

# Empathie in der Pflege

nach Claudia Bischoff-Wanner

Referat am Fachbereich Gesundheitswesen  
der Evangelischen Fachhochschule Hannover  
im Studienbereich Pflegepädagogik  
im Wahlpflichtfach Soziologie  
vorgelegt im SoSe 2003 von

Peter Scheu  
6. Studiensemester

Abgabetermin: 17.07.2003

Fachprüferin: Prof. Dr. Barbara Hellige

---

<i>1 Einleitung</i> .....	3
<i>2 Empathie, empathische Kompetenz in der Pflege – eine Bestandsaufnahme</i>	5
2.1 Empathische Kompetenz bei Pflegenden	
2.2 Problemstellung und Zielsetzung	
<i>3 Ein Begriff bekommt Kontur – Methode der Begriffsanalyse</i> .....	8
3.1. Begriffsanalyse nach Norris	
<i>4 Empathie in der Pflege</i> .....	10
4.1 Identifikation des Begriffs Empathie, Systematisierung der Beobachtungen und Beschreibung	
4.2 Empathie in Pflege und Pflegewissenschaft	
4.3 Überlegungen zu einem pflegespezifischen Empathiebegriff und Entwicklung einer operationalen Definition	
4.4 Kognitive empathische Perspektivenübernahme als Prozessmodell	
<i>5 Einschätzung und Ausblick</i> .....	26
<i>6 Literaturverzeichnis</i> .....	27

---

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Kategorien und Merkmale affektiver und kognitiver Empathie .....	11
Tab. 2: Kategorien von Empathie in der Pflege mit den jeweiligen Merkmale.....	19
Tab. 3: Wesentliche Merkmale von Empathie als Kognition und Affekt .....	20
Tab. 4: Wesentliche Merkmale von Empathie als Perspektivenübernahme.....	21
Abb. 1: Ein pflegespezifisches prozessuales Modell des empathischen Prozesses kognitiver Empathie.....	22

## 1 EINLEITUNG

„Worte“

*Ein ganz normaler Morgen, dieser Morgen, oder? Es war kurz nach 8.00 Uhr – im Esszimmer trafen sich die Bewohner der Station zum Frühstück. An einem Tisch, ganz nah bei dem großen Fenster, saßen vier Pensionäre, dabei auch Frau Hauser, eine sehr rüstige, ältere Dame.*

*Frau Hauser hatte an diesem Morgen einen hellblauen Pulli an, ein goldenes Kettchen zierte ihren Hals, passend zu dem feinen liebevollen Gesichtsausdruck, in dem sich ein erfülltes Leben zu spiegeln scheint. Ihre Ausstrahlung hat etwas sehr Friedliches, Freundliches und Ruhiges, so dass man die gute Atmosphäre, die sie verbreitete, gespürt hat. Auch ihre blauen Augen spiegelten den liebenden, gütigen Blick einer treusorgenden Mutter, die, so dachte ich mir, ein Leben lang stets für andere da war, für alle nur das Beste wollte. Ja, Frau Hauser faszinierte mich.*

*Gleichsam machte mich das, was wenige Minuten später geschah, betroffen. Eine junge Schwester räumte die Essenstabletts ab. Frau Hauser hatte ihr Tablett mit dem ihrer Nachbarin zusammengestellt, mir schien, als wollte sie dem überlasteten Pflegepersonal helfen.*

*Die Schwester sah, dass Frau Schulz, die Tischnachbarin von Frau Hauser, ihre Tabletten noch nicht genommen und einen Rest Kaffee übrig hatte. Wie ein Blitz durchdrangen ihre Worte das Esszimmer: „Frau Hauser, Sie wissen doch ganz genau, dass ich es nicht leiden kann, wenn Sie das Tablett zusammenstellen, bevor Frau Schulz fertig ist!“ Wie ein Schlag ins Gesicht trafen diese Worte auch Frau Hauser.*

*Wie weh Worte tun können und wie verletzend Menschen sein können, zeigte die Reaktion der alten Frau. Ihre strahlenden, liebevollen Augen füllten sich mit Traurigkeit. Sie kämpfte gegen die Tränen, man spürte, wie sich ihr Herz wieder ein Stückchen mehr verschloss, man spürte Resignation und Trauer. Man merkte, wie wenig Frau Hauser die Reaktion der Schwester verstehen konnte – ich konnte es auch nicht.*

*Wer, so fragte ich mich, gibt dieser jungen Schwester das Recht, mit Frau Hauser so zu reden?*

*Sollten wir nicht alle behutsamer miteinander umgehen und uns immer wieder bewusst überlegen, was wir wem und wie sagen? Und dass wir uns bewusst machen, dass durch falsche Worte ein Teil der betroffenen Menschen sterben kann“ (Scheu 2001, S. 24).*

Bestätigt diese Geschichte, dass es Pflegenden an Empathie fehlt, oder gehören solche Begebenheiten zu den Ausnahmen im Pflegealltag? Ist mangelnde Empathie nicht vielmehr ein gesellschaftliches Problem in unserer „High-Tech-Computer-Welt“ und der Pflegealltag spiegelt diese Tatsache wider? Warum wird gerade von Pflegekräften erwartet, dass sie empathisch sein sollten? Empathie, was ist das eigentlich?

Claudia Bischoff-Wanner hat sich in ihrer Dissertation als erste Autorin in Deutschland mit dem Thema „Empathie in der Pflege“ befasst. Aus unzähligen

---

Definitionen und Modellen hat sie einen sehr abstrakten Begriff vom „Kopf auf den Fuß gestellt“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 249). Damit wollte sie den Begriff eingrenzen, diesen für Pflegende verständlich und damit auch im Pflegealltag realisierbar machen. „If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, or put it into public policy“ (Clark, Lang; zit. n. Bischoff-Wanner 2002, S. 13). Mit diesem Zitat beginnt Bischoff-Wanner ihre Ausführungen. Wenn wir etwas nicht benennen können, können wir es nicht kontrollieren, nicht finanzieren, nicht darüber forschen oder es publizieren.

Im ersten Kapitel begründet sie ihre Arbeit und befasst sich mit Methoden zur Begriffsanalyse, beschreibt ihr Vorgehen und den Aufbau der Arbeit. Im zweiten Kapitel beschäftigt sich Bischoff-Wanner mit der Gefühlsarbeit in der Pflege als Voraussetzung für Empathie und mit Empathie als integralen Teil der beruflichen Arbeit. Danach gibt die Autorin einen interdisziplinären Überblick über Verwendung und Definition des Begriffs Empathie. Dieser stützt sich auf die Sozial- und Entwicklungspsychologie sowie Psychotherapie. Daraus leitet sie allgemeine und universelle Merkmale von Empathie ab.

Im vierten Kapitel beschäftigt sich Bischoff-Wanner mit mehrdimensionalen Modellen von Empathie aus der Sozial- und Entwicklungspsychologie. Nach einer Abgrenzung von Empathie zu artverwandten Begriffen werden wesentliche Merkmale von Empathie kategorisiert, eine vorläufige Definition vorgestellt sowie ein allgemeines Empathiemodell entwickelt. Um weitere Merkmale von Empathie zu identifizieren, werden im fünften Kapitel unterschiedliche Auffassungen von Empathie und Empathiedefinitionen untersucht.

Im sechsten Kapitel befasst sich Bischoff-Wanner mit den vorhandenen pflegewissenschaftlichen Empathiemodellen und einer zusammenfassenden Bewertung der Empathiediskussion. Im letzten Kapitel erfolgen die Begründung eines pflegespezifischen Empathiebegriffs und die operationale Definition von Empathie. Danach entwickelt sie das Rahmenmodell des empathischen Prozesses in der Pflege, aus dem sie Hypothesen ableitet. Den Schluss bildet eine Zusammenfassung der Ergebnisse in Form von Thesen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 49 f.).

Bischoff-Wanner ist Professorin an der Fachhochschule Esslingen im Fachbereich Gesundheit und Pflege. Zu ihren Lehrgebieten gehören Pflegewissenschaft und Erziehungswissenschaft/Pflegepädagogik. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die qualitative Forschung (vgl. [www.hfs-esslingen.de/Dateien.htm/Intern/homepages-/Bischoff-Wanner.htm](http://www.hfs-esslingen.de/Dateien.htm/Intern/homepages-/Bischoff-Wanner.htm). Datum: 08.06.03).

Das vorliegende Referat beginnt mit einer Bestandsaufnahme zum Thema Empathie und zur empathischen Kompetenz in der Pflege. Als wissenschaftliche Methode wird danach die Begriffsanalyse kurz vorgestellt. Da Bischoff-Wanner ihre Arbeit auf der Begriffsanalyse nach Norris aufbaut, werden die Schritte dieser Methode vorgestellt. Anhand dieser fünf Schritte sollen Bischoff-Wanners Kernaussagen zur „Empathie in der Pflege“ ausgeführt und über den Entwicklungsprozess das Rahmenmodell des empathischen Prozesses vorgestellt werden.

