

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fach-
hochschule Nürnberg

Gesundheits- und Pflegepädagogik

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

Die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit

Emotionale Herausforderungen Auszubildender bei der Pflege sterbender Menschen
mithilfe szenischer Spielverfahren erfolgreich bewältigen

Stemp, Anna-Katrin
Matrikel-Nr.: 24816083

Gutachterin: Frau Prof. Dr. phil. Claudia Winter

Abgabetermin: 16.01.2023

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1 Einleitung | 1 |
| 1.1 Probleme der generalistischen Pflegeausbildung | 1 |
| 1.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragen..... | 2 |
| 2 Sterben und Tod als emotionale Herausforderungen | 3 |
| 2.1 Emotionen mit allen Sinnen spüren | 3 |
| 2.1.1 Emotionen und ihre Funktionen | 3 |
| 2.1.2 Die Notwendigkeit von Gefühls- und Emotionsarbeit in der Pflege | 5 |
| 2.2 Sterben und Tod in der Pflegeausbildung begegnen | 8 |
| 2.2.1 Emotionale Belastungen Pflegenden..... | 8 |
| 2.2.2 Anforderungen an die Bildungsprozesse | 11 |
| 2.3 Vorbereitung auf Sterben und Tod durch die Rahmenlehrpläne der Fachkommission...14 | |
| 2.3.1 Pädagogisches Selbstverständnis der generalistischen Rahmenlehrpläne..... | 14 |
| 2.3.2 Sterben und Tod in den curricularen Einheiten 03 und 08 | 16 |
| 3 Persönlichkeitsstärkung durch das szenische Spiel als Lehr-Lern-Form | 19 |
| 3.1 Erfahrungsbezogenes Lernen als Grundstein des szenischen Spiels | 20 |
| 3.2 Szenisches Spiel in der Pflegedidaktik | 22 |
| 3.3 Verfahrensweisen des szenischen Spiels..... | 25 |
| 4 Emotionale Lernprozesse am Beispiel szenischer Verfahren zum Thema Sterben und Tod | 29 |
| 4.1 Situationsbezogenes Standbild..... | 30 |
| 4.2 Arbeit mit Szenentexten..... | 34 |
| 4.3 Bau eines Denkmals..... | 36 |
| 4.4 Bedeutung der Spielleitung..... | 40 |
| 5 Fazit | 42 |
| 6 Literaturverzeichnis | 46 |
| Anhang 1 | 49 |
| Anhang 2..... | 51 |
| Anhang 3..... | 58 |

1 Einleitung

Zu Beginn der Arbeit wird die Problematik im Hinblick auf die Konfrontation mit Sterben und Tod in der generalistischen Pflegeausbildung dargelegt. Daran leiten sich die Ziele und erkenntnisleitende Fragen der Ausarbeitung ab.

1.1 Probleme der generalistischen Pflegeausbildung

Die Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen ist von intensiven Gefühlen der Betroffenen, ihrer Angehörigen *und* der Betreuenden begleitet. Angehende Pflegefachkräfte werden meist zum ersten Mal mit Sterbenden und trauernden Angehörigen innerhalb ihrer Ausbildung konfrontiert (vgl. Winter 2020, S. 206). Sie erleben qualvolle Todeskämpfe, emotional überforderte Angehörige, unbegreifliche Todessituationen von Kindern oder auch den beängstigenden Anblick von Verstorbenen (vgl. Winter 2020, S. 206). Hohe Pflegeideale motivieren die ‚Ausbildungsanfänger‘, intensive Pflegebeziehungen zu Schwerkranken und Sterbenden aufzubauen (vgl. Winter 2020, S. 202). Doch verfügen sie kaum über personelle Ressourcen, um sich vor den belastenden Todeskonfrontationen emotional zu schützen. Die intensive Nähe zum Tod, der mit elementaren Erfahrungen von Ohnmacht, Wut, Angst und Trauer verbunden ist, löst eine tiefe persönliche Betroffenheit aus und konfrontiert Auszubildende mit ihrer eigenen Endlichkeit (vgl. Stähli 2004, S. 15). Nur wenigen Auszubildenden ist das Zurückgreifen auf persönliche Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld möglich (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 600). Daher können viele angehende Pflegefachkräfte nur schwer mit den angst- und trauerbehafteten Todeskonfrontationen umgehen und werden damit häufig allein gelassen. Mangelnde persönliche, zeitliche und institutionelle Ressourcen der Pflegepraxis lassen einen Austausch über derartige existenzielle Erfahrungen nicht zu (vgl. George; Herrmann 2019, S. 57). Die Folgen daraus sind Selbst- und Berufszweifel bis hin zum Ausbildungsabbruch oder, bei Verbleiben im Pflegeberuf, eine emotionale Desensibilisierung (vgl. Winter 2020, S. 203). Dem erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der demografischen Entwicklungen immer mehr Menschen nicht mehr zu Hause, sondern in stationären Pflegeeinrichtungen sterben (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 597). Der Ausbruch der Coronapandemie brachte schließlich das ‚Fass zum Überlaufen‘ (vgl. Reseck 2022, S. 32 f.).

Aufgrund der prekären Bedingungen der Pflegepraxis spielt die Aufarbeitung solch belastender Sterbe- und Todeserlebnisse im Pflegeunterricht eine entscheidende Rolle. Jedoch wird auch hier ein derartiger Erfahrungsaustausch kaum umgesetzt (vgl. Wittmann; Petersen 2022, S. 101). Die curriculare Einheit (CE) 03 *Erste Pflegeerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren* der generalistischen Rahmenlehrpläne integriert zwar erstmals Vorgaben zur Gestaltung reflexiver Lernprozesse durch die Bearbeitung belastender Ereignisse aus der Pflegepraxis (vgl. Winter 2020, S. 202). Jedoch findet der Umgang mit Sterben und

Tod hier keinen Einzug. Werden diese irrationalen bestehenden Belastungen in den Rahmenlehrplänen nicht sichtbar formuliert, integrieren sie Lehrkräfte auch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht in den schulinternen Curricula (vgl. Winter 2020, S. 207). Ein Erklärungsansatz für diese Problematik ist, dass Lehrpersonen nicht wissen, in welcher Art und Weise angehende Pflegefachkräfte emotionale Herausforderungen in der Konfrontation mit Sterben und Tod erleben. Daher bedeutet die didaktisch-methodische Aufbereitung eines reflexiven, inhaltlich offenen Erfahrungsaustausches eine große Herausforderung für Lehrende (vgl. Winter 2020, S. 202). Denn „weder der didaktische Kommentar der CE 03 noch die Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen sowie für Lern- und Arbeitsaufgaben“ (Winter 2020, S. 202) reichen für die Umsetzung derartiger Lernprozesse aus.

1.2 Ziele und erkenntnisleitende Fragen

Die oben formulierten Probleme ergeben den Anlass der vorliegenden Ausarbeitung. Zentrales Ziel der Arbeit ist es, auf Grundlage praktischer Bildungserfahrungen szenische Verfahrensweisen aufzuzeigen, mit denen sich Auszubildende reflexiv über belastende Todeserlebnisse aus der Pflegepraxis austauschen. Begleitet von didaktisch-methodischen Begründungen und möglichen zu erwartenden Szenarien bieten die szenischen Verfahren eine Orientierung für Lehrende, die die szenische Bearbeitung von Sterben und Tod im Pflegeunterricht beabsichtigen.

Die szenische Bearbeitung von Sterben und Tod verfolgt das Ziel, angehende Pflegefachkräfte in ihrer Persönlichkeit und ihren Widerstandkräften zu stärken. Mit dieser Haltung sind sie in der Lage, sich vor der intensiven Nähe zum Tod emotional zu schützen, ohne dabei den sterbenden Menschen wie ein „Routineobjekt“ (Oelke; Meyer 2014, S. 344) zu pflegen. Um derart offene Lernprozesse zu planen, ergeben sich folgende *erkenntnisleitende Fragen*: Welche emotionalen Herausforderungen erleben angehende Pflegefachkräfte wie in der Konfrontation mit Sterben und Tod? Wie können die Todeserlebnisse der Auszubildenden didaktisch-methodisch in der generalistischen Pflegeausbildung aufgearbeitet werden, um reflexive und personale Kompetenzen anzubahnen?

In der vorliegenden Arbeit wird diesen Fragen theoretisch und praktisch nachgegangen. Der Theorieteil bildet die wissenschaftliche Grundlage der Ausarbeitung und legt unter anderem das Pflege-, Bildungs- und Lernverständnis offen, die im Hinblick auf die professionelle Bewältigung emotional belastender Sterbe- und Todeserlebnisse in der generalistischen Pflegeausbildung zum Tragen kommen. Darauf aufbauend wird mittels des szenischen Spiels als Lehr-Lern-Form aufgezeigt, wie die Erfahrungen der Auszubildenden didaktisch-methodisch aufbereitet werden können, um emotionale Lernprozesse anzustoßen. Der praktische Teil der Arbeit zeigt die Bildungserfahrungen der Autorin qualitativ auf, die sie während der szenischen

Bearbeitung von Sterben und Tod sowohl als Teilnehmerin als auch als Spielleiterin szenischer Lerneinheiten gesammelt hat. Dabei werden ausgewählte szenische Verfahrensweisen exemplarisch auf der Mesebene beschrieben und deren Auswirkungen auf die Haltungen der Beteiligten gedeutet. Ein Fazit rundet die Arbeit schließlich ab.

2 Sterben und Tod als emotionale Herausforderungen

Um die oben aufgeführten Fragen zu beantworten, wird in diesem Abschnitt zunächst am Beispiel der Emotionen Angst und Trauer sowie deren Funktionen aufgezeigt, welchen Stellenwert Emotionen bei der Pflege schwerkranker und sterbender Menschen einnehmen. Darauf aufbauend wird die Bedeutung von Gefühls- und Emotionsarbeit im Hinblick auf eine professionelle Pflege beleuchtet. Das nächste Kapitel beschreibt, auf welche Art und Weise Pflegenden emotionale Belastungen in der Konfrontation mit Sterben und Tod erleben. Daraus erschließen sich die Anforderungen an Bildungsprozesse. Im weiteren Verlauf werden die Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG analysiert, inwieweit diese die angehenden Pflegefachkräfte auf Sterben und Tod im beruflichen Handeln vorbereiten.

2.1 Emotionen mit allen Sinnen spüren

Dieses Kapitel beleuchtet die Emotionen zunächst im Allgemeinen und anschließend anhand der Affekte Angst und Trauer. Darauf aufbauend wird deren Zusammenhang mit einer professionellen Pflege dargelegt.

2.1.1 Emotionen und ihre Funktionen

Emotionen sind neben dem Wahrnehmen und Denken die Grundzustände des menschlichen Erlebens und stellen die Reaktionen auf wichtige Ereignisse und Lebenslagen dar (vgl. Roth 2011, S. 73). Dadurch erscheinen sie selbstverständlich und nahe, wenn auch wenig greifbar und definierbar. In der Emotionspsychologie existieren vielerlei Begriffsbestimmungen, die Emotionen anhand spezifischer Komponenten beschreiben. Scherer (1990) nennt im Zuge dessen fünf Komponenten. Einerseits gehen Emotionen mit physiologischen Prozessen einher und haben einen bestimmten Ausdruck - die expressive Komponente. Zudem liegt ihnen eine Einschätzung bzw. Bewertung, also eine kognitive Dimension, zugrunde, die zu Handlungsimpulsen - die motivationale Seite - führen. Schließlich beinhalten sie ein Erleben bzw. ein Gefühl, welches auf die subjektiv-erlebnisbezogene Komponente zurückzuführen ist (vgl. Weber 1994, S. 13, in Stähli 2004, S. 23). Ärgert sich beispielsweise ein Mensch, aktiviert sich sein sympathisches Nervensystem und zeigt eine spezifische Mimik und Gestik. Etwas oder jemand entspricht nicht den individuellen Wünschen bzw. Werten, weshalb das Bedürfnis nach dem Beseitigen der Störfaktoren besteht. Die Person verspürt dabei Anspannung und Unruhe sowie den Wunsch, ihren Emotionen 'freien Lauf' zu lassen. Nicht alle der fünf Komponenten

treffen zu jeder Zeit auf Emotionen zu. Ebenso ist deren Reihenfolge variabel (vgl. Stähli 2004, S. 23). Die vorliegende Arbeit berücksichtigt ausschließlich Emotionen, die bei der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen bedeutsam sind. Stähli (2004) benennt in seiner Literatur zentrale Emotionen in der Palliativpflege: Schuld, Scham, Ekel, Angst, Ärger und Wut, Trauer sowie Freude und Hoffnung. Im Folgenden werden exemplarisch die Affekte Angst und Trauer sowie deren Funktionen erläutert.

Angst zeigt sich in einer inneren Anspannung, teils Panik, und kann sich körperlich in Form von Zittern, Blässe und Herzbeschwerden ausdrücken (vgl. Stähli 2004, S. 88). Die Angst eines Menschen motiviert ihn zur Flucht vor oder Abwehr von einer angstausslösenden Situation (vgl. Stähli 2004, S. 88). Angst lässt sich in verschiedene Formen einteilen. Die Realangst, wie die Angst vor Krankheit, und die Existenzangst sind entsprechende Beispiele (vgl. Stähli 2004, S. 89). Letztere Angstform verspüren Menschen, wenn sie Angst vor ihrem weiteren Lebensweg, vor dem Tod oder vor dem Verlust ihres Wertes haben (vgl. Stähli 2004, S. 89). Die Existenzangst stellt eine Beunruhigung für das Leben dar und geht mit einer Identitätskrise einher (vgl. Stähli 2004, S. 88). Angst begleitet Menschen ihr gesamtes Leben, jedoch sind Krisenzeiten „Hoch-Zeiten der Angst“ (Stähli 2004, S. 87). Gerät das Vertraute und Geborgene in Gefahr, sind Menschen ängstlich. Jene Emotion erinnert an das „Dunkle und Ungeschützte der Existenz“ (Stähli 2004, S. 87). Die „tiefste und dramatischste Form der Angst“ (Stähli 2004, S. 91) stellt die akute Todesangst dar. Sie wird als eine „abgründige Ohnmachtserfahrung, eine die gesamte Existenz ergreifende, vitale Angst“ (Stähli 2004, S. 91) erlebt. Die Todesangst zählt in der Sterbebegleitung zu den emotional herausforderndsten Momenten für Betroffene, Angehörige und Pflegende (vgl. Stähli 2004, S. 93). Auch Pflegende verspüren Ängste, fühlen sich unsicher, angespannt und wissen nicht weiter (vgl. Stähli 2004, S. 102). Um sich vor einer Angst- und Affektüberflutung zu schützen, greifen Menschen meist unbewusst auf Abwehrmechanismen, wie Verdrängung, Leugnung oder Projektion, zurück (vgl. Stähli 2004, S. 90).

Trauer tritt in der palliativen Betreuung wie kaum eine andere Emotion so deutlich in Erscheinung. Der Tod bedeutet schmerzlichen Abschied und fordert Loslassen und Wandlung (vgl. Stähli 2004, S. 134). Trauernde erleben sich antriebs- und kraftlos, unruhig und angespannt. Sie weinen, isolieren sich und finden sich in einem Gefühlschaos wieder (vgl. Stähli 2004, S. 128). Trauer unterteilt sich in eine akute und alte Form. Erstere wird durch ein aktuelles Ereignis ausgelöst. Letztere wohnt in einer Person inne, wenn eine vergangene Problematik ungeklärt bzw. unverarbeitet ist (vgl. Stähli 2004, S. 128). Treffen beide Formen der Trauer aufeinander, erleben Betroffene enorme seelische und körperliche Belastungen (vgl. Stähli 2004, S. 128). Trauer verweist auf die Endlichkeit eines Individuums und hat eine reinigende Funktion. Menschen gelangen über „den Trauerweg hindurch zu einem neuen Selbst- und

Weltverständnis" (Stähli 2004, S. 129). Neben der Reinigungsfunktion geht aus dem Zitat hervor, dass Trauer einen Prozess beschreibt (vgl. Stähli 2004, S. 129). Kast (2015, S. 69 ff.) erläutert in ihrem Trauermodell vier Phasen:

- 1. Phase: das Nicht-Wahrhaben-Wollen
- 2. Phase: die aufbrechenden Emotionen
- 3. Phase: das Suchen und Sichtrennens
- 4. Phase: der neue Selbst- und Weltbezug

Jede Phase kennzeichnet sich durch spezifische Herausforderungen der Bewältigung (vgl. Stähli 2004, S. 131). Typisch für die erste Phase ist die Verdrängung des Verlustes und ein "fortwährendes Aktivsein" (Stähli 2004, S. 131) verhindert die Trauer. Wut, Zorn oder Schuldgefühle blockieren in der zweiten Phase den Trauerweg. In der dritten Phase dominiert die Sehnsucht und verwehrt den Blick auf Neues (vgl. Stähli 2004, S. 131). Die Annahme des Verlustes ist charakteristisch für die vierte Phase (vgl. Kast 2015, S. 82).

Aus den Erläuterungen zu Angst und Trauer lässt sich konstatieren, dass Menschen zur Verdrängung ihrer Emotionen zum Schutz vor einer emotionalen Überforderung neigen. Insbesondere jene Emotionen, die „viel Dunkles und Belastendes in sich tragen“ (Stähli 2004, S. 15) werden nicht gerne wahrgenommen. Eine professionelle Pflege, insbesondere die Palliative Care, *berücksichtigt* die Emotionen der Sterbenden, die der Angehörigen und die eigenen. Bischoff-Wanner (2002, S. 70) spricht in diesem Kontext von Gefühlsarbeit für die Arbeit mit und an Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen und von Emotionsarbeit für die damit im Zusammenhang stehende Arbeit an den eigenen Gefühlen. Nähere Erläuterungen zur Gefühls- und Emotionsarbeit sowie deren Zusammenhang mit einer professionellen Pflege folgen im nächsten Abschnitt.

2.1.2 Die Notwendigkeit von Gefühls- und Emotionsarbeit in der Pflege

Pflegende begleiten Schwerkranke und Sterbende in ihren alltäglichen Pflegephänomenen, in denen sich Krankheit, Leid und der nahende Tod abzeichnen (vgl. Schilder 2005, S. 120). Aufgrund diverser Verluste, Abwehr- und Bewältigungsmechanismen ist die letzte Lebensphase von wechselnden Bedürfnissen und emotionalen Reaktionen der Betroffenen und ihrer Angehörigen begleitet (vgl. Becker 2014, S. 30). Bei der Betreuung Schwerkranker und Sterbender ist daher das Einfühlen in deren individuelle Situation und das Aufbringen eines Verständnisses für die "Mannigfaltigkeit psychischer Zustände" (Schilder 2005, S. 114) seitens der Pflegenden obligat. Besonders bei der Palliative Care, die die Förderung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen als Hauptziel verfolgt, gewinnt die Gefühlsarbeit an immenser Bedeutung. Sie setzt eine bestimmte Haltung voraus, die den ‚ganzen‘ Menschen – physisch, psychisch, sozial und spirituell – berücksichtigt und an den individuellen Wünschen

und Bedürfnissen der Betroffenen anknüpft (vgl. Müller 2014, S. 84). Diese Patientenorientierung bemüht sich um eine subjektive Sichtweise der Sterbenden und fördert den Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung (vgl. Pleschberger; Heimerl 2005, S. 92 ff.).

Auch außerhalb der Palliative Care entspricht die Orientierung am ganzen Menschen dem professionellen Selbstverständnis der Pflege. Individuelle Pflege nach dem Prinzip der Patientenorientierung definiert Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 19). Das professionelle Pflegeverständnis ist interaktionistisch: Der zu pflegende Mensch wird als aktiver Partner in die Pflege miteinbezogen. In diesem Prozess gehen Pflegenden vielfältige Beziehungen zu den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein und leisten für sie Gefühlsarbeit in ihren Extremsituationen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 15). Die Beziehung zwischen dem zu pflegenden Menschen und der professionellen Pflegeperson kennzeichnet sich durch eine Asymmetrie, denn die pflegebedürftige Person bedarf der Hilfe der Pflegeperson. Die Abhängigkeit der zu pflegenden Person wird durch die emotionale Zuwendung der Pflegekraft belohnt, wodurch die Beziehung zueinander positiv beeinflusst wird (vgl. Tiedtke; Lang 2014, S. 26). Gefühlsarbeit im Sinne des Beziehungsprozesses ist Berufsmotivation, Selbstverständnis und Arbeitsmotiv zugleich und drückt sich im pflegerischen Ziel, das Wohlbefinden der Betroffenen zu fördern, aus (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 56). Gefühlsarbeit ist als ein Qualitätsmerkmal professioneller Pflege zu betrachten. Sie stellt einen integralen Teil der beruflichen Arbeit dar und wird permanent, ungeplant sowie ad hoc in Verschränkung zur Körperarbeit geleistet (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 65). Entscheidend für die emotionale Zuwendung zu den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist die für die Pflege unverzichtbare Schlüsselqualifikation *Empathiefähigkeit* (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 15). Gleichzeitig bedarf es für Empathie, die eigenen Gefühle zu kennen und distanzfähig zu sein (vgl. Gieseke 2016, S. 210). Daher erfordert Gefühlsarbeit gleichzeitig Emotionsarbeit (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 78).

Pflegende werden ebenfalls mit belastenden und für sie bisher unbekanntem Emotionen konfrontiert (vgl. Stähli 2004, S. 25). Die dominante Präsenz der meist schweren Emotionen verhindert, sich ihnen zu entziehen. Sie fordert ein Ausbalancieren zwischen Nähe, Mitleid und Distanz – sie fordert Emotionsarbeit (vgl. Stähli 2004, S. 15; Bischoff-Wanner 2002, S. 82). Bewusst wahrgenommen wird Emotionsarbeit erst, wenn eine Diskrepanz zwischen den persönlichen und den in der Situation erwarteten Gefühlen besteht. Stirbt beispielsweise ein zu pflegender Mensch und die Pflegeperson verspürt Erleichterung, da der verstorbene Mensch nur mehr gelitten hat, anstatt der erwarteten Trauer, wird auf dem Hintergrund von Gefühlsregeln - Tod bedeutet Trauer - Emotionsarbeit geleistet (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 70).

