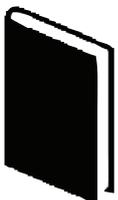


# Kommunikation zwischen Pflegerinnen und onkologischen Patienten

Eine empirische Kompetenzerfassung  
als Beitrag zur Qualifikationsforschung  
im Berufsfeld Pflege

Patrizia Raschper



Jacobs Verlag

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort.....</b>	<b>13</b>
<b>Danksagung.....</b>	<b>17</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>19</b>
1.1 Ausgangslage und Problemstellung .....	19
1.2 Erkenntnisinteresse .....	27
1.3 Aufbau der Arbeit .....	28
<b>2 Theoretischer Bezugsrahmen und Stand der Forschung.....</b>	<b>29</b>
2.1 Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten .....	29
2.1.1 Theoretische Grundlagen zur Kommunikation.....	29
2.1.1.1 Verständnis von Kommunikation .....	29
2.1.1.2 Verständigungsorientierung als Anspruch an kommunikatives Handeln – Jürgen Habermas .....	32
2.1.1.3 Kommunikation aus pflegetheoretischer Perspektive.....	39
2.1.2 Kommunikation im Kontext einer Professionalisierung der Pflege .....	53
2.1.3 Bedingungen und Merkmale von Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten vor dem Hintergrund (pflege-)wissen- schaftlicher Erkenntnisse.....	55
2.1.3.1 Bedeutung und Strukturen von Kommunikation im Pflegealltag....	55
2.1.3.2 Kommunikation als Element von Pflegesituationen .....	60
2.1.3.3 Kommunikation und Emotionen .....	62
2.1.3.4 Kommunikation und Ethik .....	65
2.1.3.5 Kommunikation im institutionellen Kontext .....	69
2.1.3.6 Kommunikationsstörungen .....	71
2.1.4 Zwischenbetrachtung .....	74
2.2 Belastungen und Krankheitsverarbeitung bei Krebs .....	77
2.2.1 Psychosoziale und somatische Belastungen.....	78
2.2.2 Subjektive Krankheitstheorien .....	82
2.2.3 Krankheitsverarbeitung .....	85
2.2.3.1 Theoretische Konzepte.....	85
2.2.3.2 Erfassung von Krankheitsverarbeitungsprozessen.....	88
2.2.3.3 Strategien der Krankheitsverarbeitung.....	89
2.2.3.4 Verlauf der Krankheitsverarbeitung.....	93
2.2.4 Bedürfnisse onkologischer Patienten .....	95
2.2.5 Soziale Unterstützung .....	100
2.2.6 Bedürfnisgerechte Kommunikation und psychosoziale pflegerische Unterstützung.....	101
2.2.7 Zwischenbetrachtung .....	107

2.3	Qualifikationsforschung und Kompetenzerfassung als Basis von Curriculumentwicklung in der (pflege-)beruflichen Bildung .....	108
2.3.1	Qualifikationsforschung – wissenschaftliche Einordnung und Herausforderungen .....	109
2.3.2	Qualifikationsforschung und Curriculumentwicklung – Darstellung eines Zusammenhangs .....	111
2.3.3	Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege .....	113
2.3.4	Instrumente und Methoden der Qualifikationsforschung .....	116
2.3.5	Empirische Kompetenzerfassung als Dimension von Qualifikationsforschung .....	119
2.3.5.1	Kompetenzbegriff .....	119
2.3.5.2	Theoretisches Verständnis von Pflegekompetenz.....	122
2.3.5.3	Kommunikative Kompetenz – begriffliche Klärung .....	126
2.3.5.4	Möglichkeiten der Kompetenzerfassung .....	130
2.3.6	Zwischenbetrachtung .....	138

### **3 Konkretisierung des Forschungsanliegens und der Fragestellungen .. 141**

## **4 Forschungsmethodisches Vorgehen ..... 149**

4.1	Theoretischer Hintergrund der Forschungsmethodik.....	149
4.2	Forschungsdesign .....	152
4.2.1	Überlegungen zur Situationsauswahl.....	152
4.2.2	Kombination von Forschungsmethoden .....	153
4.2.3	Überlegungen zur Auswahl der Personenstichprobe .....	158
4.2.4	Überlegungen zur Methode der Datenauswertung.....	159
4.3	Ethische Aspekte .....	160
4.4	Gütekriterien.....	161
4.5	Beschreibung der ausgewählten Forschungsmethoden .....	163
4.5.1	Arbeitsbeobachtung.....	163
4.5.2	Handlungsorientiertes Fachinterview.....	165
4.5.3	Fokussiertes Interview .....	167
4.6	Konzeption der Erhebungsinstrumente .....	168
4.6.1	Protokoll für die Arbeitsbeobachtungen .....	168
4.6.2	Leitfaden für das handlungsorientierte Fachinterview mit den Pflegerinnen.....	170
4.6.3	Leitfaden für das fokussierte Interview mit den Patienten .....	171
4.7	Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung.....	171
4.7.1	Zugang zum Untersuchungsfeld .....	171
4.7.2	Setting.....	171
4.7.3	Stichprobe.....	172
4.7.4	Durchführung der Untersuchung.....	175