---

## 2 EMPATHIE, EMPATHISCHE KOMPETENZ IN DER PFLEGE – EINE BESTANDSAUFNAHME

Pflege – ein Berufsbild im Wandel. Es scheint, als würde sich die Pflege auf der Suche nach einer eigenen Identität wieder auf die ureigenen pflegerischen Grundhaltungen zurückbesinnen. Doch viele dieser Grundhaltungen sind als abstrakte Begriffe wenig definiert und werden oft unreflektiert in unterschiedlichem Kontext verwendet. Gerade diese Grundhaltungen könnten, wissenschaftlich hinterfragt, zu einem professionellen Pflegeverständnis beitragen.

Denn es geht hierbei um den entscheidenden und eigenständigen Beitrag der Pflegenden, der neben Medizin und Technologie zur Heilung oder zum Wohlfinden von Patienten geleistet wird. In diesem Zusammenhang findet auch der eigenständige therapeutische Beziehungsprozess zwischen Patienten und Pflegenden Beachtung. *„Eine entscheidende Voraussetzung für eine therapeutisch-pflegerische Beziehung ist Empathie, die als wesentliche bzw. sogar unverzichtbare Komponente oder Schlüsselqualifikation in allen helfenden Berufen angesehen wird und als wichtigstes Motiv helfenden Verhaltens gilt“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 15).*

Empathie steht als Synonym für den Begriff Einfühlungsvermögen. Da es im deutschsprachigen Raum wenig Publikationen dazu gibt, wird in der Pflegewissenschaft der Begriff Empathie aus der angloamerikanischen Literatur verwendet. Empathische Kompetenz wiederum ist die Fähigkeit, *„innerhalb eines beruflichen Kontextes stellvertretend die Perspektive und Gefühlswelt eines anderen Menschen nachzuvollziehen und danach zu handeln“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 16).* Damit kann empathische Kompetenz als Teil einer professionellen Berufsauffassung und Expertenpflege angesehen werden und muss als Anliegen von Pflegeforschung, -lehre und -praxis gefördert und entwickelt werden.

### 2.1 Empathische Kompetenz bei Pflegenden

Die Antwort auf die Frage nach empathischer Kompetenz bei Pflegenden zeigt ein widersprüchliches Bild auf, welches auch durch wissenschaftliche Untersuchungen bestätigt wurde (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 200 f.).

Einerseits werden Pflegeberufe aus einer prosozialen Motivation heraus ergriffen, um Menschen zu helfen. Der kranke Mensch im Mittelpunkt aller pflegerischen Überlegungen. Der von den Pflegenden erhobene Anspruch, die Patienten ganzheitlich zu betreuen, beinhaltet auch empathische Beziehungen mit den Patienten einzugehen. Dieser Anspruch war immer Teil berufsideologischer Selbstdefinition, wobei von Pflegenden erwartet wird, empathisch sein zu können und dementsprechend individuell und einfühlsam zu handeln. Dieses Anliegen kommt auch in einem Liedvers von Reinhard Mey zum Ausdruck: *„Du in dem großen Krankenhaus machst deinen Dienst tagein tagaus und du besitzt die Kraft Leiden zu mindern. Kein Ruhm, kein Orden, der dir fehlt, die Aufgabe die dich beseelt, ist Trost zu geben und Schmerzen zu lindern“ (Mey 1990, S. 254).*

Andererseits werden Pflegende als uneinfühlsam, gleichgültig, abwertend und aggressiv beschrieben, dass sie Patientenbedürfnisse ignorieren oder verweigern sowie die Privat- und Intimsphäre der Patienten missachten. Empirische Untersuchungen bestätigen, dass Pflegende wenig empathisch gegenüber Patienten reagieren und Schwierigkeiten haben, den Patienten als individuellen Menschen zu sehen. Es wurde festgestellt, dass empathische Beziehungen zu Menschen vermieden werden, die am meisten darauf angewiesen wären. Dazu zählen alte Menschen, chronisch und unheilbar Kranke sowie Sterbende (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 17).

*„Wie weh Worte tun können und wie verletzend Menschen sein können, zeigte die Reaktion der alten Frau. Ihre strahlenden, liebevollen Augen füllten sich mit Traurigkeit. Sie kämpfte gegen die Tränen (...)“ (Scheu 2001, S. 24).*

Bischoff-Wanner weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Untersuchungen gezeigt haben, dass Pflegekräfte, *„die eine empathische Beziehung zu Patienten aufbauen und diese therapeutisch nutzen, weniger Schwierigkeiten mit emotionalen Situationen hatten als solche, die diese Beziehungen eher vermieden“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 17).*

Dies bedeutet, dass eine empathische Beziehung nicht zu emotionaler Überforderung bzw. Burn-out führt, sondern dass Pflegende im gegenseitigen Geben und Nehmen selbst Unterstützung durch ihre Patienten erfuhren (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 17).

## 2.2 Problemstellung und Zielsetzung

In ihrer Problemdarstellung stellt Bischoff-Wanner fest, dass in der Pflege und Pflegewissenschaft

- der Empathie bzw. der empathischen Kompetenz ein hoher Stellenwert zukommt;
- die Pflegewissenschaft ihren Empathiebegriff aus der Psychologie und Psychotherapie entlehnt hat, ohne die entwicklungs- und sozialpsychologische Forschung einzubeziehen;
- der Begriff Empathie nicht befriedigend geklärt ist.

Daraus resultieren drei Ziele, die Bischoff-Wanner mit ihrer Arbeit verfolgt:

1. Klärung des Begriffs Empathie. Dazu untersucht die Autorin Verwendungen, Bedeutungen sowie die Grenzen des Begriffs.
2. Entwicklung einer pflegespezifischen Definition sowie eines pflegespezifischen konzeptuellen Rahmenmodells, um den empathischen Prozess in der Pflege abzubilden. Neben dem Beitrag für die Theoriebildung in der Pflege kann ein solches Rahmenmodell Grundlage sein für empirische Untersuchungen sowie als Analyse- und Entwicklungsinstrument für Lehre und Unterricht dienen.
3. Konzeptionelle Überlegungen und empirische Ergebnisse aus der angloamerikanischen Empathiediskussion für die deutsche Pflegewissenschaft zugänglich und für die Pflegepraxis nutzbar machen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 22).

Um einen Begriff zu klären, stellt Bischoff-Wanner die Methode der Begriffsanalyse vor. Das nächste Kapitel soll dazu einen Überblick geben. Speziell wird auf die fünf Schritte der Begriffsanalyse nach Norris eingegangen, da Bischoff-Wanner diese Methode zur Analyse des Begriffs Empathie nutzt.



### 3 EIN BEGRIFF BEKOMMT KONTUR – METHODE DER BEGRIFFSANALYSE

Die Klärung von Begriffen nimmt in der Pflegewissenschaft, wie in anderen Wissenschaften auch, einen hohen Stellenwert ein. *„Jede Wissenschaft muss danach streben, die ihr eigenen Begriffe zu erkennen, zu benennen, zu beschreiben und zu bestimmen, welche Indikatoren ihr Vorhandensein in der Realität anzeigen, damit sie in Theorie, Forschung und Praxis sinnvoll angewendet werden können“* (Bischoff-Wanner 2002, S. 25).

Viele pflegerelevante Begriffe sind nicht definiert und dadurch unscharf und mehrdeutig. Dadurch sind diese offen für Interpretationen und können von anderen Begriffen nicht unterschieden werden. Ihre Aussagekraft sinkt und damit ihre Bedeutung in Theorie und Praxis. Auch pflegerelevante Begriffe müssen einer Begriffsanalyse unterzogen werden, zumal diese als erste Abstraktionsstufe einen wichtigen Teil der wissenschaftlichen Theoriebildung darstellt.

Gerade Empathie als „hoch abstrakter“ Begriff ist als solcher nicht messbar, komplex und beinhaltet nicht direkt beobachtbare Phänomene mit einer Vielzahl von untergeordneten oder verwendeten Begriffen. Allerdings müssen nicht alle Begriffe einer Analyse unterzogen werden. Mittels einer Literaturübersicht muss geprüft werden, ob und inwieweit eine Begriffsevaluation notwendig ist (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 25 ff.).