Werden die eigenen Gefühle unzureichend bearbeitet, können langfristig Belastungen entstehen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 70). Insbesondere die Konfrontation mit Sterben und Tod

bereitet Pflegenden aufgrund der emotionalen Erschütterung enorme Schwierigkeiten, Emotionsarbeit zu leisten (vgl. Stähli 2004, S. 15). Um sich selbst zu schützen, greifen Pflegende auf persönliche Abwehrmechanismen, wie Flucht oder Verdrängung, zurück (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 18). Sie flüchten aus dem Pflegeberuf oder sie verdrängen ihre Emotionen. Gleichgültigkeit oder Abwehr von Patientenbedürfnissen durch verdeckt aggressives oder abwertendes Verhalten überschatten die psychosozialen Anteile des Berufsbildes (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 80). Häufig werden empathische Beziehungen gerade zu jenen Pflegebedürftigen gemieden, die am meisten darauf angewiesen sind - so auch Schwerkranke und Sterbende (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 17). Diese Coolout-Symptomatik (vgl. Kersting 2002) führt dazu, dass Betroffene in ihrer Leiblichkeit reduziert werden (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 10). Als bloße Objekte fühlen sie sich erniedrigt, ohnmächtig und allein gelassen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 81). Daraus entwickelt sich ein tiefes Misstrauen Pflegenden gegenüber und es kommt zum Abbruch der vertrauensvollen und einfühlsamen Beziehung. Solch eine Pflege spiegelt Machtverhältnisse wider. Dem zu pflegenden Menschen wird seine Position aufgezeigt und er wird zum störenden „Gegner“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 81). Neben dem Mangel an Empathie führen auch die prekären Arbeitsbedingungen zu der Diskrepanz zwischen Berufsideologie und Pflegepraxis (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 82). Personalmangel, Ökonomisierung, technische Entwicklungen und der demografische Wandel führen zu Hektik und Überforderung. Für eine durch Gefühls- und Emotionsarbeit geprägte individuelle Pflege stehen kaum zeitliche und persönliche Ressourcen zur Verfügung (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 84).

In diesem Setting Pflege absolvieren angehende Pflegefachkräfte, die ihre Ausbildung zumeist mit hohen Idealen beginnen, ihre praktische Pflegeausbildung (vgl. Winter 2020, S. 202). Sie fühlen sich in der Verantwortung, die ihnen anvertrauten Menschen emotional zu unterstützen (vgl. Winter 2020, S. 202). Aber auch sie haben sich den äußeren und inneren Belastungen des Pflegealltags zu beugen. Insbesondere die Konfrontation mit Sterben und Tod trifft sie frontal.

2.2 Sterben und Tod in der Pflegeausbildung begegnen

Dieser Abschnitt beschreibt, in welcher Art und Weise angehende Pflegefachkräfte und erfahrene Pflegenden die Konfrontation mit Sterben und Tod erleben. Die sich daraus ergebenden Anforderungen für Bildungsprozesse stellen das Folgekapitel dar.

2.2.1 Emotionale Belastungen Pflegenden

Die professionelle Betreuung Sterbender erwartet Gefühls- und Emotionsarbeit seitens der Pflegenden, einschließlich der Ausbildungsanfänger des Pflegeberufes. Gerade noch tabuisierten die jungen Auszubildenden als Teil der Gesellschaft das Sterben und den Tod und gleich darauf werden sie bei der Betreuung Schwerkranker und Sterbender mit den dunklen ‚Emotionen des Todes‘ konfrontiert (vgl. Eberling 2015, S. 40 f.). Die unmittelbare Nähe zum Tod zwingt sie zur Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit und den damit zusammenhängenden Gefühlen, wie Angst, Trauer und Ohnmacht. Um sich emotional zu schützen, meiden erfahrene Pflegenden häufig den Kontakt zu den Betroffenen und verdrängen ihre Ängste (vgl. Winter 2019, S. 143). Dieses rationale Handeln Pflegenden spiegelt sich jedoch nicht im Handeln der Auszubildenden wider. Hohe Pflegeideale, die sich durch intensive Beziehungsarbeit charakterisieren, bestimmen ihr Tun. Aufgrund der unmittelbaren Nähe trifft sie der Tod des ‚Beziehungsmitglieds‘ in enormer Weise (vgl. Winter 2019, S. 143). Besonders zu Ausbildungsbeginn bereitet den Auszubildenden der professionelle Umgang mit derartigen Erfahrungen Schwierigkeiten (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 597). Meist werden sie in ihrer Ausbildung zum ersten Mal mit Sterbenden und trauernden Angehörigen konfrontiert (vgl. Winter 2020, S. 206). Nur wenige Auszubildende verfügen über persönliche Erfahrungen im Umgang mit Sterben und Tod (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 599). Daher fühlen sich viele Auszubildende unvorbereitet in der Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens. Sie sind ängstlich und überfordert, da sie die Tragweite des Todes nicht begreifen können. Zudem erleben sie eine Bedrohung, weil sie mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert werden (vgl. Winter 2019, S. 142). Sie sind gezwungen, sich mit ihrer eigenen Haltung zum Tod und dem Ungewissen danach auseinander zu setzen. Winter (2019) sowie Glaser und Strauss (1995) legen mit ihren empirischen Ergebnissen offen, auf welche Art und Weise Auszubildende der Pflege und erfahrene Pflegenden Todeskonfrontationen erleben. Diese werden folgend näher erläutert.

Eine hohe Belastung stellt ein plötzliches, unerwartetes Sterben eines schwerkranken Menschen dar. Das Nichterreichen des eigentlichen Pflegeziels, die schwerkranke Person zu heilen, wird als pflegerisches Versagen erachtet (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 203). Die intensiven Bemühungen der Pflegenden, das Leben zu erhalten, führten zu einer hohen emotionalen Anteilnahme am schwerkranken Menschen. Daher löst dessen Tod eine tiefe Betroffenheit in ihnen aus (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 203).

Eine Therapiezieländerung, von Heilung zur Linderung, hat nachhaltige Auswirkungen auf die Pflege (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 155). In der Palliative Care fällt der Pflege die Hauptverantwortung zu. Das Pflegehandeln fokussiert die Förderung der Lebensqualität der Sterbenden durch eine adäquate Symptomkontrolle (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 178). Besondere Herausforderungen für Pflegenden stellen dabei Situationen dar, in denen sich Betroffene nicht mit ihrem Tod abfinden können oder in denen sie die Sterbephase unter quälenden Schmerzen durchlaufen (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 181 ff.). Sterbende, die ihren Tod nicht akzeptieren, wehren jede Form der Zuwendung seitens der Pflegenden ab (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 181). Diese Ablehnung belastet Pflegenden enorm, da ihr "ureigener Instinkt, Schutz zu geben, versagt" (Stähli 2004, S. 103). Auch Auszubildende fühlen sich hilflos und empfinden den Leidensweg genauso unerträglich wie Angehörige und Pflegenden (vgl. Winter 2019, S. 143). Sie nehmen eine unheimliche Atmosphäre des nahenden Todes und der sich anschließenden Transzendenz im Sterbezimmer wahr. Die "Atmosphäre der Angst" (Stähli 2004, S. 103) überträgt sich auf die Auszubildenden und erzeugt in ihnen Anspannung und Unsicherheit. Erleben Sterbende die vernichtende Todesangst, fühlen sich Pflegenden ohnmächtig (vgl. Winter 2019, S. 145). Die Panik der Sterbenden, löst auch bei den Auszubildenden Angst und Panik aus. Sie sind schockiert über das Abwehrverhalten der Sterbenden, das sich meist in einem aggressiven Handeln zeigt. Dieses erleben sie als erdrückende Belastung in der Interaktion mit dem sterbenden Menschen (vgl. Winter 2019, S. 146). Kann auch das letzte Pflegeziel ‚Linderung von Leiden‘ nicht mehr erreicht werden, sodass der sterbende Mensch vor quälenden Schmerzen "dahinsiecht" (Glaser; Strauss 1995, S. 188), sind die Pflegenden "zu[r] Hilflosigkeit verurteilt" (Glaser; Strauss 1995, S. 188). Stöhnen Sterbende aufgrund ihrer Qualen, durchdringt alle Beteiligten ein tiefes Schaudern (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 182). Damit verbunden ist die Hoffnung auf Erlösung durch den eintretenden Tod und Erleichterung, wenn er schließlich eintritt (vgl. Winter 2019, S. 144). Gleichzeitig hoffen Pflegenden, die tatsächliche Sterbeszene nicht mitzuerleben. Denn im Moment des eigentlichen Sterbens ist die Wahrscheinlichkeit, die persönliche Haltung zu verlieren, am größten (vgl. Glaser; Strauss 1995, S. 221).

Belastend empfinden Pflegenden zudem die emotionalen Gespräche mit den Angehörigen. Letztere sind gleichermaßen von Krankheit, Leid und Tod betroffen, wie die Sterbenden selbst. Meist benötigen Angehörige sogar noch eine größere Unterstützung als die Betroffenen (vgl. Stähli 2004, S. 141). Die Auszubildenden wollen sie emotional unterstützen, werden aber häufig durch eigene Gefühle daran gehindert (vgl. Winter 2019, S. 147). Sie verspüren Ängste, dass sie auf die erdrückenden Fragen der Angehörigen nicht die richtigen Worte finden. Ebenso fürchten sie sich, nicht mit den Reaktionen der Angehörigen umgehen zu können (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 600). Die Trauerbegleitung der Angehörigen birgt die Gefahr, dass sich der "Mantel der Trauer mit seinen Gefühlen von Schuld, Ärger und Wut, von Last

und von Schwere" (Stähli 2004, S. 146) um die Auszubildenden legt. Auch sie haben sich von aufgebauten Beziehungen zu verabschieden. Vor allem intensive und lang andauernde Bindungen lösen Trauer in ihnen aus (vgl. Stähli 2004, S. 146). Dadurch geraten Auszubildende in einen Rollenkonflikt: Einerseits sehen sie sich aufgrund ihrer hohen Pflegeideale in der Pflicht, die Angehörigen emotional zu unterstützen. Andererseits sind sie selbst vom Mantel der Trauer umhüllt (vgl. Winter 2019, S. 149).

Insbesondere der Tod eines Kindes ruft bei den Auszubildenden eine tiefe emotionale Betroffenheit hervor und erschwert die Trauerbegleitung der Angehörigen. Auszubildende erachten den frühen Tod besonders junger Menschen als ungerecht, sinnlos und unnatürlich. Daher können sie ihn nur schwer begreifen (vgl. Winter 2019, S. 148). Häufig identifizieren sich die Auszubildenden mit den Eltern. Dann befinden sie sich in der gleichen Trauerphase wie die Eltern und deren Trauer wird zur eigenen Trauer. Teilweise sind sie noch in einer Trauerphase vor den Eltern (vgl. Winter 2019, S. 148). Der Trauermantel hindert sie dann, die Akzeptanz der Eltern nachzuvollziehen, da sie selbst den Tod des Kindes nicht wahrhaben wollen (vgl. Winter 2019, S. 148 f.).

Neben der emotionalen Begleitung Sterbender erleben Auszubildende auch die Versorgung Verstorbener als eine Herausforderung. Beim Anblick eines Leichnams mit veränderter Hautfarbe schrecken sie oft zurück. Sie verspüren Gefühle von Trauer, Mitleid, Ekel und Angst vor dem Versterben eigener Familienmitglieder (vgl. Winter 2019, S. 149). Beim Versorgen des Leichnams und dessen Unterbringung in die Prosektur nehmen die Auszubildenden häufig einen entwürdigenden Umgang der Pflegenden mit den Verstorbenen wahr. Sie verspüren Empörung, Wut und Trauer über das abgebrühte Verhalten der Pflegenden (vgl. Winter 2019, S. 150). Zugleich ruft der entwürdigende Umgang mit einem Leichnam Hoffnung in den Auszubildenden hervor: Sie hoffen, nicht so zu erkalten wie die Pflegenden (vgl. Winter 2019, S. 150).

Die Coronapandemie führte schließlich zu einem Zusammenbruch einer würdevollen Sterbekultur im Krankenhaus. Betroffene starben aufgrund ihrer Isolationspflicht allein (vgl. Reseck 2022, S. 32). Die Besuchsverbote und das unverzügliche Wiederbelegen eines 'frei gewordenen Bettes' verhinderten Angehörigen und Pflegenden die Verabschiedung von geliebten Menschen. Dadurch konnten sie den Tod des betroffenen Menschen nur schwer begreifen und bewältigen. Die prekären Sterbebedingungen belasteten Pflegende enorm und brachten sie neben dem coronabedingten Mehraufwand (Schutzkleidung an- und ausziehen, hoher Pflegeaufwand, Materialmangel) an ihre Grenzen bzw. darüber hinaus (vgl. Reseck 2022, S. 32). Die fehlende Bewältigung zeigt, dass die Auswirkungen der Coronapandemie nach wie vor spürbar sind und zu emotionalen Dissonanzen bei Pflegenden führen.

Mit all jenen Belastungen sehen sich Pflegende immer häufiger konfrontiert. Aufgrund demografischer Entwicklungen sterben stetig mehr Menschen nicht länger zu Hause, sondern in stationären Pflegeeinrichtungen (vgl. Halbmayr-Kubicsek 2015, S. 597). Diese Mehrarbeit muss von sukzessiv weniger werdenden Pflegepersonen gestemmt werden. Der daraus resultierende Zeitmangel lässt eine emotionale Sterbebegleitung nicht zu und ruft in Pflegenden innere Konflikte hervor: Einerseits wissen sie um die Bedeutung von Gefühlsarbeit bei der Betreuung Schwerkranker und Sterbender. Andererseits führen der Personalmangel und ein erhöhtes Arbeitspensum zu Hektik und rationalem Handeln. Viele ambitionierte Auszubildende können nur schwer mit diesen berufspraktischen Dilemmata umgehen und werden damit häufig allein gelassen. Mangelnde persönliche, zeitliche und institutionelle Ressourcen der Pflegepraxis lassen einen Austausch über derartig existenzielle Erfahrungen nicht zu (vgl. George; Herrmann 2019, S. 57). Die Auszubildenden versuchen folglich, ihre Gefühle allein zu managen, sind jedoch emotional überfordert. Wie bereits erwähnt, sind die Folgen daraus Zweifel und Desensibilisierung.

Aus den geschilderten emotionalen Belastungen Pflegender und den daraus resultierenden Folgen ergeben sich spezifische Anforderungen an die Bildungsprozesse. Diese werden im Anschluss näher beleuchtet.

2.2.2 Anforderungen an die Bildungsprozesse

Damit Auszubildende trotz emotionaler Belastungen professionelle Pflegearbeit leisten können, sind sie in ihrer Persönlichkeit und in ihren Widerstandskräften zu stärken (vgl. Winter 2019, S. 219 ff.). Pflegebildung versteht sich als Persönlichkeitsbildung und vollzieht sich insbesondere über die Förderung personaler und reflexiver Kompetenzen (vgl. Winter 2019, S. 219). Diese Auffassung vertritt Winter in ihrem *Konzept der Persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung* (2019) und nennt im Zuge dessen drei didaktische Grundsätze für die Gestaltung von persönlichkeitsstärkenden Lehr-Lern-Arrangements. Zur Klärung ihrer Grundannahmen sind zunächst die bildungstheoretischen Grundlagen des Konzeptes transparent zu machen.

Winters Konzept basiert auf Klafkis gesellschafts- und ideologiekritischer Bildungstheorie. Klafki (2007, S. 52 ff.) versteht Bildung als exemplarische Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Schlüsselproblemen mit dem Fokus auf der Förderung der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit. Neben den problemspezifischen Erkenntnissen eignen sich Lernende umfassende Einsichten und Fähigkeiten an. Klafki nennt in diesem Zuge personale und soziale Kompetenzen. Beispiele hierfür sind die Kritik- und Argumentationsbereitschaft, die Empathiefähigkeit und das vernetzte Denken (vgl. Klafki 2007, S. 63). Exemplarisches Lernen anhand von Schlüsselproblemen bewirkt demnach materielle Bildung (problemspezifische Erkenntnisse) und formale Bildung (umfassende Einsichten und Fähigkeiten).

Die Vereinigung beider Bildungsmomente betitelt Klafki als „kategoriale Bildung“ (Klafki 2007, S. 144). In seinen Ausarbeitungen betont Klafki die materielle bzw. objektbezogene Seite. Dagegen zielt Winter in ihrem Konzept insbesondere darauf ab, „emotionale Erfahrungen und Betroffenheit zu ermöglichen, zum Ausdruck zu bringen und zu reflektieren und die moralische und politische Verantwortlichkeit, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit anzusprechen“ (Klafki 2007, S. 65).

Neben dem Allgemeinbildungskonzept bezieht sich Winter auf Oelkes *Zielkonzept zur Kompetenzförderung in den Pflege- und Gesundheitsberufen* (vgl. Oelke; Meyer 2014, S. 343). Pflegende leisten nur dann professionelle Pflegearbeit, wenn sie über personale und reflexive Kompetenzen, wie Empathie, (Selbst-)Reflexionsfähigkeit und hermeneutisches Fallverstehen, verfügen (vgl. Oelke 2018, S. 146). Bezugnehmend auf die Thematik Sterben und Tod entwickeln die Auszubildenden, die in ihren personalen Kompetenzen gefördert werden, eine bewusste Haltung zur menschlichen Endlichkeit und übernehmen Verantwortung in ihrer Rolle als Sterbebegleitende. Gestärkt in ihrer Persönlichkeit sind die angehenden Pflegefachkräfte in der Lage, sich einerseits auf die belastende Nähe zum Tod einzulassen und Gefühlsarbeit zu leisten. Andererseits erkennen sie persönliche Belastungsgrenzen. Dadurch können sie sich selbst vor einer emotionalen Überforderung schützen, ohne dabei den sterbenden Menschen wie ein „Routineobjekt“ (Oelke; Meyer 2014, S. 344) zu pflegen. Die Förderung der Reflexionsfähigkeit hebt Oelke in ihrem Konzept in besonderem Maße hervor (vgl. Oelke; Meyer 2014, S. 344). Diese lässt sich in drei Dimensionen unterteilen: in Selbstreflexionsfähigkeit, in ethische und in politische Reflexionsfähigkeit (vgl. Oelke; Meyer 2014, S. 345 ff.). Die Einteilung in reflexive ‚Unterkompetenzen‘ intendiert insbesondere auf die Identitätsfindung, die kritische Urteils- und Entscheidungsfindung sowie das Erkennen und Nutzen politischer Gestaltungs- und Partizipationsmöglichkeiten der Auszubildenden (vgl. Oelke; Meyer 2014, S. 345 ff.).

Die Akzentuierung der Reflexionsfähigkeit erweitert den Handlungsbegriff um eine subjektive Dimension. Diese sieht davon ab, professionelle Pflege rein fachlich-rational zu betrachten (vgl. Oelke; Meyer 2014, S. 345). Die Voraussetzung für professionelles Handeln in komplexen Pflegesituationen ist ein reflexiver Umgang mit den vorhandenen Wissensbeständen, welche situativ begründet auszuwählen sind (vgl. Walter 2015, S. 7). Eine individuelle Pflege benötigt mehr als rein auf Fachwissen zurückzuführende zweckrationale Lösungen. Sie benötigt Entscheidungs- und Urteilskräfte seitens der Pflegenden, damit diese ihr Fachwissen im Pflegeprozess situativ-reflektiert anwenden können (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 47). Professionell pflegerisches Handeln setzt demnach zwei miteinander verschränkte Ansprüche voraus: wissenschaftlich fundiertes Regelwissen und hermeneutisches Fallverstehen, das heißt das Verstehen des Einzelfalls (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 47 f.).

Somit betonen Oelke und Winter mit ihren Konzepten - anders als Klafki - die subjektive Seite und verfolgen damit das übergreifende Ziel der umfassenden Persönlichkeitsentwicklung (vgl. Winter 2019, S. 224). Diese Intention spiegelt sich in Winters erstem didaktischen Grundsatz für die persönlichkeitsstärkende Begleitung wider. Dabei werden emotionale Erfahrungen Auszubildender aus der Pflegepraxis, das heißt *pflegeberufliche* Schlüsselprobleme, in den Blick gerückt (vgl. Winter 2019, S. 224). Angehende Pflegefachkräfte sollen sich aus einer geschichtlichen Sicht mit pflegetypischen Phänomenen, wie Alter, Krankheit und Tod, kritisch-reflexiv beschäftigen. Über den gemeinsamen Austausch gelangen sie zu selbstbestimmten Urteilen sowie Problementscheidungen und richten ihr gegenwärtiges und zukünftiges Handeln verantwortungsbewusst danach aus (vgl. Winter 2019, S. 224). Der erste Grundsatz zielt demnach auf ein emanzipatorisches Erkenntnisinteresse durch die Förderung personaler Kompetenzen. Durch den reflexiven Austausch über belastende Situationen aus der Pflegepraxis erlangen die Auszubildenden ein kritisches Bewusstsein über die teils prekären Pflegebedingungen. Mit ihren Urteilen lernen sie, sich ihr widerstrebenden Krankenhausroutinen zu widersetzen und unveränderbare Belastungen auszuhalten (vgl. Winter 2019, S. 225). Gleichzeitig postuliert Winter innerhalb ihres zweiten didaktischen Grundsatzes, dass sich auch Lehrende kritisch mit dem System ‚Krankenhaus‘ auseinandersetzen. Auszubildende sollen auf die ‚harte Praxisrealität‘ vorbereitet werden. Gestärkt in ihren Widerstandskräften sind angehende Pflegefachkräfte in der Lage, sich selbst in problematischen Situationen zu schützen und diese professionell zu bewältigen (vgl. Winter 2019, S. 225 f.). Winters zweiter didaktischer Grundsatz beabsichtigt demnach, die Widerstandskräfte der Auszubildenden zu stärken (vgl. Winter 2019, S. 225 f.). Schließlich betont Winter die Notwendigkeit einer offenen Emotionskultur. Der gemeinsame Austausch über Gefühle, Probleme und Konflikte entlastet und stabilisiert Auszubildende. Emotionale Lernprozesse gelingen jedoch nur dann, wenn die Auszubildenden über die positiven Effekte des emotionalen Austauschs im Bilde sind. Ebenso sollten sie offen über ihre Gefühle sprechen können, ohne dass sie dabei negative Konsequenzen zu erwarten haben (vgl. Winter 2019, S. 226).