<b>5</b>	<b>Ergebnisse der Untersuchung</b> .....	<b>177</b>
5.1	Methodik der Auswertung .....	177
5.2	Darstellung der Ergebnisse.....	182
5.2.1	Das ethische Verständnis der Pflegenden in Bezug auf Kommunikation.....	182
5.2.2	Sicherheit und Orientierung der Pflegenden durch Wissen .....	189
5.2.2.1	Fachliches Wissen .....	189
5.2.2.2	Erfahrungswissen .....	191
5.2.2.3	Wissen über die Patienten .....	193
5.2.3	Beweggründe und Bedürfnisse in der kommunikativen Situation .....	194
5.2.3.1	Beweggründe der Pflegenden .....	195
5.2.3.2	Bedürfnisse onkologischer Patienten .....	197
5.2.4	Wahrnehmung des Anderen als Basis von Kommunikation .....	199
5.2.4.1	Wie Pflegende onkologische Patienten wahrnehmen .....	200
5.2.4.2	Wie onkologische Patienten Pflegende wahrnehmen .....	202
5.2.5	Gefühle als Ausdruck inneren Erlebens.....	204
5.2.5.2	Wie Pflegende auf die Gefühle onkologischer Patienten eingehen .....	204
5.2.5.3	Wie Pflegende mit ihren eigenen Gefühlen umgehen .....	214
5.2.6	Krankheitsverarbeitung als stetige Begleitung und Aufgabe.....	219
5.2.6.1	Wie onkologische Patienten ihre Erkrankung erleben und verarbeiten.....	220
5.2.6.2	Wie Pflegende die Krankheitsvorstellung onkologischer Patienten in der Kommunikation berücksichtigen .....	223
5.2.6.3	Wie Pflegende onkologische Patienten in ihrer Krankheitsverarbeitung wahrnehmen und unterstützen.....	226
5.2.6.4	Wie Pflegende auf das soziale Umfeld der Patienten achten.....	232
5.2.7	Verständigung als Grundlage von Vertrauen.....	233
5.2.7.1	Verständigung aus Sicht der Patienten.....	234
5.2.7.2	Verständigung aus Sicht der Pflegenden .....	237
5.2.7.3	Macht als Gegenspieler .....	246
5.2.8	Umgang mit Kommunikationsstörungen .....	249
5.2.9	Nachdenken über Kommunikation .....	251
5.3	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	252
5.3.1	Vor dem Hintergrund (pflege-)wissenschaftlicher Theorien und Erkenntnisse .....	253
5.3.2	Zur Verwirklichung einer verständigungsorientierten Kommunikation.....	262
5.3.3	Zur pflegerischen Kommunikation im Kontext von Krankheitsverarbeitung .....	267
5.4	Kritische Reflexion des Forschungsprozesses.....	276

<b>6</b>	<b>Identifikation kommunikativer Kompetenzen.....</b>	<b>279</b>
6.1	Kompetenzbereich professionelles Verständnis.....	280
6.2	Kompetenzbereich ethisches Verständnis .....	281
6.3	Kompetenzbereich Wissen .....	283
6.4	Kompetenzbereich emotionale Disposition.....	286
6.5	Kompetenzbereich Wahrnehmung und Verständigung.....	287
<b>7</b>	<b>Perspektiven für die Entwicklung pflegeberuflicher Curricula.....</b>	<b>297</b>
7.1	Verhältnis zwischen normativem curricularen Rahmen und empirisch erfassten Kompetenzen.....	297
7.2	Empirisch erfasste Kompetenzen im Kontext des Wissenschaftsprinzips .....	303
7.3	Zusammenhang zwischen Lernvoraussetzungen, Lernzielen und empirisch erfassten Kompetenzen .....	307
7.4	Bedeutung empirisch erfasster Kompetenzen in ausgewählten pflegepädagogischen Modellen.....	311
7.5	Empirisch erfasste Kompetenzen als Potenzial für aktuelle pflegeberufliche Curriculumkonzepte .....	316
7.6	Einfluss empirisch erfasster Kompetenzen auf die didaktisch-methodische Gestaltung von pflegeberuflichen Lehr- und Lernprozessen sowie Prüfungen.....	323
7.7	Zusammenfassung .....	328
<b>8</b>	<b>Schlussbetrachtung.....</b>	<b>331</b>
	<b>Literatur .....</b>	<b>335</b>
	<b>Anhang.....</b>	<b>355</b>
	Informationen für die Mitwirkenden an der pflegewissenschaftlichen Studie .....	356
	Leitfaden für das handlungsorientierte Fachinterview mit den Pflegenden.....	360
	Leitfaden für das fokussierte Interview mit den Patienten.....	362