Ziele einer Begriffsanalyse:

- Ein Begriff ist angemessen definiert mit eingegrenzten und eindeutigen Merkmalen sowie den dazu dokumentierten Voraussetzungen und Ergebnissen.
- Der Begriff ist signifikant. Er wird einheitlich angewendet in Theorie, Forschung und Praxis.
- Das durch diesen Begriff repräsentierte Phänomen kann empirisch untersucht werden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 28).

Bischoff-Wanner stellt dazu unterschiedliche Methoden vor, auf die in diesen Ausführungen nicht näher eingegangen werden soll. Die Autorin legt ihrer Arbeit die Begriffsanalyse nach Norris zu Grunde, deren Schritte in einem Überblick aufgezeigt werden.

#### 3.1 Die Begriffsanalyse nach Norris (1982)

Norris sieht die Pflegewissenschaft als empirische Wissenschaft an und die Begriffsklärung als notwendigen Schritt zur Entwicklung pflegewissenschaftlicher Theorien. Nach Norris können diese induktiv, deduktiv oder als Kombination der beiden Methoden entwickelt werden. Der induktive Ansatz ihrer Methode basiert auf empirisch erhobenen Daten und umfasst fünf Schritte. Norris weist darauf hin, dass die Schritte nicht linear bearbeitet werden müssen, sondern über ein *„Vor- und Zurückarbeiten im Prozess der Analyse“* (Bischoff-Wanner 2002, S. 42).

- 
1. „Identifizierung eines relevanten Begriffs, indem das Phänomen, das er repräsentiert, in der Praxis beobachtet, beschrieben und untersucht wird. Dabei werden auch andere Disziplinen, in denen der Begriff eine Rolle spielt, einbezogen“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 42).
  2. „Systematisierung dieser Beobachtungen und Beschreibungen des Begriffs“. Dieser Schritt umfasst die Klassifikation von unterschiedlichen Verwendungen eines Begriffs. Dazu wird der Begriff in Kategorien geordnet und mit wesentlichen Merkmalen beschrieben. Ziel ist es, den Begriff zu präzisieren, damit am Ende ein Verständnis über seine Reichweite und Tiefe vorhanden ist.
  3. „Entwickeln einer operationalen Definition“. Diese fasst das Phänomen in eine präzise Sprache und gilt als Voraussetzung für empirische Untersuchungen.
  4. „Entwickeln eines Modells, das alle identifizierten Merkmale enthält“. In einem Modell können die gefundenen Daten, Kategorien oder Merkmale systematisch organisiert und Beziehungen untereinander aufgezeigt werden.
  5. „Formulierung von Hypothesen“. Aus dem Modell lassen sich Aussagen entwickeln, die Zusammenhänge zwischen zwei oder mehr Variablen vorhersagen. Hypothesen werden aus Fragen/Lücken abgeleitet, die das Modell aufwirft bzw. nicht beantwortet hat. Diese nicht empirisch belegten Zusammenhänge und Beziehungen werden als Hypothesen formuliert (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 43 f.).

Anhand dieser Schritte wird im nächsten Kapitel der Entwicklungsprozess einer operationalen Definition von Empathie sowie das Rahmenmodell des empathischen Prozesses vorgestellt.

---

## 4 EMPATHIE IN DER PFLEGE

Bischoff-Wanner weist im Rahmen der Abgrenzung ihres Materials darauf hin, dass sich ihre Ausführungen auf die Empathie am Menschen beziehen. Diese betrachtet sie im Rahmen eines Dienstleistungsberufes und seiner Wissenschaft. Die ästhetische Komponente von Empathie bei Objekten wird nicht berücksichtigt (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 23 f.).

### 4.1 Identifikation des Begriffs Empathie, Systematisierung der Beobachtungen und Beschreibungen

Der erste Schritt, um einen Begriff zu identifizieren, bezieht alle Praxisfelder mit ein, in denen er eine Rolle spielt. So zeigt sich in den verschiedenen Richtungen der Psychologie Empathie als ein hoch abstraktes, vielschichtiges Phänomen. Dieses Phänomen kann nicht unmittelbar beobachtet und gemessen werden und bezieht sich auf unterschiedliche historische Wurzeln.

Die Entwicklungspsychologie befasst sich damit, wie Empathie im Rahmen von Entwicklungs- und Reifungsprozessen entsteht. Schwerpunkt in der Sozialpsychologie ist im Zusammenhang mit Empathie die Altruismusforschung. Sie untersucht den Zusammenhang zwischen Empathie und helfendem Verhalten. Außerdem befasst sie sich mit den auslösenden Bedingungen sowie den motivationalen Voraussetzungen von Empathie. Die Psychotherapie hingegen interessiert, welche Rolle Empathie im therapeutischen Prozess spielt, wie empathische Kommunikation stattfinden kann, um Klienten bei ihrer Selbstexploration zu unterstützen.

Das Hauptinteresse, dem auch in der Pflegewissenschaft eine große Bedeutung zukommt, gilt jedoch der Frage, „*was Empathie zum sozialen Verständnis beiträgt und welche Rolle der Empathie im Bezug auf Kooperation und Hilfehandeln zukommt*“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 104).

Stein definierte schon 1916 Empathie als Erleben/Erkennen fremder Bewusstseinsinhalte. Eine Definition, die nach Bischoff-Wanner auch heute noch Gültigkeit beanspruchen kann. Empathie als Weg/Mechanismus der sozialen Kognition umfasst alle Leistungen, die erbracht werden, um die psychische Verfassung eines anderen zu verstehen. Dabei werden die affektive und die kognitive Empathie unterschieden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 103 ff.).

- Affektive Empathie – „Fühlen, was ein anderer fühlt“ (affektive Perspektive). Ein empathischer Beobachter und eine beobachtete Person stehen sich gegenüber. Die Wahrnehmung eines Ausdrucksverhaltens der Zielperson führt über eine vorübergehende Identifikation beim Beobachter zu einer emotionalen Erregung. Der Gefühlszustand wird empathisch miterlebt, wobei dieser bezüglich der Intensität schwächer ausgeprägt sein kann. Die Abgrenzung zum Mitgefühl ist nicht immer klar.

- Kognitive Empathie – „Verstehen, was ein anderer fühlt und denkt“ (kognitive Perspektive).

Der Beobachter versetzt sich willentlich und bewusst in die andere Person hinein (Perspektiven-, Rollenübernahme; im weiteren: Perspektivenübernahme) und versucht Gefühle, Gedanken („Bezugsrahmen“) zu erfassen und zu verstehen, ohne die Gefühle nachzuvollziehen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 104 f.).

Daneben werden noch eine motivationale und eine kommunikative Komponente diskutiert, so dass Empathie als „mehrdimensionales Konstrukt“ erscheint. Die motivationale Komponente wird in der Altruismusforschung als „mitfühlendes Reagieren (Helfen) auf die Notlage eines anderen“ definiert (motivationale Perspektive).

In der klientenzentrierten Psychotherapie wird der kognitiven Empathie die kommunikative Komponente zugeordnet. Diese kommunikative Perspektive wird als „Kommunizieren des empathischen Verstehens“ definiert. Kommunikation wird hierbei als Handlung verstanden, die auf eine empathische Reaktion folgt (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 106).

Bischoff-Wanner systematisiert nun Empathie in die Kategorie affektiv und kognitiv und ordnet jeweils wesentliche Merkmale zu, um diese miteinander vergleichen.

Tab. 1.: Kategorien und Merkmale affektiver und kognitiver Empathie

<b>Empathie</b>	
<b>Affektiv</b>	<b>Kognitiv</b>
1. Empathie ist ein Mechanismus der sozialen Kognition	1. Empathie ist ein Mechanismus der sozialen Kognition
2. Empathie findet innerhalb einer Beziehung zwischen zwei (oder mehr) Personen statt	2. Empathie findet innerhalb einer Beziehung zwischen zwei (oder mehr) Personen statt
3. Empathie ist ein neutrales Erleben, d.h. jedweder innere Gefühlszustand des Anderen wird miterlebt	3. Empathie ist ein neutrales Erleben, d.h. jedweder innere Gefühlszustand des Anderen wird miterlebt
4. Empathie ist objektiv, d.h. es handelt sich um den Versuch, eine andere Person nicht-bewertend und nicht-beurteilend zu verstehen	4. Empathie ist objektiv, d.h. es handelt sich um den Versuch, eine andere Person nicht-bewertend und nicht-beurteilend zu verstehen
5. Es muss eine Differenzierung zwischen dem eigenen und fremden Erleben erfolgen	5. Es muss eine Differenzierung zwischen dem eigenen und fremden Erleben erfolgen
6. Die Aufmerksamkeit ist auf die andere Person gerichtet	6. Die Aufmerksamkeit ist auf die andere Person gerichtet
7. Temporäre Identifikation, zeitweise Selbstlosigkeit	7. Zeitweiliges Aufgeben der eigenen egoistischen Perspektive
8. Stellvertretendes, unmittelbares, paralleles Gefühlserleben, das zu Gefühlsteilung führt	8. Mittelbares Erkennen/Verstehen des inneren Zustandes des anderen ohne Gefühlsteilung
9. Einfache kognitive Verarbeitungsprozesse	9. Komplexe kognitive Verarbeitungsprozesse
10. Weitgehend unbewusste, spontanen Reaktion, wenig kognitive Kontrolle	10. Bewusster Akt, Absicht, unter kognitiver Kontrolle
11. Emotionale Erregungsfähigkeit	11. Vorstellungskraft – Simulation von Wirklichkeit in der Phantasie
	12. Fähigkeit, mehrere Perspektiven zu berücksichtigen
	13. Kommunikation

