itself can be intense and highly aversive, it can at times divert the attention of observers away from the victim to their own very real distress. This “empathic over-arousal” can be defined as an involuntary process that occurs when an observer’s empathic distress becomes so painful and intolerable that it is transformed into an intense feeling of personal distress, which may move the person out of the empathic mode entirely (Hoffman, 1978).“ (Hoffman 2000: 198, Hervorhebung im Original)

Hoffman erläutert, dass es durch das Zusammenwirken der multiplen empathischen Erregungsmodi zu „*empathic over-arousal*“ kommen kann, allerdings reiche auch bereits

ein Erregungsmodus aus (vgl. ebd.: 198f.). Laut Hoffman gibt es bislang noch wenig Forschungsbemühungen, um den Prozess näher zu klären, wann und wie „*empathic distress*“ zu „*empathic over-arousal*“ führe und was daraus resultiere (vgl. ebd.: 199-203). Hoffman nimmt drei Gründe an, die individuelle Unterschiede bei Empath*innen hinsichtlich „*empathic over-arousal*“ erklären können: erstens Unterschiede in der empathischen Tendenz, zweitens Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit zu helfen und drittens Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren (vgl. ebd.: 203f., s. Kapitel 4.5).

Zu den Unterschieden in der empathischen Tendenz: Hoffman führt hierzu empirische Studien mit Kindergärtner*innen, Pflegestudierenden und auch Psychotherapeut*innen an. Diese geben Hinweise darauf, dass besonders hochempathische Berufstätige im Vergleich zu ihren weniger empathischen Kolleg*innen gefährdet sind, in extrem schmerzlichen Situationen mit „*empathic over-arousal*“ zu reagieren. Infolgedessen neigen diese Berufstätigen in entsprechenden Interaktionssituationen eher dazu, sich defensiver Strategien zu bedienen bzw. ihre am Anderen orientierte helfende Haltung zu verlieren (vgl. ebd.: 203).

Zu den Unterschieden hinsichtlich der Fähigkeit zu helfen⁹⁰⁵: Hoffman führt als Beleg für den Einfluss der Fähigkeit eines Berufstätigen zu helfen auf sein Risiko, mit „*empathic over-arousal*“ zu reagieren, eine Studie von Williams (1989) mit Pflegestudierenden an:

„After six months on the job, these student nurses realized they could make a difference in the patients` lives and that was enough to bring an end to their empathic over-arousal and avoidance of terminally ill patients.“ (Hoffman 2000: 204)

Zu den Unterschieden hinsichtlich der Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren: Die eigene Vulnerabilität für „*empathic over-arousal*“ kann, so Hoffman, durch die Fähigkeit, eigene Gefühle zu regulieren und mit eigenen Sorgen konstruktiv umzugehen, reduziert werden. Hoffman verweist auf empirische Studien an Kindern, die belegen, dass Kinder, denen von ihren Eltern Copingstrategien vermittelt wurden, um mit ihren eigenen Angstgefühlen und Sorgen umzugehen, weniger anfällig für „*empathic over-arousal*“ waren, als Kinder, deren Eltern ihnen keine Copingstrategien beibrachten. Ferner seien Kinder anfällig für „*empathic over-arousal*“, die eine niedrige empathische Reizschwelle haben und es allgemein schwierig finden würden, ihre Gefühle zu regulieren. Diese Kinder würden weniger wahrscheinlich anderen helfen (vgl. ebd.: 204).

Hoffman formuliert folgende Hypothesen über „*empathic over-arousal*“ (vgl. ebd.: 204f.):

⁹⁰⁵ Gemeint ist an dieser Stelle meines Erachtens die Hilfsfähigkeit beruflicher Empath*innen, d.h. ihre berufliche Handlungskompetenz.

„(a) *The intensity of observers` empathic distress and their motivation to help increases with the intensity of the victim`s distress.*

(b) *At some point, as the observer approaches his or her threshold of distress tolerance and becomes empathically over-aroused, the observer may think of leaving the situation and if that option is available, as with a stranger, the observer may leave or turn off emotionally by consciously or unconsciously using perceptual or cognitive strategies to gain distance from the victim.*

(c) *But when a person is in a relationship and committed to help another (owing to some combination of empathic distress, love, and role expectations), empathic over-arousal may intensify both the person`s focus on the victim and his or her motivation to help. The person may feel compelled to maintain contact with the victim and struggle to achieve a balance between feeling empathically distressed and distancing (temporary distancing in the service of helping?). The person will likely feel both empathic distress and sympathetic distress, side by side or in sequence, as in the distinction between the two that I made earlier (chapter 3). [...] If a person continues to help in these relationships, especially if the person is highly empathic to begin with, he or she is apt to help the victim, through at the cost of being vulnerable to vicarious.”*

Hoffmans Überlegung, dass die Fähigkeit zu helfen das Risiko beruflicher Empath*innen, mit „*empathic over-arousal*“ zu reagieren, vermindert, lässt sich für die befragten Pflegelernenden der vorliegenden Untersuchung tendenziell bestätigen (s. Kapitel 17.4.2.2). Die Befragten sprachen beispielsweise bereichsspezifischem Fachwissen einen ihr empathisches Handeln unterstützenden bzw. erleichternden Einfluss zu: Es sensibilisiere und befähige sie, Verhaltensweisen und Bedürfnisse ihres pflegebedürftigen Gegenübers überhaupt bzw. bewusst(er) beobachten und reflektierter deuten zu können⁹⁰⁶. Zudem erhöhe spezifisches Fachwissen ihre Möglichkeiten, in den unterschiedlichen Fachgebieten bzw. pflegerischen Settings professionelle, situationsangemessene Handlungsoptionen entwerfen zu können, und unterstütze damit ihre Handlungsfähigkeit⁹⁰⁷.

Auf die grundlegende Bedeutung kognitiver Fähigkeiten der emotionalen Selbstregulation im Zusammenhang mit Empathiebereitschaft und empathischen Erkenntnisprozessen verweisen auch Bischof-Köhler sowie Decety und Kolleg*innen. Bischof-Köhler (2011) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff „Exekutive Funktionen“ (s. Kapitel 5.5). Darunter versteht sie u.a. kognitive Fähigkeiten, die Empath*innen ermöglichen, das in ihnen unmittelbar erzeugte empathische Erleben bzw. die daraus resultierenden motivationalen Folgegefühle und Handlungsantriebe nicht zwingend über impulsiv emotionsgesteuertes Verhalten auszuagieren, sondern sich von diesen zu distanzieren und ihr Handeln durch weitere Überlegungen bestimmen zu lassen (vgl. Bischof-Köhler 2011: 369-373, 381, 441).

⁹⁰⁶ Vgl. ausführlicher zu den Inhalten, die aus der Perspektive der befragten Lernenden ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern das Unterkapitel 19.1.2.2.1 „Lernenden (pflege-)wissenschaftliches Regelwissen vermitteln“ sowie das Unterkapitel 19.1.2.2.2 „Optimierungswünsche der befragten Lernenden im Hinblick auf die Vermittlung von Inhalten, die ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern“.

⁹⁰⁷ Vgl. zu der Bedeutung, die die Befragten einer gelungenen Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen in entsprechenden Praxisfeldern im Hinblick auf ihr empathisches Handeln einräumen das Unterkapitel 19.1.1.2.1.

Das neurowissenschaftliche Mehrkomponentenmodell von Empathie der Forschungsgruppe um Decety umfasste zum Zeitpunkt seiner Erstveröffentlichung im Jahre 2004 vier physikalisch voneinander unterscheidbare und miteinander wechselseitig dynamisch interagierende neuronale Netzwerke, die von den Forschenden als Hauptkomponenten von Empathie bezeichnet wurden (s. Kapitel 7.1). Eines dieser vier mit empathischem Erkennen assoziierten neuronalen Netzwerke trug die Bezeichnung „*emotion regulation*“ (vgl. Decety/Jackson 2004). Unter Emotionsregulation verstehen die beiden Wissenschaftler die Fähigkeit und auch die Anforderung, in empathischen Prozessen die in Empath*innen stellvertretend ausgelösten Emotionen zu regulieren, damit sie nicht als aversiv erlebt werden (vgl. ebd.: 85-88). Unter Rückgriff auf die Forschungsbefunde von Eisenberg⁹⁰⁸ und Kolleg*innen (1991, 1994) unterscheiden sie Menschen, die über gute emotionale Selbstregulationsfähigkeiten verfügen und die in empathischen Situationen zu „*feelings of concern*“ („*sympathy*“⁹⁰⁹) (Decety/Jackson 2004: 86) für die leidenden Anderen neigen, von Menschen mit schwächer ausgeprägten emotionalen Selbstregulationsfähigkeiten, die eigene negative (und auch positive) Emotionen generell intensiver erleben. Letztere neigen in empathischen Situationen dazu, auf das Leid des Gegenübers mit „*empathic over-arousal*“ und daraus resultierend mit „*personal distress*“⁹¹⁰, d.h. mit aversiven Emotionen wie beispielsweise Angst oder Unbehagen, zu reagieren (vgl. ebd., vgl. Eisenberg/Eggum 2009: 72-76, Eisenberg et al. 2012: 148-158). In der meinem Wissensstand nach aktuellsten Version des weiterentwickelten Empathiemodells, der Version aus dem Jahre 2015, umfasst das Modell drei Hauptkomponenten bzw. neuronale Netzwerke (vgl. Decety/Cowell 2015, s. Kapitel 7.2). Eines dieser Netzwerke ist das neuronale Netzwerk „*perspective taking*“. Es dient dazu, sich bewusst in Andere hineinzusetzen und sich auszumalen, was sie denken oder fühlen (vgl. ebd.: 3, 7-9). In diesen sind die, in früheren Versionen des Empathiemodells (s.o.) noch einzeln als Hauptkomponenten von Empathie aufgeführten, kognitiven Fähigkeiten der „*self-other awareness*“ und der „*emotion*

⁹⁰⁸ Dr.in Nancy Eisenberg ist Professorin für Psychologie an der Arizona State University und forscht mittlerweile seit mehreren Jahrzehnten zur emotionalen und sozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In diesem Zusammenhang führte sie auch diverse Studien zu Empathie und emotionaler Selbstregulationsfähigkeit durch (vgl. u.a Eisenberg/Eggum 2009, Eisenberg/Huerta/Edwards 2012).

⁹⁰⁹ Eisenberg et al. (2012) erläutern „*sympathy*“ folgendermaßen: „*Sympathy is defined as an affective response that often stems from empathy, but can derive solely (or partly) from perspective-taking or other cognitive processes (e.g., thinking about how it would be to experience a negative event), including the retrieval of relevant information from memory. Sympathy, like empathy, involves an understanding of another's emotion. It also involves an emotional response consisting of sorrow or concern for the distressed or needy other rather than simply feeling the same emotion the other person is experiencing or is expected to experience. Thus, the girl who saw the sad boy might first experience empathic sadness and subsequently feel sympathetic concern for him. This definition of sympathy is similar to Batson's (1991) and Hoffman's (2000) conceptualization of empathy.*“ (Eisenberg et al. 2012: 148).

⁹¹⁰ „*Personal distress is an aversive self-focused reaction to the expression of another's negative emotion, often leading to avoidance behavior.*“ (Decety/Svetlova 2012: 2)

regulation“ sowie weitere kognitive Selbstregulationsfähigkeiten wie „Arbeitsgedächtnis“, „Aufmerksamkeitssteuerung“ und „Inhibition“ (vgl. ebd.: 8) eingegangen.

Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle auf das von Altmann und Roth begründete theoretische Konzept des „Empathischen Kurzschlusses“ (EKS) verwiesen. Mit dem Konzept des „Empathischen Kurzschlusses“ fassen die beiden Psychologen eine typische, zumeist unbewusste verbale Reaktionsweise von Empath*innen, um sich vor empathisch übertragenen belastenden Emotionen zu schützen (vgl. Altmann 2013: 29-35; Altmann/Roth 2013: 182f., Altmann/Roth 2014: 13-18, s. Kapitel 6.3 und 6.4). Der EKS stellt aus Sicht der beiden Wissenschaftler für Empath*innen eine „*kurzfristig entlastende Art der Reaktion*“ (Altmann 2013: 67) dar, mittels derer sie die empathische Begegnung auf eine weithin sozial akzeptierte Art (abrupt) beenden können (vgl. ebd.: 34). Hierzu verwenden Empath*innen in der vierten Phase des EPM⁹¹¹, der sogenannten Antwort, geläufige „*beschwichtigende*“ (Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 114) Formulierungen⁹¹², die die Emotionen und Bedürfnisse der Anderen negieren, verzerren oder invalidieren (vgl. Altmann 2013: 29-31). Die beiden Psychologen nehmen an, dass der EKS „*primär der eigenen kurzfristigen Emotionsregulation dient*“ (ebd.: 1), was Empath*innen zumeist unmittelbar als Erleichterung bzw. emotionale Stabilisierung erleben würden (vgl. ebd.: 32, 67). Zugleich nehmen sie an, dass in Berufsfeldern wie beispielsweise der Sozialen Arbeit oder der Pflege, in denen die Berufstätigen in ihrer Rolle als berufliche Empath*innen häufig und intensiv mit Menschen in sehr belastenden Situationen konfrontiert sind, „*die langfristige Kumulation derartiger EKS-Reaktionen negative Auswirkungen auf die emotionale Befindlichkeit in Form von psychosomatischen und Belastungssymptomen desjenigen hat, der die EKS begeht.*“ (ebd.: 1) (vgl. ebd.: 32-34, 67f.; Altmann/Schönefeld/Roth 2016: 115).

Vor dem Hintergrund sowohl der eigenen Untersuchungsergebnisse als auch der in dem vorliegenden Unterkapitel weiter oben referierten Befunde zu den emotionalen Lasten Pflegelernender in empathischen Kontakten sowie zu den von diesen eingesetzten Selbstschutzstrategien komme ich zu der Einschätzung, dass das Konzept „Empathischer Kurzschluss“ nur eine von vielen weiteren, bislang erst in Ansätzen erforschten Entlastungs- bzw. Distanzierungsstrategien pflegeberuflicher Empath*innen darstellt.

⁹¹¹ EPM ist die Abkürzung für das von Altmann und Roth entwickelte integrative Empathie-Prozessmodell (s. Kapitel 6.2).

⁹¹² Beispielsweise „*Ach, das schaffst du ganz sicher, du bist doch ein schlauer Kopf.*“ (Altmann 2013: 29), „*Wein doch nicht! Vielleicht ist es ja gut, dass ihr euch getrennt habt. Er ist nicht gut genug für dich.*“ (ebd.), „*Sei nicht traurig, immerhin musste er keine Schmerzen erleiden*“ (ebd.), „*Ach Frau Meier, Sie überleben uns doch noch alle hier!*“ (Altmann/Roth 2014: 63), „*Kopf hoch, so schlimm ist es doch nicht!*“ (ebd.), „*Du brauchst keine Angst zu haben*“ (ebd.).

Am Ende dieses Unterkapitels 21.2 ist resümierend festzuhalten, dass sich in der vorliegenden Untersuchung deutlich zeigte, dass die gegenwärtigen Lernangebote der einbezogenen pflegerischen Bildungsgänge die befragten Lernenden nicht ausreichend unterstützten, ihre im Vorausgegangenen diskutierten Schwierigkeiten, sich auf pflegerisch-empathische Kontakte insbesondere zu sehr vulnerablen Patient*innengruppen einzulassen, zu reflektieren und gelingend zu bewältigen (s. Kapitel 17.4.2.1.1). An dieser Stelle sei auf das Kapitel 22 verwiesen, in dem Empfehlungen zur Erweiterung und gezielten Ergänzung der bisherigen auf pflegerische Empathie abhebenden Lernangebotsstruktur pflegerischer Bildungsgänge vorgestellt werden.

21. 3 Zusammenfassung und Diskussion der Befunde zum Lernort Schule

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, dass aus Sicht der Befragten am Lernort Schule viele Lernangebote existieren, die auf pflegerische Empathie abheben und die von diesen überwiegend auch sehr geschätzt werden. Es handelt sich dabei sowohl um verschiedenste Unterrichtsinhalte, die Pflegelehrende vermitteln als auch um unterschiedliche Lehr-/Lernmethoden, die sie einsetzen (s. Kapitel 19.1.2.1 und 19.1.2.2.1).

Zugleich wurden in der Studie jedoch auch grundlegende Problembereiche sowie Verbesserungswünsche und -ideen der befragten Lernenden identifiziert. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, neben dem zum Teil als defizitär erlebten pädagogisch-empathischen Handeln der Pflegelehrenden sowie einer als unzureichend erlebten sozialen Unterstützung durch selbige, ein ausgeprägter Mangel an arbeitsverbundenen⁹¹³ sowie -orientierten Lernangeboten, die schulisches und betriebliches Lernen pflegerischer Empathie verbinden.

Infolge dieser teilweise lernhinderlichen Bedingungen am Lernort Schule erlebten sich die Befragten zumeist herausgefordert, zuweilen auch überfordert, allein eine Verbindung zwischen den Lerninhalten bzw. Anforderungen beider Lernorte im Hinblick auf pflegerische Empathie herzustellen. Sie erlebten sich beispielsweise als weitestgehend auf sich selbst gestellt, zwischen den an den Schulen gelehrt, pflegerische Empathie betreffenden Normen, beispielsweise der Norm, pflegebedürftigen Menschen empathisch zu begegnen, und den Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit zu vermitteln.

Diesbezüglich konnte ein Wunsch bzw. Bedarf identifiziert werden, dass Pflegelehrende Handlungsnormen nicht nur vermitteln. Die Befragten wünschen sich, zusätzlich zu dieser Vermittlung von Normen, auch von ihren Pflegelehrenden ermutigt, unterstützt und befähigt

⁹¹³ Zu den Begrifflichkeiten des arbeitsgebundenen, -verbundenen sowie -orientierten Lernens vergleiche das Kapitel 16.8.4.3 dieser Arbeit, in dem Dehnbostels Modell arbeitsbezogener Lernformen sowie Darmann-Fincks und Muths Rezeption selbigens für die Pflegebildung ausgeführt werden.

zu werden, diese Normen reflexiv und flexibel vor dem Hintergrund der eigenen Persönlichkeit, der jeweiligen Situation bzw. der institutionellen Rahmenbedingungen anzuwenden und dass diese Pflegelernende dazu anregen, Anwendungsprobleme von Normen offen im Unterricht zu thematisieren.

Zudem zeigte sich ein grundlegender Wunsch der Befragten, von ihren Pflegelehrenden stärker als Lernsubjekte wahrgenommen zu werden sowie individuell abgestimmte, d.h. an dem Entwicklungsstand ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie bzw. Kommunikation orientierte, Lernangebote zu erhalten.

Neben dem Wunsch nach Lernaufgaben und Simulationen, die auf die Förderung von Selbstempathie sowie pflegerischer Empathie zielen, sowie dem Wunsch nach einer Verbesserung der Rollenspiel-„Praxis“ an Pflegeschulen konnte ein ausgeprägter Wunsch der Befragten nach einer (Weiter-)Entwicklung von sich über die gesamte Ausbildungszeit hinweg erstreckenden, durch Lehrende geleiteten Reflexionsangeboten zu selbsterlebten Pflegesituationen herausgearbeitet werden (s. Kapitel 19.1.2.3.1 bis 19.1.2.3.4). Zudem zeigte sich ein ebenfalls ausgeprägter Wunsch der Befragten nach bereits am Ausbildungsbeginn einsetzenden, arbeitsorientierten sowie -verbundenen Lernangeboten a) im Hinblick auf kommunikative Fähigkeiten sowie b) sowohl im Hinblick auf die Aneignung pflegetechnischer Fertigkeiten und pflegerischer Interventionen als auch im Hinblick auf deren situative, am jeweiligen pflegebedürftigen Menschen orientierte Ausgestaltung in der Pflegeberufswirklichkeit (s. Kapitel 19.1.2.3.5).

Einige der in Teil II der vorliegenden Arbeit referierten Studien ermittelten ähnliche sowohl lernförderliche als auch lernhinderliche Rahmenbedingungen für Pflegelernende bzw. Studierende anderer Gesundheitsberufe am Lernort Schule, um ihre empathischen Fähigkeiten bzw. ihre sonstigen, Empathie nahe stehenden und subjektorientiertes (pflege-)berufliches Handeln befördernden Fähigkeiten weiterzuentwickeln.

Zunächst sei an dieser Stelle auf die in Kapitel 12 referierten Studien zu den Sichtweisen von Medizinstudierenden auf ihr Lernen von Empathie im Laufe ihrer Ausbildung verwiesen. Einige der Befunde dieser Studien weisen in eine ähnliche Richtung wie die o.a. Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung. Wear und Zarconi (2007) identifizierten sowohl förderliche als auch hinderliche Einflüsse der hochschulischen, präklinischen Studienphase auf die Werte der Studierenden. Beispielsweise schrieben einige Studierende Lerninhalten aus Seminaren der Verhaltenswissenschaften, der Geisteswissenschaften sowie der Bioethik positive Lerneffekte zu (vgl. ebd.: 950). Andere schrieben diesen Seminaren hingegen keine Effekte auf ihre Werteentwicklung zu und kritisierten, dass dort v.a. die Norm, mitfühlend und altruistisch aufzutreten, dauernd betont worden wäre (vgl. ebd.). Afghani et

al. (2011) ermittelten Wünsche von Medizinstudierenden nach zusätzlichen hochschulischen Lernangeboten, beispielsweise zum empathischen Interagieren mit „*demanding patients*“ (ebd.: 4), mit Sterbenden (vgl. ebd.) oder beim Überbringen schlechter Nachrichten (vgl. ebd.). Seitz et al. (2017) identifizierten u.a. eine „*negative beziehungsweise fehlende Vorbildrolle durch Ärzte und Lehrende*“ (ebd.: 29) hinsichtlich empathischen Handelns: Aus der Perspektive der von ihnen befragten Medizinstudierenden sind „*Lehrende die stärksten Befürworter von empathischen Verhalten gegenüber den Patienten*“ (ebd.) und Ärzt*innen die schwächsten, beide Gruppen würden empathisches Verhalten selbst aber eher selten bzw. wenig zeigen (vgl. ebd.: 24-30).

Weitere Gemeinsamkeiten weisen die o.a. Befunde der vorliegenden Untersuchung auch mit den in Kapitel 13.1 referierten Studien zu den Perspektiven von Pflegestudierenden auf ihr Lernen von Caring in der Pflegeausbildung auf. Beispielsweise ermittelte Drumm (2006) lernförderliche Effekte der hochschulischen Vermittlung von Theorien über Caring in Verbindung mit dem Einsatz schriftlicher Lernaufgaben, in denen Studierende selbsterlebte Pflegesituationen mittels dieser Theorien analysierten (vgl. ebd.: 64-78). Diesen Lernaufgaben schrieben die Befragten eine Sensibilisierung für die Biografie, das Menschsein bzw. das Erleben ihrer zu Pflegenden zu sowie Impulse, das eigene Pflegehandeln zu reflektieren sowie empathisch und mitfühlender zu gestalten (vgl. ebd.). Ferner erlebten die Pflegestudierenden das Reflektieren von Erfahrungen als selbstständig handelnde Carer in „*post-conferences*“ (ebd.: 67) als lernförderlich (vgl. ebd.: 66-71). Nur sehr wenige Studierende erwähnten förderliche Einflüsse von Modellpersonen (= caring Lehrenden) auf ihr Lernen von Caring (vgl. ebd.: 67, 77). Auch Kelley (1992) kam zu dem Ergebnis, dass nur einige wenige Pflegestudierende Lehrende als positive Rollenmodelle für Caring anführten (vgl. ebd.: 123f.).

Solvoll und Heggen (2010) stellten im Gegensatz zu Drumm (s.o.) fest, dass die Erfahrungen der von ihnen beobachteten und befragten Pflegestudierenden mit pflegerischen Beziehungen bzw. mit Caring weder von den Anleitenden noch von den Pflegelehrenden als bedeutsame Lernerfahrungen/-anlässe aufgegriffen wurden (vgl. ebd.: 75f.). In den Praxisaufträgen der Hochschule wurden die Lernenden zwar angeregt, so die Forscherinnen, eigene Pflegeerfahrungen zu reflektieren, dieses jedoch anhand abstrakter Theorien (vgl. ebd.). Solvoll und Heggen arbeiteten heraus, dass dieses den Lernenden bei den beforschten Praxisaufträgen kaum gelang und sich als wenig nutzbringend herausstellte. Als problematisch betrachteten sie, dass die Erfahrungen der Studierenden, d.h. die damit verbundenen Gefühlen, Gedanken, Fragen und Herausforderungen, auch am Lernort Schule nicht (ausreichend) thematisiert wurden und somit zu einer privaten Angelegenheit wurden, die keine pädagogische Begleitung erfuhr (vgl. ebd.: 76). Auch Ma et al. (2014)

identifizierten Mängel der hochschulischen Ausbildung. Sie ermittelten eine grundlegende Unzufriedenheit der befragten Pflegestudierenden im Hinblick auf eine von diesen als unzureichend erlebte Vermittlung von Caring am Lernort Universität, die ihres Erachtens v.a. aus einer Betonung des pflegerischen Ideals bzw. Wertes Caring bestand (vgl. ebd.: 46, 48). Den Befragten fehlten im Hinblick auf ihr Lernen von Caring sowohl die Vermittlung von Theorien, Konzepten und Interventionen als auch eine Förderung von Haltungen (vgl. ebd.).