Die didaktischen Grundsätze einer persönlichkeitsstärkenden Begleitung gilt es in Lehr-Lern-Arrangements, in denen die Auszubildenden auf Sterben und Tod vorbereitet werden, umzusetzen. Entsprechend des erweiterten Handlungsbegriffs professioneller Pflege und der kategorialen Bildung ist der Pflegeunterricht so aufzubereiten, dass nicht nur emotionale, sondern auch kognitive Lernziele angestrebt werden (vgl. Pleschberger; Heimerl 2005, S. 23). Dementsprechend sind spezifische Inhalte an die Auszubildenden heranzutragen. Das Wissen um das Konzept der Palliative Care sowie die Einschätzung des Pflegebedarfs der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind entsprechende Beispiele. Auch das Verständnis um die Bedeutung der eigenen Psychohygiene sowie die Kenntnis über Entlastungsangebote verkörpern unabdingbare Lernziele im Pflegeunterricht (vgl. Pleschberger; Heimerl 2005, S. 23 ff.).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass Persönlichkeitsstärke und Widerstandskräfte essenzielle Voraussetzungen für eine professionelle Pflege von Schwerkranken und Sterbenden darstellen. Die Bildung des Subjektes versteht sich dabei als übergeordnetes Bildungsziel. Inwieweit sich dieses Bildungsverständnis in den Rahmenlehrplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG widerspiegelt, wird im nächsten Kapitel geklärt.

2.3 Vorbereitung auf Sterben und Tod durch die Rahmenlehrpläne der Fachkommission

Dieses Kapitel beschäftigt sich im ersten Schritt mit dem pädagogischen Selbstverständnis der Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Im zweiten Schritt werden zwei CE der Lehrpläne exemplarisch auf Aspekte untersucht, die die angehenden Pflegefachkräfte auf die Konfrontation mit Sterben und Tod in der Pflegepraxis vorbereiten.

2.3.1 Pädagogisches Selbstverständnis der generalistischen Rahmenlehrpläne

Die Fachkommission verständigt sich in den Rahmenlehrplänen auf ein gemeinsames Verständnis von Kompetenz, einen subjektorientierten Bildungsbegriff sowie einen spezifischen Handlungsbegriff (vgl. Fachkommission 2019, S. 8). Ihre Überlegungen legt sie in den didaktisch-pädagogischen Grundsätzen nieder und werden nachfolgend näher erläutert.

Das Ziel der Pflegeausbildung ist nach § 5 PflBG in Verbindung mit den Anlagen 1-4 PflAPrV der Ausbau und der Erwerb beruflicher Handlungskompetenz. Darüber hinaus sollen sich die Lernenden in ihrem Prozess des lebenslangen Lernens persönlich und fachlich weiterentwickeln (vgl. § 5 Absatz 1 Satz 2 PflBG). Mit der Kompetenzorientierung wird der Blick auf das lernende Subjekt gerichtet (vgl. Fachkommission 2019, S. 8). Die zu erwerbenden Fähigkeiten sind personenbezogen und zeigen sich erst im beobachtbaren Handeln, der Performanz (vgl. Fachkommission 2019, S. 10). Daher sind für die Entwicklung und den Erwerb von Kompetenzen handlungsorientierte Lernprozesse sowohl in der Pflegeschule als auch in der Pflegepraxis notwendig (vgl. Darmann-Finck/Hundenborn u. a. 2018, in Fachkommission 2019, S. 10). Die zu fördernden Kompetenzen orientieren sich an authentischen Pflegesituationen mit dem Ziel, die situativen Anforderungen mit den subjektiven Kompetenzen zu verknüpfen (vgl. Fachkommission 2019, S. 9). Die Situationen weisen im Sinne einer entwicklungslogischen Strukturierung stetig komplexer werdende Situationsanforderungen auf. Dadurch entwickeln Auszubildende Kompetenzen auf einem höheren Niveau, ebenso wie vielseitige Handlungsalternativen und Lösungsmöglichkeiten (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 40 ff.).

„Situationsbezogenes Lernen ist stets exemplarisches Lernen“ (Fachkommission 2019, S. 14). Anhand von exemplarischen Pflegesituationen werden den Auszubildenden durch Abstraktion allgemeine Prinzipien verdeutlicht. Diese ermöglichen den Transfer des Gelernten auf ähnliche

Situationen. Folglich sind das exemplarische Prinzip und die Förderung der Transferkompetenz stets als Einheit zu betrachten (vgl. Fachkommission 2019, S. 14). Die „Fähigkeit zum Wissenstransfer“ (§ 5 Absatz 1 Satz 1 PflBG) spiegelt sich im vernetzten Denken, der subjektbezogenen Seite kategorialer Bildung, wider. Das exemplarische Prinzip durchdringt die gesamten generalistischen Rahmenlehrpläne (vgl. Fachkommission 2019, S. 14). Neben der Kompetenzorientierung lässt sich dadurch das subjektorientierte Bildungsverständnis erkennen.

Ein weiteres Indiz für die Subjektorientierung ist die Verständigung auf einen „für die Pflege spezifischen Handlungsbegriff“ (Fachkommission 2019, S. 8). Die beschriebene doppelte Handlungslogik professioneller Pflege (vgl. Kapitel 2.2.2) spiegelt sich in den Rahmenlehrplänen der Fachkommission im Persönlichkeits- und im Wissenschaftsprinzip wider (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 48). Das Persönlichkeitsprinzip drückt sich durch die Orientierung an Kompetenzen und Bildungszielen aus. Die Bildungsziele intendieren auf reflexive Einsichten. Sie „gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen noch hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Auszubildenden“ (Fachkommission 2019, S. 14). Die Bildungsziele sind in Widersprüchen formuliert. Durch die Auseinandersetzung mit „scheinbar unauflösbaren Situationen“ (Saul; Jürgensen 2021, S. 48) lernen Auszubildende, mit spezifischen Spannungsfeldern umzugehen und mögliche Handlungsalternativen in Betracht zu ziehen (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 48). Gleichzeitig befähigt das Denken in Widersprüchen die angehenden Pflegefachkräfte zum Hinterfragen und Weiterentwickeln eingeschlifffener Sichtweisen (vgl. Fachkommission 2019, S. 14). In diesem Bildungsziel spiegeln sich die didaktischen Grundsätze der persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung wider (vgl. Kapitel 2.2.2). Die in den Rahmenlehrplänen integrierten pflege- und bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse, Theorien, Modelle und Konzepte weisen auf das Wissenschaftsprinzip hin. Letzteres zielt auf den wissenschaftlichen Begründungsrahmen für pflegerisches Handeln (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 49). Es findet sich einerseits in den Situationsmerkmalen vor. Ist eine Situationszuweisung nicht möglich, sind die Wissensbestände andererseits als *Weitere Inhalte/Wissensgrundlagen* aufgeführt (vgl. Fachkommission 2019, S. 14).

Wissenschaftlich begründen sich das Persönlichkeits- und das Wissenschaftsprinzip durch den phänomenologisch-hermeneutischen und durch den rational-analytischen Ansatz (vgl. Saul; Jürgensen 2021, S. 48). Nachfolgend wird im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung näher auf den phänomenologisch-hermeneutischen Ansatz eingegangen. Dieser rückt das subjektive Erleben der Pflegebedürftigen in den Vordergrund und intendiert auf die Fähigkeit zur Deutung und Reflexion der individuellen Situation des zu pflegenden Menschen. Das Konzept *Der Phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen* (Walter 2015) rückt empirisch ermittelte Handlungssituationen in den Blick, die nicht die traditionellen

Ausbildungsinhalte abbilden, sondern diese hinterfragen (vgl. Walter 2015, S. 2). Bei den Lerninhalten handelt es sich um Lebenserfahrungen, um irrationale Phänomene, die subjektiv erlebt und von anderen lediglich gedeutet werden können (vgl. Walter 2015, S. 10). Die Auszubildenden erleben in der Auseinandersetzung mit authentischen Situationen ihre eigenen Emotionen sowie die der Pflegebedürftigen. Lernende und Lehrende entwickeln dadurch eine für die Wahrnehmung und Deutung von Pflegesituationen notwendige Haltung (vgl. Walter 2015, S. 1). Die eigene Emotionalität versteht sich als Bildungsziel (vgl. Walter 2015, S. 6). Die emotionale Aktivierung ermöglicht Auszubildenden, neue Perspektiven und Handlungsalternativen zu erschließen (vgl. Walter 2015, S. 8). Sie werden dazu befähigt, sich in die Gefühlslage des Gegenübers hineinzusetzen und ihr Handeln danach auszurichten. Walters Ansatz zeigt sich in den generalistischen Rahmenlehrplänen in der Orientierung an authentischen Pflegesituationen. Die phänomenologische Sicht bzw. die Subjektorientierung drückt sich dabei insbesondere im Punkt *Erleben/Deuten/Verarbeiten* der CE aus (vgl. Fachkommission 2019, S. 22).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass durch die Auseinandersetzung mit authentischen Situationen neben umfassender beruflicher Handlungskompetenz die Reflexions- und Deutungskompetenz gefördert wird (vgl. Fachkommission 2019, S. 14). Das Persönlichkeitsprinzip der Rahmenlehrpläne trägt in bedeutendem Maße zur Förderung personaler und reflexiver Kompetenzen der Auszubildenden bei. Zudem weist das Persönlichkeitsprinzip eindeutige Parallelen zu Winters Verständnis von Pflegebildung auf. Schließlich geben sowohl Walter als auch Winter in ihren Konzepten methodische Empfehlungen für die Gestaltung von Lehr-Lern-Arrangements im Sinne einer phänomenologischen Lernkultur. Dabei betonen beide, mit der Absicht einer reflektierten Emotionalität, das erfahrungsbezogene Lernen mit Hilfe szenischer Verfahrensweisen (vgl. Walter 2015, S. 15 f.; Winter 2019, S. 233 ff.). Bevor das erfahrungsbezogene Lernen und das szenische Spiel als Lehr-Lern-Form näher beleuchtet werden (vgl. Kapitel 2.4), zeigt die Arbeit exemplarisch anhand der Analyse zweier CE auf, inwieweit die generalistischen Rahmenlehrpläne die Auszubildenden auf die Konfrontation mit Sterben und Tod vorbereiten.

2.3.2 Sterben und Tod in den curricularen Einheiten 03 und 08

Die Rahmenlehrpläne der Fachkommission untergliedern sich insgesamt in elf CE, die nach zwei Ordnungsprinzipien strukturiert sind. Einige CE dienen zur Vor- und Nachbereitung von Praxiseinsätzen. Die darunterfallenden CE 01-03 umringen den Orientierungseinsatz, den ersten praktischen Einsatz. Die CE 10 und 11 bereiten den pädiatrischen und den psychiatrischen Pflichteinsatz vor oder nach. Die ersten drei CE beraumen ausschließlich das erste Ausbildungsdrittel an und lenken den Blick auf den Ausbildungsbeginn und erste Erfahrungen der Auszubildenden (vgl. Fachkommission 2019, S. 12). Die CE 04-09 nehmen eine übergreifende

Position ein und bearbeiten quer die pflegerischen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation und Sozialpflege (vgl. Fachkommission 2019, S. 12). Die ausgewiesenen Kompetenzen der quer liegenden CE „können in allen Einsatzorten - wenn auch mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung – angebahnt werden“ (Fachkommission 2019, S. 15). Nach einer allgemeinen Übersicht über die einzelnen CE folgt eine Untersuchung, mit welchen CE die Auszubildenden im Besonderen auf die Konfrontation mit Sterben und Tod vorbereitet werden.

Grundsätzlich ist die Vorbereitung auf die Konfrontation mit Sterben und Tod als Querschnittsthema der gesamten Pflegeausbildung zu betrachten. In jeder CE werden mit Hilfe der widersprüchlich formulierten Bildungsziele reflexive Einsichten gefördert. Ebenso werden durch die Auseinandersetzung mit authentischen Pflegesituationen im Sinne einer phänomenologischen Lernkultur in jeder CE personal-soziale und reflexive Kompetenzen angebahnt. Insbesondere der zweite Kompetenzbereich *Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten* intendiert auf personale, sozial-kommunikative sowie reflexive Kompetenzen. Beispielsweise setzen sich die Auszubildenden mit den eigenen Emotionen und Deutungsmustern in der Interaktion (II.1.a), mit dem Beziehungsaufbau zu pflegebedürftigen Menschen unter Berücksichtigung der Grundprinzipien, wie Empathie (II.1.b), oder mit ethisch-kulturellen Prinzipien, Konflikt- und Dilemmasituationen (II.3.a, II.3.b, II.3.c) auseinander (vgl. PflAPrV Anlage 1). Auch der fünfte Kompetenzbereich beabsichtigt im Besonderen die Förderung reflexiver Einsichten. Beispielsweise sollen Auszubildende drohende Über- oder Unterforderungen wahrnehmen, notwendige Veränderungen erkennen und Handlungsalternativen ableiten (V.2.b), ihre persönliche Entwicklung als professionell Pflegende reflektieren (V.2.d) oder Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen, soziodemografischen und ökonomischen Veränderungen und der Berufsentwicklung verstehen (V.2.f) (vgl. PflAPrV Anlage 1). Zudem zielen auch die anderen drei Kompetenzbereiche mit spezifischen Kompetenzen auf ein verantwortungsbewusstes, reflektiertes und begründetes Handeln (vgl. PflAPrV Anlage 1).

Hinsichtlich der Förderung personaler und reflexiver Kompetenzen sticht besonders die CE 03 *Erste Pflegerfahrungen reflektieren – verständigungsorientiert kommunizieren* hervor. Sie folgt unmittelbar auf den Orientierungseinsatz und stellt die Reflexion belastender Ereignisse aus der Pflegepraxis in den Mittelpunkt (vgl. Fachkommission 2019, S. 51). Auszubildende setzen sich im Rahmen der CE 03 mit ihren persönlichen Idealen im Abgleich mit der Pflegepraxis auseinander und werden für ihre eigene Gesunderhaltung sensibilisiert (vgl. Fachkommission 2019, S. 51). Ebenso sollen sie in der Interaktion verschiedene Perspektiven und subjektive Erlebensweisen wahrnehmen, deuten und reflektieren. Das heißt auch, die eigenen Deutungsmuster zu reflektieren, „um Übertragungen zu vermeiden und einen professionellen Umgang damit zu finden“ (Fachkommission 2019, S. 51). Die emotionale Auseinandersetzung

beabsichtigt eine Haltung, die den angehenden Pflegefachkräften einerseits einen empathischen und wertschätzenden Umgang mit den zu pflegenden Menschen erlaubt. Andererseits entwickeln sie Selbstschutzkompetenzen zur Vermeidung einer emotionalen Überforderung (vgl. Fachkommission 2019, S. 51). Zur gegenseitigen Stärkung werden die Auszubildenden zudem in das Konzept der kollegialen Beratung eingeführt. Das Bildungsziel der CE 03 greift den Konflikt zwischen den hohen Pflegeidealen der Auszubildenden (der Wille zum Helfen) und der Praxisrealität auf. Beispielsweise erleben sie Pflegephänomene, wie Ekel, Scham, Abwehr, Grenzüberschreitungen, Ungeduld und Hilflosigkeit. Die angehenden Pflegefachkräfte sollen sich mit diesen Dilemmata reflexiv auseinandersetzen, positionieren und begründete Entscheidungen treffen (vgl. Fachkommission 2019, S. 51). Inhaltlich ist die CE 03 offen gestaltet und orientiert sich an den Erfahrungen der Auszubildenden. Der didaktische Kommentar und die Anregungen für das Lernen in simulativen Lernumgebungen sowie für Lern- und Arbeitsaufgaben der CE 03 weisen exemplarisch auf die Reflexion erlebter Phänomene hin. Entsprechende Beispiele sind Ekel und Scham, Nähe und Distanz sowie Konflikte in der Interaktion mit den zu pflegenden Menschen (vgl. Fachkommission 2019, S. 54).

Die Pflegephänomene Sterben und Tod werden in der CE 03 nicht explizit erwähnt. Sie entfalten sich in der CE 08 *Menschen in kritischen Lebenssituationen und in der letzten Lebensphase begleiten* (vgl. Fachkommission 2019, S. 154 ff.). Jene CE beschäftigt sich mit der Palliation als Hauptausrichtung des Pflegehandelns. Dennoch handelt es sich bei der Palliative Care nicht um einen "isolierten Wissensbestand" (Pleschberger; Heimerl 2005, S. 21). Sie bezieht sich auf vielfältige Zielgruppen mit diversen Krankheitsbildern und spielt in allen Versorgungsbereichen eine Rolle (vgl. Pleschberger; Heimerl 2005, S. 21). Die Intention der CE 08 gleicht dem Ziel von Palliative Care: Lebensqualität fördern durch das Lindern von Leiden unter Betrachtung des ‚ganzen‘ Menschen. Auszubildende sollen lernen, an diesem Ziel mitzuwirken. Sie setzen sich mit kritischen Lebenssituationen und der letzten Lebensphase von zu pflegenden Menschen und deren Bezugspersonen auseinander. Dabei gehen sie auf ihre komplexen Pflegephänomene unter Berücksichtigung sozial-kultureller Aspekte ein. Auch die daraus resultierenden persönlichen Belastungen der Auszubildenden sind zu thematisieren (vgl. Fachkommission 2019, S. 154). Das Bildungsziel der CE 08 beabsichtigt eine begründete Haltung, mit Hilfe derer die Auszubildenden eine professionelle Nähe-Distanz-Balance zu Schwerkranken und Sterbenden herstellen können. Erreicht wird diese Haltung über die reflexive Auseinandersetzung mit den Widersprüchen ‚Erleben von Leid versus Erwartungshaltungen‘ und ‚systemische Zwänge versus Patientenorientierung‘ (vgl. Fachkommission 2019, S. 154). Der didaktische Kommentar der CE 08 regt mit Lernsituationen an, in denen „exemplarisch chronische und onkologische Erkrankungen als Ursache thematisiert werden“ (Fachkommission 2019, S. 164). Damit möchte die CE 08 die Auszubildenden in das Konzept der Palliative Care einführen und vorrangig fachliche Fähigkeiten fördern (vgl. Fachkommission 2019,

S. 155 ff.). Nichtsdestotrotz bahnt die CE 08 auch über das Bildungsziel hinaus personal-reflexive Kompetenzen an. Diesbezüglich stellen entscheidende Kompetenzen jene dar, die die eigene Psychohygiene betreffen (V.2.b, V.2.c) (vgl. Fachkommission 2019, S. 156).

Stellt man die CE 03 und die CE 08 gegenüber, ergeben sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Beide CE beabsichtigen eine reflexive Haltung zu spezifischen Pflegephänomenen, mit Hilfe derer sich Auszubildende vor einer emotionalen Überforderung schützen können. Die CE 03 ist inhaltlich offen gestaltet und richtet sich nach den Erfahrungen der Auszubildenden mit dem Ziel, personale und reflexive Lernprozesse anzustoßen. Dahingegen weist die CE 08 klare Inhalte auf, die sich an Narrativen orientieren und vorrangig fachliche Kompetenzen beabsichtigen. Kritisch zu betrachten ist die unterschwellige Steuerung der CE 03 zu ihren aufgeführten Pflegephänomenen. Beispielsweise finden Sterben und Tod keinen Einzug, obwohl die Erfahrungen der Auszubildenden durchaus genannte Themen mitaufgreifen könnten. Dadurch verliert die CE 03 inhaltlich an Offenheit und es besteht die Gefahr, dass in den Pflegeschulen lediglich die ausgewiesenen Pflegephänomene reflexiv bearbeitet werden. Demzufolge bereiten die generalistische Lehrpläne die Auszubildenden prinzipiell ‚kategorial‘ auf Sterben und Tod vor. Entscheidend ist, wie die Empfehlungen der Fachkommission von Lehrpersonen in den schulinternen Curricula umgesetzt werden.

3 Persönlichkeitsstärkung durch das szenische Spiel als Lehr-Lern-Form

Lehrende sind zur Entwicklung von Lernsituationen aufgefordert, in denen sich Auszubildende reflexiv über belastende Erlebnisse aus der Pflegepraxis austauschen. Für viele Lehrpersonen bedeutet die methodisch-didaktische Umsetzung dieses emotionalen Erfahrungsaustausches jedoch eine große Herausforderung. Reflexive Lernprozesse sind nicht planbar, wie die ‚gewohnten‘ Unterrichtseinheiten. Sie greifen nicht die traditionellen Inhalte mit auf, sondern sind inhaltlich offen und emotionsbehaftet (vgl. Winter 2020, S. 202). Damit sich Lehrende auf derart offene und emotionale Lernprozesse einlassen, beleuchtet die Arbeit bereits, auf welche Art und Weise Auszubildende Sterbe- und Todeserlebnisse in der Pflegepraxis erleben (vgl. Kapitel 2.2.1). Daran schließen sich in diesem Abschnitt Anregungen an, wie derartige Erfahrungen didaktisch-methodisch aufbereitet werden können. Hierfür erfolgt zunächst ein Aufriss über das Lernverständnis einer persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung anhand des erfahrungsbezogenen Ansatzes nach Scheller. Danach wird das szenische Spiel als Möglichkeit aufgezeigt, um den Todeserlebnissen der Auszubildenden Raum zu geben und diese emotional aufzuarbeiten. Zuletzt folgen Konkretisierungen szenischer Verfahrensweisen, die im sich anschließenden praktischen Teil der Arbeit wiederaufgegriffen werden.

