

**Gewaltfreie Kommunikation in der Pflege:  
Sollte die Lehre der Gewaltfreien Kommunikation zur Steigerung  
der Empathiefähigkeit Bestandteil im dualen Pflegestudium sein?**

Studienarbeit an der Fakultät 11 für angewandte Sozialwissenschaften der  
Hochschule München

Studiengang Bachelor Pflege dual

Sommersemester 2018

Eingereicht von: Manuel Wildegger

2. Fachsemester

Matrikelnummer: 11270117

Hirblinger Straße 105c, 86156 Augsburg

E-Mail: wildegger.manu@googlemail.com

Veranstaltungstitel: Humanwissenschaftliche Grundlagen 2

Veranstaltungsleitung: Prof. Bröner, Prof. Gosch & Prof. Limm

München, den 3. Juli 2018

## **Inhaltsverzeichnis**

Einleitung .....	3
1. Theoretischer Hintergrund .....	4
1.1. Definitionen & Erläuterungen .....	4
1.1.1. Gewaltfreie Kommunikation .....	4
1.1.1. Empathie .....	5
1.2. Forschungsergebnisse .....	6
1.2.1. Empathie .....	6
1.2.2. Gewaltfreie Kommunikation .....	8
1.3. Zusammenfassung und kritische Würdigung .....	9
2. Bedeutung der Gewaltfreien Kommunikation für die Pflege .....	10
2.1. Darstellung der wissenschaftlichen Studie von Nosek, Gifford und Kober (2014) .....	10
2.1.1. Ziele der Studie .....	10
2.1.2. Untersuchungsmethoden .....	10
2.1.3. Quantitative Ergebnisse .....	11
2.1.4. Qualitative Ergebnisse .....	11
2.1.5. Zusammenfassung .....	13
2.2. Diskussion und kritische Würdigung .....	13
3. Ausblick .....	15
4. Literaturverzeichnis .....	16
Erklärung .....	19

## **Einleitung**

Pflegekräfte haben täglich Kontakt zu unterschiedlichsten Personengruppen – zu Patienten, Angehörigen, Ärzten, Kollegen der Pflege oder anderem medizinischen Fachpersonal. Gute Zusammenarbeit zeichnet sich unter anderem durch eine möglichst eindeutige und zielgerichtete Kommunikation aus, dem gegenüber steht das Bedürfnis der Patienten, verstanden zu werden und Gewissheit über den Zustand ihrer Gesundheit zu haben. Die Bedürfnisse der Patienten wahrzunehmen und zu erfüllen, selbst wenn diese sie nicht mehr mitteilen können, nehmen einen hohen Stellenwert im Stationsalltag ein. Die Fähigkeit, die das ermöglicht, nennt sich Empathie.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob sich eine notwendige Steigerung der Empathiefähigkeit durch ein Training in gewaltfreier Kommunikation (GfK), einem Kommunikationsmodell nach Rosenberg, erreichen lässt und ob dieses Bestandteil im dualen Pflegestudium sein sollte. Dazu werden zunächst die Entitäten GfK und Empathie eingeführt und definiert. Zur Vertiefung der Thematik soll ein Einblick in die bisherige Forschung zu beiden Begriffen stattfinden. Dabei wird geklärt, ob Empathie erfasst und gelehrt werden kann, sowie betont, welche Relevanz und Auswirkung empathisches Handeln hat.

Einen entsprechend wichtigen Beitrag in der Argumentation leistet eine Studie von Nosek et al., die im weiteren Verlauf der Arbeit eingehend behandelt und dargestellt wird. Hervorgehoben werden: das Ziel der Arbeit, die Untersuchungsmethoden sowie die quantitativen und qualitativen Ergebnisse. Abschließend werden einige Aspekte der Studie kritisch beleuchtet und diskutiert. Hierbei wird deutlich werden, dass ein empathiefördernder Unterricht sinnvoll ist und explizit empfohlen wird. Die GfK sollte demnach unabhängig davon Bestandteil sowohl des dualen Pflegestudiums werden, als auch der normalen Pflegeausbildung. Ausblickend wird Bezug auf fehlende empirische Untersuchungen, sowie die Umsetzbarkeit einer Implementierung eines entsprechenden Programms in den Unterricht genommen.