Die in Kapitel 14.1 dargelegten Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten der qualitativen Studie von Fichtmüller und Walter (2007) weisen gewisse Parallelen auf zu den o.a. Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule im Hinblick auf a) die identifizierten Lehr- bzw. Lernstrategien und b) die Aussagen der Forscherinnen zur Bedeutung ausreichender Lernangebote zum Erwerb pflegetechnischer Fertigkeiten, um „aufmerksam“ bzw. pflegerisch-empathisch interagieren zu können (s.u.). Fichtmüller und Walter (2007) identifizierten „Aufmerksam-Sein“⁹¹⁴ als einen zentralen Lerngegenstand, dem aber in der Pflegeausbildung, ebenso wie auch den Lerngegenständen „Urteilsbildung“ sowie „Kontaktgestaltung“, infolge der dominierenden Lerninhalte „Technik“, „Informieren“ und „Ablaufgestaltung“ an beiden Lernorten eine nachrangige Bedeutung zukomme (vgl. ebd.: 695f.). Fichtmüller und Walter sprechen in diesem Zusammenhang von Lerngegenständen, die ein „Schattendasein“ (ebd.: 696) führen. Die Forscherinnen arbeiteten heraus, dass Lehrende und Anleitende versuchen, den Lerngegenstand „Aufmerksam-Sein“ „mehr oder weniger darüber bewusst“ (ebd.: 363) durch die Lehrstrategien „Aufmerksamkeitslenkung“ sowie „Sensibilisierung“ zu vermitteln (vgl. ebd.: 363-365). In dem Interviewmaterial der Lernenden zeigte sich, dass diese sich „Aufmerksam-Sein“ in der Ausbildung durch Modelle, durch Wissenserwerb, durch das Reflektieren von Erfahrungen sowie durch Rollenspiele aneignen (können) (vgl. ebd.: 365-367). Die Forscherinnen betonen, dass Lernende ausreichende Möglichkeiten brauchen, um sich technische Pflegekompetenzen auf einem routinierten Niveau aneignen zu können, das zulässt, „Kapazitäten für Aufmerksam-Sein freizuhaben“ (ebd.: 696). Ansonsten bestehe die Gefahr, dass sie im Modus des „fixiert Aufmerksam-Seins“ beim Durchführen von Pflorgetechniken gefangen bleiben und Patient*innensignale übersehen könnten (vgl. ebd.: 371-377, 696).

⁹¹⁴ Unter „Aufmerksam-Sein“ verstehen sie eine bestimmte Art der Wahrnehmung (vgl. ebd.: 361): „Mit Aufmerksam-Sein konzeptualisieren wir jene Phänomene, in denen Lernende durch eine gerichtete oder ungerichtete Wahrnehmung achtsam sind für Situationen oder Ausschnitte der inneren und äußeren Umwelt. Gegenüber Wahrnehmung grenzen wir demnach Aufmerksam-Sein durch die bei der Aufmerksamkeit auftretende, die Wahrnehmung überformende, Achtsamkeit ab.“ (ebd.: 361). Sie differenzierten vier Arten des „Aufmerksam-Seins“, nämlich erstens „fixiertes“, zweitens „gerichtetes“, drittens „fluktuierendes“ sowie viertens „freischwebendes Aufmerksam-Sein“ (vgl. ebd.: 362).

Das Ergebnis Fichtmüllers und Walters, dass Lerngegenständen wie beispielsweise „Aufmerksam-Sein“ ein Schattendasein an beiden Lernorten zukommt, kann die vorliegende Untersuchung hinsichtlich des Lerngegenstandes „pflegerische Empathie“ nur für den Lernort Betrieb bestätigen (s. Kapitel 18.2.2). Ein Ergebnis der vorliegenden Studie ist, wie oben bereits erwähnt, dass aus Sicht der Befragten am Lernort Schule viele Lernangebote existieren, die auf pflegerische Empathie abheben und die von diesen überwiegend auch sehr geschätzt werden. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied ist, dass Fichtmüller und Walter (2007) ihre empirischen Daten von Mai 2002 bis Oktober 2003 erhoben, während die Datenerhebung der vorliegenden Untersuchung von April 2010 bis Juli 2011 erfolgte, also ungefähr acht Jahre später. Das heißt, die Pflegelehrenden der erstgenannten Studie wurden nach dem Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985 ausgebildet und die der vorliegenden Studie nach dem Altenpflegegesetz vom 25. August 2003 bzw. dem Krankenpflegegesetz vom 16. Juli 2003. Die letztgenannten Gesetze räumten der Förderung personaler und sozial-kommunikativer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung einen größeren Stellenwert ein als das erstgenannte, womit die in der vorliegenden Untersuchung generierte Erkenntnis, dass der Lerngegenstand „pflegerische Empathie“ am Lernort Schule (mittlerweile) sichtbar(er) geworden ist, erklärt werden kann.

In der vorliegenden Untersuchung wurden, neben den weiter oben dargelegten Ergebnissen zum Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule, die die Ergebnisse der im vorausgegangenen angeführten nationalen sowie internationalen Untersuchungen in vielen Punkten bestätigen, weiterführende Erkenntnisse zum Lernen pflegerischer Empathie gewonnen. Beispielsweise liefert die vorliegende Untersuchung detaillierte Erkenntnisse sowohl zu aus Sicht der Befragten lernförderlichen und -hinderlichen Bedingungen des Lernortes Schule als auch zu lernförderlichen und -hinderlichen Strategien der Pflegelehrenden: unter anderem beispielsweise empirische Erkenntnisse zur Lernkultur der Pflege-/Hochschule (s. Kapitel 19.1.1.1), zu Praxisfeldern mit besonderem Lernpotenzial für pflegerische Empathie (s. Kapitel 19.1.1.2.3), zum Einfluss des Konzepts der Praxiseinsatzplanung auf die Anwendung und Weiterentwicklung empathischer Fähigkeiten (s. Kapitel 19.1.1.2.1 und 19.1.1.2.2), zu konkreten Lerninhalten, die aus Sicht der Befragten ihre Fähigkeit zu pflegerischer Empathie fördern (s. Kapitel 19.1.2.2) oder zu deren Optimierungswünschen im Hinblick auf ihr Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule (s. u.a. Kapitel 19.1.2.1.5, 19.1.2.2.2 und 19.1.2.3.5).

Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Studie Erkenntnisse über eine Tiefenstruktur generiert, die sämtliche sich an der Oberfläche, d.h. an den einzelnen Pflege- bzw. Hochschulen, vollziehenden, pflegerische Empathie betreffenden Lehr-Lernprozesse maßgeblich beeinflusst bzw. „vorstrukturiert“. Hierunter sind strukturgebende Einflüsse

sowohl auf die unterschiedlichen Curricula der Schulen (u.a. Auswahl und Gewichtung von Unterrichtszielen und -inhalten), auf die Unterrichtsvorbereitung der jeweiligen Pflegelehrenden als auch auf den konkreten Unterricht an sich gemeint. Diese, das Lernen pflegerischer Empathie beeinflussende Grundstruktur ist durch das Zusammenkommen der „Kompetenzgrenzen der Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums“ und der „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“ bestimmt (s. Kapitel 19.2).

Die erarbeitete Tiefenstruktur liefert zum Einen einen Erklärungsansatz, warum bei den Befragten der vorliegenden Untersuchung das Lernpotenzial des Lernortes Schule im Hinblick auf pflegerische Empathie bei weitem nicht ausgeschöpft worden ist. Zum Anderen trägt sie - ebenso wie die in Kapitel 17.4 beschriebenen intervenierenden Faktoren, die das empathische Handeln Pflegelernender in konkreten Pflegesituationen beeinflussen, sowie die in Kapitel 18.2 dargelegte Tiefenstruktur des Lernortes Betrieb - dazu bei, die in Kapitel 10 dargelegte Forschungslücke zu den möglichen Ursachen und Hintergründen der international (vorläufig) nachgewiesenen tendenziell stagnierenden bis negativen Entwicklungsverläufe empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung (s. Kapitel 10) zu verkleinern. Zugleich liefert die Tiefenstruktur zwei entscheidende Stellschrauben bzw. Ansatzpunkte, um das Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule wirkungsvoll, empiriebasiert sowie nachhaltig zu verbessern. Bevor in Kapitel 22 konkrete, aus den vorliegenden Forschungsergebnissen abgeleitete Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflegebildung vorgestellt werden, soll im Folgenden näher auf die in der vorliegenden Untersuchung identifizierte Schieflage der Empathieförderinterventionen an deutschen Pflegeschulen und deren mögliche Hintergründe eingegangen werden.

Die identifizierte einseitige Schwerpunktsetzung der Empathieförderung am Lernort Schule zu Lasten der für pflegerische Empathie erforderlichen selbstreflexiven und emotionalen Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation stellt ein zentrales Forschungsergebnis dar. Die befragten Lernenden der vorliegenden Studie erfuhren am Lernort Schule eine Förderung ihrer alltäglichen Empathiefähigkeit, die v.a. auf eine Erhöhung ihrer Empathiebereitschaft und ihrer Sensibilität für die Perspektiven anderer, d.h. pflegebedürftiger Menschen zielte. Zudem wurden ihnen neben pflegerischem Fachwissen Methoden bzw. Techniken vermittelt, wie sie die Perspektiven speziell dieser Zielgruppe erheben und berücksichtigen können (s. Kapitel 19.2.1).

Mit dieser einseitigen Schwerpunktsetzung der Empathieförderung können meiner Einschätzung nach Risiken⁹¹⁵ für angehende Pflegende verbunden sein, da ihre in der Ausbildung angebahnte berufliche Empathiefähigkeit auf einem wackeligen Fundament steht: Eine erhöhte Empathiebereitschaft und eine hohe Sensibilität für die Perspektiven pflegebedürftiger Menschen sind m.E. nur ein Standbein einer professionellen pflegerischen Empathiefähigkeit. Sie können in der Pflegeberufswirklichkeit insbesondere bei engagierten beruflichen Empath*innen zu einem Mehr an oftmals belastenden Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen führen, das irgendwie bewältigt werden muss. Werden Lernende mit den durch empathisches Begegnungshandeln in ihnen unwillkürlich ausgelösten Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen alleingelassen, werden sie, um ihre eigene emotionale Stabilität zu schützen, möglicherweise vermehrt - insbesondere in Kontakten zu leidenden pflegebedürftigen Menschen - Vermeidungsstrategien entwickeln bzw. einsetzen, was pflegerisch-empathischen Verstehen entgegenstehen dürfte (s. Kapitel 21.2). Durch dieses Verhalten würden sie weder ihrem pflegebedürftigen Gegenüber gerecht noch könnten sie emotional herausfordernde Pflegesituationen als Lerngelegenheit nutzen, ihre alltäglichen Fähigkeiten der emotionalen Selbstregulation weiterzuentwickeln. Dieses o.a. erste Standbein wurde meinen Untersuchungsergebnissen zufolge am Lernort Schule bei den befragten Pflegelernenden gestärkt, während das zweite Standbein, das selbstreflexive sowie emotionale Fähigkeiten umfasst, sich nicht ausreichend entwickelt zu haben scheint. Die folgende Abbildung 38 veranschaulicht die Metapher von den zwei Standbeinen pflegeberuflicher Empath*innen.

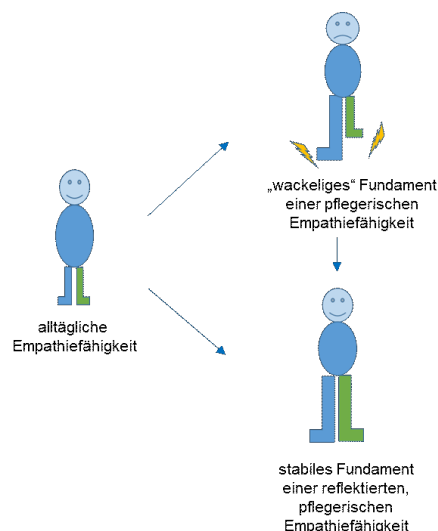


Abbildung 38: Metapher von den zwei Standbeinen pflegeberuflicher Empath*innen

⁹¹⁵ Auf die Risiken, die für pflegebedürftige Menschen erwachsen, wenn sie von Pflegenden versorgt werden, die über unzureichende Empathiefähigkeiten bzw. unzureichende emotionale Selbstregulationsfähigkeiten verfügen, wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

Lernende benötigen meiner Einschätzung nach hohe selbstreflexive sowie emotionale Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation, um sich in dem von ihnen angestrebten Pflegeberuf, einem Beruf mit hohen Interaktionsanforderungen - u.a. hinsichtlich der Interaktionsdichte sowie hinsichtlich der Interaktionszumutungen - sowohl ihre Empathiebereitschaft und -fähigkeit als auch ihre körperliche und psychische Gesundheit erhalten zu können. Da empathisches Pflegehandeln höhere Anforderungen an die emotionalen Fähigkeiten bzw. die Emotionsregulation (angehender) Pfleger stellt, als empathisches Handeln in vielen anderen Berufen bzw. im Alltagsleben, ist darüber nachzudenken, wie Pflegelernende künftig systematischer als bisher unterstützt werden können, emotionale Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation in der Pflegeausbildung auf einem hohen Niveau zu erwerben.⁹¹⁶

Meinem Kenntnisstand nach wurde bislang in pflegepädagogischen Publikationen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung nur sehr vereinzelt auf die zentrale Bedeutung der emotionalen Fähigkeiten Pflegelernender für pflegerisches Empathiehandeln und deren besonderen Förderbedarf im Rahmen pädagogischer Empathieinterventionen verwiesen. Die Literaturrecherche zu Beginn meines Dissertationsprojektes ergab lediglich zwei derartige Veröffentlichungen aus dem United Kingdom bzw. den USA, beide von Autor*innenteams, die neben einer pflegerischen über eine psychologische bzw. psychotherapeutische Fachexpertise verfügten. Williams und Stickley⁹¹⁷ (2010) formulieren am Ende ihrer theoretischen Übersichtsarbeit „*Empathy and nurse education*“ Empfehlungen zur Förderung empathischer Kompetenz in der Pflegeausbildung, die allesamt die emotionalen Bedürfnisse und Fähigkeiten Pflegelernender als angehende berufliche Empath*innen in den Mittelpunkt stellen (vgl. ebd.). Sie empfehlen, Pflegelernenden sowohl emotionale Unterstützung bzw. Entlastung durch supervidierte, ausbildungsbegleitende Kleingruppen zur Reflexion selbsterlebter emotional fordernder Pflegesituationen anzubieten als auch durch helfende, pädagogisch-empathische Beziehungen zu Lehrenden. Zudem unterstreichen sie die Bedeutung der Förderung emotionaler Fähigkeiten bei Pflegestudierenden, sehen (leider) aber von konkreten methodischen Vorschlägen ab. Wheeler und Barrett⁹¹⁸ (1994) empfehlen bereits in den 1990er-Jahren am Ende ihres systematischen Reviews zur Wirksamkeit pflegerischer Empathietrainings „*Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy*

⁹¹⁶ Vgl. das vorausgehende Unterkapitel 21.2, in dem das Phänomen „*empathic over-arousal*“ und die Bedeutung kognitiver Fähigkeiten der emotionalen Selbstregulation für die emotionale Stabilität und das Wohlergehen beruflicher Empath*innen dargelegt wurden.

⁹¹⁷ Dr. Theodore Stickley war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung Professor an der School of Health Sciences der University of Nottingham und u.a. in der hochschulischen Ausbildung psychiatrisch Pfleger tätig.

⁹¹⁸ Dr.in Elizabeth Ann Barrett war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung Professor of Nursing an einer staatlichen Universität in New York City sowie Psychotherapeutin und Dr.in Kathleen Wheeler Psychotherapeutin in eigener Praxis und Assistant Professor of Nursing.

and implications for nursing research and education“, Pflegestudierende in ihren emotionalen Fähigkeiten sowie ihren Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion zu fördern. Sie halten hierzu kleine Diskussionsgruppen für geeignet, in denen Pflegestudierende bei der Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen auch im Hinblick auf ihr emotionales Erleben supervidierend begleitet werden.

In den parallel zum Entstehungsprozess meiner Dissertation erschienenen Publikationen der Psychologen Prof. Dr. Roth und Dr. Altmann (s. Teil I der vorliegenden Arbeit, Kapitel 6) weisen beide Autoren auf die Probleme und Lasten beruflicher Empath*innen hin (vgl. u.a. Altmann 2013, 2015; Altmann/Roth 2014; Altmann/Schönefeld/Roth 2016). Sie plädieren dafür, Empathietrainings in sozialen sowie Pflegeberufen mit dem Ziel einzusetzen, Lernende zu befähigen, einen reflektierten Umgang mit ihrer vorhandenen Empathiefähigkeit zu erlernen und nicht eine Steigerung selbiger zu forcieren (vgl. ebd.). Das von den beiden o.e. Psychologen vorgeschlagene theoretische Konzept „Empathischer Kurzschluss“ könnte meines Erachtens als Anlass genommen werden, über angemessenere Strategien der Selbststabilisierung bzw. -regulation für Pflege Lernende in empathischen Situationen nachzudenken. Es kann meines Erachtens dazu beitragen, Probleme beim empathischen Handeln im Pflegeberuf weniger zu tabuisieren, sondern offener zu thematisieren und künftig auch wissenschaftlich zu explorieren (s. Kapitel 6).

Die soeben skizzierte Schwerpunktsetzung der Empfehlungen von Williams und Stickley (2010) sowie von Wheeler und Barrett (1994) zur Empathieförderung in der Pflegeausbildung, die o.a. Ausführungen Roths und Altmanns und auch die in Kapitel 11 dargelegte Analyse der dreißig Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Förderung von Empathie bei Pflegestudierenden untersuchten⁹¹⁹, weisen in dieselbe Richtung wie die in der vorliegenden Untersuchung identifizierte einseitige Schwerpunktsetzung der Empathieförderung an den teilnehmenden deutschen Pflegeschulen (s. Kapitel 19.2.1). Sie unterstreichen meiner Einschätzung nach die Überlegung, ausgewogenere Ansätze zur Förderung des gesamten Spektrums der für pflegerische Empathie erforderlichen Teilfähigkeiten für die deutsche Pflegeausbildung zu entwickeln, zu evaluieren und zu implementieren.

Angesichts der Bedeutung dieser im Vorausgegangenen thematisierten Fähigkeiten für das Wohlergehen und die Gesunderhaltung pflegeberuflicher Empath*innen ist zu empfehlen,

⁹¹⁹ Die Analyse der dreißig quantitativen Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen zur Förderung von Empathie bei Pflegestudierenden untersuchten, zeigt, dass die beforschten Interventionen nur äußerst selten auf die mit empathischem Pflegehandeln verbundenen emotionalen Herausforderungen von Pflege Lernenden bzw. die Förderung ihrer emotionalen Fähigkeiten abhoben. Als anregende Ausnahmen sei an dieser Stelle auf die empirischen Untersuchungen von Ozcan et al. (2011), Sheehan et al. (2013) sowie Altmann (2015) verwiesen.

dass Pflegeschulen sowohl über den aktuellen Forschungsstand zur Wirksamkeit präventiver Interventionen zur Förderung emotionaler Kompetenzen bei gesunden Erwachsenen informiert sind als auch über aktuelles wissenschaftliches Wissen zu den Themenkomplexen „Pflegerische Empathie“ und „Lehren und Lernen pflegerischer Empathie“. Dieser Kenntnisstand befähigt sie, kritisch einzuschätzen, ob und wie sie in ihren jeweiligen Bildungsgängen Lernenden ermöglichen (können), diese Fähigkeiten auf einem hohem Niveau zu erwerben.

Meiner Einschätzung nach kommen Pflegelehrende in Deutschland, die herausgefordert sind, diese anspruchsvollen Lernangebote zu den für pflegerische Empathie erforderlichen Teilfähigkeiten zu entwickeln und in professionelle Unterrichtsinteraktion umzusetzen, nachvollziehbarerweise an ihre Kompetenzgrenzen (s. Kapitel 19.2.1 zu den Kompetenzgrenzen von Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums). Vor dem Hintergrund der in Deutschland noch jungen Verwissenschaftlichung der Pflege sowie der ebenfalls noch jungen Akademisierung der Pflegelehrer*innenausbildung ist nicht davon auszugehen, dass Pflegelehrende in der eigenen zurückliegenden Pflegeausbildung systematisch und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechend begleitet wurden, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, pflegeberuflich nutzbare weiterzuentwickeln. Ähnliches ist für die Pflegelehrer*innenbildung anzunehmen: Bis heute kommen sowohl der systematischen Förderung emotionaler, selbstreflexiver sowie empathischer Fähigkeiten von angehenden Pflegelehrenden als auch den Themenkomplexen „Pflegerische Empathie“ und „Lehren und Lernen pflegerischer Empathie“ in der deutschen Pflegelehrer*innenbildung eine eher randständige Bedeutung zu. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass Pflegelehrende im Rahmen ihrer Lehrer*innenausbildung ausreichend Lernchancen hatten, ihre alltägliche Empathiefähigkeit zu reflektieren und in beruflich nutzbare Fähigkeiten zu pädagogischer sowie zu pflegerischer Empathie weiterzuentwickeln. Es ist zu empfehlen, dass Pflegelehrende ihre diesbezüglichen Fähigkeiten (weiter-)entwickeln, um pflegerische Empathie professionell(er) unterrichten zu können.

An dieser Stelle sei abschließend erneut auf das Kapitel 22 verwiesen, in dem ich Empfehlungen darlege, wie (angehende) Pflegelehrende in Deutschland künftig systematischer als bisher unterstützt werden können, Lernangebote zur Förderung empathischer sowie emotionaler Fähigkeiten auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse zu konzipieren und zu gestalten.

22. Empfehlungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflegebildung

Ausgehend von den in den Kapitel 17, 18 und 19 dargelegten Forschungsergebnissen der vorliegenden qualitativen Interviewstudie sowie von der in Teil I dargelegten theoretischen Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Empathie habe ich fünfzehn Empfehlungen erarbeitet. Diese zielen darauf ab, die Qualität der Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflege(aus)bildung zu verbessern und werden in dem vorliegenden Kapitel 22 vorgestellt und, sofern erforderlich, näher erläutert. In dem Prozess der Erarbeitung der folgenden Empfehlungen habe ich mich durchgerungen, mich auf eine überschaubare Anzahl an Empfehlungen zu begrenzen, um das aus meiner Sicht Wesentliche prägnant auf den Punkt zu bringen. Das Ergebnis sind vier Empfehlungen für den Lernort Betrieb (22.1), acht für den Lernort Schule (22.2) und drei für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege (22.3). An dieser Stelle ist mir wichtig hervorzuheben, dass beide Lernorte der Pflegeausbildung die Förderung empathischer Fähigkeiten bei Pflegelegenden grundsätzlich als gemeinsame Aufgabe verstehen und idealerweise diesbezüglich konstruktiv zusammenarbeiten sollten.

Interessierte können durch eine Auseinandersetzung mit den in den Kapiteln 17, 18 und 19 dargelegten empirischen Befunden viele weitere Ansatzpunkte und Anregungen zur Verbesserung der Empathieförderung in der Pflege(aus)bildung gewinnen (s. u.a. Kapitel 17.4, 18.1.1, 18.1.2.3, 19.1.1.1, 19.1.2.1.5, 19.1.2.2.2, 19.1.2.3.5).

22.1 Empfehlungen für den Lernort Betrieb

Dem Lernort Betrieb kommt vom Grundsatz her ein großes Potenzial zu, die Qualität der Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung zu verbessern. Abgesehen von einer einzigen Interviewperson konnte bei allen anderen ein ausgeprägter Wunsch nach einer gezielteren Förderung ihrer Fähigkeit zu pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb durch Pflegende und Anleitende sowie generell nach diesbezüglich lernförderlicheren Rahmenbedingungen identifiziert werden (s. Kapitel 18.1.2.3). Die Befragten räumten dem Lernort Betrieb ein großes Lernpotenzial im Hinblick auf pflegerische Empathie ein (s. ebd.).

