

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften –Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Gesundheits- und Pflegepädagogik

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts B.A.

**Förderung von empathischer Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten durch die
Anwendung von Kompetenzrastern**

**Promotion of empathic competence in dealing with dialysis patients through the appli-
cation of competence grids**

Jana Stünzendörfer

Gutachterin: Frau Claudia Winter

Abgabetermin: 24.01.2019

Abstract

Die empathische Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten spielt eine bedeutende Rolle in der Pflegebeziehung für den Patienten sowie für den Pflegenden. Die Fragestellung dieser Arbeit lautet: „Was bedeutet professionelle empathische Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten und wie kann die empathische Kompetenz gefördert werden?“ Als Methode wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Diese Arbeit begründet die Notwendigkeit von Empathie im Umgang mit Dialysepatienten aus der pflegewissenschaftlichen Perspektive. Durch die Unterstützung der Pflegepädagogik wird die Forderung nach der empathischen Kompetenz unter der Berücksichtigung der Pflegenden und zu Pflegenden konkret mit dem Instrument des Kompetenzrasters umgesetzt und gestaltet. Die Anwendung des erstellten Kompetenzrasters zeichnet sich aus durch die Praxisnähe sowie die Berücksichtigung der notwendigen theoretischen Inhalte der nephrologischen Pflege.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
1	Ausgangssituation und Problemstellung	8
1.1	Krankheitsprozess chronisches Nierenversagen.....	8
1.1.1	Nephrologische Versorgungsstrukturen.....	10
1.1.2	Dialyse als Nierenersatzbehandlung	10
1.2	Nephrologische Pflege.....	11
1.2.1	Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen.....	12
1.2.2	Belastungssituationen im Verlauf der Erkrankung.....	17
2	Kompetenz in der Pflege.....	22
2.1	Begriffsbestimmung der Pflegekompetenz	22
2.2	Begriffsbestimmung Empathie.....	24
2.2.1	Konzeptionelle Definitionen von Empathie	24
2.2.2	Empathie als pflegespezifische Perspektive.....	25
2.2.3	Grundlagen und Voraussetzungen für Empathie.....	26
2.3	Anbahnung der empathischen Kompetenz	28
2.3.1	Gefühls- und Emotionsarbeit in der Pflege	29
2.3.2	Belastungen und Bewältigungsstrategien.....	33
3	Entwicklung der empathischen Kompetenz.....	36
3.1	Lerntheoretischer Ansatz des situierten Lernens.....	36
3.2	Kompetenzorientierte Ausbildung.....	38
3.3	Reflexion und Lernen.....	41
3.3.1	Reflexion als Grundlage der Handlung	41
3.3.2	Reflexion als Emanzipationsprozess	42
3.3.3	Kompetenzförderung Reflexionsfähigkeit	43
4	Das Kompetenzraster	44
4.1	Vorstellung des Kompetenzrasters und seiner Ziele	44
4.1.1	Kompetenzorientierung im Unterricht	45
4.1.2	Aufbau und Erstellung von Kompetenzrastern	46

4.1.3	Arbeit mit Kompetenzrastern.....	48
5	Beispiel „Kompetenzraster empathische Kompetenz“ im Umgang mit Dialysepatienten	50
6	Zusammenfassung und Schlussbetrachtung	56
	Literaturverzeichnis	60
	Anhangsverzeichnis	65

Tabellenverzeichnis

	Tabelle 1 Stadien nach Corbin und Strauss	17
	Tabelle 2 Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten	51

1 Einleitung

„Der Individualität des Patienten wurde in der Pflege schon immer ein hoher Wert beigemessen - zumindest verbal. Hat es jemals eine Pflegephilosophie gegeben, die nicht Forderungen enthielte wie ‚den ganzen Menschen behandeln‘, ‚den Patienten als einzigartiges Individuum zu respektieren, das mit einem Potential zur Veränderung ausgestattet ist‘ [...], ‚dem Patienten Hilfe zur Selbsthilfe geben‘? Die Erfahrung zeigt jedoch, daß [sinc] es eine Sache ist, die Werte zu postulieren, und eine andere, sich ihnen gemäß zu verhalten. Bei anderen Menschen Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten, ist besonders schwer, weil wir alle in zwei Welten leben – in ‚der Welt und in ‚unserer‘ Welt“ (Zderad 1997, S. 171; Hervorhebung J. S.).

Diese Forderungen an die Pflegenden würden vermutlich auf einen breiten Konsens stoßen. Sie stellen für die Pflegepädagogik eine Herausforderung in der Ausbildung von zukünftigen Pflegekräften dar.

Pflege leistet einen großen eigenständigen Beitrag zur Bewältigung von Krankheiten. Für den therapeutischen Beziehungsprozess zwischen der Pflege und den zu Pflegenden ist Empathie eine Grundvoraussetzung. Sie wird als unverzichtbare Komponente angesehen. Empathische Kompetenz wird oft den Pflegekräften per se zugesprochen und wird im Handeln vorausgesetzt (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 15 f). Die Realität weist jedoch ein anderes Bild auf (Gould 1990), nämlich, dass empathische Beziehungen sogar eher vermieden werden, wenn Patienten sich in existenziell schwierigen Situationen befinden (vgl. Mackay und Hughes 1990).

Das Zitat von Rogers bringt die Komplexität von Beziehungen zum Ausdruck sowie die Nicht-trennbarkeit zwischen der persönlichen Komponente und dem beruflichen Kontext.

„Gefühl ist eine spontane innere Reaktion in mir – auf eine Person, eine Örtlichkeit oder eine Situation, die ich erlebe oder an die ich denke“ (Carl R. Rogers).

Das Zitat verdeutlicht die Bedeutsamkeit von Gefühlen im Umgang mit Menschen und den Auswirkungen ihrer Handlungen. Hierbei stellt sich die Frage, was dies mit der vorliegenden Arbeit zu tun hat.

Die Diagnose „dialysepflichtige Niereninsuffizienz“ ist für Betroffene und ihre Angehörigen eine fundamentale, einschneidende Lebenserfahrung. Die Krankheit ist gekennzeichnet von vielen Abhängigkeiten, die den Betroffenen zu Veränderungen und zur Umorientierung in seinem Leben auffordern. Der Verlauf der Erkrankung und die Bewältigungsarbeit des Dialysepatienten stellt Betroffene vor große Herausforderungen und Belastungen (vgl. Sokol und Hoppenworth 2018, S. 36 f). Die Pflege und Betreuung von Dialysepatienten erfordert deshalb eine

spezifische Handlungskompetenz von Pflegekräften. Der permanente Umgang mit dialysepflichtigen Menschen führt aufgrund emotionaler Belastungen unweigerlich zu Spannungen, denen die Pflege in Form von Gefühlsarbeit entgegensteuert (vgl. Wiederhold et al. 2011). Die soziale Kompetenz der Pflegekräfte ist ein großer Einflussfaktor für die erfolgreiche Krankheitsbewältigung. Eine Schlüsselrolle spielt die empathische Kompetenz in der Pflege von Dialysepatienten auch aus Sicht der zu Pflegenden (vgl. Reuschenbach und Mohr 2005).

Die empathische Kompetenz kann nur zu einem Teil in der Berufsausbildung und Weiterbildung angeregt und vermittelt werden (vgl. Sokol und Hoppenworth 2018, S. 94 ff).

Wegen des Mangels an Personal, Ausbildern und Praxisanleitern als auch an Zeit wird die Umsetzung von theoretischem Wissen in praktische Arbeit nicht (mehr) optimal durchgeführt. Viel zu oft laufen die Auszubildenden im Alltag einfach nur mit, statt organisiert ausgebildet zu werden. Lernpotenzial geht verloren, ein selbstständiges Arbeiten wird so immer schwieriger. Schließlich leidet die Versorgungsqualität (vgl. Verdi 2015). Wie in der Schule muss es auch in der Praxis eine strukturierte, planmäßige Ausbildung geben, um die Lernenden zu einer professionellen Kompetenz hinzuführen (vgl. DBR 2017).

„Empathisch zu sein bedeutet, die Welt durch die Augen der anderen zu sehen und nicht unsere Welt in ihren Augen“ (Carl R. Rogers).

Empathie ist für viele Pflegenden eine Grundhaltung. Lange Zeit wurde der Aufbau einer emotionalen Beziehung zwischen Pfleger und zu Pflegendem eher negativ betrachtet, weil diese zu emotionaler Überforderung bis hin zu Burn-out führen würde. Mittlerweile zeigte Bischoff-Wanner, dass nicht nur der zu Pflegenden, sondern auch die empathische Pflegekraft von einem gegenseitigen Geben und Nehmen profitiert (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 17).

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Zusammenhang von chronischen Erkrankungen und der besseren Krankheitsbewältigung mit Hilfe von Empathie in der Pflege darzustellen. Dafür wird diese Arbeit ein Konzept zur Krankheitsverarbeitung am Beispiel der chronisch terminalen Niereninsuffizienz vorstellen, sowie den Begriff Empathie klären und der Pflegepädagogik einen Weg aufzeigen, um empathische Kompetenz zu fördern.

Die zu bearbeitende Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: „Was bedeutet professionelle empathische Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten und wie kann die empathische Kompetenz gefördert werden?“

Zur Bearbeitung der Fragestellung und Zielsetzung dieser Arbeit wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.

In der folgenden Arbeit wird zum Thema „Empathie im Umgang mit Dialysepatienten“ in zwei Schritten vorgegangen.

Im ersten Schritt werden die Perspektiven aufgezeigt sowie eine Betrachtung und Standortbestimmung aus pflegewissenschaftlicher Sicht vorgenommen. Die pflegewissenschaftliche Sicht auf Patienten mit chronisch terminaler Niereninsuffizienz unter Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen gibt einen Einblick in die Lebenswelt der Dialysepatienten. Grundsätzlich brauchen Pflegekräfte im Umgang mit Dialysepatienten dieses Wissen, um besser die Perspektive des Patienten nachzuvollziehen. Empathie in der Interaktion mit Dialysepatienten nimmt eine Schlüsselrolle in der Krankheitsbewältigung ein. Umso wichtiger ist es, genau zu klären, was mit dem Wort Empathie assoziiert wird. Eine empathische Kompetenz wird bei Pflegekräften besonders im Umgang mit chronisch kranken Patienten oft vorausgesetzt und als wünschenswert empfunden. Was gewollt wird, scheint klar, unklar ist jedoch der Weg.

Der zweite Schritt stellt die Pflegepädagogik als sinnvolle Ergänzung zur Pflegewissenschaft dar und bietet einen Vorschlag für eine strukturierte Ausbildung der empathischen Kompetenz. Die pflegepädagogische Standortbestimmung darf hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Neben der Orientierung im pädagogischen Sinne bietet diese Arbeit eine konkrete Umsetzung der gemeinsamen Ziele an. Das Kompetenzraster bietet eine gute Möglichkeit der Verwirklichung. Infolge der Erkenntnisse dieser Arbeit werden Handlungsempfehlungen für die Anwendung des Kompetenzrasters gegeben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit die gewohnte männliche Sprachform verwendet. Dies stellt jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts dar, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral verstanden werden.

1 Ausgangssituation und Problemstellung

1.1 Krankheitsprozess chronisches Nierenversagen

Um Menschen mit chronischem Nierenversagen zu verstehen, ist es notwendig ihre Situation und Belastungen zu kennen. Der Krankheitsprozess bei Menschen mit einem chronischen Nierenversagen dehnt sich oft über Jahre aus, in denen sie bereits mit Einschränkungen und Veränderungen konfrontiert wurden. Der nierenersatzpflichtige Mensch unterliegt Belastungen, die seinen Körper, seine Psyche und soziale Situation betreffen. Die Einschränkungen und Veränderungen gehen nicht spurlos an den Betroffenen und ihren Angehörigen vorbei (vgl. Dohmann 2014, S.129 ff).

Um den Verlauf der Belastungen für den Patienten besser darzustellen, wird die Phase vor dem chronischen Nierenversagen mit betrachtet. Von einer chronischen Niereninsuffizienz wird gesprochen, wenn ein pathologischer Nierenbefund diagnostiziert wurde und/oder eine glomeruläre Filtrationsrate (GFR) ≤ 60 ml/min von mindestens 3 Monaten vorliegt. Die chronische Niereninsuffizienz wird in fünf verschiedene Stadien eingeteilt, gemessen an GFR und Ursache. Demzufolge wird der Betroffene unterschiedliche Symptome und Auswirkungen aufweisen. Das klinische Bild der Niereninsuffizienz ist in fortgeschrittenen Stadien unabhängig von der zugrunde liegenden Erkrankung. Chronisch verlaufende Nierenerkrankungen führen zum terminalen Nierenversagen. Wie die Krankheit fortschreitet, ist abhängig von der Art und dem Ausmaß der Nierenschädigung. Ein weiterer Einfluss ist die Reaktion des Organismus des Einzelnen und davon ist es abhängig, ob Begleiterkrankungen vorliegen. Das bedeutet für den Betroffenen, dass er unfreiwillig dem Krankheitsprozess ausgeliefert ist. Das terminale Nierenversagen bezeichnet das endgültige Nierenversagen und bedeutet, dass der Betroffene eine glomeruläre Filtrationsrate von <15 ml/min aufweist. Das heißt, die Niere kann ihre Funktionen nicht mehr erfüllen und der Patient steht vor einer existenziellen Bedrohung seines Lebens. Infolge der zunehmenden Vergiftung klagen Betroffene oft über Übelkeit und Erbrechen. Der Patient sondert urinähnlichen Geruch ab. Durch die fehlende Urinausscheidung können Atemnot und Wassereinlagerungen entstehen. Betroffene leiden durch Störung des Hormonhaushaltes an Blutarmut. Dies führt zu Erschöpfung, Blässe, einem ungewöhnlichen Schlafbedürfnis und einer insgesamt nachlassenden Leistungsfähigkeit. Blutdruckentgleisungen sowie Zeichen von Harnwegsinfekten, Fieber und Flankenschmerzen können den Zustand des Patienten zusätzlich erschweren (vgl. Klingele und Brodmann 2017, 25 ff).

Zusammengefasst ist die Belastung des Nierenversagens oft der Höhepunkt eines vorausgegangenen Krankheitsprozesses. Das terminale Nierenversagen führt unweigerlich zu einer emotionalen Reaktion des Betroffenen. Folgen können Hilflosigkeit, Angst und Depressionen sein. Nicht selten leidet das Selbstwertgefühl, was in eine Art soziale Sprachlosigkeit münden

kann. Durch die fehlende Leistungsbereitschaft und körperlichen Einschränkungen entsteht eine Ausgrenzung im sozialen Leben, was für den Betroffenen und seine Bezugspersonen ein Leben ohne soziale Kontakte bedeutet. Zusätzlich stellt sich die Frage nach der finanziellen und beruflichen Zukunft. Die Rolle des Patienten ändert sich, er hat den Status eines kranken Menschen. Die Veränderungen betreffen also den Bereich des Erwerbslebens sowie das Privatleben der betroffenen Menschen und ihr Umfeld (vgl. Dohmann 2014, S. 131 f).

Wenn die Nieren ihrer Funktion nicht mehr ausreichend nachkommen und die Indikation zu einem Nierenersatzverfahren vom Arzt gestellt wurde, stehen dem Betroffenen drei Verfahren zur Verfügung: Zwei unterschiedliche Dialyseverfahren und die Nierentransplantation. Das meist verwendete Dialyseverfahren ist die Hämodialyse. Dies ist ein extrakorporales Dialyseverfahren, das heißt es findet außerhalb des Körpers statt. Die Blutwäsche dient dem Entzug von harnpflichtigen Substanzen, Wasser und anderen Stoffen. Durch eine semipermeable Membran in einem Filter werden physikalische Vorgänge wie zum Beispiel die Diffusion und die Osmose genutzt (vgl. Amboss 2018).

Für viele Patienten bedeutet diese Form der Dialyse, dass sie meist dreimal in der Woche an eine Dialysemaschine angeschlossen werden. Für ungefähr vier bis fünf Stunden befindet sich der Patient meist in einem organisierten Alltag in einem Dialysezentrum, das dem Patienten wenig Selbstverantwortung bietet. Überwiegend tragen die zuständigen Ärzte und die Pflegenden die Verantwortung. Die Gefahr der Regression ist somit gegeben, das heißt, der Patient verfällt in ein Abhängigkeitsverhältnis und sieht wenig Verantwortung und Spielraum für seinen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf (vgl. Dohmann 2014, S. 131).

Ein weiteres Nierenersatzverfahren stellt die Peritonealdialyse dar. Diese funktioniert durch ähnliche physikalische Vorgänge mit dem Unterschied, dass das Bauchfell des Patienten als natürliche Dialysemembran fungiert. Die Peritoneal- oder Bauchfelldialyse wird meist vom Patienten täglich selbstständig zu Hause durchgeführt. Bei diesem intrakorporalen Verfahren erfolgt die Dialyse im Körper und nicht außerhalb, wie bei der Hämodialyse. Dies erfordert Selbstständigkeit der Patienten und fördert die Selbstwirksamkeit durch Partizipation. Vergleicht man beide Verfahren, ergeben sich Vor- und Nachteile für jedes Dialyseverfahren, wobei die Peritonealdialyse zu bevorzugen ist, weil die Nierenrestfunktion länger erhalten bleibt und eine tägliche Entgiftung für den Körper eine kontinuierliche Reinigung darstellt (vgl. Müller und Heck 2014, S. 395–399).

Die Nierentransplantation ist das einzige Nierenersatzverfahren, das alle Funktionen einer gesunden Niere bieten kann. Neben der gleichmäßigen Entgiftungsfunktion hat das Nierentransplantat den Vorteil, dass es Hormone produziert. Die bereits vorgestellte Hämodialyse und

Peritonealdialyse sind deshalb nur unvollständige Therapieverfahren. Die Transplantation erfolgt nach festgelegten Kriterien des Transplantationsgesetzes und unter bestimmten Voraussetzungen. Die Nierentransplantation erfordert von Betroffenen eine regelmäßige Nachsorge aufgrund der medikamentösen Beeinflussung des Immunsystems. Zudem erfordert es eine hohe Compliance des Patienten. Der Bedarf an dem Organ Niere deckt sich nicht mit dem Angebot. Deshalb wird nicht jedem Betroffenen eine Nierentransplantation ermöglicht werden können (vgl. Schiffer 2014, S. 418–441). Die Nierentransplantation bietet betroffenen Menschen eine Chance auf ein unbeschwertes Leben und die Möglichkeit, wieder am Arbeitsleben teilzunehmen (vgl. Klingele und Brodmann 2017, S. 111). Es gibt die postmortale Spende und die Lebendspende, auf die allerdings in der folgenden Arbeit nicht näher eingegangen wird.

1.1.1 Nephrologische Versorgungsstrukturen

In Deutschland versorgen rund 1220 Einrichtungen Patienten mit einer chronischen Nierenerersatztherapie; die Bestandsaufnahme stammt aus dem Jahr 2007. Ausgewählt wurde diese Quelle, weil diese Studie über eine 75%ige Rücklaufquote verfügt, alle Einrichtungen in Deutschland eingeschlossen waren und sie dadurch eine hohe Aussagekraft hat. Zu diesem Zeitpunkt wurden 66.508 Patienten mit einem Dialyseverfahren versorgt. Es befanden sich zur gleichen Zeit 25.210 Patienten in der Nierentransplantationsnachsorge. Unterscheidet man die unterschiedlichen Dialyseverfahren, dominierte das Verfahren der Hämodialyse; mit diesem Verfahren wurden 63.307 Patienten betreut. Mit dem Verfahren der Peritonealdialyse wurden nur 3.201 Patienten behandelt. Insgesamt wurden 462 Kinder unter 15 Jahren und 400 Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mit Verfahren der chronischen Nierenerersatztherapie versorgt. Die Inzidenz, der Anteil an Neuerkrankungen, betrug 2006 insgesamt 213 pro 1 Million Einwohner. Die Zahl der Neuerkrankten umfasst Hämo- und Peritonealdialysepatienten sowie auch Patienten, die ohne vorherige Dialysetherapie eine Niere transplantiert bekommen haben (vgl. Frei, U., Schober-Halstenberg H.J. 2007, S. 5). Die Veränderung der gesellschaftlichen Struktur wird auch in diesem Bereich deutlich. In der Statistik wird von 1995-2006 ein deutlicher Anstieg der Patienten verzeichnet (vgl. ebd., S. 29). Die Altersstruktur unterliegt ebenso dem demografischen Wandel, denn über 69% der Patienten waren mit Beginn der Nierenerersatztherapie älter als 65 Jahre (vgl. ebd., S. 37).

1.1.2 Dialyse als Nierenerersatzbehandlung

Die Wahl eines geeigneten Dialyseverfahrens ist komplex und erfordert neben medizinischen Aspekten auch eine ganzheitliche Sicht auf die Patienten, um ihnen das optimale Verfahren zu ermöglichen. Ebenso ist der organisatorische Teil ein nicht zu unterschätzender Faktor, da abzuklären gilt, wo die Dialyse stattfindet: im häuslichen Umfeld, in einem Dialysezentrum,

übergangsweise im Krankenhaus oder in einer stationären Einrichtung. Individuelle Vorstellungen oder Wünsche zum Ablauf der Dialysetherapie müssen berücksichtigt werden. Zusammengefasst muss die Dialysetherapie zum Patienten und seiner Lebenssituation passen. Für ein vertrauensvolles Verhältnis ist es notwendig, den Patienten an der Entscheidungsfindung mit teilhaben zu lassen und ihm eine Wahl zu lassen. Nur so wird die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung geschaffen (vgl. Klingele und Brodmann 2017, S. 120).

Viele Betroffene, die sich für die Peritonealdialyse entschieden haben, gaben in einer Studie an, zufriedener und unabhängiger zu sein als Hämodialysepatienten. Jedoch gab ein Viertel der Betroffenen an, dass die Entscheidung vorrangig vom Arzt getroffen worden sei und sie somit keine Mitbestimmung erfahren haben. Viele entschieden sich jedoch trotzdem für die Hämodialyse aufgrund der Betreuung und Unterstützung im Dialysezentrum.

Zusammengefasst sind Patienten zufriedener, wenn sie die Entscheidung gemeinsam mit dem Arzt getroffen haben. Durch Teilhabe an Entscheidungen und Partizipation wird der Grundstein gelegt für eine aktive Krankheitsbewältigung bevor die Dialysebehandlung begonnen wird (vgl. Robinski et al. 2016).

Die Ergebnisse sind für die Pflegenden nicht trivial, denn der Weg vor Beginn der Dialyse hat bereits Einfluss auf die Krankheitsbewältigung der Betroffenen. Die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten müssen zunächst wahrgenommen und respektiert werden. Ohne Empathie und Taktgefühl erscheint eine Patientenorientierung kaum möglich (vgl. Prognos AG 2016). Mit dem Begriff der Begegnung wird ein echter menschlicher Kontakt assoziiert, der interessanterweise mit dem Begriff der Empathie vergleichbar ist. Empathie bedeutet in dem Zusammenhang Offenheit für den Interaktionspartner, Verständnis und eine neutrale Akzeptanz (vgl. Zderad 1997).

Dialysepatienten haben ein hohes Bedürfnis an Sicherheit und Vertrauen und wünschen sich eine empathische kommunikative Kompetenz der Pflegenden (vgl. Wiederhold et al. 2011).

1.2 Nephrologische Pflege

Nephrologische Fachpflege soll Menschen mit nephrologischen Erkrankungen die beste Behandlung und Betreuung ermöglichen. Sie soll somit in der Therapie und im Umgang mit den Folgen der Krankheit eine Begleitung und Unterstützung sein und damit die Lebensqualität der Patienten verbessern. Diese Versorgung nierenkranker Patienten findet durch unterschiedlichste Berufsgruppen statt und die Pflege ist ein unverzichtbarer Teil dieses multiprofessionellen Teams. So gibt es dort auch Auszubildende mit unterschiedlichen Qualifikationen (vgl. Bundschuh Marion, Reichardt Michael, Schröder Hans Martin 2015). Doch nephrologische Pflege ist unabhängig von der Qualifikation der Pflegekraft, jede pflegerische Interaktion mit

dem nephrologisch erkrankten Menschen ist bereits nephrologische Pflege. Der hohe Anspruch sowie die unterschiedlichen Qualifikationen machen deutlich, warum eine Kompetenzorientierung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung nicht mehr wegzudenken ist (vgl. KMK 2011). Für die nephrologische Fachweiterbildung wurde bereits in einer Projektgruppe unter der Schirmherrschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Weiterbildungsstätten ein kompetenzbasierter Rahmenlehrplan vorgestellt (vgl. Fernsebner et al. 2012). Eine Theorie-Praxis-Vernetzung ist notwendig, um strukturiert und organisiert den komplexen Anforderungen und der Sicherung der Versorgungsqualität durch Handlungskompetenz gerecht zu werden. Durch die demografischen und sozialstrukturellen Veränderungen der letzten Jahre und die enorme Arbeitsverdichtung sind die Anforderungen an professionell Pflegenden enorm gestiegen (vgl. DBR 2017).