3.1 Erfahrungsbezogenes Lernen als Grundstein des szenischen Spiels

Der erfahrungsbezogene Ansatz nach Scheller fokussiert die emotionalen Erfahrungen eines Subjekts und erinnert an bisher unbewusste oder verdrängte Wahrnehmungs-, Deutungs- und Verhaltensmuster (vgl. Scheller 2001, S. 326).

Erfahrungen liegen Erlebnissen zu Grunde, in denen Menschen leiblich-subjektiv eingebunden sind. Die Wahrnehmungs- und Deutungsmuster in den Szenen sind durch emotionale Beziehungen aus frühester Kindheit erlernt und aktivieren sich über das Körpergedächtnis immer dann, wenn ähnliche emotionale Beziehungen entstehen (vgl. Scheller 2001, S. 326). Die Nähe zu einem geliebten Menschen gibt das Gefühl von Vertrautheit und Sicherheit. Sie erlaubt es dem Menschen, sich schamlos körperlich wie geistig zu entblößen (vgl. Scheller 2001, S. 326). Aufbauend dieser „Primärkonstruktionen“ (Arnold 2019, S. 15) entwickeln Individuen immer neue Wahrnehmungs- und Deutungsmuster, die bewusst oder unbewusst ihr Handeln beeinflussen (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 6). Vertraute Gefühle motivieren sie zum ständigen Wiederholen bekannter Denk-, Fühl- und Handlungsweisen sowie zum Minimieren störender Einflüsse zum Zwecke einer Angstabwehr (vgl. Arnold 2019, S. 17). Dieser Schutzmechanismus ist unvermeidbar und unbewusst (vgl. Arnold 2019, S. 31). Subjektiv bedeutsam ist eine Situation erst dann, wenn sie durch die Diskrepanz zwischen Ist- und Sollerwartungen konflikt- oder krisenhaft erlebt wird (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 31). Hier setzt die Pflege an. Sie "findet in Szenen statt, in denen sich Menschen auf den Leib rücken" (Scheller 2001, S. 326). Im Gegensatz zu den intimen Beziehungen sich vertrauter Menschen sind Pflegebeziehungen asymmetrisch und ungewollt. Krankheit, Alter sowie physische und psychische Beeinträchtigungen führen zu einer Abhängigkeit des zu pflegenden Menschen von der Pflegeperson. Die Pflegekraft kann diese Abhängigkeit erwidern, indem sie dem zu pflegenden Menschen einfühlsam, respekt- und verständnisvoll begegnet. Sie kann aber auch ein abwehrendes, emotionsloses und entwürdigendes Verhalten zeigen (vgl. Scheller 2001, S. 327 f.). Letztere Abwehrmechanismen sind nicht nur auf institutionelle Bedingungen zurückzuführen, sondern auch auf persönliche Schutzmechanismen. Pflegenden schützen sich vor unangenehmen, gesellschaftlich tabuisierten Themen, mit denen sie in ihrer täglichen pflegespezifischen Körper- und Beziehungsarbeit konfrontiert werden. Nacktheit, Krankheit, Alter, Sterben und Tod oder Hilflosigkeit sind entsprechende Beispiele. Diese unbeliebten Themen erinnern Pflegenden an eigene Ängste, unbewältigte Probleme und Erlebnisse (vgl. Scheller 2001, S. 328). Durch rationales sowie patientenfernes Handeln verdrängen sie die beängstigenden eigenen Anteile. Dadurch bewahren sie ihre Haltung. Krisen und Konflikte sind jedoch vorprogrammiert (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 6).

Eine professionelle Pflege, die den Menschen nicht nur körperlich, sondern auch leiblich-emotional betrachtet, setzt eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leib, mit der eigenen

Verletzlichkeit, Hilflosigkeit und den eigenen Ängsten voraus (vgl. Scheller 2001, S. 328 f.). Werden die eigenen unbeliebten Anteile bewusst wahrgenommen und als Teil seines Selbst akzeptiert, erlernen Menschen den reflexiven Umgang mit den eigenen Ansichten (vgl. Arnold 2019, S. 31). Ein besseres Verständnis des Ichs ermöglicht zugleich, die Situation des zu pflegenden Menschen nachzuempfinden und empathisch mit ihm umzugehen (vgl. Scheller 2001, S. 329).

Wie können nun Erlebnisse, in denen bisherige Positionen und Einstellungen in Frage gestellt werden, so zu Erfahrungen verarbeitet werden, dass das Neue nicht einfach abgewehrt oder nur oberflächlich übernommen wird, sondern den Blick auf problematische eigene Vorstellungen und Verhaltensweisen lenkt und damit die Möglichkeit eröffnet, diese zu verändern? (Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 31).

Diese Frage ist insofern bedeutsam, da wirklich neue Erfahrungen aufgrund individueller Abwehrmechanismen nur selten gemacht werden. Sie entstehen erst dann, wenn ein Erlebnis bewusst in Verbindung mit anderen Erlebnissen gebracht und dadurch in seinen Zusammenhängen und Wirkungen verstanden wird (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 31).

Der erfahrungsbezogene Ansatz setzt an, indem er Situationen schafft, in denen sich Pflegepersonen mit ihren eigenen Erlebnissen, Vorstellungen und Verhaltensmustern leiblich-emotional auseinandersetzen (vgl. Scheller 2001, S. 329). In der Situation fühlen sich Pflegenden in die Erlebniswelt des zu pflegenden Menschen ein und erfahren am eigenen Leib, wie sich dieser fühlt. Sie erleben und interpretieren das Verhalten des Gegenübers in der Situation und reagieren dementsprechend (vgl. Scheller 2001, S. 329). Auch ihr eigenes Verhalten nehmen sie aus der Perspektive des Gegenübers, das heißt aus einer zugewandten Distanz, wahr. Dadurch können internalisierte und unbewusste Wahrnehmungs- und Deutungsmuster aufgedeckt und gedeutet sowie Handlungsalternativen erprobt werden (vgl. Scheller 2001, S. 329).

Erfahrungsbezogenes Lernen distanziert sich von der belehrenden Rolle der Lehrkraft und der Vermittlung von Pflorgetechniken. Charakteristisch sind der gemeinsame Austausch, die Deutung und Reflexion von belastenden Situationen in der Gruppe sowie die damit zusammenhängenden Gefühle (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 27). Das Lernverständnis ist demnach konstruktivistischer Auffassung. Die Auszubildenden lernen im „arrangierten Reflektieren über belastende Situationen [...] ganzheitlich und mit allen Sinnen sowie gemeinsam mit Anderen von- und miteinander“ (Winter 2019, S. 232). Im Austausch erkennen die Auszubildenden, dass sie ähnliche Erlebnisse haben und sammeln „Verständnis- und Solidaritätserfahrungen“ (Winter 2019, S. 244). Diese erleichtern ihnen, emotional belastende Situationen auszuhalten bzw. Handlungsalternativen gemeinsam zu entwickeln (vgl. Winter 2019, S. 244). Durch das wiederkehrende Reflektieren lernen die angehenden Pflegefachkräfte, gesellschaftlich-strukturelle Bedingungen kritisch zu hinterfragen und Position zu beziehen. Somit werden im

Sinne Oelkes die Selbstreflexionsfähigkeit, die politische und die ethische Reflexionsfähigkeit der Auszubildenden gefördert. Winter fasst diese Erläuterungen zum Lernen durch Erfahrungen in ihrem Konzept zu fünf Aspekten förderlichen Lernens zusammen (vgl. Winter 2019, S. 233 ff.):

1. Lernen durch Reflektieren
2. Lernen als Arbeit mit und an Haltungen
3. Lernen mit dem Fokus auf kritische Urteilsbildung
4. Ganzheitliches Lernen mit allen Sinnen
5. Lernen als kooperatives Geschehen

Lehrende sind dazu angehalten, diese aufgelisteten Aspekte in geschützten Lernsituationen zu arrangieren, „damit Auszubildende wahrnehmen, erfassen und schließlich reflektieren können, was bislang verborgen oder unbewusst war“ (Winter 2019, S. 245). Die Auszubildenden sind in der Aussprache belastender, teils widersprüchlicher Erlebnisse und Emotionen zu unterstützen, um diese in ihren Zusammenhängen und Wirkungen zu verstehen. Dabei übernehmen Lehrende unterstützende Funktionen und sind „Vorbereiter, ‚Frage-Helfer‘ und Ermutiger“ (Winter 2019, S. 245). Wie solch ein Lernen durch ‚Erfahrung-Machen‘ methodisch-didaktisch vorbereitet und gestaltet werden kann, wird im nächsten Abschnitt erläutert.

3.2 Szenisches Spiel in der Pflegedidaktik

Der Ansatz des szenischen Spiels vertritt das bisher erläuterte Pflege-, Bildungs- und Lernverständnis (vgl. Winter 2019, S. 246). Daher lassen sich mit diesem Ansatz die Ziele der persönlichkeitsstärkenden Begleitung besonders gut verfolgen (vgl. Winter 2019, S. 246). Im Prozess des szenischen Lernens setzen sich Lernende sowohl rational als auch irrational-emotional und körperlich mit ihren Pflegeerfahrungen auseinander, die sie im Kontext von Krankheit, Alter, Sterben und Tod erleben (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 28). In der exemplarischen Auseinandersetzung mit den gesellschaftlich tabuisierten, aber pflegetypischen Schlüsselproblemen werden die Auszubildenden in ihrer Empathie- und Reflexionskompetenz gefördert sowie in ihren Widerstandskräften gestärkt (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 28).

Charakteristisch für das szenische Spiel ist die Arbeit mit und an Haltungen. Die Haltung eines Menschen untergliedert sich in eine innere und äußere Perspektive. Erstere meint "das Gesamt an inneren Vorstellungen, Gefühlslagen, sozialen und politischen Einstellungen" (Oelke; Scheller 2014, S. 9). Letztere nimmt die körperlichen und sprachlichen Ausdrucksformen einer Person in einer bestimmten Interaktionssituation in den Blick (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 9). Haltungen sind aufgrund biografischer Prägungen unterschiedlich. Gleichzeitig weisen sie auch „kollektive Gemeinsamkeiten“ (Oelke; Scheller 2014, S. 9) auf. Geprägt durch die gleiche Kultur und den Beruf teilen Menschen einen bestimmten Habitus (vgl. Oelke; Scheller 2014,

S. 9). Das szenische Spiel arbeitet mit und an bewussten sowie unbewussten Haltungen und Habitusformen, mit denen sich Menschen in Beziehung zueinander setzen (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 9).

Weil die Haltungen nicht ausschließlich über die Sprache erklärt und nachvollzogen werden können, sind emotionale Lernprozesse auf sinnlich-ästhetische Gestaltungs- und Darstellungsformen angewiesen. Das szenische Spiel bedient sich dieser. Es (re-)konstruiert Situationen, in denen Personen leiblich-emotional eingebunden sind und aktiviert eigene Denk-, Fühl- und Handlungsmuster. In den vorgestellten Situationen handeln Auszubildende im Schutz der Rolle. Dadurch verstehen sie die Voraussetzungen und Wirkungen eigener und fremder Haltungsanteile (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 9). Beim szenischen Lernen geht es demnach um die „Analyse sozialer Prozesse und um das Wiederentdecken, Erleben und Bewusstmachen dessen, was die Spielerinnen ausdrücken und zeigen in der Lage sind" (Oelke; Scheller 2014, S. 10). Dabei geht es nicht um das 'Anwenden' vertrauten Verhaltensmuster. Vielmehr sollen eigene verdrängte, häufig bedrohliche Gefühle, Erlebnisse und Beziehungen bewusst wahrgenommen und äußerlich dargestellt werden (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 10). Verstehen die Spielenden, dass die Gefühle von Unsicherheit, Schwäche, Trauer, Überforderung erlaubt sind, werden sie zur bewussten Steuerung und Veränderung der eigenen negativen Anteile befähigt (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 10).

Damit sich die Spielenden tatsächlich in die Rollen in der Szene einfühlen und sich körperlich sowie sprachlich situationsgerecht ausdrücken können, benötigen sie präzise Vorstellungen von der Szene und den Figuren. Hierfür gestalten die Teilnehmenden den Handlungsort mit verfügbaren Requisiten, wie mit Tischen und Stühlen (vgl. Scheller 2004, S. 55). Eine Einfühlung in die Figuren wird mit Hilfe verschiedener szenischer Verfahrensweisen unterstützt (vgl. Kapitel 2.4.3). Ebenso sind Beziehungskonstellationen zwischen den einzelnen Rollen transparent zu machen (vgl. Scheller 2004, S. 53). Mit der Einfühlung geben die Spielenden den Rollen nach ihren Interpretationen eine Haltung und nutzen Verhaltensweisen, die sie selbst in der analogen Realsituation verwendeten (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 9 f.). Bedeutsam dabei ist das Wissen um den Rollenschutz: Auszubildende sollen wissen, dass sie nicht sich selbst, sondern eine Rolle spielen und diese jederzeit wieder ablegen können (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 39).

Entscheidend im Spiel sind die Interventionen der Spielleitung. Sie unterbricht oder wiederholt den Ablauf, lässt die Spielenden in ihren Haltungen erstarren und regt zum Überlegen sowie Aussprechen von Wahrnehmungs- und Deutungsmuster an. Damit aktiviert die Spielleitung immer wieder bewusste und unbewusste Haltungen, auf die die Spielenden in der Situation zurückgreifen (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 39). Durch das Wechselspiel zwischen dem Ich und der Rolle können polarisierende Einstellungen kritisch hinterfragt und der „Blick für die

vielfältigen Schattierungen und Ambivalenzen in sich und ihren Beziehungen zur Arbeit, zu den Patienten, Kolleginnen und Ärzten“ (Oelke; Scheller 2014, S. 10) geöffnet werden.

Substanziell für das szenische Spiel ist neben der Einfühlung die anschließende Reflexion. Diese erfolgt aus dreierlei Perspektiven: die der Rollen, die der Beobachtenden und die der Spielenden (vgl. Scheller 2004, S. 56 f.). Die Rollenreflexion geschieht durch Gedankenstopps während des Spiels und anschließend in Rollengesprächen. Von wesentlicher Bedeutung ist die Beobachterreflexion. Denn das szenische Spiel „bleibt diffus und ungeklärt, wenn es nicht auch von einem Standpunkt außerhalb des Geschehens reflektiert wird“ (Scheller 2004, S. 56). Von außen verfolgen, unterbrechen und deuten Beobachtende die Darstellung und fixieren einzelne Aspekte (vgl. Scheller 2004, S. 56). Sie beschreiben sichtbar gewordene Haltungen sowie soziale Beziehungen, die die Spielenden in der Szene gezeigt haben (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 11). Mit der Spielerreflexion versprachlichen die Auszubildenden persönliche Wahrnehmungen, Emotionen und Erinnerungen, die bei ihnen im Spiel und in der Rolle hervorgerufen wurden. Letztere Reflexionsperspektive ist insofern entscheidend, dass sie den Spielenden die Möglichkeit, sich von der Rolle wieder zu distanzieren und persönliche Erlebnisse aufzuarbeiten, eröffnet (vgl. Scheller 2004, S. 57). Sie findet am Ende einer jeden szenischen Lerneinheit statt (vgl. Winter 2019, S. 247).

Aus der szenischen Reflexion resultiert die szenische Diskussion. Die Beobachtenden bringen jeweils unterschiedliche, biografisch geprägte Wahrnehmungs- und Deutungsmuster mit. In der Gruppe beschreiben sie subjektiv wahrgenommene Verhaltensweisen (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 11). Dabei können Abweichungen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung gemeinsam gedeutet werden (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 11). Gleichzeitig werden widersprüchliche Haltungen, wie zwischen gezeigter und intendierter oder zwischen äußerer und innerer Haltung, aufgedeckt und auf ihre Voraussetzungen und Wirkungen untersucht (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 11).

Mit der Einfühlung und der Reflexion, als zwei entscheidende Charakteristika des szenischen Spiels, grenzt sich dieses „vom Rollenspiel, vom darstellenden Spiel und vom Theater“ (Oelke; Scheller 2014, S. 11) ab. Für die Umsetzung des szenischen Spiels stehen unterschiedliche Spielverfahren zur Verfügung. Nähere Erläuterungen hierzu spiegeln sich im nachfolgenden Abschnitt wider.

3.3 Verfahrensweisen des szenischen Spiels

Die wesentlichen Spielverfahren des szenischen Spiels weisen jeweils spezifische Schwerpunkte auf. Hervorgehoben werden „sinnliche Wahrnehmungen und Vorstellungen, körperliche oder sprachliche Haltungen, Handlungen und Interaktionen, Gedanken, Empfindungen, Fantasien oder Beziehungswünsche, Veränderung oder Erweiterung des Verhaltensrepertoires“ (Oelke; Scheller 2014, S. 11). Folgende Spielverfahren haben sich in der Praxis des szenischen Spiels bewährt (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 12):

- Wahrnehmungsübungen
- Vorstellungsübungen, z. B. Fantasiereisen oder Raumbeschreibungen
- Körper- und Bewegungsübungen
- Sprechübungen
- Habitus- und Haltungsübungen
- Rollenschreiben, z. B. Rollenbiografie oder Tagebuch
- Rollengespräche, z. B. Einfühlungsgespräch oder Rollenmonolog
- Standbilder, z. B. situationsbezogenes Standbild oder Denkmal
- Stimmenskulptur
- Szenisches Lesen
- Szenische Improvisation
- Szenische Demonstration
- Szenische Rekonstruktion

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich aus Gründen des Umfangs auf das situationsbezogene Standbild, die Arbeit mit Szenentexten und das Denkmal. Mit Hilfe des situationsbezogenen Standbildes wird die Auseinandersetzung mit *erlebten* Sterbe- und Todessituationen aufgezeigt. Durch die Arbeit mit Szenentexten erfolgt die szenische Bearbeitung *vorgestellter* Situationen. Letzteres Verfahren bietet Schutz vor einer emotionalen Überforderung und ermöglicht, im Gegensatz zum situationsbezogenen Standbild, eine inhaltliche Steuerung durch die Spielleitung. Das Denkmal abstrahiert gewonnene Erkenntnisse und ermöglicht eine Metaperspektive zu Sterben und Tod. Nachfolgend werden jene Verfahrensweisen konkreter beschrieben und thematische Anregungen gegeben.

Das **situationsbezogene Standbild** stellt eine erlebte Situation der Hauptperson auf einen zugespitzten Moment bildlich dar und nimmt deren Haltung in den Blick (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 64 f.). Die Hauptperson soll sich mit ihrer Einstellung zur eigenen Endlichkeit, ihren Todesängsten und -erfahrungen auseinandersetzen. Über den gemeinsamen Austausch lernen die anderen Auszubildenden mit. Mit dem situationsbezogenen Standbild modelliert die

Hauptperson die Teilnehmenden zu einem für sie prägendem Bild, das das Erlebnis symbolisch darstellt. Die Teilnehmenden verkörpern die Figuren in der Szene, einschließlich die der Hauptperson. Dadurch nimmt letztere ihre eigene Rolle in der Situation aus einer zugewandten Distanz wahr. Durch die Einfühlung und Reflexion deuten die Hauptperson, verbaute Personen und von außen Beobachtende das Bild und die Haltungen der Beteiligten. Der Hauptperson werden dadurch unbewusste und teils abweichende Vorstellungen bewusst, die sie kritisch hinterfragen und gegebenenfalls überwinden kann (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 31). Mögliche Themen sind beispielsweise der Umgang mit der eigenen Trauer oder die der Angehörigen, die Angst vor dem eigenen Tod oder der eines Familienmitgliedes sowie Ohnmachtsgefühle beim Miterleben eines qualvollen Todeskampfes. Auszubildende sollen lernen, diese negativen Anteile bei sich und anderen zu verstehen und auszuhalten.

Das (Wieder-)Erleben solcher angst- und trauerbehafteter Todeserlebnisse aktiviert im Spiel belastende Emotionen, die manche Auszubildende traumatisch erleben. Ein distanzierteres Verfahren bietet die **Arbeit mit Szenentexten**. Jenes Verfahren nimmt die Perspektive anderer Personen ein und schafft dadurch eine Distanz zur eigenen Emotionalität (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 51). Die Arbeit mit Szenentexten verkörpert das ‚klassische‘ szenische Spiel und konstituiert sich durch die Einfühlung und Reflexion. Mit Hilfe der Szenentexte lenkt die Spielleitung bewusst zu Themenschwerpunkten hin. Bedeutsame Szenen für Auszubildende sind das Miterleben qualvoller Todeskämpfe, emotional überforderter Angehörige, unbegreiflicher Todessituationen von Kindern und der Versorgung eines Verstorbenen (vgl. Kapitel 2.2.1). Szenentexte greifen soziale (Pflege-)Szenen, die konfliktreich und emotional erlebt werden, auf. Mögliche Quellen für Szenentexte sind Dokumentarfilme, Dramentexte oder Erzählungen. Didaktisch aufbereitet beinhalten die Texte Leerstellen, die durch die Fantasie der Teilnehmenden aufgefüllt werden. Den dargestellten Szenen werden dadurch subjektive Bedeutungen gegeben (vgl. Scheller 2004, S. 88). Mit Hilfe szenischer Verfahren, wie Körper- und Sprechübungen, Einfühlungsgespräche, Rollenmonologe und das Schreiben von Rollenbiografien, fühlen sich Auszubildende in die Szenenrollen ein. Dadurch werden eigene Todeserlebnisse, -ängste und -vorstellungen aktiviert und versprachlicht (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 52). Nach dem Spiel reflektieren die Spielenden im Erlebnisgespräch ihr aktuelles Befinden und ihr Erleben der Szene aus den Rollen heraus. Abschließend reflektieren die Beobachtenden und Spielenden ihre wahrgenommenen Haltungen, deuten diese und ziehen Schlüsse daraus (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 55). Einen Überblick über die Phasen der szenischen Arbeit mit Rollentexten bietet Tabelle eins.