Die folgenden vier Empfehlungen sind vor dem Hintergrund der in meiner Forschungsarbeit identifizierten Tiefenstruktur des Lernortes Betrieb formuliert, die das gegenwärtige Lernen pflegerischer Empathie in der Pflegepraxis maßgeblich beeinflusst (s. Kapitel 18.2). Genauer ausgedrückt: Diese Grundstruktur entfaltet vielerorts aus der Tiefe heraus eine systematisch beschränkende bzw. hemmende Wirkung auf das sich in den Ausbildungsbetrieben vollziehende Lehren und Lernen pflegerischer Empathie. Sie ist

gekennzeichnet durch das Zusammenkommen der Komponenten „Verwertungsinteressen der Betriebe“ und „Unsichtbarkeit pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb“.

Empfehlung 1: Sensibilisierung der Betriebe für das Ausbildungsziel „pflegerische Empathie“ und ihren diesbezüglichen Ausbildungsauftrag:

u.a. Sensibilisierung für ihre Modellfunktion als empathische Akteur*innen und Information über den aktuellen Forschungsstand...

- ... zu den Effekten pflegerischer Empathie auf Pflegeoutcomes,
- ... zu den positiven Effekten, Nebenwirkungen und Risiken pflegerischer Empathie für Pflegende bzw. zu Problemen Pflegenden beim empathischen Handeln (Enttabuisierung) und zu Entlastungsstrategien,
- ... zu den idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie von Pflegelehrenden sowie zu den Faktoren, die beeinflussen, ob diese in konkreten Pflegesituationen ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handeln (können) (s. Kapitel 17).

Empfehlung 2: Schulung von Praxisanleitenden für ihre „neue“ Aufgabe, pflegerische Empathie systematisch zu fördern: u.a.

Überblick über den aktuellen Forschungsstand...

- ...zur Wirksamkeit verschiedenster Interventionen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 11),
- ...zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 10),
- ...zu den Sichtweisen Pflegelehrender auf ihr Lernen pflegerischer Empathie (s. Kapitel 18 und 19).

Reflexion ihrer eigenen Verständnisse pflegerischer Empathie (u.a. Ziele, Aufgaben und Methoden)

Stärkung pädagogisch-empathischer sowie emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation bei Praxisanleitenden (Positives Verhaltensmodell)

Empfehlung 3: Erarbeitung von stations- bzw. bereichsspezifischen pädagogischen „Empathie-Förderkonzepten“ in den jeweiligen Ausbildungsbetrieben (u.a. Lernziele, Vermittlungsstrategien bzw. Lernangebote).⁹²⁰

Empfehlung 4: Bereitstellung von personellen und zeitlichen Ressourcen am Lernort Betrieb für die Förderung empathischer und auch sonstiger pflegerisch relevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten bei Lernenden (insbesondere am Ausbildungsbeginn).

22.2 Empfehlungen für den Lernort Schule

Die in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Lernangebote, die Pflegelehrende den Befragten machten, um deren Empathiefähigkeit zu fördern und die von letzteren als effektiv erlebt wurden, sind zahlreich (s. Kapitel 19.1.2). Wie in Kapitel 19.2 ausgeführt fördern Pflegelehrende mittels dieser Lernangebote wichtige Teilbereiche des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums, was als positiv einzuschätzen ist und m.E. beibehalten werden sollte.⁹²¹ Die Interviews zeigten jedoch zugleich, dass ein weiterer bedeutsamer Teilbereich dieses Fähigkeitsspektrums, nämlich selbstreflexive und emotionale Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation, bei den Befragten nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße gefördert wurden. Die nachfolgenden Empfehlun-

⁹²⁰ Siehe auch Kapitel 18.1.2.3 zu den konkreten Optimierungswünschen der befragten Lernenden im Hinblick auf Lernangebote zu pflegerischer Empathie am Lernort Betrieb.

⁹²¹ Auf diese von den Befragten als effektiv erlebten Lernangebote am Lernort Schule wird bei den nachfolgenden Empfehlungen daher nicht weiter eingegangen.

gen sind daher als Anregungen zur Erweiterung und gezielten Ergänzung der bisherigen auf pflegerische Empathie abhebenden Lernangebotsstruktur am Lernort Schule zu verstehen.

Einige der folgenden acht Empfehlungen für den Lernort Schule sind vor dem Hintergrund des in meiner Forschungsarbeit entwickelten Modells idealtypischer Verständnisse pflegerischer Empathie und der intervenierenden Faktoren (s. Kapitel 17.3 und 17.4) entstanden. Die anderen Empfehlungen sind entweder vor dem Hintergrund ausgewählter Forschungsergebnisse zur Oberflächenstruktur des Lernens pflegerischer Empathie am Lernort Schule (s. Kapitel 19.1) formuliert oder vor der identifizierten Tiefenstruktur, die das gegenwärtige Lehren und Lernen pflegerischer Empathie in der schulischen Pflegebildungspraxis maßgeblich beeinflusst (s. Kapitel 19.2). Genauer ausgedrückt: Diese Grundstruktur entfaltet vielerorts aus der Tiefe heraus eine systematisch beschränkende Wirkung auf das sich an den Pflegeschulen vollziehende Lehren und Lernen pflegerischer Empathie. Sie ist gekennzeichnet durch das Zusammenkommen der Komponenten „Kompetenzgrenzen von Pflegelehrenden im Hinblick auf die Vermittlung des für pflegerische Empathie relevanten Fähigkeitsspektrums“ und „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“.

Empfehlung 1: Information der Schulteams über den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu pflegerischer Empathie bzw. zum Lehren und Lernen selbiger und Erarbeitung eines gemeinsamen Begriffsverständnisses pflegerischer Empathie sowie eines pädagogischen Empathie-Förderkonzeptes im Team für die pflegerischen Bildungsgänge der jeweiligen Schulen.

Empfehlung 2: „Pflegerische Empathie“ als expliziten Unterrichtsgegenstand in pflegerische Bildungsgänge aufnehmen und den Pflegelehrenden das pädagogische Empathie-Förderkonzept ihres jeweiligen Bildungsganges erläutern.

Empfehlung 3: Ausbildungsbegleitende, durch Pflegelehrende geleitete Fallbesprechungen zur systematischen Reflexion selbsterlebter Pflegesituationen in pflegerischen Bildungsgängen verankern (= Bildungs- und Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebot).

Empfehlung 4: Ausbildungsbegleitende, durch Personen mit entsprechenden Kompetenzen geleitete Lernangebote zur Förderung selbstreflexiver und emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation in pflegerischen Bildungsgängen verankern.

Empfehlung 5: Ein niederschwelliges psychosoziales Beratungsangebot für Pflegelehrende zum Umgang mit ausbildungs- bzw. arbeitsplatzbezogenen, sozialen und persönlichen Problemen, Konflikt- und Krisensituationen sicherstellen, das kostenfrei, unbürokratisch und unter Wahrung der Schweigepflicht in Anspruch genommen werden kann.

Empfehlung 6: Durch Pflegelehrende und/oder Praxisanleitende begleitete arbeitsorientierte Lernangebote (z.B. Skillslab) zum systematischen Aufbau pflegepraktischer Fertigkeiten bereitstellen.

Empfehlung 7: Bereitstellung von an pflegeberuflichen Schlüsselproblemen ansetzenden, arbeitsorientierten, den individuellen Entwicklungsstand der Lernenden berücksichtigenden, ab

dem Ausbildungsbeginn einsetzenden Lernangeboten zur Förderung kommunikativer Fähigkeiten.

Empfehlung 8: Reflexion des bisherigen Konzepts der Praxiseinsatzplanung anhand der Befunde der Subkategorien „Koordination der Vermittlung von (pflege-)wissenschaftlichem Regelwissen mit den Einsätzen der Lernenden in entsprechenden Praxisfeldern“, „Länge der Praxiseinsätze“ und „Praxisfelder mit besonderem Lernpotenzial für pflegerische Empathie“ (s. Kapitel 19.1.1.2.1 bis 19.1.1.2.3)

Nachfolgend werden die acht o.a. Empfehlungen kurz erläutert.

Zur Empfehlung 1: Zunächst ist zu begründen, weshalb empfohlen wird, Schulteams über den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu pflegerischer Empathie sowie zum Lehren und Lernen selbiger zu informieren. Der Grund hierfür ist zum einen, dass meiner Einschätzung nach gegenwärtig nicht davon ausgegangen werden kann, dass Pflegelehrende in ihrer eigenen zurückliegenden Pflegeausbildung systematisch und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechend begleitet wurden, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, pflegeberuflich nutzbare Empathiefähigkeit weiterzuentwickeln. Zum anderen ist zu vermuten, dass sie in ihrer zurückliegenden Pflegerlehrer*innenausbildung nicht die Lernchancen hatten, sich mit den Lerngegenständen „Pflegerische Empathie“ und „Lehren und Lernen pflegerischer Empathie“ eingehender auf einem wissenschaftlichen Niveau auseinanderzusetzen. U.a. aktuelles wissenschaftliches Wissen zu diesen beiden Themenkomplexen ist m.E. von Bedeutung, um auf pflegerische Empathie abhebende Bildungsprozesse professionell planen und begleiten zu können. Nachfolgend Anregungen zu aus meiner Sicht wichtigen Themenbereichen für Schulteams:

u.a. Überblick über den aktuellen Forschungsstand...

... zu den Effekten pflegerischer Empathie auf Pflegeoutcomes,

... zu den positiven Effekten, Nebenwirkungen und Risiken pflegerischer Empathie für Pflegende bzw. zu Problemen Pflegenden beim empathischen Handeln (Enttabuisierung) und zu Entlastungsstrategien,

... bzw. wissenschaftlich fundiertes Wissen zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden verschiedenen Wirkmechanismen, die auch den empathischen Reaktionen Erwachsener eine automatische, unwillkürliche Dimension verleihen (s. u.a. Kapitel 4.2, 5.2, 5.3.2 und 7),

... zu den idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie von Pflegelehrenden sowie zu den Faktoren, die beeinflussen, ob diese in konkreten Pflegesituationen ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handeln (können) (s. Kapitel 17),

...zu den Sichtweisen Pflegelehrender auf ihr Lernen pflegerischer Empathie inklusive der Oberflächen- und Tiefenstrukturen der Lernorte Betrieb und Schule (s. Kapitel 18 und 19),

...zur Wirksamkeit verschiedenster Interventionen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 11),

...zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 10).

Nachdem ein Schulteam sich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu pflegerischer Empathie und dem Lehren und Lernen selbiger angeeignet hat, empfehle ich

einen Diskussionsprozess mit dem Ziel der Erarbeitung eines gemeinsamen Begriffsverständnisses pflegerischer Empathie für die jeweilige Bildungsinstitution und die Entwicklung eines pädagogischen Empathie-Förderkonzepts für die unterschiedlichen pflegerischen Bildungsgänge. Die Erarbeitung und Verschriftlichung eines pädagogischen Empathie-Förderkonzepts kann ein Schulteam zur kritischen Reflexion der gegenwärtigen Schwerpunktsetzung ihrer Interventionen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung anregen. Vor dem Hintergrund der in meiner Forschungsarbeit identifizierten Schieflage der gegenwärtigen diesbezüglichen Förderinterventionen an deutschen Pflegeschulen zu Lasten von Bildungsangeboten, die primär selbstreflexive und emotionale Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation fokussieren, kann die Entwicklung eines pädagogischen Empathie-Förderkonzepts Schulteams anregen, ihre Interventionen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung bewusst(er) auszubalancieren. Zugleich dient ein verschriftlichtes pädagogisches Empathie-Förderkonzept der Orientierung aller Beteiligten und trägt dazu bei, dieser für professionelles Pflegehandeln zentralen Fähigkeit den Stellenwert zuzusichern, der ihr m.E. in der Pflegeausbildung künftig zukommen sollte.

Zur Empfehlung 2: Die Anregung, sowohl die Fähigkeit zu pflegerischer Empathie als auch die diesbezüglichen Entwicklungsprozesse als explizite Lerngegenstände in pflegerische Bildungsgänge aufzunehmen, geht auf die Äußerung einer Interviewperson zurück (s. Kapitel 19.1.2.2.2). Ich unterstütze diese, meiner Einschätzung nach wichtige Anregung der befragten Person mit meiner Empfehlung 2, da Lernende sich hierdurch die Bedeutung pflegerischer Empathie für professionelles Pflegehandeln - jenseits von den wohlmeinenden diesbezüglichen wiederkehrenden Appellen Pflegelehrender (s. Kapitel 19.1.2.2.1) - durch die Auseinandersetzung mit ausgewählten wissenschaftlichen Erkenntnissen erschließen können. Nachfolgend einige Anregungen zu Themenfeldern, die m.E. für angehende Pflegende von Bedeutung sind:

u.a. Überblick über den aktuellen Forschungsstand...

... zu den Effekten pflegerischer Empathie auf Pflegeoutcomes,

... zu den positiven Effekten, Nebenwirkungen sowie Risiken pflegerischer Empathie für Pflegende bzw. zu Problemen Pflegenden beim empathischen Handeln (Enttabuisierung) und zu Entlastungsstrategien,

... bzw. wissenschaftlich fundiertes Wissen zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden verschiedenen Wirkmechanismen, die auch den empathischen Reaktionen Erwachsener eine automatische, unwillkürliche Dimension verleihen (s. u.a. Kapitel 4.2, 5.2, 5.3.2 und 7),

... zu den idealtypischen Verständnissen pflegerischer Empathie von Pflegelernenden sowie zu den Faktoren, die beeinflussen, ob diese in konkreten Pflegesituationen ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handeln (können) (s. Kapitel 17),

...zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 10).

Zudem empfehle ich, Pflegelernenden zu Beginn der Ausbildung das pädagogische Empathie-Förderkonzept zu erläutern. Diese Intervention zielt darauf, bei ihnen die Bewusstheit zu wecken, dass es ein zentrales Teilziel der Pflegeausbildung ist, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, pflegeberuflich nutzbare weiterzuentwickeln. Es wird empfohlen, Pflegelernende in diesem Zusammenhang darüber zu informieren, welche Lernangebote hierzu in ihrem Bildungsgang vorgesehen sind. Zudem schlage ich vor, sie darüber aufzuklären, dass und warum die Pflegeausbildung auch auf die Entwicklung hoher emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation zielt. Gemeint ist an dieser Stelle u.a., dass Lernende sensibilisiert werden, dass sie die letztgenannten Fähigkeiten benötigen, um sich in dem von ihnen angestrebten Pflegeberuf, einem Beruf mit hohen Interaktionsanforderungen, sowohl ihre Empathiebereitschaft und -fähigkeit als auch ihre körperliche und psychische Gesundheit erhalten zu können.

Zur Empfehlung 3: Hintergrund dieser Empfehlung ist u.a. der Wunsch vieler Interviewpersonen, schulisches und betriebliches Lernen pflegerischer Empathie stärker zu verbinden (s. Kapitel 19.1.2.3.5). Ausbildungsbegleitende, durch Pflegelehrende geleitete Fallbesprechungen zur gemeinsamen und systematischen Reflexion selbsterlebter, emotional herausfordernder Pflegesituationen stellen aus Sicht der Befragten ein effektvolles Lernarrangement dar (s. Kapitel 19.1.2.3.2 und 19.1.2.3.5). Nachfolgend eine Auflistung der Ziele, die m.E. mit dem Bildungs- und Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebot „Fallbesprechungen“ im Zusammenhang mit der Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung angestrebt werden können.

- u.a. Reflexion der Ziele, Aufgaben und Grenzbereiche pflegerischer Empathie bzw. Kommunikation sowie der Grenzen des Machbaren im Hinblick auf pflegerisch-empathisches Verstehen und Handeln (Rollenklärung),
- Reflexion des eigenen empathischen Erlebens und Handelns (Enttabuisierung),
- Anbahnung empathischer Grundhaltungen,
- Sensibilisierung für interaktionsorientiertes bzw. expertokratisches Pflegehandeln,
- Üben von Perspektivenwechseln,
- Anbahnung eines reflexiven Umgangs mit den pflegerischem Handeln inhärenten Widersprüchen (z.B. zwischen Patient*innenorientierung & Systemrationalität oder zwischen Fürsorge & Autonomie).

Bei den o.a. sechs Zielen des Bildungs- und Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebotes „Fallbesprechungen“ handelt es sich um anspruchsvolle Ziele. Um diese erreichen zu können, empfehle ich, dass die Sitzungen von Pflegelehrenden - idealerweise mit supervisorischer Zusatzqualifikation - professionell geleitet werden. Lernarrangements, in denen Pflegelernende auf sich gestellt in einer Kleingruppe selbsterlebte Praxissituationen reflektieren, sind m.E. hierzu weniger geeignet. Aus Sicht der befragten Lernenden kommt dem Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebot „Fallbesprechungen“ zu Beginn der Ausbildung, also bei ihrem Eintritt ins Berufsfeld Pflege, eine besondere Bedeutung zu, damit sie sich ihre mit in die Ausbildung gebrachten, für pflegerische Empathie bedeutsamen

Fähigkeiten des Berührtseins bzw. des Resonanzerlebens im Berufsalltag erhalten können.⁹²² Damit die selbsterlebten, emotional herausfordernden Pflegesituationen möglichst zeitnah bearbeitet werden können, empfehle ich, zumindest einen Teil der von den Pflegelehrenden begleiteten Reflexionsangebote am Lernort Betrieb zu verorten.

An dieser Stelle bleibt abschließend zu betonen, dass es sich bei dem empfohlenen Reflexionsangebot „Fallbesprechung“ um ein im Hinblick auf das methodische Vorgehen vorwiegend verstandesorientiert-analytisches, wissenschaftsorientiertes bzw. auf sprachliches Reflexions- und Ausdrucksvermögen setzendes Lernangebot handelt. Ergänzend schlage ich Lernangebote zur Förderung empathischer Fähigkeiten vor, die die Förderung verstandesorientiert-analytischer Reflexionsstrategien mit der Aneignung verhaltensbezogener, körperorientierter Emotionsregulationsstrategien gezielt(er) verbinden sowie methodisch die Handlungsebene stärker einbeziehen, d.h. ein regelmäßiges, angeleitetes, praktisches Üben, Erfahren, Reflektieren und ggf. Verändern von Strategien der emotionalen Selbstregulation ermöglichen (s. Empfehlung 4).

Zur Empfehlung 4: Vor dem Hintergrund des in der vorliegenden Untersuchung identifizierten Schlüsselproblems Pflegelernender, die eigenen belastenden Gefühle, Gedanken und Körperempfindungen in sowie nach empathischen Kontakten, insbesondere zu sehr vulnerablen Patient*innengruppen, gelingend zu regulieren (s. Kapitel 21.2), empfehle ich, wissenschaftlich fundierte Lernangebote, die explizit auf die Förderung emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation zielen, in pflegerische Bildungsgänge zu integrieren. Ziel dieser Lernangebote ist, Pflegelernenden praktische Handlungsstrategien zur Stabilisierung des eigenen emotionalen Wohlergehens zu vermitteln, die sie befähigen, insbesondere in empathischen, emotional herausfordernden Kontakten zu sehr vulnerablen pflegebedürftigen Menschen, zugewandt und handlungsfähig zu bleiben. An dieser Stelle meine ich damit explizit praktische Strategien, die Pflegelernenden helfen können, schwierige emotionale Situationen besser als bisher und v.a. zeitnah und selbstständig⁹²³ zu bewältigen. Es ist anzunehmen, dass die Fähigkeit beruflicher Empath*innen, im jeweiligen gegenwärtigen Moment konstruktiv mit den verschiedensten, durch empathisches Pflegehandeln in ihnen ausgelösten belastenden Gefühlen umzugehen, erstens ihr Risiko, mit „*empathic over-arousal*“ und/oder mit Vermeidungs- und Verdrängungsstrategien zu reagieren, reduziert (s. Kapitel 21.2), zweitens ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden fördert sowie drittens ihre berufliche Interaktions- und Handlungsqualität

⁹²² Selbiges gilt für die nachfolgende vierte Empfehlung.

⁹²³ Gemeint ist an dieser Stelle unabhängig von eventuellen, möglicherweise erst Tage bis Wochen später stattfindenden Reflexionsangeboten.

erhöht (s.u.). Dieses dürfte sich unmittelbar positiv auf zu Pflegende bzw. deren pflegerische Outcomes auswirken.

Es wird empfohlen, Pflegelegenden künftig Lerngelegenheiten anzubieten, die ihnen ermöglichen, adaptive Strategien der Emotionsregulation kennenzulernen und zu verinnerlichen, um sie selbstbestimmt und flexibel einsetzen zu können - allorts und jederzeit, insbesondere auch, wenn sie in Pflegesituationen unter Zeit-, Handlungs- bzw. emotionalem Druck stehen. Aus meiner Sicht besteht im Hinblick auf diese Lernangebote zur Förderung emotionaler Fähigkeiten ein dreifacher Anspruch an Evidenzbasierung: zum einen hinsichtlich der vermittelten Lerninhalte, die dem aktuellen Forschungsstand entsprechen sollten, zum zweiten hinsichtlich ihrer methodisch-didaktischen Konzeption, die auf aktuellen (neuro-)wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Lehren und Lernen emotionaler Fähigkeiten inklusive emotionaler Selbstregulationsstrategien beruhen sollte, und zum dritten (sofern bereits möglich) hinsichtlich der empirischen Überprüfung der Effektivität des jeweiligen konkreten Lernangebots.

Parallel zum Verlauf meines Promotionsprojektes wurden in Deutschland an unterschiedlichen Universitäten erste Lernangebote zur Förderung eines konstruktiven Umgangs mit belastenden Gefühlen, u.a. für gesunde Erwachsene, von Wissenschaftler*innen mit entsprechender psychologischer, psychotherapeutischer, neurowissenschaftlicher und/oder pädagogischer Fachexpertise (weiter-)entwickelt, systematisch evaluiert und in Manualform veröffentlicht. Zu diesen theoretisch und empirisch fundierten, präventiven professionellen Lernangeboten zählen beispielsweise das an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entwickelte „Training⁹²⁴ emotionaler Kompetenzen (TEK)“ von Berking (2008, 2017: 4., aktualisierte Auflage), das an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg entwickelte Emotionsregulationstraining „Gefühle im Griff!“ von Barnow und Kolleg*innen (Barnow 2014, 2018: 3., korrigierte Auflage; Barnow/Reinelt/Sauer 2016) oder auch das an der Leuphana Universität Lüneburg entwickelte Stress- und Emotionsregulationstraining „Stark im Stress (SIS)“ von Eckert und Tarnowski (2017).

⁹²⁴ Für die nachfolgend angeführten Lernangebote verwenden die jeweiligen Entwickler*innen den Begriff des Trainings, was zu Irritationen unter Berufspädagog*innen in Deutschland führen könnte. Deshalb wird an dieser Stelle betont, dass es sich bei den o.e. sogenannten „Trainings“ um gehaltvolle, kooperative, u.a. auf kritische (Selbst-)Reflexion, Selbstwahrnehmung, Selbstregulation bzw. auf kognitiv anspruchsvolle Analyse- sowie Problemlösefähigkeiten zielende Lernangebote handelt. Eine Erklärung für die Begriffswahl der Entwickler*innen ist möglicherweise, dass der Trainingsbegriff, so Schaper, in der Arbeits- und Organisationspsychologie im angloamerikanischen Raum eher verwendet wird als in Deutschland, um „betriebliche und berufliche Aus- und Weiterbildungsprozesse“ (ebd. 2019: 510) zu behandeln. In seinem Beitrag „Aus- und Weiterbildung: Konzepte der Trainingsforschung“ erläutert Schaper die unterschiedlichen lerntheoretischen Grundlagen, Ziele, Inhalte sowie Formen und Methoden beruflicher Trainingsansätze, woraus hervorgeht, dass dieser Begriff beispielsweise in der pädagogischen Psychologie und der Arbeits- und Organisationspsychologie (auch) für anspruchsvolle Bildungsangebote Verwendung findet (vgl. ebd.: 509-539).