Der nephrologische Unterricht an Berufsfachschulen und Weiterbildungsstätten gestaltet sich vielfältig. Nephrologische Pflege spielt zudem in fast allen Settings der Pflegepraxis eine Rolle: im ambulanten und stationären Dialysebereich mit den unterschiedlichen Arten der Dialyse; auf dem Gebiet der Intensivstationen mit dem Schwerpunkt Nephrologie und im Transplantationsbereich mit seinen vielen Facetten und Aspekten; im Spektrum der nephrologischen Allgemeinstationen mit ihren speziellen Anforderungen sowie in nephrologischen Ambulanzen, die oft als Schnittstelle fungieren.

Für den dritten Lernort steht zum Beispiel die „Simulation“. Dadurch wird versucht, komplexe Situationen praxisnah nachzuahmen. In einem geschützten Rahmen wird der Lernende an das pflegerische Handeln herangeführt. Kein Fehler hat negative Konsequenzen, im Gegenteil, aus Fehlern lernt man besonders gut. Auch das Ausprobieren alternativer Möglichkeiten steht im Fokus. Nach dem Training erhalten die Teilnehmer ein Feedback und können ihr Handeln zusammen mit dem Ausbilder reflektieren (vgl. ebd., S. 10).

„In der Begegnung zwischen Dialysepatienten und Fachpersonal entsteht meist eine intensive menschliche Beziehung, in der Einfühlung und Vertrauen wesentliche Qualitätsmerkmale sind. Diese Beziehungsqualitäten sind nicht selbstverständlich, sie setzen eine bewusste Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten des Umgangs mit chronisch Kranken – und mit dem eigenen professionellen Handeln voraus“ (Sokol und Hoppenworth 2018, S. VI Hervorhebung J. S.).

1.2.1 Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen

„Da chronische Krankheiten nicht heilbar sind, ist es von zentralem Interesse, die Betroffenen bei der Bewältigung dieses einschneidenden Ereignisses zu unterstützen“ (Hellige 2002, S. 41, Hervorhebung J.S.).

Nephrologische Pflege beschäftigt sich überwiegend mit Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, deshalb ist es unumgänglich, passende Pflegemodelle in den Alltag zu integrieren und zu implementieren (Gerphreide und Breuch 2014, S. 96).

Deshalb wird in diesem Kapitel das „trajectory model“ von Juliet Corbin und Anselm Strauss vorgestellt. Dieses Modell geht davon aus, dass jede chronische Erkrankung in verschiedenen Phasen und Stadien verläuft. In den verschiedenen Stadien soll der Patient die für ihn notwendige Unterstützung bekommen. Damit wird ein Überblick über die Krankheitsbewältigung von chronischer Erkrankung möglich. Da über 75 Prozent der Dialysepatienten ambulant betreut werden, findet ein Großteil der Bewältigung zu Hause statt (vgl. Frei, U., Schober-Halstenberg H.J. 2007, S. 16). Das Pflegemodell nach Corbin/ Strauss wird vorgestellt, weil es sich besonders gut für die Darstellung des Verlaufs der dialysepflichtigen Niereninsuffizienz eignet (Gerphreide und Breuch 2014, S. 96).

Das Ziel, ein erfülltes Leben trotz chronischer Krankheit zu führen, wird hier deutlich und damit wird eine ganzheitliche Versorgung des Patienten angestrebt (vgl. Corbin et al. 2010, S. 12). Das Modell ermöglicht es, der Pflege ein vereinfachtes Abbild der Wirklichkeit zu geben. Die Theorie beschreibt die kontinuierlichen Anpassungen, die chronisch Kranke in ihrem Leben leisten müssen. Diese Anpassungsleistungen kosten Kraft, gehen mit sozialen Einschränkungen einher und belasten die Psyche (ebd., 2010, S. 35 f).

Viele Betroffene nehmen eine chronische Krankheit als unerwartetes Ereignis wahr. Es gleicht einer Naturkatastrophe und wird für die Betroffenen zur harten Realität. Chronische Erkrankungen entwickeln sich jedoch selten über Nacht. Ihre Anfänge sind schleichend und bleiben zum Teil über Jahre unbemerkt. Die Vorphase beschreibt die Zeit zwischen Anfang und Diagnosestellung, diese kann unterschiedlich lang sein (ebd., 2010, 37 f). In jedem Fall ist es ein traumatisches Erlebnis, wenn eine unheilbare Krankheit diagnostiziert wird. Das bedeutet für den Betroffenen und seine Angehörigen, dass sie sich auf einen anderen Lebensverlauf einlassen müssen. In dieser Phase leisten professionelle Helfer sowie die Pflege Identitätsarbeit und Beruhigungsarbeit (ebd., 2010, 45 f).

„Der sich manifestierende Verlauf einer chronischen Krankheit ist einer Entdeckungsreise per Schiff vergleichbar, das einen bestimmten Kurs nimmt“ (Corbin et al. 2010, S. 47, Hervorhebung J. S.).

Betroffene entwickeln eine Vorstellung über den wahrscheinlichen Verlauf, machen Pläne, um das Zukünftige zu kontrollieren. In der Realität zeigt sich oft, dass Abweichungen den Normalfall darstellen. Die Betroffenen nehmen es als Auf und Ab wahr, beziehungsweise als Hin und

Her. Es erfordert von den Patienten und Partnern Arbeit¹, um wieder auf Kurs zu kommen (vgl. Corbin et al. 2010, S. 47).

Die Krankheitsverlaufskurve von Corbin und Strauss beschreibt ein Konzept, das die Krankheitsbewältigung fassbar macht. Es enthält potenzielle Entwicklungen der körperlichen Erkrankung, weist aber zugleich auch auf die Arbeit hin, die zur Bewältigung erforderlich ist. Auswirkungen der Krankheit beschränken sich nicht nur auf den Erkrankten, sondern beziehen sein soziales Umfeld mit ein. Die Vorstellung über den Verlauf der Erkrankung wird mit Beteiligten abgeglichen und transparent gemacht (ebd. 2010, S. 61).

Das Pflegemodell, auch Trajekt- Modell genannt, integriert den Pflegeprozess. Dieser wird in fünf Phasen eingeteilt:

1. In der ersten Phase wird der Patient in seiner Familie betrachtet und gemeinsam werden Probleme festgestellt, woraus dann Ziele generiert werden, um pflegerische Interventionen als Maßnahmen zu planen.
2. In Phase zwei werden beeinflussende Faktoren eingeschätzt, die die Umsetzung der Ziele unterstützen, aber auch behindern können.
3. Die dritte Phase legt den Interventionsschwerpunkt fest. Dies beinhaltet die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des Patienten.
4. In Phase vier prüft die Pflege, ob die Pflegeintervention noch aktuell ist.
5. In der fünften Phase überprüft die Pflegekraft die Wirkung der Pflegeinterventionen aus Sicht der Patienten und passt sie gegebenenfalls an die aktuelle Situation an (vgl. Hokenbecker-Belke und Grötken, S. 1 f).

Professionell geplante Pflege findet geplant und zielgerichtet statt. Der Pflegeprozess in seinen einzelnen Schritten sollte sich darin wiederfinden. Derzeit finden Pflegediagnosen in der nephrologischen Pflege noch keine breite Anwendung (vgl. Gerphreide und Breuch 2014, S. 97).

Um dem entgegenzuwirken, wird das Modell der fördernden Prozesspflege von Krohwinkel hinzugezogen, weil es derzeit weit verbreitet ist. Es versucht, die Grundbedürfnisse des Menschen zu erfassen und in der jeweiligen Situation den Betroffenen zu verstehen und daraus Pflegeprobleme und Interventionen abzuleiten. Vorerst orientierte sich das Modell an Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen. Seit 1999 wurde die Beziehung als zusätzlicher Faktor integriert. Abgekürzt unter „ABEDL“ finden sich die Komponenten Aktivitäten, Erfahrungen des Lebens und die Beziehung wieder (vgl. Gerphreide und Breuch 2014, S. 101). In der folgenden

¹ Strauss et.al bezeichnen den Begriff Arbeit als einen multidimensionalen und interdisziplinären Begriff. Dadurch wird die pflegerische und medizinische Sichtweise überwunden und der Krankheitsprozess als arbeitsteilig verstanden, der die Arbeit der Betroffenen und der Angehörigen mit einbezieht.

Arbeit wird dieses Modell zusätzlich herangezogen, um geplante nephrologische Pflege differenziert darzustellen und an der bisherigen Praxis anzuknüpfen. Es verdeutlicht den Interventionsschwerpunkt der dritten Phase von Corbin und Strauss.

Auch im Prozessmodell nach Krohwinkel wird Kommunikation und Beziehung als wesentliche Schlüsselkompetenz für pflegerisches Handeln gesehen (vgl. Krohwinkel 2013, S. 58). Die übergeordnete pflegerische Zielsetzung der fördernden Prozesspflege ist das planvolle Vorgehen im Pflegeprozess, um den zu Pflegenden und deren Bezugspersonen zu helfen beim Erhalten oder Wiedererlangen der für sie wesentlichen Anteile von Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den ABEDLs (vgl. Krohwinkel 2013, S. 62).

Die Verbindung beider Modelle stellt ein Mittel dar, geplante nephrologische Pflege anhand der ABEDLs als Intervention mit den Phasen und Stadien nach Corbin zu verbinden und eine konkrete Umsetzung im Kompetenzraster praxistauglich zu machen.

Die erstellte Tabelle im Anhang zeigt anhand der ABEDLs die Grundbedürfnisse des Menschen auf. Das Krankheitserleben von nierenkranken Menschen wird beschrieben und eine mögliche pflegerische Intervention aufgezeigt. Die Arbeit an der Krankheitsverlaufskurve selbst umfasst drei Hauptarbeitslinien: die Krankheits-, Alltags- und Biographiearbeit, welche in Übereinstimmung zu bringen sind (vgl. Corbin, Strauss 1988, S. 45 f).

Verläufe von chronischer Krankheit sind individuell, dennoch stellten Corbin und Strauss in ihren Studien Gemeinsamkeiten fest. Diese Gemeinsamkeiten wurden in acht Stadien oder auch als Phasen beschrieben, im Krankheitsverlauf verankert.

Die Vorphase wurde zu Anfang des Kapitels auf Seite 12 bereits beschrieben. Sie ist die Zeit, bevor eine Erkrankung offiziell diagnostiziert worden ist (*Phase eins*). Erste Anzeichen einer chronischen Erkrankung stellen den Beginn der Krankheitsverlaufskurve dar und werden als Diagnostische Phase bezeichnet (*Phase zwei*). Für Patienten bedeutet dies, dass eine Gesundheitsgefährdung für Körper und Psyche vorliegt. Da der Patient nun ganzheitlich gefährdet ist, befindet er sich in einer akuten Phase, dem dritten Stadium (*Phase drei*). Der Krankheitsbeginn kann sich durch eine akute Krankheitsperiode äußern, die meistens mit einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus einhergeht. Im Stadium vier, der kritischen Phase, sollten Versorgungsstrukturen bereits vorhanden sein, um eine Verschlechterung der Situation zu vermeiden oder um Komplikationen zu verhindern (*Phase vier*). Die pflegerischen Interventionen sollen den Betroffenen und seiner Familie eine Unterstützung sein, um eine stabile Phase zu ermöglichen (*Phase fünf*). Pflegerische Interventionen richten sich immer nach der Phase des Krankheitsverlaufes unter Einfluss des Stadiums, in dem sich der chronisch Kranke befindet. Chronische Krankheitsverläufe unterliegen Krankheitsschüben, die direkt oder indirekt mit

der Erkrankung in Zusammenhang stehen. Diese veränderten Situationen verlangen eine Umstrukturierung und Anpassung der Maßnahmen. Deshalb befinden sich Patienten in einer instabilen Phase (*Phase sechs*). Aber nicht immer sind Interventionen erfolgreich und der Zustand des Patienten kann sich weiter verschlechtern. Dann befindet sich der Patient im Stadium sieben, der Verschlechterungsphase (*Phase sieben*). Das achte Stadium beschreibt den Weg des Sterbens, die Sterbephase (*Phase acht*) (vgl. Hokenbecker-Belke und Grötken, 2 f).

Jeder chronisch Kranke wird die Erkrankung individuell anders erleben. Die Einteilung dient der Pflege, bestimmte Merkmale und Symptome zu erkennen und einzuschätzen. Die Bewältigung wird unter anderem von persönlichen Merkmalen wie zum Beispiel der Identität, der Wahrnehmung und der Biografie des Patienten mit beeinflusst. Aber auch äußere Einflüsse spielen eine Rolle wie die betreuende Pflegekraft sowie vorhandene Ressourcen, zum Beispiel in Form von sozialer Unterstützung oder wirtschaftlichen Aspekten. Die Behandlung selbst wie zum Beispiel die Ziel-, Planungs- und Interventionsfaktoren beeinflussen den Krankheitsverlauf ebenfalls (vgl. Hokenbecker-Belke und Grötken, S. 3 f).

„Der Betroffene benötigt auf seinem Weg für die Krankheitsbewältigung Unterstützung durch das Gesundheitssystem. Im Sinne des Trajekt-Modells (TM) soll daher ein vertrauensvoller Beziehungsaufbau zwischen der betreuenden Pflegekraft und dem Patienten erfolgen“ (Hokenbecker-Belke und Grötken, S. 1, Hervorhebung J. S.).

Menschen mit chronischer Erkrankung leisten sehr viel Arbeit, um Symptome und Auswirkungen zu kontrollieren und in den Alltag zu integrieren. Diese Arbeit und die beruflich organisierte Arbeit wirken zusammen auf die Krankheitsverlaufskurve. Der Begriff der Arbeit umfasst Informations-, Aushandlungs-, Gefühls- und Wohlbefindensarbeit als Basis (vgl. Hellige 2002, S. 75).

Pflegekräfte in Dialyseeinrichtungen verbringen sehr viel Zeit mit ihren Patienten. Sie haben einen intensiven Kontakt und die Möglichkeit, Beziehung aktiv zu gestalten. Eine ganzheitliche Betrachtung des Patienten ermöglicht es, etwas zur Krankheitsbewältigung beizutragen. Eine erfolgreiche Pflegebeziehung durch Information, Beratung und Schulung verbessert die Chance der Krankheitsbewältigung und damit die Lebensqualität der Betroffenen (vgl. Sokol und Hoppenworth 2018, S. 97 f).

Der Zugang zu den Patienten wird durch empathisches Verhalten und Kompetenz erst geschaffen. Die Bedürfnisorientierung des Dialysepatienten rückt in den Vordergrund und es wird in diesem Kapitel deutlich, dass empathisches Verhalten eine professionelle Arbeit im Umgang mit Dialysepatienten voraussetzt (vgl. ebd., S. 102 f).

1.2.2 Belastungssituationen im Verlauf der Erkrankung

„Als Seiltänzer balancieren die Erkrankten ihre Lebensaufgaben mit Hilfe eines Balancestabes auf dem Drahtseil, der Krankheitsverlaufskurve“ (Hellige 2002, S. 260, Hervorhebung J.S.).

Dialysepatienten haben aufgrund ihrer Erkrankung in allen Lebensbereichen Einschränkungen und Belastungen. In diesem Kapitel werden die Stadien beziehungsweise Phasen noch einmal übersichtlich dargestellt und mit Belastungen und Situationen der Dialysepatienten verknüpft.

Die jeweilige Tabelle zeigt mögliche Belastungen der Dialysepatienten auf. Die Belastungssituationen sind den Phasen zugeordnet. Dies soll einen Versuch darstellen und ist bei jedem Dialysepatienten individuell zu betrachten (vgl. für die folgende Tabelle Schöffling 2010, 33 ff):

Tabelle 1 Stadien nach Corbin und Strauss

<p>1 Vorphase (präklinische Phase)</p>	<p>Keine Symptome vorhanden, Einfluss der Prävention Mögliche Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ungewissheit und Verunsicherung
<p>2 Diagnostische Phase</p>	<p>Diagnosestellung und Beginn der Krankheitsverlaufskurve Mögliche Belastung:</p> <p><u>Im prädialytischen Stadium</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ambulante Betreuung vor der Dialyse, vielfältige körperliche Beschwerden • Erleben des unaufhaltsamen Fortschreitens der Krankheit, zunehmende Einschränkung, Abfall der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Angst vor der Shunt-OP und Dialyse • Im prädialytischen Stadium Belastung durch Diätvorschriften, z.B. Eiweißreduktion • Angst vor der Zukunft <p><u>Dialysepflicht, Beginn der Hämodialyse</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht-Akzeptieren-Können der Dialysepflichtigkeit • Ablehnung, Schock- und Verleugnungsreaktionen, Zweifel • Erfahren einer latenten Todesbedrohung, Realisieren der begrenzten Lebenserwartung • Belastung durch ständig drohende Komplikationen • Furcht vor Punktion und Schmerzen

	<ul style="list-style-type: none"> • Ängste (Realängste, krankhafte Furcht, unbegründete Angst) • Belastung durch Nahrungs- und Flüssigkeitsrestriktion, Durstproblematik • Compliance-Probleme • Belastung durch beständige Einschränkungen, Einengung von Zeit und Mobilität durch Dialysezeiten • Probleme mit medizinischem Personal • Belastung durch die lebenslange Abhängigkeit von Maschine und Personal
3 Akute Phase	<p>Die terminale Niereninsuffizienz führt zu einer lebensbedrohlichen Situation</p> <p>Mögliche Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Defizit in der körperlichen Leistungsfähigkeit, körperliche Schwäche • Sorgen/Umorientierung • depressive Verstimmung, Depression • Suizidgedanken, suizidales Handeln, Suizid
4 Kritische Phase	<p>Verschlechterung des Krankheitszustandes</p> <p>Mögliche Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einbuße der geistigen Leistungsfähigkeit und der intellektuellen Fähigkeiten • Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, körperliche Schwäche • Schwund des Gedächtnisses und der Konzentration • Appetitlosigkeit
5 Stabile Phase	<p>Krankheitsverlauf und Symptome werden durch therapeutische und pflegerische Interventionen kontrolliert</p>
6 Instabile Phase	<p>Kontrolle des Krankheitsverlaufes durch therapeutische oder pflegerische Intervention ist verringert</p>

	<p>Mögliche Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurophysiologische Reaktionen • Blutdruckprobleme • Muskelkrämpfe • Hauterkrankungen, Juckreiz • Schmerzen • Schwindel, Erbrechen • Schädigungen des Körperbildes (Shunt, Hautfarbe, Katheter) • Verlust, Reduzierung des Selbstwertgefühls • Reizbarkeit • Beziehungsprobleme, Probleme in Partnerschaft und Familie • sexuelle Störungen • Belastung durch Rollenwechsel in der Familie, Veränderung des Familiengefüges • Abnahme des sozialen Status in der Familie • Schuldgefühle gegenüber Kindern und anderen Angehörigen • Probleme mit Arbeit und Rehabilitation • Abnahme von Freizeitaktivitäten und Hobbys • Verminderung von sozialen Aktivitäten, Beeinträchtigungen des Freundeskreises
<p>7 Verschlechterungsphase</p>	<p>Fortschreitende Verschlechterung des geistigen und körperlichen Zustandes</p> <p>Mögliche Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ermattung, Erschöpfung • chronische Schlafstörungen • Gewichtsabnahme
<p>8 Sterbephase</p>	<p>Unmittelbarer Zeitraum vor dem Tod</p> <p>Mögliche Belastungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suizidgedanken, suizidales Handeln, Suizid • Unsicherheit, Angst

Belastungen durch Begleiterkrankungen

Da Begleiterkrankungen einen erheblichen Teil der Belastungen ausmachen, wird ein Auschnitt der Erkrankungen kurz beschrieben, um Auswirkungen auf das Befinden der Patienten besser nachvollziehen zu können. Häufige Begleiterkrankungen sind: Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz und Herzbeutelentzündung, Veränderungen des Blutes, Störungen des Bewegungsapparates, renale Osteopathie, Störungen des Magen-Darm-Traktes, Hautveränderungen, hormonelle Störungen. Am Beispiel der zentralen und peripheren neurologischen Störungen wird exemplarisch eine Situation genauer dargestellt, um die Notwendigkeit der Mitbetrachtung für die Pflege sichtbar zu machen.

Zentrale und periphere neurologische Störungen

Häufig leiden Patienten unter Muskelkrämpfen, der urämische Polyneuropathie und dem Karpaltunnelsyndrom. Muskelkrämpfe treten oft gegen Ende einer Hämodialysebehandlung auf. Sie betreffen meist die Wadenmuskulatur und stehen in Zusammenhang mit einem Blutdruckabfall. Schmerzhaftes Muskelkrämpfe begleiten den Patienten nicht nur während der Dialysebehandlung, sondern auch häufig zu Hause und nachts. Die urämische Polyneuropathie beschreibt eine zunehmende Vergiftung durch Ansammlung von Stoffwechselprodukten, dies führt zu einer Schädigung der Nerven. Das Beschwerdebild der Betroffenen zeigt sich durch schmerzhaftes Missempfindungen vor allem an den Beinen als „Ameisenlaufen“ und einen Bewegungszwang ihrer Beine auch nachts. In ausgeprägten Fällen kann es zu Taubheitsgefühlen bis hin zu Muskellähmungen in den Beinen und zur Gangunsicherheit führen. Das Karpaltunnelsyndrom führt zu Einschränkungen der Beweglichkeit durch Schmerzen im Daumen, Zeige- und Mittelfinger und an der daumenwärtigen Seite des Ringfingers. Die Schmerzen können bis in den Arm ausstrahlen (vgl. Schöffling 2010, S. 16–21).

Psychosoziale Belastungen

Die psychosoziale Situation der Dialysepatienten wird von Betroffenen individuell erlebt. Dennoch soll hier ein Überblick über häufige Belastungen gegeben werden. Nach Speidel ist die Situation von chronisch nierenkranken Menschen durch zwei Gesichtspunkte gekennzeichnet. Der erste Punkt ist die Todesbedrohung der Betroffenen. Diese verändert den Menschen, was seine Interessen, Vorstellungen, Verhaltensweisen betrifft, und dadurch werden seine Beziehungen so nachhaltig beeinflusst, dass seine Umwelt mit betroffen ist. Der zweite Punkt ist das Zusammenspiel der Technik, des Bewusstseins darüber und der Wirkung auf den Menschen (vgl. Speidel 1985, S. 235–246). Schönweiß beschreibt, dass Patienten in der Dialysetherapie immer wieder auf diese Grenze von Leben und Tod aufmerksam werden. Zwei Welten tun sich auf: Die eine ist gekennzeichnet durch die Behandlung und den damit verbun-

denen Unannehmlichkeiten. Daneben existiert das dialysefreie Intervall, in dem die Angehörigen des Betroffenen Engagement vom Dialysepatienten erwarten. Vor allem, wenn es dem Patienten gut geht, wird erwartet, dass er sich wieder in soziale Netzwerke einbringt. Gemeint ist hier zum Beispiel die Arbeit oder auch die Familie. Diese Erwartungshaltung führt nicht selten zu einer Überforderung aller Beteiligten und wird als Belastungssituation wahrgenommen (vgl. Schönweiß 1990).

2 Kompetenz in der Pflege

2.1 Begriffsbestimmung der Pflegekompetenz

Kompetenz als Begriff wird im heutigen Sprachgebrauch divers angewendet. Eine begrenzende endgültige Definition kann aufgrund der unterschiedlichen Verwendung des Wortes Kompetenz deshalb nicht getroffen werden (vgl. Olbrich 2010, S. 15). Umso wichtiger ist es, dass im folgenden Kapitel das zugrunde gelegte Verständnis von Kompetenz in dieser Arbeit ersichtlich wird. Pflegende werden in ihrem Beruf andauernd mit komplexen Situationen konfrontiert, die das Handeln der Pflegenden mit beeinflussen können. Nicht die einzelnen Kompetenzen der Person spiegelt die Pflegekompetenz wieder, sondern sie umfasst den Gesamteindruck der Person im Zusammenwirken mit dem Patienten und dem Umfeld (vgl. Olbrich 1999, S. 91). Olbrich beschreibt in ihrem Ansatz, wie Pflegende im Kontext ihrer Fertigkeiten handeln, die sie brauchen um Kompetenzen zu entwickeln (Olbrich 2010, S. 67).

Pflegerisches Handeln umfasst nach Olbrich vier Dimensionen, die als Handlungshierarchie zu verstehen sind (vgl. ebd. 2010, S. 66).

Pflegekompetenz nach C. Olbrich

1. Regelgeleitetes pflegerisches Handeln

Um pflegerische Handlungen und Situationen zu bewältigen, ist Wissen und Können erforderlich, welches in der Regel dem dreijährigen Ausbildungsniveau entspricht. Es enthält medizinische und pflegerische Kenntnisse, die oft umfassend und spezifisch sind. Dieses Grundwissen wird mit Können in Verbindung gebracht und regelgeleitet angewendet. Es wird nach Prinzipien gearbeitet; angeordnete Maßnahmen werden zum Beispiel wiederholt durchgeführt. Ausgerichtet am Pflegeproblem werden Erfahrungen gesammelt und die Handlungen der Pflegekraft sicherer. Durch das regelgeleitete Handeln entsteht eine Routine, die den Pflegenden eine berufliche Basis gibt. Konkret geht diese Dimension der Frage nach den Inhalten der Pflege und ihrer Ausführung nach (vgl. ebd., 60 f).