# 1. Theoretischer Hintergrund

## 1.1. Definitionen & Erläuterungen

### 1.1.1. Gewaltfreie Kommunikation

Vor allem Empathie steht im Zentrum der GfK und hat eine tragende Rolle bei der Anwendung des Handlungskonzeptes begründet von Marshall B. Rosenberg. Aber was versteht man unter *GfK*? Wie kommuniziert man *gewaltfrei*? Und welche Verbindung besteht zur Empathie?

Rosenberg definiert GfK wie folgt:

»Nonviolent Communication, or NVC, is a powerful model of communication, but it goes far beyond that. It is a way of being, thinking, and living in the world. Its purpose is to inspire heartfelt connections with ourselves and other people – connections that allow everyone’s needs to be met thorough compassionate giving. It inspires us and others to give from the heart.« (Rosenberg 2012, vii).

Nach Sears gibt es 4 Schritte bei der GfK: »Beobachtung, Gefühle, Bedürfnisse und Bitten« (dies. 2012, S.16). Im ersten Schritt wird lediglich eine Handlung beobachtet und verbalisiert, ohne diese zu beurteilen. Als zweiten Schritt folgt das Benennen des Gefühls, das durch diese Beobachtung entsteht. Das kann positiv oder negativ sein. Auf der dritten Stufe wird das für das Gefühl verantwortliche Bedürfnis ausgesprochen, das entweder erfüllt oder nicht erfüllt ist. Um dieses zu befriedigen, bittet man im vierten und letzten Schritt das Gegenüber um eine konkrete Handlung (vgl. Rosenberg 2016, S.21).

Dieses Vorgehensmuster soll dabei helfen, die drei Säulen der GfK umzusetzen: einfühlsames Zuhören, Selbstempathie und achtsamer und ehrlicher Selbstaussdruck. Sich für einen Augenblick in die Emotionen einer anderen Person einzufühlen, ohne sich selbst in Form von Erzählungen eigener Erlebnisse mitzuteilen, also lediglich Verständnis entgegenzubringen, bedeutet einfühlsames Zuhören. Selbstempathie meint, eigene, gerade präsente Gefühle und die dazu gehörigen Bedürfnisse zu erspüren und darüber Bewusstsein zu erlangen. Dies kann beispielsweise dazu führen, sich in emotional impulsiven Situationen kontrollieren zu können und vorteilhaft sowie bedacht zu handeln. Der achtsame und ehrliche Selbstaussdruck spiegelt die Haltung, dass ein jeder für die eigenen Gefühle und Bedürfnisse verantwortlich ist.

So bleibt man in einem Gespräch bei sich und vermeidet, andere für die eigenen Emotionen verantwortlich zu machen (vgl. Weckert 2014, S.33f).

Altmann stellt Überlegung zum Begriff der Gewaltfreiheit an und führt auf, dass jegliche Kommunikation, die nicht dem 4-Schritte-Modell entspräche, gewaltvoll sei (vgl. Altmann 2015, S.34). Basu und Faust hingegen erklären, dass sich Rosenberg an Mahatma Ghandis Verständnis von »gewaltfrei« orientiert. Demnach bedeutet Gewalt gleich »Schädigung und Verletzung anderer« (dies. 2013, S.9). Es lässt sich zwischen physischer und psychischer Gewalt unterscheiden. Letztere ist für den Zweck dieser Arbeit vorrangig von Belangen, denn hierbei handelt es sich um den durch Aussagen, Schuldzuweisungen oder Verurteilungen verursachten psychischen Schmerz. Problematisch sind die Modalverben »dürfen«, »müssen« und »sollen«. Kontextabhängig fordern diese Wörter jemanden zu einer Handlung auf, wobei seine Gefühle und Bedürfnisse drohen, unterzugehen. Wenn (beispielsweise) eine Mutter zu ihrem schreienden Kind sagt: »Jetzt hör doch mal auf zu schreien, ich kann so nicht schlafen«. Hier wird dem Kind befohlen, die Gefühle, die es akut verspürt, zu unterdrücken; die eindeutigen Bedürfnisse, Verständnis und Aufmerksamkeit, werden aberkannt. Die Mutter, ihrerseits durch den Lärm verärgert, nutzt diese gewaltvolle Formulierung als Strategie, um ihrem Bedürfnis nach Ruhe und Erholung nachzukommen. Im Sinne der GfK würde sie dem Kind zum Beispiel Folgendes entgegen: »Wenn ich sehe, dass du schreist, bin ich verärgert, weil mir Ruhe und Erholung wichtig ist. Würdest du mit bitte sagen, was dich wütend macht?«. Die ursprüngliche Formulierung der Mutter drückt aus, dass sie dem Kind die Verantwortung dafür gibt, dass ihr Bedürfnis (Erholung) nicht erfüllt werden; außerdem spricht sie eine Forderung aus (»Sei leise«). Die Herangehensweise im Sinne der GfK legt nahe, das eigene Gefühl (Ärger) und das eigene Bedürfnis (Erholung) zunächst selbst wahrzunehmen und dann zu kommunizieren. So kann der Fokus auf die Emotionalität des Gegenüber gelenkt werden. Dabei wird versucht, das Gefühl (Wut) zu benennen.