Tabelle 1: Phasen der szenischen Arbeit.

| Phasen der szenischen Arbeit | |
|---|---|
| Phase | Hinweise |
| Verteilung der Szenen | Vorstellung der Szenen durch die Spielleitung und Zuordnung zu den Szenen durch die Auszubildenden |
| Erste Erarbeitung der Szenen und Einfühlung in die Personen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mehrmaliges Lesen der Szenen und Entscheidung für eine Rolle 2. Beantworten von Gruppenfragen 3. Schreiben einer Rollenbiografie in Einzelarbeit 4. Aufbau des Raumes 5. Spielen der Szene |
| Vertiefende Einfühlung in die Personen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sich verkleiden 2. Körper- und Sprechhaltungen sowie Bewegungen ausprobieren 3. Szene nochmals spielen |
| Spielen und Auswerten der Szenen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Aufbau und Beschreibung des Raumes 2. Einfühlungsgespräche vor Beginn der Szene 3. Spielen der Szenen mit Rollenmonologen (die Spielenden erstarren durch Stopp-Rufe in ihren Haltungen und äußern ihre Gedanken) 4. Erlebnisgespräche nach Abschluss der Szenen 5. Auswertung der Szenen mit den Beobachtenden und Spielenden |

Quelle: Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 131

Die Szenentexte sowie die Gruppen- und Rollenfragen werden den Teilnehmenden als Zusatzmaterialien durch die Spielleitung ausgehändigt.

Das **Denkmal** ist eine weitere Form eines Standbildes und macht „Abstraktionen, Beziehungsstrukturen, generelle Haltungen oder Begriffe sichtbar“ (Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 66). Jenes Verfahren eignet sich aus Gründen der Abstrahierung am Ende einer szenischen Lerneinheit. Die Statue wird nicht nur von der Hauptperson, sondern von allen Teilnehmenden erbaut. Jede Person kann sich zur Statue bzw. zu Sterben und Tod positionieren, Gefühle äußern und ihre Haltung begründen. Dadurch gewinnen die Teilnehmenden allgemeine Einsichten und individuelle Haltungs- und Handlungsalternativen (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 22). Beispielsweise lässt sich mit dem Denkmal der Konflikt zwischen Berufsethos (würde- und respektvolle Sterbebegleitung) und Praxisrealität (keine Zeit für Gefühlsarbeit) transparent machen. Denkbar wäre ebenfalls das Aufdecken der Unterschiede zwischen den hohen Pflegeidealen der Auszubildenden und den abgestumpften Haltungen der Pflegenden. Auch könnte mit dem Denkmal die abwehrende Haltung Pflegenden gegenüber dem unnatürlichen Tod eines Kindes dargestellt und ins Verhältnis zum ‚normal‘ empfundenen Sterben

alter Menschen gesetzt werden. Angehende Pflegefachkräfte sollen diese Ideologien und das System Krankenhaus kritisch reflektieren, Position beziehen und ihr Handeln danach ausrichten.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit den praktischen Bildungserfahrungen der Autorin, die sie in der Auseinandersetzung mit den beschriebenen szenischen Verfahrensweisen zu Sterben und Tod sammelte. Aufgrund seines qualitativen Charakters wird der praktische Teil der Arbeit aus Sicht der Autorin beschrieben und bedient sich folglich der Ich-Form.

4 Emotionale Lernprozesse am Beispiel szenischer Verfahren zum Thema Sterben und Tod

Nachdem im vorherigen Kapitel herausgearbeitet wurde, welche Absichten das situationsbezogene Standbild, die Arbeit mit Szenentexten und das Denkmal verfolgen, zeigt der folgende Abschnitt, wie sich jene Verfahrensweisen konkret auf die Haltungen der Auszubildenden auswirken. Zur Deutung der Haltungen zeige ich meine persönlichen praktischen Bildungserfahrungen auf, die ich in der szenischen Bearbeitung von Sterben und Tod gemacht habe. Ableitend der praktischen Bildungserfahrungen, folgen die Bedeutung der Spielleitung sowie ein abschließendes Fazit.

1. **Situationsbezogenes Standbild:** Die Interpretation erfolgt exemplarisch anhand zweier Todeserlebnisse von Auszubildenden zur Pflegefachkraft. Die Erlebnisse wurden von Auszubildenden des dritten Ausbildungsdrittels im Rahmen des Palliativ-Projektes an der Berufsfachschule für Pflege am Klinikum Passau zu Narrativen verschriftlicht. Das situationsbezogene Standbild wurde aus Gründen einer emotionalen Überforderung (vgl. Kapitel 3.3) *nicht* praktisch durchgeführt. Die Erläuterungen zu jenem Verfahren basieren auf meinen subjektiven Deutungen der Narrative. Ableitend dieser zeige ich auf, wie das situationsbezogene Standbild geschehen kann.
2. **Arbeit mit Szenentexten:** Die Auswirkungen auf die Haltungen der Teilnehmenden lege ich beispielhaft anhand eines Selbstreflexionsschreibens offen. In der Reflexion beschreibe ich, wie ich *selbst* als Teilnehmerin die Arbeit mit Szenentexten zum Thema Sterben und Tod wahrgenommen habe. Die szenische Lerneinheit wurde von einer Studierendengruppe der Evangelischen Hochschule in Nürnberg konzipiert und im Rahmen des Seminars *Spielleiterin Szenisches Spiel – Aufbau Angebot für Studierende der EVHN bei Frau Prof. Dr. Winter* durchgeführt. Die daraus stammenden Szenentexte sowie Begleitmaterialien stellt die Studierendengruppe ihren Mitstudierenden zur Verfügung und finden in der vorliegenden Arbeit Einzug (vgl. Hodermann, Markert, Reitstetter 2022).
3. **Denkmal:** Die Wirkungsweise wird durch den Rückblick auf einen von mir arrangierten Denkmalbau veranschaulicht. Den Statuenbau führte ich im Rahmen des Palliativ-Projektes an der Berufsfachschule für Pflege am Klinikum Passau mit einer Gruppe von Auszubildenden durch. Die in dieser Arbeit Einzug findenden Erläuterungen setzen sich aus meiner Sicht und die der Auszubildenden zusammen.

4.1 Situationsbezogenes Standbild

Die Wahl beider Narrative (vgl. Anhang 1) begründet sich dadurch, dass sie die Realität der Auszubildenden verdeutlichen. Sie sind authentisch und stehen exemplarisch für die geschilderten emotionalen Belastungen Auszubildender in der Konfrontation mit Sterben und Tod (vgl. Kapitel 2.2.2). Zudem werden mit den gewählten Narrativen die eingangs näher beschriebenen Emotionen Angst und Trauer (vgl. Kapitel 2.1.1) situativ fassbar. Dies ermöglicht eine nachvollziehbare Deutung der Problematik bzw. der Haltungen. Im Folgenden zeige ich mögliche Szenarien in der Bearbeitung des situationsbezogenen Standbildes ausgehend der Narrative *„Ich konnte sie nicht einfach allein lassen“* und *„Ich hatte Angst, mich anzustecken“* auf und interpretiere anhand dieser die Haltungen der Hauptspielerinnen. Bei der Deutung des ersten Narrativs gehe ich exemplarisch näher auf die Methodik des situationsbezogenen Standbildes ein. Im Rahmen der Interpretation des zweiten Narrativs fokussiere ich die Problematik sowie mögliche Bewusstwerdungsprozesse der Hauptspielerin. Im Anschluss meiner dargelegten Sichtweisen untersuche ich beide Szenarien auf eine zentrale Problematik und leite alsdann die daraus resultierenden Konsequenzen ab.

Narrativ 1: *„Ich konnte sie nicht einfach allein lassen“* (vgl. Anhang 1)

Zunächst bittet die Spielleitung die Hauptspielerin, die Szene zu beschreiben und anschließend - zugespitzt auf den emotionalsten Moment – in einem Standbild nachzustellen. Empfindet die Hauptspielerin ihre eigene Trauer in der Situation am belastendsten, könnte sie den Moment darstellen, als sie sich an das Bett von Milas Mutter setzt und sie gemeinsam weinen. Denkbar wäre auch, dass sie ihre innere Panik, als sie vom ärztlichen Personal und der Pflegenden allein mit Milas Mutter gelassen wird, symbolisch darstellt. In beiden Momenten sind es die eigenen Gefühle der Hauptspielerin, die problematisch in der Situation erlebt werden. Nachfolgend wird exemplarisch auf erstere Option, der Trauer-Problematik, eingegangen.

Beim Aufbau des Standbildes beginnt die Hauptspielerin zunächst, die Szene mit verfügbaren Requisiten, wie mit Tischen und Stühlen, nachzustellen. Anschließend wählt sie Teilnehmerinnen aus, die die Rollen der Mutter sowie die ihres Selbst im Standbild übernehmen und gibt ihnen eine Haltung und Mimik. Die zwei Figuren sitzen wahrscheinlich am Bettrand bzw., je nach verfügbaren Requisiten, am Tischrand. Beide zeigen aufgrund ihrer Trauer eine gebückte, mit dem Kopf gesenkte Körperhaltung sowie ‚leere‘ und weinerliche Blicke. Vorstellbar ist, dass die Figur der Hauptspielerin die Hand von Milas Mutter hält oder ihr auf die Schulter fasst, um ihr somit ihren Beistand zu signalisieren. Die Rolle der Mutter hält sich möglicherweise beide Hände vor die Augen, um ihre Tränen und ihre Verzweiflung zu verbergen. Das Frühgeborene Mila nimmt in der Szene eine untergeordnete Rolle ein und wird wahrscheinlich ‚am Rande‘ des Bildes durch eine Puppe oder Ähnliches dargestellt.

Sobald das situationsbezogene Standbild fertig gestellt ist, wird die Hauptspielerin mithilfe von Einfühlungsfragen durch die Spielleitung zu ihrer inneren und äußeren Haltung befragt. Dabei tritt die Hauptspielerin beginnend bei der sie darstellenden Spielerin hinter die geformten Personen, beantwortet in der Ich-Form sprechend die Fragen der Spielleitung und fühlt sich (wieder) in die erlebte Situation ein (vgl. Oelke; Scheller; Ruwe 2000, S. 64 f.). Somit nimmt die Hauptspielerin ihre eigene Haltung aus einer zugewandten Distanz wahr und kann diese (neu) deuten. Sie erkennt dadurch wahrscheinlich, dass sie sehr nahe – möglicherweise zu nahe - zu Milas Mutter positioniert ist. Zudem identifiziert sie sich mit der Mutter. Denn sie stellt sich vor, Mila wäre ihr eigenes Kind: „*Ich könnte das nie verkraften*“. Die Vorstellung löst in der Hauptspielerin eine tiefe emotionale Betroffenheit aus, denn sie teilt die Trauer der Mutter. Indem die Hauptspielerin erkennt, dass sie Milas Mutter äußerlich wie innerlich sehr nahe ist, verstünde sie womöglich den Grund, warum sie sich nicht von der Trauer der Mutter distanzieren kann. Mit dieser Erkenntnis könnte sie auch die ‚Flucht‘ des ärztlichen Personals und der Pflegenden, die diese scheinbar zum Selbstschutz ergriffen haben, nachvollziehen. Zudem könnte der Hauptspielerin bewusstwerden, dass ihr selbst der schmerzliche Abschied von Mila aufgrund der langen und intensiven Beziehung Trauer bereitet. Möglicherweise wurde sie auch an einen emotionalen Abschied aus ihrer Vergangenheit erinnert, der die Trauer in ihr (wieder) aktivierte. Durch das Zusammentreffen alter und neuer Trauer erlebte die Hauptspielerin das Todesurteil besonders traumatisch. Auch hat sie das Todesurteil scheinbar noch nicht überwunden. Denn einerseits äußert sie zu Beginn des Narrativs, dass sie nicht mehr in die Kinderklinik möchte. Andererseits verspürt sie nach wie vor Trauer, sobald sie an Mila und ihren möglichen Tod denkt. Zudem wirkt es so, als könne die Hauptspielerin den bevorstehenden Tod von Mila nur schwer begreifen. Denn sie ist der Meinung, dass Kinder nicht vor ihren Eltern sterben dürften und dass der lange Kampf ‚sinnlos‘ gewesen sei. Sie findet den Tod von Mila ungerecht sowie unnatürlich und empfindet dadurch Wut und Trauer. Ein Teil ihrer Wut ist wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen, dass sie sich vom ärztlichen Personal und den Pflegenden hintergangen fühlte. Niemand informierte sie vorab, wodurch sie sich auf das Todesurteil nicht vorbereiten konnte. Dadurch empfand die Hauptspielerin Überforderung, Angst und Unsicherheit in der Situation.

Teile dieser Situationsdeutung nimmt die Hauptspielerin möglicherweise auch erst in der erweiterten Deutung durch die anderen, in der Situation verbauten, Personen wahr. Diese interpretieren und versprachlichen gleichermaßen - mithilfe der Einfühlungsfragen durch die Spielleitung - ihre Wahrnehmungs- und Deutungsmuster aus den Rollen der Auszubildenden und der Mutter heraus. Während der erweiterten Deutung beobachtet die Hauptspielerin das Geschehen von außen.

Nach der Befragung wird das Standbild aufgelöst und die Hauptspielerin, die Darstellenden und die Beobachtenden fassen ihre Interpretationen zusammen. Danach erfolgt die Auswertung des situationsbezogenen Standbildes, die mit verschiedenen reflexiven Methoden, wie mit einer Stimmenskulptur oder dem Schreiben eines Briefes, vorgenommen werden kann. Dadurch erhielt die Hauptspielerin die Möglichkeit, sich über ihre Trauer und Wut sowie die Gründe dafür bewusst zu werden. Durch die Reflexion verstand sie, dass sie keine professionelle Distanz zu Milas Mutter herstellen konnte. Mit dieser Erkenntnis wäre sie in der Lage, ihre Trauer in zukünftigen ähnlichen Situationen durch eine ausgewogene Nähe-Distanz-Balance auszuhalten und ihr Handeln danach auszurichten. Auch könnte sie das Verhalten des ärztlichen Personals und ihrer Bereichsschwester nachvollziehen. Dadurch würde ihr die Möglichkeit eröffnet werden, ihre Wut kritisch zu hinterfragen und wahrscheinlich zu überwinden. Durch den gemeinsamen Erfahrungsaustausch profitierten zugleich die anderen Teilnehmenden. Denn einige erlebten mit hoher Wahrscheinlichkeit ähnliche Situationen und könnten nun die Gründe für ihre Probleme verstehen. Sie lernten aus den Problemen der Hauptspielerin und könnten in zukünftigen Situationen auf ihre gesammelten Erfahrungen zurückgreifen.

Narrativ 2: „*Ich hatte Angst, mich anzustecken*“ (vgl. Anhang 1)

Am wahrscheinlichsten stellt die Hauptspielerin den Moment bildlich dar, in dem sie wie gefesselt und voller Angst vor dem Bett des Verstorbenen steht und ihrer Bereichsschwester bei der Versorgung des Leichnams lediglich zusehen kann. Die Figur, die die Hauptspielerin in der Situation darstellt, zeigt aufgrund ihrer Angst möglicherweise eine angespannte, beklemmende und unruhige Körperhaltung mit dem Blick in Richtung Türausgang. Denn innerlich möchte sie aus der Situation flüchten und ihren Opa anrufen. Denkbar sind auch verschränkte Arme, die auf eine Abwehrhaltung der Hauptspielerin in der Situation hinweisen. Die Rolle der Bereichsschwester nimmt wahrscheinlich eine offene, entspannte und dem Leichnam zugewandte Körperhaltung ein. Ihr Blick richtet sich an die Hauptspielerin, da sie um das Wohl der Hauptspielerin bedacht ist. Der Leichnam liegt leblos im Bett, bzw. auf Tischen.

Mithilfe der Einfühlungsfragen zur äußeren und inneren Haltung durch die Spielleitung könnte der Hauptspielerin bewusstwerden, dass sie ängstlich sowie überfordert war und aus der Situation flüchten wollte. Ihre Angst ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass sie mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontiert wurde. „*Ich hatte Angst, mich anzustecken*“. Sie hatte Angst selbst zu sterben und war gezwungen, sich mit ihrer eigenen Endlichkeit zu beschäftigen. Dadurch fühlte sie sich bedroht, aber auch überfordert. Ein Teil ihrer Überforderung ist wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen, dass sie sich mit ihrer Haltung zur eigenen Endlichkeit scheinbar zum ersten Mal auseinandersetzen musste: „*In meiner Familie leben noch alle*“. Gleichzeitig schämte sie sich für ihre Gedanken. Sie fühlte sich ‚dumm‘, denn sie wusste, dass sie sich nicht anstecken konnte. Dennoch konnte sie den Gedanken nicht abschalten. Ihre

Angst vor der eigenen Sterblichkeit und das Gefühl der Bedrohung übertrug sie auf ihren Großvater. Sie sah ihren Opa im Verstorbenen wieder und verspürte Angst, dass dieser auch bald sterben könnte. Denn sie überkam ein schlechtes Gewissen, da sie sich lange nicht bei ihm gemeldet hat und sie machte sich große Sorgen um ihn. Um sich vor einer Angstüberflutung zu schützen, wollte die Hauptspielerin aus der Situation heraus flüchten und ihren Opa anrufen. Ihre Blockade bzw. Angst, den Verstorbenen anzufassen, führte die Hauptspielerin auf ein persönliches Versagen zurück. Denn sie fühlte sich dumm, aber auch schlecht, da ihre Bereichsschwester den Verstorbenen allein versorgen musste. Auch könnte der Hauptspielerin bewusstwerden, dass Pflegende, die häufiger mit dem Tod konfrontiert werden - wie auf onkologischen Stationen -, eine offene(re) Haltung dem Tod gegenüber aufweisen und diesen sogar als ‚normal‘ erachten. Damit verstünde die Hauptspielerin auch die scheinbar vorurteilhaft interpretierte Nüchternheit der Pflegenden über die Versorgung des Verstorbenen. Gleichzeitig erkannte die Hauptspielerin möglicherweise, dass Pflegende, die eine offene Haltung zum Tod einnehmen, einen emphatischen und verständnisvollen Umgang mit derartigen Existenzenerfahrungen aufweisen. Die Bereichsschwester war um das Wohl der Auszubildenden bedacht. Sie erklärte der Auszubildenden ihre Handlungsschritte und reduzierte dadurch deren Ängste. Auch erkannte die Pflegende die emotionale Überforderung der Hauptspielerin: „*Schon gut, du musst das nicht tun*“. Zudem wusste die Pflegende, dass die Situation ein entlastendes Gespräch im Anschluss erforderte, doch verhinderten die institutionellen Rahmenbedingungen einen Erfahrungsaustausch. Dadurch erkannte die Hauptspielerin wahrscheinlich, wie wichtig ein offener und einfühlsamer Umgang mit derartigen Existenzenerfahrungen ist. Zugleich könnte ihr die Notwendigkeit entlastender Gespräche bewusstwerden, aber auch die Gründe dafür, die solch einen emotionalen Austausch verhindern. Durch die Einfühlung in die Rolle des Leichnams – sowohl durch die Hauptspielerin als auch durch die ‚Rollenträgerin‘ -, setzte sich die Hauptspielerin möglicherweise mit ihren eigenen Vorstellungen, Wünschen und Erwartungen über das Ungewisse nach dem Tod auseinander.

Mit Hilfe der anschließenden Reflexion nähme die Hauptspielerin wahrscheinlich die Gründe für ihre Ängste und ihre Überforderung bewusst wahr. Sie verstünde, dass sie mit ihrer eigenen Endlichkeit konfrontiert wurde und sie sich deshalb bedroht fühlte. Diese Bedrohung übertrug sie zugleich auf ihren Großvater, wodurch sie verhindert war, den Leichnam anzufassen. Mit dieser Erkenntnis wäre die Hauptspielerin in der Lage, ihre Angst als Teil ihres Selbst zu akzeptieren und sie gegebenenfalls zu überwinden. Auch könnte sie das Verhalten ihrer Bereichsschwester nachvollziehen und dadurch ihre Vorurteile gegenüber deren Nüchternheit kritisch hinterfragen und verändern. Sie erkannte wahrscheinlich, dass sie selbst bisher eine abwehrende Haltung dem Tod gegenüber hatte. Im Erkunden ihrer eigenen Haltung setzte sich die Hauptspielerin bewusst mit ihren Vorstellungen, Ängsten und Wünschen auseinander. Ihre kennengelernte Haltung eröffnete der Hauptspielerin die Möglichkeit, zukünftigen

ähnlichen Situationen selbstbewusst entgegenzutreten und handlungsfähig zu sein bzw. zu bleiben.

Stellt man beide Situationsdeutungen gegenüber, lässt sich eine zentrale Problematik beider Auszubildenden konstatieren. Im ersteren Narrativ ruft die intensive Nähe der Auszubildenden zum Tod bzw. zur Mutter die tiefe Trauer hervor. Im zweiten Narrativ distanziert sich die Auszubildende aufgrund ihrer Angst vor dem eigenen Tod oder dem des Großvaters von der Situation. Demnach konnten die Auszubildenden in beiden Situationen keine ausgewogene Nähe-Distanz-Balance herstellen. Folglich stellt die ‚Lösung‘ jener Hauptproblematik die Förderung personaler Kompetenzen dar, mithilfe derer sie eine bewusste Haltung zur menschlichen Endlichkeit entwickeln. Dadurch sind sie in der Lage, sich auf die belastende Nähe zum Tod einzulassen und sich gleichzeitig vor einer emotionalen Überforderung zu schützen. Das situationsbezogene Standbild bietet die Chance, diese Problematik aufzudecken und aufzuarbeiten. Jedoch birgt das Wiedererleben solch angst- und trauerbehafteter Situationen das Risiko, dass die Hauptpersonen die szenische Auseinandersetzung traumatisch erleben und emotional überfordert werden. Daher sollte bevorzugt und präventiv bei der szenischen Bearbeitung von Sterben und Tod auf vorgestellte, nicht selbst erlebte, Situationen zurückgegriffen werden. Wie dies gelingen kann, wird im nächsten Kapitel durch mein Selbstreflexionsschreiben über die Arbeit mit Szenentexten deutlich.