## Abkürzungsverzeichnis

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
APN	Advanced Practice Nurse
B. Sc.	Bachelor of Science
BBiG	Berufsbildungsgesetz
BEFO	Inventar der Berner Bewältigungsformen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CFIM	Calgary Family Intervention Model
CIT	Critical Incident Technique
DGfE	Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKH	Deutsche Krebshilfe
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen
DRGs	Diagnosis Related Groups
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen
et al.	et alii
FBK	Fragebogen zur Erfassung psychosozialer Belastungen und Bewältigungsstrategien bei Krebspatienten
FIBECK	Freiburger Inventar zur Bewältigung einer chronischen Krankheit
FKV	Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung
Kfz	Kraftfahrzeug
KMK	Kultusministerkonferenz
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
SuZ	Sein und Zeit (Heidegger)
vs.	versus
WHO	World Health Organization
WMA	Windows Media Audio
zit.	zitiert

Anmerkung: In dieser Arbeit wird im Sinne eines flüssigeren Lesens bei allgemeinen Personen- und Gruppenbezeichnungen nur die männliche Form benutzt. Diese steht stellvertretend für das weibliche und männliche Geschlecht.

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1:	Zusammenhang der Forschungsmethoden und der zu erhebenden Perspektiven	S. 156
Abbildung 2:	Prozess der Datenauswertung	S. 181
Abbildung 3:	Zusammenhang der Kompetenzbereiche	S. 280
Abbildung 4:	Basisstrukturgitter Pflege	S. 314
Abbildung 5:	Kerncurriculum Pflegewissenschaft für Pflegebezogene Studiengänge	S. 322

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1:	Instrumente und Methoden berufswissenschaftlicher Qualifikationsforschung	S. 117
Tabelle 2:	Analyseraster für Kompetenzerfassungsverfahren	S. 135
Tabelle 3:	Kompetenzelemente und Forschungsfragen	S. 147
Tabelle 4:	Kompetenzbereich professionelles Verständnis	S. 280
Tabelle 5:	Kompetenzbereich ethisches Verständnis	S. 281
Tabelle 6:	Kompetenzbereich Wissen	S. 284
Tabelle 7:	Kompetenzbereich emotionale Disposition	S. 286
Tabelle 8:	Kompetenzbereich Wahrnehmung und Verständigung	S. 288

## Vorwort

Die von Frau Patrizia Raschper vorgelegte, sehr eindrucksvolle Dissertation zur „*Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten*“ widmet sich einem sowohl pflegewissenschaftlich als auch berufs- und wirtschaftspädagogisch im hohen Ausmaß relevanten Forschungsgegenstand, indem hier „*Eine empirische Kompetenzerfassung als Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege*“ geleistet werden soll.

Innerhalb der *Einleitung* bzw. ersten Kapitels werden zunächst die *Ausgangslage und Problemstellung* dargestellt, wobei wissenschaftliche Begründungen des Themas aus recht unterschiedlichen Perspektiven angeboten werden: zum zentralen Gegenstand kommunikativer Kompetenz, einer Skizzierung verfügbarer pflegewissenschaftlicher Untersuchungen, über psychosoziale Bedürfnisse onkologisch erkrankter Patienten und epidemiologische Studien zu Krebserkrankungen in Deutschland bis auf die sehr konkrete prüfungsrechtliche Ebene der Berufe in der Krankenpflege. Auf curricularer Ebene wird hier ebenfalls bereits eine erste Bewertung der zweijährigen „Fachweiterbildung in onkologischer Pflege“ vorgenommen und argumentativ genutzt, um die Relevanz und Zielsetzung des eigenen Forschungsvorhabens zu unterstützen.

Das *Erkenntnisinteresse* besteht „in der empirischen Erhebung kommunikativer Kompetenzen von Pflegenden mit onkologischen Patienten“. Die *Analyse kommunikativer Kompetenzen* soll die vorhandene „kommunikative Expertise der Pflegenden in der Onkologie“ erfassen und - sofern sich diese in der Verständigung mit onkologisch erkrankten Patienten und deren Situationsbewältigung als hilfreich erweist - zugleich als „empirische Basis für die Entwicklung und die Umsetzung entsprechender Curricula im Bereich der pflegeberuflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung“ herausgearbeitet werden.

Das auch für die Begründung des eigenen empirischen Forschungsanliegens zentrale Kapitel *Theoretischer Bezugsrahmen und Stand der Forschung* wird sehr systematisch in die drei jeweils auch separat bedeutsamen Unterkapitel (a) *Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten*, (b) *Belastungen und Krankheitsverarbeitung bei Krebs* sowie (c) *Qualifikationsforschung und Kompetenz-erfassung als Basis der Curriculumentwicklung in der (pflege-)beruflichen Bildung*“ differenziert.