### **1.1.1. Empathie**

In der Fachliteratur herrscht noch heute grundsätzliche Uneinigkeit über diesen Begriff. Doch hat sich über die Zeit eine allgemeine Definition durchgesetzt: Die der

Persönlichkeitspsychologie. Sie wird im Folgenden kurz mit dem Verständnis von Empathie, wie es die Lehre der GfK vertritt, verglichen.

Aus Sicht der Persönlichkeitspsychologen, liegen der Empathie zweierlei Bestandteile zugrunde: die kognitive und die affektive Komponente. Erste beschreibt das Vermögen, die Gefühlswelt des Gegenübers zu registrieren, sie zu benennen und sich in die Person hineinversetzen zu können – man übernimmt also seine Perspektive. Zweite beschreibt den Prozess, die Emotionen einer anderen Person selber zu fühlen. So verspürt beispielsweise eine mitfühlende Person im Umgang mit einem traurigen Menschen ebenso Trauer und beginnt, ihr Verhalten sowie Gestik, Mimik und den Tonfall der Stimme entsprechend zu synchronisieren. Gefühl und Emotionalität werden hier gespiegelt (vgl. Roth et al. 2016, S.2).

Dem entgegen fasst die GfK Empathie als »Haltung im zwischenmenschlichen Kontakt« (Altmann 2015, S.52) auf, entsprechend versteht Rosenberg sie als das »respektvolle Verstehen der Erfahrungen anderer Menschen« (Rosenberg 2016, S.95). Der wesentliche Unterschied zum psychologischen Empathieverständnis besteht darin, dass die eigenen Gefühle während des empathischen Hörens vorerst ignoriert werden, um so den Fokus vollständig auf die Emotionen und Bedürfnisse der anderen Person lenken zu können (vgl. Altmann 2010, S.29). Rosenberg betont, dass es sinnvoll ist, zuerst selbstempathisch zu handeln, bevor man mit Anderen in einen empathischen Kontakt tritt (vgl. Rosenberg 2016, S.145). Außerdem ist Empathie aus Sicht der GfK nicht nur eine Fähigkeit, sondern fungiert auch als Bedürfnis, das jeder Mensch besitzt (vgl. ders. 2016, S.213).

## **1.2. Forschungsergebnisse**

### **1.2.1. Empathie**

Im Sinne der Forschungsfrage dieser Arbeit stellen sich folgende Fragen: Kann Empathie beeinflusst werden? Kann diese numerisch erfasst werden? Ist Empathie im Gesundheitssystem wichtig? Dies soll im Folgenden kurz anhand Belegen vergangener Forschung beantwortet werden.

Nach Roth et al. ist »Empathie durch kurzfristige Interventionen veränderbar [...]« (Roth et al. 2016, S.5). In ihrem Kompendium stellen sie zahlreiche Trainingsprogramme zur Förderung von Empathie vor, die vor allem für den Einsatz in Ein-

richtungen bestimmt sind, in denen Pflegende ausgebildet werden. Sie werden eingehend aus einer wissenschaftlichen Perspektive behandelt. Auch Brunero et al. stützen die These und werfen ein, »that it is possible to increase nurse's empathic ability from a range of clinical specialties and at both undergraduate and postgraduate levels« (Brunero et al. 2010, S.72).