Quelle: Bischoff-Wanner 2002, S. 146

Betrachtet man die Tabelle, so stellt man fest, dass sich wesentliche Merkmale gleichen, andere jedoch nicht. Bischoff-Wanner versucht im nächsten Schritt zu klären, ob es sich bei der affektiven und kognitiven Empathie um zwei verschiedene Begriffe handelt oder ob es Dimensionen eines einheitlichen Begriffs sind. Dazu untersucht sie unterschiedliche mehrdimensionale Modelle der Empathie (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 174).

Zusammenfassend sollen hier nur die Ergebnisse der Untersuchungen aufgeführt werden:

- Empathie gilt als komplexer Prozess des Verstehens eines anderen. Der Prozess ist affektiv ausgelöst, wobei unterschiedlich ausgeprägte kognitive Verarbeitungsprozesse modifizierend eingreifen, wenn ein Mensch ein bestimmtes kognitives Entwicklungsstadium erreicht hat.
- Beim empathischen Erleben kommt es zu einem Zusammenwirken von affektiven und kognitiven Prozessen. Die Forschung bestätigt, dass sowohl affektive Reaktionen eine kognitive Fähigkeit aktivieren können, um sich in andere hineinzusetzen, als auch die Fähigkeit des „Sich-Hineinversetzens“ über eine Gefühlsteilung zur affektiven Reaktion führt.

Bischoff-Wanner stellt abschließend fest, dass affektive und kognitive Empathie Dimensionen eines einheitlichen Phänomens sind, die sich gegenseitig durchdringen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 176). Daraus leitet die Autorin eine allgemeine Definition ab:

*„Empathie ist ein Mittel der sozialen Kognition; ausgelöst durch wahrgenommene Hinweisreize einer anderen Person und über den Weg der empathisch-emotionalen Erregung wird der innere Zustand eines anderen Menschen in einem affektiv-kognitiven Zusammenspiel stellvertretend erfasst und/oder nacherlebt, wobei die eigenen Reaktionen auf den anderen bezogen sind, das Bewusstsein der eigenen Identität aber klar erhalten bleibt“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 176).*

## 4.2 Empathie in Pflege und Pflegewissenschaft

Nach einer allgemeinen Definition von Empathie und dem entsprechenden Modell, auf das in diesen Ausführungen nicht näher eingegangen werden soll, untersucht Bischoff-Wanner die Relevanz von Empathie in Pflege und Pflegewissenschaft. Einerseits geht es um die Verwendung und Bedeutung des Begriffs Empathie innerhalb der Pflegewissenschaft, andererseits soll mit einer Übersicht der Stand der angloamerikanischen Empathiediskussion dargestellt werden, um mit der deutschen Empathiediskussion daran anzuknüpfen.

Seit Florence Nightingale ist Empathie in der Pflegenden-Patient-Beziehung anerkannt. In den folgenden Gedanken von F. Nightingale findet meines Erachtens auch der pflegerisch-therapeutische Aspekt Beachtung.

*„Spender des Lebens, gib mir Kraft, dass ich meine Arbeit mit Überlegung tue, getreu dem Ziel, das Leben jener zu hüten, die meiner Versorgung anvertraut sind. Halte meine*

*Lippen frei von verletzenden Worten, gib mir klare Augen, das Gute der andern zu sehen. Gib mir sanfte Hände, ein gütiges Herz und eine geduldige Seele. Dass durch deine Gnade Schmerzen gelindert werden, kranke Körper heilen, Gemüter gestärkt werden, der Lebenswille wieder wachse“ (Nightingale; zit. n. Evang. Landeskirche 1998, S. 913).*

Auch bei zeitgenössischen Pflege-theoretikerinnen gilt Empathie als angemessen, wünschenswert, therapeutisch fördernd bzw. als herausragende Charakteristika der helfenden Interaktion (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 184).

Folgende Übereinstimmungen bezüglich der Bedeutung von Empathie in der Pflege fasst Bischoff-Wanner zusammen:

- Empathie als pflegerisch-therapeutische „Strategie“ oder „Werkzeug“. Die Rolle der Pflegenden besteht nicht nur darin, eine heilungsfördernde Atmosphäre zu schaffen, sondern hat mittels empathischer Kommunikation einen therapeutischen Einfluss. Damit wird die Qualität der Pflegenden-Patient-Interaktion entscheidend beeinflusst.
- Über einen Perspektivenwechsel lernen Pflegenden die Patienten zu verstehen, um einfühlsam reagieren zu können. Dadurch sind sie in der Lage die Individualität des Patienten zu respektieren, ihn an seinen Bedürfnissen orientiert zu pflegen, sein Wohlbefinden zu fördern und seine Selbstkompetenz zu steigern.
- Empathie als pflegerische Grundhaltung, in der das „eigentliche Wesen der Pflege“ zum Ausdruck kommt. Patienten erwarten bei einer Zunahme der Technisierung im Krankenhaus mit der Tendenz zu einem „diagnostischen Overkill“ neben fachlicher Kompetenz und Wissen insbesondere psychosoziale Kompetenz (vgl. Müller 1997, S. 15). Gerade psychosoziale Kompetenz wäre hilfreich, der Dehumanisierung im Gesundheitssystem entgegenzusteuern (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 189 f.).

Trotz hoher Übereinstimmung bezüglich der Bedeutung von Empathie sieht Bischoff-Wanner zwei Probleme:

- Es besteht keine Klarheit über den Begriff, seine Merkmale oder eine operationale Definition. Dies ist ein Grund für die widersprüchlichen und unerwarteten Ergebnisse der empirischen Forschung.
- Aufgrund unkritischer und unvollständiger Konzeptionalisierung gibt es noch Zweifel hinsichtlich des Stellenwertes von Empathie in der Pflege.

Bischoff-Wanner stellt fest, dass Empathie ein hoch relevanter Begriff ist, der pflegewissenschaftlicher Klärung Bedarf. Eine Ursache für die begriffliche Verwirrung sieht Bischoff-Wanner in der Tatsache, dass sich die Pflegewissenschaft bisher nur auf den Empathiebegriff in der Psychotherapie stützt und die sozial- und entwicklungspsychologische Empathieforschung nicht berücksichtigt hat (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 184 ff.).

Im nächsten Schritt wird der pflegespezifische Empathiebegriff begründet. Danach stellt Bischoff-Wanner sechs Kategorien von Empathie vor und ordnet ihnen wesentliche Merkmale zu, um abschließend eine operationale Definition von Empathie zu formulieren.

### 4.3 Überlegungen zu einem pflegespezifischen Empathiebegriff und Entwicklung einer operationalen Definition

In ihren Untersuchungen hat Bischoff-Wanner aufgezeigt, dass es Empathieauffassungen mit Hinweisen auf Pflegespezifika gibt, jedoch ein pflegespezifischer Empathiebegriff fehlt. Empathie in der Pflege ist ein interpersonelles Konstrukt und Mittel der sozialen Kognition. Dabei geht es im Rahmen von Gefühlsarbeit um die Wahrnehmung von Patientenerleben und -verhalten.