Ausgehend von einer Skizzierung grundlegender Kommunikationstheorien wird ein besonderer Fokus auf die *Verständigungsorientierung als Anspruch an kommunikatives Handeln* erkennbar. Dabei greift die Verfasserin unmittelbar auch die Anwendung und Interpretation insbesondere des emanzipatorischen Erkenntnisinteresses dieser komplexen Theorie von Habermas innerhalb der pflegewissenschaftlichen Diskussion auf. Sie leitet hierzu dann fünf zentrale Aussagen für die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten ab, die als elementare Grundlage des eigenen empirischen Vorgehens und zugleich als

Referenz der zu einem späteren Zeitpunkt zu reflektierenden Ergebnisse des Forschungsprozesses fungieren. Besonderes Gewicht erfahren die *Kommunikation im Kontext einer Professionalisierung der Pflege* und vor allem die *Bedingungen und Merkmale von Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten vor dem Hintergrund (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse*.

Als zweiter Schwerpunkt innerhalb des Kapitels *Theoretischer Bezugsrahmen und Stand der Forschung* werden *Belastungen und Krankheitsverarbeitung bei Krebs* thematisiert. Damit wird zugleich noch deutlicher die Perspektive onkologisch erkrankter Patienten betont, was bezogen auf eine unterstützende Kommunikation durch Pflegefachkräfte als elementar zu bewerten ist. Es folgen für das Erkenntnisinteresse ebenfalls grundlegende Diskussionen zu *Subjektiven Krankheitstheorien*, d.h. insbesondere zu relevanten sozial-psychologischen Theorien und entsprechenden empirischen Befunden zum emotionalen Erleben, sowie zur Krankheitsverarbeitung.

Dass ein weiteres ausführliches Unterkapitel die *Bedürfnisse onkologischer Patienten* aufgreift, ist insofern besonders bemerkenswert, als hier das Informationsbedürfnis onkologischer Patienten und zugleich die Fragestellung nach der Bedeutung und den Grenzen einer Verbalisierung des emotionalen Befindens aufgeworfen werden: Hier werden entsprechende Konsequenzen für die *Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten* bereits deutlich erkennbar.

Als dritter und ebenfalls für die Zielsetzung und das Forschungsdesign wichtiger Baustein des *Theoretischen Bezugsrahmens* werden die *Qualifikationsforschung und Kompetenzerfassung als Basis von Curriculumentwicklung in der (pflege-)beruflichen Bildung* präsentiert. Dabei gelingt es der Bearbeiterin, einen Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege zu leisten und diesen in einen angemessenen berufs- und wirtschaftspädagogischen Zusammenhang zu stellen.

Das dritte Kapitel widmet sich der *Konkretisierung des Forschungsanliegens und der Fragestellungen* und nimmt ausdrücklich Bezug auf die Linien des *Theoretischen Bezugsrahmens*. Hier wird sehr direkt und konsequent eine Festlegung auf ein Kompetenzraster vorgenommen. Entsprechend werden die einzelnen Dimensionen kurz erläutert und als Hintergrund für die Auswahl der eigenen Fragestellungen gewählt.

Im umfangreicheren vierten Kapitel *Forschungsmethodisches Vorgehen* findet die Verfasserin ebenfalls einen sehr direkten Weg zugunsten eines qualitativen Vorgehens. Dieses erscheint dem Gegenstand, dem Forschungsfeld und dem Ziel einer vertieften Analyse der *Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten* absolut angemessen, wenngleich hier auf eine Prüfung eines ggfs. folgenden oder alternativen quantitativen Designs von Beginn an verzichtet wird. Das *Forschungsdesign* wird bezogen auf die *Überlegungen zur Situationsauswahl* und zur *Kombination von Forschungsmethoden* sehr überzeugend präsentiert, indem hier der Forschungsgegenstand, also Kommunikation

zwischen Pflegenden und (onkologisch erkrankten) Patienten) durch drei qualitative Methoden (Arbeitsbeobachtung, handlungsorientiertes Fachinterview und fokussiertes Interview) aus drei unterschiedlichen Perspektiven (Forscherin, Pflegende und Patient) systematisch angegangen und differenziert erfasst wird. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist die verantwortliche Berücksichtigung *Ethischer Aspekte*, für die ein Gutachten der Ethik-Kommission der Universität Osnabrück in Orientierung an den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft eingeholt wurde. Angesichts der Komplexität dreier qualitativer Erhebungsmethoden und der entsprechenden drei Perspektiven erscheint die sehr tiefe Analyse der Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten auf Basis einer eher kleineren Stichprobe zulässig und vermutlich kaum anders möglich, indem hier insgesamt zwölf mehrmethodisch und mehrperspektivisch zu analysierende Situationen als Gegenstand der Untersuchung fungieren.