Um diese Veränderungen sichtbar zu machen, bedarf es eines psychologischen Messinstruments und diversen Studien. »Einer der am häufigsten in der Praxis eingesetzte Fragebogen zur Messung von Empathie« (Paulus 2009, S. 2) ist der von Davis entwickelte »Interpersonal Reactivity Index (IRI)« aus dem Jahre 1980. Dabei wird Empathie in vier Subgruppen unterteilt, die gegenseitigen Einfluss aufeinander haben: perspective taking (PT), fantasy (FS), empathic concern (EC) und personal distress (PD) (vgl. Davis 1980, S.6). Diese multidimensionale Betrachtung korrespondiert mit der oben gefassten Definition der Empathie in eine affektive (EC, FS und PD) und eine kognitive (PT) Komponente und ermöglicht es, Änderungen empathischen Verhaltens aufzuzeigen.

Eine Studie von Rakel et al. ergab, dass in der Behandlung von Patienten, denen Empathie entgegengebracht wird, größere Erfolge verzeichnet werden. 350 Studienteilnehmer, die wegen einer Erkältung im Krankenhaus waren, erhielten von medizinischem Fachpersonal entweder einen üblichen oder einen erweiterten Besuch. In ersterem waren lediglich die Entwicklung und der momentane Status der Krankheit, die relevante medizinische Historie, eine körperliche Untersuchung und die Diagnose, Gegenstand des Gesprächs. Im Rahmen der erweiterten Visite wurde den Patienten unter anderem ein höheres Maß an Empathie entgegengebracht, indem das medizinische Personal eine emotionale Verbindung zum Patienten herstellte und damit die Qualität des Kontakts verbesserte. Die Teilnehmer bewerteten die Interaktionen mittels Fragebogen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit in Bezug auf das behandelnde Personal, wobei 84 Patienten den maximalen Wert von 50 erreichten. Sie benötigten durchschnittlich einen ganzen Tag weniger bis zur vollständigen Genesung (Rakel et al. 2009, S.1ff).

### **1.2.2. Gewaltfreie Kommunikation**

Verglichen zur Empathieforschung wurden bisher deutlich weniger empirische Studien zur Messung und Effektivität der GfK vorgenommen. Das CNVC bietet auf ihrer Webseite eine Auswahl an Studien und wissenschaftlichen Arbeiten an – zwei davon werden im Folgenden näher betrachtet.

In der Dissertation von Young unterzogen sich 247 Studenten mehreren Fragebögen zur Messung unterschiedlicher Kriterien, wie beispielsweise physische und mentale Gesundheit. Darunter auch ein speziell entwickelter Fragebogen zur Erfassung der Gewaltfreiheit in der Kommunikation (ENVCI). Die Studie zeigt, dass das Handlungsschema der GfK zur Gewaltlosigkeit in der Kommunikation führt. Es wird bekräftigt, dass Kommunikation, die frei von Gewalt ist, künftig weiter genutzt sowie untersucht werden sollte. Außerdem wird herausgearbeitet, dass jene, die weniger zu körperlicher Gewalt neigen, sich zeitgleich auch gewaltfreierer Wege der Verständigung bedienen. Auch ergab die Untersuchung, dass die Neigung einen vorteilhaften Effekt auf die mentale Gesundheit hat (vgl. Young 2011, o.S.).

Altmann evaluiert in seiner Diplomarbeit die Effektivität des GfK-Trainings anhand zweier Verfahren: einer Querschnittdatenerhebung (N = 156), in der GfK-Erfahrene mit GfK-Unerfahrenen verglichen werden, und einer Längsschnittdatenerhebung (N = 20). In letzterer nahm eine Gruppe von zehn Personen an einem viermonatigen GfK-Training teil, die anderen zehn bildeten die Kontrollgruppe. Dabei wurden anhand eines Fragebogens unter anderem Werte zu Empathie und Selbstwert ermittelt. Das Ergebnis zeigt, dass sich ein Training der GfK lediglich auf den Selbstwert positiv auswirkt. Altmann führt weiter an, dass sich Quer- und Längsschnittstudie in ihren Befunden widersprechen, weswegen die Studie nur eingeschränkt zur Argumentation geeignet ist. (vgl. Altmann 2010, S.126). Trotzdem eignet sie sich als Beispiel einer tiefgehenden Auseinandersetzung und kritischen Reflexion des Themas.