Pflegespezifische Aspekte der Empathie:

- Ziel von Empathie ist es, durch Perspektivenübernahme den Patienten besser kennen zu lernen, um mit ihm individuell und an seinen Bedürfnissen orientiert seine Pflege zu planen. Der Patient als selbstbestimmter, mitbestimmungsfähiger und gleichberechtigter Partner in der Pflegenden-Patient-Interaktion. Empathie als aktiver und bewusster Vorgang wird oft von Pflegenden initiiert. *„Empathische Kompetenz gehört zu den beruflichen Fähigkeiten, Empathie ist als Qualitätsanforderung und Arbeitsleistung zu betrachten“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 255).*
- Allerdings müssen die Rahmenbedingungen in der Pflege betrachtet werden, die Empathie entweder zulassen oder nicht.
- Empathie ist nicht immer und nicht mit allen Patienten notwendig. Empathische Kompetenz im Rahmen des Pflegeprozesses ist insbesondere bei Patienten gefordert, die sich nicht direkt mitteilen können oder wollen. Hierin könnte sich u. a. der pflegespezifische vom psychotherapeutischen Empathiebegriff unterscheiden.
- Durch Empathie kann Beziehung und Nähe zum Patienten entstehen („Gefühlsband“). Beziehung ist jedoch keine Bedingung für Empathie, sondern eine mögliche Folge.
- Empathie hat nonverbale Aspekte und ist dadurch für die Pflege von herausragender Bedeutung. Bei bewusstlosen oder kommunikationsgestörten Patienten spielen körperliche Hinweisreize in der Wahrnehmung eine besondere Rolle. Dabei müssen auch Gestik, Mimik, Körpersprache, -haltung und -position wahrgenommen werden.
- Empathie ist in der Regel nicht-reziprok (eindirektional). Der Patient selbst muss nicht empathisch sein, da er keine Erkenntnisse über die Pflegeperson gewinnen muss. Vielmehr müssen Pflegenden in der Lage sein, Erkenntnisse über die Patienten zu gewinnen. Diese müssen durch direktes Handeln zu Gunsten der Patienten umgesetzt werden. Allerdings kann Reziprozität in der Pflegenden-Patient-Beziehung auftreten, wobei diese nicht typisch ist.
- Empathie in der Pflege ist handlungsorientiert, entweder über die Kommunikation (verbal, nonverbal, körperorientiert) oder durch eine direkt ausgeführte Pflegemaßnahme.

Betrachtet man die Voraussetzungen und Ergebnisse von Empathie in der Pflege, so ist ein Prozess erkennbar. Dieser kann nach Norris als Prozessmodell dargestellt werden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 253 ff.).

### 4.3.1 Kategorien und Merkmale

Bischoff-Wanner hat aus den pflegewissenschaftlichen Empathieauffassungen sechs Kategorien herausgearbeitet, die bestimmte Verhaltensmuster repräsentieren. Wesentliche Merkmale, die als Bedingungen für Empathie gelten, wurden identifiziert und den einzelnen Kategorien zugeordnet. Diese Merkmale können miteinander verglichen werden, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu finden mit dem Ziel, den Begriff schärfer einzugrenzen.

#### Kategorien von Empathie

1. Empathie als Gefühlsansteckung<sup>1</sup> (GA)  
Pfleger erleben den emotionalen Zustand des Patienten so, als wäre er der eigene („Gefühlsübernahme“). Die Aufmerksamkeit liegt auf dem eigenen Erleben. Dabei erkennen sie nicht, dass die Quelle dieses Erlebens der Patient ist. Pflegenden gelingt die Ich-Andere-Differenzierung nicht. Der Patient muss nicht anwesend sein, da Gefühlsansteckung auch durch Erinnerung oder Erzählung von anderen ausgelöst werden kann.
2. Wahrnehmungsorientierte Empathie (Wa)  
Damit sind die Fähigkeiten von Pflegenden gemeint, ihre Patienten wahrzunehmen, seine individuelle Situation einzuschätzen und entsprechend empathisch zu reagieren. Empathie als innerer Prozess des Erlebens findet allein in der Pflegeperson statt. Wahrnehmungsorientierte Empathie ist nicht beobachtbar, nur das daraus resultierende Verhalten der Pflegenden (Gesichtsausdruck, Blick, Körperhaltung, Zuwendung u. a.). Allerdings sind diese Verhaltensweisen nicht nur für Empathie typisch.
3. Kognitiv orientierte Empathie (Kog)  
Diese geschieht im Rahmen einer Perspektivenübernahme als bewusster, beabsichtigter und willentlicher Akt, sich in jemanden hineinzusetzen, um zu verstehen, was einem selbst fremd ist. Die Aufmerksamkeit liegt, im Gegensatz zur Gefühlsansteckung, auf dem Erleben des anderen. Voraussetzung hierfür ist eine gelungene Ich-Andere-Differenzierung. Da kognitive Empathie einen inneren Zustand des Erlebens darstellt, ist sie nicht beobachtbar.
4. Affektiv orientierte Empathie (Aff)  
Eine überwiegend spontane, unmittelbare und anfänglich unbewusste emotionale Reaktion auf einen beobachteten emotionalen Zustand einer anderen Person. Dieser führt über emotionale Erregung und Gefühlsansteckung zur Gefühlsteilung. Er ist wenig kognitiver Kontrolle unterworfen und mit einfachen kognitiven Verarbeitungsprozessen verbunden. Die Aufmerksamkeit liegt auf dem Erleben des anderen. Auch affektive Empathie ist, als innerer Zustand des Erlebens, nicht beobachtbar.
5. Beziehungsorientierte Empathie (Bez)  
Empathie findet auf beidseitigem Wunsch innerhalb einer Beziehung zwischen Pflegendem und Patient statt. Es geht darum den anderen auf einer per-

---

<sup>1</sup> Die Überschriften der Kategorien und Merkmale sind überwiegend Zitate der Autorin. Auf Grund ihrer Vielzahl sind sie jedoch nicht als solche gekennzeichnet.



sönlichen Ebene kennen zu lernen. Beide müssen dazu beitragen (verbal/nonverbal), dass aus einer Interaktion eine Beziehung wird. Beziehungen sind durch Reziprozität gekennzeichnet. Eine Beziehung muss nicht symmetrisch sein, kann abhängig vom Engagement und Kontext in der Intensität variieren. Beziehungsorientierte Empathie ist nicht beobachtbar (innerer Zustand der Pflegeperson).

#### 6. Kommunikativ orientierte Empathie (Kom)

Empathie als Feedbackprozess. *„Die Pflegeperson kommuniziert das empathisch Verstandene an den Patienten und kann von ihm bestätigt werden oder nicht bestätigt werden. Der Patient ist sich somit bewusst, dass die Pflegeperson empathisch ist“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 257).*

Dabei kann verbal oder nonverbal kommuniziert werden. Als therapeutisch wirksam findet hier jedoch die verbale Kommunikation Beachtung. Therapeutische Wirksamkeit umfasst das „persönliche Wachstum“ des Patienten, sein psychisches Wohlbefinden sowie Pflegehandlungen, die in der Regel darauf ausgerichtet sind, Leiden zu lindern. Kennzeichen der kommunikativ orientierten Empathie ist eine Handlung. Somit wird Empathie als pflegerische Strategie („Werkzeug“) eingesetzt (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 255 ff.).

### **Beschreibung der Merkmale**

Bischoff-Wanner hat die folgenden Merkmale der Empathie beschrieben, hierarchisch aufgebaut und den Kategorien zugeordnet. (Tab. 2, S. 19)

1. Erkenntnisse über den Patienten gewinnen  
Neben dem inneren Zustand (soziale Kognition) müssen Pflegenden den äußeren, körperlichen Zustand sowie den sozialen Kontext in ihren Wahrnehmungen berücksichtigen.
2. Offenheit und Rezeptivität der Pflegeperson  
Dabei geht es um die Fähigkeit von Pflegenden, Hinweisreize des Patienten wahrzunehmen und empathisch zu reagieren. Offenheit wird in der Pflege nonverbal ausgedrückt (z. B. über Körpersprache).
3. Direkte Anwesenheit des Patienten  
Neben Offenheit und Rezeptivität der Pflegenden ist in einem empathischen Prozess die Zugänglichkeit des Patienten mit entscheidend. Dazu müssen beide Interaktionspartner anwesend sein.
4. Zugänglichkeit des Patienten  
Diese hängt von der Offenheit der Pflegenden ab. Durch verschiedene Hinweisreize (verbal, nonverbal, situativ) teilt der Patient sein Erleben mit. Bei verschlossenen Patienten sind Pflegenden allein auf körperliche und kontextuelle Anzeichen angewiesen.
5. Empathie kann nur innerhalb einer Interaktion stattfinden  
Voraussetzungen für Interaktionen sind einerseits Offenheit und Rezeptivität der Pflegenden, andererseits die Anwesenheit und Zugänglichkeit des Patienten. Interaktion impliziert aber noch keine Beziehung.