2. Situativ - beurteilendes Handeln

In dieser Dimension wird die Ebene des allgemeinen Charakters der Prinzipien verlassen und es erfolgt eine Hinwendung zu einem individuellen Handeln in bestimmten Situationen. Die situativ beurteilende Pflege beinhaltet die Kompetenz zur Erfassung der Gesamtsituation. Die Erfassung des Gesamten beinhaltet neben der kognitiven Ebene auch die emotionale, auf der der Patient in seinem Umfeld wahrgenommen wird. Die Pflegekraft hat die Kompetenz, Situationen zu analysieren um im Anschluss Entscheidungen zu treffen. Der Patient wird in den Prozess mit einbezogen. Dazu bedarf es einer empathischen Kompetenz als grundlegende

Voraussetzung (vgl. ebd., S. 74). Die Dimension beinhaltet die Frage, wo und wann Pflege wirksam wird (vgl. ebd., S. 62).

3. Reflektierendes Handeln

Kompetenz in dieser Dimension bedeutet, sich mit den eigenen Ansichten auseinandergesetzt zu haben. Sie beinhaltet die Fähigkeit, sich in einer selbstreflexiven Art und Weise in die komplexen Pflegehandlungen mit einzubringen. Um die Perspektive des Patienten nachempfinden zu können, ist als Voraussetzung für Empathie anderen gegenüber eine Auseinandersetzung mit sich selbst als Pflegenden zwingend notwendig (vgl. Olbrich 1999, S. 67). In dieser Dimension wird sich dem Wesen der Pflege genähert mit der Frage, wodurch und womit die Pflege stattfindet (vgl. Olbrich 2010, S. 63).

4. Aktiv – ethisches Handeln

Jede pflegerische Handlung basiert auf Werten und Normvorstellungen, aber nicht jede pflegerische Interaktion muss reflektiert werden. Nur wenn ein moralischer Konflikt oder ein ethisches Problem vorliegt, werden Pflegekräfte aufgefordert, den Patienten, wenn nötig, zu vertreten und sich selbst nach dem richtigen Handeln zu hinterfragen. Pflegekräfte benötigen die Fähigkeit, Werte und Normen wahrzunehmen, indem sie den Patienten und sich selbst auch mit eigenen Gefühlen wahrnehmen und in die Situation mit einbeziehen sowie auch Grenzen bemerken. Ethischen Dilemmata zu begegnen, erfordert persönliche Stärken wie Mut, Engagement und Kritikfähigkeit, aber auch Mitgefühl gegenüber dem Patienten. In dieser Dimension wird das Selbstverständnis der Pflege hinterfragt, vor allem, warum sie überhaupt ausgeführt wird (vgl. Olbrich 2010, 63 ff).

Die Bedeutung von Gefühlen im Kontext von pflegerischen Handlungen nimmt eine wichtige Stellung in der beruflichen Entwicklung ein. Die Gefühle des Patienten wahrzunehmen, sich einzufühlen, empathisch zu sein, sind wesentliche Fähigkeiten der Pflegenden (vgl. ebd., 2010, S. 101). Die Belastungen der Dialysepatienten, wie in Kapitel 1.2.2. beschrieben, führen zu existenziell bedrohlichen Situationen, auf die Menschen nach Olbrich mit sehr starken Gefühlen reagieren. Hier sind Pflegenden in einem besonderen Maß gefordert. Der Umgang mit schwierigen Dialysepatienten stellt Pflegenden vor Herausforderungen:

„Schwierige Patienten fordern heraus und führen nicht selten an die Grenzen der Hinwendungsbereitschaft. Gutgemeinte Bemühungen scheitern oftmals an den zum Teil heftigen Reaktionen der Patienten“ (Sokol und Hoppenworth 2018, S. 144, Hervorhebung J. S.).

Das Annehmen der Herausforderungen durch die Pflegenden stellt die höchste Form der Kompetenz nach Olbrich dar. Annehmen kann auch für die Pflegenden aushalten, dableiben, abwarten bedeuten und drückt sich in Form der Gefühls- und Emotionsarbeit aus (vgl. Olbrich 2010, 101 f).

2.2 Begriffsbestimmung Empathie

Unter dem Begriff Empathie wird Unterschiedliches verstanden und er wird verschieden interpretiert; deshalb ist es notwendig, eine Begriffsbestimmung vorzunehmen. Ein einheitlicher Begriff sorgt für ein besseres Verständnis für weitere Schlussfolgerungen. Abgrenzungen zur Empathie werden in diesem Kapitel dargestellt. Da es sehr unterschiedliche Theorien zur Empathie gibt, forderte Wittneben sich für eine pflegespezifische Empathie Auffassung zu entscheiden. Wilsons Vorschlag, sich für die nützlichste Verwendung im Kontext der Pflege zu entscheiden führte zu einer Eingrenzung des Begriffes von ursprünglich sechs Kategorien auf zwei, nämlich auf die affektive und die kognitive Empathie. Die affektive Empathie ist in ihrer Dimension mit dabei, jedoch nicht vordergründig für die Pflege von Nutzen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 265 f).

„Die Entscheidung wird hier für die kognitive Empathie, die Perspektivenübernahme, gefällt, d.h. der pflegespezifische Empathiebegriff wird kognitiv gewichtet“
(Bischoff-Wanner 2002, S. 266).

Um den Empathiebegriff, der auch als Dimension bezeichnet werden kann, fassbar zu machen, wird im nächsten Kapitel eine konzeptionelle Darstellung für mehr Orientierung sorgen.

2.2.1 Konzeptionelle Definitionen von Empathie

Konzeptionelle Definitionen von Empathie machen anschaulich, unter welchen Dimensionen Empathie betrachtet werden kann. Im Folgenden werden die kognitive sowie die affektive Empathie getrennt beleuchtet und dargestellt, obwohl die beiden Ebenen durchaus miteinander verbunden sind und sich wechselseitig beeinflussen können (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 114–119).

Kognitive Empathie

Tatsächlich wird unter der kognitiven Empathie die verstehensmäßige Einsicht in die Welt des Anderen verstanden. Die Welt des Anderen wird aus der Perspektive des Anderen erfasst. Die kognitive Empathie beinhaltet die Fähigkeiten des Verstehens sowie des Beurteilens und des Analysierens. Kurz zusammengefasst meint diese Ebene die willentliche Perspektivenübernahme, die nicht von Sympathiegefühlen beeinflusst wird, da auf dieser Ebene die gefühlsmäßig beeinflussenden Faktoren wie ähnliches Aussehen eine untergeordnete Rolle spielen.

Diese Eigenschaft macht es möglich, dass Pflegende aufgrund ihrer Wahrnehmung situationsbedingt und patientenorientiert reagieren können. Vertieftes bewusstes Wahrnehmen der Pflegenden ist die Voraussetzung. Durch verbale und nonverbale Hinweisreize werden Pflegende aufgefordert und stimuliert, die aktuelle Situation des Patienten zu berücksichtigen.

„Kognitive Empathie ist damit ein aktiver, arbeitsförmiger Vorgang, also als Arbeitsleistung zu verstehen und damit als empathische Kompetenz“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 273, Hervorhebung J.S.).

Affektive Empathie

Die affektive Ebene der Empathie ist am ehesten als eine Reaktion der Wahrnehmung einer Person zu verstehen, hervorgerufen durch bestimmte Situationen und Befindlichkeiten. Dieser Vorgang kann als unbewusste und spontane emotionale Erregung, als eine Art der Gefühlsansteckung verstanden werden. Dabei werden die beim Gegenüber enthaltenden vorherrschenden Gefühle als die eigenen wahrgenommen.

Beide Ebenen verbindet eine klare Differenzierung zwischen dem eigenen „Ich“ als Pflegender und dem des „Anderen“, in dem Fall des Patienten. Der Prozess der empathischen Wahrnehmung ist in beiden Ebenen kein von außen beobachtbarer Vorgang, aber das Ergebnis in Form der daraus resultierenden Handlungen ist beobachtbar und drückt sich in der Interaktion mit dem Patienten aus.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die pädagogisch relevante Ebene die kognitive Ebene darstellt. Schließlich ist es der professionelle Kontext, der bewusste Handlungen allen Patienten gegenüber voraussetzt. Keine Handlung sollte dem Zufall überlassen sein durch Reize, die auf Zufälligkeit basieren.

2.2.2 Empathie als pflegespezifische Perspektive

Das Kapitel beleuchtet den Stellenwert der Empathie in der Pflege als bedürfnisorientierte Sprache in Verbindung mit Gefühlen. Zusammenhänge werden in dem Kapitel verdeutlicht und die Rolle der Pflege als Akteur und als Vorbild wird in Verbindung mit einer subjektorientierten Pflegeausbildung gebracht (vgl. Al Weckert 2011).

Von Bischoff-Wanner wird Empathie in der Pflege definiert und abgegrenzt durch pflegespezifische Aspekte (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 254–255). Nachfolgend werden die Aspekte aufgezeigt und Empathie als Prozess dargestellt.

„Das Ziel von Empathie ist, den Patienten besser kennen zu lernen und zu verstehen, indem zeitweilig seine Perspektive übernommen wird, um mit ihm zusammen seine Pflege zu planen [...]“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 254 Hervorhebung, J. S.).

„Empathie ist nicht immer und nicht mit allen Patienten notwendig, sondern nur dort, wo der Patient sich nicht direkt mitteilen kann oder will, Erkenntnisse über ihn aber für seinen Pflegeprozess bedeutsam sind. U.a. darin unterscheidet sich der pflegespezifische vom psychotherapeutischen Empathiebegriff“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 254, Hervorhebung, J. S).

Bischoff- Wanner beschreibt Empathie als einen bewussten und aktiven Vorgang des sich Hineinversetzens in den Patienten, ausgehend von den Pflegenden. Durch Empathie kann eine Beziehung aufgebaut und dadurch Distanz überbrückt werden. Allerdings ist die Beziehung keine Bedingung für Empathie. Empathie beinhaltet bei der Vermittlung neben der verbalen Kommunikation spezifische nonverbale, körperbezogene Aspekte. Gestik und Mimik sowie die Körpersprache und Haltung haben als körperliche Hinweisreize in der Wahrnehmung des Patienten eine beträchtliche Bedeutung (vgl. ebd., 2002, S. 254):

„Das Nonverbale spielt eine herausragende Rolle und unterscheidet Empathie in der Pflege von Empathie in anderen Disziplinen, in denen das Verbale die größere Rolle spielt“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 254).

Bischoff- Wanner leitete eine operationalisierte Definition für die Pflege ab. Diese beschreibt sie 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)“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 272, Hervorhebung J.S.).

In der Interaktion ist die Empathie nicht als wechselseitiger Austausch zu verstehen. Das bedeutet, der Patient muss nicht zwangsläufig empathisch sein, denn es geht der Pflegekraft vordergründig um die Informationsgewinnung über den Patienten und nicht umgekehrt. Eine wechselseitige Beziehung zwischen Pflege und Patient ist nicht häufig vertreten, kann aber vorkommen. Es zeigt sich, dass Empathie in der Pflege handlungsorientiert eingesetzt werden und über das Verstehen hinaus für die Patientenorientierung genutzt werden kann. Abschließend lässt sich sagen, dass Empathie keine Frage der Motivation ist, sondern eine Kompetenz (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 254 f).

2.2.3 Grundlagen und Voraussetzungen für Empathie

Wenn die empathische Kompetenz zu den beruflichen Fähigkeiten als Qualitätsanforderung und Arbeitsleistung verstanden wird, ist es notwendig, der Frage nachzugehen, unter welchen

Umständen und Voraussetzungen Empathie entsteht und was sie beeinflusst. Die Voraussetzungen und Einflussfaktoren teilen sich in vier Bereiche auf: Person, Motive, Situation und Rahmenbedingungen.

Zur Person

- Empathie als angeborene Fähigkeit in unterschiedlichen Qualitäten
- Wahrnehmungsfähigkeit, Vorstellungskraft und Phantasie
- Berufliche Erfahrungen und Kompetenz in unterschiedlichen pflegerischen Situationen
- Reflexionsfähigkeit
- Förderung der empathischen Kompetenz in der Ausbildung

Empathiebarrieren liegen häufig in einer negativen Einstellung, Gleichgültigkeit, Gefühlsunterdrückung, Egoismus und Angst begründet.

Empathie fördernd ist eine kognitive Betrachtungsweise und stabile Menschen; Ähnlichkeiten lösen vor allem bei der affektiven Empathie Zuneigung und Sympathie aus.

Beeinflussende Faktoren sind der eigene Gefühlszustand und das körperliche Befinden. Müdigkeit, Unsicherheit oder Angst haben Einfluss auf die empathische Kompetenz.

Motive

Da Empathie in der Pflege nicht als Gefühlsansteckung aufgefasst wird und auch nicht auf Mitgefühl basieren darf, gelten folgende Motive:

- Die berufliche Verantwortung professionell zu pflegen, wird als bewusste Perspektivenübernahme verstanden, als ein Teil pflegerischer Erkenntnis.
- Ein professionelles, patientenorientiertes Pflegeverständnis, bei dem der Patient und dessen Wohlergehen im Zentrum stehen.
- Eine Perspektivenübernahme von außen anzunehmen, das heißt, die Aufforderung sich in den Patienten hineinzusetzen, ihm zu folgen, um ihn dadurch zu verstehen.

Situationen

In Notfallsituationen sowie akut auftretenden Ereignissen wird im Normalfall zuerst alle Energie auf die Problembewältigung gelenkt und Empathie weicht der Funktionalität. Empathie braucht Momente der Ruhe und Zeit. In Situationen, in denen empathisches Vorgehen förderlich wäre, muss die Pflegekraft selber die Intention mitbringen, empathisch sein zu wollen. Die Situationen der Patienten werden unterschiedlich von den Pflegepersonen interpretiert und bewertet.

Rahmenbedingungen

Eine patientenorientierte Auffassung, ein berufliches Selbstkonzept und die Möglichkeit der Umsetzung seitens der Organisation sind Grundvoraussetzungen von Empathie. Ein wesentlicher Faktor ist die Philosophie der Stationsleitungen bezüglich der dem Teamgefüge zu Grunde gelegten Rollenerwartungen und Verhaltensnormen.

Barrieren stellen schlechte Arbeitsbedingungen, Personalmangel, fehlende Zeit oder eine ungünstige Mitarbeiterphilosophie dar.

Fördernd wirken sich individuelle pflegerische Interaktionen, abgestimmt auf den Patienten, aus (vgl. ebd., S. 274–278).

Zusätzlich kommen biologische Einflüsse hinzu, gemeint ist die Fähigkeit zur emotionalen Reaktion und Emotionen als solche überhaupt zu erkennen und wahrzunehmen. Diese werden über Spiegelneuronen in dem angelegten Spiegelsystem von Geburt an verankert. Wenn Menschen die affektive Erregungsfähigkeit fehlt, sind sie folglich nicht in der Lage, empathisch mit ihrem sozialen Umfeld zu interagieren. Der Einfluss der Sozialisation ist ebenso ein wichtiger Punkt, denn die Prägung und Erfahrungen haben einen enormen Einfluss auf die Persönlichkeit von Menschen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, 71 ff). Eine weitere Voraussetzung der Empathie ist eine gelungene „Ich- und- Andere- Differenzierung“ als Grundlage der Haltung und der Reflexionsbereitschaft (vgl. Schüßler 2000, S.34).

2.3 Anbahnung der empathischen Kompetenz

In diesem Kapitel wird beschrieben, wie sich die empathische Kompetenz als Teil der Sozialkompetenz innerhalb eines beruflichen Kontextes anbahnen und entwickeln kann.

Die empathische Kompetenz als Teil der Sozialkompetenz ist weit mehr als das Anwenden einer Methode, nämlich Ausdruck der Fähigkeit, das berufliche Handeln im Kontext seiner Umwelt wahrzunehmen. Die Sozialkompetenz beschreibt persönliche Fähigkeiten zwischen Individuation und sozialer Anpassung und Werte einer Gruppe. Die soziale Kompetenz zeigt sich vor allem in der erfolgreichen Interaktion mit anderen Menschen, basierend auf verantwortlichem Handeln, durch Reflexion und Anpassungsbereitschaft mit kritischem Denken gepaart. Grundvoraussetzungen für die soziale Kompetenz sind die emotionale Intelligenz und die eigene Identität (vgl. Zimmermann 2009, S. 27).

Die empathische Kompetenz im Zusammenhang mit der Pflege zeigt jedoch ein widersprüchliches Bild auf und kann nicht vorausgesetzt werden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 200)(vgl. Scheu 2011, S. 7–8).

„Empathie ist die Grundvoraussetzung für soziale Kompetenz „ (Zimmermann 2009, S. 35, Hervorhebung J.S.).

Zunächst haben Untersuchungen gezeigt, dass es möglich ist, eine empathische Kompetenz zu erlernen und zu fördern. Eine einfühlsame Haltung kann sich demnach entwickeln oder auch modifiziert werden. Die Lehr- und Lernbarkeit scheint unbestritten, jedoch gibt es eine Vielzahl von Konzepten, um die empathische Kompetenz zu fördern. Ein weiteres und ergänzendes Konzept wird in dieser Arbeit vorgestellt. Nach Burnard sollten fünf Teile oder auch Schritte beachtet werden: Im *ersten Schritt* muss gelernt werden, sich auf den anderen Menschen voll zu konzentrieren und dabei die eigenen Probleme zeitweise zurückzustellen. Der *zweite Schritt* stellt die bewusste Entscheidung dar, dem Menschen gegenüber seine volle Aufmerksamkeit zu widmen. Im *dritten Schritt* sollte Empathie als solche trainiert und geübt werden hinsichtlich der Konzentration und des aktiven Zuhörens. Daraufhin rückt die Reflexion in den Vordergrund, in dem Sprachübungen gemacht werden, wie beispielsweise die drei letzten Worte des Gegenübers in die Interaktion mit einzubeziehen, was den *vierten Schritt* darstellt. Anschließend im *fünften Schritt* wird aktiv in Gruppendiskussionen geübt, Teile des Gesprächs aktiv zu wiederholen und in die Interaktion einzubauen. Da die empathische Kompetenz unter anderem zu den sozial- kommunikativen Kompetenzen zählt, ist die gleichzeitige Betrachtung der Schlüsselkompetenzen erforderlich. Aufgrund der Komplexität und Querverbindungen führt sie auch zu einer Veränderung der Selbstkonzeptes des Individuums (vgl. Scheu 2011, 27 f). Eine gezielte curriculare Einbindung der Förderung der empathischen Kompetenz ist zwingend notwendig, weil sie als Grundvoraussetzung für eine pflegerisch- therapeutische Beziehung angesehen wird. Die bisherige Lernfeldorientierung mit ihrer überfachlichen Dimension und Komplexität eignet sich für das Erlernen der empathischen Kompetenz jedoch nur, wenn sie gezielt verortet und geplant wird (vgl. ebd. 2011, 33 f) .

Ein wichtiger Beitrag in der Entwicklung zu einem professionellen Verständnis von Empathie stellt die Gefühlsarbeit dar, die als Unterstützung in der Entfaltung des Selbstkonzeptes der Pflegenden dient (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 97).

2.3.1 Gefühls- und Emotionsarbeit in der Pflege

Nach Wittneben sind Pflegenden Gefühlsarbeiter. Sie behauptet, dass Gefühlsarbeit für die Pflege konstitutiv ist; dies bedeutet, dass Gefühlsarbeit eine wesentliche Bedingung darstellt und den Gesamtkontext für die Pflege bildet. Sie bezeichnet pflegerische Gefühlsarbeit als personenbezogene Dienstleistung, bei der der Pflegenden sowohl an seinen eigenen Gefühlen arbeitet als auch an den Gefühlen anderer.

Pflegenden erbringen *Trost- und Behaglichkeitsarbeit*, indem sie versuchen, einen positiven Einfluss auf die Stimmung zu nehmen. Dies geschieht in alltäglichen Handlungen, aber auch

in gezielten Gesprächen. Je professioneller diese Leistung erbracht wird, umso wirksamer ist sie.

Als *Fassungsarbeit* wird von Wittneben eine Leistung verstanden, die die Selbstkontrolle des Patienten stärkt. Diese Art von pflegerischer Leistung bedarf einer gesonderten Aufmerksamkeit und zeitlichen Planung und benötigt damit personale Ressourcen. Hier wird deutlich, dass es sich nicht um ein freundliches Gespräch mit dem Betroffenen handelt, sondern um eine komplexe pflegerische Arbeit. Diese Arbeit ist notwendig, um einen Zugang zu dem Patienten zu gewinnen und weitere pflegerische Interaktionen zu beginnen.

Als *Identitätsarbeit* werden Handlungen verstanden, bei denen Patienten in ihrem veränderten Selbstbild wahrgenommen werden und bei diesem Prozess des Umgangs mit einer veränderten Identität unterstützt werden. An den Gefühlen anderer zu arbeiten, macht deutlich, wie anspruchsvoll diese Tätigkeit ist. Dies meint nicht nur, ein Gefühl für eine bestimmte Situation zu haben, sondern eine gezielte, professionelle Handlung vorzunehmen, um auf die emotionalen Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Bei diesen Leistungen kann eine emotionale Beteiligung der Pflege nicht ausgeschlossen werden und vor allem im beruflichen Kontext auch nicht eingefordert werden. Die Identitätsarbeit kann aus pflegepädagogischer Sicht als ein Entwicklungsprozess angesehen werden, der den Patienten zum Teil über Jahre begleitet. Hierfür wird eine professionelle Begleitung benötigt, um eine angemessene Qualität seitens der Pflege zu gewährleisten.

In bestimmten Phasen wie der *Trauer- und Sterbearbeit* wird die Gefühlsarbeit der Pflege offensichtlicher. Sie bedeutet einen Mehraufwand an Zeit und fordert die Pflege in einem besonderen Umfang. Pflegerische Gefühlsarbeit beansprucht objektive und subjektive Zeit.

Die *Vertrauensarbeit* muss deshalb in der Planung und Leistungsabrechnung berücksichtigt werden. Vertrauensarbeit bedeutet, eine Grundlage für die Beziehung zu schaffen, um das notwendige Vertrauen in die Pflege und in Behandlungsmethoden des zu Pflegenden zu gewinnen. Diese Leistung ist zum Teil so selbstverständlich, dass sie als solche oft gar nicht wahrgenommen wird und häufig auch nicht dokumentiert wird, obwohl sie einen großen Anteil der Zeit und der geleisteten Arbeit in Anspruch nimmt.

Dass in der Pflegearbeit auch Berührungen vorkommen, ist allen klar. Wenn es aber um die unterschiedlichen Qualitäten von Berührungen geht, wird dieser Pflegearbeit wenig Beachtung geschenkt. Jedoch bei genauerer Überlegung stellt dies *Berührungsarbeit* dar.

Die *Ablenkungsarbeit* in der Pflege ist eine häufige Form der Gefühlsarbeit, bei der die Pflegenden zu Pflegenden auf andere Gedanken bringen möchte oder diese gezielt in eine andere Richtung lenkt. Um gute Gefühlsarbeit zu leisten, ist es notwendig, dass die Gefühlsarbeit

bewusst wahrgenommen wird und die Bewusstheit zu einem gezielten und professionellen Umgang führt. Nur wenn Gefühlsarbeit erkannt, benannt und letztendlich auch kategorisiert werden kann, wird sie objektiver und handhabbar für alle Beteiligten. Gefühlsarbeit in der Pflege ist geleistete Arbeit und stellt somit eine Form der Dienstleistungsarbeit zwischen Leistungsgeber und Leistungsempfänger dar (vgl. Wittneben 2001, S. 606–609).

Nun ist das Phänomen Gefühlsarbeit ein schwer quantifizierbarer Faktor und in den ökonomischen Bilanzen eher schwierig zu verbuchen. Ein gezieltes Verfolgen von Zielen in der Interaktion zwischen Pflege und zu Pflegenden kann als zweckrationales Handeln angesehen werden. Die professionelle Dimension wird deutlich und begreifbar. Die Schwierigkeit besteht darin, dass die persönliche Dimension zu einem Teil immer mit enthalten ist. Der persönliche Anteil bereitet der Arbeit mit Gefühlen Schwierigkeiten, durch Emotionalität kommt eine unberechenbare Komponente mit einer gewissen Irrationalität hinzu. Gefühle jedoch als Störfaktor in der Leistungserbringung anzusehen, hat sich nicht bewährt, denn Leistungsgeber und Leistungsempfänger verhalten sich nie nur zweckrational und sachbezogen (vgl. Dunkel 1988, 66 f). Der institutionelle Rahmen hat einen starken Einfluss auf die Gefühlsarbeit. Jedoch könnte sie auch ein Wertemerkmal der Organisation darstellen und eine Differenzierung mit sich bringen (vgl. Neumann-Ponesch und Höller 2011, 42 f).