In einer weiteren empirischen Studie von Altmann wurde ein Trainingsprogramm zur Steigerung von Empathie mittels GfK auf Effektivität und Akzeptanz untersucht. 448 Auszubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege nahmen daran teil, davon waren 210 an einer Intervention in Form einer viertägigen Schulung in

GfK beteiligt. Die übrigen 238 Teilnehmer bildeten die Kontrollgruppe, die an keinem Training beteiligt war. Es wurden zuvor, direkt danach, als auch etwa 3,3 Monate nach der Intervention, Messungen zu sozioemotionalen Kompetenzen wie z.B. Akzeptanz eigener Emotionen, Resilienz oder Empathie durchgeführt. Während dieser Zeitspanne konnten die Auszubildenden die erlernten theoretischen Inhalte in der Praxis anwenden (vgl. Altmann et al. 2016, S.121). Das Ergebnis wird wie folgt beschrieben: »Signifikante positive Veränderungen der Trainings- im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten sich unter anderem darin, dass die Teilnehmenden nach Erprobung des Trainings in der praktischen Pflegeausübung eine stärkere Akzeptanz der eigenen Emotionen zeigten. [...] Die Differenzierung zwischen den eigenen Emotionen und denen anderer wurde ebenfalls gesteigert.« (ebd., S.122)

### **1.3. Zusammenfassung und kritische Würdigung**

Nach den Ausführungen von Roth et al. ist Empathie eine komplexe kognitiv-affektive Fähigkeit, die es ermöglicht, wenn vorhanden, intensive Verbindungen zu Menschen zu schaffen, indem sich auf die selbe emotionale Ebene begeben wird. Als zentrales Element wird sie in der GfK als geistige Haltung verstanden und dient dazu, Verständnis und Nähe zu schaffen – entweder im Kontakt zu Mitmenschen oder im Dialog mit sich selbst. Dazu liefert die GfK ein leicht verständliches Schema, bestehend aus der Beobachtung einer Handlung, ohne diese zu bewerten, dem Erspüren eines Gefühls, welches entsteht, weil ein Bedürfnis erfüllt oder nicht befriedigt ist, sowie das Formulieren einer Bitte. Eine zuverlässige Anwendbarkeit ist jedoch umstritten (vgl. Altmann 2010, S.40ff). Die Effektivität und Umsetzbarkeit von einem Training in Empathie und GfK wurde eingehend behandelt und demonstriert. Auswirkungen dessen lassen sich mittels Fragebögen wie beispielsweise IRI, ENVCI oder CARE ermitteln. Bisherige Forschungen lässt die Tendenz erkennen, dass sich eine Steigerung von Empathie positiv auf die eigene mentale Gesundheit auswirkt. Außerdem konnte gezeigt werden, dass Empathie einen beschleunigenden Effekt auf die Behandlung von Patienten hat. Bei konsequenter und erfolgreicher Umsetzung von GfK in der Pflege, wäre gesteigerte Motivation des Personals und damit eine Verbesserung der Reputation der Einrichtung denkbar. Eine GfK-Schulung im Rahmen eines Pflegestudiums wird daher nahegelegt.

## **2. Bedeutung der Gewaltfreien Kommunikation für die Pflege**

### **2.1. Darstellung der wissenschaftlichen Studie von Nosek, Gifford und Kober (2014)**

#### **2.1.1. Ziele der Studie**

Die Studie mit dem Originaltitel »Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study« wurde 2014 im »Journal of Nursing Education and Practice« publiziert. Die Autoren forschen im Bereich Pflege und Public Health an der Universität von San Francisco.

Ziel der Studie ist es, die Hypothese, die Empathiefähigkeit von Studenten der Pflegewissenschaften lasse sich durch GfK-Schulung steigern, zu untersuchen. Damit soll das Potenzial der GfK sowie die Notwendigkeit von Empathie im Kontext der Pflege geprüft werden.