- 
6. Die Aufmerksamkeit ist auf den anderen gerichtet, wobei das eigene Erleben und die eigene Reaktion der Pflegenden im empathischen Prozess in den Hintergrund treten.
  7. Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen  
Hinweisreize müssen vorhanden sein, damit Pflegende empathisch reagieren können. Dabei muss sowohl die körperliche, emotionale, situative und soziale Ebene Beachtung finden. Hinweisreize können über „Verstehen und Erleben“ verarbeitet werden. Verstehen ist ein kognitiver Akt, kann leidenschaftslos und objektiv sein. Erleben umfasst Körper, Geist und Emotionen, ist engagiert und subjektiv.
  8. Temporäre Interaktion  
Empathie ist eine vorübergehende Identifikation mit dem Erleben und der Situation des Patienten. Diese wird zeitweilig als eigene erlebt, wobei es die Ich-Andere-Differenzierung ermöglicht, zwischen eigenem und fremdem Erleben zu unterscheiden.
  9. Stellvertretendes, unmittelbares, paralleles Nacherleben der Gefühle im Prozess des Erlebens der affektiven Empathie. Diese können jedoch in der Intensität schwächer sein als beim Patienten.
  10. Mittelbares Erkennen/Verstehen des inneren Zustandes des anderen bezogen auf die kognitive Empathie. Dabei geht es um die Perspektivenübernahme, ohne Gefühlsteilung.
  11. Ich-Andere-Differenzierung  
Dadurch wird ermöglicht, zwischen dem eigenen und fremdem Erleben zu unterscheiden, um eine Gefühlsübernahme zu vermeiden.
  12. Empathie ist ein bewusster Prozess (Bewusstheit)  
Pfleger wissen, ob und wann sie empathisch sind, nehmen sich und den Patienten über entsprechende Hinweisreize bewusst wahr.
  13. Gegenwärtigkeit, „Hier und Jetzt“  
Hinweisreize und Zugänglichkeit des Patienten werden in der Gegenwart erfasst. Reaktionen erfolgen sofort, können nicht aufgeschoben werden.
  14. Zeitliche Begrenzung  
Empathie ist zeitlich begrenzt (kein kontinuierlicher Prozess).
  15. Neutralität  
In einem neutralen Prozess werden innere (Gefühls-) Zustände des Patienten erfasst bzw. miterlebt.
  16. Objektivität  
Das Erleben des Patienten soll nicht bewertend, nicht be- oder verurteilend verstanden werden. Außerdem ist damit auch eine gewisse Distanz gemeint um sich nicht in die Gefühlswelt des Patienten verwickeln zu lassen. Dies würde eine angemessene Hilfe erschweren.
  17. Gefühlsband  
Das Gefühlsband als positive Verbindung zwischen Patient und Pflegeperson, basiert auf dem Teilen des Erlebens des Patienten. Ob sich dieses entwickelt, hängt von der Zugänglichkeit des Patienten und von der Offenheit und Rezep-

---

tivität der Pflegenden ab. Das Gefühlsband ist nicht beobachtbar, nur das daraus resultierende äußere Verhalten (z. B. Blick und Berührung).

18. Beziehung (Reziprozität/Rapport)

Über das Gefühlsband kann sich eine Beziehung entwickeln. Wenn Pflegende das empathisch Verstandene dem Patienten mitteilen und er dies annimmt (Rapport), kann diese Beziehung reziprok werden. Dazu muss der Patient jedoch ebenfalls empathisch sein.

19. Überprüfen durch Feedback

Pflegende teilen das empathisch Verstandene dem Patienten verbal mit. Als Feedbackprozess kann er dies nun bestätigen oder nicht bestätigen.

20. Empathie drückt sich über nonverbale Mittel aus

Das empathisch Verstandene wird vorwiegend nonverbal über das Ausdrucksverhalten und über die Umgebungsgestaltung ausgedrückt.

21. Empathie drückt sich über den Körper aus

Der Körperbezug als nonverbales Mittel hat große Bedeutung in der Pflegen-Patient-Beziehung und wird deshalb explizit aufgeführt. Pflegende nehmen körperliche Hinweisreize des Patienten wahr, ihr empathisches Verstehen wird sowohl über den eigenen als auch den fremden Körper ausgedrückt.

22. Absicht, Wille

Empathie als aktiver Vorgang wird von Pflegenden als willentlicher Prozess initiiert. Sie entscheiden selbst, wann und bei wem sie empathisch sein wollen.

23. Empathie ist eine bewusste Strategie, ein „Werkzeug“

Als gezielte Intervention kann Empathie als pflegerisch-therapeutisch angesehen werden. Pflegende analysieren objektiv die über den Patienten gewonnenen Erkenntnisse *„mit dem Ziel dem Patienten Einsichten in sein Erleben zu vermitteln und ihm dadurch zu seelischem Wachstum und Persönlichkeitsveränderung zu verhelfen“* (Bischoff-Wanner 2002, S. 263).

24. Teilweise auf den anderen fokussiert

Die Aufmerksamkeit der Pflegenden liegt auf dem eigenen Erleben und weniger auf dem Erleben des Patienten.

25. Unbewusstes, nicht willentliches Erleben

Der Unterschied zwischen eigenen und fremden Erleben ist unklar. Pflegende erkennen nicht, dass das eigene Erleben durch den Patienten ausgelöst ist und können sich somit keine Erkenntnisse über den anderen verschaffen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 258 ff.).

**Tab.2: Kategorien von Empathie in der Pflege mit den jeweiligen Merkmalen**

Wesentliche Merkmale von Empathie als...	GA	Wa	Kog	Aff	Bez	Kom
1. Erkenntnisse über den Patienten gewinnen		x	x	x	x	X
2. Offenheit/Rezeptivität der Pflegeperson	X	x	x	x	x	x
3. Direkte Anwesenheit des Patienten		x	x	x	x	X
4. Zugänglichkeit des Patienten		X	x	x	x	x
5. Interaktion		X	x	X	x	X
6. Fokus der Aufmerksamkeit auf dem anderen		X	X	X	X	X
7. Erkennen und Verarbeiten von Hinweisreizen		X	X	X	X	X
8. Temporäre Identifikation		x	X	x	X	X
9. Unmittelbares, stellvertretendes, paralleles Nacherleben von Gefühlen				X	x	
10. Mittelbares Erkennen/Erfassen des inneren Zustandes des anderen		X	x		x	X
11. Ich-Andere-Differenzierung		X	x	x	x	x
12. Bewusstheit		x	x	x	x	X
13. Gegenwärtigkeit, „Hier und Jetzt“	X	x	x	x	x	x
14. Zeitliche Begrenzung	x	x	x	x	x	X
15. Neutralität		X	x	x	x	x
16. Objektivität		x	x		x	X
17. Gefühlsband					X	x
18. Beziehung (Reziprozität/Rapport)					x	X
19. Überprüfen durch Feedback						X
20. Empathie drückt sich über nonverbale Mittel aus		X	x	x	x	x
21. Empathie drückt sich über den Körper aus		x	x	x	x	X
22. Absicht, Wille		X	x		x	X
23. Empathie als bewusste Strategie, „Werkzeug“						X
24. Teilweise auf den anderen fokussiert	X					
25. Unbewusstes, nicht willentliches Erleben	x					

Quelle: Bischoff-Wanner 2002, S.259

### Vergleich und Ordnung der Kategorien und Merkmale

- Drei Merkmale sind in allen Kategorien präsent (2/13/14).
- Empathie als Gefühlsansteckung hat nur drei Merkmale gemeinsam (2/13/14) sowie zwei zusätzliche Merkmale, die in keiner weiteren Kategorie zu finden sind (24/25) => Gefühlsansteckung ist keine Empathie, wahrscheinlich jedoch Vorläuferin der Empathie und kann deshalb als Kategorie entfallen.
- Empathie als Wahrnehmung, Kognition, Affekt, Beziehung, Kommunikation teilen sich 15 und mehr Merkmale, d. h. sie gleichen sich in den wesentlichen Merkmalen
  - => Wahrnehmung ist ein Teil des empathischen Prozesses und Voraussetzung für Kognition und Affekt. Da sie keine eigenen Merkmale hat, kann Wahrnehmung als eigenständige Kategorie entfallen.
  - => Beziehung und Kommunikation sind als Handlung aufzufassen. Sie sind kein Teil des Empathiebegriffs, sondern folgen als Ergebnis auf das empathische Verstehen. Damit entfallen auch diese Kategorien.
  - => Kognition und Affekt als Kategorien bleiben übrig und bestätigen, dass in der Pflegewissenschaft Empathie nicht genügend eingegrenzt bzw. mangelhaft differenziert war.

- Die Merkmale 17/18/19/20/21 sind Ergebnisse von Empathie und erscheinen an anderer Stelle im empathischen Prozess. Sie gelten nicht als Teil des Empathiebegriffs.
- Merkmal 23 entfällt, da es in der Pflegepraxis nicht vorkommt.
- Die Merkmale 24/25 entfallen ebenfalls, da diese nur auf Gefühlsansteckung zutreffen.  
=> Empathie in der Pflege kann auf zwei Kategorien und 17 Merkmale reduziert werden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 264).

Tab. 3: Wesentliche Merkmale von Empathie als Kognition und Affekt

Wesentliche Merkmale von Empathie als...	Kog	Aff
1. Erkenntnisse über den Patienten gewinnen	X	X
2. Offenheit/Rezeptivität der Pflegeperson	X	X
3. Direkte Anwesenheit des Patienten	X	X
4. Zugänglichkeit des Patienten	X	X
5. Absicht, Wille	X	
6. Interaktion	X	X
7. Aufmerksamkeit ist auf den Anderen gerichtet	X	X
8. Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen	X	X
9. Temporäre Identifikation	X	X
10. Unmittelbares, stellvertretendes, paralleles Nacherleben von Gefühlen		X
11. Mittelbares Erkennen/Erfassen des inneren Zustandes des anderen	X	
12. Ich-Andere-Differenzierung	X	X
13. Bewusstheit	X	X
14. Gegenwärtigkeit, „Hier und Jetzt“	X	X
15. Zeitliche Begrenzung	X	X
16. Neutralität	X	X
17. Objektivität	x	

Quelle: Bischoff-Wanner 2002, S.265

#### 4.3.2 Definition von Empathie

Wittneben stellt fest, dass in der Pflege Empathiefähigkeit unerlässlich ist für die Wahrnehmung von Patientenerlebnissen und -verhalten, von Existenzbedrohungen und -entlastungen sowie von Begegnungen und Berührungen. Sie sieht Empathie als zentralen Begriff in der Krankenpflege und fordert ein differenziertes pflegepraxiswirksames Empathiekonzept (vgl. Wittneben 1998, S. 221 f. u. S. 246).

Bei der konkurrierenden Verwendung eines Begriffs muss sich n. Wilson (1984) für die nützlichste Verwendung im jeweiligen Kontext entscheiden werden. Welche Definition von Empathie ist nun am nützlichsten für die Pflege?

Bischoff-Wanner entscheidet sich auf Grund ihrer Überlegungen für die kognitive Empathie (Perspektivenübernahme). Damit wird der pflegespezifische Empathiebegriff kognitiv bewertet, wobei dieser eine affektive Komponente enthält (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 265 f.).

**Tab. 4: Wesentliche Merkmale von Empathie als Perspektivenübernahme**

Wesentliche Merkmale von Empathie als Perspektivenübernahme
1. Mittel der sozialen Kognition
2. Absicht, Wille, empathisch zu sein
3. Offenheit/Rezeptivität der Pflegeperson
4. Direkte Anwesenheit des Patienten
5. Zugänglichkeit des Patienten
6. Interaktion
7. Fokus der Aufmerksamkeit liegt auf dem Erleben des anderen
8. Erkennen und Interpretieren von Hinweisreizen
9. Temporäre Identifikation
10. Prozess des mittelbaren Erkennens/Erfassens und Verstehens des inneren Zustandes eines anderen (Gedanken, Gefühle, Bedeutungen)
11. Ich-Andere-Differenzierung
12. Bewusstheit
13. Gegenwärtigkeit, „Hier und Jetzt“
14. Zeitliche Begrenzung
15. Neutralität
16. Objektivität

Quelle: Bischoff-Wanner 2002, S. 272

Folgende operationale Definition von Empathie leitet Bischoff-Wanner aus ihren Überlegungen ab:

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

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

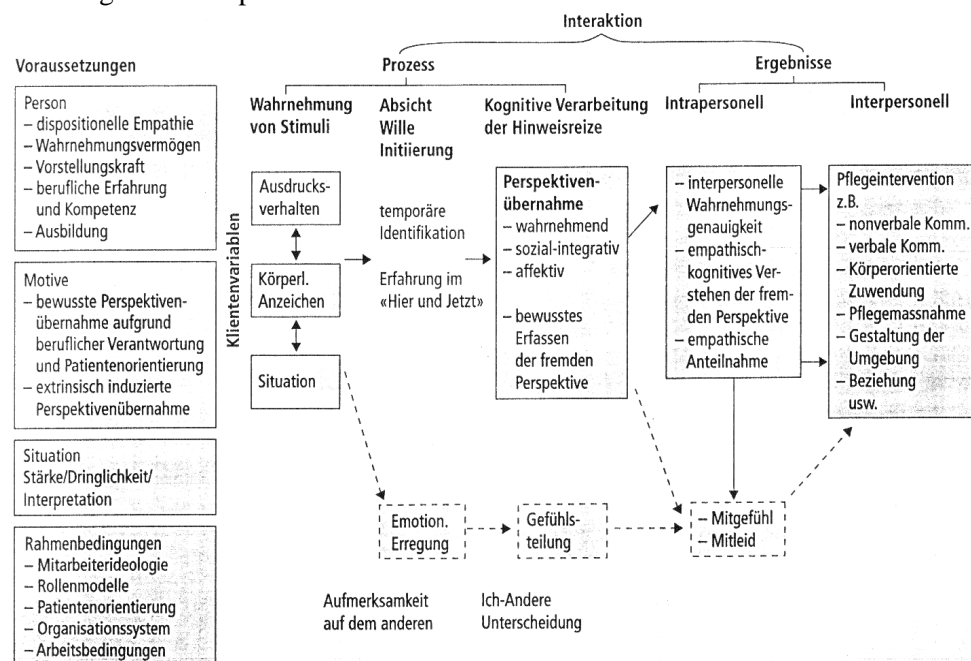
*Kognitive Empathie ist damit ein aktiver, arbeitsförmiger Vorgang, also als Arbeitsleistung zu verstehen und damit als empathische Kompetenz“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 272 f.).*

Der nächste Schritt in der Begriffsanalyse nach Norris besteht in der Entwicklung eines Modells.

## 4.4 Kognitive empathische Perspektivenübernahme als Prozessmodell

Perspektivenübernahme in der Pflege ist ein Prozess und kann in einem Modell abgebildet werden. Auf der Grundlage der Überlegungen von Bischoff-Wanner können Voraussetzungen, der Prozess selbst, Ergebnisse und beeinflussende Faktoren pflegespezifisch beschrieben werden. Bei der Entwicklung des Modells werden die Strukturelemente nach Davis (1994) verwendet (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 274).

Abb. 1: Ein pflegespezifisches prozessuales Modell der empathischen Prozesse kognitiver Empathie



Quelle: Bischoff-Wanner 2002, S. 275

### 4.4.1 Voraussetzungen von Empathie

Als Voraussetzungen werden vier Bereiche unterschieden: Person, Motive, Situation und Rahmenbedingungen.

#### Person

- Dispositionelle Empathie als angeborene Fähigkeit mit unterschiedlicher Ausprägung ist abhängig von der Sozialisation und/oder genetischen Faktoren. Sie kann erfasst werden mit Hilfe von Selbstbeschreibungsinstrumenten und durch Fremdeinschätzung.
- Wahrnehmungsfähigkeit und Vorstellungskraft, als Fähigkeit, Wirklichkeit in der Phantasie zu simulieren. Beide Komponenten können in der Ausbildung gefördert werden.

- Berufliche Erfahrungen können die Perspektivenübernahme erleichtern. Dazu müssen diese reflektiert sein. Reflexionen müssen während der Ausbildung kontinuierlich durchgeführt werden.
- Die Ausbildung hat einen hohen Stellenwert. Empathiefähigkeit und empathische Kompetenz können gefördert werden oder nicht.

Empathiebarrieren durch	Förderung von Empathie durch
<ul style="list-style-type: none"> <li>• negative Einstellung zum anderen Menschen;</li> <li>• Gleichgültigkeit;</li> <li>• Gefühlsunterdrückung;</li> <li>• Egoismus;</li> <li>• Angst.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitive Komplexität;</li> <li>• eine stabile Persönlichkeit;</li> <li>• Ähnlichkeit, Zuneigung, Sympathie, Vertrautheit (aus der affektiven Empathie).</li> </ul>

Beeinflussende Faktoren:

- der aktuelle körperliche und/oder Gefühlszustand;
- Mangel an ähnlichen Erlebnissen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 276).

### Motive

In der Pflege sollte Empathie nicht primär auf Mitgefühl und empathischer Anteilnahme basieren. Motive sind vielmehr

- „die berufliche Verantwortung, die durch den beruflichen Auftrag zu pflegen entsteht und bewusste Perspektivenübernahme als ein Mittel pflegerischer Erkenntnis betrachtet;
- eine patientenorientierte professionelle Berufsauffassung, die den individuellen Patienten in den Mittelpunkt stellt und an seinem Wohlergehen interessiert ist sowie
- eine von außen induzierte Perspektivenübernahme, d. h. die Aufforderung, zu versuchen, sich in einen Patienten hineinzusetzen und ihn dadurch zu verstehen“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 276).

In der Ausbildung kann sowohl die berufliche Verantwortung als auch die patientenorientierte Berufsauffassung gefördert werden. Methodische Hilfsmittel sind Fallbesprechungen, Filmausschnitte und Erlebnisse.

### Situation

- Empathie braucht Zeit und Ruhe. Bei lebensbedrohlichen Ereignissen oder plötzlich auftretenden akuten Erkrankungen steht die Bewältigung der Situation im Vordergrund, die Empathie tritt zurück.
- Stärke bezieht sich darauf, ob eine Situation stark genug ist, empathisches Verhalten bei Pflegenden hervorzurufen.
- Die Interpretation eines Geschehens kann von Patient und Pflegeperson verschieden sein (z. B. misst eine Pflegeperson den chronischen Schmerzen eines Patienten weniger Bedeutung zu, als diese für den Patienten selbst haben. Ein empathisches Verhalten der Pflegeperson bleibt aus) (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 276 f.).



### **Rahmenbedingungen**

- Die Mitarbeiterideologie bestimmt das Gefühlsklima auf einer Station und hängt mit von der Rolle der Stationsleitung ab. Sie bestimmt Rollenerwartungen und Verhaltensnormen, die Empathie vorleben können.
- Patientenorientierte Berufsauffassung und Pflegeorganisation. Damit empathischer Prozess gelingen kann, gilt u. a. als unabdingbar, dass Bereichspflege bzw. Bezugspflege/Primary Nursing durchgeführt wird.
- Die Arbeitsbedingungen müssen so gestaltet sein, dass Empathie möglich ist. Personalmangel, der zu Stress und Hektik führt, verhindert empathisches Verhalten.

Bischoff-Wanner sieht in den Rahmenbedingungen eine wichtige Ursache dafür, dass in der Pflege Empathie so selten ist (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 277).

#### **4.4.2 Der Prozess der Empathie**

Perspektivenübernahme in der Pflege findet in einer Interaktion zwischen Patient und Pflegeperson statt.

#### **Wahrnehmung von Stimuli**

Dabei geht es um das Wahrnehmen, Verstehen, Interpretieren des Patienten in allen Aspekten des Ausdrucksverhaltens von Patienten (Verhalten, emotionaler und körperlicher Zustand). Die Aufmerksamkeit liegt auf dem Erleben des Patienten.

Barrieren durch unfreundliche, schimpfende, abwehrende Patienten sowie bei Pflegenden durch

- mangelndes Wahrnehmungsvermögen, Gleichgültigkeit, Abwehr, Egoismus;
- die Stärke, Dringlichkeit, Interpretation der Situation;
- Arbeitshetze und Stress.

#### **Absicht, Wille, Initiierung**

Pflegende initiieren bewusst den empathischen Prozess. Inwieweit ein Prozess in Gang kommt, hängt wiederum von den Voraussetzungen ab.

#### **Kognitive Verarbeitung von Hinweisreizen**

Hierbei kommt es zum Prozess der Perspektivenübernahme. Über eine temporäre Identifikation werden Hinweisreize auf den o. g. Ebenen – wahrnehmen, sozial-kognitiv, affektiv – erfasst und verarbeitet, um die Perspektive des Patienten bewusst zu verstehen. Barrieren entstehen durch einen Mangel an Vorstellungskraft, an kognitiver Komplexität sowie beruflicher Verantwortung (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 278 f.).

#### **4.4.3 Ergebnisse von Empathie**

Die Ergebnisse werden in intrapersonelle und interpersonelle unterschieden. Im Rahmen der Perspektivenübernahme wurde eine Verbindung zum Patienten hergestellt, es besteht Interesse an seiner Person, er ist nicht mehr fremd. Daraus re-

sultieren als intrapersonelle Ergebnisse Wahrnehmungsgenauigkeit, empathisch kognitives Verstehen und empathische Anteilnahme.

Interpersonelle Ergebnisse sind Handlungen und Pflegeinterventionen. Voraussetzung dafür ist das empathische Verstehen.

Mit dem letzten Schritt nach Norris entwickelt Bischoff-Wanner auf der Basis der operationalen Definition und dem Rahmenmodell Hypothesen, die als Voraussetzung für empirische Untersuchungen formuliert werden müssen. Diese Hypothesen werden im Rahmen dieser Ausführung nicht bearbeitet.

Abschließend betont sie, dass sowohl die operationale Definition, das Rahmenmodell als auch die Hypothesen revidiert/weiterentwickelt werden können.

---

## 5 EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK

Betrachtet man die differenzierten Ausführungen von Bischoff-Wanner zur Begriffsanalyse von Empathie, so erkennt man die Notwendigkeit, pflegerrelevante Begriffe, insbesondere pflegerische Grundhaltungen, in pflegewissenschaftlichem Kontext zu klären. Gerade diese Begriffe könnten eine professionelle Pflege von einer Pflegeroutine unterscheiden (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 282).

Mit ihren Überlegungen hat Bischoff-Wanner den Begriff Empathie „*vom Kopf auf den Fuß gestellt*“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 249). Sie hat Empathie in unterschiedlichen Verwendungen überprüft, die pflegespezifischen Anteile herausgearbeitet und daraus eine operationale Definition sowie ein komplexes Modell entwickelt. Empathie ist dadurch zu einem Begriff mit pflegespezifischer Kontur geworden, der auf einer verständlichen wissenschaftlichen Grundlage im Pflegealltag realisierbar wäre.

Bischoff-Wanner betont, dass die Rahmenbedingungen im heutigen Pflegealltag empathische Pflege kaum ermöglichen. Allerdings hat sie nachgewiesen, dass diese Rahmenbedingungen notwendig sind für Empathie. In diesem Zusammenhang stellt sie fest, dass Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsbildung der Pflegenden alleine nicht ausreichen, um empathisch zu pflegen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, S. 282).

Diese Auffassung kann ich nicht gänzlich mit der Autorin teilen. Pflegende könnten gerade bezüglich der Rahmenbedingungen Initiative ergreifen, um diese zu verändern. Längst überholte Pflegerituale, Funktionspflege und veraltete unreflektierte Berufsauffassungen, verkrustete hierarchische Strukturen und Organisationsdefizite im pflegerischen Stationsalltag führen zu Chaos und zu fehlender Zeit. Mit Zeitmangel wird dann mangelnde Pflegequalität und fehlende Empathie gerechtfertigt.

Damit empathisches Verhalten wachsen kann, müssen Pflegende zunächst lernen, sich selbst, ihre Arbeit und die Organisation ihrer Arbeit objektiv zu reflektieren und Veränderungen im eigenen Umfeld einleiten. Meines Erachtens könnte durch eine bessere Organisation, in einer Atmosphäre, in der dem Patienten Wertschätzung und Verständnis entgegengebracht wird, auch in kurzer Zeit eine empathische Basis geschaffen werden, die zum Wohlbefinden aller Beteiligten beiträgt.

*„Nahe, wenn auch nicht emotional tiefe, Beziehungen zu Patienten mit einer gewissen Reziprozität nützen nicht nur dem Patienten, sondern können zu hoher Berufszufriedenheit der Pflegenden führen. Die Verbündeten der Pflegenden sind somit die Patienten. Pflegende und Patienten gemeinsam müssen die Bedingungen schaffen, die eine qualitativ hoch stehende, einfühlsame Pflege ermöglichen“ (Bischoff-Wanner 2002, S. 283).*

---

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- Bischoff-Wanner, C.: Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber 2002 (Reihe Pflegewissenschaft)
- Evangelische Landeskirche in Württemberg (Hrsg.): Evangelisches Gesangbuch. Für Gottesdienst, Gebet, Glaube, Leben. Stuttgart, Gesangbuchverlag GmbH, 1996
- Hochschule für Sozialwesen – FH Esslingen. Prof. Dipl.-Päd., Dr. rer. cur. Claudia Bischoff-Wanner [WWW document].  
URL <http://www.hfs-esslingen.de/Dateien.htm/Intern/homepages/Bischoff-Wanner.htm>. Datum: 08.06.03
- Mey, R.: ...alle meine Lieder. Berlin, Maikäfer Musikverlagsgesellschaft mbH 1990
- Müller, B., Münch, E., Badura, B.: Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim, München, Juventa Verlag 1997
- Scheu, P.: „Worte“. In: Ein ganz besonderer Tag auf Station. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 2001, S. 24–25.
- Stein, E.: (1916/1970) On the Problem of Empathy. The Hague: Martinus Nijhoff Ltd. 1970
- Wittneben, K.: Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber 1999, S. 1–13.
- Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Europäische Hochschulschriften. Reihe XI. Pädagogik Bd./Vol. 473. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, Verlag Peter Lang 1998