Berking (2017: 147) verfolgt beispielsweise mit seinem Lernangebot das Ziel, Menschen zu befähigen, *„ihre emotionalen Reaktionen bei Bedarf kritisch reflektieren und gegebenenfalls gezielt positiv beeinflussen zu können.“* Er benennt als typische Arten maladaptiven Vermeidungsverhaltens gegenüber belastenden, unkontrollierbaren Gefühlen u.a. *„Situationsvermeidung“, „Verdrängung“, „Aktivierung mentaler Prozesse, die ablenken und/oder Kontrolle suggerieren und/oder die Stimmung kurzfristig >>reparieren<<“* (ebd.: 20f.). Er unterscheidet sieben empirisch gut belegte konstruktive Umgangsweisen mit belastenden Gefühlen (= Basiskompetenzen bzw. Emotionsregulationsstrategien), die miteinander kombinierbar sind und in seinem Lernangebot, das konzeptionell auf die *„Förderung neuraler Bahnungsprozesse“* (ebd.: 35) ausgelegt ist, intensiv eingeübt werden (vgl. ebd.: 26-32, 35f.).

Bei den sieben emotionalen Kompetenzen handelt es sich um folgende (vgl. ebd.: 14-16):

- *„Die eigenen Gefühle bewusst wahrnehmen können“* (ebd.: 14)
(Bewusstes Wahrnehmen)
- *„Die eigenen Gefühle erkennen und benennen können“* (ebd.)
(Erkennen & Benennen)
- *„Die Ursachen des aktuellen Befindens erkennen können“* (ebd.)
(Analyse der Ursachen)
- *„Sich in belastenden Situationen innerlich emotional unterstützen können“* (ebd.)
(Emotionale Selbstunterstützung)
- *„Die eigenen Gefühle aktiv positiv beeinflussen können“* (ebd.: 15)
(Gezielte Regulation)
- *„Negative Gefühle bei Bedarf akzeptieren und aushalten können“* (ebd.)
(Akzeptanz & Toleranz)
- *„Sich mit emotional belastenden Situationen konfrontieren können“* (ebd.)
(Konfrontationsbereitschaft)

Ziel des systematischen, wiederholten, von Reflexionselementen begleiteten, praktischen Übens einer Sequenz dieser sieben Basiskompetenzen im Rahmen einer festen Lerngruppe ist es u.a., *„die Teilnehmer in die Lage zu versetzen, die Kompetenzen letztlich in relativ kurzer Zeit zu praktizieren (in ca. 3-30 Sekunden).“* (ebd.: 69). Berking bezeichnet diese *„TEK-Sequenz“*⁹²⁵ (ebd.: 32) als eine *„zentrale metakognitive Strategie, die den*

⁹²⁵ Die Sequenz lautet wie folgt:

„Wenn Gefühle verletzen, ...

- *lass' kurz alle Muskeln locker (BK 1);*
- *atme ein paar mal ruhig und bewusst ein und langsam wieder aus (BK 2);*
- *betrachte dann, was in dir geschieht, ohne es zu bewerten; benenne dabei deine Gefühle so genau wie möglich (BK 3);*
- *akzeptiere, dass du gerade so reagierst, wie du reagierst, und mache dir bewusst, dass du auch unangenehme Gefühle eine ganze Weile aushalten kannst (BK 4); stehe dir dabei innerlich liebevoll und unterstützend zur Seite (BK 5);*
- *dann analysiere konstruktiv, warum du dich so fühlst, wie du dich fühlst (BK6) und*
- *gehe dann in einen konstruktiven Problemlösemodus, in dem du dich bei Bedarf darum bemüht, die Gefühle so gut es geht positiv zu beeinflussen (BK7).“* (ebd.: 32)

Einsatz der Kompetenzen in Belastungssituationen sichern soll“ (ebd.). Das Erlernen und Einüben dieser emotionalen Kompetenzen versteht er als eine längerfristige, d.h. eine lebensbegleitende Lernaufgabe (vgl. ebd.). Diese sogenannten emotionalen Basiskompetenzen umfassen neben akzeptanz- und veränderungsorientierten Strategien u.a. auch Strategien, die darauf abzielen, die in emotional belastenden Situationen überschießende psycho-physiologische Erregung (Arousal) möglichst schnell zu reduzieren (vgl. ebd.: 27f.). Berking erläutert die Anforderung, das zu hohe Erregungsniveau in belastenden emotionalen Situationen zunächst zu reduzieren, um darauf aufbauende, kognitiv anspruchsvollere Schritte der Emotionsregulation, die z.B. analytische Fähigkeiten erfordern, bewusst initiieren zu können, wie folgt:

„Ein stark erhöhtes Erregungsniveau geht mit physiologischen Prozessen einher, die diejenigen Bereiche des Zentralen Nervensystems (ZNS) in ihrer Funktion beeinträchtigen, die für eine sorgfältige Analyse der Situation und für Problemlösungsprozesse zuständig sind. Dabei handelt es sich vor allem um den Einfluss eines massiv erhöhten Stresshormon-Spiegels auf den präfrontalen Kortex. In der Folge sind Handlungen eher impulsiv und primär auf die kurzfristige Vermeidung negativer Emotionen ausgerichtet. Die >>Down-Regulation<< des psychophysiologischen Arousals stellt einen ersten Schritt dar, der oft notwendig ist, um überhaupt einen >>Fuß in die Tür der automatisch ablaufenden Prozesse zu kriegen<<. Die Reduktion des Arousals erleichtert es, aus dem Modus des automatischen Reagierens in den Modus einer bewussten Handlungsplanung zu wechseln.“ (ebd.: 27f.; Hervorhebung im Original)

Auch das von Barnow und Kolleg*innen entwickelte Lernangebot zur Emotionsregulation „Gefühle im Griff!“ zielt darauf, Menschen „zu einer gesünderen Emotionsregulation zu verhelfen“ (Barnow/Reinelt/Sauer 2016: 4). Als übergreifende Ziele benennen sie „die Verbesserung der Emotionserkennung und der Achtsamkeit sowie der Emotionsregulation“ (ebd.: 8). Das nachfolgende Zitat gibt komprimiert ihr Verständnis von Emotionsregulation wieder.

„Emotionsregulation wird definiert als die Art und Weise, in der man die eigenen Gefühle beeinflusst. Dabei können bereits bestehende Gefühle verändert, verstärkt und unterdrückt, aber auch aufrecht-erhalten werden. Hierfür stehen verschiedene Strategien zur Verfügung, beispielsweise Ablenkung, Neubewertung, Akzeptanz, Problemlösen, Unterdrückung, Rumination oder Vermeidung [...] Zusammenfassend geht man heute davon aus, dass die Konsequenzen der verschiedenen Emotionsregulationsstrategien (z.B. positiver oder negativer Zusammenhang mit Psychopathologie, Reduktion negativer Emotionen) von kontextuellen Aspekten beeinflusst werden. Dies bedeutet, dass der Einsatz von Emotionsregulationsstrategien flexibel den gegebenen situativen und kontextuellen Bedingungen angepasst werden muss.“ (ebd.: 6f.; Hervorhebung im Original)

Barnow, Reinelt und Sauer (2016: 4) intendieren, die Teilnehmenden zu befähigen, Gefühlsregulationsstrategien (nebenwirkungs-)bewusst und flexibel einzusetzen, „die Konsequenzen des Strategieeinsatzes wahrzunehmen und gegebenenfalls weitere Regulationsstrategien anzuwenden.“ (ebd.: 4)

An dieser Stelle sei abschließend auf die negativen Auswirkungen maladaptiver Formen der Emotionsregulation bzw. die positiven Auswirkungen einer adaptiven Emotionsregulation u.a. sowohl auf die psychische und körperliche Gesundheit sowie das Wohlbefinden

einer Person als auch auf deren Interaktions- und Beziehungsfähigkeiten verwiesen (vgl. u.a. Berking 2015: 7-24; Barnow 2018: 51-55, Barnow/Reinelt/Sauer 2016: 6f.; Eckert/ Tarnowski 2017: 22-27, 36f; Geleitwort von Sieland in Eckert/Tarnowski 2017: 15f.; Klinkhammer/von Salisch 2015: 157-162).

Das nachfolgende Zitat von Prof. Dr. (em.) Sieland aus dem Geleitwort zum o.e. Manual des Lernangebots „Stress- und Emotionsregulation“ von Eckert und Tarnowski (2017) unterstreicht die Bedeutung der lebensbegleitenden Förderung sowie des regelmäßigen, selbstständigen Übens adaptiver Strategien der Emotionsregulation insbesondere auch für Berufe mit hohen emotionalen bzw. Interaktionsherausforderungen wie beispielsweise den Pflegeberuf.

„Effektive Emotions- und Stressregulation ist eine Kunst, vorhandene Gefühle innerlich zu kontrollieren und sie so auszudrücken, dass sie den Interaktionszielen sowie der eigenen Gesundheit dienen. Die WHO zählt die konstruktive Emotionsregulation und Stressbewältigung sogar zu den Lebenskompetenzen, die lebenslanglich vom Kindergarten an bis zur beruflichen Weiterbildung vermittelt werden sollten. Denn diese Fähigkeiten und Ressourcen nutzen sich im Alltag ab und müssen fast täglich durch spezifische Maßnahmen aufgefrischt werden. Das gilt besonders dann, wenn am Arbeitsplatz oder in der privaten Lebenswelt chronische psychosoziale Risikofaktoren in bestimmten Situationen nicht reduziert werden können und die Person daher laufend gegenregulieren muss.“ (Geleitwort von Sieland in Eckert/Tarnowski 2017: 15)

Pflegesschulen, die daran interessiert sind, ihre auf eine Stärkung emotionaler Selbstregulationsfähigkeiten zielenden Bildungsangebote zu überdenken bzw. weiterzuentwickeln, wird empfohlen, sich u.a. auch mit den o.a. professionellen Lernangeboten zur Förderung selbst-reflexiver und emotionaler Fähigkeiten kritisch auseinanderzusetzen. Alle drei erwähnten Lernangebote tragen meines Erachtens dem o.a. Anspruch an Evidenzbasierung in weiten Zügen Rechnung, liegen in deutscher Sprache als Manuale vor und zu allen drei werden zudem Fortbildungen angeboten.

Eine kritisch-konstruktive Diskussion u.a. über Chancen, Möglichkeiten, Bedingungen und mögliche Risiken der Verankerung derartiger Lernangebote in pflegerischen Bildungsgängen empfehle ich darüberhinaus. In diesem Zusammenhang denke ich zum einen an eine Diskussion darüber, welche Kompetenzanforderungen diese Bildungsangebote an Lehrende stellen, insbesondere auch im Hinblick auf eine emotionssensible, ressourcenorientierte und motivationsfördernde Gesprächsführung, um die Pflegelegenden in ihrer reflexiven Auseinandersetzung mit ihrem emotionalen Erleben (in beruflichen Situationen) sicher, stabilisierend bzw. professionell begleiten und um Destabilisierungen vorbeugen bzw. erkennen und angemessen handeln zu können. Zum anderen ist erwähnenswert, dass bisherige Bildungsangebote zur Stärkung der emotionalen Selbstregulationsfähigkeit die Freiwilligkeit und Unabhängigkeit der Teilnehmenden hervorheben, was bei der Ent-

wicklung und Implementierung von Angeboten im Berufsschulbereich besonders zu bedenken und zu diskutieren ist.

Zur Empfehlung 5: Wohl wissend, dass die Bereitstellung von Beratungsleistungen sehr personalintensiv ist, möchte ich mit der o.a. Empfehlung 5 eine Diskussion an Pflegeschulen darüber anregen, ob und in welcher Form es mittelfristig ermöglicht werden könnte, ein niederschwelliges psychosoziales Beratungs- und Unterstützungsangebot für Pflegelehrende sicherzustellen. In den Interviews zeigte sich an mehreren Stellen, dass sich einige der Befragten aus unterschiedlichen persönlichen Gründen, z.T. über mehrere Wochen ihrer Praxiseinsätze hinweg, den zu Pflegenden nicht empathisch zuwenden konnten. In diesem Zusammenhang wurden von den Interviewpersonen u.a. familiäre Konflikte, Probleme in Paarbeziehungen, Trennungen, sowohl mehrere Jahre zurückliegende als auch aktuelle Verluste von Familienmitgliedern und andauernde Belastungen durch schwere Krankheitsfälle im Familienkreis⁹²⁶ thematisiert. In den Interviews entstand der Eindruck, dass die Befragten zusätzlich zu den o.a. persönlichen Belastungen darunter litten, sich nicht in der für sie gewohnten Art und Weise empathisch auf pflegebedürftige Menschen einlassen zu können. Zudem berichteten sie von weiteren Belastungen, die daraus resultierten, dass sie ihre vorübergehend eingeschränkte Leistungsfähigkeit während ihres Praxiseinsatzes ansprachen und daraufhin im Pflorgeteam teilweise Ablehnung erlebten.

Vor diesem Hintergrund wird eine Diskussion darüber, wie Pflegeschulen Pflegelehrende mit ausbildungs- bzw. arbeitsplatzbezogenen, sozialen und persönlichen Problemen systematischer als bisher unterstützen können, empfohlen. Ein psychosoziales Beratungsangebot für Pflegelehrende wäre möglicherweise auch eine Unterstützung für einige der Befragten der vorliegenden Untersuchung gewesen, die mittels der gängigen schulischen Lernangebote ihre Unsicherheiten, ihre Überforderung bzw. ihr Unbehagen, d.h. ihre persönlichen (unbewussten) Blockaden, sich bestimmten Patient*innen- und Altersgruppen pflegerisch-empathisch zuzuwenden (s. Kapitel 17.4.2.1.1), in den drei Ausbildungsjahren nicht konstruktiv klären respektive bewältigen konnten.

Zur Empfehlung 6: Die Hintergründe zu der Empfehlung 6 sind ausführlich in dem Kapitel 19.1.2.3.5 dargelegt worden.

⁹²⁶ In diesem Zusammenhang wurde beispielsweise von einer Interviewperson ihr Onkel erwähnt, der kürzlich einen schweren Schlaganfall erlitten hatte. Diese Interviewperson erzählte von sie stark belastenden Erfahrungen in ihrem Praxiseinsatz auf einer neurologischen Station. Es war ihr kaum möglich gewesen, sich Patient*innen mit Schlaganfall empathisch zuzuwenden. Häufig fanden sich in den Interviews ähnliche Erzählungen über aktuell an Krebs erkrankte Familienangehörige der Interviewpersonen und daraus resultierende Schwierigkeiten letztgenannter bei der Beziehungsgestaltung mit an Krebs erkrankten zu pflegenden Menschen.

Zur Empfehlung 7: Wesentliche Hintergründe zu der Empfehlung 7 sind den Kapiteln 19.1.2.3.5 und 19.2.2 zu entnehmen. An dieser Stelle sei zudem auf das von Darmann-Finck, Muths und Partsch entwickelte und 2019 veröffentlichte Nationale Mustercurriculum „Kommunikative Kompetenz in der Pflege“ (NaKomm) verwiesen. Dieses kann Pflegelehrende meines Erachtens dabei unterstützen, der im Kapitel 19.2.2 dargelegten Komponente „Unbestimmtheit der konkreten Ziele, Aufgaben und Methoden pflegerischer Kommunikation“ der das Lehren und Lernen pflegerischer Empathie am Lernort Schule systematisch beschränkenden Tiefenstruktur entgegenzuwirken bzw. erstgenannte idealerweise aufzulösen.

Zur Empfehlung 8: Die Hintergründe zu der Empfehlung 8 sind ausführlich in den Kapiteln 19.1.1.2.1, 19.1.1.2.2 und 19.1.1.2.3 dargelegt worden.

22.3 Empfehlungen für die Lehrer*innenausbildung in der Pflege

Der Pflegelehrer*innenausbildung kommt meines Erachtens eine entscheidende Schlüsselrolle zu im Prozess, die Qualität der Interventionen zur Förderung empathischer Fähigkeiten in der Pflegeausbildung zu verbessern. Die folgenden drei Empfehlungen beziehen sich auf die Lehrer*innenausbildung, da sowohl pflegerische Empathie als auch pädagogische Empathie fundamentale Bestandteile professionellen pflegepädagogischen Handelns darstellen.

Empfehlung 1: „Pflegerische Empathie“ als expliziten Studieninhalt in die fachwissenschaftlichen Studienanteile der Pflegelehrer*innenausbildung aufnehmen und Bildungsprozesse zur Anbahnung einer reflektierten, pflegerischen Empathiefähigkeit im Sinne des Verständnistypus III (s. Kapitel 17.2.3) initiieren.

Empfehlung 2: „Lehren und Lernen pflegerischer Empathie“ als expliziten Studieninhalt in die pflegedidaktischen Studienanteile der Pflegelehrer*innenausbildung aufnehmen und Bildungsprozesse zur Anbahnung einer reflektierten, pflegedidaktischen Begründungs- und Handlungsfähigkeit zur Gestaltung von auf pflegerische Empathie abhebenden Bildungsangeboten für die Pflegeausbildung initiieren.

Empfehlung 3: „Pädagogische Empathie“ sowie „Emotionale Fähigkeiten und Emotionsregulation“ als explizite Studieninhalte in die bildungswissenschaftlichen Studienanteile der Pflegelehrer*innenausbildung aufnehmen und Bildungsprozesse zur Anbahnung einer reflektierten, pädagogischen Empathiefähigkeit sowie reflektierter emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation initiieren.

Nachfolgend werden die drei o.a. Empfehlungen kurz erläutert.

Zur Empfehlung 1: Zunächst ist zu begründen, weshalb empfohlen wird, „Pflegerische Empathie“ als expliziten Studieninhalt in die Pflegelehrer*innenausbildung aufzunehmen. Der Grund hierfür ist, dass meiner Einschätzung nach gegenwärtig nicht davon ausgegangen werden kann, dass angehende Pflegelehrende in der eigenen zurückliegenden Pflegeausbildung systematisch und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand

entsprechend begleitet wurden, ihre alltägliche Empathiefähigkeit in eine reflektierte, pflegeberuflich nutzbare Empathiefähigkeit weiterzuentwickeln. Letztere ist m.E. eine der entscheidenden Voraussetzungen, um pflegerische Empathie professionell unterrichten zu können. Nachfolgend beschränke ich mich auf Anregungen zu möglichen Studieninhalten vor dem Hintergrund meiner Forschungsarbeit und sehe bewusst an dieser Stelle von methodischen Empfehlungen ab:

- aktuelle empirische Erkenntnisse zu den Effekten pflegerischer Empathie auf zu pflegende Menschen,
- pflegewissenschaftliche Perspektiven auf Empathie (s. u.a. Kapitel 3.3), pflegedidaktische Perspektiven auf pflegerisches Fallverstehen (s. u.a. Kapitel 2) bzw. idealtypische Verständnisse pflegerischer Empathie von Pflegelernenden (s. u.a. Kapitel 17),
- wissenschaftlich fundiertes Wissen zu den empathischen Prozessen zugrundeliegenden verschiedenen Wirkmechanismen, die auch den empathischen Reaktionen Erwachsener eine automatische, unwillkürliche Dimension verleihen (s. u.a. Kapitel 4.2, 5.2, 5.3.2 und 7),
- wissenschaftlich fundiertes Wissen zur Beeinflussung des empathischen Erlebens durch verschiedenste Faktoren wie beispielsweise Kausalattributionen, Selbstregulationsfähigkeiten oder Kompetenzüberzeugungen der Empath*innen (s. u.a. Kapitel 4.4, 4.5. und 5.5). Wichtige theoretische Begriffe sind in diesem Zusammenhang zudem „empathic overarousal“, „egoistic drift“ und „empathic bias“ bei Hoffman (s. u.a. Kapitel 4.2.5 und 4.5), „psychische Ich-Andere-Unterscheidung“, „Empathieabwehr“ und „Exekutive Funktionen“ bei Bischof-Köhler (s. u.a. Kapitel 5.3.2.2, 5.3.3 und 5.5), „Empathischer Kurzschluss“ bei Altmann und Roth (s. u.a. Kapitel 6.3 und 6.4) und „emotion regulation“ sowie „self-other awareness“ bei Decety und Kolleg*innen (s. u.a. Kapitel 7.1 und 7.2),
- wissenschaftlich fundiertes Wissen zu den prosozialen und sozial-negativen Folgegefühlen bzw. Handlungsimpulsen des empathischen Erlebens für Empath*innen im Allgemeinen (s. Kapitel 5.3.2.3) sowie sowohl zu den positiven Effekten als auch zu den Risiken, Nebenwirkungen und Problemen empathischen Handelns speziell für beruflich Pflegende.

Zur Empfehlung 2: Nachfolgend beschränke ich mich, wie auch bei der vorausgegangenen Erläuterung der Empfehlung 1, auf Anregungen zu möglichen Lerninhalten vor dem Hintergrund meiner Forschungsarbeit. Der empfohlene Studieninhalt „Lehren und Lernen pflegerischer Empathie“ sollte eine kritische Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand zum Themenbereich „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ beinhalten. Die Befunde der nachfolgend aufgelisteten unterschiedlichen Forschungsrichtungen innerhalb des Themenfeldes „Lernen von Empathie in der Pflegeausbildung“ sind m.E. von Bedeutung für angehende Pflegelehrende (s. u.a. Teil II der vorliegenden Arbeit):

- aktuelle empirische Erkenntnisse zur Entwicklung empathischer Fähigkeiten im Laufe der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 10),
- aktueller Erkenntnisstand zur Wirksamkeit verschiedenster Interventionen zur Förderung von Empathie in der Pflegeausbildung (s. u.a. Kapitel 11),
- aktueller Forschungsstand zu den Sichtweisen von Pflegelernenden auf ihr Lernen von Empathie (s. u.a. Kapitel 18 und 19) bzw. auf ihr Lernen von Empathie nahe stehende Fähigkeiten wie Caring und Compassion (s. u.a. Kapitel 13.1),

- Studien, die empirische Erkenntnisse zu den Empathieverständnissen Pflegelehrender, zu deren Schlüsselproblemen beim empathischen Handeln sowie zu den Faktoren liefern, die beeinflussen, ob Pflegelehrende in konkreten Pflegesituationen ihrem Verständnis pflegerischer Empathie gemäß handeln (können) (s. u.a. Kapitel 17, 18.2 und 19.2),
- Befunde qualitativer Studien, die die berufliche Sozialisation von Pflegelehrenden untersuchen und wichtige Erkenntnisse zur Aneignung von Haltungen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen, die empathisches, subjektorientiertes Pflegehandeln fördern bzw. hemmen liefern (s. u.a. Kapitel 13.2 und 14.2),
- Studien, die empirische Befunde zum Lernen von Empathie nahe stehenden Fähigkeiten liefern (s. u.a. Kapitel 13.1 und 14.1).

Zudem empfehle ich, dass sich angehende Pflegelehrende im Rahmen ihrer pflegedidaktischen Studienanteile mit dem aktuellen internationalen Forschungsstand zur Wirksamkeit präventiver Interventionen zur Förderung emotionaler Fähigkeiten bei gesunden Erwachsenen auseinandersetzen. Grund hierfür ist, dass empathisches Pflegehandeln höhere Anforderungen an die emotionalen Fähigkeiten bzw. die Emotionsregulation (angehender) Pflegenden stellt, als empathisches Handeln in vielen anderen Berufen bzw. im Alltagsleben. Pflegelehrende benötigen, um sich ihre Empathiebereitschaft in der Pflegeausbildung und in ihrem weiteren Berufsleben erhalten zu können, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung höhere emotionale und selbstregulative Fähigkeiten. Angehende Pflegelehrende hierfür zu sensibilisieren, empfehle ich, als ein Teilziel in die pflegedidaktischen Studienanteile der Pflegelehrer*innenausbildung aufzunehmen.

Zur Empfehlung 3: Die Empfehlung, die Studieninhalte „Pädagogische Empathie“ und „Emotionale Fähigkeiten und Emotionsregulation“ in die Pflegelehrer*innenausbildung aufzunehmen, soll nachfolgend begründet werden. Meines Erachtens kommen Interventionen zur Förderung pädagogisch-empathischer sowie emotionaler Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation bei angehenden Pflegelehrenden aus verschiedenen Gründen eine grundlegende Bedeutung zu. Erstens stellen die o.a. Fähigkeiten wichtige Voraussetzungen dar, damit Pflegelehrende in unterrichtlichen Interaktionen Pflegelehrende umfassender als bisher als Lernsubjekte wahrnehmen, anerkennen und einbeziehen können, was sich unmittelbar positiv u.a. auf die Unterrichtsqualität, die Lernmotivation sowie die Lernerfolge der Pflegelehrenden auswirken dürfte. In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die befragten Lernenden die Fähigkeiten ihrer Pflegelehrenden zu pädagogischer Empathie respektive deren pädagogisch-empathisches Handeln zum Teil als defizitär erlebten (s. Kapitel 19.1.1.1.3). Zugleich ist nachgewiesen, dass Lehrende mit hohen emotionalen Fähigkeiten inklusive einer bewussten, flexiblen Emotionsregulation mit herausfordernden Unterrichtssituationen besser umgehen und ein lernförderlicheres Klassenklima schaffen können (vgl. Kuhbandner/Schelhorn 2020). Zweitens ist anzunehmen, dass diese Fähigkeiten die positive Modellwirkung von Pflegelehrenden als berufliche Empath*innen auf Pflegelehrende verbessern könnten (s. Kapitel

19.1.2.3.2). Drittens vermögen die o.a. Fähigkeiten das Wohlbefinden, die Berufszufriedenheit sowie die langfristige psychische und körperliche Gesundheit von Lehrenden zu fördern (vgl. z.B. Kuhbandner/Schelhorn 2020, Klinkhammer/von Salisch 2015: 161f.).