#### **2.1.2. Untersuchungsmethoden**

Nosek et al. führen zur Datenerhebung ein Quasi-Experiment (Ein-Gruppen-Prätest-Posttest-Versuchsplan mit nicht äquivalenten abhängigen Variablen) durch und bedienen sich dabei unterschiedlicher Methoden, um sowohl quantitative als auch qualitative Ergebnisse zu generieren.. Die Studienteilnehmer (N = 74), Studenten der Pflegewissenschaften, die sich im ersten bzw. im zweiten Studienjahr einer privaten katholischen Hochschule in Kalifornien befinden, füllten zunächst einen Fragebogen zu soziodemografischen Daten aus. Es wurde das Alter, das Geschlecht, die Staatsangehörigkeit, die Religion, der Studierendenstatus und die Durchschnittsnote ermittelt. Anschließend erfolgte unter der Leitung von zertifizierten GfK-Trainern in einer einstündigen und einer 45-minütigen Einheit die Schulung in GfK. Dabei wurde davor und danach der Empathiewert der Studenten gemessen. Als Erhebungsinstrument dafür diente der »Interpersonal Reactivity Index« (IRI), der in Form eines schriftlichen Fragebogens angewandt wurde. Von 74 füllten lediglich 55 Studenten jenen vollständig aus. Die dabei erhobenen Daten stellen das Fundament der quantitativen Daten dar und wurden mittels Paardifferenzentest ausgewertet.

Zur Erhebung qualitativer Daten wurden die Studenten dazu angehalten, während der GfK-Schulung ihre Erfahrungen in einem Onlinetagebuch zu protokollieren. Außerdem wurden zum einen direkt nach dem Training (sechs mal), zum anderen

zwei Jahre nach der Intervention (zwei mal) moderierte Gruppendiskussionen geführt. Des Weiteren sollten Studenten zwei Jahre nach der Schulung einen Bericht per E-Mail einreichen.

### **2.1.3. Quantitative Ergebnisse**

Die soziodemografischen Daten der Studienteilnehmer, die auch den IRI Fragebogen ausgefüllt haben ( $n = 55$ ), zeigen Folgendes: Das Durchschnittsalter liegt bei 19 Jahren, 89,1 % waren weiblich ( $n = 49$ ) und 10,9 % männlich ( $n = 6$ ). Knapp die Hälfte gibt an, weiß zu sein (49,1 %,  $n = 27$ ), ein Viertel (25,2 %,  $n = 14$ ) ist asiatisch, 12,6 % sind lateinamerikanisch ( $n = 7$ ) und 9 % entstammen einer anderen Ethnie ( $n = 5$ ). 83,6% sind Studenten des ersten oder zweiten Semesters ( $n = 46$ ) und 16,3 % befinden sich im zweiten Studienjahr ( $n = 9$ ). Die Durchschnittsnote (im amerikanischen Notensystem) beträgt 3,47 ( $SD \pm 0,4$ ), 25,5 % wechselten bereits ihren Studienort.

Im Paardifferenzentest wird ersichtlich, dass der IRI vor der Schulung einen gesamten Durchschnittswert von 69,1 ( $SD \pm 12,3$ ) ergab und infolge des Trainings auf 71,4 ( $SD \pm 12,3$ ) anstieg ( $t = -1,828$ ;  $p = 0,037$ ). Hinsichtlich der soziodemografischen Daten wurden lediglich geschlechtsspezifische Differenzen festgestellt: vor der Intervention erzielten männliche, im Gegensatz zu den weiblichen Teilnehmern (70,2,  $SD = 1,7$ ), einen Durchschnittswert von 59,5 ( $SD \pm 4,3$ ). Infolge des Trainings erreichten die Teilnehmerinnen einen Wert von 72,5 ( $SD \pm 1,6$ ), der Wert der Teilnehmer hingegen lag bei 61,3 ( $SD \pm 4,6$ ).

Zwischen den Subskalen des IRI, aus deren Summe sich der gesamte Durchschnittswert von 69,1 ergibt, sind die Unterschiede marginal, jedoch stets ansteigend hinsichtlich des vor der Schulung gemessenen Werts. Der größte Unterschied wurde in der Subkategorie »Fantasy« erreicht, nämlich von 17,7 ( $SD \pm 5,2$ ) auf 18,6 ( $SD \pm 5,2$ ).

### **2.1.4. Qualitative Ergebnisse**

Nosek et al. unterscheiden zwischen Erfahrungen, die die Menschen hinsichtlich ihrer eigenen Person, sowie im Umgang mit anderen erlebten und jene, die sie im beruflichen Einsatz sammelten. Die entsprechenden Erfahrungen lassen den Schluss zu,

dass die Alternativhypothese zutrifft– es kommt also infolge des GfK-Trainings zu einer Steigerung der Empathiefähigkeit.