4.2 Arbeit mit Szenentexten

Der szenischen Lerneinheit, die die Arbeit mit Szenentexten zum Thema Sterben und Tod vorhersah (vgl. Anhang 2), trat ich mit einem beunruhigenden Gefühl entgegen. Denn ich erinnerte mich an eine vergangene szenische Lerneinheit zu Sterben und Tod, in der 'alte' Gefühle aktiviert und Tränen ausgelöst wurden. Doch sah ich die Lerneinheit auch als Chance, mich bewusst mit meinem Ich und meiner Biografie auseinanderzusetzen.

Während der Lerneinheit erlebte ich mehrere Schlüsselmomente, in denen ich mich selbst besser kennen lernen konnte. Einer dieser Momente war während der Einfühlung in meine Rolle. Ich nahm die Figur von Karla in der zweiten Szene *Die letzte Reise* ein (vgl. Anhang 2). Die Szenenwahl verlief zufällig bzw. nach dem Ausschlussverfahren - diese Szene wurde von manchen Teilnehmenden ausgeschlossen, da sie den Tod eines Kindes, von Karla, thematisierte. Beim Lesen des Szenentextes sah ich mich in Karla wieder. Warum, wurde mir erst beim Schreiben ihrer Rollenbiografie bewusst. In mir wurden Kindheitserinnerungen geweckt, die Parallelen, zu denen von Karlas erkennen lassen. Meine Kindheit war auch von langer Krankheit und schließlich dem Tod geprägt. Nur war nicht ich die 'Kranke', sondern meine Mutter. Eine weitere Parallele sah ich in der Abwesenheit von Karlas Vater in der Szene. Meine Eltern trennten sich in meiner frühen Kindheit. Seither habe ich keinen Kontakt zu meinem

Vater. Gemeinsam mit meinen fünf älteren Geschwistern wuchs ich bei meiner gesundheitlich beeinträchtigten Mutter auf.

Von Kindheit auf musste ich stark und selbstständig sein, doch fühlte ich mich innerlich allein gelassen, traurig und ängstlich. Und bis heute fällt es mir schwer, Schwäche zu zeigen sowie Hilfe anzunehmen. Diese gelernte Haltung wurde mir in Karlas Rolle, aber auch während der gesamten Lerneinheit wiederholt vor Augen geführt. Beispielsweise identifizierte ich mich als Beobachterin während der Darstellung und Reflexion der ersten Szene *Aber Mama, sterben ist doch gar nicht schlimm* (vgl. Anhang 2) mit der stummen Rolle von Lara, der Schwester von Pauline. Auch sie wirkte in der Szene äußerlich stark. In ihrem Inneren spürte ich jedoch ihre Einsamkeit und Trauer, die sie im Schatten ihrer todkranken Schwester Paula erlebte. Die alleinige Aufmerksamkeit der Eltern gegenüber Paula und die fehlende Zuwendung hin zu Lara empfand ich aufgrund meiner einsamen Kindheit am belastendsten während der Bearbeitung der ersten Szene.

Im Spiel der zweiten Szene zeichneten sich weitere Schlüsselmomente ab. Die Szene in der Rolle von Karla zu spielen, bereitete mir emotional anfangs keine Schwierigkeiten, da sie zu Beginn der Szene stark und wütend wirkte - die äußere Fassade. Erst mit dem letzten Abschnitt der Szene kam das Innere zum Vorschein, was in mir ebenfalls Trauer hervorgerufen hat. Die Rollenmonologe halfen mir, meine Gefühle in der Rolle wahrzunehmen. Ich verspürte die Gefühle von Enttäuschung, Wut, Trauer und die Angst vor einem schmerzhaften Tod. Am meisten belastete mich die Trauer von Karlas Mutter und Schwester. Dies wird durch das Zitat "*Oh man, Mama, nicht weinen*" (vgl. Anhang 2) deutlich. Es machte mich traurig, sie so leiden zu sehen. Denn ich konnte ihr Leid und ihre Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen durch den Tod meiner Mutter sehr gut nachempfinden. Das Erlebnisgespräch war von dieser Trauer begleitet, konnte diese aber noch regulieren - wenn auch mit zitternder Stimme. In der anschließenden Spielerreflexion bekam meine Trauer überhand. Ich wollte die Parallelen von Karlas und meiner Kindheit versprachlichen, doch meine Tränen hinderten mich daran. Ich spürte selbst den Kampf zwischen meiner äußeren Stärke mit meiner inneren Trauer. Doch gewann schließlich - wie bei Karla - die Trauer. Ich hatte meine Kindheit, die ich emotional sehr belastend erlebte, vor Augen. Ich fühlte mich traurig, allein gelassen, ängstlich und unsicher ohne den Schutz meiner Eltern. Anfangs war es mir unangenehm, vor der Gruppe zu weinen. Doch signalisierte mir die Gruppe ihr Verständnis und ihr Mitgefühl. Dadurch wurde mir bewusst, dass ich auch schwach sein und weinen darf.

Durch das Spielen der Szene wurde mir zudem vor Augen geführt, wer und was mir Kraft im Leben gibt: meine Zwillingschwester, mein Freund und der Glaube daran, dass meine Mutter im Himmel über mich wacht. In der Szene sind es auch Karlas Schwester, Mutter und verstorbene Oma im Himmel, die Karla beistehen und hoffen lassen. Die Gedanken über meine

Kraftquellen spenden mir Trost, Frieden und Hoffnung. Diese Vorstellung über ein Leben nach dem Tod sowie persönliche Erwartungen und Wünsche über meinen eigenen Tod wurden mir während der Lerneinheit mehrmals bewusst. Beispielsweise schrieb ich im Rahmen der Auswertung der ersten Szene (vgl. Anhang 2) auf meinem Luftballon, der symbolisch für die Vorstellung über das Ungewisse nach dem Tod stand, *Hoffnung*. Damit assoziierte ich meinen Glauben daran, dass meine Mutter im Himmel über mich wacht und wir uns im Jenseits wiederbegegnen.

Bei der Bearbeitung der dritten Szene *Vom Sterben spricht man nicht* (vgl. Anhang 2) wurde mir als Beobachterin meine Haltung über meine Endlichkeit erneut vor Augen geführt. Denn diese greift verschiedene Haltungen über das Sterben und den Tod auf, mit denen man sich identifiziert - oder nicht. Ich teilte insbesondere die Sicht von Gudrun, denn sie glaubte – wie ich – an ein Leben nach dem Tod. Zudem äußerte sie während eines Rollenmonologs, dass sie keine Angst vorm Tod, sondern vorm Sterbeprozess, verspüre. Im Erlebnisgespräch spiegelte sich diese Angst wider. Dabei blieb mir ein prägender Satz während des Erlebnisgesprächs mit Gudrun nachhaltig in Erinnerung: "*Niemand möchte allein sterben*". Dieser Auffassung bin ich auch. Ich möchte im Beisein meiner Zwillingsschwester sterben. Nicht alle Teilnehmenden waren der Auffassung, dass niemand allein sterben will. Dadurch erkannte ich, wie wichtig es ist, die individuellen Haltungen, insbesondere in der Sterbe- und Trauerbegleitung, in Erfahrung zu bringen und zu berücksichtigen.

Das gesamte Ausmaß dieser Gedanken wurde mir erst vollständig mit dem abschließenden Briefeschreiben (vgl. Anhang 2) und im Rahmen dieses Reflexionsschreibens bewusst. Bei beiden Methoden setzte ich mich intensiv mit meinen Emotionen, Erlebnissen, Wünschen und Vorstellungen zur Endlichkeit des Lebens auseinander. Dabei erkannte ich, wie wichtig es ist, wissentlich in sich zu gehen und seine persönliche Haltung zu hinterfragen.

4.3 Bau eines Denkmals

Der Bau des Denkmals wurde am Ende des zweiwöchigen Palliativ-Projektes mit 13 Auszubildenden des dritten Ausbildungsdrittels von mir durchgeführt und braumte rund 90 Minuten an. Die in dieser Arbeit Einzug findenden Bilder über den Denkmalbau (vgl. Anhang 3) basieren auf den Einverständniserklärungen der Auszubildenden.

Da die Auszubildenden zum ersten Mal mit der Methode des Denkmals - im Allgemeinen mit dem szenischen Arbeiten - konfrontiert wurden, erfolgte zu Beginn der Lerneinheit eine Einstiegsübung. In dieser nahmen die Auszubildenden Körperhaltungen zu den Gefühlslagen Trauer, Angst und Glück ein. Anhand der Haltungsübung erklärte ich den Auszubildenden, wie innere und äußere Haltungen zu verstehen seien und welche Ziele das szenische Spiel

verfolge. Dadurch wurden den Auszubildenden die Bedeutung und Intention der gegenwärtigen Lerneinheit offengelegt.

Anschließend leitete ich in eine Vorstellungsübung über, die einen Rückblick auf das durchlaufene Palliativ-Projekt darstellte. Die Auszubildenden sollten ihre Gefühle, Wünsche und Vorstellungen ins Bewusstsein rufen, die sie im Rahmen der Besichtigung eines Naturfriedhofes und eines Hospizes sowie beim Ansehen des Filmes *Das Schicksal ist ein mieser Verräter*¹ wahrgenommen haben. Während der Vorstellungsübung stellte ich bewusst die Haltungen einzelner Charaktere gegenüber dem Sterben und Tod in den Fokus und erfragte nach den Unterschieden zwischen deren Haltungen. Zugleich wurden die Auszubildenden auf ihre bisher wahrgenommenen Haltungen der Pflegepersonen im Krankenhaus gegenüber der Lebensendlichkeit aufmerksam gemacht und in Verbindung zu den Haltungen der Mitarbeitenden im Hospiz gesetzt. Beispielsweise fragte ich, wie das Naturfriedhof- / Hospiz- / Krankenhauspersonal sowie die Mutter des krebserkrankten Kindes im Film mit dem Tod umgegangen sind und welche Unterschiede sowie Gefühle sie diesbezüglich wahrnehmen konnten.

Nach der Vorstellungsübung bekamen die Auszubildenden die Gelegenheit, sich über ihre Eindrücke auszutauschen. Dabei erwähnte ich, dass während der gesamten Lerneinheit etwaige emotionale Äußerungen auf freiwilliger Basis seien und sich die Gruppe mit Wertschätzung, Vertrauen und Respekt zu begegnen habe. Während des Austausches wurde unter anderem die entwürdigende sowie hektische Sterbekultur im Krankenhaus thematisiert. Diese führte bei den Auszubildenden zu Unmut und sei laut ihren Aussagen im Hospiz nicht vorzufinden.

Aufbauend der vorangestellten Diskussion begann ich, die Methodik und Intention des Denkmalbaus (vgl. Kapitel 3.3) zu beschreiben. Zunächst verstanden die Auszubildenden nicht, wie sie ihre aus der Vorstellungsübung resultierenden Eindrücke generalisieren sollten. Nachdem ihnen wenige Beispiele genannt wurden, fing schließlich eine Auszubildende mit dem Bau eines Denkmals an. Hierfür nahm sie sich Personen aus der Gruppe, gab ihnen eine Körperhaltung, Mimik, Gestik und erklärte anschließend ihre dabei zugrunde liegenden Gedanken. Das erste Denkmal (vgl. Anhang 3, Bild 1) stellte einen Sterbenden mit seinen trauernden Angehörigen (oben rechts im Bild) dar, die von fürsorglichen Auszubildenden (knieend rechts neben dem Sterbenden) und von erkalteten Pflegepersonen (stehend links neben dem Sterbenden) betreut werden. Nachdem das Denkmal von der Auszubildenden erbaut und erklärt wurde, fragte ich, ob jede Person damit einverstanden sei. Die Statue wurde insgesamt fünfmal umgebaut, bis alle Auszubildenden zufrieden waren. Hierfür ließen sich auch mehrmals die im Denkmal verbauten Personen durch Außenstehende auswechseln. Die Themen, die die Denkmäler

¹ Der Film erzählt eine tragische Liebesgeschichte von zwei an Krebs erkrankten Jugendlichen. Die Handlung greift Themen auf, wie die Liebe, den Tod und die Trauer.

widerspiegelten, waren nahezu identisch. Lediglich die einzelnen Haltungen der Figuren sowie die Verbindungen zueinander wurden sukzessiv detaillierter dargestellt.

Bild zwei (vgl. Anhang 3) skizziert das finalisierte Denkmal. Beide Auszubildenden befinden sich direkt neben dem Sterbenden und zeigen diesem eine zugewandte Körperhaltung. Sie knien auf dem Boden und berühren den Sterbenden, wodurch sie ihre Anteilnahme und Hilfsbereitschaft signalisieren. Eine Auszubildende drückt ihren Beistand den trauernden Angehörigen gegenüber aus, indem sie ihren Arm auf eines derer Beine legt. Die Angehörigen wirken zutiefst bedrückt und sind dem Sterbenden zugewandt. Links im Bild stehen die erfahrenen Pflegenden, die ihren Rücken dem Sterbenden zuwenden. Sie zeigen verschränkte Arme sowie keine Berührungspunkte zu den anderen verbauten Figuren. Dadurch signalisieren sie eine abwehrende und gleichgültige Haltung allen Beteiligten gegenüber.

Nachdem alle Auszubildenden mit dem finalen Denkmal einverstanden waren, wurden die Beobachtenden dazu aufgefordert, sich zur Statue bzw. zum Thema zu positionieren und zu überlegen, warum sie jenen Standpunkt eingenommen haben. Dabei wurden die Auszubildenden - wie zuvor beim Denkmalbau - auf Aspekte, wie Oben und Unten, Nähe und Distanz sowie Zu- und Abgewandtheit, hingewiesen. Zudem erklärte ich, dass ich anschließend der Positionierungen nacheinander zu den Personen gehen und sie durch das Berühren ihrer Schulter auffordern werde, ihre Positionswahl zu erklären.

Nahezu alle der Auszubildenden positionierten sich knieend neben den Figuren der Auszubildenden im Denkmal (vgl. Anhang 3, Bild 3). Ihren Standpunkt begründeten sie dadurch, dass sie sich mit jenen Rollen identifizierten und dass sie niemals so werden wollten, wie die desensibilisierten Pflegenden. Eine der Auszubildenden setzte sich an das Kopfende des Sterbenden (vgl. Anhang 3, Bild 3). Ihre Äußerungen dahingehend lauteten, dass sie den Sterbenden und dessen Angehörige zwar im Blick habe, sie aber dennoch bewusst eine gewisse Distanz zu den Figuren herstelle, um sich nicht emotional zu überfordern. Lediglich eine Auszubildende positionierte sich, nachdem sie im Denkmal ausgewechselt wurde, bei den abgewandten Pflegepersonen (vgl. Anhang 3, Bild 4). Sie zeigt eine offene Körperhaltung den Pflegenden gegenüber und richtet ihren Blick auf den Sterbenden und dessen Angehörigen. Ihre geäußerten Gedanken zu ihrer Position hießen, dass sie Mitleid mit den erkalteten Pflegenden habe, dass sie ihnen gerne helfen wolle und dass sie dennoch um das Wohl des Sterbenden und seiner Angehörigen bedacht sei. Nachdem sich jede Person, auch die ursprünglich verbauten Personen, zur Statue positioniert und ihre zu Grunde liegenden Gedanken dazu geäußert hat, wurde das Denkmal aufgelöst. Im Anschluss reflektierte die Gruppe im Stuhlkreis ihre Wahrnehmungen und Deutungen. Mehrere Auszubildende äußerten, dass sie niemals so werden wollten, wie die Pflegenden mit der Coolout-Symptomatik. Außerdem erwähnten zwei der Auszubildenden, dass sie, selbst wenn sie von Pflegenden zu einem entwürdigenden Umgang

mit Sterbenden aufgefordert werden würden, anders handeln wollten. Sie nahmen sich vor, trotz ihrer ‚untergeordneten Auszubildendenrolle‘, ihre persönliche Meinung zu vertreten und sich nicht einschüchtern zu lassen.

Abschließend erkundigte ich mich, wie es den Auszubildenden mit der andersartigen und emotionalen Lehr-Lern-Form erging. Aus meiner Sicht war zu keiner Zeit der szenischen Lerneinheit eine emotionale Überforderung bei den Auszubildenden zu beobachten. Die Atmosphäre wirkte im Verlauf zunehmend vertrauter und es schien so, als traute sich die Gruppe sukzessive, ihre Empfindungen zu versprachlichen. Meine Einschätzungen wurden durch die Äußerungen der Auszubildenden bestätigt: *„Anfangs kam ich mir komisch vor, aber dann fand ich die Methode ganz cool“*. Ihre Emotionen hätten sie *„gut im Griff“* gehabt – so die Auszubildenden. Deren Feedback war durchgehend positiv, trotz der anfänglich verspürten Skepsis. Besonders die Mitteilung einer Auszubildenden blieb mir bei der Rückmeldung nachhaltig im Gedächtnis: *„Unsere Gruppe hat noch nie so harmonisch zusammengearbeitet“*.

Der Denkmalbau deckte folglich den Konflikt zwischen den hohen Pflegeidealen der Auszubildenden und den Haltungen der desensibilisierten Pflegenden auf. Alle Auszubildenden wollten dem Sterbenden und seinen Angehörigen beistehen, zeigten ihr Mitgefühl und positionierten sich dementsprechend. Selbst die Auszubildende, die sich bei den desensibilisierten Pflegenden positionierte, wollte helfen - mehr noch: Sie wollte sogar den Pflegenden helfen. Aufgrund ihrer hohen Pflegeideale neigen Auszubildende dazu, keine professionelle Distanz zu den Betroffenen herzustellen. Lediglich eine Auszubildende thematisierte ihre persönlichen Schutzgrenzen und stellte eine ausgewogene Nähe-Distanz-Balance her. Aufgrund der intensiven Nähe zum Tod, laufen viele der Auszubildenden Gefahr, sich emotional zu überfordern. Der Denkmalbau legte dieses Risiko offen und veranschaulichte gleichzeitig die Folgen eines mangelnden emotionalen Austausches. Ebenso wurden die Auszubildenden dahingehend sensibilisiert, die entwürdigenden Sterbebedingungen im Krankenhaus - im Vergleich zu der er- und gelebten Sterbekultur im Hospiz - kritisch zu hinterfragen, Position zu beziehen und ihr Handeln danach auszurichten. Zugleich wurden die angehenden Pflegefachkräfte in ihrer Persönlichkeit und in ihren Widerstandskräften gestärkt. Dadurch lernten sie, angst- und trauerbehafte Sterbeszenen durch ein ausbalanciertes Nähe-Distanz-Verhältnis auszuhalten. Der für mich prägende Satz einer Auszubildenden während der Reflexionsrunde zeigt zudem, dass das szenische Spiel unter anderem zur Stärkung einer Klassengemeinschaft beiträgt.

Auch für mich stellte der Bau des Denkmals, den ich zum ersten Mal mit Auszubildenden im Rahmen meiner Tätigkeit als Pflegepädagogin durchführte, eine bereichernde Erfahrung dar. Erst mit der praktischen Umsetzung haben sich mir die theoretischen Erläuterungen dieser Arbeit gänzlich erschlossen. Insbesondere die hohen Pflegeideale der Auszubildenden waren für mich klar erkennbar. Zudem stellte eine positive Beobachtung die Zielerreichung des

szenischen Spiels (persönlichkeitsstarke und widerstandskräftige Auszubildende) dar. Diese wurde durch die Äußerungen der Auszubildenden in der abschließenden Reflexion offengelegt. Abschließend ist zu erwähnen, dass auch ich dem Denkmalbau mit einer anfänglichen Skepsis und Unsicherheit entgegengetreten bin. Ich konnte nicht abschätzen, inwieweit sich die Auszubildenden auf die für sie neue Lehr-Lern-Form einlassen. Umso erfreulicher war die aus Sicht aller Beteiligten gelungene Durchführung des Denkmalbaus. Damit wird deutlich, dass im Rahmen szenischer Lerneinheiten neben den Lernenden auch Lehrende umfangreiche Erfahrungen machen.

4.4 Bedeutung der Spielleitung

Aus den praktischen Bildungserfahrungen wird ersichtlich, dass sich für Spielleitungen spezifische Herausforderungen ergeben. Eine dieser zeigt sich in der Wahl geeigneter inhalts- und intentionsabhängiger Spielverfahren. Im Hinblick auf die Thematik ist aus Gründen einer emotionalen Überforderung die szenische Aufarbeitung *erlebter* Todessituationen zu vermeiden. Stattdessen ist bei einer derart emotionalen Thematik auf *vorgestellte* Situationen, wie durch die Arbeit mit Szenentexten, zurückzugreifen. Die Erläuterungen zum Denkmalbau (vgl. Kapitel 4.3) verdeutlichen, dass die Spielverfahren sowie deren Intentionen, die nicht den ‚gewohnten‘ Unterrichtseinheiten entsprechen, an die Auszubildenden durch anschauliche Beispiele heranzutragen sind.