Bei der Darstellung der *Ergebnisse der Untersuchung* geht es im fünften Kapitel zunächst um das *ethische Verständnis der Pflegenden in Bezug auf Kommunikation* sowie *Sicherheit und Orientierung der Pflegenden durch Wissen* und dann explizit auch um die *Beweggründe der Pflegenden und Bedürfnissen der Patienten* und die *Wahrnehmung des Anderen als Basis von Kommunikation*. Empirisch besonders eindrucksvoll erscheinen auch die *Gefühle als Ausdruck inneren Erlebens* und *Krankheitsverarbeitung als stetige Begleitung*. Sehr bedeutsam für die Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und onkologisch erkrankten Patienten sind ferner die Ausführungen zur *Verständigung als Grundlage von Vertrauen* sowie die Fragen zur Macht und Ohnmacht der am Kommunikationsprozess Beteiligten.

Eine anspruchsvolle und differenzierte Diskussion und theoriegeleitete Interpretation der Ergebnisse ist auch in dem dritten Aspekt *Zur pflegerischen Kommunikation im Kontext von Krankheitsverarbeitung* zu erkennen, indem hier die Leistungen berufserfahrener pflegerischer Fachkräfte verdeutlicht werden, die offenkundig eher über ein hohes Erfahrungswissen als über theoretische Kategorien zur Gestaltung von Kommunikation bzw. einer Unterstützung von Krankheitsverarbeitungsprozesse zu verfügen scheinen.

Die dieses nicht nur hinsichtlich des Umfangs besonders eindrucksvolle Kapitel abschließende *Kritische Reflexion des Forschungsprozesses* beschreibt und analysiert den Forschungsprozess insbesondere im Hinblick auf eine nochmalige Legitimation des gewählten Forschungsverfahrens und der hier besonders wichtigen ethischen Implikationen, die vor allem im Hinblick auf die Besonderheiten onkologisch erkrankter Personen, deren Selbstbestimmung, deren Schamgefühl und psychische, soziale und somatische Lebens- bzw. Erlebenssituation ebenso professionell wie empathisch reflektiert werden.

Das sechste Kapitel *Identifikation kommunikativer Kompetenzen* schließt thematisch an den *Theoretischen Bezugsrahmen*, d.h. insbesondere an die *Qualifikationsforschung und Kompetenzerfassung als Basis von Curriculum-*

*entwicklung in der (pflege-)beruflichen Bildung* an und zielt auf die möglichen Konsequenzen im Hinblick auf eine gezieltere Förderung und curriculare Verankerung kommunikativer Kompetenzen auf Basis der empirisch gewonnenen Ergebnisse eines bislang unzureichend erschlossenen Bereiches der Kommunikation. Dabei imponiert insbesondere der *Kompetenzbereich Wahrnehmung und Verständigung* hinsichtlich der Fülle der hier zugeordneten mehr als 20 Unter- bzw. Teil-Kompetenzen, den jeweils ca. drei bis fünf verhaltensbeschreibende Merkmale (in Summe ca. 80) allein für diesen Kompetenzbereich zugeordnet werden.

Das finale siebte Kapitel *Perspektiven für die Entwicklung pflegeberuflicher Curricula* fokussiert die Konsequenzen der eigenen empirischen *Ergebnisse*, sowie eine nachhaltige Verortung der differenziert dargestellten Kompetenzbereiche zur *Identifikation kommunikativer Kompetenzen*. Die Darstellung und in Teilen auch kritische Reflexion zum *Verhältnis zwischen normativen curricularen Rahmen und empirisch erfassten Kompetenzen* ist als besondere Stärke zu betonen. So erweitert die Bearbeiterin das Verständnis der Verpflichtung von Curricula, die nicht nur nach dem *Situationsprinzip* sondern auch nach dem *Wissenschafts- und Persönlichkeitsprinzip* zu konstruieren und durchaus auch zu revidieren sind. Entsprechend wird hier auch zunächst das Persönlichkeitsprinzip und ein auf die Persönlichkeitsentwicklung zielendes Bildungsverständnis als Gegengewicht eines potenziell überdimensionierten, hier zunächst favorisierten Situationsprinzips erläutert. Angesichts der Doppelseitigkeit pflegerischen Handelns in Orientierung an einem wissenschaftlich fundierten Regelwissen einerseits und einen hermeneutischen Fallverstehen zur Bewältigung komplexer pflegerischer Situationen andererseits wird eine weitere pflegewissenschaftliche Legitimation der empirischen Analysen des beruflichen Handlungsfeldes für die Gewinnung curricularer Entscheidungen geleistet.