Die Sozialkompetenz wird dabei benötigt, um den fachlichen Umgang mit Gefühlen zu gewährleisten. Dunkel bietet eine Orientierung und Kategorisierung an, wobei er drei Dimensionen der Gefühlsarbeit unterscheidet:

1. *Gefühl als Gegenstand* bedeutet, der Gefühlsarbeiter verfolgt im Umgang mit dem Klienten ein Ziel und handelt damit zweckrational. Das Mittel ist die Beeinflussung der emotionalen Lage des Klienten. Die eigene Darstellung des Gefühlsarbeiters gegenüber dem Klienten wird instrumentalisiert und somit zu einem relevanten emotionalen Ritual (vgl. Dunkel 1988, 67 ff). *In Bezug zur Empathie bedeutet dies exemplarisch das freundliche, empathische Auftreten der Pflegekraft gegenüber einem Patienten; trotz eines vielleicht anderen inneren Gefühls wie zum Beispiel Zeitdruck wird es zum Ritual.*
2. *Gefühl als Mittel*: Die Interaktion der Gefühlsarbeit bezieht sich hierbei auf den Arbeitsgegenstand, nämlich die emotionale Lage des anderen, wenn mit den herkömmlichen rationalen und technischen Anteilen der Interaktion kein Zugang zum Klienten gefunden wird. Das situationsbezogene Handeln und der Einsatz von Gefühlen in der Interaktion in Form von Improvisation und Erfahrung gewinnt hierbei an Bedeutung. Die empathische Kompetenz spielt hier eine große Rolle (vgl. Dunkel 1988, 70 ff). *Ein Beispiel für die emotionale Interaktion wäre das Hineinversetzen in den Patienten vor dem Punktieren des Dialyseshunts. Dies veranlasst die Pflegekraft, der Angst des Patienten entgegenzuwirken und sich*

mehr Zeit zu nehmen. Eine Erhöhung der Konzentration auf den Patienten bewirkt das Gefühl, sich gut aufgehoben zu fühlen und stellt somit wieder sicher, dass die Arbeit fortgesetzt werden kann.

- 3. Gefühl als Bedingung – die Arbeit an eigenen Gefühlen ist in der Arbeit mit Gefühlen notwendig, weil die eigenen Gefühle nicht immer zu den Gefühlen passen, mit denen gearbeitet wird. Eine Kontrolle der eigenen Emotionen ist notwendig um eine zielführende Selbstdarstellung zu initiieren. Eine reflexive Haltung ist notwendig um eine Balance zwischen der Einhaltung von Gefühlsregeln und der eigenen emotionalen Belastung herzustellen (vgl. Dunkel 1988, 72 ff). Der Umgang in schwierigen Situationen mit Dialysepatienten erfordert eine kognitive Betrachtungsweise. Um weiter mit dem Patienten umgehen zu können, wird nicht mehr das Verhalten dieser Person zugeschrieben, sondern der Vergiftungserscheinung der chronischen Niereninsuffizienz.*

Das subjektorientierte Handeln setzt eine empathische Kompetenz voraus. Wird Empathie bewusst eingesetzt und auch als Gefühlsarbeit verstanden, ist es ein professionelles Handeln. Die Gefahr, dass emotionale Ressourcen profitrelevant werden, muss näher beleuchtet werden. Hochschild versteht unter Emotionsarbeit den Versuch, Emotionen zu erzeugen als auch zu verstärken, abzuschwächen oder umzuändern (vgl. Hochschild et al. 2006, S. 15). Das Manipulieren von Gefühlen in Institutionen unterliegt verschiedenen Handlungsebenen. Eine davon bezeichnet das Oberflächenhandeln, das bei den Arbeitnehmern und Angestellten als „Als-ob-Realität“ sichtbar wird. Diese Form findet Hochschild weniger beunruhigend als die Manipulation der inneren Handlungsebene. Auf dieser Ebene versucht die Institution, mit Hilfe von Technik Einfluss auf das innere Handeln zu nehmen. Andauernde Gefühlsanpassungen zugunsten des Kommerzes können negative Folgen nach sich ziehen. Ein Verkauf von Gefühlen als eine Art der Darstellung über einen langen Zeitraum hinweg kann zu emotionaler Dissonanz führen mit Symptomen wie Burn-out als Ausgebranntsein, sowie Hilfslosigkeit nach sich ziehen. Gegenüber der Institution entsteht eine negative Einstellung, die sich als Zynismus äußern kann bis hin zur Selbstaufgabe der eigenen Person. Hochschilds Untersuchungen und Studien betrafen den Dienstleistungssektor der Stewardessen. Der Gefühlsautausch in den Interaktionen hat Wohlbefinden und Freude zum Ziel, um den Profit zu steigern (ebd., S. 99–110). Hochschild bezeichnet die Pflege als Beruf, wo Gefühlsarbeit durch den unmittelbaren Patientenkontakt ständig geleistet und gefordert wird, wo aber Profit nicht im Hintergrund der Handlung steht. Sie findet es bemerkenswert, dass alltäglich Gefühlsarbeit verrichtet wird, ohne eine eigene begleitende Supervision in Anspruch zu nehmen. Sie vertritt die Meinung, dass die Leistung der Gefühlsarbeiter oft übergangen und kaum honoriert werden. Jedoch würde ohne diese Art von Arbeit das öffentliche Leben grundlegend anders aussehen (vgl. Hochschild et al. 2006, S. 122).

2.3.2 Belastungen und Bewältigungsstrategien

Die emotionale Befindlichkeit der Pflegekraft hat im Umgang mit Dialysepatienten einen großen Einfluss. Belastungen beeinflussen die Handlungen in der Pflege erheblich. Overlander beschreibt die psychosozialen Belastungen in der Pflege als großen, schwer messbaren Einfluss, nicht zuletzt wegen der subjektiven Bewertungen der Pflegenden (vgl. Overlander 2001, S. 21). Die Konfrontation mit schwerstkranken Menschen kann als seelischer Druck empfunden werden und hat eine Verschiebung der Belastung hin zu einer psychisch-nervlichen Belastung zur Folge. Nicht zuletzt die verschärften Belastungen für das Pflegepersonal sorgen bei Pflegenden oft für Schuld und Defizitgefühle (vgl. Overlander 2001, S. 27).

Zusätzlich wird die Investition von Gefühlen in Verbindung mit der Erwerbstätigkeit nach Hochschild durch die Einseitigkeit der Erfüllung der Bedürfnisse des Klienten bzw. Patienten zur Belastung. Um mit den Belastungen zurechtzukommen, ist es notwendig, im Umgang mit den eigenen Gefühlen und den Gefühlen des zu Pflegenden eine Strategie im Sinne dieser Arbeit zu entwickeln. Maßnahmen können nach *außen gerichtete Strategien* sein wie zum Beispiel, stressige Situationen zu vermeiden. Eine weitere Möglichkeit besteht in der *Gefühlsarbeitsteilung*, indem Pflegekräfte entsprechend ihren Stärken im Umgang mit Patienten eingesetzt werden, um schwierige Situationen zu vermeiden.

Zur weiteren Stressreduktion bietet sich an, auch andere Spezialaufgaben nach den persönlichen Stärken aufzuteilen, um Stress gar nicht erst aufkommen zu lassen. Es erfordert von den Patienten Akzeptanz und Verständnis für die Prozesse, die oft erst ausgehandelt werden müssen. Ausgehandelt werden nämlich Erwartungen und die Befriedigung von Bedürfnissen, dies wiederum spiegelt sich in den gegebenen Gefühlsregeln wieder.

Sicher ist klar, dass die nach außen gerichteten Regeln nicht immer ausreichen, um Belastungen zu reduzieren. Es gibt unausweichliche Situationen mit der eine Pflegekraft konfrontiert wird. In solchen Momenten ist es notwendig, dass sie an ihren eigenen Gefühlen arbeitet. Der intrapsychische Stress muss minimiert werden, was nach *innen gerichtete Strategien* erfordert. Das Team als soziales Gefüge kann durch Austausch untereinander Unterstützung bieten und Lösungswege aufzuzeigen (vgl. Dunkel 1988, S. 76–80).

Es gibt im Umgang mit dem Gefühlsarbeitsvermögen nach Dunkel drei Typen in der Arbeitsorganisation, mit deren Hilfe im beruflichen Kontext reguliert und charakterisiert werden kann, die nachfolgend vorgestellt werden:

1. Typ Standardisierung

„Der erste Typ ist gekennzeichnet durch relativ kurzfristige und relativ „unpersönliche“ Klientenkontakte, eine rigide Standardisierung der Arbeitsvollzüge und damit ein hohes Maß an Fremdbestimmung der Gefühlsarbeit, sowie dem Versuch des

Betriebes, Gefühlsarbeit weitestgehend durch höhere Ebenen der Organisationshierarchie zu kontrollieren [...]“ (Dunkel 1988, S. 81 Hervorhebung J.S.).

Wenn in der Interaktion zunehmend persönliche und individuelle Merkmale des Klienten wichtig sind, erfordert dies ein flexibleres Vorgehen und mehr selbstbestimmtes Handeln, das sich in Typ zwei und drei wiederfindet.

2. Typ teamartige Kooperation

„Wird Gefühlsarbeit in relativ autonomen Gruppen von Arbeitskräften geleistet, die keinem durchschlagenden Profitinteresse des Betriebes ausgesetzt sind, wird die „Mitarbeiterideologie“, wie sie Strauss u.a. anhand von Krankenschwestern demonstriert haben, zur vorherrschenden Kontrollebene [...]“ (ebd., S. 81 Hervorhebung J.S.)

Das bedeutet, dass interne Gefühlsregeln das Ergebnis von gruppeninternen Aushandlungsprozessen sind und nicht ausgehend vom Zugriff des Betriebes.

3. Typ berufliches Selbstkonzept

„Weitgehend professionalisierte und damit in der Gestaltung ihres Arbeitshandelns relativ autonome Berufstätige orientieren sich in der Anwendung von Gefühlsarbeit an ihrem beruflichen Selbstkonzept [...]“ (ebd. 1988, S. 81 Hervorhebung J.S.).

Dieser Punkt kann sehr vielfältig ausgelegt werden, weil es viele unterschiedliche Konzepte gibt, die andere Stile mit sich bringen.

Gefühlsarbeit bedarf einer fachlichen Qualifikation, gemeint ist in diesem Kontext die fachliche Anforderung der Aufgabenbewältigung bzw. die soziale Kompetenz. Jedoch ist die Intention der Arbeit wichtig für die Ausrichtung, so ist in helfenden Berufen, die der Pflege eine andere als die der Stewardessen. Nach Dunkel gibt es eine Gemeinsamkeit, nämlich dass es sich um alltägliche Situationen handelt, die sich zu fachlichen Qualifikationen hinwenden. Dies hat zur Folge, dass die Fachlichkeit nicht bewusst wahrgenommen wird. Die Beherrschung dieser Fertigkeit wird im Rahmen der Erwerbstätigkeit durch Erfahrungen unterschiedlich spezifisch ausgebildet. In Einrichtungen sollte die Gefühlsarbeit nicht ausschließlich als Personenmerkmal angesehen werden, sondern als soziale Kompetenz, die einer Förderung bedarf (vgl., Dunkel 1988, 78 ff).

Die Umstrukturierung der Pflege und des Systems als komplexe bürokratische Organisationen verändern die Arbeitsumgebung der Pflegenden tiefgreifend. Je technischer und organisierter der Umgang in der interdisziplinären Versorgung mit Patienten stattfindet, umso mehr entsteht

der Bedarf des Mitfühlens bei den zu Pflegenden. Deshalb liegt die Last des Mitfühlens nicht alleine in der Empathiefähigkeit der Pflege, sondern geht vor allem Entscheidungsträgern über die tatsächlichen Arbeitsbedingungen mit an (vgl. Overlander 2001, 49 ff).

3 Entwicklung der empathischen Kompetenz

3.1 Lerntheoretischer Ansatz des situierten Lernens

In diesem Absatz wird die Grundannahme diskutiert, dass Lernen und der Kompetenzerwerb nicht nur als individueller Fortschritt angesehen werden, sondern auch als Hineinwachsen in die Praxis verstanden werden müssen. Holoch beschreibt das Lernen in beruflichen Situationen als beiläufiges Lernen, Erfahrungslernen und das Lernen am Modell. Das Lernen in einer sozialen Struktur wie der eines Dialyseteams wird nicht nur der Einzelperson zugeschrieben, sondern auch der Gemeinschaft in situierten Kontexten. Lernen durch Erfahrungswissen wird hier in Verbindung mit Pflegepraxis gebracht (vgl. Holoch 2003). Da Pflegenden mit hochkomplexen Situationen zu tun haben und erfolgreiches Lernen nur mit praktischen Erfahrungen verbunden werden kann, wie es in 3.1.1. beschrieben wird, vertritt der lerntheoretische Ansatz die Auffassung, dass dem Problem des trägen Wissens, des Theorie-Praxis-Transfers auf eine neue Art begegnet werden müsse.

„Ziel der Pflegeausbildung ist es, die Auszubildenden oder Studierenden zu befähigen, in diesen komplexen Situationen bedarfs- und situationsangemessen, orientiert an beruflichen Werten und zugleich auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, handeln zu können“ (Holoch 2013, S. 241, Hervorhebung J.S.).

Nach den Prinzipien des situierten Lernens lassen sich Grundannahmen wie folgt formulieren:

1. Wissen befindet sich nicht primär in den Köpfen, sondern ist immer in einem sozialen Bezug situiert.
2. Das Lernen wird fundamental beeinflusst durch die vorherrschende Kultur.
3. Lernen wird nicht als „Endzweck“ verstanden, was bedeutet, dass es nicht als Ergebnis angesehen wird, sondern als Werkzeug, um in sozialen Kontexten zurechtzukommen.
4. Es entsteht Expertenwissen in einem begrenzten Bereich mit dem jeweiligen Bezug zur Praxis.
5. Neulinge und Experten aus der Praxis bilden gemeinsam das Fundament des Lernens.
6. Ausgangspunkt des Lernens sind Realsituationen und Erfahrungen aus der Praxis.
7. Diese Lernform lebt vom Austausch aller Beteiligten untereinander. (vgl. Holoch 2013, 245 f)

Es gibt verschiedene Modelle des situierten Lernens, die in dieser Arbeit nicht näher beschrieben werden. Unterschiedliche Ansatzpunkte richten sich auf die Gestaltung von einzelnen

Lernsituationen, die Ausgestaltung des Lernumfeldes und die Veränderung von umfassenderen Organisationsprozessen und Institutionen. Bezeichnet werden diese Ansätze als: kognitive Lehre, narrative Anker, Lerngemeinschaften und Praxisgemeinschaften (vgl. Holoch 2013, S. 247 ff).

Als konkrete Möglichkeiten des situierten Lernens in der Pflegeausbildung werden von Holoch das Modeling mit Metalog und „das situierte Lernen am Beispiel“ vorgeschlagen. Davon wird jeweils eine Möglichkeit exemplarisch kurz und knapp dargestellt. Das Modeling mit Metalog beschreibt einen Ansatz für die praktische Ausbildung. Der Ansatz der kognitiven Lehre ist eine Methode, die im Sinne von Experten-Neuling-Verhältnissen kognitive Prozesse für den Lernenden erkennbar machen soll. Handlungen des Experten werden durch eine offene Kommunikation dem Neuling gezeigt und begründet. Es wird versucht, die Vorteile einer praktischen Lehre auch für die theoretische Ausbildung zu nutzen. Darüber hinaus profitieren nicht nur die Lernenden, sondern auch die zu Pflegenden von einem besseren nachvollziehen können der Handlung (vgl. Holoch 2013, S. 251).

Durch Erfahrungen in der Anwendung des situierten Lernens wurden folgende Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung identifiziert:

1. Förderliche Lernumgebung und Rahmenbedingungen wie Räume und Zeit
2. Motivierte und informierte Beteiligte, Pflegepersonen und Auszubildende
3. Dass die handelnden Pflegenden von den Lernenden als überzeugend wahrgenommen werden

Eine partizipative Haltung und vor allem zeitnahe Reflexionen in Bezug auf Entscheidungen und Denkprozesse waren förderlich für die erfolgreiche Umsetzung. Um die Ausbildung im Praxisfeld zu optimieren, ist es notwendig, dass die Praxisgemeinschaft gemeinsam dem Lernenden die Zeit des Hineinwachsens ermöglicht. Dafür braucht es neben der entsprechenden Haltung qualifiziertes, geschultes Personal (vgl. Holoch 2013, S. 255 ff).

Zusammenfassend ist die praktische Ausbildung notwendig für die Entstehung von beruflicher Handlungskompetenz. Situationsbezogene Anwendung von erworbenem Wissen und Können befähigt den Lernenden und stellt eine gute Basis für die Berufspraxis dar. Empathie hat eine zentrale Bedeutung in der Pflegeausbildung besonders am Lernort Praxis (vgl. Zimmermann 2009, S. 35).

3.2 Kompetenzorientierte Ausbildung

Mit der Einführung von kompetenzorientierten Lehrplänen wurde eine veränderte Zielorientierung festgesetzt, die nun auch verbindlich gefordert wird. Die Entwicklung einer beruflichen Handlungskompetenz wird von der Kultusministerkonferenz (KMK) definiert „als Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“. Die Handlungskompetenz wird dabei in die Dimensionen Fachkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz unterteilt. Weitere Bestandteile der drei Dimensionen sind die Methodenkompetenz, die kommunikative Kompetenz sowie die Lernkompetenz (KMK 2011).

Anzumerken ist, dass in der Kompetenzdebatte nicht unbedingt immer Kompetenz gemeint ist und deshalb auch häufig eigentlich nicht im Mittelpunkt steht, sondern vielmehr die Performanz gemeint ist, die insbesondere die Outcome-Orientierung als Hintergrund hat. Diese bezeichnet eine Erhebung von überprüfbaren und sichtbaren Daten, die zur Lernkontrolle hinsichtlich der Kompetenz verwendet werden. Kompetenz kann demnach nicht beobachtet werden, sondern nur die Performanz (vgl. Darmann-Finck 2011). Kompetenz ist eine Art Konstrukt unserer abstrakten Sprache, um verschiedene Phänomene zu benennen und uns von ihnen ein Abbild zu verschaffen (vgl. Olbrich 2010, S. 144).

Für diese Arbeit bedeutet das, dass die empathische Kompetenz demnach nicht überprüfbar ist, sondern, wenn überhaupt, nur die Performanz. Da sich aber wie in Kapitel 2 beschrieben, die empathische Kompetenz im Inneren des Menschen abspielt und nur zu einem geringen Teil durch Außenstehende beobachtbar ist, kann der Ansatz der Förderung als Kompetenz nur mithilfe der Selbstbeurteilung des Lernenden vollzogen werden. Dies bedeutet aus pädagogischer Sicht, dem Lernenden mit Hilfe des Kompetenzrasters ein Instrument dafür zur Verfügung zu stellen.

Entwicklung von Kompetenz

Wissen allein führt nicht automatisch zu einer Kompetenzentwicklung. Allein die Theorievermittlung ist nicht ausreichend, um Kompetenz zu entwickeln. In diesem Kapitel werden die Lerndimensionen nach Olbrich aufgezeigt. Da Lernen auf unterschiedlichen Ebenen stattfindet. Für die Entwicklung von empathischer Kompetenz wird deutlich, dass reflektierendes Lernen eine Möglichkeit dazu bietet. Es ist ein sehr anspruchsvolles Lernen, weil eine Auseinandersetzung mit den eigenen Überzeugungen einen persönlichen Konflikt bedeutet. Auf der höchsten Ebene des Lernens kommt es zu einer personalen Auseinandersetzung und eine Identität des Pflege- und Berufsverständnisses wird ausgebildet (vgl. Olbrich 2010, 176 ff).

Das deklarative Lernen bezieht sich auf das, was gelernt wird und findet in allen schulischen und beruflichen Einrichtungen statt. Diese Art des Lernens und des Wissens wird mit Abstand am meisten gefördert. Die Erkenntnisse stellen die Inhalte des Berufes dar und dienen als seine Basis. Dieses Wissen kann auswendig gelernt werden und unterliegt einer Fremdbeurteilung, diese findet meistens in schriftlicher oder mündlicher Form statt.

*„Dieses Faktenwissen dient zwar als Grundlage des Berufes, wird jedoch überge-
wichtig behandelt“* (Olbrich 2010, S. 177, Hervorhebung J.S.).

Prozedurales Lernen widmet sich dem, wie gelernt wird. Es bedeutet die Zunahme von Fertigkeiten in Bezug auf Prozesse und Abläufe, da das Wissen von Fakten nicht ausreicht, um einen Beruf auszuüben.

Es geht um das praktische Wissen, das zur Durchführung von Pflegemaßnahmen benötigt wird.

*„Jedoch zu beurteilen, ob diese Maßnahme in dieser Situation für diesen Patienten
von Bedeutung ist, ist damit noch nicht gelernt“* (Olbrich 2010, S. 177, Hervorhebung J.S.).

Das konditionale Lernen stellt dar, wann und wo erlerntes Wissen eine Anwendung finden kann. Das deklarative und prozedurale Wissen wird in Verbindung mit den Konditionen abgeglichen, um ein erfolgreiches Handeln zu erzielen. Dies beruht auf einem guten Urteilsvermögen der Pflegenden. Da das Handeln in der Pflege immer in einmaligen Situationen stattfindet, kann dieses Lernen nicht durch eine rein schulische Ausbildung erreicht werden. Der situative Lernansatz gewinnt hier an Bedeutung (vgl. Olbrich 2010, S. 178), der unter Kapitel 3.2. erläutert wird.

*„So bekommt auch die praktische Ausbildung eine hohe Bedeutung, denn es
geht hier immer um die realen Situationen“* (Olbrich 2010, S. 177, Hervorhebung J.S.).

Das reflektive Lernen bezieht sich auf die individuelle Ausbildung der Schüler. Lernende sollen sich mit ihren eigenen Wertmaßstäben, Überzeugungen und Einstellungen auseinandersetzen, um das eigene Handeln zu reflektieren, denn dies dient als Voraussetzung für das aktiv-ethische Handeln.

„Allerdings erfolgt dies eher sporadisch, weniger systematisch und Konzepte zum methodischen Vorgehen von Reflexion sind in den Schulcurricula kaum zu finden“ (Olbrich 2010, S. 179, Hervorhebung J.S.).

Das *identitätsfördernde Lernen* geht der Frage nach, wer man in seiner beruflichen Rolle ist und ist somit die höchste Form der Kompetenzentwicklung.

„Kann ich in meinem Handeln mit meinem Selbst – und Berufsverständnis übereinstimmen. Diese Art der Fragen trifft den innersten Kern einer Person“ (Olbrich 2010, S. 179, Hervorhebung J. S.).

Lernen im Bezug zur Kompetenzentwicklung beschreibt Olbrich als Lernen, bei dem der Handlungsaspekt im Vordergrund steht. Jede Pflegehandlung basiert auf der Annahme der vorausgegangenen Wahrnehmung und setzt sich fort in einer bewussten Entscheidung in der Durchführung. Nach der Handlung wird diese als prozesshaftes Vorgehen durch die Wahrnehmung überprüft und fortgeführt.

„Wenn berufliches Handeln als professionell und damit als bewusstes Handeln gefordert wird, so ergibt sich selbstverständlich, dass explizite Lernprozesse gestaltet werden müssen“ (Olbrich 2010, S. 180, Hervorhebung J.S.).

Nach Olbrich muss die Gefühls- und Emotionsarbeit in diesen Prozess bereits von Anfang an in die Ausbildung integriert werden. Alle Lernebenen bedingen sich gegenseitig und sind nicht klar voneinander zu trennen.

„Empathie kann so entwickelt werden, ebenfalls die Ressource und die Kraft, aus der geschöpft werden kann“ (Olbrich 2010, S. 180, Hervorhebung J. S.).

„Je besser Pflegepersonen über sich selbst und ihr Handeln nachdenken können, desto höher wird ihre Kompetenz ausgeprägt sein“ (Olbrich 1999, S. 121, Hervorhebung J.S.) .

Zusammenfassend ist die Förderung der empathischen Kompetenz ein Lernen, das auf allen Lernebenen stattfindet und das auf dem höchsten Niveau eine Entwicklung der beruflichen Rolle und Identität mit sich bringt. Dies hat zur Folge, dass zur Erstellung des Kompetenzrasters zur Förderung der empathischen Kompetenz alle Lernebenen berücksichtigt werden sollten.

3.3 Reflexion und Lernen

Reflexion aus dem lat. reflectere bedeutet so viel wie zurückbeugen, wird also im bildlichen Sinne verwendet. Eine veränderte Position oder Haltung einzunehmen, ermöglicht Dinge von einem anderen Punkt aus oder aus einem veränderten Blickwinkel zu betrachten. Im Französischen wurde dieses Wort geradlinig in den Sprachgebrauch übernommen als *réfléchir*, was „nachdenken“ bezeichnet (vgl. Hilzensauer 2008).