Bei der Vorbereitung szenischer Lernsituationen hat die Spielleitung allgemeine organisatorische Faktoren zu berücksichtigen, wie den räumlichen und zeitlichen Rahmen, die Auswahl der Texte und Themen, die Rollenverteilung oder das Bereitstellen von etwaigen Requisiten (vgl. Scheller 2004, S. 252 ff.). Jede teilnehmende Person sollte eine dem gleichen Geschlecht zugehörige und, wenn möglich, bevorzugte Rolle einnehmen, wobei unbeliebtere Figuren durch die Spielleitung anzuwerben sind (vgl. Scheller 2004, S. 259). Dadurch wird eine bessere Einfühlung in die Rollen gewährleistet. Gleichzeitig gibt die Spielleitung durch Rollen und Regeln, wie eine wertschätzende Kommunikation, den Teilnehmenden ausreichend Verhaltenssicherheit und Schutz (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 3). Die Gesetzmäßigkeiten gilt es klar von der Spielleitung zu kommunizieren, um Ängste und Unsicherheiten der Spielenden abzubauen (vgl. Scheller 2004, S. 260 f.). Weichen die Teilnehmenden im Spiel „von der Rollenvorgabe, vom Text, vom historischen Kontext oder der eigenen Deutung“ (Scheller 2004, S. 261) ab, sind die Eingriffe und Korrekturen durch die Spielleitung entscheidend. In diesem Fall erinnert sie durch Rollengespräche an die eigentlichen Situations- und Rollenzuweisungen (vgl. Scheller 2004, S. 261 f.). Möchte die Spielleitung ihre eigenen Interpretationen einbringen oder bisher ungesehene Aspekte aufzeigen, kann sie diese ebenso durch Rollengespräche oder als Hilfs-Ich vornehmen (vgl. Scheller 2004, S. 262).

Eine immense Bedeutung bei der szenischen Bearbeitung von Sterben und Tod stellt der verantwortungsbewusste und empathische Umgang mit Emotionen durch die Spielleitung dar. Trotz vorgestellter Situationen werden intensive Gefühle in den Teilnehmenden aktiviert und dargestellt (vgl. Kapitel 4.2). Schließlich *beabsichtigt* das szenische Spiel unter anderem, Emotionen zu beleuchten, zu verstehen und eben *nicht* zu verdrängen (vgl. Scheller 2004, S. 262). Dabei „können [wir] nicht auf der einen Seite emotionale Lernprozesse fordern und auf der anderen Seite nach einem Therapeuten rufen, wenn tatsächlich Emotionen sichtbar werden“ (Scheller 2004, S. 262). Entscheidend und bezugnehmend auf Winters dritten didaktischen Grundsatz ist, dass die Spielleitung den Teilnehmenden eine positive und offene Emotionskultur signalisiert (vgl. Kapitel 2.2.2). Jedoch sind auch „Schutzräume“ (Scheller 2004, S. 262) für Teilnehmende zu ermöglichen. Beispielsweise sollten sie in keinem Fall zu Äußerungen gezwungen werden. Ebenso sind Auszubildende, die an „tiefere Gefühlsschichten“ (Scheller 2004, S. 262) herankommen, nicht ‚vorschnell‘ von der Spielleitung oder den Teilnehmenden zu trösten. Erst zu einem späteren Zeitpunkt, wie in einer Pause, sollte die Spielleitung ihre Gesprächsbereitschaft signalisieren. Bedeutsam ist die Fähigkeit zum Aushalten der eigenen Gefühle und die der anderen (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 3). Das bedeutet gleichzeitig, dass es einer Haltung bedarf, mit Hilfe derer sich Spielleitungen auf die oft schmerzlichen Szenen einlassen, diese aushalten und interpretieren können (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 3). Aber auch Spielleitungen passiert es, dass sie selbst keine Distanz herstellen können. In diesem Fall sollten sie das Spiel unterbrechen und mit den Teilnehmenden darüber sprechen. Wichtig ist, dass Spielleitende ein Gespür für derartige Situationen entwickeln. Andernfalls „besteht die Gefahr, dass eigene Probleme auf die Schüler übertragen werden“ (Scheller 2004, S. 262).

Eine solche Spielleiterhaltung sieht von der traditionell vermittelten Rolle der Lehrperson ab und wendet sich hin zum „Prinzip des von- und miteinander Lernens“ (Oelke; Scheller 2014, S. 3). Dieser Paradigmenwechsel stellt einen herausfordernden Lern- und Entwicklungsprozess für Lehrende dar und bedarf im ‚Idealfall‘ einer Ausbildung zur *Spielleitung szenisches Spiel* (vgl. Oelke; Scheller 2014, S. 3).

5 Fazit

Die theoretischen und praktischen Erläuterungen dieser Arbeit verdeutlichen, dass in der Konfrontation mit Sterben und Tod das emotionale Befinden der Auszubildenden die zentrale Problematik verkörpert. Im Rahmen der Bearbeitung des situationsbezogenen Standbildes kristallisierten sich die Trauer und Angst der Auszubildenden als Probleme heraus. Beide Emotionen hinderten die Auszubildenden vor einer professionellen Pflege und dem Verständnis für das Verhalten anderer. Das Reflexionsschreiben über die Arbeit mit Szenentexten ist gleichermaßen von einer alten, reaktivierten Trauer begleitet. Zugleich ist eine Diskrepanz zwischen gefühlter und gezeigter Emotion zu verzeichnen: zwischen innerer Trauer und äußerer Wut bzw. Stärke. Dennoch wurde sowohl bei Karla als auch bei mir die innere zur äußeren Trauer. Dies zeigt, dass insbesondere die Konfrontation mit Sterben und Tod Pflegenden die Emotionsarbeit erschwert (vgl. Kapitel 2.1.2). Der Denkmalbau legte den Konflikt zwischen den hohen Pflegeidealen der Auszubildenden und den Haltungen der desensibilisierten Pflegenden offen. Die angehenden Pflegefachkräfte hoffen, nicht so zu erkalten wie die Pflegenden. Jedoch birgt die intensive Nähe zum Tod die Gefahr, dass die Auszubildenden emotional überfordert werden.

Die emotionalen Probleme der Auszubildenden zeigen unmissverständlich, dass die Bearbeitung von Sterben und Tod im Pflegeunterricht in keinem Fall auf der kognitiv-rationalen Ebene verbleiben kann. Entscheidend sind emotionale Lernprozesse, in denen sich Auszubildende leiblich-emotional mit Sterben und Tod sowie mit ihrer eigenen Haltung dazu auseinandersetzen. Denn nur wer sich seiner eigenen Wahrnehmungs- und Deutungsmuster bewusst ist, kann sie als Teil seines Selbst akzeptieren und gegebenenfalls verändern. Damit eröffnet sich Auszubildenden die Möglichkeit, Sterbe- und Todeserlebnisse angstfrei zu bewältigen sowie persönliche Schutzgrenzen zu erkennen und einzufordern. Dennoch gelingt es ihnen, empathische Beziehungen zu den Sterbenden und ihren Angehörigen einzugehen und somit professionelle Pflege zu leisten. Gefördert in ihrer Reflexionsfähigkeit sind die Auszubildenden in der Lage, die teils entwürdigende Sterbekultur im Krankenhaus kritisch zu hinterfragen, Position zu beziehen und ihr Handeln danach auszurichten.

Neben dem professionellen Umgang mit Sterbe- und Todeskonfrontationen lernen persönlichkeitsstarke, widerstandskräftige und reflektierte Auszubildende darüber hinaus, mit dem Gesamt an berufspraktischen Dilemmata umzugehen. Daraus folgt vermutlich eine Reduzierung der Zahlen an Ausbildungsabbrüchen bzw. Berufsausstiegen sowie an Pflegenden, die eine Burnout- oder Coolout-Symptomatik aufweisen. Schlussfolgernd stellen emotionale Lernprozesse, die optional über das szenische Spiel erfolgen, wohl einen Ansatz dar, um dem allgegenwärtigen Pflegenotstand entgegenzuwirken.

Die Erläuterungen zur Bedeutung emotionaler Lernprozesse führen zu der Frage, ob *überhaupt* kognitive Lernziele durch die Auseinandersetzung mit vorgegebenen Inhalten bei derart emotionalen Pflegephänomenen anzustreben sind. Denn in keinem Moment der exemplarisch dargestellten, praktischen Bildungserfahrungen verursachte ein mangelndes Wissen der Auszubildenden die Problematik. Es waren die fehlenden oder unbewussten Haltungen der Auszubildenden gegenüber Sterben und Tod, die die Konflikte hervorriefen. Auch Winter und Oelke betonen in ihren Konzepten die Wichtigkeit personaler und reflexiver Kompetenzen für die Pflege. Oelke konkretisiert in ihrem Zielkonzept zwar auch fachliche Kompetenzen, dennoch liegt ihr Fokus auf der Förderung von Reflexionsfähigkeit. Winter beschränkt sich in ihrem Konzept gänzlich auf das Ziel, Auszubildende in ihrer Persönlichkeit und in ihren Widerstandskräften zu fördern. Ebenso beabsichtigen sowohl die CE 03 als auch die CE 08 der generalistischen Lehrpläne mit ihren Bildungszielen eine Haltung, mithilfe derer sich Auszubildende auf die intensive Nähe zum Tod einlassen und sich gleichzeitig vor einer emotionalen Überforderung schützen können. Jedoch sind es in beiden CE die *Inhalte*, die einer bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Haltung zur Endlichkeit des Lebens im Pflegeunterricht entgegensteuern. Die CE 08 weist eine regelrechte Auflistung an Inhalten auf, die Lehrpersonen dazu verleitet, den ‚Stoff‘ im Unterricht rational abzuarbeiten. Gleichzeitig wird, trotz der mit Sterben und Tod verbundenen offensichtlichen Überforderungspotenziale, nicht explizit auf einen emotionalen Erfahrungsaustausch hingewiesen. Auch die inhaltlich ‚offen‘ gestaltete CE 03 motiviert Lehrende, lediglich die aufgeführten Pflegephänomene – worunter Sterben und Tod nicht fallen - über den reflexiven Erfahrungsaustausch zu bearbeiten. Zeige die CE 03 tatsächlich eine inhaltliche Offenheit und betone die CE 08 weniger – wenn überhaupt – fachliche Themen, könnte wohl der ‚Inhalts-Problematik‘ entgegengewirkt werden. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, dass die CE 08 statt des Inhaltskanons explizit auf den reflexiven Austausch über belastende Erlebnisse aus der Pflegepraxis hinwiese. Denn wie mehrfach aufgezeigt, stellen Sterbe- und Todeserlebnisse eine subjektive Bedeutsamkeit für angehende Pflegefachkräfte dar. Sie werden belastend erlebt und *wollen* gelöst werden, weshalb sie mit hoher Wahrscheinlichkeit im Unterricht mit den entsprechenden Rahmenbedingungen angesprochen und bearbeitet werden würden. Bedeutsame Inhalte ergeben sich also erst aus der Praxis, die sodann über etwaige Medien erschlossen werden könnten. Damit würde auch der doppelten Handlungslogik Rechnung getragen werden. Zudem erhielten die reflexiven Lernprozesse (mit der quer liegenden CE 08) auch über die CE 03 hinaus Aufmerksamkeit. Auszubildende erleben während ihrer *gesamten* praktischen Ausbildung Sterbe- und Todeserlebnisse, aber auch viele weitere emotionale Belastungen, die einer Aufarbeitung bedürfen. Aufgrund der prekären Arbeitsbedingungen der Pflegepraxis, die solch einen Erfahrungsaustausch nicht zulassen, kommt dessen Bearbeitung im Pflegeunterricht eine immense Bedeutung zu.

Die in dieser Arbeit erläuterten praktischen Bildungserfahrungen bieten eine Orientierung für Lehrende, damit diese der szenischen Bearbeitung von Sterben und Tod sowie anderen emotionalen Themen im Pflegeunterricht selbstbewusst entgegentreten. Insbesondere die Erläuterungen zum praktisch durchgeführten Denkmalbau zeigen auf, dass mit der entsprechenden theoretischen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod *vorab* einer szenischen Lerneinheit, mögliche zu erwartende Szenarien zum Großteil vorhergesehen werden können. Der Konflikt zwischen den hohen Pflegeidealen der Auszubildenden und den Abwehrhaltungen der Pflegenden spiegelt sich sowohl im theoretischen als auch im praktischen Teil dieser Arbeit in mehrfacher Hinsicht wider. Für die Deutungen der Narrative im Rahmen des situationsbezogenen Standbildes trifft Ähnliches zu. Dennoch können Lehrende auch *mit* diesem Orientierungsrahmen nicht ‚einfach so‘ eine szenische Lerneinheit bedenkenlos abhalten. Deutungen sind subjektiv. Möglicherweise interpretieren Lehrende und Lernende die in dieser Arbeit aufgeführten Szenen anders. Zudem erheben die Deutungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie sind exemplarisch zu betrachten. Der Verlauf einer szenischen Lerneinheit ist nach wie vor variabel, bedingt planbar und komplex. Diese Erfahrung machte ich im Rahmen meiner Weiterbildung zur szenischen Spielleiterin sowohl als Teilnehmerin als auch als Spielleiterin szenischer Lerneinheiten. Daher sollten sich Lehrende der Pflege, die das szenische Spiel im Pflegeunterricht beabsichtigen, zunächst *selbst* im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen leiblich-emotional mit spezifischen Pflegephänomenen auseinandersetzen. Nur so entwickeln sie die beschriebene Spielleiterhaltung (vgl. Kapitel 4.4). Ihren gewonnenen Erfahrungsschatz können Lehrende wiederum an die an der szenischen Lerneinheit Teilnehmenden herantragen.

Abschließend ist zu erwähnen, dass die fehlende Auseinandersetzung oder Tabuisierung von Sterben und Tod in der Pflegepraxis nicht nur durch die theoretische Pflegeausbildung kompensiert werden kann. Es ist auch das Engagement der Praxis und die enge Kooperation zwischen Pflegeschule und den Pflegeeinrichtungen obligat (vgl. Pleschberger; Heimerl 2005, S. 23). Beispielhafte Modellversuche sind am Klinikum Neumarkt und am Klinikum Region Hannover zu verzeichnen. Am Klinikum Neumarkt wird die Förderung reflexiver Einsichten in der Pflegepraxis derzeit durch monatliche Fallbesprechungen im Rahmen von Kompetenztrainings, durch wöchentliche Schichtreflexionen sowie durch die Auseinandersetzung mit individuellen und teaminternen Werten und Überzeugungen im Rahmen von Weiterentwicklungsprogrammen umgesetzt (vgl. Wittmann; Petersen 2022, S.103 ff.). Die gegebenen Arbeitsumstände erschweren jedoch auch am Klinikum Neumarkt oftmals eine „über das Nötigste hinausgehende Pflege“ (Wittmann; Petersen 2022, S. 107).

Am Klinikum Region Hannover führte Winter im Jahr 2020 Lehrende und Praxisanleitende in die sechs Lerneinheiten ihres Konzeptes ein. Die Lerneinheiten wurden anschließend während

des Orientierungseinsatzes an sechs Studientagen von den Lehrenden im Teamteaching mit einer Gruppe von Auszubildenden durchgeführt. Die Coronapandemie erschwerte jedoch den Implementierungsprozess der "Kontakt-Lernprozesse" (Winter 2021, S. 217) und verhinderte bisher eine wissenschaftliche Begleitung. Daher existieren bislang keine Erkenntnisse über die pädagogische Wirksamkeit des Konzeptes der *Persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung* (vgl. Winter 2021, S. 217 ff.). Dennoch liegen jüngste Erfahrungsberichte Beteiligter vor, die ein vielversprechendes Ergebnis des Modellvorhabens erahnen lassen. Rückgemeldet wurde unter anderem die positiv empfundene Zusammenarbeit zwischen Praxisanleitenden und Lehrkräften: *"[Es wird eine] sehr hohe Transparenz zwischen Theorie und Praxis erreicht [...] Diese Transparenz ist allein von den unterrichtenden Lehrkräften nicht zu erreichen"* (Winter 2021, S. 218). Ein zuversichtliches Resümee stellt zudem das der Schulleiterin der Pflegeschule am Klinikum Region Hannover bezüglich der durchgeführten Lernbegleitung mit der ersten Kohorte dar: *„Trotz aller typischen Probleme im ersten Praxiseinsatz hat kein_e einzige_r Auszubildende_r in der Probezeit von sich aus die Ausbildung abgebrochen [...] Die Auszubildenden meldeten zurück, dass [...] sie sich sehr gut betreut und aufgefangen gefühlt haben“* (Winter 2021, S. 220).

Diese Aussagen lassen hoffen, dass zukünftig mehr Pflegeschulen gemeinsam mit den Praxiseinrichtungen den anstrengenden, aber lohnenden Implementierungsweg persönlichkeitsstärkender und reflexiver Lernprozesse einschlagen werden. Unbedingt erforderlich ist es, den Pflegenden ausreichend Zeit und Raum für die Reflexion belastender Situationen zu gewähren. Nur so ist eine proaktive Weiterentwicklung der Pflegepraxis möglich. Schließlich ist es wohl im Sinne aller Pflegenden, den Pflegeberuf (wieder) attraktiver zu gestalten.

6 Literaturverzeichnis

Arnold, R. (2019): Seit wann haben Sie das? Grundlinien eines Emotionalen Konstruktivismus. 3. Auflage. Heidelberg: Carl-Auer Verlag

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) vom 2. Oktober 2018. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2018 Teil I Nr. 34, ausgegeben zu Bonn am 10. Oktober 2018. S. 1572–1621

Becker, S. (2014): Komplexe Bedürfnisse und Gestaltungsoptionen. In: George, W. (Hrsg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag

Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag

Boone, J. (2014): Das Schicksal ist ein mieser Verräter. DVD

Eberling, P. (2015): Sterben, Tod und Trauer in der Krankenpflegeausbildung. Eine Analyse der bayerischen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung und der Angeboten von Hilfsorganisationen. Saarbrücken: AV Akademikerverlag

Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2019): Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Bonn. Online unter: [5f5f3092481a4_Rahmenpläne_BARRIERE-FREI_07092020.pdf](https://www.fachkommission-nach-53-pflegeberufegesetz.de/5f5f3092481a4_Rahmenpläne_BARRIERE-FREI_07092020.pdf) (letzter Zugriff: 28.12.22)

George, W.; Herrmann, J. (2019): Ausbildungsanregungen Betreuung Sterbender in der stationären Versorgung. In: Padua 14 (1), S. 55-60

Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) vom 17. Juli 2017. In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 2017 Teil I Nr. 49, ausgegeben zu Bonn am 24. Juli 2017. S. 2581-2614

Gieseke, W. (2016): Lebenslanges Lernen und Emotionen. Wirkungen von Emotionen auf Bildungsprozesse aus beziehungstheoretischer Perspektive. 3. überarbeitete Auflage. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Glaser, B.; Strauss, A. (1995): Betreuung von Sterbenden. Eine Orientierung für Ärzte, Pflegepersonal, Seelsorger und Angehörige. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag

Halbmayer-Kubicsek, U. (2015): Tod und Sterben begegnen - Befürchtungen und Erwartungen Studierender der Gesundheits- und Krankenpflege in Bezug auf die künftige Konfrontationen mit Sterben und Tod. In: Pflegewissenschaft 17 (11), S. 596-603

Hodermann, L.; Markert, A.; Reitstetter, K. (2022): „Übers Sterben spricht man doch“. Unveröffentlichtes Manuskript. Evangelische Hochschule Nürnberg

Kast, V. (2015): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. 4. Auflage. Stuttgart: Kreuz Verlag. Online unter: https://eds-s-ebshost-com.evhn.idm.oclc.org/eds/e-bookviewer/ebook/bmxlYmtfXzExOTkwNzJfX0FO0?sid=9f0215c0-6582-4291-8af1-f8b9c04364c2@redis&vid=0&format=EB&lpid=lp_69&rid=0 (letzter Zugriff: 14.01.23)

Kersting, K. (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. Bern: Huber Verlag

Klafki, W. (2007): Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. Online unter: Erster Teil - 8722518 (oclc.org) (letzter Zugriff: 20.12.22)

Müller, D. (2014): Palliative Geriatrie – mehr als Sterbebegleitung. In: George, W. (Hrsg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag

- Oelke, U. (2018): Szenisches Lernen an der Hochschule. In: Sahmel K.-H. (Hrsg.): Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe. Berlin: Springer Verlag. Online unter: 978-3-662-54875-2_13[1356].pdf (letzter Zugriff: 14.01.2023)
- Oelke, U.; Meyer, H. (2014): Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen. 1. Auflage, 2. Druck. Berlin: Cornelsen Verlag
- Oelke, U.; Scheller, I. (2014): Grundsätze erfahrungsbezogenen bzw. szenischen Lernens. In: Oelke, U. (Hrsg.): Szenisches Spiel in der Pflegeausbildung. Berlin: Cornelsen Schulverlage GmbH. Online unter: Grundsätze szenisches Spiel.pdf (letzter Zugriff: 23.12.22)
- Oelke, U.; Scheller, I.; Ruwe, G. (2000): Tabuthemen als Gegenstand szenischen Lernens in der Pflege. Theorie und Praxis eines neuen pflegedidaktischen Ansatzes. Bern: Hans Huber Verlag
- Pleschberger, S.; Heimerl, K. (2005): Palliativpflege lehren und lernen. In: Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Reseck, L. (2022): Zeit für ein gutes Ende? In: Die Schwester | Der Pfleger 61 (9), S. 28-34
- Roth, G. (2011): Bildung braucht Persönlichkeit. Wie lernen gelingt. 4. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag
- Saul, S.; Jürgensen, A. (2021): Handreichung für die Pflegeausbildung am Lernort Pflege-schule. Erläuterungen des PflBG, der PflAPrV und Empfehlungen für die Erstellung schulinterner Curricula in Anlehnung an die Rahmenlehrpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung
- Scheller, I. (2001): Wir werden mit uns selbst konfrontiert – Erfahrungsbezogenes Lernen in der Pflegeausbildung. In: Pflegepädagogik o. Jg. (12), S. 326-330. Online unter: Scheller Erfahrungsbezogenes Lernen[1225].pdf (letzter Zugriff: 12.12.22)
- Scheller, I. (2004): Szenische Interpretation. Theorie und Praxis eine handlungs- und erfahrungsbezogenen Literaturunterrichts in Sekundarstufe I und II. Seelze-Velber: Kallmeyer
- Scherer, K. (1990): Theorien und aktuelle Probleme der Emotionspsychologie. In: Scherer, K. (Hrsg.): Psychologie der Emotionen. Göttingen, Toronto, Zürich
- Schilder, C. (2005): Wahrheit und Wahrhaftigkeit im Interaktionsprozess - die Rolle der Pflegeperson. In: Pleschberger, S.; Heimerl, K.; Wild, M. (Hrsg.): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. 2., aktualisierte Auflage. Wien: Facultas Universitätsverlag
- Stähli, A. (2004): Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege. Ein Leitfaden. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Tiedtke, J.; Lang, F. (2014): Psychosoziale Bedingungen des Sterbens in Pflegeeinrichtungen. In: George, W. (Hrsg.): Sterben in stationären Pflegeeinrichtungen. Situationsbeschreibung, Zusammenhänge, Empfehlungen. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Walter, A. (2015): Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen. ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. (Weyland, U., Kaufhold, M., Nauerth, A. & Rosowski, E., Hrsg.) (bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich). Online unter: http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf (letzter Zugriff: 23.12.22)
- Winter, C. (2019): Emotionale Herausforderungen Auszubildender während der praktischen Pflegeausbildung. Empirische Grundlegung eines persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitungskonzepts. Online unter: Dissertation Winter Emotionale Herausforderungen.pdf (letzter Zugriff: 29.12.22)

Winter, C. (2020): "Meinen ersten Frühdienst werde ich nie vergessen..." Persönlichkeitsstärkende Praxisbegleitung. Ein Konzept zur Reflexion von Erlebnissen in der praktischen Pflegeausbildung. In: Padua 15 (4), S. 202-208

Winter, C. (2021): Der Blick zurück stärkt auf dem Weg nach vorn. Umsetzung einer „Persönlichkeitsstärkenden Praxisbegleitung“ Auszubildender in Corona-Zeiten. In: Padua 16 (4), S. 216-222

Wittmann, J.; Petersen, J. (2022): Kritisches Denken in der Pflege. Wandel von reaktiver zu proaktiver Praxis. In: Pädagogik der Gesundheitsberufe. Die Zeitschrift für den interprofessionellen Dialog 9 (2), S. 98-107

Anhang 1

Narrative zur exemplarischen Bearbeitung des situationsbezogenen Standbildes

Narrativ 1: „Ich konnte sie nicht einfach allein lassen“

Ein Todeserlebnis hatte ich bisher noch nicht direkt. Aber ich erlebte ein Todesurteil. Und das war für mich bisher das Schlimmste, was ich in meiner Ausbildung mitbekommen habe. Es war in meinem Einsatz in der Kinderklinik. Ich freute mich sehr auf den Einsatz, da ich Kinder gerne mag und ich mir auch vorstellen konnte, in Zukunft mit Kindern zu arbeiten. Aber nach dieser Situation wollte ich nicht mehr in die Kinderklinik.