In der abschließenden *Zusammenfassung* wird dem Anspruch des Titels „Kommunikation zwischen Pflegenden und onkologischen Patienten“ und der erkennbaren Zielsetzung des Untertitels „eine empirische Kompetenzerfassung als Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege“ zu leisten, in einem hohen Ausmaß entsprochen. Dies zeigt sich besonders deutlich in der Leistung, das *implizite* Wissen, das professionelle (Selbst-)Verständnis, das ethische Verständnis, die emotionalen Dispositionen und die *Kompetenz zur Wahrnehmung und Verständigung* von langjährig berufserfahrenen Pflegefachkräften in der Kommunikation mit onkologisch erkrankten Patienten zu erhellen. Der hier auch stärker berufs- und wirtschaftspädagogisch einzuordnende *Beitrag zur Qualifikationsforschung im Berufsfeld Pflege* ist insgesamt ebenfalls als sehr innovativ einzuschätzen. Damit ist der Verfasserin für ihren ganz besonderen wissenschaftlichen Beitrag zu danken und den Leserinnen und Lesern eine sehr lohnende Fachlektüre zu empfehlen.

Hannover im September 2015

Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann

## Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand aus meinem persönlichen Interesse heraus, die Kommunikation als eine der größten Herausforderungen in der onkologischen Pflege „sichtbar“ zu machen. Während meiner jahrelangen Tätigkeit als Fachkrankenschwester auf einer onkologischen Station gab es unzählige Situationen, in denen ich Betroffene in unterschiedlichen Krankheitsphasen begleitet habe. Viele dieser Situationen haben mich in meiner Persönlichkeit geprägt und sind mir auch heute noch in Erinnerung, weil sie angesichts der im Raum stehenden existenziellen Ängste, Fragen und Nöte von einer besonderen Intensität und Authentizität gekennzeichnet waren. Später als Kurs- und Seminarleitung für onkologische Pflege wurde ich oftmals gefragt, wie man die psychischen Belastungen bei Betroffenen lindern kann oder wie man mit schwierigen Situationen, z.B. bei Verdrängung der Diagnose oder bei Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen, umgeht. Darüber hinaus erlebte ich, dass Pflegende häufig an ihren kommunikativen Fähigkeiten zweifeln, insbesondere wenn es ihnen nicht gelingt, quälende Gefühle der Betroffenen zu lindern oder gar die Stimmung zum Guten zu wenden. All diese Erfahrungen bestärkten mich in meinem Vorhaben, die pflegerische Kommunikation aus Perspektive der Forscherin zu untersuchen, ein vertieftes Verständnis zu diesem Thema zu entwickeln und daraus Schlüsse zu ziehen, die für die pflegeberufliche Bildung fruchtbar und wegweisend sein könnten. Der Entstehungsprozess dieser Arbeit wurde von vielen Menschen begleitet und unterstützt. Mein besonderer Dank gilt

- allen Pflegenden und Patienten, die an der Untersuchung teilgenommen haben, denn ohne ihre Bereitschaft und Offenheit hätte ich diese Erkenntnisse nicht gewinnen und festhalten können,
- meinem Betreuer Prof. Dr. Hartmut Remmers für den fachlich-kritischen Austausch und für seine menschliche, wohlwollende Art der Unterstützung,
- meinem Betreuer Prof. Dr. Mathias Bonse-Rohmann, der mich bereits seit Beginn meines Grundstudiums fördert und mich letztendlich zum Beginn dieser Arbeit motiviert hat,
- dem Cusanuswerk für die ideelle Förderung und das dreijährige Stipendium der Graduiertenförderung, ohne das ich sicherlich an die Grenzen der Belastbarkeit geraten wäre,
- meiner Familie und meinen Freunden, vor allem für die praktische und emotionale Unterstützung, so dass ich die Zeit und Energie aufbringen konnte, die Arbeit zum Ende zu bringen.