Die Reflexion ist für das Lernen ein wichtiger Faktor, vor allem für die Förderung der empathischen Kompetenz. Nach Holzkamp ist die Motivation zum Lernen die Erkenntnis des Individuums in Bezug zu einer Notwendigkeit. Er geht davon aus, dass die Reflexion ein wesentlicher Faktor für den Umstrukturierungsprozess des Lernens ist (vgl. Holzkamp in Hilzensauer 2008, S. 3).

Ein systematisches Vorgehen und die Anwendung von Modellen kann Orientierung bieten. Hilzensauer beschreibt drei wichtige Ebenen der Reflexion: Reflexion über den *Lerngegenstand* ist notwendig, um herauszufinden, welchen Wissenstand der Lernende aufweist und was er benötigt, um das Lernziel zu erreichen. *Reflexion über die Lernhandlung* beinhaltet organisationale und situative Elemente wie zum Beispiel, unter welchen Umständen gelernt wird unter Berücksichtigung des Vorwissens und der sozialen Eingebundenheit. *Reflexion über das Lernvermögen* beschreibt die Fähigkeit, sich seiner eigenen Lernprozesse bewusst zu sein und diese beeinflussen zu können zum Positiven hin. Eine vertiefende Systematik bietet Donald Schön, indem er die Handlung mit der Reflexion verknüpft.

3.3.1 Reflexion als Grundlage der Handlung

Im folgenden Kapitel wird der Zusammenhang zwischen Wissen und Handeln dargestellt. Empathische Kompetenz wird in komplexen, einzigartigen Situationen von Pflegekräften gegenüber Patienten aufgebracht bei Handlungen, deren sich die Pflege oft nicht bewusst ist. Um die dafür notwendigen komplexen Handlungen zu verstehen, unterscheidet Schön drei Handlungstypen: das Wissen in der Handlung, Reflexion in der Handlung und Reflexion über die Handlung. Der Nutzen der Reflexion wird deutlich, am Ende werden aber auch Grenzen der Reflexion dargestellt (vgl. für folgenden Absatz Urban O. 2009 in Sahmel, 107 ff).

Wissen in der Handlung – Knowing in Action

Etwas ausführen, ohne sagen zu können, worauf das Handeln basiert, wird beschrieben als implizites Wissen. Diese Ebene beschreibt das Gegenteil von stillem Wissen, nämlich dass Denken und Handeln nicht getrennt sein sollten, da der Wissenszuwachs nicht allein auf Routine und eingeübten Handlungen basieren sollte.

Reflexion in der Handlung – Reflection in Action

Komplexe Situationen erfordern eine spezifische Anpassung und können nicht alleine durch vorhandenes Wissen gelöst werden. Wenn Probleme auftreten, ist es notwendig, das Handeln wahrzunehmen und zu reflektieren um eine ganzheitliche Betrachtung vorzunehmen. Ein gezieltes, bewusstes Vorgehen fördert Strategien und die Problemlösungskompetenz. Schön beschreibt dies als präsent sein in der Handlung.

Reflexion über die Handlung – Reflection on Action

Über die Handlungssituationen wird in dieser Ebene rückblickend reflektiert. Hierbei werden das Handeln und Wissen gemeinsam analysiert und interpretiert, um sich der Probleme in der Handlung bewusst zu werden. Die gewonnenen Erfahrungen werden modifiziert und Wissen wird aktualisiert, um in Zukunft für weitere komplexe Situationen eine Handlungsbasis zu gewinnen. Diese Art der Reflexion stellt ein wichtiges Moment für professionelles Handeln dar (ebd., 108 ff).

3.3.2 Reflexion als Emanzipationsprozess

Die Selbstreflexion ist eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung empathischer Kompetenz. Die Reflexion wurde bereits unter dem Gesichtspunkt des Handelns betrachtet. Im Unterkapitel 3.3.2 wird Reflexion in Bezug auf die Pflegepraxis erläutert. Johns beschreibt dies als Emanzipationsprozess. Emanzipation wird hier verstanden als Weiterentwicklung und Befähigung zum wirksamen und bedürfnisorientierten Handeln auf der Grundlage der Selbsterkenntnis auf der Basis beruflicher Erfahrungen.

Für das Modell einer reflektierten Praxis beschreibt Johns zehn Aspekte: Engagement, Widersprüchlichkeit, Konflikt, Konfrontation, Unterstützung, Katharsis, Kreativität, Verknüpfung, Fürsorge und Kongruenz. Diese Merkmale sind in Übereinstimmung zu Person und professioneller Handlung zu bringen und werden als Entwicklungsprozess verstanden (vgl. Johns 2004, S. 68 ff).

Das individuelle Praxiswissen wird durch Reflexion aufgebaut und erweitert. Der Wissenszuwachs dient den Pflegekräften bei der Bewältigung neuer Anforderungen in zukünftigen Situationen. Emanzipation wird verstanden als Befreiung aus einem Zustand der Abhängigkeit. Es sollen sich informierte und selbstbewusste Pflegenden herausbilden, die mit einer eigenen Meinung ausgestattet sind und die Fähigkeit haben, diese auch zu äußern. Der Patient und dessen Angehörige stehen im Mittelpunkt der Fürsorge. Der ganzheitliche Ansatz beschreibt einen reflektierten Entwicklungsprozess und ist der Ausgangspunkt für Identitätsarbeit in der Pflege.

3.3.3 Kompetenzförderung Reflexionsfähigkeit

Oelke versteht die Gestaltung hinsichtlich Reflexionsfähigkeit in Bezug zur Kompetenzförderung immer in Verbindung zu den Lernebenen. Sie hält die Reflexionsfähigkeit für sehr wichtig, da es sich um den Umgang mit Menschen handelt. Für die Förderung von Reflexionsfähigkeit in Verbindung mit der Pflegeausbildung beschreibt Oelke drei Ebenen:

1. *Selbstreflexionsfähigkeit* meint die Fähigkeit, vorerst unabhängig von beruflichen Anforderungen, etwas über die eigene Identität herauszufinden, sich mit der eigenen Identität auseinanderzusetzen, berufsspezifisch Lernende zu fordern und zu fördern, ihre eigene Haltung im Pflegekontext vielfältiger Situationen wahrzunehmen, sich diese bewusst zu machen, sie aber auch zu akzeptieren, Grenzen zu sehen und diese zu setzen, um sie später wieder erweitern zu können, ohne andere Menschen dabei zu übergehen oder gar zu verletzen.
2. *Ethische Reflexionsfähigkeit* meint eine Unterbrechung der Handlungsroutine aus der alltäglichen Pflegesituation heraus. Letztlich wird die Frage nach dem guten Handeln kritisch gestellt und Dilemmata begegnet. Kritische Urteile sollten nicht aus dem Bauch heraus gefällt werden, sondern aufgrund ethischer Prinzipien und Theorien. Vor allem brauchen Pflegenden dieses Wissen, wenn sie sich in einem moralischen Güterkonflikt befinden.
3. *Politische Reflexionsfähigkeit* meint neben dem berufspolitischen Engagement ein Interesse an der Gesellschaft. Ein allgemeines politisches Bewusstsein soll Teilhabe und Mitgestaltung im Leben und im Beruf ermöglichen (vgl. Oelke et al. 2014, S. 347).

Zusammenfassend für das Kapitel drei lässt sich sagen, dass Reflexion unerlässlich für das professionelle Handeln ist. Reflexion beinhaltet immer mehrere Dimensionen und daraus abgeleitete Funktionen. Reflexion in Bezug zum Lernen hat eine Art Kontrollfunktion über den persönlichen Wissenstand der Lernenden. Die Reflexion in Bezug zur Handlung beschreibt pflegespezifisches Handeln und begründet die Notwendigkeit zur Reflexion hin zu einer Professionalität. Emanzipationsprozesse durch Reflexion stellt die Pflegekraft in den Fokus und verbindet die Person mit dem Beruf der Pflege. Selbstreflexionsfähigkeit als Gestaltungsmerkmal für Bildungsprozesse gibt dem pädagogischen Handeln eine Orientierung und findet mit dem Kompetenzraster eine gute Umsetzungsmöglichkeit zu deren Förderung.

4 Das Kompetenzraster

4.1 Vorstellung des Kompetenzrasters und seiner Ziele

Das Kompetenzraster stellt, wie der Name schon sagt, Kompetenzen in einem Raster dar. Die Einteilung und Anordnung in einer Matrix erlauben einen schnellen Überblick sowohl über die zu erlangenden/erstrebten Fähigkeiten als auch über die unterschiedlichen Kompetenzstufen innerhalb dieser Befähigungen. Die Handlungskompetenz wird von den folgenden Kompetenzsäulen getragen: Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Selbstkompetenz und Methodenkompetenz. Die unterschiedlichen Kompetenzen müssen in gewissen Anteilen schon vorhanden sein, um eine berufliche Handlungsfähigkeit zu erreichen. Das bedeutet konkret, fehlt eine Kompetenzsäule völlig, kann keine berufliche Handlungsfähigkeit erreicht werden (vgl. ISB 2016, S. 8 f).

Somit kann die Förderung der empathischen Kompetenz ohne den Einbezug der anderen Kompetenzen auch nicht gefördert werden.

Im Kompetenzraster wurden das Kompetenzstrukturmodell und das Kompetenzniveaumodell vereint. Kompetenzstrukturmodelle zeigen die unterschiedlichen Kompetenzdimensionen an, die wichtig sind, um in den jeweiligen Berufen spezifische Aufgaben zu erfüllen und den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Die Dimensionen verstehen sich als Abbild der beruflichen Anforderungen der jeweiligen Fachgebiete, als Gefüge einzelner Schulfächer oder Lernfelder. Das Kompetenzraster beschreibt, was von den Schülern erwartet wird. Die Entwicklung ist theoriegeleitet und basiert auf Erfahrungen.

Kompetenzmodelle werden erfahrbar in unterschiedlichen Situationen und enthalten verschiedene Potenziale. Durch die Anhaltspunkte im Raster wird die Kompetenzorientierung transparent und gleichmäßig verfolgt. Es unterstützt bei der Verfolgung der Ziele den Lernenden sowie den Lehrenden. Lehrende arbeiten mit Kollegen an einem gemeinsamen Ziel mit der Konsequenz des einheitlicheren Lernvorgangs. Die Lernenden bekommen eine Rückmeldung, die auf Kompetenzen und auf dem, was schon gekonnt wird, basiert. Durch gleichförmigere pädagogische Interventionen entstehen weniger Kontroversen, was sich wiederum positiv auf Konflikte zwischen Lehrenden und Lernenden auswirkt. Die klare Offenlegung der Kompetenzen im Raster kann in der Schulentwicklung zu positiven Prozessen führen durch das Wahrnehmen blinder Flecken. Die Erweiterung um das Niveau wird Kompetenzniveaumodell genannt. Differenziert werden Kompetenzen in Entwicklungsverläufen dargestellt, Kompetenzausprägungen werden sichtbar gemacht. Zu den Kompetenzstufen wird im Raster ein Verhalten beschrieben, das mit der Stufe assoziiert werden kann. Es gibt detaillierte Abgrenzungen in der Beschreibung, die das Kompetenzraster zu einem nützlichen Instrument werden

lassen. Wenn Kompetenzen damit unterschieden werden können, ergeben sich daraus individuelle pädagogische Konsequenzen. Unterstützung und Hilfe kann somit gezielt stattfinden (vgl. ISB 2016, S. 10 ff).

Durch die Unterstützung eines auf Kriterien festgelegten Feedbacks sind Kompetenzraster geeignet, um individuelle Lernstände zu dokumentieren und Entwicklungsbedarf aufzudecken. Das Kompetenzraster ist ein pädagogisches Instrument und Mittel, das transparente, kompetenzorientierte Zielvorgaben anbietet. Es dient dazu, die erwartete Qualität des Handelns zu definieren und damit ein angestrebtes Lernergebnis zu verfolgen und zwar sowohl des Lernenden als auch des Lehrenden. Da der Lernende sich selber einschätzt und in Beziehung zu den Kompetenzen tritt, besteht eher die Möglichkeit, selbstverantwortlich das eigene Vorgehen mit den Erwartungen abzugleichen und die Eigenverantwortung wird erhöht. Dem Lehrenden kann es als Grundlage für Standort- und Zielgespräche behilflich sein (vgl. ISB 2016, S. 20).

4.1.1 Kompetenzorientierung im Unterricht

Um das Kompetenzraster sinnvoll in das Curriculum und in den Unterricht zu integrieren, ist es notwendig, dass Lehrkräfte die Kennzeichen von kompetenzorientiertem Unterricht kennen und verstehen. Deshalb soll in diesem Kapitel deutlich gemacht werden, dass es sich nicht um eine Input-Orientierung handelt, sondern um den Output, nämlich ein angestrebtes Lernergebnis. Der langfristige Kompetenzerwerb steht im Vordergrund der Bemühungen. Wie die angestrebten Lernziele erreicht werden, bleibt weitgehend offen. Das erfordert viel Vorbereitungsarbeit und Planung des Lehrer-Kollegiums an den Schulen. Die Rollen des Lehrers und des Lernenden werden diskutiert und betrachtet (vgl. ISB 2016, 16 ff), (vgl. Saldern 2011, S. 132–134).

Die Umsetzung der Kompetenzorientierung erfordert eine etwas andere Sichtweise der Lehrenden, nämlich (vgl. ISB 2016, S16 f für folgenden Absatz):

1. Der Lernprozess wird von seinem angestrebten Lernergebnis heraus betrachtet. Statt einer Input-Orientierung wird eine Output-Orientierung angestrebt.
2. Der Kompetenzerwerb der Schüler ist auf Langfristigkeit ausgelegt.
3. Es gibt keinen vorgeschriebenen Weg zur Zielerreichung, das bedeutet für Lehrende eine gemeinsame Verständigung hinsichtlich der Ziele, Planung und Umsetzung.

Merkmale eines kompetenzorientierten Unterrichts:

1. Die Kompetenzen der curricularen Vorgaben haben einen festen Bezug zum Lernergebnis und haben eine hohe Verbindlichkeit. Sie sind langfristig ausgelegt und bedingen einen

Transfer in neue Situationen. Dem Lernenden muss die Zeit gegeben werden in verschiedenen Kontexten zu handeln und sich durch Wiederholen zu festigen.

2. Die Kompetenz, verstanden als Fähigkeit und Fertigkeit, zielt auf die Problemlösungsfähigkeit im Hintergrund der Fachlichkeit ab. Um die Lernenden als Handlungsträger Erfahrungen machen zu lassen, muss eine positive „Fehlerkultur“ etabliert sein. Irrwege im Umgang mit komplexen Aufgaben werden als erfolgreiche Lerngelegenheiten aufgefasst.
3. Der kompetenzorientierte Unterricht geht über das Handeln hinaus. Es fordert eine bewusste Steuerung des eigenen Denkens und Handelns der Lernenden. Die Bewusstmachung der Handlungsschritte und die Reflexion führen erst zu bereichsspezifischer Kompetenz.
4. Notwendige Voraussetzung für den Erwerb von Kompetenzen stellt die Motivation als Bereitschaft zu handeln dar. Hier benötigen Lernende Lernsituationen, die selbstständiges Arbeiten ermöglichen und Eigenverantwortung fördern.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass situativ kompetentes Handeln und kompetenzorientierter Unterricht auf Wissen und auf der Bereitschaft zum Handeln basiert. Das Wissen und Wollen setzen ein gewisses Grundinteresse der Lernenden voraus. Da diese Faktoren individuell verschieden sind, muss als Lernvoraussetzung die Schülerschaft als heterogene Gruppe angesehen werden (vgl. ISB 2016, S. 16).

4.1.2 Aufbau und Erstellung von Kompetenzrastern

Kompetenzraster haben keine festgelegte Struktur, sondern passen sich den Schulen und deren Bedürfnissen und Gegebenheiten an. Sie orientieren sich an den Kompetenzen, die vermittelt werden sollen. Das Kompetenzraster wird in Form einer Tabelle erstellt und enthält konkrete Anforderungen, die für die Lernenden formuliert sind. Im vertikalen Segment werden Kompetenzbereiche aufgeführt, die Lern- und Arbeitsbereich bestimmen. Es beschreibt, was der Lernende können soll. Im horizontalen Bereich werden zu den Lern- und Arbeitsbereichen vier bis sechs Niveaustufen definiert: Sie beschreiben, wie gut man etwas kann. In diesem Absatz wird klar, was das Kompetenzraster enthalten muss und was dadurch erreicht wird. Die Auswahl der Kompetenzbereiche wird im Zusammenhang mit der beruflichen Handlungskompetenz diskutiert.

Das Anfertigen eines Kompetenzrasterns erfordert Inspiration und die Einnahme verschiedener Perspektiven, weshalb es bevorzugt im Lehrerteam entwickelt wird. Hier werden die sieben Schritte zur Entwicklung aufgezeigt (vgl. ISB 2016, S. 27-30 für folgende Ausführung).

1. Kompetenzbereich festlegen

Im Schritt eins werden die Kompetenzen festgelegt, die mit Hilfe des Kompetenzrasters geprüft und erfasst werden sollen. Teilkompetenzen einer Kompetenz können ebenfalls im Raster dargestellt werden. Das Kompetenzraster zur Analyse für eine Kompetenzentwicklung, wie beispielsweise bei überfachlichen Kompetenzen, kann fachliche und überfachliche Kompetenzen enthalten. Die curricularen Vorgaben, die bereits im Lehrplan als Kompetenzen formuliert sind, sollten Einfluss auf Gestaltung und Überlegungen haben.

2. Kriterien festlegen

Sind die Kompetenzbereiche formuliert und festgelegt, werden im zweiten Schritt beobachtbare Merkmale, als Kriterien bezeichnet, zusammengetragen, um das zu erreichende Verhalten als Ergebnis beschreiben zu können. Die Liste der festgelegten Kriterien sollte überschaubar bleiben, weshalb empfohlen wird, sich auf sechs bis maximal sieben Kriterien zu einigen. Ist der Themenbereich zu komplex und würden mehr Kriterien erforderlich sein, ist es sinnvoll, den Themenbereich für das Raster einzugrenzen.

3. Parameter finden

Im Schritt drei wird das jeweilige Kriterium genauer betrachtet und in seiner Struktur analysiert: Welche Aspekte erscheinen wichtig und notwendig innerhalb dieses Themenbereiches? Diese systematische Vorgehensweise gewährleistet eine spätere Unterscheidbarkeit in den Niveaustufen. Die Parameter dienen einerseits als Bedingungen, da sie festgelegt werden, andererseits geben sie dem Lernenden Hinweise, wo er ansetzen kann, um die nächste Niveaustufe zu erreichen. Wenn ein Kriterium zu viele Parameter enthält, ist es sinnvoll, das Kriterium aufzuspalten. Empfohlen wird, aufgrund der besseren Handhabbarkeit zwei bis vier Parameter pro Kriterium festzulegen.

4. Höchste und niedrigste Niveaustufe formulieren

Als Erstes muss festgelegt werden, wie viele Kompetenzstufen das Raster enthalten soll, um später Niveaustufen ausformulieren zu können. Durch die Kompetenzstufen ergibt sich eine Gliederung in den Niveaustufen. Ein Vorteil für den oder die Ersteller und für die Anwender ist es, wenn für eine bessere Handhabbarkeit vier bis fünf Niveaustufen im Raster vorhanden sind. Mehr Kompetenzstufen wären gerechtfertigt, wenn das Bildungsniveau der Lernenden hoch ist. Die Bezeichnung für die Niveaustufen kann unterschiedlich erfolgen, sie kann nach dem Alphabet gekennzeichnet oder numerisch festgelegt sein. Es ist ebenso möglich, die Niveaustufen explizit zu beschreiben, wie zum Beispiel „Wiedergeben“, „Gestalten“ usw. oder man nimmt eine Einteilung nach den klassischen Lernzieltaxonomien vor. Sind die Entscheidungen bezüglich der Gestaltung getroffen, wird in kurzen Sätzen jedes Kriterium für die

höchste und die niedrigste Niveaustufe beschrieben unter Verwendung der zuvor festgelegten Parameter. Die Formulierung der Sätze erfolgt aus der Perspektive des Schülers und sollte verständlich und leicht zu erfassen sein. Abschließend sollte bei der Formulierung bedacht werden, dass beobachtbares Verhalten formuliert werden sollte, sofern das möglich ist. Stets ist dabei zu beachten, dass es sich immer um positive Formulierungen handelt, da negative Formulierungen zu einer Demotivation des Lernenden führen könnten.

5. Niveaustufen vervollständigen

Wenn bereits die unterste und die oberste Randstufe des Niveaus formuliert sind, werden die restlichen Niveaustufen fasslicher und können leichter ausgedrückt werden. Wenn jedoch im Arbeitsprozess festgestellt wird, dass sich die sprachlichen Stufungen kaum voneinander unterscheiden, bedeutet dies, dass es für den Lernenden kaum fassbare Unterschiede gäbe. Dementsprechend folgt die Konsequenz, dass ein bis zwei Niveaustufen gestrichen werden müssen.

6. Einsatz im Unterricht

Das erstellte Kompetenzraster stellt eine Version dar, die wichtige und wesentliche Funktionen enthält, aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Erst in der Anwendung in Lehr- und Lernsituationen entfaltet es sein Potenzial und es zeigen sich Verbesserungserfordernisse, ausgehend von allen Beteiligten. Die Lernenden können meist sehr gut beurteilen, wie aussagekräftig oder wie hilfreich sie die formulierten Aspekte empfunden haben oder auch, um welche Aspekte der Bereich ergänzt werden muss.

7. Überprüfung und Überarbeitung des Kompetenzrasters

Um zu einer endgültigen Version zu kommen, müssen die Ergebnisse des Einsatzversuches dokumentiert, in das Kompetenzraster implementiert und zukünftig berücksichtigt werden.

Grundsätzlich ist die Erstellung von Kompetenzrastern eine Teamarbeit und ein fortwährender Prozess, der sich erst in der Anwendung vervollständigt und sich darüber hinaus an den Lernenden orientiert (vgl. ISB 2016, S. 27–30).

4.1.3 Arbeit mit Kompetenzrastern

Die Gestaltung der Arbeit mit dem Kompetenzraster ist maßgeblich von den Zielen des Rasters abhängig. Drei Anwendungsformen haben sich herauskristallisiert, welche isoliert, aber auch in Kombination angewendet werden können. Die Selbsteinschätzung, die Fremdeinschätzung und die gegenseitige Beobachtung der Lernenden mit anschließender Fremdeinschätzung können mit Hilfe des Kompetenzrasters der unsystematischen Beobachtung entgegenwirken. Durch die festgelegten Kriterien wird eine objektive Einschätzung möglich. Wann

beobachtet wird und wie häufig sowie den Nutzen der Aktion gilt es zu planen und transparent zu machen, um Lernwiderstände zu vermeiden. Da die empathische Kompetenz (beziehungsweise die Performanz) nur schwer beobachtet werden kann, wie in Kapitel 3.2 beschrieben und begründet, empfiehlt sich für das hier erstellte Kompetenzraster die Selbsteinschätzung mit der Option zur Fremdeinschätzung, wenn der Lernende dies befürwortet.

Die Kenntnisse von Erfolgsbedingungen in der Anwendung von Kompetenzrastern sind nicht unwesentlich, da eine erfolgreiche Umsetzung von diesen Faktoren mit beeinflusst wird (vgl. ISB 2016, 31 ff).

Voraussetzungen für die erfolgreiche Anwendung von Kompetenzrastern sind:

- Bereitwilligkeit der Lernenden, sich an der Beobachtung zu beteiligen
- Durchsichtigkeit der Ziele der Beobachtung
- Vertrauensvolle Lernumgebung
- Geregelte beständige Reflexionen

Die Rolle der Lehrenden kann eine Herausforderung darstellen aufgrund der starken Outcome-Orientierung. Das Kompetenzraster ist ein hilfreiches Instrument, um diese zu verwirklichen. Die Intension muss allen Beteiligten klar sein. Das Verhalten der Lehrenden beinhaltet ein Wissen über die Anforderungsstruktur, damit eine langfristige Entwicklung möglich ist. Eine Übersicht über die bereits vorhandenen Kompetenzen der Lernenden hilft, einen Anschluss zu gewährleisten und mit einer Breite von Lernstrategien dem zu begegnen. Der Lehrende braucht die Fähigkeit, Lernziele und die Kriterien in Beziehung zum Lernenden zu bringen und daran Anteil zu nehmen (vgl. ISB 2016, S. 33 f).

Für die Arbeit mit dem im Kapitel 5 vorgestellten Kompetenzraster braucht der Lehrende neurologische theoretische Grundkenntnisse, wie sie in dieser Arbeit bereits vorgestellt wurden. Das Kompetenzraster verbindet theoretische Inhalte mit der Praxis, demnach benötigt der Lernende die theoretischen Hintergründe ebenso, aber den Ausgangspunkt bildet hier die Praxis.