Seit einigen Jahren werden in der Lehrer*innenausbildung zunehmend die Bedeutung höher entwickelter emotionaler Fähigkeiten sowie eines bewussten, flexiblen Umgangs mit Strategien der Emotionsregulation diskutiert. Erste professionelle präventive Trainings zur Reflexion und Schulung emotionaler Fähigkeiten inklusive der Regulation eigener Emotionen wurden für angehende Lehrende entwickelt, evaluiert und an einzelnen Hochschulen bereits verstetigt (vgl. u.a. Carstensen/Köller/Klusmann 2019a,b; Schelhorn/ Kuhbandner 2019; Kuhbandner/Schelhorn 2020).

Derartige Lernangebote können m.E. einen ersten Schritt darstellen, die emotionalen Fähigkeiten angehender Pflegelehrenden im Rahmen ihrer hochschulischen Ausbildung systematischer als bisher zu fördern. Regelmäßige, studienbegleitende Auffrischungssitzungen werden als ein weiterer Schritt empfohlen, damit Lerneffekte sich verstetigen können bzw. damit die neu erlernten Wahrnehmungs-, Denk- und Verhaltensweisen im Umgang mit den eigenen Emotionen den angehenden Pflegelehrenden auch unter Handlungsdruck zunehmend verfügbar sind. Professionelle präventive Trainings zur Förderung emotionaler und selbstregulativer Fähigkeiten und/oder das hochschulische Lernangebot, sich mit dem aktuellen Stand der Emotionsregulationsforschung⁹²⁷ kritisch auseinanderzusetzen, werden empfohlen, um angehende Pflegelehrende systematischer als bisher in ihren für professionelles pflegepädagogisches Handeln bedeutsamen personalen Fähigkeiten zu fördern.

23. Weiterführende Forschungsfragen

Nachfolgend werden erste Ideen zu auf den Untersuchungsergebnissen und Empfehlungen der vorliegenden Arbeit aufbauenden, weiterführenden bzw. ergänzenden pflegedidaktischen empirischen Studien aufgeführt:

- Ergänzende Studien, die die subjektiven Sichtweisen von Pflegelehrenden, die in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen werden konnten, auf pflegerische Empathie und ihr Lernen selbiger empirisch untersuchen, nämlich von sehr jungen sowie von Pflegelehrenden aus anderen Kulturen.
- Weiterführende Studien, die die Entwicklung empathischer Fähigkeiten von Pflegelehrenden in Deutschland im Ausbildungsverlauf tiefgehender erforschen als es mit der in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Erhebungsmethode möglich war.

⁹²⁷ Vgl. z.B. die für den Spätsommer 2020 angekündigte, vermutlich aber erst im Winter 2020/2021 im Springer-Verlag erscheinende Veröffentlichung Prof. Dr. Sven Barnows „Handbuch Emotionsregulation: Zwischen psychischer Gesundheit und Psychopathologie“.

- Weiterführende Studien, die die Verbreitung der in der vorliegenden Untersuchung identifizierten vier idealtypischen Verständnisse pflegerischer Empathie in der Berufsgruppe Pflegende empirisch untersuchen.
- Studien, die die Effekte der in Kapitel 22.2 erwähnten präventiven, psychologisch fundierten Emotionsregulationstrainings auf Pflegelernende empirisch untersuchen.
- Studien, die die Effekte der in Kapitel 22.3 erwähnten, auf Lehramtsstudierende zugeschnittenen präventiven Emotionsregulationstrainings auf angehende Pflegelehrer*innen systematisch untersuchen.
- Studien, die die in Kapitel 22.2 vorgeschlagenen, von Pflegeschulen zu entwickelnden pädagogischen Empathie-Förderkonzepte analysieren, ihre Effekte vergleichend empirisch untersuchen und hierbei auch die subjektiven Sichtweisen der Lernenden auf die jeweiligen auf Empathie abhebenden Interventionen integrieren.
- Studien, die die subjektiven Sichtweisen von angehenden Pflegelehrer*innen auf pflegerische und pädagogische Empathie sowie auf ihr Lernen selbiger in der Pflegelehrer*innenausbildung erforschen.
- Eine pflegewissenschaftliche, interdisziplinär angelegte theoretische Untersuchung zur weiteren Klärung der Begriffe pflegerische Empathie und pflegerisches Fallverstehen.

Literaturverzeichnis

Afghani, B. et al. (2011): Medical students` perspectives on clinical empathy training. In: Education for Health, 24 (1) 544-549.

Ahrweiler, F. et al. (2014): Clinical practice and self-awareness as determinants of empathy in undergraduate education: A qualitative short survey at three medical schools in Germany. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 31 (4): Doc46. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4259065/> [18.12.2016].

Allcock, N.; Standen, P. (2001): Student nurses` experiences of caring for patients in pain. In: Int. J. Nurs. Stud., 38 (3) 287-295.

Altmann, T. (2015): Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms. Wiesbaden: Springer.

Altmann, T. (2013): Funktionale Empathie: Entwicklung und Evaluation eines Empathietrainings auf Basis eines integrativen Prozessmodells zur Vermeidung empathisch kurzschlüssigen Handelns. Dissertation. Universität Duisburg-Essen.

Altmann, T.; Roth, M. (2014): Mit Empathie arbeiten - gewaltfrei kommunizieren: Praxistraining für Pflege, Soziale Arbeit und Erziehung. Stuttgart: Kohlhammer.

Altmann, T.; Roth, M. (2013): The evolution of empathy: From single components to process models. In: Mohiyeddini, C.; Eysenck, M.; Bauer, S. (Hrsg.): Handbook of psychology of emotions. New York, NY: Nova Science Publishers, S. 171-188.

Altmann, T.; Schönefeld, V.; Roth, M. (2016): Empathiearbeit mit Gewaltfreier Kommunikation. In: Roth, M.; Schönefeld, V.; Altmann, T. (Hrsg.): Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie - Ein praxisorientiertes Kompendium. Wiesbaden: Springer, S. 111-125.

Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG) im Verein zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in der Freien Hansestadt Bremen e.V. (2009): Ethik und Datenschutz im Kontext qualitativer Forschung - Konzept der Arbeits- und Koordinierungsstelle Gesundheitsversorgungsforschung (AKG). Verfügbar unter: http://www.akg.uni-bremen.de/downloads/Ethik_und_Datenschutz.pdf [02.03.2020].

Bäuerle, K.; Nagel, K.; Neumann, M. (2016): „Empathie hat jeder!“ Ein erlebnisorientiertes Training für Gesundheitsberufe. In: Roth, M. et al. (Hrsg.): Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Ein praxisorientiertes Kompendium. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 127-140.

Balzer, S. (2015): Milieuanalyse in der Pflegeausbildung. In: Ertl-Schmuck, R.; Greb, U. (Hrsg.): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 74-101.

Balzer, S. (2009): (Aus-)Bildung in der Gesundheits- und Krankenpflege - Reflexion auf der Grundlage des fachdidaktischen Strukturgitters von Greb. In: Balzer, S.; Kühme, B. (Hrsg.): Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 39-149.

Balzer, S.; Kühme, B. (2009): Pflegeausbildung - Chamäleonkompetenz und selbstbestimmte Fremdbestimmung. In: Balzer, S.; Kühme, B. (Hrsg.): Anpassung und Selbstbestim-

mung in der Pflege. Studien zum (Aus-)Bildungserleben von PflegeschülerInnen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 15-37.

Barnow, S. (2018): Gefühle im Griff! Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert. Berlin, Heidelberg: Springer. 3., korrigierte Auflage.

Barnow, S.; Reinelt, E.; Sauer, C. (2016): Emotionsregulation. Manual und Materialien für Trainer und Therapeuten. Berlin, Heidelberg: Springer.

Batson, C.D. (2010): These things called empathy: Eight related but distinct phenomena. In: Decety, J.; Ickes, W. (2009) (Hrsg.): Social neuroscience. The social neuroscience of empathy. Cambridge, MA, London, England: MIT Press, S. 3-15.

Batson, C.D.; Coke, J.S. (1981): Empathy, a source of altruistic motivation für helping? In: Rushton, J.P.; Sorrention, R.M. (Hrsg.): Altruism and helping behavior. Hillsdale, New York: Lawrence Earlbaum Ass..

Batson, C.D.; Fultz, J.; Schoenrade, P.A. (1987): Distress and empathy: Two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. In: Journal of Personality, 55 (1) 19-39.

Beddoe, A.E.; Murphy, S.O. (2004): Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? In: J. Nurs. Educ., 43 (7) 305-312.

Berking, M. (2017): Training emotionaler Kompetenzen. Berlin, Heidelberg: Springer. 4., aktualisierte Auflage.

Bischoff, C. (1984): Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt: Campus Verlag.

Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Begriffserklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern u.a.: Hans Huber.

Bischof-Köhler, D. (2011): Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend: Bindung, Empathie, Theory of Mind. Stuttgart: Kohlhammer.

Bischof-Köhler, D. (2000): Empathie, prosoziales Verhalten und Bindungsqualität bei Zweijährigen. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 47 (1) 142-158.

Böhle, F. (2017) (Hrsg.): Arbeit als Subjektivierendes Handeln. Handlungsfähigkeit bei Unwägbarkeiten und Ungewissheit. Wiesbaden: Springer VS.

Böhle, F.; Stöger, U.; Wehrich, M. (2015): Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: Edition Sigma.

Böhle, F.; Weishaupt, S. (2003): Unwägbarkeiten als Normalität - die Bewältigung nichtstandardisierter Anforderungen in der Pflege durch subjektivierendes Handeln. In: Büssing, A.; Glaser, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 149-162.

Böhnke, U. (2015): Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Ausgangslage und Problemstellung. In: Hülsken-Giesler, M.; Kreutzer, S.; Dütthorn, N. (Hrsg.): Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege: Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege. Göttingen: V&R unipress, S. 33-59.

Böhnke, U. (2010): Dem Leibkörper auf der Spur. Theoretischer Begründungsrahmen professioneller reflexiver Könnerschaft im Berufsfeld Pflege. Dissertation. Universität Bremen. Verfügbar unter: <https://elib.suub.uni-bremen.de/edocs/00103599-1.pdf> [20.10.2019].

Bohnsack, R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden. Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich. 9. Auflage.

Bohrer, A. (2013): Selbstständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin.

Bosch, C.F.M. (1998): Vertrautheit - Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Boyle, M. et al. (2009): Levels of empathy in undergraduate health science students. In: The Internet Journal of Medical Education, Volume 1 Number 1. Verfügbar unter: <http://ispub.com/IJME/1/1/9959> [12.12.2016].

Boykin, A.; Schoenhofer, S.O. (2001): Nursing as caring: A model for transforming practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlet.

Bradby, M. (1990a): Status passage into nursing: Another view of the process of socialization into nursing. In: J. Adv. Nurs., 15 (10) 1220-1225.

Bradby, M. (1990b): Status passage into nursing: Undertaking nursing care. In: J. Adv. Nurs., 15 (12) 1363-1369.

Bretherton, I. et al. (1986): Learning to talk about emotions: A functionalist perspective. In: Child Development, 57 (3) 529-548.

Brunero, S.; Lamont, S.; Coates, M. (2010): A review of empathy education in nursing. In: Nursing Inquiry, 17 (1) 65-74.

Busch, J. (1996): „Was der Patient sagt...“. Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS Gohl.

Campbell, I.E. et al. (1994): Learning to nurse in the clinical setting. In: J. Adv. Nurs., 20 (6) 1125-1131.

Carstensen, B.; Köller, M.; Klusmann, U. (2019a): Training zur Förderung der sozial-emotionalen Kompetenz von Lehramtsstudierenden. In: Uhde, G.; Thies, B. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung im Lehramtsstudium durch professionelles Training. Braunschweig: Technische Universität Braunschweig, S. 53-68.

Carstensen, B.; Köller, M.; Klusmann, U. (2019b): Förderung sozial-emotionaler Kompetenz von angehenden Lehrkräften. Konzeption und Evaluation eines Trainingsprogramms. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 51 (1) 1-15.

Chaffin, A.J.; Adams, C. (2013): Creating Empathy Through Use of a Hearing Voices Simulation. In: Clinical Simulation in Nursing, 9 (8) e293-e304.

Chen, A.M.H. et al. (2015): Impact of the Geriatric Medication Game® on nursing students' empathy and attitudes toward older adults. In: Nurse Educ. Today, 35 (1) 38-43.

- Çınar, N. et al. (2007): Evaluation of the empathic skills of nursing students with respect to the classes they are attending. In: *Revista Electronica de Enfermagem*, 9 (3) 588-595.
- Coke, J.C.; Batson, C. D.; McDavis, K. (1978): Empathic Mediation of Helping: A Two-Stage Model. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 36 (7) 752-766.
- Conradi, E. (2001): *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Cunico, L. et al. (2012): Developing empathy in nursing students: A cohort longitudinal study. In: *Journal of Clinical Nursing*, 21 (13-14) 2016-2025.
- Curtis, K. (2014): Learning the requirements for compassionate practice: Student vulnerability and courage. In: *Nursing Ethics*, 21 (2) 210-223.
- Curtis, K. et al. (2012): Student nurse socialization in compassionate practice: A Grounded Theory study. In: *Nurse Education Today*, 32 (7) 790-795.
- Cutcliffe, J.R.; Cassedy, P. (1999): The development of empathy in students on short, skills based counselling course: A pilot study. In: *Nurse Education Today*, 19 (3) 250-257.
- Danner, H. (1989): *Methoden geisteswissenschaftlicher Pädagogik: Eine Einführung in Hermeneutik, Phänomenologie und Dialektik*. München, Basel: Reinhardt. 2., ergänzte und erweiterte Auflage.
- Darmann, I. (2004): Didaktik der personenbezogenen Dienstleistung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege - Theoretische Ansätze, Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die Lehrerbildung. In: Fegebank, B.; Schanz, H. (Hrsg.): *Arbeit - Beruf - Bildung in Berufsfeldern mit personenorientierten Dienstleistungen*. Berufsbildung konkret. Band 7. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 77-94.
- Darmann, I. (2001): Der Patient als Partner. Anforderungen an die Handlungskompetenz der beruflich Pflegenden. In: *Altenpflege-Forum*, 9 (1) 20-26.
- Darmann, I. (2000): *Kommunikative Kompetenz in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Darmann-Finck, I. (2011): Fachdidaktische und methodische Aspekte biographischen Lernens im Pflegeunterricht. In: Darmann-Finck, I.; Richter, M.T. (Hrsg.): *Biographieorientierung in der Pflegebildung*. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 67-81.
- Darmann-Finck, I. (2010a): *Interaktion im Pflegeunterricht*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Darmann-Finck, I. (2010b): Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, R.; Fichtmüller, F. (Hrsg.): *Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 13-54.
- Darmann-Finck, I. (2009a): Professionalisierung durch fallrekonstruktives Lernen?. In: Darmann-Finck, I.; Böhnke, U.; Straß, K. (Hrsg.): *Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 11-36.
- Darmann-Finck, I. (2009b): Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbrich, Ch. (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Elsevier, S. 1-21.
- Darmann-Finck, I. (2006): „Und es wird immer so empfohlen“ - Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. In: *Pflege*, 19 (3) 188-196.

Darmann-Finck, I.; Muths, S. (2016): Lernen am Arbeitsplatz - Konzepte für das betriebliche Bildungspersonal. In: Brinker-Meyendriesch, E.; Arens, F. (Hrsg): Diskurs Berufspädagogik Pflege und Gesundheit. Wissen und Wirklichkeiten zu Handlungsfeldern und Themenbereichen. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin, S. 188-209.

Darmann-Finck, I.; Muths, S. (2014): Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung. In: Darmann-Finck, I. et al.: Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW. Abschlussbericht vom Dezember 2014, S. 117-161. Verfügbar unter: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/pflege_abschlussbericht_26_05_2015.pdf [31.03.2020].

Davis, M.H. (1994): Empathy. A Social Psychological Approach. Madison, Wisconsin: Brown & Benchmark.

Dearing, K.S.; Steadman, S. (2009): Enhancing intellectual empathy: The lived experience of voice simulation. In: Perspectives in Psychiatric Care, 45 (3) 173-182.

Dearing, K.S.; Steadman, S. (2008): Challenging stereotyping and bias: A voice simulation study. In: J. Nurs. Educ., 47 (2) 59-65.

Decety, J. (2012) (Hrsg.): Empathy. From Bench to Bedside. Cambridge, MA, London, England: MIT Press.

Decety, J. (2011a): Dissecting the Neural Mechanisms Mediating Empathy. In: Emotion Review, 3 (1) 92-108.

Decety, J. (2011b): Promises and Challenges of the Neurobiological Approach to Empathy. In: Emotion Review, 3 (1) 115-116.

Decety, J. (2010a): To What Extent is the Experience of Empathy Mediated by Shared Neural Circuits?. In: Emotion Review, 2 (3) 204-207.

Decety, J. (2010b): The Neurodevelopment of Empathy in Humans. In: Developmental Neuroscience, 32 (4) 257-267.

Decety, J.; Cowell, J.M. (2015): Empathy, justice, and moral behavior. In: AJOB Neuroscience, 6 (3) 3-14.

Decety, J. et al. (2016): Empathy as a driver of prosocial behaviour: Highly conserved neurobehavioural mechanisms across species. In: Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci., 371 (1686). Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685523/> [19.05.2018].

Decety, J. et al. (2014): A social neuroscience perspective on clinical empathy. In: World Psychiatry, 13 (3) 233-237.

Decety, J. et al. (2012): A neurobehavioral evolutionary perspective on the mechanisms underlying empathy. In: Progress in Neurobiology, 98 (1) 38-48.

Decety, J.; Hodges, S.D. (2006): The Social Neuroscience of Empathy. In: Van Lange, P. A. M. (Hrsg.): Bridging social psychology: Benefits of transdisciplinary approaches. Mahwah, New York: Erlbaum, S. 103-109.

Decety, J.; Ickes, W. (2009) (Hrsg.): Social neuroscience. The social neuroscience of empathy. Cambridge, MA, London, England: MIT Press.

Decety, J.; Jackson, P.L. (2004): The functional architecture of human empathy. In: *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.*, 3 (2) 71-100.

Decety, J.; Jackson, P.L. (2006): A Social-Neuroscience Perspective on Empathy. In: *Current Directions in Psychological Science*, 15 (2) 54-58.

Decety, J.; Lamm, C. (2009): Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. In: Decety, J.; Ickes, W. (Hrsg.): *Social neuroscience. The social neuroscience of empathy*. Cambridge, MA, London, England: MIT Press, S. 199-213.

Decety, J.; Lamm, C. (2006): Human empathy through the lens of social neuroscience. In: *The Scientific World Journal*, 6 (o.A.) 1146-1163.

Decety, J.; Meyer, M. (2008): From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. In: *Development and Psychopathology*, 20 (4) 1053-1080.

Decety, J.; Michalska, K.J. (2012): How children develop empathy: The contribution of developmental affective neuroscience. In: Decety, J. (Hrsg.): *Empathy. From Bench to Bedside*. Cambridge, MA, London, England: MIT Press, S. 167-190.

Decety, J.; Moriguchi, Y. (2007): The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. In: *BioPsychoSoc. Med.*, 1, Article 22. Verfügbar unter: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1186/1751-0759-1-22> [26.05.18].

Decety, J.; Svetlova, M. (2012): Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. In: *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2 (1) 1-24.

Dehnbostel, P. (2007): *Lernen im Prozess der Arbeit*. Münster: Waxmann.

Diaz, A.D. et al. (2015): Creating caring and empathic nurses: A simulated ostomate. In: *Clinical Simulation in Nursing*, 11 (12) 513-518.

Diers, D. (1990): Response. In: *Journal of Professional Nursing*, 6 (4) 240-241.

Dörge, C. (2009a): *Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit?* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Dörge, C. (2009b): *Professionelles Pflegehandeln im Alltag*. In: *Pflegewissenschaft*, 11 (6) 325-336.

Drumm, J. T. (2006): *The student's experience of learning caring in a college of nursing grounded in a caring philosophy*. Dissertation. Florida Atlantic University. Verfügbar unter: <http://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A9122> [12.12.2016].

Eckert, M.; Tarnowski, T. (2017): *Stress- und Emotionsregulation. Trainingsmanual zum Programm Stark im Stress*. Weinheim: Beltz.

Ehmann, V.E. (1971): Empathy. It's origin, characteristics and process. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, 9 (2) 72-80.

Eifried, S. (2003): Bearing witness to suffering: The lived experience of nursing students. In: *Journal of Nursing Education*, 42 (2) 59-67.

- Eikeland, H.-L. et al. (2014): The physician's role and empathy - A qualitative study of third year medical students. In: BMC Medical Education, 14 (1) Article 165. Verfügbar unter: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-165> [16.12.2016].
- Eisenberg, N. et al. (1994): The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. In: Journal of Personality and Social Psychology, 66 (4) 776-797.
- Eisenberg, N. et al. (1991): Empathy related responding and cognition: A "chicken and the egg" dilemma. In: Kurtines, W.; Gewirtz, J. (Hrsg.): Handbook of Moral Behavior and Development, Vol. 2: Research. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, S. 63-68.
- Eisenberg, N.; Eggum, N.D. (2009): Empathic responding: Sympathy and personal distress. In: Decety, J.; Ickes, W. (Hrsg.): Social neuroscience. The social neuroscience of empathy. Cambridge, MA, London, England: MIT Press, S. 71-83.
- Eisenberg, N.; Huerta, S.; Edwards, A. (2012): Relations of empathy-related responding to children's and adolescents' social competence. In: Decety, J. (Hrsg.): Empathy. From Bench to Bedside. Cambridge, MA, London, England: MIT Press, S. 147-163.
- Elsbernd, A.; Glane, A. (1996): Ich bin doch nicht aus Holz. Wie Patienten verletzende und schädigende Pflege erleben. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Evans, G.W. et al. (1998): Empathy: A Study of two Types. In: Issues in Mental Health Nursing, 19 (5) 453-461.
- Everson, N. et al. (2015): Measuring the impact of a 3D simulation experience on nursing students' cultural empathy using a modified version of the Kiersma-Chen Empathy Scale. In: J. Clin. Nurs., 24 (19-20) 2849-2858.
- Eylmann, C. (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege. Göttingen: V&R unipress.
- Fichtmüller, F.; Walter, A. (2007): Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V&R unipress.
- Flavell, J.H. (1980): Rollenübernahme und Kommunikation bei Kindern. Weinheim: Beltz.
- Flavell, J.H. et al. (1981): Young children's knowledge about visual perception: Further evidence for the Level 1-Level 2 distinction. In: Developmental Psychology, 17 (1) 99-103.
- Flick, U. (2014a): Ethik qualitativer Forschung. In: Flick, U.: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 6. Auflage, S. 56-70.
- Flick, U. (2014b): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 6. Auflage.
- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2015) (Hrsg): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 11. Auflage.
- Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V&R unipress.
- Garz, D.; Kraimer, K.; Riemann, G. (2019) (Hrsg): Im Gespräch mit Ulrich Oevermann und Fritz Schütze. Einblicke in die biographischen Voraussetzungen, die Entstehungs-

geschichte und die Gestalt rekonstruktiver Forschungsansätze. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Garz, D.; Raven, U. (2015): Theorie der Lebenspraxis. Einführung in das Werk Ulrich Oevermanns. Wiesbaden: Springer VS.

Glaser, B.; Strauss, A.L. (1971): Status Passage. London: Routledge & Kegan Paul.

Glissmann, G. (2009): Wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit - Eine qualitative Studie. In: Pflegewissenschaft, 11 (2) 69 - 80.

Glissmann, G. (2008): Wissenschaftlich fundierte Pflegeausbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel des Themas „Beratung in der Pflege“ - Eine qualitative Studie. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Bremen.

Hamilton Wilson, J.E. et al. (2009): A narrative study of the experiences of student nurses who have participated in the hearing voices that are distressing simulation. In: Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh., 6 (1) Article 19. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.2202/1548-923X.1727> [12.01.2010].