Patrizia Raschper

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Pflege anderer Menschen ist stets in einen kommunikativen Rahmen eingebettet, wobei eine gelungene Kommunikation sowohl Auswirkungen auf die Gesundung und Zufriedenheit der Patienten als auch auf die Berufszufriedenheit der Pflegenden hat (vgl. Darmann 2000a). Aufgrund der Tatsache, dass Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten oftmals im Kontext mit anderen pflegerischen Tätigkeiten geschieht, wird ihr jedoch nur unzureichend Aufmerksamkeit und weiterführendes Interesse beigemessen. Demzufolge sind der zeitliche Rahmen und räumliche Möglichkeiten für Gespräche (insbesondere wenn sie das zentrale Anliegen in der Pflegesituation sind) oftmals sehr begrenzt. Mitunter sehen auch die Pflegenden selbst das Führen von Gesprächen als pflegerische *Sonderleistung* an und nicht als wesentliche Basis ihrer Arbeit (vgl. Darmann 2000a, Elsbernd 2000). Darüber hinaus fehlen ihnen nicht selten die Fähigkeiten zur professionellen Gesprächsführung. So findet bspw. die *Beratung* von Patienten (als ein wesentliches Gesprächskonzept in der Pflege) häufig informell, unstrukturiert und vielfach „nebenbei“ im Zusammenhang mit praktischen Unterstützungsleistungen statt (vgl. Abt-Zegelin 2003). Ferner wird in den Ergebnissen der qualitativen Studie von Knelange und Schieron (2000) deutlich, dass die Pflegenden unter *Beratung* Unterschiedliches verstehen, z.B. das Vermitteln von Informationen, das Erklären fachspezifischer Fragen oder auch erbrachte Dienstleistungen. Insbesondere den Pflegenden, die sich in ihrer Ausbildung wenig mit Inhalten zur pflegerischen Kommunikation auseinandersetzen, sind unterschiedliche Gesprächskonzepte und Techniken zur Gesprächsführung eher unbekannt. Aus Sicht der Pflegenden resultiert *kommunikative Kompetenz* häufig aus der Lebenserfahrung sowie aus den bisher bewältigten Gesprächssituationen. Mitunter existiert die Ansicht, kommunikative Kompetenz sei angeboren. Knelange und Schieron (2000) sehen dies als gefährlich an, da kommunikative Kompetenz somit nicht als professionsdefinierend betrachtet werden kann. Folglich wären kommunikative Aspekte der Pflege nicht als zu entlohnende Arbeit zu begreifen. Diese Aussage verdeutlicht die Notwendigkeit, dass Pflegende die Kommunikation mit Patienten als wesentliche, berufstypische Aufgabe verstehen.

Inzwischen liegen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive einige empirische Untersuchungen zur Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten vor (vgl. insbesondere Weinhold 1997, Darmann 2000a). Jedoch ist festzustellen, dass in den Untersuchungen von Weinhold und Darmann der Erkrankungshintergrund der Patienten *kein* entscheidendes Merkmal bei der Auswahl der Stichprobe darstellt. Auch in einer weiteren Untersuchung von Sachweh (2000) steht der Zusammenhang zwischen Erkrankung und kommunikativem Verhalten im Hintergrund. Allerdings bezieht sich das Forschungsinteresse hier auf die

Besonderheiten der pflegerischen Kommunikation in einem bestimmten Handlungsbereich (Altenpflege). Pflegewissenschaftliche Untersuchungen, deren Forschungsinteresse der pflegerischen Kommunikation mit *onkologischen* Patienten gilt, gibt es bislang nur wenige. Die vorliegenden Arbeiten hierzu (die hauptsächlich die psychosozialen Auswirkungen der Erkrankung fokussieren) beschäftigen sich jedoch vielmehr mit den Bedürfnissen, emotionalen Belastungen und Krankheitsverarbeitungsprozessen onkologischer Patienten. Eine Auseinandersetzung mit dem kommunikativen Verhalten (sowohl der Pflegenden als auch der Patienten) erfolgt eher thematisch eingebettet im Kontext *gezielter Unterstützung, Begleitung, pflegerischer Arbeit* sowie *Fürsorge* (vgl. die Arbeiten von Holtgräwe et al. 2007, Holtgräwe et al. 2008, Pinkert et al. 2008, Cox 2008, Corbin und Strauss 2004, Benner und Wrubel 1997). Grundsätzlich konnte allerdings in den Untersuchungen festgestellt werden, dass Gespräche mit Pflegenden für onkologische Patienten einen hohen Stellenwert haben, sei es in Form der *Information, Beratung, emotionalen Unterstützung* oder auch *Alltagskommunikation* (vgl. Zellhofer 2008, Pinkert et al. 2008). Jedoch zeigten die Untersuchungen auch, dass onkologische Patienten zu wenig Informationen von den Pflegenden erhalten (vgl. Shaha 2003, Cox et al. 2006, Glaus et al. 2002, Dokken et al. 2005). Besonders die Ergebnisse der qualitativen Studie von Zellhofer (2008) lassen erkennen, dass die Beratungsbedürfnisse bei onkologischen Patienten sehr individuell sind und im Krankheitsverlauf variieren. Vor allem erwarten onkologische Patienten Beratung in Bezug auf ihr *Selbstmanagement* von physischen und psychischen Problemen in ihrem Alltag. Dabei sind Autonomie und Selbstbestimmung zu berücksichtigen.