Einige Studenten berichteten, dass sie infolge des Trainings begannen, die Hintergründe und Ursachen der eigenen Gefühle und Bedürfnisse gedanklich zu beleuchten. So betont eine Teilnehmerin, dass sie vorher zwar in der Lage war, ihre Gefühle zu benennen, sich aber nicht fragte, weshalb sie diese verspürte. Die GfK habe ihr geholfen, einen Zugang zu ihren Bedürfnissen zu erlangen, indem sie ihre emotionale Erfahrung kognitiv reflektierte (vgl. Nosek et al. 2014, S.8). Dies kann als eine Steigerung der Selbstempathie zusammengefasst werden.

Die meisten Vorteile in der Anwendung von GfK wurden im Umgang mit anderen Menschen erzielt. So teilten die Studenten mit, dass sie ihre Fähigkeit, zu Erkennen, was ein Gegenüber fühlen und brauchen könnte, angestiegen ist. Eine weitere Teilnehmerin sagt aus, dass die GfK ihr dabei helfe, über die Bedürfnisse eines Dialogpartners zu sprechen, anstatt sich selber durch Mitteilung eigener Erfahrungen einzubringen (vgl. ebd.). Dies ist genau eine der drei Säulen des empathischen Hörens. (siehe Kapitel 1.1.2.).

Im Rahmen der Gruppendiskussionen zwei Jahre nach der Schulung wurde die Frage gestellt, inwiefern sich die GfK bisher als hilfreich erwiesen hat. Einige Studenten gaben an, dass sie im beruflichen Kontext bereits darauf zurückgegriffen hätten. Bei der Arbeit mit Kindern beispielsweise, helfe das Anwenden der GfK dabei, das Vertrauen zwischen Kind und Betreuer zu stärken (vgl. ebd., S.10).

Vor allem bei der Arbeit mit Patienten psychiatrischer Einrichtungen konnte die GfK erfolgreich angewandt werden. Eine Studentin beschrieb beispielsweise, dass sie ihre Herangehensweise an Konversationen und Gesprächsführung vor allem bei bevorstehenden Interaktionen mit Patienten aufgrund ihres Wissens über GfK reflektiere (vgl. ebd.). Eine andere Studentin berichtete, dass die GfK einer der wertvollsten Inhalte sei, die sie bisher in der Ausbildung gelernt hat. Ihr Umgang mit Menschen habe sich dadurch merklich verändert und ihr Fremdbild positiv beeinflusst. Während der Zeit ihres Einsatzes auf einer psychiatrischen Station habe sie die GfK häufig angewendet. Sie betont, dass sie dankbar über dieses Training/Wissen sei und sie sich gut dabei fühle, genau so in den Kontakt mit Menschen treten zu kön-

nen, wie jene bedürfen (vgl. ebd., S.11). Diese Aussagen bekräftigen, dass die GfK das Potenzial besitzt, die Verbindung zu anderen Menschen qualitativ zu verbessern sowie dadurch selbstbewusstseinssteigernd zu wirken.

Neben den Rückmeldungen über die positiven Effekte der GfK wurde auch von herausfordernden Aspekten im Hinblick auf Umsetzung gesprochen. Diese wurden in den Gruppendiskussionen unter einem eigenen Punkt kritisch behandelt. Studenten äußerten Schwierigkeiten, die theoretischen Inhalte praktisch umzusetzen. Es sei problematisch, die Gefühle und Bedürfnisse anderer zu errahnen – vor allem in einer emotionsgeladenen Situation. Manche fühlten sich gar unwohl dabei, Bitten im Sinne der GfK auszusprechen. Andere Studenten berichteten von Unsicherheiten in der Anwendung von GfK in einer Konversation mit hierarchisch höher gestellten Personen (vgl. ebd., S.12). In Fällen ausgeprägter Emotionalität jener Menschen tendieren sie eher dazu, sich zu fügen, ohne auf eigene Bedürfnisse zu achten.