Hamblin, K.; Ray, G. (2015): Empathy in Nursing Students: The Impact of a Poverty Simulation. In: Journal of Undergraduate Research. Verfügbar unter: <http://jur.byu.edu/?p=18482> [13.03.2017].

Helfferich, C. (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 3., überarbeitete Auflage.

Henry, B.W. et al (2011): Empathetic responses and attitudes about older adults: How experience with the Aging Game measures up. In: Educational Gerontology, 37 (10) 924-941.

Henderson, M.C. (1989): A comparison of two approaches to empathy training. In: Nurse Educ., 14 (1) 23 und 36.

Hickok, G. (2015): Warum wir verstehen, was andere fühlen: Der Mythos der Spiegelneuronen. München: Carl Hanser Verlag.

Hickok, G. (2014): The Myth of Mirror Neurons: The Real Neuroscience of Communication and Cognition. New York: W.W. Norton & Company.

Hickok, G. (2009): Eight Problems for the Mirror Neuron Theory of Action Understanding in Monkeys and Humans. In: Journal of Cognitive Neuroscience, 21 (7) 1229-1243.

Hodges, S.A. (1991): An experiment in the development of empathy in student nurses. In: Journal of advanced Nursing, 16 (11) 1296-1300.

Hoffman, M. (1977): Sex differences in empathy and related behaviors. In: Psychological Bulletin, 84 (4) 712-722.

Hoffman, M.L. (2000): Empathy and Moral Development. Implications for Caring and Justice. New York: Cambridge University Press.

Hoffman, M. L. (1982): Development of Prosocial Motivation: Empathy and Guilt. In: Eisenberg, N. (Hrsg.): The Development of Prosocial Behavior. New York, London: Academic Press, S. 281-313.

- Hoffman, M.L. (1978): Empathy, its development and prosocial implications. In: Keasey, C.B. (Hrsg.): Nebraska Symposium on Motivation, Vol. 25. Lincoln: University of Nebraska Press, S. 169-218.
- Hojat, M. (2016): Empathy in Health Professions Education and Patient Care. Heidelberg u.a.: Springer.
- Hopf, C. (2005): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 4. Auflage, S. 594-600.
- Hopf, C. (2005): Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 4. Auflage, S. 349-360.
- Hopf, C. (1978): Die Pseudo-Exploration - Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: ZfS, 2 (7) 97-115.
- Hülsken-Giesler, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsstrategien pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik. Göttingen: V&R unipress.
- Jack, K. (2015): The use of poetry writing in nurse education: An evaluation. In: Nurse Educ. Today, 35 (9) e7-e10.
- Jensen, A.; Curtis, M. (2008): A descriptive qualitative study of student learning in a psychosocial nursing class infused with art, literature, music, and film. In: International Journal of Nursing Education Scholarship, 5 (1) 1-9.
- Käppeli, S. (2005): Bündnis oder Vertrag? Eine Reflexion über zwei Paradigmen der pflegerischen Beziehung. In: Pflege, 18 (3) 187-195.
- Kalish, B.J. (1971): An experiment in the development of empathy in nursing students. In: Nursing Research, 20 (3) 202-211.
- Kanbay, Y. et al. (2015): Evaluation of nursing students' empathic tendencies. In: International Journal of Information Research and Review, 2 (10) 1244-1248.
- Kaschull, K.; Kocks, A.; Thiry, L. (2018): „Endlich geht es mal um uns“. Entlastungskonzept empCARE. In: Die Schwester Der Pfleger, 57 (4) 1-4.
- Katz, R.L. (1963): Empathy. Its Nature and Uses. London: Collier-Macmillan.
- Kelle, U.; Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2., überarbeitete Auflage.
- Kelley, B. (1992): The professional self-concepts of of nursing undergraduates and their perceptions of influential forces. In: J. Nurs. Educ., 31 (3) 121-125.
- Kersting, K. (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Ketola, J. (2013): Psychiatric clinical course strengthens the student-patient relationships of baccalaureate nursing students. In: J. Psychiatr. Ment. Health Nurs., 20 (1) 23-34.

Kidd, L.I. et al. (2015): Mindful teaching practice: Lessons learned through a hearing voices simulation. In: *Issues Ment. Health Nurs.*, 36 (2) 112-117.

Kirchhof, S. (2007): *Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung für und in beruflichen Werdegängen: Dargestellt am Beispiel einer qualitativ-explorativen Studie zu informellen Lernprozessen Pfleger und ihrer pädagogisch-didaktischen Implikationen für die Aus- und Weiterbildung.* Münster: Waxmann.

Kleining, G. (1982): Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 34 (2) 224-253.

Klinkhammer, J.; von Salisch, M. (2015): *Emotionale Intelligenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklung und Folgen.* Stuttgart: Kohlhammer.

Kocks, A.; Roling, D. (2018): Zuviel Empathie? In: *Häusliche Pflege, o.A.* (1) 26-28.

Kosowski, M.M.R. (1995): Clinical learning experiences and professional nurse caring: A critical phenomenological study of female baccalaureate nursing students. In: *J. Nurs. Educ.*, 34 (5) 235-242.

Kowal, S.; O'Connell, D.C. (2005): Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 4. Auflage, S. 437-447.

Kruse, J. (2015): *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz.* Weinheim und Basel: Beltz Juventa. 2., überarbeitete und ergänzte Auflage.

Kühme, B. (2015): *Identitätsentwicklung in der pflegepraktischen Ausbildung.* In: Ertl-Schmuck, R.; Greb, U. (Hrsg.): *Pflegedidaktische Forschungsfelder.* Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 102-124.

Kühme, B. (2013): *Identitätsbildende Muster in Prozessen pflegeberuflicher Sozialisation.* Dissertationsschrift. Universität Hamburg. Unveröffentlichtes Manuskript.

Kühme, B. (2009): *Selbstbestimmung und Fremdbestimmung - Eine Diskussion der Pflegewirklichkeit von Pflegeschülerinnen zwischen Teamarbeit und Konkurrenz.* In: Balzer, S.; Kühme B. (Hrsg.): *Anpassung und Selbstbestimmung in der Pflege. Studien zum (Aus-) Bildungserleben von PflegeschülerInnen.* Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 151-249.

Kuhbandner, C.; Schelhorn, I. (2020): *Emotionale Kompetenz im Lehrberuf: Grundwissen, Anleitungen & Übungsmaterialien - ein Lehrbuch für Studium und Unterrichtspraxis.* Wiesbaden: Springer.

Lamnek, S. (2010): *Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch.* Weinheim, Basel: Beltz Verlag. 5., überarbeitete Auflage.

Layton, J.M. (1979): The use of modelling to teach empathy to nursing students. In: *Research in Nursing and Health*, 2 (4) 163-176.

Lemonidou, C. et al. (2004): Moral Professional Personhood: Ethical Reflections During Initial Clinical Encounters in Nursing Education. In: *Nurs. Ethics* 11 (2), 122-137.

Liekam, S. (2004): *Empathie als Fundament pädagogischer Professionalität. Analysen einer vergessenen Schlüsselvariable der Pädagogik.* Dissertation. Ludwigs-Maximilians-Universität München: Fakultät für Psychologie und Pädagogik.

Lipps, T. (1897): Raumästhetik und geometrisch-optische Täuschungen. Leipzig: Barth.

Lucius-Hoene, G.; Deppermann, A. (2004): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2. Auflage.

Lüders, C. (2005): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt. 4. Auflage, S. 384-401.

Ma, F. et al. (2014): Baccalaureate nursing Students' perspectives on learning about caring in China: A qualitative descriptive study. In: BMC Medical Education, 14 (1) 42-50.

Mackintosh, C. (2006): Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. In: Int. J. Nurs. Stud., 43 (8) 953-962.

Mannheim, K. (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Martinsen, K. (1990): Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. In: Jensen, K.; Engelsrud, G. (Eds.): Modere omsorgsbilder. Oslo: Gyldendal.

Martinsen, K. (1989): Omsorg. Sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays. Oslo: Tano.

Mawson, K. (2014): Use of media technology to enhance the learning of student nurses in regards to auditory hallucinations. In: Int. J. Ment. Health Nurs., 23 (2) 135-44.

Mayeroff, M. (1971): On caring. New York: HarperCollins.

McDougall, W. (1908): An introduction to social psychology. London: Methuen & Co.

McKenna, L. et al. (2012): Levels of empathy in undergraduate nursing students. In: International Journal of Nursing Practice, 18 (3) 246-251.

Mead, G.H. (1934): Mind, self, and society. Chicago: University of Chicago Press.

Mehrabian, A.; Epstein, N. (1972): A measure of emotional empathy. In: Journal of Social Psychology, 40 (4) 525-543.

Melia, K. (1983): Students' views of nursing - 2: Just passing through. In: Nursing Times, 79 (20) 26-27.

Melia, K.M. (1984): Student nurses' construction of occupational socialisation. In: Sociology of Health and Illness, 6 (2) 132-151.

Mennenga, H.A. et al. (2016): Empathy Development Through Case Study and Simulation. In: Nurse Educ., 41 (3) 139-142.

Montgomery, C. (1993): Healing through communication. Newbury Park: Sage Publications.

Morse, J.M. et al. (1991): Comparative Analysis of Conceptualizations and Theory of Caring. In: Image: the Journal of Nursing Scholarship, 23 (2) 119-126.

Mousa, M.A.E.G.A. (2015): Empathy toward Patients with Mental Illness among Baccalaureate Nursing Students: Impact of a Psychiatric Nursing and Mental Health Educational Experience. In: Journal of Education and Practice, 24 (6) 98-108.

Nardi, D. (1990): A course in empathy. In: Advancing Clinical Care, 18 (o.A.) 18-20.

Neil-Urban, S. (1994): The Lived Experience of Caring and Knowing in Senior Nursing Students. Dissertation. Grand Forks, ND: University of North Dakota.

Neumann, M. et al. (2011): Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. In: Acad. Med. 86 (8) 996-1009.

Neuweg, G.-H. (2020): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster: Waxmann. 4. aktualisierte Auflage.

Neuweg, G.-H. (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster: Waxmann.

Nunes, P. et al. (2011): A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. In: International Journal of Medical Education, 2 (2) 12-17.

Oevermann, U. (2013): Die Problematik der Strukturlogik des Arbeitsbündnisses und der Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in einer professionalisierten Praxis von Sozialarbeit. In: Becker-Lenz, R. et al. (Hrsg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS. 3., durchgesehene Auflage, S. 119-147.

Oevermann, U. (2012): Die Methode der Fallrekonstruktion in der Grundlagenforschung sowie der klinischen und pädagogischen Praxis. In: Kraimer, K. (Hrsg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp. 2. Auflage, S. 58-156.

Oevermann, U. (2002a): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik - Manifest der objektiven hermeneutischen Sozialforschung. Manuskript, März 2002. Verfügbar unter: https://www.ihsk.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf [12.12.2019].

Oevermann, U. (2002b): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: Kraul, M.; Marotzki, W.; Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 19-63.

Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 70-182.

Orr, F. et al. (2013): The distress of voice-hearing: The use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education. In: Nurse Educ. Pract., 13 (6) 529-535.

Ouzouni, Ch.; Nakakis, K. (2012): An exploratory Study of student nurses` empathy. In: Health Science Journal, 6 (3) 534-552.

Ozcan, C.T. et al. (2012): The effect of a structured empathy course on the students of a medical and a nursing school. In: International Nursing Review, 59 (4) 532-538.

Ozcan, C.T. et al. (2010): Empathy: The effects of undergraduate nursing education in Turkey. In: *International Nursing Review*, 57 (4) 493-499.

Ozcan, N.K. et al. (2011): The use of expressive methods for developing empathic skills. In: *Issues Ment. Health Nurs.*, 32 (2) 131-136.

Ozonoff, S. et al. (1991): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7) 1081-1105.

Peplau, H. E. (1952): *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam.

PfIBRefG (2017): Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz - PfIBRefG) vom 17. Juli 2017. Verfügbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl117s2581.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl117s2581.pdf%27%5D__1603176582066 [20.10.2020].

Phillips, J. et al. (2015): An exploration of the perceptions of caring held by students entering nursing programmes in the United Kingdom: A longitudinal qualitative study phase 1. In: *Nurse Education in Practice*, 15 (6) 403-408.

Piaget, J. (1932): *The moral judgement of the child*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.

Polanyi, M. (1958): *Personal knowledge*. London: Routledge & Kegan Paul.

Preston, S.D. (2013): The origins of altruism in offspring care. In: *Psychological Bulletin*, 139 (6) 1305-1341.

Preston, S.D.; de Waal, F.B.M. (2002): Empathy: Its ultimate and proximate bases. In: *Behavioral and Brain Sciences*, 25 (1) 1-20.

Przyborski, A. (2004): *Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode: Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen*. Wiesbaden: VS-Verlag.

Przyborski, A.; Wohlrab-Sahr, M. (2014): *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag. 4., erweiterte Auflage.

Radke-Yarrow, M. et al. (1983): Children`s prosozial dispositions and behavior. In: P.H. Mussen (Hrsg.): *Handbook of child psychology (Vol. IV)*. New York: Wiley, S. 469-545.

Raven, U. (2016): Objektive Hermeneutik. Ein Paradigma für Pflegeforschung und Pflegepraxis? In: Hülsken-Giesler, M.; Kreutzer, S.; Dütthorn, N. (Hrsg.): *Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege: Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege*. Göttingen: V&R unipress, S. 103-130.

Raven, U. (2009a): Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung. Teil I Einleitung und Grundbegriffe einer strukturalen Theorie altenpflegerischen Handelns. In: *Pflegewissenschaft*, 11 (3) 140-150.

Raven, U. (2009b): Altenpflege: Handeln ohne Verstehen, Verstehen ohne Handeln? Bestimmungsgründe einer professionalisierten Altenpflegepraxis aus strukturtheoretischer Sicht und deren Bedeutung für die Ausbildung. Teil II Lebenspraxis im Altenpflegeheim - Eine Fallrekonstruktion und Perspektiven einer zukünftigen strukturtheoretisch fundierten Altenpflegeausbildung. In: *Pflegewissenschaft*, 11 (4) 209-220.

- Raven, U. (2009c): Zur Bewältigung der ‚Seneszenzkrise‘ - Bedingungen einer professionalisierten Hilfe für Menschen im ‚Vierten Lebensalter‘. In: Bartmann, S. et al. (Hrsg.): „Natürlich stört das Leben ständig“. Perspektiven auf Entwicklung und Erziehung. Wiesbaden: VS Verlag, S. 159-180.
- Raven, U. (2007): Zur Entwicklung eines „professional point of view“ in der Pflege. Auf dem Weg zu einer strukturalen Theorie pflegerischen Handelns. In: PrInterNet, 9 (3) 196-209.
- Reichert, J. (2003): Die Abduktion in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske und Budrich.
- Remmers, H. (2011) (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Forschungsbilanz. Göttingen: V&R unipress.
- Remmers, H. (2000): Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft. Bern u.a.: Huber.
- Reutter, L. et al. (1997): Socialization into nursing: Nursing students as learners. In: J. Nurs. Educ., 36 (4) 149-155.
- Rizzolatti, G.; Sinigaglia, C. (2008): Empathie und Spiegelneurone. Die biologische Basis des Mitgefühls. Frankfurt: Suhrkamp.
- Roach, M.S. (2002): Caring, the human mode of being. Ottawa: CHA Press. 2. Auflage.
- Roach, M.S. (1992): The human act of caring. Ottawa: CHA Press. 2., überarbeitete Auflage.
- Roberts, D. et al. (2016): Promoting empathy through immersive learning. In: Journal of Nursing Education and Practice, 6 (8) 1-9.
- Rogers, A.E. (1986): The Effects of Undergraduate Nursing Education on Empathy. In: Western Journal of Nursing Research, 8 (3) 329-342.
- Rogers, C.R. (1975): Empathic: An unappreciated way of being. In: Counseling Psychologist, 5 (2) 2-10.
- Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. In: Journal of Consulting Psychology, 21 (2) 95-103.
- Rosenthal, G. (2008): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa. 2., korrigierte Auflage.
- Rosenthal, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Frankfurt am Main: Campus.
- Roth, M.; Altmann, T.; Schönefeld, V. (2016). Definitionen, Modelle und Trainierbarkeit von Empathie. In: Roth, M.; Schönefeld, V.; Altmann, T. (Hrsg.): Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie - Ein praxisorientiertes Kompendium. Wiesbaden: Springer, S.1-9.
- Schaper, N. (2019): Aus- und Weiterbildung: Konzepte der Trainingsforschung. In: Nerdinger, F.W. et al. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin: Springer. 4., vollständig überarbeitete Auflage, S. 509-539.
- Schelhorn, I.; Kuhbandner, C. (2019): Projektvorstellung: Emotionale Kompetenzen im Lehrberuf - Entwicklung und Evaluation eines Trainings an der Universität Regensburg.

Verfügbar unter: <https://www.qualitaetsoffensive-lehrerbildung.de/de/projektvorstellung-emotionale-kompetenzen-im-lehrberuf---entwicklung-und-evaluation-eines-2197.html> [06.08.2020].

Schoenhofer, S.O.; Boykin, A. (1993): Nursing as caring: An emerging general theory of nursing. In: Parker, M.E. (Hrsg.): Patterns of nursing theories in practice. New York: National League for Nursing Press, S. 83-92.

Schütze, F. (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien. Erzähltheoretische Grundlagen. 1. Merkmale von Alltagserzählungen und was wir mit ihrer Hilfe erkennen können. Hagen: Studienbrief FernUniversität in Hagen.

Seed, A. (1994): Patients to people. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (o.A.) 738-748.

Seitz, T. et al. (2017): Rückgang von Empathie der Medizinstudierenden im Laufe des Studiums - was ist die Ursache? In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63 (1) 20-39.

Selman, R.L. (1984): Die Entwicklung des sozialen Verstehens. Entwicklungspsychologische und klinische Untersuchungen. Frankfurt: Suhrkamp.

Sheehan, C.A. et al. (2013): Engendering Empathy in Baccalaureate Nursing Students. In: *International Journal of Caring Sciences*, 6 (3) 456-464.

Sheikh, H. et al. (2013): Medical student reporting of factors affecting preclerkship changes in empathy: A qualitative study. *Canadian Medical Education Journal*, 4 (1) e26-e34.

Sideras, S. et al. (2015): Impact of a Simulation on Nursing Students' Attitudes Toward Schizophrenia. In: *Clinical Simulation in Nursing*, 11 (2) 134-141.

Simon, J. (2019): Pflegewissenschaftliche Ansprüche in der Unterrichtsplanung. Eine empirische Untersuchung. Schriften aus der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Band 36. Bamberg: University of Bamberg Press. Verfügbar unter: https://fis.uni-bamberg.de/bitstream/uniba/45148/1/SSOWI36SimonDissopusse_A3a.pdf [12.10.2020].

Solvoll, B.A.; Heggen, K.M. (2010): Teaching and learning care - exploring nursing students' clinical practice. In: *Nurse Educ Today*, 30 (1) 73-77.

Steinke, I. (2015): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg): *Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 11. Auflage., S. 319-331.

Stemmer, R. (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs- und Legitimationsschwierigkeiten. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Stevens, L.; Woodruff, C.C. (2018): What is this feeling that I have for myself and for others? Contemporary perspectives on empathy, compassion, and self-compassion, and their absence. In: Stevens, L.; Woodruff, C.C. (Hrsg.): *The Neuroscience of Empathy, Compassion and Self-Compassion*. London u.a.: Academic Press, S. 1-21.

Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B.; Wiener, C. (1980): Gefühlsarbeit. Ein Beitrag zur Arbeits- und Berufssoziologie. In: *Kölnener Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32 (4) 629-651.

Tavakol, S. et al. (2012): Medical students' understanding of empathy: A phenomenological study. *Medical Education*, 46 (3) 306-316.

Thiry, L. (2017): Entlastung durch Zuwendung. Das empathiebasierte Entlastungskonzept empCARE. In: *Die Schwester Der Pfleger*, 56 (3) 30-33.

Titchener, E.B. (1973): *Lectures on the elementary psychology of feeling and attention*. New York: Arno Press.

Truax, C.B.; Carkhuff, R.R. (1967): *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine.

Walter, A.; Dütthorn, N. (2018) (Hrsg.): *Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik der Sektion Bildung und Sektion Hochschullehre Pflegewissenschaft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*. ISBN: 978-3-00-062155-0. Verfügbar unter: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/03/2019_02_20-FQR-Ver%C3%B6ffentlichung_ES.pdf [20.09.2020].

Ward, J. (2017): *The student's guide to social neuroscience*. London, New York: Routledge. 2., überarbeitete Ausgabe.

Ward, J. et al. (2012): The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. In: *Journal of Professional Nursing*, 28 (1) 34-40.

Ward, T.D. (2015): Do you hear what I hear? The impact of a hearing voices simulation on affective domain attributes in nursing students. In: *Nurs. Educ. Perspect.*, 36 (5) 329-331.

Wear, D.; Zarconi, J. (2007): Can compassion be taught? Let's ask our students. In: *J. Gen. Intern. Med.*, 23 (7) 948-953.

Weber, M. (1985) [1922]: Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Ders.: *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), S. 146-214.

Webster, D. (2010): Promoting empathy through a creative reflective teaching strategy: A mixed-method study. In: *Journal of Nursing Education*, 49 (2) 87-94.

Weishaupt, S. (2006): Subjektivierendes Arbeitshandeln in der Altenpflege - die Interaktion mit dem Körper. In: Böhle, F.; Glaser, J. (Hrsg.): *Arbeit in der Interaktion - Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 85-106.

Wheeler, K. (1988): A Nursing Science Approach to understanding empathy. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 2 (2) 95-102.

Wheeler, K.; Barrett, E.A. (1994): Review and synthesis of selected nursing studies on teaching empathy and implications for nursing research and education. In: *Nurs. Outlook*, 42 (5) 230-236.

Wikström, B. (2001): Work of art dialogues: An educational technique by which students discover personal knowledge of empathy. In: *International Journal of Nursing Practice*, 7 (1) 24-29.

Wikström, B.M. (2003): A picture of a work of art as an empathy teaching strategy in nurse education complementary to theoretical knowledge. In: *Journal of Professional Nursing*, 19 (1) 49-54.

Williams, B. et al. (2015): Student empathy levels across 12 medical and health professions: An interventional study. In: *Journal of Compassionate Health Care*, 2 Article 4. Verfügbar unter: <https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-015-0013-4> [17.12.2016].

Williams, B. et al. (2014a): Empathy levels among health professional students: A cross-sectional study at two universities in Australia. In: *Advances in Medical Education and Practice*, 5 (5) 107-113.

Williams, B. et al. (2014b): Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: A longitudinal study. In: *Advances in Medical Education and Practice*, 5 (9) 299-306.

Williams, B. et al. (2013): DVD empathy simulations: An interventional study. In: *Medical Education*, 47 (11) 1142-1143.

Williams, C. (1989): Empathy and burnout in male and female helping professionals. In: *Research in Nursing and Health*, 12 (3) 169-178.

Williams, J.; Stickley, T. (2010): Empathy and nurse education. In: *Nurse Educ. Today*, 30 (8) 752-755.

Wilson, S. E. et al. (2012): Empathy levels in first- and third-year students in health and non-health disciplines. In: *American Journal of Pharmaceutical Education*, 76 (2): Article 24. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3305933/> [19.12.2016]

Wilt, D.L. et al. (1995): Teaching with entertainment films: An empathetic focus. In: *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33 (6) 5-14.

Winseman, J. et al. (2009): Students' views on factors affecting empathy in medical education. *Acad. Psychiatry*, 33 (6) 484-491.

Winter, C. (2020): *Emotionale Herausforderungen in der Pflegeausbildung. Konzeptentwicklung einer persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung*. Frankfurt am Main: Mabuse.

Wittneben, K. (2009): Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik. In: Olbrich, Ch. (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Elsevier, S. 105-122.

Wittneben, K. (2003): *Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer: Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelernfelddidaktik*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 5., überarb. Auflage.

Wittneben, K. (1991): *Pflegekonzepte in der beruflichen Weiterbildung zur Pflegelehrkraft*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Zahn-Waxler, C. et al. (1992): Development of concern for others. In: *Developmental Psychology*, 28 (1) 126-136.

Zahn-Waxler, C. et al. (1979): Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. In: *Child Development*, 50 (2) 319-330.