Ich war auf Station eins, der Frühchen-Station. Dort lag die kleine Mila. Sie lag schon sehr lange hier (ich glaube es waren 8 Wochen), da sie ein extremes Frühchen war. Ich durfte sie mittlerweile allein versorgen, was ich sehr wertschätzend fand. Mila hatte immer wieder Probleme und starb auch fast einmal. Das war aber noch, bevor ich auf die Station kam. Trotzdem fand ich den Leidensweg ganz schlimm. Immer wieder teilten die Ärzte der Mutter eine schlechte Diagnose mit und rissen ihr den Boden unter den Füßen weg. Sie weinte sehr oft, auch als ich im Zimmer war. Das war mir immer extrem unangenehm, weil ich nicht wusste, was ich sagen soll. Aber trotzdem hat es Mila immer wieder geschafft und alle waren voller Hoffnung, dass sie bald nach Hause gehen kann.

Dann teilten die Ärzte Milas Mutter an einem Morgen bei der Visite mit, dass Mila an einem unheilbaren Gendefekt leidet und sie nur ein paar Monate alt werden kann. Ich war dabei und wusste selbst davor von nichts. Ich war fassungslos. Warum hat mir niemand was gesagt? Dann kamen mir die Tränen. Ich fand das so ungerecht. Beide haben immer gekämpft und alles war umsonst. Es machte mich wütend und traurig. Es gibt nichts schlimmeres, wenn Kinder VOR ihren Eltern sterben. Ich könnte das niemals verkraften. Milas Mutter weinte fürchterlich. Die Ärzte gingen ins nächste Zimmer. Meine Bereichschwester ging zu Milas Mutter und sagte ihr, sie komme nach der Visite nochmal und ging dann auch. Ich verstand die Welt nicht mehr. Wie können denn da alle einfach gehen?! Dann verspürte ich Panik, weil sie mich allein gelassen haben. Ich wusste nicht, was ich machen sollte. Aber ich konnte sie nicht einfach allein lassen. Sie tat mir so unfassbar leid. Wortlos setzte ich mich zu ihr ans Bett und wir weinten gemeinsam.

Im Nachhinein denke ich noch oft an Mila und ihre Mutter und frage mich, ob Mila noch lebt. Der Gedanke, dass sie bereits Tod sein könnte, macht mich sehr traurig.

(Quelle: V. P. 2022)

Narrativ 2: „Ich hatte Angst, mich anzustecken“

Mein erstes Sterbeerlebnis war auf einer onkologischen Station. Es war mein erster Einsatz. Ich wusste, dass ich in der Ausbildung mit dem Tod konfrontiert werde, dachte aber ehrlich gesagt nicht so früh. In meiner Familie leben noch alle, daher wusste ich nicht, wie das ist. Aber der Tod auf dieser Station war schon fast normal.

Ich war erst fünf Tage auf der Station, als mich meine Bereichsschwester fragte, ob ich ihr helfe, einen verstorbenen Mann zu versorgen. Ich war etwas erschrocken über ihre Nüchternheit, als sie mich das fragte. Ich kannte den Mann nicht einmal! Aber irgendwie war ich auch neugierig, weil ich noch nie einen Toten gesehen, geschweige denn versorgt habe.

Als wir das Zimmer des Verstorbenen betraten war mir etwas mulmig dabei. Aber meine Bereichsschwester fragte mich, ob es mir gut ginge und sie erklärte mir auch alles, was mir meine Ängste etwas nahm. Trotzdem schaffte ich es nicht, den Mann anzufassen. Es fühlte sich wie eine innere Blockade an. Nicht unbedingt wegen dem Ekel ... ich hatte Angst, mich anzustecken. Ich fühlte mich richtig dumm ... Ich weiß ja, dass das nicht möglich ist, aber ich konnte den Gedanken einfach nicht abschalten. Und ich musste an meinen Opa denken, der ungefähr im selben Alter war als der Verstorbene. Mich überkam ein schlechtes Gewissen, weil ich mich schon länger nicht mehr bei ihm gemeldet habe. Am liebsten wäre ich sofort vom Zimmer hinausgelaufen und hätte ihn angerufen, um zu überprüfen, ob es ihm gut geht. Mein Bereichsschwester bemerkte meine Zurückhaltung und innere Unruhe und sagte: "Schon gut, du musst das nicht tun".

Ich fühlte mich schlecht, weil meine Bereichsschwester alles allein machen musste. Aber ich konnte es einfach nicht. Später wollten wir darüber reden, aber es war keine Zeit und dann wurde meine Bereichsschwester krank. Den anderen wollte ich nichts davon erzählen, weil ich mir dumm vorkam.

(Quelle: S. R. 2022)

Anhang 2

Arbeit mit Szenentexten zur Darlegung meines Reflexionsschreibens

(Quelle: Hodermann; Markert; Reitstetter 2022)

Überblick der Lerneinheit

| Zeit | Phase | Verlauf | Material |
|---------|-------------------------|---|------------|
| 10 Min | Einstieg | Ankommen, Begrüßung | |
| 80 Min | Annäherung an das Thema | Bildbetrachtung mit assoziativem Schreiben Wahrnehmungs- und Körperübung: Haltungen zu Sterben und Tod | Material 1 |
| 240 Min | Bearbeitung des Themas | Auswahl, Spielen und Auswertung der Szenen <ol style="list-style-type: none"> 1. Verteilung der Szenen 2. Erarbeitung und Einfühlung <ul style="list-style-type: none"> • Rollenzuordnung nach mehrmaligem Lesen der Szenen • Beantwortung der Gruppenfragen • Entwicklung einer Rollenbiografie • Körperhaltungen zu den Rollen 3. Spielen der Szenen (1, 2, 3) <ul style="list-style-type: none"> • Einfühlungsgespräch vor Beginn der Szene • Spielen der Szene einmal ohne Unterbrechung und einmal mit Stopp-Rufen • Erlebnisgespräch nach Abschluss der Szene 4. Auswertung <ul style="list-style-type: none"> • Szene 1: Resonanzrunde • Szene 2: Stimmenskulptur • Szene 3: Standbild | Material 2 |
| 60 Min | Reflexion | Schreiben eines Briefes an sein ‚Zukunfts-Ich‘ | Material 3 |
| 20 Min | Abschluss | Abschlussrunde: Rollen ablegen Verabschiedung | |

Themenüberblick der Szenen

1. Szene: "Aber Mama, sterben ist doch gar nicht so schlimm."

- 3 Personen: Mutter, Vater, Kind (Pauline), Schwester (Lara)
- Handlung: Mutter und Vater unterhalten sich über Paulines Hirntumor und dem vermutlich bald endenden Leben. Pauline und Lara bekommen dies mit. Lara nimmt eine stumme Rolle ein.

2. Szene: "Die letzte Reise"

- 4 Personen: Kind (Karla), Schwester (Lea), Mutter (Monika), Pflegefachkraft (Petra)
- Handlung: Karla ist unheilbar krank und hat gerade ihr Aufnahmegespräch für ein Hospiz.

3. Szene: "Vom Sterben spricht man nicht."

- 4 Personen: Herbert, Gudrun, Charlotta, Walther (Bewohner Pflegeheim)
- Handlung: Die Bewohner unterhalten sich beim Essen über das Sterben und den Tod

Überblick der Auswertungsmethoden

| | |
|----------|--|
| 1. Szene | Resonanzrunde Die Teilnehmenden schreiben auf einen Luftballon, welche Gefühle die Szene in ihnen ausgelöst hat. |
| 2. Szene | Stimmenskulptur Die Teilnehmenden positionieren die Pflegefachkraft Petra und deuten deren Gefühlslage. |
| 3. Szene | Standbild Die Teilnehmenden positionieren sich zu einem Stuhl / Tisch, der den Tod symbolisch darstellt. |

Szene 1: „Aber Mama, sterben ist doch gar nicht so schlimm.“

Personen: Vater, Mutter, Pauline, Schwester

Vater: „Schatz, du siehst so geschafft aus heute. Wie gehts dir?„

Mutter: „Man eh, es nervt doch alles. Warum gerade wir? Ich verstehe nicht was Pauline oder wir verbrochen haben, dass wir das hier alles aushalten müssen.“

Vater: „Ich weiß, ich weiß ...

zu Pauline gewandt

Schmeckt dir dein Lieblingsessen? Du magst doch Milchreis so sehr!“

Pauline: „Ja Papa, schmeckt super! Nichts kannst du besser als Milchreis kochen, Herr Chefkoch!“

Vater: „Mach dich nicht lustig über meine Kochküste, Prinzessin! Aber nichts ist wichtiger, als dass es dir mundet, junges Fräulein!“

Pauline: *kichern*

Mutter: „Ja, so kennen wir sie unsere kleine Zuckermaus! Was wünschst du dir denn morgen zu essen?“

Pauline: „Na Milchreis, ist doch klar!“

Mutter: „Ach Mensch, ... Pauline, du bist eine lebensfrohe Maus und wir haben so lange mit dir gekämpft. Und jetzt? Jetzt werden wir den Kampf gegen diesen blöden Hirntumor verlieren.“

Vater: „Ja, wahrscheinlich hast du recht. Aber wir können uns nichts vorwerfen! Wir haben ja wohl alles Mögliche getan und uns bestens um unsere kleine Prinzessin gekümmert. Ich glaube, dass wir ihr trotz allem gezeigt haben, wie schön das Leben sein kann. Uns das merkt man ja an ihrer lebensfrohen Art. Ich denke, da haben wir alles richtig gemacht!“

Mutter und Vater reichen sich eine Hand, gleichzeitig streicht die Mutter über Paulines Wange

Mutter: „Paulinchen, wir haben dich so lieb. Das ist einfach so unfair, dass es dich getroffen hat... Nichts hilft, gar nichts! Du hast doch eigentlich noch dein ganzes Leben vor dir... Was sollen wir nur ohne dich tun?! Der Gedanke das du bald nicht mehr bei uns bist... einfach schrecklich.“

Pauline: „Aber Mama, sterben ist doch gar nicht schlimm. Man fliegt doch einfach in den Himmel ... Ich glaube man kriegt da nen´ Luftballon umgebunden und dann fliegt man hoch in den Himmel.“

Mutter und Vater schauen sich verblüfft an, fangen dann an zu lächeln und wischen sich die Tränen weg

Szene 2: "Die letzte Reise"

Personen: Karla, Lea, Monika, Petra

Karla, Monika und Lea sitzen mit Schwester Petra beim Aufnahmegespräch für das Hospiz.

Petra: "Karla, um dich ein bisschen kennenzulernen, würde ich mich freuen, wenn du mir ein bisschen was von dir erzählst."

Karla: "Klar, ähm, ich fang glaub ich einfach mal von vorne an. Mein kleiner Finger war das Problem, irgendwie, ähm, konnt ich den kaum noch ausstrecken. Ich weiß noch, dass ich das anfangs ziemlich witzig fande. Aber es war dann richtig komisch..."

Monika: "Mhh, das stimmt. Da dacht ich noch, dass es nichts weiter ist. Aber, naja, ein paar Tage nach den Untersuchungen mussten wir ins Krankenhaus. Die Ärzte wollten mit uns reden... (*Blick Richtung Karla*) - ohne dich. Und dann, zack, haben sie uns die schlimme Diagnose an den Kopf geworfen. Ich habs gar nicht verstanden und konnte es kaum glauben. Und dann sind wir nach Hause. Mh, dort saß dann Karla, und ... sie hat gefragt: "Und, was habe ich jetzt?" ... Da ist für mich eine Welt zusammengebrochen."

Karla: "Oh ja, das war schlimm. Ich wusste gar nicht was ich sagen soll." *verlegenes Lachen*

"... und jetzt sind wir nach langem und sinnlosem Kampf hier."

Petra: "Um dir den Aufenthalt hier schön zu gestalten, würde ich gern wissen, was du gerne machst oder was dir wichtig ist?"

Karla: "Baden! Ich liebe baden! Ich liebe es im Wasser zu schweben und so schwerelos zu sein. Da merke ich nichts von meinen Schmerzen, die ich durch das ständige Liegen und sowas habe, ..."

Monika schaut Schwester Petra an

Monika: "Geht das denn? Gibt es hier denn ein Schwimmbad? Mir ist es wichtig, dass Karla noch was Schönes erlebt."

Karla: "Mama, Hauptsache ihr seid bei mir und wir haben noch etwas Zeit miteinander ..."

Monika: "Jaja, ich weiß. Mir liegt es einfach am Herzen, dass du glücklich bist. Das Schlimmste ist nämlich, dass ich danebenstehen und zusehen muss... Ich kann nichts tun. Ich kann nur zuschauen, wie du mir weggenommen wirst."

Monika und Lea fangen bitterlich an zu weinen

Karla: "Oh man, Mama, nicht weinen. Wenn es so weit ist, gehe ich nach oben, zu Oma."

Lea: "Hast du Angst, wenn du zu Oma gehst?"

Karla: "Mhh, schon..."

Monika: "Ich glaube du brauchst keine Angst zu haben, wir sind doch alle bei dir."

Lea: "Also, äh, ich stell mir das so vor: Du steigst dann in ein Boot ein und dann treibst ganz langsam weg. Und wir, wir bleiben alle am Ufer stehen und winken dir. Und irgendwann, dann sehen wir uns alle wieder, da oben!"

...Ich bin einfach nur traurig, dass du dann weg bist... wir können dann irgendwie nichts mehr gemeinsam erleben.

Karla: "Aber diese scheiß Krankheit interessiert sich ja auch nicht dafür, was ich alles dagegen gemacht habe ... Die macht einfach das, was sie eben nicht soll – immer schlimmer werden. So wie jetzt, will ich das nicht mehr."

Karla blickt zu Petra

Karla: "Und jetzt, mh, bin ich hier, im Kinderhospiz, und werde meine, mh, letzten Tage hier erleben."

Petra: "Hast du denn noch einen Wunsch, was du mit deiner Familie erleben möchtest in den nächsten Tagen?"

Karla schüttelt den Kopf und sagt: "Ich hoffe es geht einfach nur schnell."

Karla beginnt zu weinen.

Szene 3: "Vom Sterben spricht man nicht!"

Personen: Herbert, Gudrun, Charlotta und Walther

Charlotta beißt in ihr Brot und senkt ihren Blick. Sie ist traurig und in Gedanken versunken.

Walther: "Sach mal, Charlotta, warum schaust du denn so griesgrämig? In so ein Gesicht will ich während es Essens aber nicht gucken!! Welche Laus ist dir über die Leber gelaufen?"

Charlotta: "Ach ja, ... wisst ihr, ... meine Tochter hatte mich heute Morgen angerufen. Sie erzählte mir, dass Liselotte, ähm ..., gestorben ist. Mit Lisl war ich in der Schule. Wir haben 10 Klassen gemeinsam durchgestanden! Jeden Mist haben wir zusammen gemacht.

Das, was mich aber wirklich richtig traurig macht, ist nicht das meine Lisl gestorben ist. Sondern das mir immer mehr vor Augen geführt wird, dass ich wahrscheinlich auch bald, ähm.. sterben werden.

Kurze Pause

Charlotta: "Ich bin ja auch nicht mehr die Jüngste und aus meiner damaligen Klasse war Lisl die letzte, die noch gelebt hat. Da wird mir meine Endlichkeit wieder bewusst... Der Tod war doch immer soooooo weit weg und jetzt? Jetzt ist er plötzlich so nah und deutlich..."

Der Doktor hat letztens auch schon gesagt das mein Herz nicht mehr das Beste ist."

Walther: "Ach na Mensch, Charlotta! Über das Sterben spricht man doch nicht! Schon gar nicht zur besten Mahlzeit am Tag!

Gudrun: "Waldi, du bist aber wieder ein Elefant im Porzellanladen!

Mh, ... mir geht es oft genauso. Ich habe Momente, in welchen ich total traurig bin und mich Frage: Wo ist den bloß die gute alte Zeit geblieben? Das wir dem Tod schon viel näher sind als dem Leben, das ist ja wohl eine Tatsache! Wenn ich mal so einen Moment habe, dann denke über meinen Tod nach. Ich male mir aus, wie der Tod wohl ist und mache mir Gedanken darüber, wie sterben sich wohl anfühlt. Was möchte ich noch erleben, bevor ich sterbe? Wie soll meine Beerdigung aussehen?"

Gudrun: "Herbert, was willst du denn noch so machen, bevor du mal den Löffel abgibst?"

Herbert: "Naja, also, ähm... *räuspert sich*

Ich habe mir da noch keine Gedanken drüber gemacht. Aber wenn du mich so fragst, ich möchte auf jeden Fall noch einmal Motorrad fahren. So richtig über die Straßen heizen! Das wollte ich schon immer machen! Und du?"

Gudrun: "Ich möchte noch einmal zu meiner besten Freundin Mona nach Hamburg. Der geht es eben nicht so gut, deshalb will ich sie schon noch mal sehen... *seufzen*

Das ist im Rollstuhl gar nicht mal so einfach... Da haben Herbert und Charlotta nicht so viele Hürden zu bewältigen, die beiden Junggebliebenen!

Wenn ich die Mona noch mal gesehen habe, dann kann ich in Ruhe einschlafen - ganz entspannt einschlafen und einfach nicht mehr aufwachen. So ein bisschen wie im Film. Das ist eine schöne Vorstellung, oder? Wie ist das bei dir, Herbert?"

Herbert: "Ich will auch einfach einschlafen. Ich würde mir wünschen, dass ich es merke, wenn es so weit ist. Dann will ich am Abend, bevor ich ins Bett gehe, noch ein richtig schönes kühles Blondes trinken. Das verbietet mir der strenge Doktor Meier wegen der ganzen Medikamente immer! Dann trinke ich das Bier, gehe ins Bett und wache einfach nicht mehr auf. Und dann ist es ja ganz klar, dass ich in den Himmel komme. So steht es ja schließlich in der Bibel geschrieben. Deshalb habe ich wirklich gar keine Angst vorm Ableben. Und bei dir, Charlotta?"

Charlotta: "Bevor ich sterbe, mhhh ... möchte ich noch einmal an die Ostsee. Ich möchte noch einmal die Kraniche sehen, wie sie im Schwarm zusammen in den Süden ziehen."

seufzen

Ich habe mir immer vorgestellt, dass ich beim Sterben entspannt auf dem Rücken des Kranichs liege. Ganz flach mit dem Blick in den Himmel, in die Unendlichkeit. Der Kranich schwebt mit mir dann über den Wolken. Er fliegt mit mir in ein anderes Universum, lässt mich dort und kehrt dann zurück."

Walther: "Oha, Charlotta, das ist aber eine schöne Idee. Ich habe gar keine Vorstellung vom Sterben. Ich warte einfach mal ab. Was Passieren muss, wird passieren."

...

Ich denke es ist jetzt aber auch mal gut mit den diesen Gruselgeschichten, ich möchte mein Essen doch genießen! Wer weiß, ob es das letzte sein wird!"

Anhang 3

Bilder über den Bau eines Denkmals

Bild 1: Erstes Denkmal



Quelle: eigene Darstellung

Bild 2: Finales Denkmal



Quelle: eigene Darstellung

Bild 3: Positionierung zum Denkmal



Quelle: eigene Darstellung

Bild 4: Positionierung zum Denkmal nach Rollenauswechslung



Quelle: eigene Darstellung

Eidesstattliche 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
16.01.23

A. Stemp