Generell werden psychosoziale Bedürfnisse onkologischer Patienten von den Gesundheitsprofessionen häufig unterschätzt (vgl. Zellhofer 2008). Jedoch konnte durch psychoonkologische Studien belegt werden, dass ca. 40 bis 50 % aller Krebskranken reaktive psychische Störungen entwickeln (vgl. Studienübersicht bei Weis 2002). Am häufigsten werden in diesem Zusammenhang Angststörungen und Depressionen beschrieben. Infolge der enormen psychischen Belastung und oftmals auch der Unfähigkeit, quälende Gefühle zu äußern, ziehen sich Betroffene nicht selten zurück, was letztendlich zur sozialen Isolation (und Verstärkung der Gefühle von Alleinsein und Trauer) führen kann (vgl. Faller 1998). In Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen stehen die somatischen Belastungen. Onkologische Patienten sind in der Regel von krankheits- und therapiebedingten Beschwerden wie Fatigue, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Haut- und Schleimhautveränderungen sowie Bewegungseinschränkungen betroffen, was einen Verlust bisheriger Aktivitäten mit sich bringen und Emotionen wie Wut, Auflehnung und Angst auslösen kann (vgl. Faller 1998). Des Weiteren kommt es bei onkologischen Patienten häufig zu körperlichen Funktionseinschränkungen und Veränderungen sowie mitunter auch zu Körperbildstörungen (bspw. durch exulzierende Tumore, operative Anlage eines Anus praeter, operative Entfernung der Brust im Rahmen einer

Mastektomie, therapiebedingten Haarausfall) (vgl. Weis 2002, Holtgräwe et al. 2007). Nicht selten entwickeln die Patienten Stigmatisierungsängste, verbunden mit einer Verminderung des Selbstwertgefühls (vgl. Weis 2002, Holtgräwe et al. 2007). Ebenso sind emotionale Belastungen zu nennen, die durch die Ungewissheit in Bezug auf Diagnose und Krankheitsverlauf ausgelöst werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Belastung im „Zustand des Wartens“ (bspw. auf den histologischen Befund) herauszustellen (vgl. Remmers 2001, Weis 2002, Holtgräwe et al. 2007). Onkologische Patienten gehen mit ihrer Erkrankung und den Belastungen sehr unterschiedlich um. Dementsprechend konnte in den bisher durchgeführten (zahlreichen) Studien ein umfangreiches Repertoire an Krankheitsverarbeitungsstrategien festgestellt werden, wobei eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs (sowohl im positiven als auch im negativen Sinne) durch konkrete Verarbeitungsstrategien weiterhin als ungeklärt gilt (vgl. Heim 1988, Buddeberg 1992, Muthny und Koch 1998, Weis 2002, Holtgräwe et al. 2008).

Epidemiologische Studien belegen einen deutlichen Anstieg von Krebserkrankungen. Die Zahl der krebserkrankten Menschen in Deutschland, deren Diagnose in den zurückliegenden fünf Jahren gestellt wurde, liegt einer aktuellen Schätzung zufolge im Jahr 2012 bei etwa 1,4 Millionen (vgl. Deutsches Krebsforschungszentrum 2012). Eine Auswertung der Krebsregisterdaten des Robert-Koch-Instituts zeigt einen deutlichen Anstieg der Prävalenz. Als Ursachen für diese Entwicklung werden zunehmende Erkrankungsraten, demographische Veränderungen sowie verbesserte Überlebensperspektiven benannt (vgl. Robert-Koch-Institut 2012). Die aktuell erhobene Inzidenzzahl bezieht sich auf das Jahr 2008. In diesem Zeitraum erkrankten 246 700 Männer und 223 100 Frauen neu an Krebs. Beachtlich erscheint, dass die Zahlen der Neuerkrankungen von 1980 bis 2006 bei Frauen um 35 % und bei Männern sogar um mehr als 80 % gestiegen sind. Die Zunahme der Neuerkrankungsraten betrifft vor allem die Bevölkerungsgruppen der 55- bis 80-jährigen Männer und der 45- bis 70-jährigen Frauen. Obwohl die Zahl der Krebserkrankungen steigt, bleibt die Zahl der durch Krebs verursachten Todesfälle konstant, was mit der Verbesserung der Krebsfrüherkennung und der Therapiemöglichkeiten zu erklären ist. Die relative Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt in der Bevölkerungsgruppe der in den Jahren 2007 und 2008 erkrankten Männer bei 59 % und in der Bevölkerungsgruppe der im selben Zeitintervall erkrankten Frauen bei 64 % (vgl. Robert-Koch-Institut 2012, S. 19). Inzwischen ist davon auszugehen, dass jeder zweite Mann und 43 % aller Frauen in ihrem Leben an Krebs erkranken werden (vgl. Robert-Koch-Institut 2012, S. 20). Diese Entwicklung erfordert gegenwärtig und vermehrt noch in der Zukunft einen erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf onkologischer Patienten, sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor des Gesundheitswesens.

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2008 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe (DKH) und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren