

# **Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden und Gepflegten**

gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen des Programms  
„Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis“

## **Zeitraum:**

Juni 2001 bis Januar 2003

## **Theoriepartner:**

- PD Dr. Jutta Dornheim, Universität Bremen
- Jutta Busch, M. A., Universität Osnabrück
- Dr. Gudrun Silberzahn-Jandt

## **Praxispartner:**

- Dr. Ulrike Schulze, Projektleitung im Modellprojekt LIMITS
- Dipl.-Soz.Arb. (FH) Hella Wintermeyer

## **Projektverantwortliche und Berichterstattung:**

PD Dr. Jutta Dornheim

## 1. Vorbemerkung

Das Projekt „Entwicklung eines Interventionsmodells zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden und Gepflegten“ wurde vom 01.07.1998 bis 31.12.2000 von der Carl Gustav Carus Stiftung für psychosomatische Forschung, Zürich, und vom 01.06.2001 bis 31.03.2003 von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, zu ca. jeweils 50 % gefördert. Die Carl Gustav Carus Stiftung förderte die Datenerhebung und zu einem großen Teil die Datenanalyse, die Robert Bosch Stiftung die Erarbeitung, Erprobung und Evaluation des Bildungsmodells (ursprünglich als „Interventionsmodell“ bezeichnet). Die höchst positive Tatsache, dass die Robert Bosch Stiftung die Anschlussförderung übernehmen würde, war nicht von Anfang an bekannt und konnte somit in die vorgängige Planung nicht einfließen.

Da das Projekt nur als ganzes, d.h. mit seiner theoretischen und methodologischen Verankerung und den daraus folgenden Untersuchungsschritten, zu verstehen ist, umfasst die folgende Beschreibung beide Projektphasen.

## 2. Abstract mit Schlüsselbegriffen

Das Projekt thematisiert die „Kompetenz“ von Pflegenden und PatientInnen, die erforderlich ist, um sich in bestimmten Pflegesituationen so zu verständigen, dass alle an der Situation Beteiligten dies als Verständigung empfinden – und nicht etwa als Aneinandervorbeireden, Überreden, Ablenken, Bagatellisieren oder Überhören. Dieses Verständigungsvermögen wurde im Projekt mit Bezug auf Habermas als *„kommunikative Kompetenz“* bezeichnet. Der Ausgangspunkt des Projektes waren die jeweiligen Situationseinschätzungen der an einer Pflegesituation beteiligten Pflegenden. Sie wurden durch protokollierte teilnehmende Beobachtungen und themenzentrierte Interviews in der stationären Kranken- und Altenpflege sowie der ambulanten Pflege erhoben. Die Pflegekräfte selbst unterschieden häufig im Gespräch mit den ForscherInnen und/oder im Kreis der Pflegenden kommunikativ „gelungene“ und „misslungene“ bzw. „schwierige“ Situationen. Als wichtigstes Unterscheidungskriterium dafür erwies sich ein als angemessen bzw. unangemessen empfundener Umgang mit Gefühlen; dieser rückte ab dem Zeitpunkt seiner Manifestation im erhobenen Material in den Mittelpunkt der weiteren Untersuchungen. Dabei zeigte sich, dass Gefühle direkt oder indirekt in Formen von Handlungstypen ausgedrückt werden. Da die als „schwierig“ bezeichneten Situationen als problematisch gelten dürfen, wurde ein aus materialbasierten Modulen bestehendes, kontinuierlich um weitere Module erweiterbares Pflegebildungsmodell

entwickelt, das die kommunikative Kompetenz der Pflegenden zu fördern vermag. In der Modell-Evaluation, die in einigen Einrichtungen der stationären Pflege in Nord- und Süddeutschland erfolgte, erwies sich, dass das Modell weniger für Fort- als vielmehr für Weiter- und Ausbildungszwecke geeignet ist. Dies liegt darin begründet, dass Kompetenzerweiterung im Umgang mit Gefühlen nicht allein durch Wissensvermittlung und Training von Techniken vermittelt werden kann, sondern einer längerfristigen, am exemplarischen Erfahrungslernen ansetzenden, selbstreflexiven Neuorientierung im kommunikativen Umgang mit Gefühlen bedarf.

Schlüsselbegriffe:

Kommunikative Kompetenz,  
emotionale Kompetenz,  
Pflegehandlungskompetenz,  
Pflegebildungsmodell

### **3. Ziele/Absichten**

Die Untersuchung verfolgte und realisierte im wesentlichen zwei Intentionen. Erstens: Ausgehend von der in der Fachliteratur häufig diskutierte Patientenerfahrung, derzufolge viele Pflegesituationen als kommunikativ schwierig bzw. defizitär empfunden werden (vgl. z. B. Busch 1996; Dornheim 2001), sollte ein Beitrag zur Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Pflegenden und Gepflegten geleistet werden (siehe Antrag an die Carl Gustav Carus Stiftung v. 28.12.1997). Zweitens: Auf dem Weg dahin waren die dafür erforderlichen (gegenstandsbezogenen) Theorien selbst erst zu generieren. Im Sinne der von Glaser/Strauss entwickelten und als „Grounded Theory“ bezeichneten „Strategie“ für qualitative Forschung ist die vorliegende Untersuchung also nicht als theorienprüfende, sondern als theorieerzeugende, angelegt.

Das zu Beginn des Projektes formulierte Ziel bestand darin, analog zu den Verbesserungsmöglichkeiten ärztlichen Gesprächsverhaltens, die durch eine Überprüfung der Ergebnisse von Interventionsforschungsprojekten belegt zu sein schienen (Koerfer/ Köhle/Obliers 1994, 86), Interventionsmethoden und –instrumente zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonen und PatientInnen zu entwickeln. Zu diesem Zweck war zunächst herauszufinden, was Pflegende und PatientInnen unter einem „guten Gespräch“ in Pflegesituationen verstehen.

Im Laufe des Projektes wurden die Absichten beibehalten, das Ziel jedoch wurde modifiziert. Diese Veränderung hatte vor allem zwei Gründe: Zum einen führte das Vor-

gehen gemäß der Methodologie des „Theoretischen Samplings“, welches das übliche Verfahren bei der Entwicklung gegenstandsbezogener Theorien darstellt (siehe Punkt 3), zu Veränderungen des Zieles; zum anderen wirkten die förderungsspezifischen Randbedingungen, unter denen das Projekt durchgeführt wurde, in eben diese Richtung (siehe Punkt 4).

Zu den untersuchungsbedingten Veränderungen: Bei intensiver Beschäftigung mit dem Material drängte sich sehr bald die Vermutung (Hypothese) auf, dass es ein Kennzeichen von „misslungenen“ Pflegesituationen im Sinne der Beteiligten ist, dass *Gefühle* in diesen Situationen *keinen adäquaten Ausdruck finden*. Diese Hypothese wurde auch durch Beobachtungen der Projektleiterin aus der Beteiligtenperspektive außerhalb des Projektes gestützt (Dornheim 2000, 150) und führte zur Vertiefung des theoretischen und kulturellen Hintergrundes im Rahmen von Lehrveranstaltungen beim Studiengang „Berufliche Fachrichtung: Pflegewissenschaften“ an der Universität Osnabrück.<sup>1</sup> So war recht bald zu konstatieren, dass Gefühle als Forschungsgegenstand aus der modernen Wissenschaftskultur bisher weitgehend ausgeschlossen blieben. Den von Kant gelegten Spuren folgend, betrachtet sie selbst Habermas voller Misstrauen (Habermas 1982). Die neuere Moralphilosophie aber, feministische Erkenntnistheorie und feministische Ethik, Teile der Sozialpsychologie und bestimmte Positionen in Diskursanalyse und vereinzelt in der Pflegewissenschaft haben Gefühle als Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtungen reklamiert. Somit war auch keine Tradition in der Vermittlung einer Gefühlskultur durch die berufliche Bildung, z. B. die Ausbildung in einem der Pflegeberufe, zu erwarten. Ohne diese nur in länger dauernden Prozessen zu erwerbende Basis aber können keine Interventions- und Trainingsprogramme zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz Pflegenden entwickelt und durchgeführt werden – einer kommunikativen Kompetenz, die offenbar, und zwar nicht nur in der Sicht der Pflegebeteiligten, auch vom Umgang mit Gefühlen abhängt.

Aus diesen Gründen wurde als Ziel des Projektes reformuliert: Entwicklung und Evaluation eines Bildungsmodells zur Förderung der kommunikativen Kompetenz Pflegenden. Schließlich zeigten erste Evaluationen dieses Modells im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen verschiedenen Einrichtungen der stationären Pflege in Nord- und Süddeutschland, dass Aus- und Weiterbildungsprozesse den wohl geeignetsten Rahmen für den Praxis-Transfer dieses Modells darstellen.

---

<sup>1</sup> Die Prüfung von Annahmen auch mit Hilfe von Belegen, die außerhalb einer Untersuchung gewonnen wurden, gehört zum legitimen Vorgehen bei der Theoriengenerierung (Glaser/Strauss 1998, 33).

#### 4. Methoden/Instrumente

Bei diesem Projekt ist es besonders wichtig, zwischen Methodologie und Methoden/Instrumenten zu unterscheiden. Außerdem wird hier auch die *Durchführung* der Untersuchungen mit den vorgestellten Methoden beschrieben.<sup>2</sup>

Zur Methodologie:

Das Projekt folgte konsequent der im Rahmen des Ansatzes von „Grounded Theory“ entwickelten Methodologie des „Theoretischen Samplings“. Wie schon die Bezeichnung anzeigt, bedeutet „Theoretisches Sampling“ eine theoriegeleitete Datenerhebung. Konkret heißt das: Das Vorgehen im Forschungsprozess folgt den Hinweisen und Erfordernissen der allmählich aus den Daten hervorgehenden (emergierenden), immer wieder zu prüfenden, zu modifizierenden und zu ergänzenden Theorie. Dies führt dazu, dass Daten zeitgleich erhoben, kodiert und analysiert werden müssen (Glaser/Strauss 1998, 52), denn im Prozess der Theoriebildung fließen Ergebnisse, so vorläufig sie auch sein mögen, sofort in den Forschungsprozess wieder ein. Auf diese Weise kontrolliert die allmählich entstehende Theorie die Datenerhebung, und deren Ergebnisse wiederum kontrollieren die sich entwickelnde Theorie. Ein Nachteil könnte - wenn man nicht vom Ansatz der Theoriengenerierung, sondern vom entgegengesetzten Ansatz der Theorienprüfung her denkt - darin gesehen werden, dass „über die Entscheidung hinaus, welche Daten zuerst erhoben werden sollen (...) nicht planbar (ist), welche Richtung die Datensammlung einschlagen wird. Erst die im Entstehen begriffene Theorie zeigt die nächsten Schritte an ...“ (Glaser/Strauss 1998, 55). Im vorliegenden Projekt wurde dies lediglich unter dem, allerdings wichtigen, Aspekt des Personaleinsatzes als Nachteil empfunden (siehe Punkt 4), alle übrigen Unwägbarkeiten wurden durch viele neue Einsichten und (Zwischen-)Ergebnisse mehr als ausgeglichen.

Auch wenn beim Vorgehen gemäß der Methodologie des „Theoretischen Samplings“ Erhebung, Kodierung und Analyse der Daten synchron erfolgen, sollten doch hier, wo es um *Darstellung* der Methoden geht, die Erhebungs- und Auswertungsverfahren differenziert behandelt werden.

Um ein Kommunikationsförderungsmodell auf empirischer Basis zu entwickeln, war es erforderlich, zunächst Struktur und Tiefe des vermuteten Problems ‚auszuloten‘. Die Projektleitung entschloss sich bei Antragsstellung für verdeckte teilnehmende Beob-

---

<sup>2</sup> In Punkt 4 ist dafür kein Platz vorgesehen.

achtungen und narrative Interviews. Die Beobachtungen wurden in der Realisierungsphase aus forschungsethischen Gründen als sogenannte offene teilnehmende Beobachtungen durchgeführt; die Interviews erfolgten in Form von problemzentrierten Gesprächen, weil wir das Wissen um schwierige Situationen, das aus dem Beobachtungsmaterial emergierte, nicht ignorieren konnten (vgl. die Implikationen des „Theoretischen Samples“, Punkt 2).

Zu den Erhebungsmethoden:

a) Teilnehmende Beobachtungen

Als theoretische Verankerung unserer teilnehmenden Beobachtungen diente das Modell des *Pflegeprozesses*; dieses wurde jedoch insofern modifiziert, als der Pflegeprozess als Forschungsprozess qualitativer Ausrichtung aufgefasst wurde, das heißt, als wechselseitiger Zusammenhang eines Erkenntnis- und Handlungsprozesses. Demzufolge wurden Situationen als Rahmen bestimmt, innerhalb dessen *Interaktionsverläufe zwischen Pflegenden und PatientInnen* zu beobachten waren.

In der Zeit vom 17.08.1998 bis 12.01.2001 wurden insgesamt 106 Einsätze teilnehmender, nicht verdeckter Beobachtungen in den Bereichen „Stationäre Krankenpflege“, „Stationäre Altenpflege“ und „Ambulante Pflege“ durchgeführt. Stationen, auf denen beobachtet wurde, waren: allgemeinchirurgische, abdominal- und gefäß- sowie neurochirurgische, gynäkologische, neurologische und internistische Stationen. Ein Beobachtungseinsatz einer Person dauerte jeweils ca. vier Stunden. Die BeobachterInnen dokumentierten ihre Beobachtungen während des Einsatzes bzw. anschließend an diesen in Forschungstagebüchern. Diese Notizen wurden umgehend zu ausführlichen Protokollen ausgearbeitet. Die meisten der insgesamt 11 BeobachterInnen waren Studierende des Studiengangs „Berufliche Fachrichtung: Pflegewissenschaften“ der Universität Osnabrück. Mit einer Ausnahme hatten alle eine abgeschlossene Ausbildung in einem der Pflegeberufe; alle Studierenden hatten bei der Projektleiterin zusätzlich zwei Seminare mit Übungen zu den Methoden der ethnologischen Feldforschung absolviert. Nach Beratungen mit Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen und Pflegeteams wurden den PatientInnen die Beobachterinnen und Beobachter als PraktikantInnen der Universität Osnabrück, die bestimmte pflegebezogene Beobachtungen zu erfüllen hätten, vorgestellt. Den Pflegenden selbst wurde gesagt, dass es im Forschungsprojekt um Kommunikationsprobleme gehe und dass uns primär Situationen, nicht aber einzelne Pflegende und/oder PatientInnen interessierten. Der Verzerrungseffekt war geringer als erwartet (dies belegen die Beobachtungsprotokolle und Interviews) und wird andernorts diskutiert.

Außer in der ambulanten Pflege konnte komparatistisch gearbeitet werden, das heißt, es wurden in mehr als einem Haus Beobachtungen durchgeführt. Im Bereich der stationären Krankenpflege wurde in drei norddeutschen und zwei süddeutschen Einrichtungen beobachtet. Die Abfolge war: Ein Krankenhaus in Norddeutschland – zwei Krankenhäuser in Süddeutschland – zwei Krankenhäuser in Norddeutschland. Dies erfolgte aus Vergleichsgründen: In dem ersten Haus in Norddeutschland war ein Phänomen aufgefallen, hinter dem eine Regionalspezifität vermutet wurde.

#### b) Problemzentrierte Interviews

Im Zeitraum vom 09.05.2000 bis 13.08.2001 wurden elf problemzentrierte Interviews mit Pflegenden durchgeführt, davon acht in Süddeutschland, drei in Norddeutschland.

Einige der befragten Personen waren zuvor auch an beobachteten Situationen beteiligt gewesen. Die Interviews wurden anhand eines Leitfadens durchgeführt, der auf den vorläufigen Ergebnissen der Beobachtungen basierte. Die zwei Interviewerinnen verfügten über eine abgeschlossene Pflegeausbildung; zudem war die eine der befragenden Personen promovierte Kulturwissenschaftlerin, die andere Studentin höheren Semesters im Osnabrücker Studiengang „Pflegerwissenschaften“.

Zu den Auswertungsmethoden:

Um die Methode der größtmöglichen Gegenstandsangemessenheit herauszufinden, haben wir sogenannte deutende (hermeneutische) und sogenannte entdeckende (qualitativ-heuristische) Auswertungsmethoden erprobt. Dazu gehörten vor allem das „Theoretische Kodieren“ auf der Basis von Grounded Theory, die „Qualitative Heuristik“ nach Kleinig sowie die „Typisierende Inhaltsanalyse“ nach Mayring. In der ersten Projektphase, die durch die Verzahnung von Erhebung und Auswertung gekennzeichnet war, gingen wir nach den Kodierungsverfahren der Grounded Theory vor. Später, als die Theorieentwicklung sich auf schwierige Situationen und den Umgang mit Gefühlen konzentrierte und das Material im Hinblick darauf eine gewisse „Sättigung“ erkennen ließ, bearbeiteten wir dieses zusätzlich mit der Methode der „Typisierenden Inhaltsanalyse“ nach Mayring. Parallel dazu erfolgten Auswertungsschritte mit unterschiedlicher Funktion, z. B.:

Erstellung von Rollenspielen,

Bestimmung von Relevanzstrukturen,

Rekonstruktion von „Fällen“,

Formulierung von „Deutungsmustern“,

Auswahl markanter Situationen,

Erarbeitung von alternativen Situationsverläufen

(ausführlicher dazu siehe Dornheim/Busch et al. 2003, 113f.)

Zur Modellkonstruktion:

Theoretische, methodologische und didaktische Grundlagen, Entstehung, Struktur, sowie der voraussichtliche Praxis-Transfer des aus einer erweiterbaren Anzahl von Modulen bestehenden Modells sind dargestellt in Dornheim/Busch et al. 2003 (s. Anlage 1). Bei der Konstruktion des Modells waren u.a. auch bildungstheoretische, allgemein-didaktische sowie spezifisch pflegedidaktische und methodische Erfordernisse zu berücksichtigen. Eine systematische fachdidaktische Ausarbeitung des Modells, die auch die Ergebnisse der Erprobung und prozessbegleitenden Evaluation (im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der stationären Pflege) einbeziehen wird, steht noch aus. Diese Schritte liegen antragsgemäß außerhalb des geförderten Zeitraumes.

Zur Evaluation:

Wir haben das vorliegende Pflegebildungsmodell im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen in fünf Krankenhäusern Nord- und Süddeutschlands erprobt.

Bezogen auf Erprobung und Evaluation sind folgende drei Teil-Untersuchungen zu unterscheiden: a) das projektbegleitende Evaluationsverfahren, b) die Evaluation der Erprobungsveranstaltungen; c) die Evaluation des Modells. Die beiden letztgenannten Maßnahmen erfolgten synchron, sodass wir hier von einer erprobungsbegleitenden *Mehr-Ebenen-Evaluation* sprechen.

a) Projektbegleitendes Evaluationsverfahren

Das den gesamten Projektprozess begleitende Verfahren orientierte sich an Vorgehensweisen, die einer Kombination aus sogenanntem Entwicklungs- und sogenanntem Forschungsparadigma entsprachen (Kromrey 2000). Im Falle des primär angewandten Entwicklungsparadigmas steht am Beginn nicht ein Programm (wie beim sogenannten Kontrollparadigma), sondern es sollen Konzepte und Vorstellungen entwickelt, und die Fähigkeit von Organisationen zur Problemwahrnehmung und –bewältigung soll gestärkt werden. Es handelt sich also um eine projektbegleitende, auch als „formativ“ oder „offen“ bezeichnete Evaluation – im Gegensatz zur summativen Evaluation des Kontrollparadigmas, die eine abschließende Maßnahme darstellt. Die von uns gewählte formative Evaluation korrespondierte eng mit dem methodologischen Prinzip von „Grounded Theory“. Betrachtet man unser Vorgehen innerhalb des *dualen* evaluatorischen Klassifikationsprinzips, dem zufolge „Ergebnisorientierung“ und „Prozessorientierung“ unterschieden werden, so ist es dem Typus der *Prozessorientierung* zu-

zuordnen. Um eine *interne* Evaluation handelte es sich insofern, als die Beurteilungskriterien aus dem Projekt selbst stammen; das heißt, es wurde im Lichte seiner eigenen Ziele bewertet. Ein solches Vorgehen erfordert immer umfassendes theoretisches Wissen über die Struktur der Zusammenhänge zwischen Zielen, Maßnahmen, Wirkungen und Umgebungseinflüssen – ein Wissen, das meist nur bei den maßgeblich am Projekt Beteiligten vorhanden ist.

#### b) Modellerprobung und deren Evaluation

Es waren zwei Erprobungsphasen (im Antrag an die Robert Bosch Stiftung v. 21.08.2000 als „Praxis-Transfer“ bezeichnet) geplant. *Phase A* umfasst die Erprobung in fünf mit uns kooperierenden Einrichtungen der stationären Krankenpflege im Rahmen von *kostenlos* durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen. *Phase B* sollte antragsgemäß die Erprobung in weiteren zehn Einrichtungen der Kranken- und Altenpflege mit einer Kostenbeteiligung zu 50 % umfassen. Phase A wurde durchgeführt, Phase B nicht (nach Abstimmung mit der Robert Bosch Stiftung). Der Grund für diese Entscheidung liegt in den Ergebnissen der Phase A (siehe Punkt 5).

Zur Erprobung des entwickelten Pflegebildungsmodells innerhalb der Phase A wurden in drei norddeutschen und zwei süddeutschen Krankenhäusern insgesamt sechs Erprobungseinsätze (Fortbildungsveranstaltungen) durchgeführt (in einem der Häuser fanden zwei Veranstaltungen von jeweils kurzer Dauer statt). Nur zwei der fünf Häuser konnten uns eine ganztägige Veranstaltung einräumen, in den anderen Einrichtungen lag die Veranstaltungsdauer zwischen einundeinhalb und drei Zeitstunden – ursprünglich geplant und in einigen Fällen auch abgesprochen war ein ganzer Tag.

Die Anzahl der TeilnehmerInnen lag zwischen 5 und 16 Personen; auf die Zusammensetzung der TeilnehmerInnengruppe hatten die Mitglieder des Projektteams keinen Einfluss.

Die Erprobungen wurden von einer Supervisorin (DGSV), die als Krankenschwester und Dipl. Sozialarbeiterin (FH) ausgebildet und als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege einer Fachhochschule tätig ist, durchgeführt. Bei den Veranstaltungen war jeweils eine Evaluatorin dabei, in fünf Fällen auf Wunsch der Einrichtungen auch die Projektleiterin. In den Erprobungsveranstaltungen arbeiteten Supervisorin und TeilnehmerInnen mit jeweils einem Modul unseres Bildungsmodells. Dieses konnten sich die TeilnehmerInnen aus einer Reihe von fünf Modulen, deren „schwierige“ Ausgangssituation die Veranstaltungsleiterin kurz vorgestellt hatte, auswählen (zur Veranschaulichung siehe Anl. 2).

Vorwiegend aus Zeitgründen wurde das ausgewählte Modul vor allem mit den Methoden „Identifizierung von Relevanzstrukturen“ und „Entdeckung alternativer Situationsverläufe“ (vgl. Dornheim/Busch et al. 2003, 113) bearbeitet. Die Evaluationsergebnisse der bereits erfolgten Erprobungsveranstaltungen flossen jeweils in die nachfolgenden ein. Einige der vorgenommenen Veränderungen waren: Ab der zweiten Veranstaltung fanden jeweils zu Beginn und am Ende schriftliche Erwartungs- und Bewertungsabfragen statt (in der ersten Veranstaltung mündlich); ab der zweiten Veranstaltung wurde das Gesamtprojekt von der Projektleiterin anhand eines Handouts ausführlicher vorgestellt, und Projektleiterin und Evaluatorin veränderten ihre Sitzpositionen, indem sie sich in den Kreis der TeilnehmerInnen integrierten.

### c) Evaluation des Modells

In den Erprobungsveranstaltungen wurde auch das Bildungsmodell selbst evaluiert. Zu diesem Zweck haben wir unsere Beurteilungskriterien in wissenschaftslogische und -praktische sowie pädagogisch-didaktische differenziert (siehe Anlage 3). Die Evaluationsberichte liegen vor, eine systematische Auswertung derselben vor allem zum Zwecke der Ergänzung und Modifikation der fachdidaktischen Grundlegung steht noch aus (siehe Unterpunkt „Modellkonstruktion“).

## 5. Durchführung

Der Durchführungsverlauf wurde bereits unter Punkt 3 beschrieben.

- Probleme, Schwierigkeiten, Hindernisse

Zu keinem Zeitpunkt während der Laufzeit des Projektes hat irgendeine Person eine Stelle oder eine Teilstelle im Projekt innegehabt - darin bestand sein Haupthindernis. Konkret: Alle Arbeiten wurden mit Hilfe von Hilfskraft- und Werkverträgen sowie der unentgeltlichen Mitarbeit der Projektassistentinnen erledigt. Es gab somit niemanden, der sich hauptamtlich und kontinuierlich der Koordination und Organisation hätte widmen können. Die mit der Funktion „Projektassistentin“ beauftragten wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Jutta Busch, M. A., und Dr. Ulrike Schulze hatten jeweils eine halbe Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Studiengang inne – nicht beim Projekt. In ihrer Funktion als Projektassistentinnen waren sie außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit tätig. Dies war nicht von Anfang an geplant: Im Antrag an die Carl Gustav Carus Stiftung war für eine wissenschaftliche Mitarbeiterin bzw. einen Mitarbeiter ½ BAT II a-Stelle für 12 Monate vorgesehen.

Leider konnte jedoch die Carl Gustav Carus Stiftung das Projekt nicht in der bean-

tragten Höhe fördern. Ein im Oktober 1999 gestellter Ergänzungsförderungsantrag beim Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft im Rahmen des Aktionsprogramms „Push – Wissenschaft und Gesellschaft im Dialog“ war nicht erfolgreich, so dass die Förderung zur Finanzierung einer halben Stelle, sei es auch nur für sechs Monate, nicht ausreichte. Dies hatte zur Folge, dass die im Erstantrag vorgesehenen Interviews mit PatientInnen nicht durchgeführt und ein entsprechendes kommunikationsförderndes Modell für PatientInnen nicht entwickelt werden konnte (lediglich drei Interviews mit PatientInnen wurden aus Kontrollgründen noch durchgeführt).

Die spezifischen Aufgaben im Projekt erforderten eine nicht häufig anzutreffende Kombination beruflicher Qualifikation. Diese bestand in einer Ausbildung in einem der Pflegeberufe plus Hochschulausbildung im Fach Pflegewissenschaft/-pädagogik oder in einem sozial- bzw. erziehungswissenschaftlichen Fach. Aufgrund dessen war es äußerst schwierig und zeitaufwändig, einschlägig qualifizierte PartnerInnen für Werkverträge zu finden. Zudem konnte die Universität Osnabrück aufgrund des sogenannten Scheinselbständigengesetzes mehrfach dem Abschluss von Werkverträgen mit entsprechend qualifizierten Personen nicht zustimmen.

- Lösungen

Die am häufigsten praktizierte Lösung bei Personalproblemen bestand in der Zusammenarbeit mit Studierenden auf der Basis von Hilfskraftverträgen und im Einsatz von Projektassistentinnen und Projektleiterin. Außerdem wurden eher zeitliche Verzögerungen in Kauf genommen als dass Zugeständnisse an die Qualität der Aufgabenausführung gemacht wurden.

- Vernetzung innerhalb der Pflegeinfrastruktur

Das Projekt war beim Studiengang „Berufliche Fachrichtung: Pflegewissenschaften“ der Universität Osnabrück angesiedelt. Dadurch war es in einen Diskussionszusammenhang von Studierenden und Lehrenden, die mehrheitlich „aus der Pflege kamen“, integriert.

Gleichzeitig war der gesamte Projektverlauf mit Kontakten zu den Pflegedienstleitungen, den Leitungen der innerbetrieblichen Fortbildung, den Stationsleitungen und einigen Pflegeteams von fünf kooperierenden Einrichtungen aus dem Bereich der stationären Pflege, mit Kontakten zu zwei Häusern aus dem Bereich der stationären Altenpflege und zu einem ambulanten Pflegedienst verbunden.

Darüber hinaus bestehen Kontakte zu den Studierenden und Lehrenden des Studiengangs „Lehramt: Pflegewissenschaft“ der Universität Bremen, des Internationalen Studiengangs Pflegeleitung der Hochschule Bremen sowie zum Institut für angewandte Pflegeforschung (iap) und zum Zentrum für Public Health der Universität Bremen. Kontakte bestehen weiterhin zu Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Köln.

Die Projektleiterin arbeitet aktiv in den Sektionen „Hochschullehre“ sowie „Pflege und Kultur“ des Deutschen Vereins für Pflegewissenschaft e.V. sowie als Mitglied im Beirat des vom BMBF geförderten Projekts „Interkulturelle Fortbildungen für das Personal in der Altenpflege“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung mit. Die Projektassistentinnen lehren in verschiedenen Institutionen der Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen und üben verschiedene Funktionen in Pflegefachverbänden aus, so z. B. Jutta Busch als stellvertretende Landesbeauftragte in der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e. V. (DGF). Über diese Tätigkeiten waren die am Projekt Mitwirkenden kontinuierlich in die Diskussionen der Pflege-Fachöffentlichkeit eingebunden.

## 6. Ergebnisse

- Praxis (Auswirkungen für die Pflegepraxis, Kosten-Nutzen-Abschätzung für die Projekteinrichtung, Kosten-Nutzen-Abschätzung bei der Übertragung auf andere Einrichtungen)

Das „Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege“, dessen Entwicklung in der Zeitschrift Pr-InterNet/PflegePädagogik 3/2003 dokumentiert ist (s. Anlage 1), fördert eine vertiefte Reflexion – und damit ein tiefergehendes Verstehen – des Arbeitsalltags. Dies wiederum befördert ein professionelles Pflegehandeln. Zudem wirkt sich die Arbeit mit dem Modell in einem supervisorischen Sinne entlastend aus.

Die Praxis-Transfer-Phase A hat von Anfang an gezeigt, dass die Vermittlung des Modells unter dem sehr begrenzten Zeitlimit einer Fortbildungsveranstaltung gelitten hat. Dennoch gab von den insgesamt 52 FortbildungsteilnehmerInnen die überwiegende Mehrzahl eine positive mündliche wie auch schriftliche Rückmeldung. In jeder Einrichtung wurde aber auch in irgendeiner Form mehrheitlich zum Ausdruck gebracht, dass die zur Verfügung stehende Zeit nicht ausgereicht habe; dies wurde vielfach bedauert mit dem Hinweis, wie schade es sei, sich in das in-

interessante Modell „nicht richtig einarbeiten“ zu können.

Zur weiteren Begründung des Zeitbedarfs:

Das Modell beschäftigt sich mit einem sehr sensiblen, bisher in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege genauso wie in der Wissenschaftskultur vernachlässigten Thema. Deshalb bedarf die Modellvermittlung der Kenntnis der Teilnehmer-motivation, des Arbeitszusammenhangs, in dem sich die jeweilige teilnehmende Person befindet sowie der Fachrichtung, in der sie tätig ist (z. B. Palliativmedizin, Onkologie, Neurologie usw.). Von besonderer Bedeutung sind mögliche (aktuelle) traumatische Erlebnisse der TeilnehmerInnen. Diese Hintergründe zu eruieren, gehört zu den Grundlagen der Arbeit und benötigt Zeit. Da im Prinzip in jeder Veranstaltung, die den beruflichen Umgang mit Gefühlen zum Inhalt hat, mit der Erinnerung solcher Erlebnisse zu rechnen ist, sprengt die Thematik also nicht nur zeitlich, sondern auch von den Lern- und Lehrbedingungen her den Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen. Hinzu kommt, dass es sich als problematisch erwies, das Modell in intra-institutionellen Kontexten zu vermitteln – die TeilnehmerInnen und Teilnehmer benötigen eher „geschützte“ Orte, die das eigene Haus mit seinen oft komplizierten Kräfteverhältnissen nicht zu bieten vermag. Auch wenn sich darüber hinaus zeigte, dass das Modell hinsichtlich seiner fachdidaktischen Grundlegung zu ergänzen, zu vertiefen und zu spezifizieren ist, so würde doch die Aufarbeitung dieser Desiderata nicht ausreichen, um so günstige Vermittlungsbedingungen zu schaffen, dass die Potenziale des Modells in Fortbildungsveranstaltungen ausgeschöpft werden können.

Zusammengefasst lautet unsere Empfehlung, das Modell in Fach- oder Aufstiegsweiterbildungen zu integrieren oder es in der Ausbildung der Pflegeberufe zu verankern. Da Weiterbildungen zumeist so konzipiert sind, dass sie sich an Pflegende aus unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen richten, wäre eine Vernetzung grundgelegt.

- Forschung/Theorie (Auswirkungen für die pflegewissenschaftliche Entwicklung, Auswirkungen für andere wissenschaftliche Disziplinen)  
Das Projekt und die Erprobung und Evaluation des Bildungsmodells zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege belegen,
  - dass von den an Pflegesituationen beteiligten Pflegenden gelungene und schwierige Situationen unterschieden werden;
  - dass letztere durch einen nicht als angemessen empfundenen Umgang mit Gefühlen gekennzeichnet sind;

- dass Gefühle auf direkte und indirekte Weise ausgedrückt werden und
- dass der indirekte Ausdruck von Gefühlen in sensiblen Bereichen, wie z. B. beim Umgang mit Körperlichkeit und Krankheit, den in unserer Kultur vorherrschenden Modus von Gefühlsäußerung darstellt.

Eine Theorie des pflegeprofessionellen Umgangs mit Emotionen (Gefühlen) wird dies alles zu berücksichtigen haben. Für die medizinische Disziplin wäre eine analoge Theorie ebenfalls von großer Bedeutung.

Außerdem spricht vieles für ein bestimmtes Desiderat in Bezug auf kurzfristig anstehende Pflegeforschung: Der Umgang mit Gefühlen sollte nun auch in sogenannten Extremsituationen, so vor allem in der Intensiv- und Palliativpflege, untersucht werden. Weiterhin zeigte sich, dass die Situationen, die wir als Ausgangsbasis für Module auswählten, von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als relevant, häufig vorkommend und belastend bezeichnet wurden. Die Methoden „Erarbeitung von Relevanzstrukturen der Situationsbeteiligten“ und „Erarbeitung von alternativen Situationsverläufen“ wurden als gewinnbringend erfahren.

Zwei besonders hervorzuhebende Ergebnisse sind die von der Projektleiterin und der Projektassistentin Jutta Busch betreuten Staatsexamensarbeiten zweier Studierender des Osnabrücker Studiengangs „Pflegewissenschaften“. Beide Studierende waren zuvor als teilnehmende BeobachterInnen und studentische Hilfskräfte am Projekt beteiligt und bearbeiteten aus dem Projekt stammendes Material:

Tanja Gronemeyer schrieb die Untersuchung: *Äußerungen von Patientinnen und Patienten – wie gehen Pflegende damit um? Eine qualitative Studie zur Kommunikation in Pflegesituationen der stationären Krankenpflege.*

Frank Arens untersuchte das Thema: *„Die ist ja völlig durch den Wind“ - Eine qualitative Untersuchung zur Kommunikation zwischen Pflegenden und Dementierenden in der Alten- und Krankenpflege.* Der Autor erhielt dafür den mit 5000 Euro dotierten *Bad Kissinger Parkwohnstiftspreis für Gerontologie 2003.*

## 7. Empfehlungen für andere Pflegeinstitutionen

- Hinweise zu Vorgehensweisen

Die Rahmenbedingungen der Modellerprobung in den einzelnen Einrichtungen konnten vom Projekt her nicht beeinflusst werden. Dies wurde aber auch nicht versucht, da es unserem Feldforschungsansatz widersprochen hätte: Die Bedin-

gungen des Forschungsfeldes und der Umgang mit ihnen ist selbst Teil des Erhebungs- und Analyseprozesses. Konkreter: Was untersucht werden soll, darf zuvor nicht (bewusst) verändert werden. Die einrichtungsseitigen Bedingungen, unter denen wir unsere Fortbildungsveranstaltungen durchführten, sind in den Evaluationsberichten miterfasst worden. Sie sind aussagefähig für eventuelle spätere Umsetzungsschritte.

- Hinweise zur Schaffung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen  
Der Erfolg des Modells hängt wesentlich von bestimmten Vermittlungsbedingungen ab. Eine Schlüsselfigur stellt die vermittelnde Lehrperson dar: Sie muss mit Struktur und Inhalten des Modells vertraut sein, seine theoretische Fundierung kennen, es unter unterschiedlichen Aspekten darstellen können und – dies vor allem - alle integrierbaren Methoden in Theorie und Praxis beherrschen. Die Erfüllung der letztgenannten Forderung ist besonders wichtig, weil die Erprobung gelehrt hat, dass die TeilnehmerInnen meistens eine Beschreibung aller integrierbaren Methoden wünschen, denn die Methodenauswahl soll ja ihren eigenen Erfahrungen angemessen sein. Aus diesen Gründen ist erforderlich, dass die vermittelnde Lehrperson nicht nur über eine Pflegeausbildung verfügt, sondern auch ein pflegewissenschaftliches Studium mit gewichtigen erziehungs- und/oder sozialwissenschaftlichen Anteilen bzw. ein Studium der Erziehungs- oder Sozialwissenschaften abgeschlossen hat.

Auf die Notwendigkeit eines größeren, für das erfahrungsorientierte und entdeckende Lernen zur Verfügung stehenden Zeitrahmens außerhalb der jeweils eigenen Institution wurde bereits hingewiesen.

- Hinweise zur Motivation der Mitarbeiter/innen  
Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Motivation der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durchgängig hoch war. Der überwiegende Teil wünschte sich mehr Zeit zur Bearbeitung der Themen sowie eine Fortsetzung der Fortbildung.
- Hinweise zu Kostenschätzung und Finanzierung (alle Finanzierungsquellen)  
Ein besonderer Kostenfaktor besteht in der erforderlichen Qualifikation der Lehrkraft, die das Modell vermitteln soll. Vgl. hierzu Rahmenbedingungen.

## **8. Verweise auf weitere Veröffentlichungen zum Projekt (z. B. Informationsbroschüre, Homepage, Fachzeitschriften)**

Neben dem grundlegenden Aufsatz in Pr-InterNet 3/03 (Anl. 1) stehen weitere projektbezogene, mit Projektmaterial arbeitende Veröffentlichungen bevor. Hier, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die Dokumentation einiger Arbeitsvorhaben:

Arens, Frank: „Lebensweltlich-kommunikatives Handeln“ - Ein Ansatz zur Situationsbewältigung zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen? Erscheint in: Pflege & Gesellschaft, voraussichtl. H.2/2003.

Arens, Frank: Die Bedeutung der Kommunikation für die Praxis der Pflege. In: Nightingale Online ([www.vincentz.net/nightingale/index.cfm](http://www.vincentz.net/nightingale/index.cfm)).

Arens, Frank: „Die machen sich immer so steif“ – Der nonverbale Ausdruck von Emotionen in der Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen. Erscheint in: Pflegemagazin – Zeitschrift für den gesamten Pflegebereich.

Arens, Frank: „Haben Sie auch Angst? – Ergebnisse einer Untersuchung zur Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen. Erscheint in: Pflegezeitschrift, Dokumentation Pflegewissenschaft.

Arens, Frank: „Da kommt man sich ja vor wie ein Baby“ – Aspekte pflegerischen Handelns mit dementierenden alten Menschen. In Vorbereitung befindliches Buchprojekt (auf der Basis der Examensarbeit des Autors) für den Schlüterschen Verlag Hannover.

Arens, Frank: „Die ist ja völlig durch den Wind“ – Eine Untersuchung zur Kommunikation zwischen Pflegenden und dementierenden alten Menschen (Manuskript der Staatsexamensarbeit - Buchveröffentlichung angestrebt)

Busch, Jutta: Umgang mit schwierigen Situationen in der Intensiv- und Palliativpflege (Arbeitstitel). Dissertation, in Arbeit.

Dornheim, Jutta: Kulturkonzepte in der Pflegebildung. Erscheint in: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (Hg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld, Herbst 2003.

Dornheim, Jutta: Umriss einer Theorie der Gefühlskultur in Pflegekontexten - kultur- und pflegetheoretische Grundlegung auf der Materialbasis eines Pflegeforschungsprojektes (Arbeitstitel). Zunächst Aufsatzproduktion, in Arbeit. Erweiterung zu einem Buchprojekt geplant.

Dornheim, Jutta/Busch, Jutta/ Schulze, Ulrike/Silberzahn, Gudrun: Bausteine eines pflegedidaktischen Ansatzes zur Förderung einer professionellen Gefühlskultur in der Pflege (Arbeitstitel). Buchprojekt, alternativ zum nachfolgenden Aufsatzprojekt geplant.

Schulze, Ulrike/Busch, Jutta: Bausteine eines pflegedidaktischen Ansatzes zur Förderung einer professionellen Gefühlskultur in der Pflege (Arbeitstitel). Aufsatz auf der Basis der ausgewerteten Evaluationsberichte, alternativ zum vorgenannten Buchprojekt geplant.

Silberzahn-Jandt, Gudrun: Das Modul „Ekel“ in einem empirisch begründeten Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege (Arbeitstitel)– Aufsatz, in Arbeit.

Silberzahn-Jandt, Gudrun: Zu Struktur und Funktion von Alltagsgesprächen in Pflegesituationen (Arbeitstitel). Buchproduktion, geplant.

## **9. Literaturhinweise, Adressen**

Badura, B./ Siegrist, J. (Hgg.): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim/München 1999.

Busch, J.: Was der Patient sagt ...“ Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal, 1996.

Darmann, I.: Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart, 2000.

Demmerling, C.: Vernunft, Gefühl und moralische Praxis. Überlegungen zur Kultur der praktischen Vernunft. In: C. Demmerling et al. (Hg.): Vernunft und Lebenspraxis.

Philosophische Studien zu den Bedingungen einer rationalen Kultur. Frankfurt am Main, 1995, 246-270.

Dornheim, J.: „Ich kann nicht sagen: Das kann ich nicht.“ Inkongruente Erfahrungen in heiklen Feldsituationen. In: U. Jeggler (Hg.): *Feldforschung. Qualitative Methoden in der Kulturanalyse*. Tübingen, 1984, 129-157.

Dornheim, J.: Bilder und Deutungsmuster schwerer Krankheit. Aspekte des Umgangs mit Krebs aus der Sicht der empirischen Kulturwissenschaft. In: W. Schmidt (Hg.): *Jenseits der Normalität. Leben mit Krebs*. München, 1986, 35-59.

Dornheim, J.: *Medikale Kultur. Ein interdisziplinärer Zugang zum Verhältnis von Gesundheit, Kranksein und Pflege*. Unveröff. Habilitationsschrift Bremen 2000.

Dornheim, J.: Krankheitserleben im Rahmen einer ärztlichen Visite – Verständigungsprobleme in ethnomethodologischer und diskursethischer Perspektive. In: *Psychologische Medizin. Österreichische Zeitschrift für Medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 4 (12) 2001, 37-44.

Dornheim, J./Busch, J./Schulze, U./Silberzahn-Jandt, G.: Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege. In: *Pr-InterNet/PflegePädagogik* 3/2003, 108-123.

Elsbernd, A.: *Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege*. Bern et al., 2000.

Ertl-Schmuck, R.: Pflegedidaktik heute – Stand, Entwicklungen, Perspektiven. In: K.-H. Sahmel (Hg.): *Grundfragen der Pflegepädagogik*. Stuttgart et al. 2001, 103-137.

Fiehler R.: *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin et al., 1990.

Fiehler, R.: Erleben und Emotionalität als Problem der Arzt-Patienten-Interaktion. In: K. Ehlich et al. (Hg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen, 1990, 41-65.

Fiehler, R. (Hg.): *Verständigungsprobleme und gestörte Kommunikation*. Opladen, 1998.

Glaser, B. G./Strauss, A. L.: Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern et al., 1998.

Görres, S.: Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur - Wissenstransfer in der Pflege. In: Ders. et al. (Hg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern et al., 2002, 13-23.

Greb, U.: Identitätskritik und Lehrerbildung. In: Pr-InterNet/Pflegepädagogik 11, 2000, 222-229.

Habermas, J.: Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Bd. 2: Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft. 2. Aufl. Frankfurt am Main, 1982.

Keuchel, R.: Lernen im Wandel – neue Lernwege in der Pflegeausbildung. In: Görres, S. et al. (Hg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern et al. 2002, 56-70.

Klafki, W.: Grundlinien kritisch-konstruktiver Didaktik. In: Ders.: Neue Studien zur Bildungstheorie und Didaktik: Beiträge zur kritisch-konstruktiven Didaktik. Weinheim et al., 1985.

Koerfer, A./Köhle, K./Obliers, R.: Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: A. Redder/I. Wiese (Hg.): Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse. Opladen, 1994, 53-94.

Kromrey, H.: Die Bewertung von Humandienstleistungen. Fallstricke bei der Implementations- und Wirkungsforschung sowie methodische Alternativen. In: Müller-Kohlenberg, H./Münstermann, K. (Hgg.): Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Opladen 2000, 19-57.

Mayring, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 2. Aufl. Weinheim 1990.

Negt, O.: Lernen in einer Welt gesellschaftlicher Umbrüche. In: H. Dieckmann/B. Schachtsiek: Lernkonzepte im Wandel. Die Zukunft der Bildung. Stuttgart, 1998.

Neuweg, G. H.: Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis. Münster et al., 1999.  
Olbrich, C.: Pflegekompetenz. Bern et al., 1999.

Overlander, G.: Die Last des Mitfühlers. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. 3. Aufl. Frankfurt am Main, 2000.  
Scheller, I.: Erfahrungsbezogener Unterricht. Praxis, Planung, Theorie. 2. Auflage. Frankfurt am Main, 1987.

Schüßler, I.: Deutungslernen. Erwachsenenbildung im Modus der Deutung – eine explorative Studie zum Deutungslernen in der Erwachsenenbildung. Hohengehren 2000.

Schütz, A./Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Bd.1. Erste Aufl. Frankfurt am Main, 1979.

Schulze, U.: Handlungslernen im Feld geriatrischer Pflege. Ein Konzept zur Initiierung von Lernprozessen. Oberhausen, 1997.

Silberzahn-Jandt, G.: Zur Leiblichkeit eines Gefühls. Ekelerfahrungen in Beziehungen zwischen Krankenpflegepersonal und PatientInnen. In: K. Eisch/M. Hamm (Hg.): Die Poesie des Feldes. Beiträge zur ethnographischen Kulturanalyse. Tübingen, 2001, 48-59.

von Uexküll, T./Wesiack, W. (1990): Wissenschaftstheorie und psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: von Uexküll, T. et al. (Hg.): Psychosomatische Medizin. München et al., 4. Aufl. 1990, 5-38.

Walther, S.: Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten. Bern et al. 2001.

Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. 4. überarbeitete Aufl. Frankfurt am Main/Berlin et al. 1998.

Wittneben, K.: Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, V. (Hg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern et al. 1999, 1-13.

Zegelin, A. (Hg.): Sprache und Pflege. Berlin et al. 1997.

### **Vorstellung der Projektbeteiligten**

Leitung:

PD Dr. rer. soc. habil. Jutta Dornheim  
Privatdozentin an der Universität Bremen  
institut für angewandte pflegeforschung (iap)  
Grazer Str. 6  
28359 Bremen  
dornheim@uni-bremen.de

Jutta Dornheim verwaltete von 1.10.1996 – 30.09.2001 die Professur „Pflegerwissenschaft“ beim Studiengang „Lehramt an berufsbildenden Schulen/berufliche Fachrichtung: Pflegewissenschaften“ der Universität Osnabrück. Sie hat sich in 12/2000 an der Universität Bremen mit der Schrift „Medikale Kultur. Ein interdisziplinärer Zugang zum Verhältnis von Gesundheit, Kranksein und Pflege“ habilitiert und die Venia legendi für „Pflegerwissenschaft mit dem Schwerpunkt: kulturwissenschaftliche Grundlagen“ erworben. Jutta Dornheim hat langjährige Erfahrungen als Mitarbeiterin in und Leiterin von Forschungsprojekten an deutschen Universitäten. Sie ist durch zahlreiche Veröffentlichungen auf den Gebieten von Kulturwissenschaft und Pflegewissenschaft, Ethnomedizin, Volksmedizinforschung, Sozialgeschichte von Medizin, Gesundsein und Kranksein, Methodologie und Methoden der kulturwissenschaftlichen Feldforschung sowie von Kommunikations- und Geschlechterforschung ausgewiesen.

Jutta Busch M. A.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachgebiet Pflegewissenschaft  
Fachbereich Humanwissenschaften  
Universität Osnabrück  
Albrechtsstr. 28  
49069 Osnabrück  
pflege@uos.de

Jutta Busch ist seit 1996 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Studiengang „Lehramt an berufsbildenden Schulen/ berufliche Fachrichtung Pflegewissenschaften“ an der Universität Osnabrück. Sie ist Erziehungswissenschaftlerin und Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie. Ihre Schwerpunkte in Forschung und Lehre liegen in den Bereichen der Pflege kritisch kranker Menschen (Intensiv- und Palliativpflege) sowie in der Entwicklung der Fachdidaktik, der Curriculumentwicklung und der Betreuung von schulpraktischen Studien. Sie hat in dem Projekt „Pflegekommunikation“ bei der Datenauswertung und der Entwicklung des Bildungsmodells mitgewirkt sowie als Projektassistentin von Beginn an eine Vielzahl von organisatorischen Aufgaben bei der Projektplanung, der Datenerhebung und –auswertung sowie während der Praxis-Transfer-Phase übernommen. Ihre Promotion zum Umgang mit schwierigen Situationen in der Intensivpflege entsteht in Kooperation mit dem Projekt.

Dr. Ulrike Schulze

Projektleitung im Modellprojekt LIMITS

Windthorststr. 13

48143 Münster

Schulze@limits-projekt.de

[UlrikeSchulze@t-online.de](mailto:UlrikeSchulze@t-online.de)

Ulrike Schulze war von März 1999 bis September 2001 als wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Studiengang „Lehramt an berufsbildenden Schulen/berufliche Fachrichtung: Pflegewissenschaften“ der Universität Osnabrück tätig. Ihr Aufgabenschwerpunkt in Lehre und Forschung bestand in der maßgeblichen Beteiligung an der Entwicklung einer Fachdidaktik Pflegewissenschaft. In diesem Zusammenhang war sie über 2001 hinaus als Assistentin im Projekt tätig und – im Rahmen von Werkverträgen – an der Aufbereitung des qualitativen Datenmaterials, der Entwicklung des Bildungsmodells sowie an dessen Evaluation in der Praxis beteiligt. Vor ihrer Tätigkeit in Osnabrück hat sie an der Evaluation des Modellstudienganges „Pflegermanagement“ an der Fachhochschule Münster mitgearbeitet. Ulrike Schulze ist Krankenschwester, Dipl. Pädagogin und promovierte zum Thema „Handlungslernen im Feld geriatrischer Pflege. Ein Konzept zur Initiierung von Lernprozessen“. Sie lehrt in den Fachgebieten Gerontologie und Pflegewissenschaft und leitet derzeit das Projekt LIMITS in Münster, das die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zum Thema hat.

Dr. Gudrun Silberzahn-Jandt  
Camererweg 1  
73732 Esslingen  
Silberzahn-Jandt@t-online.de

Gudrun Silberzahn-Jandt studierte nach einer Krankenpflegeausbildung von 1978-1981 und zweijähriger Berufstätigkeit Empirische Kulturwissenschaft, Ethnologie und Geschichte in Freiburg und Tübingen. Im Projekt führte sie im Rahmen von Werkverträgen zum einen Feldforschungen durch, zum anderen war sie im Team an der Entwicklung des Bildungsmodells und an der Erprobung und Evaluation desselben in Süddeutschland beteiligt. Ihre Feldforschungstätigkeit bestand in teilnehmenden Beobachtungen in drei Krankenhäusern sowie in Interviews mit Pflegenden und Gepflegten. Gudrun Silberzahn-Jandt ist freiberuflich in verschiedenen kultur- und pflegewissenschaftlichen Institutionen tätig. Sie hat auf diesen Gebieten breit publiziert.

Dipl. Soz.–Arb. (FH) Hella Wintermeyer  
Jägerallee 39  
D- 59071 Hamm  
Tel. 02381/ 88507  
hella.wintermeyer@t-online.de

Hella Wintermeyer übernahm im Rahmen von Werkverträgen im Projekt die Aufgabe, Module des Bildungsmodells in den Einrichtungen zu erproben. Sie übernahm die Planung, Durchführung und Sicherung der Arbeitsergebnisse der konkreten innerbetrieblichen Fortbildungsveranstaltungen sowie die Erstellung der jeweiligen Erprobungsberichte. Hella Wintermeyer ist Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin (FH) und Supervisorin (DGSV). Sie ist seit 1994 als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Pflege an der Fachhochschule Münster beschäftigt. Ihre derzeitigen Arbeitsschwerpunkte sind: Lernortkooperation, Mentoring, Kommunikation, Tutorenttraining. Neben ihrer Hochschultätigkeit arbeitet Hella Wintermeyer als freiberufliche Supervisorin, überwiegend in sozialen und pflegerischen Handlungsfeldern, hier auch in der Weiterbildung und Beratung von Führungskräften.

**Anlage 1: „Ein empirisch begründetes Bildungsmodell zur Förderung der kommunikativen Kompetenz in der Pflege“** von Jutta Dornheim, Jutta Busch, Ulrike Schulze, Gudrun Silberzahn-Jandt. In: PR-Internet 3/03, 108 - 123

**Anlage 2:**

**Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: „Pflegekommunikation“ (Kurztitel)  
„Schwierige Situationen“ als Basis von Modulen – Grundlage der Modulauswahl  
in den Erprobungsveranstaltungen**

1. Situation „Dauerklingeln“.

Eine Patientin klingelt, sobald die Pflegende den Raum verlassen hat. Die Pflegekraft, die schon viele Male vergeblich ins Zimmer der Patientin gegangen war, versucht alles mögliche, bekommt aber den Grund für das Verhalten der Patientin nicht heraus.

2. Situation „Sich ekeln“

Massives Erbrechen einer 80-jährigen Patientin. Spuckschale, Nachthemd, Strümpfe, Bett und Boden – alles voll. Es wird nichts gesprochen - bis die Patientin sagt: „Das ist so scharf“ und die Pflegende dies bestätigend aufgreift. Zur Erleichterung beider kann das Gefühl „Ekel“ benannt und dann auch über anderes gesprochen werden.

3. Situation „Aus dem Felde gehen“

Einer Pflegenden, die möchte, dass ein Patient, der sich selbst waschen kann, dies auch tut, wird von diesem Patienten der benutzte Waschlappen ins Gesicht geworfen. Neben einer zunächst heftigen anderen Reaktion geht sie später zum Waschen dieses Patientin nicht mehr in sein Zimmer. Eine andere Pflegende geht aus dem Zimmer einer Patientin, als diese überraschend ein äußerst belastendes Thema anspricht.

4. Situation: Todesurteil

Eine Patientin, die eine belastende diagnostische Untersuchung vor sich hat, spricht, während die Pflegende einer Mitpatientin einen Verband anlegt, plötzlich in den Raum hinein: „Und ich erwarte heute mein Todesurteil.“ Es kommt nicht zu einem Gespräch über die offensichtliche Angst der Patientin.

5. Situation: Lachen und Scherzen

Eine Pflegende, die in einem Dreibettzimmer ca. 14 Besucher einer einzigen Patientin vorfindet, sagt freundlich, aber energisch, dass dies zu viel sei. Sie wird daraufhin von der (schwarzhäutigen) Patientin des Rassismus bezichtigt. Die Pflegende reagiert mit der drastischen Aussage: „Nein, das ist mir egal. *Schwarze, Grüne, Gelbe*, die können gerne in diesem Zimmer stehen, aber vierzehn Leute, das ist einfach zuviel in so einem Dreibettzimmer . . .“ Es kommt zu einer Verständigung zwischen Patientin und Pflegekraft.



**Anlage 3: Evaluationskriterien**

**Modul:**

**Element:** Handlungstypus  Ausgangssituation  Deutungsmuster  Relevanzstruktur  Fallrekonstruktion

<p><b>1. wissenschaftslogische Eval.kriterien</b></p>	
<p>1.1 Verifizierung /Falsifizierung der Hypothesen: In als misslungen erlebten Situationen finden Gefühle keinen angemessenen Ausdruck</p>	
<p>1.2 Indirektheit in unserer Kultur vorherrschender Modus von Gefühlsäußerung</p>	
<p>1.3 Werden Modulinterpretationen eher gestützt oder verworfen?</p>	
<p>1.4 These: kulturelle Codierung von Gefühlen? Zu erkennen an, bspw. Auffälligkeiten i. d. Gefühlsäußerungen: gleichgerichtetes Verstehen, Abweichungen, Etikettierungen?</p>	
<p>1.5 Differenzierung zwischen ´indirektem` und ´direktem` Ausdruck von Gefühlen empiriehaltig? Woran ist die Empiriehaltigkeit zu erkennen? Z. B. daran: Können die Tn. etwas mit unserer Unterscheidung anfangen? Verstehen sie, worum es bei dieser Unterscheidung geht? Ist sie ausreichend? Nehmen die Tn. noch weitere, „feinere“ Unterscheidungen vor?</p>	
<p><b>2. päd.-didakt. Eval.kriterien</b></p>	
<p>2.1 Möglichkeit, Handlungsalternativen zu entwickeln? Ansetzen an Erfahrungen, Phantasien im Hinblick auf Versprachlichung d. Wissens. Inwieweit werden (erkennbar) Interpretationen verändert und/ oder Handlungsalternativen entwickelt?</p>	
<p>2.2 Berücksichtigung bildungsth./didakt. Postulate, z. B. wechsels. Erschließung v. Subjekt und Wirklichkeit? Woran können wir das erkennen, welche Indizien gibt es dafür?</p>	
<p>2.3 Wird (nachvollziehendes) entdeckendes Lernen gefördert? Inwieweit Erfahrung im Mittelpunkt?</p>	
<p>2.4 Abzielen auf soziale Abläufe (horizontal) oder intrapsychische (vertikal). Lernten die Tn. zwischen Interaktionsabläufen (z.B. Handlungszielen, Aushandlungsprozessen) und psychischen Strukturen (z.B. Motivationen; Bedürfnissen) zu unterscheiden?</p>	