5 Beispiel „Kompetenzraster empathische Kompetenz“ im Umgang mit Dialysepatienten

Anhand der Ausführungen wird aus den vorangegangenen Kapiteln ein Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz entwickelt und vorgestellt. Anzumerken ist, dass die Entwicklung eines Kompetenzrasters eine Teamarbeit darstellt, weil nur so unterschiedliche Perspektiven mit bedacht werden können (vgl. Saldern 2011, S. 132). In der vorliegenden Arbeit ist dies nicht gegeben, allerdings wurden möglichst vielfältige Perspektiven berücksichtigt.

Das hier erstellte Kompetenzraster kann nur einen Ansatz für einen Weg darstellen und ist noch keine Endversion. Anzumerken ist hierbei, dass Kompetenzraster erst ihre volle Wirkung im Abgleich der Anwendungen erfahren unter Einbezug des Lernenden (vgl. ISB 2016, S. 30).

Der lerntheoretische Ansatz des situierten Lernens beschreibt im Kapitel 3.1 das Lernen aus Erfahrungen und Situationen, deshalb wird von einer zeitlichen Begrenzung der Anwendung des Rasters abgesehen. Die Betreuung und Begleitung der Dialysepatienten obliegt Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikation. Aber die Forderung nach sozial kompetenten, empathischen Pflegekräften trifft alle gleichermaßen, deshalb wird keine Unterscheidung vorgenommen hinsichtlich Auszubildenden, Fachkräften oder weitergebildeten Pflegefachkräften.

Das vorliegende Beispiel wurde erstellt in Anlehnung an den kompetenzbasierten Rahmenlehrplan der Weiterbildung für Nephrologie. Grundlage für die Kriterien und Parameter waren die Ausführungen der vorangegangenen Kapitel dieser Arbeit.

Anhand der Konstruktionsschritte im Kapitel 4.1.2 wurde das Kompetenzraster erstellt. Der Vorgang der Erstellung befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Tabelle 2 Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten

Kompetenzniveau Themenbereiche	A	B	C	D
1 Erfassen der Gesamtsituation des Erkrankten als einen Prozess	<p>Ich habe das Wissen um die Gesamtsituation des Erkrankten zu erfassen und habe pflegerische Kenntnisse, die ich in Routinehandlungen anwende. Ausgehend von einem Pflegeproblem richte ich mein Handeln aus als Teil eines Prozesses.</p>	<p>Ich nehme die individuelle Situation des Patienten wahr und kann diese beschreiben. Ich schätze die spezifische Situation des Patienten ein und richte mein pflegerisches Handeln danach aus. Ich gestalte aktiv eine individuelle Pflegebeziehung zu den Betroffenen und den Bezugspersonen, um sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.</p>	<p>Ich reflektiere die Situation unter Einbeziehung meiner Person und kann diese erläutern. Ich werde mir der Bedeutung meiner Gefühle und der Pflegehandlung bewusst.</p>	<p>Meine pflegerischen Handlungen basieren auf Werten und Normvorstellungen, die ich professionell begründen kann. Ich erfasse die Gesamtsituation des Erkrankten kritisch anhand von Werten unter Einbeziehung meiner eigenen Gefühle. Ich habe den Mut mich einem Dilemma zu stellen und hinterfrage das angenommene Selbstverständnis der Pflege.</p>

<p>2 Planen und bewerten der Pflegehandlung</p>	<p>Ich kann beschreiben, was unter der affektiven und kognitiven Empathie in Bezug zur Pflege verstanden wird. Ich kann beschreiben, warum Empathie eine wichtige Rolle in der Pflegearbeit einnimmt. Ich kann Gefühlsarbeit und Emotionsarbeit erklären und habe Wissen darüber.</p>	<p>Ich nehme den Patienten mit seinem Umfeld im individuellen Kontext wahr und schätze anhand der Situation ein, inwieweit Empathie und Gefühlsarbeit in einem professionellen Kontext erforderlich sind. Meine Beurteilung ist entscheidend für mein Handeln in der Situation.</p>	<p>Ich reflektiere und äußere, ob meine empathische Kompetenz zielführend war. Ich kann meine eigenen Gefühle im Kontext der Handlung erkennen und mich selbst als Einflussfaktor begreifen. Ich leiste interne und externe Emotionsarbeit, ausgehend von der Reflexion.</p>	<p>Empathie in der Pflege ist für mich eine feste Größe und ein wichtiger Teil meiner beruflichen Identität. Ich nehme mich mit meinen eigenen Gefühlen als Persönlichkeit wahr und stehe meiner Handlung kritisch gegenüber. Dem Nutzen der Empathie sind auch Grenzen gesetzt, die ich hinterfrage und überdenke.</p>
<p>3 Den Pflegeverlauf bewerten und steuern</p>	<p>Ich kann erklären, was Reflexion in den verschiedenen Dimensionen bedeutet und warum Reflexion für die Entwicklung der Handlungskompetenz wichtig ist.</p>	<p>Ich schätze mein Wissen und meine Erfahrung in Bezug zum individuellen Fall ein und richte mein Handeln danach aus. Ich erkenne, dass mein Wissen und meine Entscheidung ausschlaggebend für meine Handlung sind.</p>	<p>Ich schaue zurück auf die Handlung und beziehe dabei die Bedürfnisse des Patienten mit ein unter Einbeziehung meiner genutzten Fähigkeiten. Ich rekonstruiere die komplexe Situation unter Einbeziehung meiner eigenen Gefühle.</p>	<p>Reflexion ist für mich eine Haltung und unabdingbar für professionelles Handeln. Für mein berufliches Handeln ist die Reflexion ein fester Bestandteil. Für mich dient die Reflexion als Unterbrechung der Routine und gibt der ethischen Betrachtung einen Raum.</p>

<p>4 Handeln auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse</p>	<p>Ich kann das Pflegemodell nach Corbin und Strauss anhand der Phasen und Stadien beschreiben. Ich verstehe die prozessfördernde Pflege nach Krohwinkel als Ergänzung und Unterstützung in Bezug auf den Interventionsschwerpunkt.</p>	<p>Ich richte mein Handeln anhand der Stadien individuell an der Krankheitsverlaufskurve des Patienten aus. Ich kann meine Handlungen begründen. Ich verstehe, dass meine Entscheidungen den Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen mitbeeinflussen.</p>	<p>Ich reflektiere das pflegewissenschaftliche Handeln unter Einbeziehung meines Denkens und Handelns. Die Bewältigungsarbeit der Betroffenen steht im Fokus meiner Arbeit.</p>	<p>Ich bin der Überzeugung, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse unerlässlich in der Pflege sind. Pflegewissenschaft in ihrer Anwendung hinterfrage ich kritisch und kann meine Haltung für den Einsatz in der Praxis begründen. Aufgrund des theoriegeleiteten Handelns kann ich ein ethisches Problem besser darstellen und besser lösen.</p>
---	---	---	---	--

<p>5 Teil eines multiprofessionellen Teams sein</p>	<p>Ich kann benennen, aus welchen Mitgliedern sich mein aktuelles multiprofessionelles Team zusammensetzt. Ich kann erklären, warum interdisziplinäres Arbeiten im Umgang mit chronisch Kranken unerlässlich ist.</p>	<p>Ich schätze die spezifische Situation ein, beurteile die Vor- und Nachteile des interdisziplinären Arbeitens für den Patienten. Ich kann mich bewusst und willentlich in die Lage des Patienten hineinversetzen, um eine Beziehung aufzubauen. Ich beachte individuelle verbale und nonverbale Hinweise und gleiche meine Erkenntnisse im Team ab.</p>	<p>Ich reflektiere meine Rolle im Team und nehme dadurch meine Stärken und Schwächen wahr. Meine berufliche Rolle ist ein wichtiger Teil des Teams und ich kann mich im Team einbringen. Ich erkenne meine Grenzen für Empathie aufgrund von Reflexion und artikuliere dies im Team.</p>	<p>Ich bin der Ansicht, dass meine Kompetenz wertvoll ist für das Team. Ich überprüfe kritisch, ob das Team die Haltung zur Empathie im Umgang mit Dialysepatienten mit mir teilt. Ich vertrete meine empathische Haltung mit Mut und Engagement.</p>
--	---	---	--	---

<p>6 Den Patienten unterstützen</p>	<p>Ich kann beschreiben, warum der Patient in seinen Selbstmanagementfähigkeiten individuell unterstützt werden muss. Ich kann die verschiedenen Stadien und Phasen, in denen sich chronisch kranke Menschen befinden, erläutern. Ich kann die Hämodialyse und die Peritonealdialyse erklären und den Unterstützungsbedarf vergleichen.</p>	<p>Ich kann Patienten in allen Altersstufen betreuen. Ich kann Patienten unter der Hämodialysetherapie sowie unter der Peritonealdialysetherapie individuell in ihren Selbstmanagementfähigkeiten unterstützen. Individuelle Ziele bespreche ich mit dem Patienten gemeinsam.</p>	<p>Ich reflektiere mein Handeln in Bezug auf die gemeinsame Zielformulierung mit den Betroffenen. Ich beziehe mich als Person mit in das Geschehen ein und kann dies ausdrücken. Bei Nichterreichen der Ziele überprüfe ich meine Vorgehensweise und verändere meine Handlung oder das Ziel.</p>	<p>In schwierigen und krisenhaften Situationen wende ich mich den Betroffenen aktiv zu und unterstütze ihre Bedürfnisse durch empathisches Verhalten. Ich stehe mit Courage für die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen ein. Ethische Probleme nehme ich an, setze mich mit den verschiedenen Perspektiven auseinander und versuche, sie zu lösen.</p>
<p>7 Einstellung und Haltungen entwickeln</p>	<p>Ich kann erklären, was unter dem Begriff Einstellung und Haltung verstanden wird. Ich kann erläutern, welchen Einfluss die Einstellung in Bezug zu meiner Handlung hat.</p>	<p>Ich kann mein Handeln an meiner patientenorientierten empathischen Grundhaltung in Situationen ausrichten.</p>	<p>Ich reflektiere meine Einstellung und Haltung und begründe diese. Darüber hinaus beeinflusst meine Reflexion meine Haltung.</p>	<p>Ich nehme meine und andere Haltungen und Einstellungen bewusst wahr. Ich überprüfe meine und andere Haltungen kritisch. Ich sehe dies als notwendige Voraussetzung um ethische Probleme aktiv zu lösen.</p>

6 Zusammenfassung und Schlussbetrachtung

Diese Arbeit beschäftigte sich mit der Fragestellung: „Was bedeutet professionelle empathische Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten und wie kann die empathische Kompetenz gefördert werden?“

Aus diesem Grund wurde die Situation für Menschen mit chronischem terminalen Nierenversagen aus pflegewissenschaftlicher Sicht beleuchtet, woraus klar hervorgeht, dass diese Krankheit in besonderem Maß Menschen und ihre Angehörigen fordert. Zugleich zeigte sich die Notwendigkeit von pflegerischen Interventionen, in denen Empathie unerlässlich scheint. Den Krankheitsprozess zu verstehen, bedeutet, die Perspektive des Patienten besser nachvollziehen zu können. Nephrologische Versorgungsstrukturen in Bezug zur Dialyse sind komplexe starre Strukturen, die der Individualität des Patienten gegenüberstehen. Hieraus leitet sich ab, dass Patienten ihre Wünsche und Vorstellungen nicht immer optimal einbringen können. Die Ergebnisse des ersten Kapitels zeigten, dass die Berücksichtigung der individuellen Situation notwendig ist, um eine gute gemeinsame Bewältigungsarbeit zu leisten (vgl. Kapitel 1, S. 4-7). Dialysepatienten benötigen Pflegende, die ihnen mit Hilfe der empathischen Kompetenz Sicherheit und Vertrauen geben (vgl. Wiederhold et.al 2011).

In der Versorgung von Dialysepatienten ist die Pflege ein unverzichtbarer Teil eines multiprofessionellen Teams. Die Pflege hat die Aufgabe, den Patienten und seine Angehörigen bei der Therapie und dem Umgang mit Folgen seiner Erkrankung zu begleiten und zu unterstützen. In der Praxis versorgen Pflegende mit unterschiedlichen Qualifikationen Dialysepatienten. Die Forderung der empathischen Kompetenz hingegen trifft alle Pflegenden gleichermaßen, unabhängig von ihrer Qualifikation. Zusammengefasst lässt sich daraus die Kompetenzorientierung ableiten, um eine gleichbleibende Versorgungsqualität zu gewährleisten (vgl. Kapitel 1.2).

Um Dialysepatienten professionelle Pflege zu ermöglichen, hat sich gezeigt, dass das Pflegemodell nach Corbin und Strauss im Umgang mit chronisch Erkrankten den Pflegenden eine gute Orientierungshilfe bietet. Unter Berücksichtigung der in Deutschland weit verbreiteten pflegerischen Praxis wurden die ABEDLs nach Krohwinkel mit dem Trajektorienmodell sinnvoll verknüpft. Das Handeln und Pflegen, ausgerichtet auf die Stadien und Phasen des Patienten, ermöglicht eine individuelle, zielgerichtete Pflege unter Einbeziehung der Pflegewissenschaft. Die ABEDLs unterstützen diesen Vorgang in Bezug auf den Interventionsschwerpunkt nach den gewohnten Kategorien (vgl. Kapitel 1.2.1).

Belastungen durch die Erkrankung wie Begleiterkrankungen und psychosoziale Faktoren müssen im Umgang mit einem Dialysepatienten mit betrachtet werden, da die Patienten Einschränkungen in allen Lebensbereichen erfahren (vgl. 1.2.2).

Resümierend kann professionelle empathische Kompetenz nur in Verbindung mit nephrologischem Fachwissen gefördert werden, weil mit dem Wissen der krankheitsbezogenen Anforderungen die Probleme des Patienten und seiner Angehörigen nachvollziehbar werden. Die geforderte individuelle Krankheitsbewältigung muss strukturell verankert sein, um Dialysepatienten qualitativ gleichbleibend gut zu versorgen.

Neben dem Fachwissen muss die Förderung der empathischen Kompetenz strukturiert und organisiert ausgebildet werden und im Kontext der Pflege verstanden werden. Das Kompetenzraster als Instrument eignet sich sehr gut, um kompetenzorientiert auszubilden (vgl. Kapitel 4). Das in dieser Arbeit erstellte Kompetenzraster wurde in einem engen Bezug zur Pflegewissenschaft erstellt unter Einbeziehung der Pflegepädagogik als Begründung und Weg.

Um einen pflegepädagogischen Standpunkt für das Raster zu erhalten, wurde der Begriff der Pflegekompetenz nach Olbrich erfasst. Diese setzt voraus, dass der Gesamteindruck eines Menschen im Zusammenwirken mit seinem Umfeld wahrgenommen werden muss. Der vierdimensionale Ansatz vermag es, hierarchische Kategorien abzuleiten, indem pflegerisches Handeln als Kompetenz fassbar gemacht wird. Das Ergebnis spiegelt sich im Kompetenzraster in den Niveaustufen wieder (vgl. Kapitel 2.1).

Empathie in der Pflege meint die bewusste Perspektivenübernahme des Patienten. Daraus kann abgeleitet werden, dass es aus pädagogischer Sicht sinnvoll erscheint, sich auf die beeinflussbare kognitive Empathie zu konzentrieren, wohlwissend, welchen Einfluss auch die affektive Empathie hat (vgl. Kapitel 2.2). Die Ergebnisse machen deutlich, dass Empathie genutzt wird, um pflegerische Beziehungen zu gestalten und dass die gewonnenen Erkenntnisse bedeutend sind für eine zielgerichtete und geplante Pflege. Gleichwohl ist Empathie nicht notwendig für jede pflegerische Interaktion. Empathie im Sinne der Handlungsorientierung dient der Berücksichtigung der Bedürfnisse der Patienten und ist in dem Sinne keine Frage der Motivation, sondern stellt eine Kompetenz dar (vgl. Kapitel 2.2.2). Wenn Empathie als Arbeitsleistung verstanden wird, müssen Person, Motive, Situation und Rahmenbedingungen mit beachtet werden als Einflussfaktoren, die entweder Empathie fördern oder als Barriere wirken. Empathie ist nach Zimmermann eine Grundvoraussetzung für die soziale Kompetenz. Ein wichtiges Ergebnis im Zusammenhang mit der empathischen Kompetenz war, dass sie prinzipiell erlernbar ist, aber eine strukturierte Vermittlung unumgänglich ist (vgl. Kapitel 2.2.3).

Wenn Empathie als Arbeitsleistung verstanden wird, müssen zukünftige Pflegekräfte Gefühlsarbeit und Emotionsarbeit als Leistung verstehen und anerkennen. Wittneben macht durch die Benennung der Kategorien die Gefühlsarbeit fassbar als Entwicklungsprozess. Der professionelle Umgang mit Gefühls- und Emotionsarbeit schafft die Voraussetzung für die Anerkennung dieser Arbeit, ausgehend von der Pflege selbst, aber auch innerhalb der Organisation, in der

sie geleistet wird. Dunkel beschreibt, in welchen Formen Interaktionen die Gefühle des Anderen beeinflussen bis hin zur Arbeit an den eigenen Gefühlen. Hochschild beschreibt Gefahren der Manipulation der eigenen Gefühle im Tausch gegen Profit. Sie geht jedoch nicht von profitorientiertem Handeln in der Pflege aus in Bezug zur Gefühlsarbeit, aber von einer unausgesprochenen und nicht wertgeschätzten Arbeit (vgl. Kapitel 2.3.1).

Overlander stellt die Belastungen, denen die Pflegearbeit ausgesetzt ist, als schwer messbaren Einfluss dar. Fakt ist aber, dass die Befindlichkeit der Pflegekraft einen großen Einfluss auf das Handeln hat. Als Entlastung werden interne Strategien und externe Verarbeitungsstrategien aufgezeigt, die sich im Raster wiederfinden (vgl. Kapitel 2.3.2).

Das situierte Lernen bietet einen passenden lerntheoretischen Ansatz für die Anwendung des Kompetenzrasters in der Praxis und dient als Brücke zwischen Theorie und Praxis. Diese Lernform hat ihren Ausgangspunkt in der Praxis und lebt von der Kultur in der Einrichtung, in der sie angewendet wird (vgl. Kapitel 3). Das Ergebnis einer Kompetenzorientierung ist die Outcome-Orientierung im Sinne der Performanz. Die verschiedenen Ebenen des Lernens nach Olbrich machen deutlich, dass Lernen unterschiedlich stattfindet. Für die Entwicklung der empathischen Kompetenz jedoch ist eine personale Auseinandersetzung notwendig und die berufliche Identität wird ausgebildet (vgl. Kapitel 3.2.1).

Reflexion und Lernen bilden die Grundlage des Kompetenzrasters. Eine systematische Reflexion in Verbindung mit der Handlung und der eigenen Person schaffen den Ausgangspunkt für das Lernen in der Praxis. Lernhandlungen und eine Umstrukturierung der eigenen Handlungen werden vom Lernenden nur angenommen, wenn er die Notwendigkeit erkennt. Zusammenfassend bildet die Reflexionsfähigkeit eine weitere Voraussetzung für die Förderung der empathischen Kompetenz (vgl. Kapitel 3.3).

Das Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz stellt stufenweise Kompetenzen dar, die notwendig sind, um die empathische Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten zu fördern. Somit wird die Forderung nach empathischer Kompetenz für Lehrende und für Lernende fassbar. Das erstellte Raster ist auf die Selbstbeurteilung angelegt; das heißt jedoch nicht, dass der Lernende damit alleine gelassen wird.

Der Lernende benötigt in der Praxis ein Team, das die Art der Lernkultur unterstützt und mitträgt. Organisatorische Rahmenbedingungen für ein strukturiertes Lernen in der Praxis sind dafür die Voraussetzungen (vgl. Kapitel 4).

Das erstellte Kompetenzraster ist angelegt für Pflegekräfte, die Dialysepatienten betreuen und unterstützen, unabhängig von ihrer Qualifikation. Es ist denkbar, das erstellte Kompetenzras-

ter als Konzept in der Ausbildung oder Weiterbildung zu nutzen. Es könnte exemplarisch betrachtet werden, weil ein Transfer im Umgang mit Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen denkbar wäre (vgl. Kapitel 5).

Kritisch anzumerken ist, dass das Kompetenzraster noch keine Endversion ist, sondern erst in Verbindung mit der Anwendung eine Überarbeitung des Inhalts erfährt. Ebenso wurde die Patientengruppe der Nierentransplantierten im Konzept nicht mitberücksichtigt.

Kurzum wurde mit dem Kompetenzraster ein Konzept erstellt, das eine Förderung der empathischen Kompetenz möglich macht. Durch den professionellen empathischen Umgang der Pflege mit Dialysepatienten profitieren Patienten und ihre Angehörige wie auch die Pflege selbst.

Im Anschluss an diese Arbeit ist eine Weiterentwicklung denkbar, vor allem im Bereich der Implementation des Konzeptes und in weiterführenden Bereichen wie der Supervision als unterstützende Maßnahme für Pflegenden, die täglich Gefühls- und Emotionsarbeit leisten.

Empathie ist keine Kompetenz, die man als Forderung an Pflegekräfte voraussetzen darf, ohne einen Weg der Erlangung der empathischen Kompetenz anzubieten.

Literaturverzeichnis

- Amboss** (Hg.) (2018): Nierenersatzverfahren. Online verfügbar unter <https://www.amboss.com/de/wissen/Nierenersatzverfahren>, zuletzt aktualisiert am 24.07.2018, zuletzt geprüft am 03.10.2018.
- Benner**, Patricia E.; **Wengenroth**, Martin; **Staudacher**, Diana (Hg.) (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege). Online verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-85020-7>.
- Bischoff-Wanner**, Claudia (2002): Empathie in der Pflege. Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Zugl.: Berlin, Humboldt-Univ., Diss., 2001. 1. Aufl. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Bundschuh**, Marion; **Reichardt** Michael; **Schröder** Hans Martin (2015): Bundesarbeitsgemeinschaft Nephrologische Pflege (BANP) Position zur Personalstruktur in nephrologischen Einrichtungen. In: *Dialyse aktuell* (19), S. 242–248.
- Corbin**, Juliet M.; **Strauss**, Anselm L.; **Hildenbrand**, Astrid (2010): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber (Gesundheitswissenschaften).
- Corbin**, Juliet M.; **Strauss** Anselm. L. (1988): Unending work and care. Managing chronic illness at home. San Francisco.
- Darmann-Finck**, Ingrid (2011): Kompetenzmessung in der Pflegeausbildung. Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. Hg. v. Institut für Public Health. Bremen. Online verfügbar unter https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no9_online_rz.pdf, zuletzt geprüft am 24.11.2018.
- Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe** (DBR) (Hg.) (2017): Pflegeausbildung vernetzend gestalten – ein Garant für Versorgungsqualität. Online verfügbar unter <http://bildungsrat-pflege.de/wp-content/uploads/2014/10/broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf>, zuletzt geprüft am 20.09.2018.
- Dohmann**, Christian (2014): Psychologische Aspekte in der Betreuung von Dialysepatienten. In: Gerd Breuch, Eckhard Müller, H. Alexander und F.-H. Beckmann (Hg.): Fachpflege Nephrologie und Dialyse. 5. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Dunkel**, Wolfgang (1988): Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten. In: *Soziale Welt* (1), S. 66–85.

- Fernsebner**, Thomas; **Bundschuh**, Marion; **Küntzle**, Waltraud; **Reichardt**, Michael; **Schlieben**, Stefanie (Hg.) (2012): Kompetenzbasierter. Nephrologische Fachweiterbildung. *Dialyse Aktuell*: Thieme.
- Frei**, Ulrich.; **Schober-Halstenberg**, Hans J. (2007): Nierenersatztherapie in Deutschland. Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2006/2007. Quasi Niere. Berlin.
- Gerphreide**, Kerstin; **Breuch**, Gerd (2014): Die Pflege von Menschen mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz. In: Gerd Breuch, Eckhard Müller, H. Alexander und F.-H. Beckmann (Hg.): Fachpflege Nephrologie und Dialyse. 5. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 91–119.
- Gould**, Daniel (1990): Emathy: the nurse`s image and reality. In: *Nursing Standards* (49), S. 32–35.
- Hellige**, Barbara (2002): Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer (Kohlhammer Pflegewissenschaft).
- Hilzensauer**, Wolf (2008): Theoretische Zugänge und Methoden zur Reflexion des Lernens. Ein Diskussionsbeitrag. Hg. v. Thomas Häcker. Online verfügbar unter <https://open-journals4.uni-tuebingen.de/ojs/index.php/bildungsforschung/art%20icle/viewFile/77/80>. zuletzt geprüft am 02.01.2019
- Hochschild**, Arlie Russell; Kardoff, **Ernst von Neckel**, Sighard (2006): Das gekaufte Herz. Die Kommerzialisierung der Gefühle. Erw. Neuaufl. Frankfurt/Main: Campus-Verl. (Campus-Bibliothek).
- Hokenbecker-Belke**, Eva; **Grötken**, Kornelia: Das Trajekt-Modell. Online verfügbar unter http://pflege-und-gesundheit.net/cms/upload/pdf/Trajectory_Model.pdf, zuletzt geprüft am 12.10.2018.
- Holoch**, Elisabeth (2003): Lernen in und aus beruflichen Pflegesituationen. In: *Pflegepädagogik* (12), S. 246–253.
- Holoch**, Elisabeth (2013): Situiertes Lernen. In: Roswitha Ertl-Schmuck und Ulrike Greb (Hg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Pflegepädagogik), S. 241–257.
- ISB** (Hg.) (2016): Überfachliche Kompetenzen einschätzen und entwickeln – unterstützt durch Kompetenzraster. Handreichung Berufliche Schulen. Online verfügbar unter https://www.isb.bayern.de/download/20586/isb_ueberfachliche_kompetenzen.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2018.

- Johns**, Christopher (2004): Selbstreflexion in der Pflegepraxis. Gemeinsam aus Erfahrungen lernen. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber (Pflegepraxis).
- Kesselring**, Annemarie (2012): Geleitwort zur ersten deutschen Ausgabe (1994). In: Patricia E. Benner, Martin Wengenroth und Diana Staudacher (Hg.): Stufen zur Pflegekompetenz. From novice to expert. 2., vollst. überarb. und erg. Aufl. Bern: Huber (Programmbereich Pflege).
- Klinge**, Matthias; **Brodmann**, Doreen (2017): Einführung in die Nephrologie und Nierenersatzverfahren. Für Pflegende, Medizinstudenten und Assistenzärzte. Berlin: Springer Science and Business Media; Springer.
- KMK** (Hg.) (2011): Handreichung. Für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe. Online verfügbar unter Kultusminister-Konferenz, zuletzt geprüft am 21.09.2018.
- Krohwinkel**, Monika (2013): Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs. Forschung, Theorie und Praxis. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (Programmbereich Pflege).
- MacKay**, R. C.; Hughes, J.R., Carver E.J. (Hg.) (1990): Empathy in the Helping Relationship: Springer Publishing CO.
- Müller**, Eckhard; **Heck**, Simone (2014): Peritonealdialyse. In: Gerd Breuch, Eckhard Müller, H. Alexander und F.-H. Beckmann (Hg.): Fachpflege Nephrologie und Dialyse. 5. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 395–414.
- Neumann-Ponesch**, Silvia; **Höller**, Alfred (2011): Gefühlsarbeit in Pflege und Betreuung. Sichtbarkeit und Bewertung: Altes Konzept ganz neu? 1. Aufl. s.l.: Springer-Verlag Wien. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=666570>.
- Oelke**, Uta; **Meyer**, Hilbert; **Scheller**, Ingo (2014): Teach the teacher. Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege und Gesundheitsberufen. Unter Mitarbeit von Werner Jank, Marianne Rabe, Barbara Schulz und Claudia Staudinger. Berlin, Illustrationen: Cornelsen.
- Olbrich**, Christa (1999): Pflegekompetenz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Olbrich**, Christa (2010): Pflegekompetenz. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber (Programmbereich Pflege). Online verfügbar unter http://haw-hamburg.ciano.com/shop/book/index.cfm/fuseaction/show_book/bok_id/46859.
- Overlander**, Gabriele (2001): Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. [4. Aufl.]. Frankfurt a.M: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 14).

- Prognos AG (Hg.) (2016):** Forschung zu chronischen Krankheiten und Patientenorientierung. Gemeinsamer Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Deutschen Rentenversicherung, der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und des Verbands der Privaten Krankenversicherung. Online verfügbar unter http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/versorgungsnaheforschung_broschuere.pdf, zuletzt geprüft am 06.10.2018.
- Reuschenbach, Bernd; Mohr, Tina (2005):** Anforderungen an Pflegende in Dialyseeinrichtungen aus Sicht von Patientinnen und Patienten – Ergebnisse einer Befragung mittels Critical Incident Technique. In: *Pflege* (18), S. 86–94.
- Robinski, Maxi; Mau, Wilfried; Wienke, Andreas; Girndt, Matthias (2016):** Shared decision-making in chronic kidney disease. A retrospection of recently initiated dialysis patients in Germany. In: *Patient education and counseling* 99 (4), S. 562–570. DOI: 10.1016/j.pec.2015.10.014.
- Rösch, Anita (2012):** Kompetenzorientierung im Philosophie- und Ethikunterricht. Entwicklung eines Kompetenzmodells für die Fächergruppe Philosophie, praktische Philosophie, Ethik, Werte und Normen, LER. Zugl.: Gießen, Univ., Diss., 2009. 3. Aufl. Wien, Zürich, Berlin, Münster: LIT-Verl. (Philosophie in der Schule, 13).
- Sahmel, Karl-Heinz (Hg.) (2009):** Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer-Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1766044>.
- Saldern, Matthias v. (2011):** Schulleistung 2.0. Von der Note zum Kompetenzraster. Norderstedt: Books on Demand (Schule in Deutschland, 4).
- Scheu, Peter (2011):** Empathie statt Mit-Leid. Ein praktisches Konzept zur Förderung empathischer Kompetenz in der Pflege. Marburg: Tectum-Verlag. Online verfügbar unter <http://gbv.ebib.com/patron/FullRecord.aspx?p=816274>.
- Schiffer, Mario (2014):** Nierentransplantation. In: Gerd Breuch, Eckhard Müller, H. Alexander und F.-H. Beckmann (Hg.): *Fachpflege Nephrologie und Dialyse*. 5. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, S. 418–441.
- Schöffling, Susanne (2010):** Chronische Niereninsuffizienz: Belastungen, Krankheitsverarbeitung und psychosoziale Interventionsmöglichkeiten. Dissertation. Universität Koblenz-Landau. Online verfügbar unter https://kola.opus.hbz-nrw.de/opus45-kola/frontdoor/deliver/index/docId/548/file/Dissertation_Schoeffling.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2018.

- Schönweiß**, Günther (Hg.) (1990): Dialysefibel. Erlangen: perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft.
- Schüßler**, Ingeborg (Hg.) (2000): Deutungslernen: Erwachsenenbildung im Modus der Deutung. Eine explorative Studie zum Deutungslernen in der Erwachsenenbildung. Unter Mitarbeit von Rolf Arnold. Hohengehren: Schneider (21).
- Sokol**, Christina; **Hoppenworth**, Uwe (Hg.) (2018): Betreuung von Dialysepatienten. Pflegerische und psychosoziale Kompetenzen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. Online verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-56357-1>.
- Speidel**, Hubert (1985): Spezifische psychische Belastungsfaktoren in der Dialysesituation. In: Friedrich Balck, Uwe Koch und Hubert Speidel (Hg.): Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 235–246.
- Urban**, Oliver (2009): Förderung von Reflexionskompetenz durch Praxisberichte. In: Karl-Heinz Sahmel (Hg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer-Verlag, S. 102–135.
- Verdi** (Hg.) (2015): Broschüre: Ausbildungsreport 2015. Online verfügbar unter https://gesundheit-sozialles.verdi.de/++file++5881dbcb4f5e9218d845ac6c/download/Ergebnisse_ver.di%20Ausbildungsreport%20Pflege%202015.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2018.
- Wiederhold**, Dietmar; **Lücke**, Anja; **Hoffmann**, Renate (2011): Anforderungen an das Dialysepersonal aus Sicht der Patienten. In: *Dialyse Aktuell* (15), S. 26–35.
- Wittneben**, Karin (2001): Gefühlsarbeit - Berechenbare Zusatzleistung der Pflege ? Teil I. In: *Pflege Aktuell* (11), S. 606–609.
- Zderad**, Loretta (1997): Empathie in der Pflege. In: Doris Schaeffer (Hg.): Pflgetheorien. Beispiele aus den USA. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege), S. 171–179.
- Zimmermann**, Gudrun (2009): Annäherung an den Begriff Sozialkompetenz. In: Karl-Heinz Sahmel (Hg.): Pflegerische Kompetenzen fördern. Pflegepädagogische Grundlagen und Konzepte. 1. Aufl. s.l.: Kohlhammer Verlag, S. 27–75.

Anhangsverzeichnis

Anhang 1 Tabelle nach ABEDLs nephrologischer Pflegeprobleme in Verbindung mit dem Krankheitserleben und Interventionen

Interventionsschwerpunkte nach ABEDLs (vgl. für die folgende Tabelle vgl. Gerpheide, Breuch 2014, 101 -119)

Aktivitäten/ Grundbedürfnis	Nephrologisches Krankheitserleben	Pflegeproblem	Pflegeintervention
ABEDL 1	Kommunikation		
<u>Problem 1</u>	Herausforderung in gesamter Kommunikation und Beziehungsmustern, hoher Informationsbedarf, Einschränkung in der Kommunikation durch Seh- und Hörstörungen, Konzentrationsstörungen, Verlustängste	Fehlendes Krankheitsverständnis, Informationsdefizit, gestörter Beziehungsaufbau durch mangelnde Kenntnis	Informationen dem jeweiligen Aufnahmevermögen anpassen, Vorwissen des Patienten in Beratung mit einbeziehen, den Informationsbedarf dem Patienten anpassen, Voraussetzungen des Patienten mit einbeziehen, Beziehung als Coach/Begleiter aufbauen
<u>Problem 2</u>	Gefühle werden nicht mehr ausgedrückt mit der Absicht, andere nicht zu belasten. Beispiel: bewusste oder unbewusste Angst vor dem Tod	Störung der Kommunikations- und Beziehungsprozesse durch fehlende Kommunikation im Zusammenhang mit Tabuthemen als Verarbeitungsstrategie der zu Pflegenden und der Pflegenden	Belastende Situationen im Team absprechen, um gemeinsame Strategien zu entwickeln, um den Anforderungen gerecht zu werden; eventuelle Unterstützung von außen anfordern

<u>Problem 3</u>	Rückzug, in sich gekehrt sein, Leben in Resignation führen, Sorgen und Ängste wollen oder können nicht mehr artikuliert werden	Resignationsgefährdung der Patienten, sozialer Rückzug; dadurch können Ressourcen nicht mehr erkannt und genutzt werden	Pflege sollte eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, dem Bedürfnis der Patienten nach Gesprächen nachkommen, aktives Zuhören, Zeit dafür einplanen, Behandlungsplätze kommunikationsfreundlich gestalten, Einbeziehung der Angehörigen
ABEDL 2	Sich bewegen		
<u>Problem 1</u>	Die körperliche Leistungsfähigkeit ist durch vielfältige Faktoren meist eingeschränkt; dies bedeutet, dass Dialysepatienten in ihrem sozialen Umfeld stark eingeschränkt sind; fehlende Aktivität und Mobilität werden als Makel angesehen und führen zur sozialen Ausgrenzung und Selbstabwertung.	Verlust des sozialen Status und des Selbstwertes	Zur Bewegung animieren und motivieren; spezielle Sportangebote der Dialyseeinrichtung, zum Beispiel Ergometer, Bettfahrrad; Unterstützung und Hilfeleistung bei der Suche nach passender Aktivität; Krankengymnastik mit einbeziehen; Identitätsarbeit
<u>Problem 2</u>	Dialysepatienten erleben sich als nicht leistungsfähig und leiden an dem Gefühl, chronisch müde zu sein.	Aufgrund der chronischen Müdigkeit ist die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit eingeschränkt; dies	Siehe oben bei Problem 4, zusätzlich Beratung zur Schlafhygiene zu Hause und in der Dialyseeinrichtung

		verstärkt die Hilflosigkeit und führt zu einem mangelnden Selbstwertgefühl.	
ABEDL 3	Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten		
<u>Problem 1</u>	Durch die Erkrankung sind die vitalen Funktionen mit beeinträchtigt; der Patient erlebt dies bei direkten oder indirekten Komplikationen, zum Beispiel bei Atemnotzuständen bei Flüssigkeitsüberladung.	Zu hohe Gewichtszunahmen im dialysefreien Intervall belasten das Herz-Kreislauf-System; es besteht die Gefahr der Atemnot bis hin zum Lungenödem.	Beratung des Patienten über das Vorgehen bei Atemnot; Notrufnummern und Notruffeinrichtungen innerhalb des Dialysezentrums mitteilen; den Patienten anhalten, entsprechende Hilfe anzufordern bzw. zügig zu rufen; für Sicherheit sorgen
<u>Problem 2</u>	Der Patient erlebt alltäglich die Komplikationen in verschiedensten Intensitäten und Qualitäten. Der Patient erfährt eine existenzielle Bedrohung.	Hohe Schwankungen des Blutvolumens führen bei Dialysepatienten zu einer Verschlechterung der Herzleistung und zu lebensbedrohlichen Zuständen.	Siehe Problem 6, zusätzlich Selbstbeobachtung schulen; Gefahrenpotenziale aufzeigen; Zusammenhänge aufzeigen bei der entsprechenden Symptomatik des Patienten
<u>Problem 3</u>	Durch die Erkrankung sind Dialysepatienten aufgefordert, ihre Ernährung der Erkrankung anzupassen. Nicht selten fühlen sich Patienten mit	Herzrhythmusstörungen durch Schwankungen des Kaliumspiegels können zu lebensbedrohlichen Zuständen führen.	Pflegekräfte müssen Dialysepatienten für die Symptome einer Hyperkaliämie sensibilisieren und Patienten schulen; eine ange-

<p><u>Problem 4</u></p>	<p>den Restriktionen überfordert und verfallen in eine resignierte Haltung.</p> <p>Ein „zu gut“ laufender Shunt kann bei Dialysepatienten zu erheblichen Belastungen führen (Herzleistung wird gemindert); dies kann wiederum zu Operationen führen. Da der Patient den Shunt zum Überleben braucht, ist er der Notwendigkeit des Funktionierens ausgeliefert; nicht selten haben Patienten auch kosmetische Probleme mit der Optik eines Shunts.</p>	<p>Ein zu hohes Shunt-Volumen belastet, das Herz-Kreislauf-System und beeinträchtigt damit den Patienten.</p>	<p>passte Ernährungsberatung unter Einbeziehung der Angehörigen sollte in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden</p> <p>Beratung und Schulung im Umgang mit dem Shunt; Wissen über Gefahren vermitteln und Angehörige mit einbeziehen; Selbstmanagement: Fähigkeiten fördern</p>
<p><u>Problem 5</u></p>	<p>Dialysepatienten mit Diabetes mellitus leiden zusätzlich häufig noch unter anderen Begleiterkrankungen, wie Sehbehinderungen, Nervenstörungen, Fußverletzungen und Durchblutungsstörungen, dadurch erleben sie mehr Belastungen.</p>	<p>a) Blutdruckabfall unter Volumenentzug aufgrund der Nervenstörungen</p> <p>b) Gefahr der Blutzuckerschwankungen aufgrund des verlangsamten Abbaus von Insulin</p>	<p>a) Engmaschige Vitalzeichen-Kontrolle, intensive Krankenbeobachtung</p> <p>b) den Patienten schulen und beraten; regelmäßige Blutzuckerkontrollen, bis die stetige Anpassung des Insulins gefunden worden ist</p>

<u>Problem 6</u>	Dialysepatienten haben ein verändertes Temperaturempfinden, deshalb ist ihr Wohlbefinden abhängig von den geschaffenen Umweltbedingungen.	Der Patient leidet unter herabgesetzter Körpertemperatur und an einer gestörten Anpassungsfähigkeit auf veränderte Umweltbedingungen.	Den Patienten über den gestörten Vorgang informieren und die Dialysetemperatur auf 37 oder 37,5 Grad erhöhen, wenn Kreislaufsituation dies zulässt; zusätzliches Angebot an Decken; Raumtemperatur erhöhen
<u>Problem 7</u>	Dialysepatienten sind aufgrund ihrer Immunsuppression infektionsgefährdet; das Bemerkten einer Infektion durch Fieber ist bei den meisten Patienten aufgrund der Anpassungsstörung nicht möglich, deshalb erleben Dialysepatienten immer wieder eine Infektion, die im Ausmaß andere Qualitäten aufweist als bei anderen Menschen.	Patienten sind besonders infektionsgefährdet.	Den Patienten auf Anzeichen einer Infektion hinweisen und schulen; besondere Krankenbeobachtung auf Anzeichen einer Infektion durchführen; dem Gefäßzugang als Keimquelle gesondert Beachtung schenken und hygienisch handeln
<u>Problem 8</u>	Patienten erleben ein unangenehmes Kälteempfinden am Shuntarm, dieses tritt gehäuft während der Dialyse auf.	Durch eine Mangel durchblutung kommt es zum „Steal“-Syndrom, das sich durch ein starkes Kälteempfinden am Shuntarm äußert.	Patienten müssen sich zum Teil damit arrangieren, deshalb ist eine Aufklärung über die Symptomatik notwendig, Anziehen eines Handschuhs während der Dialysezeiten, aber auch zu Hause

ABEDL 4	Sich pflegen		
<u>Problem 1</u>	<p>Das persönliche Wohlbefinden, die soziale Integration und die Akzeptanz eines Menschen hängen oft von Äußerlichkeiten ab; ein verändertes Körperbild und der wahrnehmbare Körpergeruch erschweren die Aufnahme von Kontakten und beeinträchtigen die gesellschaftliche Teilhabe; Ablagerungen harnpflichtiger Substanzen verursachen deutliche Hautveränderungen, die das Erscheinungsbild verändern und zu Belastungen führen.</p>	<p>a) Der urämische Mund und Körpergeruch stören das persönliche Wohlbefinden und die soziale Integration des Patienten.</p> <p>b) Der Patient leidet unter einer gelbgrauen Hautfarbe und an einer schon vorgealterten, schuppigen, trockenen Haut.</p> <p>c) Der Patient leidet unter Haarausfall und einer erhöhten Blutungsneigung aufgrund der Nebenwirkungen der Heparin-gabe während der Dialyse.</p>	<p>a) Patienten müssen den Zusammenhang zwischen Vergiftungserscheinungen und dem veränderten Geruch verstehen, um durch eine mit dem Arzt abgesprochene Dialysezeit-Verlängerung Abhilfe zu schaffen; gute Krankenbeobachtung auf Hautfarbe hin; Veränderungen erkennen und Unterstützung anbieten; gegebenenfalls interdisziplinär Unterstützung organisieren</p> <p>b) Schulung und Beratung über regelmäßige Hautpflege mit rückfettenden Substanzen; während der Dialysebehandlung Cremes anbieten</p> <p>c) regelmäßige Kontrolle des ACT-Wertes und Absprache mit dem Arzt, um eine individuell angepasste Therapie zu ermöglichen</p>

<u>Problem 2</u>	Die Shuntpunktion ist unabdingbar zur dauerhaften Dialysebehandlung notwendig, bringt aber für den Patienten Schmerzen mit sich und Unsicherheit im Umgang.	Der Shunt ist aufgrund der Punktionen dauerhaft Irritationen ausgesetzt.	Beratung und den Patienten Informationen über den Umgang mit der Shuntpflege und über die Punktionsart geben; den Shunt im gesamten Verlauf punktieren; Arealpunktion vermeiden; sich beim Punktieren Zeit nehmen und Geduld haben; den Patienten Sicherheit vermitteln; angepasstes Fixieren der Kanülen mit Pflaster an der Haut, gegebenenfalls mit Mullbinde; ein einheitliches Vorgehen der Pflegekräfte beim Punktieren; Beobachtung allergischer Reaktionen auf das verwendete Material
ABEDL 5	Essen und Trinken		
<u>Problem 1</u>	Der niereninsuffiziente Patient leidet unter einer unzureichenden oder fehlenden Ausscheidung und ist gezwungen, seine Ernährungsgewohnheiten umzustellen. Die erlaubte Trinkmenge richtet sich nach der Restausscheidung.	Der Dialysepatient muss anhand seiner individuellen Situation seine Ernährung umstellen, da sonst die Gefahr der Elektrolytverschiebung, der Erhöhung des Phosphatspiegels im Blut oder einer Mangelernährung oder	Patienten schulen, beraten und motivieren; Angehörige miteinbeziehen; bei Versorgungslücken den Patienten individuell unterstützen

<u>Problem 2</u>	<p>Neben den psychosozialen Belastungen ist dies ein tiefer Einschnitt in die Lebensqualität des Patienten.</p> <p>Der Dialysepatient leidet unter einem starken Durstgefühl und muss sich an die Situation anpassen.</p>	<p>Unterernährung gegeben ist.</p> <p>Patient hält sich nicht oder nur schwer an seine erlaubte Trinkmenge</p>	<p>Dem Patienten mit Verständnis entgegenkommen, ohne Schuldzuweisungen; den Patienten aufklären über Konsequenzen; Wirkungszusammenhänge dem Patienten erläutern und ihn bei der Umsetzung unterstützen und Hilfen aufzeigen. Das Trockengewicht muss aktualisiert werden, um Durstgefühle nicht unnötig zu steigern. Das Natrium in der Dialyseflüssigkeit beachten und anpassen</p>
ABEDL 6	Ausscheiden		
<u>Problem 1</u>	<p>Dialysepatienten haben eine mangelhafte bis fehlende Ausscheidung, durch die Dialyse können sie überleben. Diese Abhängigkeit und das Wissen darum führen zu erheblichen physischen und psychischen Störungen des Wohlbefindens.</p>	<p>a) Der Patient leidet unter Wassereinlagerungen und fühlt sich aufgedunsen. Erschöpfungszustände begleiten den Wasserentzug durch die Dialyse-Behandlung.</p>	<p>a) Der Patient muss Zusammenhänge verstehen. Pflegkräfte sollten geduldig sein und immer wieder schulen und beraten.</p>

		<p>b) Restausscheidung soll erhalten bleiben, um Harnwegsinfektionen zu vermeiden</p> <p>c) Harnwegsinfektionen werden vermieden.</p> <p>d) Patient neigt zur Obstipation</p>	<p>b) sensible Einstellung des Trockengewichts</p> <p>c) Intimtoilette mit milden Pflegezusätzen verwenden.</p> <p>d) gezielte individuelle Ernährungsberatung</p>
ABEDL 7	Sich kleiden		
<u>Problem 1</u>	<p>Die Veränderung des Körperbildes bei Nierenerkrankten hat Einfluss auf die Kleidung und damit auf das Selbstwertgefühl des Betroffenen.</p>	<p>Durch verschiedene Einflussfaktoren entsteht ein Selbstpflegefazit.</p> <p>Mögliche Einflussfaktoren: Einschränkung in den motorischen oder sensorischen Fähigkeiten, Verlust von kognitiven Fähigkeiten, Fehlen von finanziellen Mitteln, fehlende Unterstützung, Depressionen, Vereinsamung</p>	<p>Selbstversorgungsdefizite aufdecken und Unterstützung einleiten; Ermöglichen eines individuellen Schnittstellenmanagements, Selbstständigkeit fördern und erhalten, individuelle Wünsche des Patienten berücksichtigen; Zugang zu Hilfsmitteln wie Schuhanzieher, Strumpfanzieher, Knöpffhilfen gewährleisten</p>

ABEDL 8	Ruhen, schlafen, sich entspannen		
<u>Problem 1</u>	Die chronische Vergiftung durch harnpflichtige Substanzen führt in vielen Fällen zu Schlafstörungen. Ein ausgeprägtes Schlafdefizit verstärkt die physischen und psychischen Belastungen. Dies führt unweigerlich zu Reaktionen der Betroffenen wie aggressives Verhalten oder Gewichtszunahme durch nächtliche Essattacken.	Dialysepatienten leiden unter Schlafstörungen und einem ausgeprägten Schlafmangel.	Das Wissen der Zusammenhänge ermöglicht es der Pflegekraft, sich richtig und angemessen gegenüber dem Patienten zu verhalten und ihm Beratung und Unterstützung zu bieten durch Ursachenforschung und Hilfestellung. Fallgespräch im Team und Umgang mit aggressivem Verhalten besprechen
<u>Problem 2</u>	Viele Patienten leiden vor allem nachts unter starkem Juckreiz.	Patient ist durch den Juckreiz in seinen Schlafgewohnheiten gestört und leidet unter Schlafmangel.	Ernährungsberatung dem Betroffenen anbieten zur Senkung des Phosphatspiegels im Blut, da dies häufig als Ursache vermutet wird. Die Dialyseeffektivität muss in Absprache mit dem Arzt geklärt und angepasst werden. Interdisziplinäre Unterstützung dem Patienten anbieten, z.B. UV-Behandlungen, Hautarzt, Allergie-Testung; Körperpflege mit rückfettender Lotion anbieten, empfehlen oder durchführen, um den Juckreiz etwas zu lindern

<u>Problem 3</u>	Die Dialysezeiten können den gewohnten Schlaf-Wach-Rhythmus erheblich stören. Diese Umstellung führt nicht selten dazu, dass Dialysepatienten während der Behandlung schlafen und dadurch der Schlaf-Wach- Rhythmus verändert wird und sich Schlafstörungen manifestieren.	Durch die Dialyse ist der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört. Es besteht die Gefahr von nächtlichen Schlafstörungen.	Es ist wichtig, den individuellen Schlafrhythmus der Patienten zu erfragen und bei der Terminierung der Behandlung zu berücksichtigen. Der Patient benötigt eine umfassende Aufklärung über das Schlafen während der Dialyse und die daraus resultierenden Konsequenzen.
<u>Problem 4</u>	Sorgen und Ängste durch die Umstände der Dialyse begleiten den Patienten bewusst oder unbewusst. Diese schlagen sich nieder in Schlafstörungen.	Aufgrund der psychosozialen Probleme leidet der Patient unter einer Schlafstörung.	Die Pflegenden nehmen Ängste und Sorgen der Patienten wahr und bieten Gespräche an. Des Weiteren werden Unterstützungsangebote wie Sozialberatung oder psychologische Unterstützung angeboten und vermittelt. Bei Ängsten bezüglich der Shuntpunktion und Behandlung übernimmt ein erfahrener Kollege die Behandlung.
<u>Problem 5</u>	Das Dialyseendgewicht hat gesundheitliche Auswirkungen auf den Schlaf der Patienten. Ein zu hohes Trocken-	Der Patient kann aufgrund von Dialyseinduzierten Problemen nicht ausreichend schlafen.	Vor der Behandlung des Patienten sich im Gespräch vorab informieren über das Wohlbefinden im dialysefreien Intervall, Zusammenhänge mit der

	gewicht kann zu Atembeschwerden bis zur Atemnot führen. Aber auch ein zu niedriges kann die Nachtruhe stören durch Muskelkrämpfe.		letzten Dialyse herstellen und eventuell Rücksprache mit dem Arzt über Veränderungen halten
<u>Problem 6</u>	Häufig begleiten noch andere zusätzliche Erkrankungen Dialysepatienten und diese haben ebenfalls negative Auswirkungen auf den Schlaf. Beispiele: Restless-leg-Syndrom, renale Hypertonie, Polyneuropathien	Durch die Begleiterkrankungen des Dialysepatienten kommt es zu einer Störung des Schlafes.	Beobachtung und Wahrnehmung dieser Beschwerden; Versuchen, mit pflegerischen Interventionen und Vermittlung medizinischer Interventionen Abhilfe zu schaffen. Wenn dies nicht möglich ist, Gefühlsarbeit leisten
ABEDL 9	Sich beschäftigen		
<u>Problem 1</u>	Die Urämie beeinträchtigt die Funktion vieler Organe und führt deshalb zu Einbußen der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit. Im Verlauf der Erkrankung erlebt der Patient es als zunehmend mühevoller, sich aktiv geistig oder körperlich zu fordern. Damit sinkt der Ak-	Durch die Einschränkung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit entsteht ein Verlust an gesellschaftlicher Teilhabe.	Gespräche und Beratung den Patienten und den betroffenen Angehörigen anbieten; Identitätsarbeit am Patienten leisten

<p><u>Problem 2</u></p>	<p>tivitätsradius für den Patienten mit schwerwiegenden Konsequenzen.</p> <p>Der Verlust des Arbeitsplatzes erschüttert die Stellung in der Gesellschaft und in der Familie. Der Verlust des Versorgerstatus führt vor allem bei männlichen Patienten zu Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zu Depressionen. Oftmals nehmen Frauen deren Stellung als Haushaltsvorstand weiterhin wahr. Häufig werden mit Beginn der Dialyse die Patienten berentet.</p>	<p>Der Patient verliert aufgrund der Erkrankung meist seinen Arbeitsplatz und damit seinen sozialen Status.</p>	<p>Dem Patienten Mut machen und Möglichkeiten aufzeigen, sich in geeigneter Art und Weise in Beruf und Familie einzubringen; alle Möglichkeiten, den Arbeitsplatz zu erhalten, ausschöpfen; Dialysetermine an die Anforderungen der beruflichen Tätigkeit anpassen</p>
<p><u>Problem 3</u></p>	<p>Viele Patienten sind nach der Dialysebehandlung abgeschlagen und infolgedessen nicht in der Lage, an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Soziale Netzwerke brechen aus falscher Rücksichtnahme oder durch Bevormundung ab. Nicht zuletzt aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und des veränderten Niveaus entsteht ein</p>	<p>Die Teilnahme an sportlicher oder intellektueller Beschäftigung in der Freizeit ist erschwert und dies führt zu einem gesellschaftlichen Rückzug.</p>	<p>Mit dem Dialysebeginn auf Belastungen hinweisen und unterstützend beraten; mit dem Patienten gemeinsam nach geeigneten, angepassten Lösungen suchen; Sportangebote während der Dialyse machen; nach externen angepassten Angeboten suchen; die Patienten zur Urlaubsdialyse ermuntern und diese mit dem Patienten gemeinsam organisieren</p>

	<p>permanenter Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben. Urlaubsreisen sind durch die Notwendigkeit einer adäquaten Dialyseeinrichtung ebenso eingeschränkt.</p>		
ABEDL 10	Die eigene Sexualität leben		
<u>Problem 1</u>	<p>Die Sexualität ist in jedem Lebensabschnitt ein elementarer Bestandteil der Persönlichkeit und ein lebenslanger Entwicklungsprozess, der beeinflusst wird durch die geschlechtliche Identität, Biografie und Kultur. Die Sexualität niereninsuffizienter Menschen ist stark beeinträchtigt. Sexuelle Funktionsstörungen können schon sehr früh auftreten und sich mit zunehmender Urämie verstärken. Es kommt zu Erektions-, Ejakulations-, Libido-, Potenz- und Orgasmusstörungen.</p>	<p>a) Aufgrund biologischer und psychischer Belastungen leidet der Patient unter sexuellen Funktionsstörungen, erleidet einen Identitätsverlust und den Verlust des Selbstwertes.</p> <p>b) Die aktuelle Beziehungssituation leidet unter der Einschränkung der sexuellen Funktion. Beispiel: erschwerte Partnersuche, Einfluss auf die bestehende Partnerschaft, Schwangerschaftswunsch</p>	<p>a) Unterstützende, aufklärende, vertrauliche Gesprächsatmosphäre schaffen, da das Thema eher selten angesprochen wird; gezielte Aufklärung und physische Unterstützung dem Betroffenen und der Bezugsperson anbieten; medizinische Optionen durch den Arzt vermitteln</p> <p>b) zusätzlich Dialyseeffizienz bedenken und Art der Dialyse mit einbeziehen</p>

ABEDL 11	Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen		
<u>Problem 1</u>	<p>Das grundlegende Sicherheitsgefühl ist zu tiefst erschüttert. Das Anrecht auf ein selbstbestimmtes Leben ist durch die Nierenersatzpflicht erheblich gestört. Durch die Einschränkung der Leistungsfähigkeit sind die Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit herabgesetzt und der Mensch ist dadurch Gefahren ausgesetzt. Die immer wiederkehrenden unangenehmen Erfahrungen durch die Erkrankung und Dialyse führen dazu, dass der Patient sich hilflos ausgeliefert fühlt.</p>	<p>Das Sicherheitsbedürfnis des Patienten ist durch die Erfahrungen mit der Erkrankung und Behandlung erheblich gestört.</p>	<p>Pflegende unterstützen den Patienten in seinem Sicherheitsbedürfnis; Unsicherheiten im Behandlungsablauf sollten vermieden werden; dem Patienten sollte durch Kompetenz das Gefühl vermittelt werden, gut aufgehoben zu sein. Zusätzliche Komplikationen sollten durch professionelles Handeln vermieden werden. Patienten mit einbeziehen in die Verantwortung und Entscheidung; Aufklärung; Verständnis zeigen und Hilfestellung geben bei Unterstützungsbedarf bei der Bewältigungsarbeit.</p>
ABEDL 12	Soziale Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können		
<u>Problem 1</u>	<p>Der Verlust der sozialen Rolle und die Verminderung der Leistungsfähigkeit erfordern eine ständige Anpassung an die neue Situation. Verän-</p>	<p>Gefahr des sozialen Rückzuges und der Isolation durch veränderte Bedingungen des Patienten.</p>	<p>Pflegende sollten Rückzugstendenzen wahrnehmen und erkennen, um dem entgegenwirken zu können. Eine gute Beziehung zum Patienten wird</p>

	<p>derungen durch Krankenhausaufenthalte, Komplikationen oder Verschlechterung gehen mit der Gefahr des sozialen Rückzuges einher.</p>		<p>durch Bezugspflege gefördert. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme zum Patienten und die Einbeziehung der Angehörigen schafft eine Ausgangssituation, in der individuell dialyseübergreifende Probleme gelöst oder vermindert werden können.</p>
ABEDL 13	<p>Mir existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können und sich dabei entwickeln können</p>		
<u>Problem 1</u>	<p>Mit Beginn der Dialysebehandlung beginnt für den Patienten eine der kritischsten Phasen seines Lebens, weil ein weiteres Leben ohne Nierenersatztherapie nicht möglich ist, eine Abhängigkeit, mit der der Patient dauernd erneut konfrontiert wird. Der technische Aspekt des Dialysegerätes, aber auch das Ausgeliefertsein gegenüber Betreuern, die die Maschine bedienen, wird zu einem beherrschenden Faktor in seinem Leben.</p>	<p>Der Patient ist aufgrund der Erkrankung und Behandlung ständig mit existenziellen Erfahrungen konfrontiert.</p> <p>a) Durch eine plötzlich eintretende Komplikation erfährt der Patient eine Lebensbedrohung.</p>	<p>Eine gute authentische Beziehung der Pflege zum zu Pflegenden schafft die Grundlage für die Auseinandersetzung mit dem Tod oder dem Sinn des Lebens. Eine mehrdimensionale Betrachtung von Gesundheit und Krankheit könnten eine Hilfestellung für die Patienten und die Pflege sein. Die Bewältigungsarbeit betrifft sowohl die Unterstützung der zu Pflegenden als auch den Umgang mit Belastungen der Pflege.</p> <p>a) Mit situationsangepassten Pflegemaßnahmen den Patienten und die Angehörigen bei der Bewältigungsarbeit unterstützen</p>

Anhang 2 Konstruktionsvorgang Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten

Konstruktionsvorgang Kompetenzraster zur Förderung der empathischen Kompetenz im Umgang mit Dialysepatienten

Anhand der Konstruktionsschritte im Kapitel 4.1.2 möchte ich die Entwicklungsschritte und deren Begründung für das Raster aufzeigen.

Erster Schritt: Kompetenzbereich festlegen

Im Kapitel 2.1. wurde die Pflegekompetenz beschrieben, entsprechend dem hier zugrunde gelegten Verständnis dieser Arbeit. Die Empathiefähigkeit stellt einen Teil der Sozialkompetenz dar. Wenn von sozialer Kompetenz geredet wird, muss eine gewisse Unschärfe mitbedacht werden.

„Sozialkompetenz kennzeichnet die komplexen persönlichen Fähigkeiten und Einstellungen, die einen Kompromiss ermöglichen zwischen Selbstverwirklichung und sozialer Anpassung an die Einstellungen und Werte einer Gruppe“ (Zimmermann 2009, S. 27, Hervorhebung J.S.).

Die Sozialkompetenz beinhaltet neben der Empathiefähigkeit die Teilbereiche der Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsfähigkeit, Team- und Konfliktfähigkeit (vgl. Zimmermann 2009, S. 28–33).

Empathie als Kompetenz ist eine nicht leicht zuordenbare Kompetenz. Empathie steht mit anderen Kompetenzen in einem engen Bezug (vgl. Rösch 2012, S. 193).

Im Kapitel 2.2 wird die Empathie beleuchtet und im Kontext der Pflege betrachtet. Aus den beschriebenen Konstellationen wird das Kompetenzraster zur Analyse der Kompetenzentwicklung gestaltet. Es enthält sowohl fachliche als auch überfachliche Kompetenzen.

Sachkompetenz:

- Kognitive Rekonstruktion der beobachteten Erlebnisse und Begebenheiten

Methodenkompetenz:

- Abstraktionsvermögen
- Perspektivenwechsel

Selbstkompetenz:

- Assoziationen mit der eigenen Geschichte und selbst erlebten Gefühlen
- Unwohlsein durch das Leiden Anderer, zum Beispiel durch Erkrankungen
- Anliegen, Leiden Anderer zu mindern und Grenzen erkennen
- Bewusstwerdung des eigenen Handelns (vgl. Rösch 2012, S. 193)

Modul: Menschen mit chronischen Erkrankungen betreuen und begleiten

Themenbereich: Patienten mit nephrologischen Erkrankungen pflegen (angelehnt an den Rahmenlehrplan nephrologische Fachpflege) (vgl. Fernsehner et al. 2012, S. 4 ff)

Zweiter Schritt: Kriterien festlegen

Der Themenbereich „Patienten mit nephrologischen Erkrankungen pflegen“ wurde festgelegt. Im Folgenden werden sieben Kriterien und Merkmale vorgestellt, die das Ergebnis und, wenn möglich, das beobachtbare Verhalten beschreiben.

1. **Erfassen der Gesamtsituation des Erkrankten als einen Prozess**, Erkennen von Abweichungen, Risiken und Gefahrenmomenten
2. **Planen und Bewerten der Pflegehandlung** anhand subjektiver und objektiver Daten (Assessment) und Anpassen des pflegerischen Handelns an Veränderungen
3. **Den Pflegeverlauf bewerten und steuern** sowie entsprechend darauf reagieren und präventive Maßnahmen ergreifen
4. **Handeln auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse**
5. **Teil eines multiprofessionellen Teams sein** und bei Bedarf die Anpassung von therapeutischen Anordnungen veranlassen
6. **Den Patienten unterstützen** zu jedem Zeitpunkt bei der Erhaltung seiner individuellen Selbstbehandlungsfähigkeiten eine Hilfe und Stütze sein. Selbstbehandlungskonzepte werden angewendet. Den erkrankten Patienten in seiner letzten Lebensphase begleiten (Fernsehner et al. 2012, Hervorhebung J.S.)
7. **Einstellung und Haltung entwickeln** und verstehen, mit schwierigen, konflikthaften Situationen umzugehen (vgl. Fernsehner et al. 2012, S. 5)

Dritter Schritt: Parameter finden

1. Erfassen der Gesamtsituation des Erkrankten als einen Prozess

Kriterien: den nephrologischen Krankheitsprozess im Alltag erkennen, nephrologische Pflege leisten, Bewältigung von chronischer Erkrankung mitgestalten, Beziehungen gestalten

2. Planen und Bewerten der Pflegehandlung

Kriterien: Empathie in Bezug zu pflegerischem Handeln verstehen, Voraussetzungen von Empathie schaffen, Empathie nutzen, Gefühlsarbeit und Emotionsarbeit leisten

3. Den Pflegeverlauf bewerten und steuern

Kriterien: Bewusstwerden des eigenen Handelns, Selbstreflexion durchführen, ethische Reflexionsfähigkeit als Unterbrechung, kritische Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten

4. Handeln auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

Kriterien: Anwenden des Trajektorienmodells, Interventionsschwerpunkt mit Hilfe der prozessfördernden Pflege nach Krohwinkel verstehen, das Handeln nach den Stadien des Patienten ausrichten, mit der Krankheitsverlaufskurve arbeiten

5. Teil eines multiprofessionellen Teams sein

Kriterien: mich als Person wahrnehmen, meine Rolle im Team finden, meine berufliche Identität entwickeln in Bezug zur Empathie, interdisziplinär arbeiten

6. Den Patienten unterstützen

Kriterien: die Selbstmanagementfähigkeiten von Menschen mit Hämodialysetherapie und Peritonealdialysetherapie fördern, Menschen versorgen in allen Stadien und Phasen, Patienten in verschiedenen Altersstufen mit entsprechenden Versorgungsformen unterstützen

7. Einstellung und Haltungen entwickeln, um mit schwierigen, konflikthaften Situationen umgehen zu können

Kriterien: sich selbst wahrnehmen, andere wahrnehmen, mit schwierigen Situationen umgehen, Grenzen anerkennen

Vierter Schritt: höchste und niedrigste Niveaustufe formulieren

Im Kapitel 2 wurde die Pflegekompetenz dargestellt; die hier zugrunde gelegten Niveaustufen entsprechen den vier Pflegestufen nach Olbrich, die zur besseren Unterscheidung und Abgrenzung dienen.

- A. Regelgeleitetes pflegerisches Handeln
- B. Situativ-beurteilendes Handeln
- C. Reflektierendes Handeln
- D. Aktiv-ethisches Handeln

Aufgrund der leichteren Handhabung werden die Stufen im Raster dem Alphabet nach bezeichnet

Im nächsten Schritt werden für die höchste und die niedrigste Stufe Kriterien aus der Schülerperspektive ausformuliert.

1. Erfassen der Gesamtsituation des Erkrankten als einen Prozess

niedrigste Niveaustufe A

Ich habe das Wissen um die Gesamtsituation des Erkrankten erfasst und habe pflegerische Kenntnisse, die ich in Routinehandlungen anwende. Ausgehend von einem Pflegeproblem richte ich mein Handeln aus als Teil eines Prozesses.

Höchste Niveaustufe D

Meine pflegerischen Handlungen basieren auf Werten und Normvorstellungen, die ich professionell begründen kann. Ich erfasse die Gesamtsituation des Erkrankten kritisch anhand von Werten unter Einbeziehung meiner eigenen Gefühle. Ich habe den Mut, mich einem Dilemma zu stellen und hinterfrage das angenommene Selbstverständnis der Pflege.

2. Planen und Bewerten der Pflegehandlung

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann beschreiben, was unter der affektiven und kognitiven Empathie in Bezug zur Pflege verstanden wird. Ich kann beschreiben, warum Empathie eine wichtige Rolle in der Pflegearbeit einnimmt. Ich kann Gefühlsarbeit und Emotionsarbeit erklären und habe Wissen darüber.

höchste Niveaustufe D

Empathie in der Pflege ist für mich eine feste Größe und ein wichtiger Teil meiner beruflichen Identität. Ich nehme mich mit meinen eigenen Gefühlen als Persönlichkeit wahr und stehe meinen Handlungen kritisch gegenüber. Dem Nutzen der Empathie sind auch Grenzen gesetzt, die ich hinterfrage und überdenke.

3. Den Pflegeverlauf bewerten und steuern

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann erklären, was Reflexion bedeutet und warum Reflexion für die Entwicklung der Handlungskompetenz wichtig ist.

höchste Niveaustufe D

Reflexion ist für mich eine Haltung und unabdingbar für professionelles Handeln. Für mein berufliches Handeln ist die Reflexion ein fester Bestandteil. Für mich dient die Reflexion als Unterbrechung der Routine und gibt der ethischen Betrachtung einen Raum.

4. Handeln auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann das Pflegemodell nach Corbin und Strauss anhand der Phasen und Stadien beschreiben. Ich verstehe die prozessfördernde Pflege nach Krohwinkel als Ergänzung und Unterstützung in Bezug auf den Interventionsschwerpunkt.

höchste Niveaustufe D

Ich bin der Überzeugung, dass pflegewissenschaftliche Erkenntnisse unerlässlich in der Pflege sind. Pflegewissenschaft in ihrer Anwendung hinterfrage ich kritisch und kann meine Haltung für den Einsatz in der Praxis begründen. Aufgrund des theoriegeleiteten Handelns kann ich ein ethisches Problem besser darstellen und lösen.

5. Teil eines multiprofessionellen Teams sein

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann benennen, aus welchen Mitgliedern sich mein aktuelles multiprofessionelles Team zusammensetzt. Ich kann erklären, warum interdisziplinäres Arbeiten im Umgang mit chronisch Kranken unerlässlich ist.

höchste Niveaustufe D

Ich bin der Ansicht, dass meine Kompetenz wertvoll ist für das Team. Ich überprüfe kritisch, ob das Team die Haltung zur Empathie im Umgang mit Dialysepatienten mit mir teilt. Ich verrete meine empathische Haltung mit Mut und Engagement.

6. Den Patienten unterstützen

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann erklären, warum der Patient in seinen Selbstmanagementfähigkeiten individuell unterstützt werden muss. Ich kann die verschiedenen Stadien und Phasen, in denen sich chronisch kranke Menschen befinden, erkennen. Ich kann die Hämodialyse und die Peritonealdialyse erklären und den Unterstützungsbedarf vergleichen.

höchste Niveaustufe D

In schwierigen und krisenhaften Situationen wende ich mich den Betroffenen aktiv zu und unterstütze ihre Bedürfnisse durch empathisches Verhalten. Ich stehe mit Courage für die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen ein. Ethische Probleme nehme ich an, setze mich mit den verschiedenen Perspektiven auseinander und versuche, sie zu lösen.

7. Einstellung und Haltungen entwickeln

niedrigste Niveaustufe A

Ich kann erklären, was unter dem Begriff Einstellung und Haltung verstanden wird. Ich kann erläutern, welchen Einfluss die Einstellung in Bezug zu meiner Handlung hat.

höchste Stufe D

Ich nehme meine und andere Haltungen und Einstellungen bewusst wahr. Ich überprüfe meine und andere Haltungen und kritisch. Ich sehe dies als notwendige Voraussetzung an, um ethische Probleme aktiv zu lösen.

Fünfter Schritt: Niveaustufen vervollständigen

1. Erfassen der Gesamtsituation des Erkrankten als einen Prozess

Niveaustufe B

Ich nehme die individuelle Situation des Patienten wahr und kann diese beschreiben. Ich schätze die spezifische Situation des Patienten ein und richte mein pflegerisches Handeln

danach aus. Ich gestalte aktiv eine individuelle Pflegebeziehung zu den Betroffenen und den Bezugspersonen, um sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Niveaustufe C

Ich reflektiere die Situation unter Einbeziehung meiner Person und kann diese erläutern. Ich werde mir der Bedeutung meiner Gefühle und der Pflegehandlung bewusst.

2. Planen und Bewerten der Pflegehandlung

Niveaustufe B

Ich nehme den Patienten mit seinem Umfeld im individuellen Kontext wahr und schätze anhand der Situation ein, inwieweit Empathie und Gefühlsarbeit in einem professionellen Kontext erforderlich sind. Meine Beurteilung ist entscheidend für mein Handeln in der Situation.

Niveaustufe C

Ich reflektiere und äußere, ob meine empathische Kompetenz zielführend war. Ich kann meine eigenen Gefühle im Kontext der Handlung erkennen und mich selbst als Einflussfaktor begreifen. Ich leiste interne und externe Emotionsarbeit, ausgehend von der Reflexion.

3. Den Pflegeverlauf Bewerten und steuern

Niveaustufe B

Ich schätze mein Wissen und meine Erfahrung in Bezug zum individuellen Fall ein und richte mein Handeln danach aus. Ich erkenne, dass mein Wissen und meine Entscheidungen ausschlaggebend für meine Handlungen sind.

Niveaustufe C

Ich schaue zurück auf die Handlung und beziehe dabei die Bedürfnisse des Patienten mit ein unter Einbeziehung meiner genutzten Fähigkeiten. Ich rekonstruiere die komplexe Situation unter Einbeziehung meiner eigenen Gefühle.

4. Handeln auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse

Niveaustufe B

Ich richte mein Handeln anhand der Stadien individuell an der Krankheitsverlaufskurve des Patienten aus. Ich kann meine Handlungen begründen. Ich verstehe, dass meine Entscheidungen den Beratungs- und Unterstützungsbedarf der Betroffenen mitbeeinflussen.

Niveaustufe C

Ich reflektiere das pflegewissenschaftliche Handeln unter Einbeziehung meines Denkens und Handelns. Die Bewältigungsarbeit der Betroffenen steht im Fokus meiner Arbeit.

5. Teil eines multiprofessionellen Teams sein

Niveaustufe B

Ich schätze die spezifische Situation ein und beurteile die Vor- und Nachteile des interdisziplinären Arbeitens für den Patienten. Ich kann mich bewusst und willentlich in die Lage des Patienten hineinversetzen, um eine Beziehung aufzubauen. Ich beachte individuell verbale und nonverbale Hinweise und gleiche meine Erkenntnisse im Team ab.

Niveaustufe C

Ich reflektiere meine Rolle im Team und nehme dadurch meine Stärken und Schwächen wahr. Meine berufliche Rolle ist ein wichtiger Teil des Teams und ich kann mich im Team einbringen. Ich erkenne meine Grenzen für Empathie aufgrund von Reflexion und artikuliere dies im Team.

6. Den Patienten unterstützen

Niveaustufe B

Ich kann Patienten in allen Altersstufen betreuen. Ich kann Patienten unter der Hämodialysetherapie sowie unter der Peritonealdialysetherapie individuell in ihren Selbstmanagementfähigkeiten unterstützen. Individuelle Ziele bespreche ich mit dem Patienten gemeinsam.

Niveaustufe C

Ich reflektiere mein Handeln in Bezug auf die gemeinsame Zielformulierung mit den Betroffenen. Ich beziehe mich als Person mit in das Geschehen ein und kann dies ausdrücken. Bei Nichterreichen der Ziele überprüfe ich meine Vorgehensweise und verändere meine Handlung oder das Ziel.

7. Einstellung und Haltungen entwickeln

Niveaustufe B

Ich kann meine patientenorientierte empathische Grundhaltung in Situationen auf mein Handeln ausrichten.

Niveaustufe C

Ich reflektiere meine Einstellung und Haltung und begründe diese. Darüber hinaus beeinflusst meine Reflexion meine Haltung.

Sechster Schritt: Übertragung ins Raster

Das erstellte Raster ist im Querformat gestaltet und befindet sich im Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit.

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den.....

Unterschrift der Verfasserin/des Verfassers