Zderad, L.T. (1969): Empathic Nursing: Realization of a human capacity. In: *Nursing Clinics of North America*, 4 (4) 655-662.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1:	Abbildung: Ein allgemeines Prozessmodell von Empathie (Quelle: Bischoff-Wanner 2002: 177)	510
Anhang 2:	Abbildung: Ein pflegespezifisches prozessuales Rahmenmodell des empathischen Prozesses kognitiver Empathie (Quelle: Bischoff-Wanner 2002: 275)	510
Anhang 3:	Anschreiben für die Leitungen von Pflegebildungseinrichtungen	511
Anhang 4:	Informationsblatt für die Interviewinteressent*innen	512
Anhang 5:	Kontaktaufnahme per E-Mail zu den Interviewpartner*innen der Folgerhebung	513
Anhang 6:	Interviewleitfaden der Ersterhebung	514
Anhang 7:	Interviewleitfaden der Folgerhebung	516
Anhang 8:	Liste: Vorinteraktionsphase der Interviews	519
Anhang 9:	Einverständniserklärung und Verpflichtungserklärung	520
Anhang 10:	Vorlage: Soziodemografischer Fragebogen	521
Anhang 11:	Vorlage: Postskript	524
Anhang 12:	Transkriptionssystem und -erläuterungen	526
Anhang 13:	Beispiel für die Transkription der Interviewdaten: Auszug aus einem Interviewtranskript	527
Anhang 14:	<i>Beispiel für die Kernstellenanalyse: Auszug aus der Kernstellenanalyse des Erstinterview 10</i>	
Anhang 15:	<i>Beispiel für die händische Dokumentation der Analysearbeit: Auszug aus dem Transkriptausdruck des Erstinterview 1</i>	
Anhang 16:	<i>Beispiele für Inventare zweier Interviews der Ersterhebung</i>	
Anhang 17:	<i>Vorlage: Fallexzerpt</i>	
Anhang 18:	<i>Beispiele für Fallexzerpte zweier Interviews der Ersterhebung</i>	
Anhang 19:	<i>Beispiel für das arbeitsorganisatorische Vorgehen bei der Queranalyse: Auszug aus der Vergleichstabelle zu den Ergebnissen der Einzelfallanalysen hinsichtlich der Themenfelder „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“ und „Lernförderliche und lernhinderliche Faktoren“ sowie „Ideen für eine optimale Förderung empathischer Fähigkeiten“</i>	
Anhang 20:	<i>Beispiel für frühen Stand der Typenbildung (Zwischenstand): Kontrastierung der Ergebnisse der Einzelfallanalysen hinsichtlich des Themen- feldes „Subjektive Verständnisse pflegerischer Empathie“ in einer Vergleichstabelle</i>	
Anhang 21:	<i>Beispiele für händische Visualisierungsskizzen im Prozess der Entwicklung der Typen</i>	

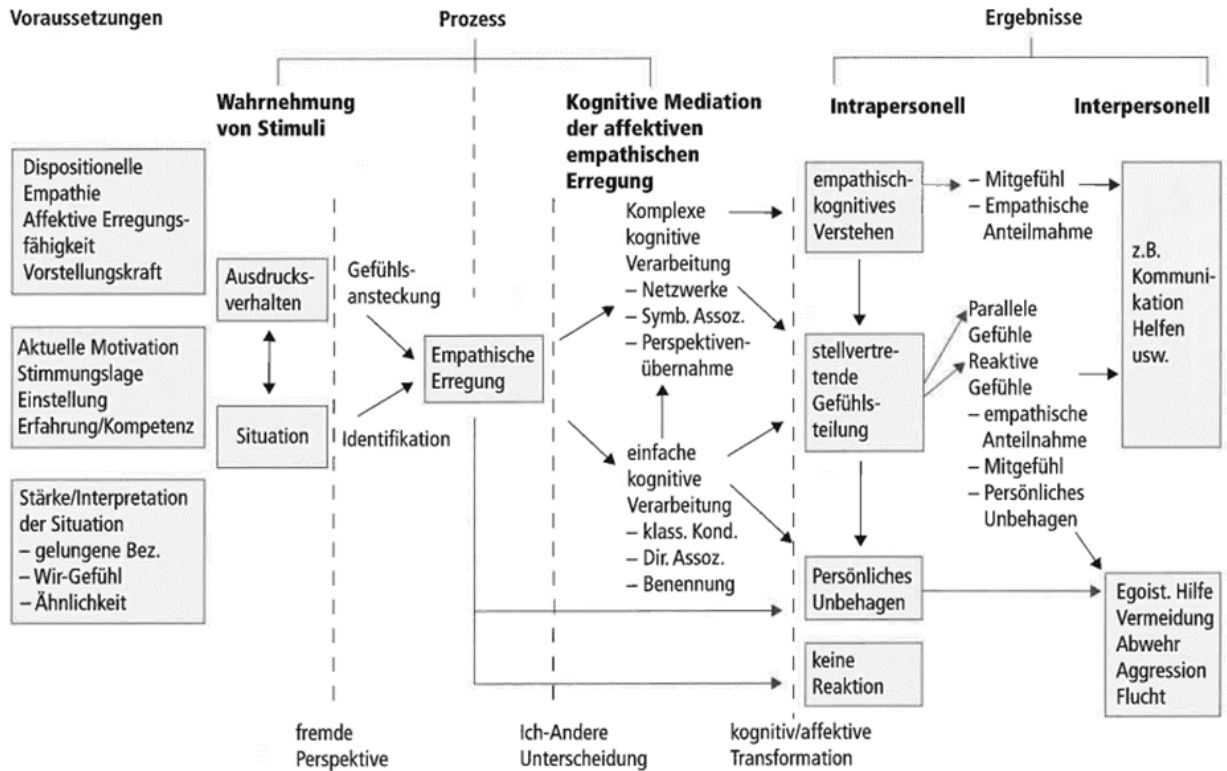
⁹²⁸ Bei den Anhängen 14 bis 24 handelt es sich um streng vertrauliche Auszüge aus informellen Arbeitsdokumenten der Forschungsphase „Analyse des Datenmaterials“. Sie sind ausschließlich für die Gutachter*innen der vorliegenden Dissertation bestimmt und daher in einem gesonderten, erweiterten Anhangsband dokumentiert.

Anhang 22: Beispiele für Vorläuferversionen der grafischen Darstellung der Typologie

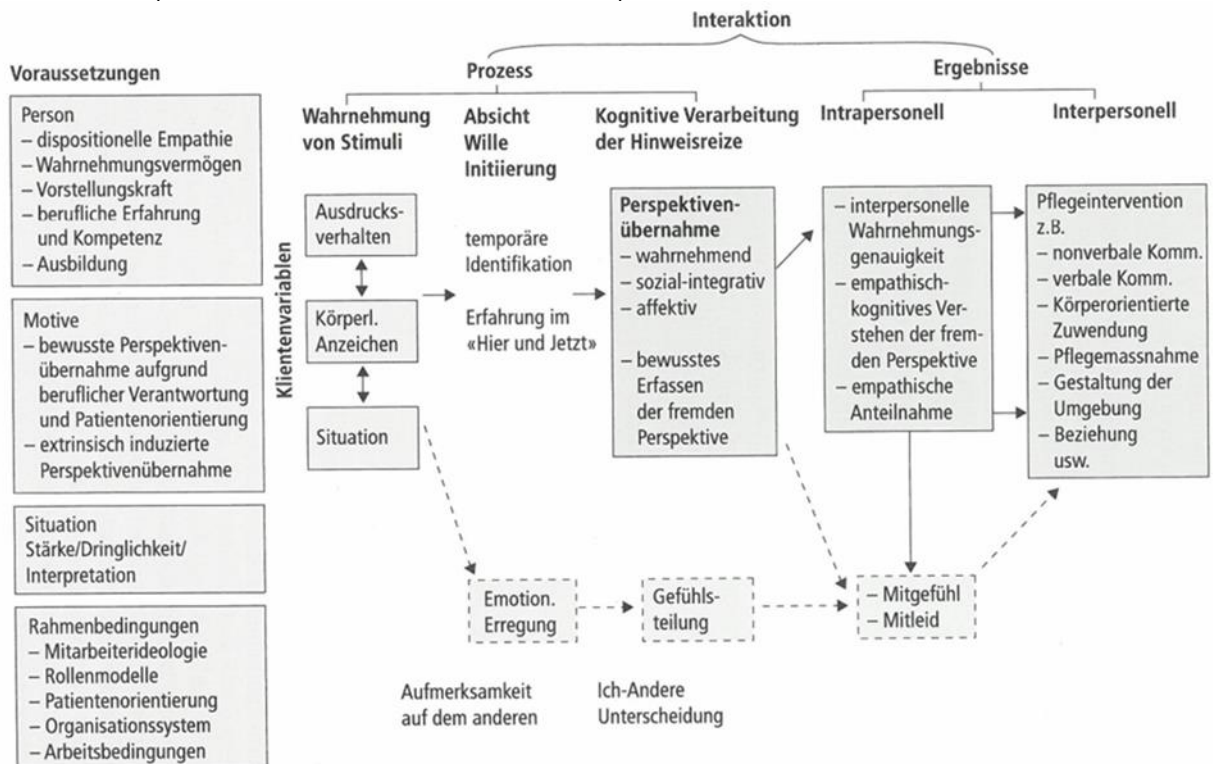
Anhang 23: Beispiele für Inventare zweier Interviews der Folgerhebung

Anhang 24: Beispiele für kurze Fallexzerpte der Interviewfälle 9 und 16

Anhang 1: Abbildung: Ein allgemeines Prozessmodell von Empathie
(Quelle: Bischoff-Wanner 2002: 177)



Anhang 2: Abbildung: Ein pflegespezifisches prozessuales Rahmenmodell des empathischen Prozesses kognitiver Empathie
(Quelle: Bischoff-Wanner 2002: 275)



Anhang 3: Anschreiben für die Leitungen von Pflegebildungseinrichtungen

Universität Bremen · [ipp bremen](http://ipp.uni-bremen.de) · Postfach 33 04 40 · 28334 Bremen

Bildungseinrichtung
Name Schulleitung
Straße Hausnummer
PLZ Stadt

Fachbereich 11
Human- und Gesundheits-
wissenschaften

Direktorium
Prof. Dr. Stefan Görres
(geschäftsführend)
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck
Prof. Dr. Silke Gräser

Datum: 21.04.10

Vermittlung von InterviewpartnerInnen für pflegedidaktische Untersuchung

Sehr geehrte Frau *Nachname*,

im Rahmen meiner Doktorarbeit bei Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck im Promotionskolleg „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung“ an der Universität Bremen plane ich eine Längsschnittstudie zum Thema „Aneignungswege hermeneutischer Kompetenzen bei Pflegelegenden“. Ich möchte hierzu im Mai bzw. Juni 2010 episodische Interviews (ca. 60 min.) mit Lernenden führen, die im Herbst 2008 ihre Ausbildung zur/zum AltenpflegerIn (3-jährig) aufgenommen haben. Ein Jahr später, d.h. im Mai bzw. Juni 2011, plane ich eine 2. Interviewrunde mit denselben Lernenden.

Ziel meiner Untersuchung ist es, in einem ersten Schritt zu beschreiben, wie Lernende sich gegenwärtig in der deutschen pflegerischen Grundausbildung hermeneutische Kompetenzen aneignen. Hierbei interessiert mich insbesondere die Perspektive der Lernenden auf dieses Thema, d.h. die für sie bedeutsamen Lernerlässe und -erfahrungen. Als Ergebnis dieses ersten Schrittes erwarte ich eine Typologie von Pflegelegenden, die unterschiedliche Aneignungsprozesse hermeneutischer Kompetenzen abbildet. Ausgehend davon beabsichtige ich in einem zweiten Schritt, Eckpunkte eines empirisch fundierten Konzepts zur Förderung hermeneutischer Kompetenzen für die pflegerische Ausbildung zu entwickeln.

Bei der Vermittlung von potentiellen InterviewpartnerInnen an Ihrer Schule bitte ich Sie um Ihre Unterstützung. Bitte lassen Sie mir Namen und Telefonnummern der betreffenden Kursleitungen, die mich bei der Suche nach InterviewpartnerInnen unterstützen könnten, in den nächsten 7 Tagen zu kommen – deren Einverständnis vorausgesetzt. Ich werde dann telefonisch Kontakt zu ihnen aufnehmen. Ich freue mich sehr, wenn ich auf diesem Wege vier bis fünf Lernende Ihrer Schule als InterviewpartnerInnen gewinnen könnte.

Selbstverständlich werde ich den Namen Ihrer Schule, der InterviewpartnerInnen sowie deren Angaben im Interview anonym und streng vertraulich behandeln. Ferner lade ich Sie herzlich zu einer Informationsveranstaltung ein, bei der ich Ihnen die Untersuchungsergebnisse, sobald diese vorliegen, vorstellen werde.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Abteilung 4
Qualifikations- und
Curriculumforschung
Abteilungssprecherin
Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Dipl. Berufspäd. Pflegewissenschaft
Gerlinde Glissmann
Forschungstipendiatin

Grazer Straße 4
Raum A 2100
28359 Bremen

Telefon 0421 218-7053
0421 218-88945
E-Mail glissmann@uni-bremen.de
www.ipp.uni-bremen.de

Anhang 4: Informationsblatt für die Interviewinteressent*innen



**Haben Sie Interesse an einem Interview zum Thema
„Pflegen lernen“ teilzunehmen?**

**Ich suche Lernende der Gesundheits- und Krankenpflege und der Altenpflege
(Ausbildungsbeginn: Februar 2009)
für Interviews im Rahmen meines Promotionsprojektes
„Empirische Rekonstruktion von Lernprozessen in der Pflegeausbildung
aus der Perspektive der Lernenden. Eine Längsschnittstudie“.**

Ich interessiere mich für Ihre Erfahrungen mit dem Lernen von für die Pflege wichtigen Fähigkeiten. Insbesondere geht es mir hierbei um die Fähigkeit von Pflegenden „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Mich interessiert v.a., wie Pflegeauszubildende diese Fähigkeit erlernen. Hierzu plane ich im Rahmen meiner Doktorarbeit eine Studie durchzuführen, bei der ich Lernende zu zwei Zeitpunkten ihrer Ausbildung interviewen möchte. Das erste Interview wird im August bzw. September 2010 stattfinden, das zweite ein Jahr später im August bzw. September 2011. In den Interviews sind mir Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Erlernen dieser Fähigkeit wichtig – mich interessieren positive Erfahrungen genauso wie negative. Mir geht es um Ihre wirklichen Erfahrungen mit dem Lernen, dabei interessieren mich alle Auszubildenden, insbesondere auch diejenigen, die auch schon mal eine 3, 4 oder 5 geschrieben haben. Ein Interview wird ungefähr 60-90 Minuten dauern und an einem Ort Ihrer Wahl stattfinden, z.B. an Ihrer Schule, auf Station oder auch bei Ihnen zu Hause. Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse möchte ich ein pädagogisches Konzept erstellen, wie Pflegeauszubildende gezielter und individueller als bisher beim Erlernen dieser Fähigkeit unterstützt werden können. Hiermit möchte ich einen Beitrag leisten, die bundesdeutsche Pflegeausbildung weiter zu entwickeln.

Wer bin ich?

Ich arbeite als Promotionsstipendiatin am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen in der Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung. Die Universität Bremen bietet in Zusammenarbeit mit der Hans Böckler Stiftung das Promotionskolleg „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung“ an, in dem ich zum 1. März 2010 begonnen habe. Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden sind mir seit vielen Jahren ein großes Anliegen. Bevor ich den Studiengang „Lehramt Pflegewissenschaft“ absolvierte, war ich nach meiner Ausbildung zur Krankenschwester selbst als Pflegendende und Praxisanleiterin tätig. Zurzeit arbeite ich neben meiner Promotion als freie Dozentin in einer „Weiterbildung zum/zur PraxisanleiterIn im Gesundheitswesen“.

Sie können sicher sein, dass niemand erfährt, was Sie persönlich gesagt haben – auch nicht Ihre Lehrenden, Praxisanleitenden, KollegInnen oder MitschülerInnen. Ich bin auf die strengen Regeln des Datenschutzes festgelegt, die ich Ihnen im Rahmen des Interviews auch schriftlich zusichern werde. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und anschließend werden alle Namen und alle Hinweise, die die Person erkennbar machen, verändert bzw. gelöscht. Die Interviews werden sorgsam aufbewahrt.

Wie können Sie mich erreichen?

Wenn ich Ihr Interesse für die zwei Interviews wecken konnte, rufen Sie mich einfach an oder schreiben mir eine E-Mail. Gerne gebe ich Ihnen dann weitere Informationen, beantworte Ihre Fragen und wir vereinbaren - sofern Sie einverstanden sind - einen Termin für das erste Interview.

Gerlinde Glissmann, Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft
Universität Bremen, Fachbereich 11, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung, Grazer Straße 4, 28359 Bremen
Tel.: 0421 218 - 68945
E-Mail: glissmann@uni-bremen.de

Anhang 5: Kontaktaufnahme per E-Mail zu den Interviewpartner*innen der Folgeerhebung

Betreff: Folgeinterviews

Hallo [Frau/Herr A, B, ...] und [Frau/Herr A, B, ...],

das erste Interview mit Ihnen liegt nun fast schon 1 Jahr zurück und mittlerweile haben Sie bereits über die Hälfte Ihrer Ausbildung geschafft.

Das letzte Jahr war für mich geprägt von der Verschriftlichung und Analyse des umfangreichen und sehr spannenden Datenmaterials, dass ich an verschiedenen Pflegeschulen durch Interviews mit Lernenden der Pflege gewinnen konnte. Ihre und auch die Mitarbeit der anderen Lernenden ermöglicht mir, dieses - für die Weiterentwicklung der deutschen Pflegeausbildung wichtige - Forschungsvorhaben voranzutreiben. Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Gerne würde ich im Mai 2011 wieder nach [Stadt A] an Ihre Schule kommen und mit jedem von Ihnen ein Folgeinterview zum Thema „Pflegen lernen“ mit dem Fokus auf das letzte Jahr (04/2010 - jetzt) und auf die Fähigkeit, auf Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen, führen. Mich interessieren, wie auch im letzten Interview, Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Lernen/Weiterentwickeln bzw. dem Anwenden dieser Fähigkeit.

[Frau/Herr] [Name Schulleitung] und [Frau/Herr] [Name Kursleitung] sind damit einverstanden, dass die Interviews wieder in der Schule während der Unterrichtszeit an zwei Tagen durchgeführt werden. Termine außerhalb der Unterrichtszeit sind selbstverständlich auch möglich. Als Termine schlage ich Ihnen beispielsweise den 11.5, 18.5, 1.6, 8.6.11 vor.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich für dieses zweite Interview entscheiden würden.

Falls ja, stimmen Sie sich bitte untereinander ab, welche Termine und Uhrzeiten Ihnen am Besten passen würden. Da ich aus Bremen anreise, könnte ich so ab [Uhrzeit] an Ihrer Schule sein.

Ich freue mich auf Ihre Antwort!

Gerlinde Glissmann

Gerlinde Glissmann
Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft

Universität Bremen
Fachbereich 11
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP)
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung
Grazer Straße 4
28359 Bremen

Zimmer: 2100
Tel.: 0421 - 218 68945

Anhang 6: Interviewleitfaden der Ersterhebung

Einstiegsinformation

„Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es mir in meiner Untersuchung geht: Ich interessiere mich für die Fähigkeit von Pflegenden „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich auch als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“ beschreiben. Mich interessiert v.a., wie Pflegeauszubildende diese Fähigkeit erlernen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse möchte ich ein pädagogisches Konzept erstellen, wie Pflegeauszubildende gezielter und individueller als bisher beim Erlernen dieser Fähigkeit unterstützt werden können. In unserem Gespräch heute sind mir Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Erlernen dieser Fähigkeit wichtig – mich interessieren positive Erfahrungen genauso wie negative. Es gibt für mich kein Richtig oder Falsch. Ich werte nicht, es ist also keine Prüfungssituation. Im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie bitte, mir all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie auch möglichst wenig unterbrechen und Ihnen genügend Zeit lassen. Fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Haben Sie noch Fragen?“

Einstiegsfrage

Leitfrage 1: „Vielleicht könnten Sie zum Einstieg einmal erzählen, wie Sie zu Ihrer Ausbildung zur bzw. zum [Bezeichnung einfügen] gekommen sind.“

Themenfeld „Subjektives Verständnis von Fallverstehen“

Leitfrage 2: „Unser Interview dreht sich ja heute um die Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen. Erinnern Sie sich an Situationen in Ihrem Leben, in denen Personen diese Fähigkeit in besonderer Weise gezeigt haben? Erzählen Sie diese Situationen bitte näher.“

- ⇒ **Evtl. Nachfragen:** „Bitte erzählen Sie die Situation noch genauer.“; „An was können Sie sich noch erinnern?“; „Erinnern Sie sich noch an weitere Situationen?“; „Wie hat sich die Person konkret verhalten?“; „Worin wurde die Fähigkeit deutlich?“; „Wie haben Sie sich gefühlt bzw. verhalten?“
- ⇒ **Alternativ:** „Was verstehen Sie unter dieser Fähigkeit?“; „Woran erkennen Sie, dass jemand über die Fähigkeit verfügt?“; „Wie würden Sie diese Fähigkeit beschreiben? Woran zeigt sie sich?“; „Kennen Sie jemanden, der über diese Fähigkeit verfügt? Erzählen Sie doch mal von dieser Person und ihrer Fähigkeit.“

Themenfeld „Lernbiographie“

Leitfrage 3: „Wenn Sie so zurückgucken auf Ihr Leben und an die vielen Dinge denken, die Sie schon gelernt haben, wann würden Sie sagen, wie lernen Sie? Was hilft Ihnen beim Lernen?“

- ⇒ **Evtl. Nachfrage:** „Wie lernen Sie gut?“

Themenfeld „Lernen von Fallverstehen“

Leitfrage 4: „Wir kommen jetzt zu der angesprochenen Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Wenn Sie so auf Ihr Leben zurücksehen, wo haben Sie das gelernt?“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen und Situationen mir erzählen lassen, „Wo haben Sie diese Fähigkeit noch gelernt?“, „Fällt Ihnen noch was ein?“, „Erzählen Sie bitte näher von diesem Erlebnis.“

Leitfrage 5: „Nehmen Sie bitte nun bewusst einmal die letzten anderthalb Jahre ihres Lebens in den Blick, was hat Ihnen in dieser Zeit dabei geholfen, Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“ weiter zu entwickeln?“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Erinnern Sie noch andere Situationen?“

Leitfrage 6a: „Es geht immer noch um Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich ja auch beschreiben als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“. Was in Ihrer Ausbildung hat Ihnen geholfen, beim Erlernen dieser Fähigkeit?“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Beschreiben Sie doch bitte die Situation genauer, wie Sie sie erlebt haben.“; „Fällt Ihnen noch was ein?“

Leitfrage 6b: „Was in Ihrer Ausbildung hat Ihnen das Erlernen dieser Fähigkeit erschwert oder behindert?“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Beschreiben Sie doch bitte die Situation genauer, wie Sie sie erlebt haben.“; „Fällt Ihnen noch was ein?“

Leitfrage 7: „Wenn Sie einmal am Ihren Ausbildungsbeginn zurückgehen und dann Ihren ersten Schulblock, Ihren ersten praktischen Einsatz und all die nachfolgenden Blöcke und Einsätze an Ihrem inneren Auge vorbeiziehen lassen, inwiefern hat sich Ihre Fähigkeit, „Pflegehandlungen an den Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ entwickelt?“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, „Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?“; „Wie haben Sie ihre Fähigkeit am Anfang erlebt und wie ging es dann weiter? Was hat sich verändert?“; „Fällt Ihnen noch was ein?“

Leitfrage 8a: Wenn Sie noch einmal die Ausbildung beginnen könnten, wie könnte eine optimale Förderung Ihrer Fähigkeit „Pflegehandlungen an den Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ im Ausbildungsverlauf Ihrer Meinung nach aussehen? Personelle und finanzielle Aspekte einmal außen vorgelassen.

Leitfrage 8b: Aus Ihrer Erfahrung heraus, welche Art der Förderung wäre zu welchem Ausbildungszeitpunkt besonders wichtig?

Leitfrage 9: „Sie haben bereits die Hälfte Ihrer Ausbildung absolviert, wenn Sie an die zweite Hälfte Ihrer Ausbildung denken, welchen Bedarf und welche Möglichkeiten sehen Sie da, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen weiter zu entwickeln?“

Ausleitungsphase

Ausstiegsfrage: „Ja, von meiner Seite aus wäre es das dann. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

Nachfrage 1: „Wie haben Sie denn so das Interview empfunden, wie war das so für Sie?“

Nachfrage 2: „Was hat Sie denn dazu bewegt, an diesem Interview teilzunehmen?“

Anhang 7: Interviewleitfaden der Folgerhebung

Einstiegsinformation

„Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es mir in meiner Untersuchung geht:

Ich interessiere mich für die Fähigkeit von Pflegenden „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich auch als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“ beschreiben. Mich interessiert v.a., wie Pflegeauszubildende diese Fähigkeit erlernen. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse möchte ich ein pädagogisches Konzept erstellen, wie Pflegeauszubildende gezielter und individueller als bisher beim Erlernen dieser Fähigkeit unterstützt werden können.

In unserem Gespräch heute sind mir Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Erlernen dieser Fähigkeit im letzten Jahr wichtig – also ihre diesbezüglichen Erfahrungen seit unserem letzten Interview im [Monat] 2010.

Mich interessieren positive Erfahrungen genauso wie negative. Es gibt für mich kein Richtig oder Falsch. Ich werte nicht, es ist also keine Prüfungssituation. Im Verlauf unseres Gesprächs werde ich Ihnen - wie auch bei unserem letzten Interview - verschiedene offene Fragen stellen, bei denen ich Sie bitte, mir all das zu erzählen, was für Sie relevant und wichtig ist. Ich werde Sie auch möglichst wenig unterbrechen und Ihnen genügend Zeit lassen. Fühlen Sie sich also nicht unter Druck gesetzt, wir haben sozusagen „alle Zeit der Welt“, die Sie sich nehmen möchten. Haben Sie noch Fragen?“

Themenfeld „Subjektives Verständnis von Fallverstehen“

Vorbereitungsstimulus: Ein Jahr ist unser letztes Interview nun schon her. Ein Jahr, in dem Sie sicher privat und auch beruflich viel erlebt haben. In unser heutiges Interview steigen wir diesmal direkt mit der bereits angesprochenen Fähigkeit „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“ ein ...

Leitfrage 1: „Wenn Sie so zurückgucken auf das letzte Jahr in Ihrem Leben, an welche Situationen erinnern Sie sich, wo Personen oder auch Sie selbst diese Fähigkeit gezeigt haben? Erzählen Sie diese Situationen bitte näher.“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Beschreiben Sie doch bitte die Situation genauer, wie Sie sie erlebt haben.“; „Fällt Ihnen noch was ein?“; „Erinnern Sie sich noch an weitere Situationen?“; „Wie hat sich die Person konkret verhalten?“; „Worin wurde die Fähigkeit deutlich?“; „Wie haben Sie sich gefühlt bzw. verhalten?“

Leitfrage 2: „Was verstehen Sie denn unter der Fähigkeit, auf zu Pflegende individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen? Wie würden Sie das einem Neuling in der Pflege in ganz einfachen Worten erklären?“

- ⇒ Nachfrage: „Wie würden Sie ihm mit einfachen Worten erklären, wie Sie vorgehen, wenn Sie Ihre Fähigkeit einsetzen wollen?“ (Worauf kommt es an? Worauf sollte er achten? Was sollte er vermeiden? Wozu und wann diese Fähigkeit einsetzen? Was folgt aus dem Einsetzen der Fähigkeit“)
- ⇒ „Sie sprachen gerade von Empathie. Was meinen Sie mit Empathie? Was macht für Sie Empathie aus?“
- ⇒ „Sie verwendeten gerade den Begriff Hineinversetzen. Was verstehen Sie darunter?“

Leitfrage 3: „Gibt es Situationen, in denen es Ihnen leicht fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Situationen.“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Was war daran leicht für Sie?“; Wie ging die Situation weiter?“
- ⇒ Nachfrage: „Gibt es Pflegeempfänger, gegenüber denen es Ihnen leichter fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Personen.“

Leitfrage 4: „Gibt es Situationen, in denen es Ihnen schwerer fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Situationen.“

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Was war daran schwer für Sie?“, „Was wäre für Sie eine Hilfe in der Situation gewesen?“
- ⇒ Nachfrage: Gibt es Pflegeempfänger, gegenüber denen es Ihnen schwerer fällt, Ihre Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden anzupassen, anzuwenden? Erzählen Sie bitte näher von diesen Personen.

Leitfrage 5: „Wenn Sie an Ihre Erfahrungen mit dem Anwenden Ihrer Fähigkeit, auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was Sie brauchen, in unterschiedlichen Lebensbereichen denken, machen Sie Unterschiede beim Anwenden dieser Fähigkeit zwischen dem beruflichen und dem privaten Bereich? Wenn ja, inwiefern?“

Themenfeld „Lernen von Fallverstehen“

Leitfrage 6: Nehmen Sie bitte noch mal bewusst das letzte Jahr in den Blick, hat Ihnen in dieser Zeit irgendetwas dabei geholfen, Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“ einzusetzen bzw. weiter zu entwickeln?

Leitfrage 7a: „Es geht immer noch um Ihre Fähigkeit, „auf andere Menschen individuell einzugehen und zu sehen, was sie brauchen“. Diese Fähigkeit lässt sich ja auch beschreiben als „das Anpassen von Pflegehandlungen an die Besonderheiten der zu Pflegenden“. Hat Ihnen in Ihrer Ausbildung im letzten Jahr irgendetwas geholfen, beim Anwenden bzw. Weiterentwickeln dieser Fähigkeit?“ (Was/welche Momente war/en hilfreich?)

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Erzähltes mir genau erzählen lassen
- ⇒ Was haben Sie genau gelernt? Wodurch haben Sie das gelernt?
- ⇒ Sie haben einiges über Ihr Lernen auf Station erzählt, gab es in der Pflegeschule auch irgendetwas, was ihr Lernen dieser Fähigkeit gefördert hat?“

Leitfrage 7b: „Hat Ihnen in Ihrer Ausbildung im letzten Jahr irgendetwas das Anwenden bzw. Weiterentwickeln dieser Fähigkeit erschwert oder behindert?“ Wenn ja, was und inwiefern?

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, Personen, Situationen bzw. Erlebtes mir genau erzählen lassen, „Beschreiben Sie doch bitte die Situation genauer, wie Sie sie erlebt haben.“; „Fällt Ihnen noch was ein?“

Leitfrage 8: „Wenn Sie einmal am Ihren Ausbildungsbeginn zurückgehen und dann Ihren ersten Schulblock, Ihren ersten praktischen Einsatz und all die nachfolgenden Blöcke und Einsätze bis zum heutigen Tage an Ihrem inneren Auge vorbeiziehen lassen, inwiefern hat sich Ihre Fähigkeit, „Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ entwickelt?“ (Was haben Sie dazu gelernt?)

- ⇒ Ad hoc Indexikalieren, „Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?“; „Wie haben Sie ihre Fähigkeit am Anfang erlebt und wie ging es dann weiter? Was hat sich verändert?“; „Fällt Ihnen noch was ein?“

Leitfrage 9a: „Wenn Sie noch einmal die Ausbildung beginnen könnten, wie könnte eine optimale Förderung Ihrer Fähigkeit „Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen“ im Ausbildungsverlauf Ihrer Meinung nach aussehen? Was würden Sie sich da wünschen? Sie müssen nicht sparen!“

Leitfrage 9b: Nachfrage: Was wäre wann wichtig?

Leitfrage 10: „Wenn Sie Pflegelehrer_in bzw. Praxisanleiter_in wären, wie würden Sie vorgehen, um die Fähigkeit, Pflegehandlungen an die Besonderheiten von zu Pflegenden anzupassen, bei Ihren Lernenden zu fördern?“ Geht das aus Ihrer Sicht überhaupt?

Ausleitungsphase

Ausstiegsfrage: „Ja, von meiner Seite aus wäre es das dann. Gibt es noch von Ihnen aus etwas, was Sie gerne noch erzählen möchten, was Ihnen wichtig ist, und was bisher in unserem Interview noch nicht zur Sprache gekommen ist?“

Nachfrage 1: „Wie haben Sie das Interview empfunden, wie war das so für Sie?“

Nachfrage 2: „Was hat Sie denn dazu bewegt, an diesem Interview teilzunehmen?“

Anhang 8: Liste: Vorinteraktionsphase der Interviews

Vorinformationen

Vorstellung der Interviewerin

Dank für die Interviewteilnahme

Vorstellung des Projektes

Stichworte:

- Doktorarbeit Uni Bremen
- Plane eine Studie mit Auszubildenden der Pflege: KrPfl, KiKrPfl, APfl
- Ich interessiere mich für ihre Erfahrungen mit dem Lernen von Pflege in ihrer Ausbildung
- Heute: Interviews der Ersterhebung, in einem Jahr Folgerhebung

Ablauf des Interviews

- Dauer ~ eine Stunde
- Meine Rolle: eher eine ruhigere, Fragen stellen und überwiegend zuhören, z.T. Notizen, um nachzufragen (keine Bewertungen)
- Sie bitten, alles zu erzählen, was Ihnen zu den Fragen einfällt, ruhig ausführlich.
- Nach dem Interview: Kurzfragebogen mit Sozialdaten ausfüllen
- Meine Adresse für evtl. Rückfragen

Mündlicher Hinweis: Datenschutzbestimmungen (nach dem Interview unterschreiben)

- Interview wird auf Tonband aufgenommen.
- Tonbänder werden verschriftet und die Bänder nach Abschluss des Projektes gelöscht.
- Es werden keine Infos an Dritte (z.B. Lehrkräfte, Pflegende, Praxisanleiter, ...) gegeben, die Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Einrichtungen ermöglichen.
- Sie können das Interview jederzeit freiwillig beenden.
- Sie können jederzeit Einspruch gegen die Verwendung der Daten einlegen.
- Namen von Personen, Stationen, Schulen oder Krankenhäusern, Städten, ... werden anonymisiert.

Tonbandcheck

Einstiegsinformation s. Leitfaden

Anhang 9: Einverständniserklärung und Verpflichtungserklärung

Regelung zum Vertrauen- und Datenschutz: Einverständniserklärung Studie „Empirische Rekonstruktion von Lern- und Bildungsprozessen in der Pflegeausbildung aus der Perspektive der Lernenden“

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am ___ . ___ . _____ von Frau Gerlinde Glissmann geführte Gespräch aufgenommen sowie verschriftet werden und für die Auswertung im Rahmen des Forschungsprojektes „Empirische Rekonstruktion von Lern- und Bildungsprozessen in der Pflegeausbildung aus der Perspektive der Lernenden“ verwendet werden darf.

Das verschriftete Interview darf in diesem Zusammenhang auch für die interne Berichterlegung verwendet werden. Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden, und dass die Interviewaufnahme nach Vollendung der Forschungsarbeiten gelöscht wird.

Ich erkläre mich ebenso damit einverstanden, dass das verschriftete Interview auch für Ausbildungs-, Lehr- und Forschungszwecke (Methodenforschung) am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen verwendet werden darf. Auch hier wurde mir zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das verschriftete Interview auch für Publikationszwecke und Vorträge verwendet werden darf. Auch hier wurde mir zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, gelöscht oder anonymisiert werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Name und meine Telefonnummer für den Zeitraum der Auswertung der Studie nach den Regeln des Datenschutzes vertraulich und sicher verwahrt werden (für den Fall der Klärung von Rückfragen im Laufe des Projektzeitraumes) und erst nach Vollendung des Projektes gelöscht werden.

Ein Widerruf meiner Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hiermit erklärt die Projektleiterin, Gerlinde Glissmann, dass alle von Ihnen gemachten Angaben vollständig anonymisiert werden, sodass ein Rückschluss auf Ihre Person nicht möglich sein wird.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, mir ein Interview zu geben! Bei Fragen, nehmen Sie bitte Kontakt zu mir auf.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Gerlinde Glissmann, Diplom Berufspädagogin Pflegewissenschaft, Forschungsstipendiatin
Universität Bremen, Fachbereich 11, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP),
Abteilung Qualifikations- und Curriculumforschung,
Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Zimmer: 2100,
Tel.: 0421 - 218 68945, E-mail: glissmann@uni-bremen.de

Anhang 10: Vorlage: Soziodemografischer Fragebogen

Soziodemografische Angaben der Interviewpartner*innen

Alter: ____ Jahre

Geschlecht: männlich
 weiblich

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet

Kinder: Anzahl: _____ Alter: _____ Jahre

Nationalität: _____

Bildungsabschlüsse und Berufe der Eltern:

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: Anzahl: _____ Alter: _____ Jahre

Schulabschluss: Hauptschulabschluss mittlere Reife Fachabitur Abitur

Ausbildungsgang: Gesundheits- und Krankenpflege
 Gesundheits- und Kinderkrankenpflege
 Altenpflege
 Sonstige: _____

Ausbildungsbeginn: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Ausbildungsschule: _____

Welche pflegerischen Einsätze haben Sie bisher in Ihrer jetzigen Ausbildung absolviert?

Zeitpunkt	Dauer	Fachbereich	Institution
1. Einsatz:			
2. Einsatz:			
3. Einsatz:			

4. Einsatz:			
5. Einsatz:			
6. Einsatz:			
7. Einsatz:			

Haben Sie bereits vor Ihrer jetzigen Ausbildung pflegerische Erfahrungen gesammelt?
(z.B. durch Praktika, Freiwilliges Soziales Jahr, andere Ausbildung, Pflege von Angehörigen, ...)

Zeitpunkt	Dauer	Art der pflegerischen Vorerfahrungen	Ort/Institution

Verfügen Sie über sonstige berufliche bzw. bildungsbezogene Vorerfahrungen?
(z.B. andere Ausbildung, Praktika, Fort- und Weiterbildungen, Kurse, Studium, ...)

Zeitpunkt	Dauer	Art der Vorerfahrungen	Ort/Institution

Verfügen Sie über sonstige Vorerfahrungen beispielsweise durch ehrenamtliches, vereinsbezogenes, kirchliches, politisches, gewerkschaftliches, ... Engagement?

Zeitpunkt	Dauer	Art des Engagements	Ort/Institution

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank!

Fortsetzung

Welche pflegerischen Einsätze haben Sie bisher in Ihrer jetzigen Ausbildung absolviert?

Zeitpunkt	Dauer	Fachbereich	Institution
8. Einsatz:			
9. Einsatz:			
10. Einsatz:			
11. Einsatz:			
12. Einsatz:			
13. Einsatz:			
14. Einsatz:			

Anhang 11: Vorlage: Postskript

Postskript

Interviewpartner*in: Nr.

Datum:

Ort/Institution:

Dauer:

Gesprächsatmosphäre: (Ort, Raum, Sitzordnung, Stimmung, Verhalten des/der Interviewten)

Befindlichkeiten: (des/der Interviewten; meine)

Rapport: (Beziehung zwischen den beiden Kommunikanten)

Gesprächsverlauf: (Entwicklungsdynamik des gesamten Interviews)

Interaktionen: (Besondere Interaktionsphänomene zwischen den beiden Kommunikanten)

Besonderheiten allgemeiner Art:

Auffallende Themen: (Berührte und ausgelassene Thematiken, bezogen auf die Forschungsfragen und darüber hinaus)

Störungen des Interviewverlaufs:

Vorinteraktionsphase: (Dauer, Ablauf, Themen, Stimmung, ...)

Nachinteraktionsphase: (Dauer, Ablauf, Nachfragen, Themen, Stimmung, Verabschiedung, Ausblick)

Sonstige Gedanken, Beobachtungen, Gefühle

Anhang 12: Transkriptionssystem und -erläuterungen

Transkriptionserläuterungen

Bei der Transkription wurde das Gehörte weitgehend wortwörtlich verschriftlicht, d.h., es wurde versucht, Dialekt („Watt iss` dat `n für `ne Nofretete!“), umgangssprachliche Ausdrücke („haste“ statt „hast du“), Interjektionen („oh“, „ah“, „ihh“), Rückversicherungspartikel („ne“, „gell“, „wa“), Verzögerungslaute („äh“, „ähm“, „hm“) sowie grammatikalisch falsche Konstruktionen möglichst genau wiederzugeben (vgl. Kruse 2015: 351). Interpunktionszeichen (Satzzeichen) - also Punkte, Kommata, Fragezeichen und Ausrufezeichen - wurden nach den Regeln der deutschen Rechtschreibung gesetzt, um die Lesbarkeit der Transkripte zu gewährleisten. Hierbei wurde versucht, die Sinneinheiten des Gesprochenen zu berücksichtigen.

I:	Interviewerin
P:	Proband*in
Kranken-	Wortabbruch
(spricht?)	vermuteter Wortlaut
<..>	unverständlicher Redebeitrag von 2 Sekunden
Fettdruck, z.B. „ unglaublich “	auffällige Betonung
Großbuchstaben, z.B. „RUHE, sofort RUHE!“	sehr laut gesprochen
Kursivdruck, z.B. „ <i>unglaublich</i> “	lachend gesprochen
„:“, z.B. „ach so.“	Dehnung
(h)	Formulierungshemmung, Drucksen
(.)	Mikropause (< 2 sec)
(..), (...), (4 sec.), (5 sec.).	Pausenlänge von 2, 3, 4 bzw. 5 Sekunden
[...]	Auslassungen im Transkript
(Beide lachen.), (P. hustet.), (Telefon klingelt.)	außersprachliche Handlungen, Ereignisse
„.....“, z.B. Sie sagte halt „Ich bin `ne erfahrene Schwester.“ Ich dachte „Da sag` ich lieber nix zu.“	direkte Rede bzw. innere Rede
[Ort A], [Vorname A], [Institution A]	Anonymisierung eines Ortes, eines Namens, einer Institution

Anhang 13: Beispiel für die Transkription der Interviewdaten: Auszug aus einem Interviewtranskript

Auszug aus einem Erstinterview: Gesprächsminute 00:26:37- 00:33:06

P = Interviewperson

I = Interviewerin

[...]

IP: Ähm das hat ich auch bei (.) behinderten Kindern. Ich habe ähm (..) in [Krankenhaus B] auf der Reha-Station gearbeitet, ähm dort liegen halt ähm orthopädische Kinder, die aber `ne neurologische Grunderkrankung haben, also die meisten sind ICP-Kinder. (.) Und dort hab ich auch erst gedacht „Oh!“, (..) ich hab`s mir schrecklich vorgestellt, (.) dass ähm (..) also weil, das Leben definiert man immer so „Man kann alles, man macht alles, man tut, was man gerne möchte“ und dann kommen dort Eltern hin, die **das** ja gewohnt sind, (..) (h) für uns normales Leben zu führen und bekommen dann `nen Kind, was das nicht kann (.) und dann dacht ich im ersten Moment (.) „Wie schlimm muss das für die Kinder sein? Die können ja (.) nicht das machen, was andere können“. Und dann (..) hab ich mich hingestellt und hab nachgefragt (.) wieder, wie sie das finden (.) und hab festgestellt, dass es für die (.) nicht so schlimm ist, weil die nehmen, (.) sie nehmen den Unterschied (.) zwischen ihrer Situation und unser, unserer Situation nicht so (.) bewusst negativ wahr, wie wir das immer, also wie **ich** das immer unterstellt habe. (.) Äh (..) die sagen „Ich ich geh halt am Gehwagen, (.) ist okay, ich nehm halt `nen Fahrstuhl, (.) das ist okay“, also sie kennen `s von Vornherein schon gar nicht anders. Und ähm (.) das hat mich auch verändert, also ich musste ja (.) wieder meine Vorurteile, (..) konnte ich wieder in `ne Kiste packen, konnt `se wegschmeißen, weil es hat nicht gestimmt. Und dann (.) ähm (.) hab ich mich gefragt, wie die Eltern das empfinden, weil **sie nehmen** das ja bewusst wahr. 00:28:22-4

I: Ja (.) ja. 00:28:22-4

P: Auch diesen Unterschied, (.) dass sie ja vorher (.) freier waren (.) als in der Situation mit ihrem ähm (.) erkrankten Kind. (.) Und die haben (.) dann aber gesagt „Das ist, (.) es ist in Ordnung“, sie **lieben** ja ihr Kind. (.) Und ähm (.) das musste ich dann erst mal (.) lernen, (.) dass (.) man ja nicht alles rational erklären kann, (.) dass das Leben ja nicht nur Wert hat, wenn man äh normal laufen kann und kriegt `nen Schulabschluss auf die Reihe, (.) sondern dass, (.) dass (.) die Liebe, die ja existiert, (.) ähm dass das das Leben auch ausmachen kann, (.) auch wenn man, auch wenn die Kinder jetzt teilweise manche Dinge nicht ausführen können. Aber sie haben ja trotzdem **Spaß** am Leben, es ist nur anders. Aber auf dieses andere sich erst mal einzulassen, das (.) finde ich dauert. (.) Und ähm (.) es ist (.) häuf-, also dort auf der Station (.) wurd ich da sehr schlecht aufgefangen. Ich musste das alles mit mir selber ausmachen, (.) weil die haben so getan, als wäre es das Normalste von der Welt... 00:29:29-5

I: Ja. 00:29:29-5

P: ...mit Menschen mit Behinderungen zu arbeiten. Und ähm (.) ich hab dann gesagt „Das ist

überhaupt nicht normal, (..) weil prozentual gesehen sind nun mal die meisten Leute (..) gesund, sie können laufen, ich kann mich mit ihnen unterhalten. Ich muss nicht drüber nachdenken, was ich sage, weil ich, (..) sie verstehen mich" (..) und ähm (..) das find ich sehr, (..) das fand ich richtig **schlimm**, (..) dass sie, dass sie sich nicht, (..) also die konnten auch nicht sagen, was ist jetzt (..) **das was ihre** Aufgabe auf der Station ist. 00:30:02-3

I: Aha (..) ja. 00:30:02-3

P: Es ist meine Aufgabe dort, (..) (h) mich den Situationen der Kinder anzupassen, ihnen zu ermöglichen, (..) sich selber zu verstehen. Aber ich muss sie auch noch verstehen können, also sie müssen (..) sich ausdrücken können und das muss ich ihnen ermöglichen. Und das war irgendwie, (..) das konnten die gar nicht. Also sie sind auch nicht (..) drauf eingegangen (..) auf die Kinder (..) und das fand ich richtig, also das konnte ich nicht auf mir sitzen lassen, (..) weil sie haben ja (..) `nen ganz anderes Bedürfnis. Und das muss ich doch **sehen** (..) und das ist (..) von Kind zu Kind ja auch unterschiedlich. Und ich muss **jedes Mal** wieder lernen, (..) wie (..) wie gehe ich da jetzt damit um. Und ich muss jedes Mal ausprobieren, weil es ist ja nicht dieses (..) Schema F, was man durchziehen kann (..) von Kind zu Kind oder von Patient zu Patient, (..) sondern ich muss was probieren (..) und im richtigen Moment erkennen äh „Ich komm damit nicht weiter“ (..) und was anderes ausprobieren. (..) Aber die (..) haben das nicht gemacht. 00:31:13-2

I : Haben Sie da noch `ne Situation vor Augen? (..) `Ne Pflegende, wo es vielleicht nicht gut gelaufen ist im Hinblick auf diese Fähigkeit, individuell auf das Kind einzugehen (..) oder wo`s auch besonders gut gelungen war? 00:31:26-0

P: Ähm (..) es ging (..) zum Beispiel hatten wir einen Jungen, (..) der war ähm (..) schon, es war kein ICP-Kind, der war zurück und auch wirklich mit Skoliose und allen möglichen Sachen **sehr** geplagt, dass er auch schwer laufen konnte (..) und ähm (..) er war fünfzehn, er war mitten in der Pubertät. (..) Na ja und wir waren alle junge Schwestern (..) und ähm (..) da kamen teilweise schon Sprüche. (..) Und ähm (..) da (..) wurde dann aber gar nicht drauf eingegangen, also (..) es wurde dann gesagt „Das WILL ICH JETZT NICHT HÖR`N. Und das gehört hier überhaupt NICHT HIN" (..) und ähm (..) das fand ich (..) nicht gut, wenn er gesagt hat „Ja, also (..) irgendwie fühl ich mich jetzt grad ganz anders“, (..) es ist (..) `ne komische Situation, (..) aber (..) er ist trotzdem `n Junge und er macht trotzdem die Pubertät durch, die ich selber durchgemacht hab und die jeder Mensch durchmacht, nur weil er mit Behinderungen lebt. Und ähm (..) ich hab dann, (..) also ich konnte, er war fünfzehn, ich **fand`s okay**, da drüber auch zu sprechen. Ich find es einfach okay da drüber überhaupt zu sprechen, was gehört dazu und ähm (..) hab das aber nur gemacht, wenn ich mit ihm alleine war. Und dann meinte er „Ja, (..) also (..) letzte Nacht hab ich geträumt“ und ich so „Was `n?“, „Ja, da warst Du im Bikini am Strand“ und da hab ich im ersten Moment schon geschluckt. Und da hab ich (..) dann aber nachgefragt „Was meinst Du denn, was es macht, dass man solche Träume, (..) dass Du solche Träume hast?“. 00:33:06-8

[...]