#### **2.1.5. Zusammenfassung**

Als theoretisch einfaches und konkretes Instrument kann die GfK einen Beitrag zur Schärfung der Empathiefähigkeit dienen. Gerade in der Pflege hat dies einen hohen Stellenwert, aufgrund des täglichen Kontakts zu kranken und damit emotional aufgewühlten Personen. Die Studie zeigt, dass Studenten Zugang zu ihren sonst unterbewussten Gefühlen und Bedürfnissen, sowie zu denen ihrer Kommunikationspartner erlangt haben und sich so eher einfühlen konnten. Letztlich lässt sich sagen, dass ein verbessertes Empathievermögen einer Reduzierung von Stress und psychischer Belastung sowie einer Steigerung von Zufriedenheit am Arbeitsplatz bewirken. Vor dem Hintergrund der Akademisierung der Pflege und der prospektiven Rolle ihrer Absolventen, kann eine gesteigerte Empathiefähigkeit zu einer effektiveren Personalführung beitragen, da hierdurch Grundlagen zu beispielsweise transformationaler Führung geschaffen werden. Dies ist im Sinne aller Beteiligten im Gesundheitswesen – ob als Personal oder Patient.

#### **2.2. Diskussion und kritische Würdigung**

Das in der Studie verwendete Verfahren der gemischten Methoden, zur Erhebung von quantitativen und qualitativen Ergebnissen ist sinnvoll und notwendig. Denn die

Empathie und die Schulung der GfK ist zu komplex, um dessen Unerlässlichkeit für die Pflege lediglich durch Messungen und Zahlen zu stützen. An den Aussagen und Berichten der getesteten Studenten zeigt sich klar, dass Empathie gesteigert wurde. Damit werden die Ergebnisse des IRI untermauert.

Dennoch wird die komplexe Anwendbarkeit bzw. der anfänglich schwere Zugang zur Methode bemängelt. Bereits beim Versuch, die intendierten Aktionen anderer als solche zu erkennen und diese möglichst wertungsfrei und sachlich zu beschreiben, trafe man schnell auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung (vgl. ebd., S.12). Für dessen Erkennen ist intensives Training sowie Reflexion erforderlich. Dabei ist es notwendig, ein Teil der Aufmerksamkeit im Alltag auf die eigene Wahrnehmung der Umgebung gerichtet werden muss, um Bewusstsein über die eigenen kognitiven Bewertungsprozesse zu erlangen. Voraussetzung dafür ist intrinsische Motivation, sich der Sache zu widmen. Diese könnte im Rahmen eines längerfristig andauernden Unterrichts während der Pflegeausbildung generiert werden.

Die Untersuchenden verzichten auf den Einsatz einer Kontrollgruppe. Die Studierenden innerhalb der Kohorte standen einander so nahe, dass das GfK-Training die Kontrollgruppe beeinflusst hätte. Es empfiehlt sich, das Experiment zu wiederholen, um einerseits die Reliabilität der Studie und der Messinstrumente zu überprüfen und andererseits die Validität durch Einführung einer Kontrollgruppe zu erhöhen (vgl. ebd., S.13).

Die Studie wurde in den USA durchgeführt. Es bleibt zu klären, ob sie zur Argumentation pro GfK-Unterricht an deutschen Pflegeschulen und Universitäten überhaupt herangezogen werden kann. Unabhängig von Nosek et al. beschäftigte sich auch Altmann mit der Hypothese der Empathiesteigerung durch GfK und untersuchte diese, wie bereits in Kapitel 1.2.2. beschrieben, mit ähnlicher Methodik. Die gewonnenen Ergebnisse decken sich mit denen von Nosek et al., welche sind: wachsendes Verständnis der eigenen und fremder Gefühle und Bedürfnisse, verbesserter Umgang mit eben diesen, sowie die daraus erwachsende Empathiefähigkeit. Diese Kongruenz unterstreicht die Validität der amerikanischen Studie für den deutschen Sprachraum.

### **3. Ausblick**

Die Idee, Empathiefähigkeit von Arbeitskräften und Auszubildenden im Gesundheitswesen durch Trainings zu steigern, liegt aufgrund des Tätigkeitsfeldes und des täglichen, intensiven Kontakts zu kranken Menschen nahe. Dazu eignet sich, wie in der vorliegenden Arbeit ausgeführt, das Wissen und die Anwendungsfähigkeit des Kommunikationsmodells der GfK, welches im Rahmen von entsprechenden Schulung angeeignet werden kann. Es wird daher empfohlen, GfK-Schulungen in Form von Unterrichtseinheiten flächendeckend in das Pflegestudium zu implementieren.

Zur Wirksamkeit der Anwendung sowie Umsetzbarkeit der GfK im Alltag sollten hierzu weitere Studien durchgeführt werden. Ein Vergleich zu alternativen, zweckähnlichen Kommunikationsmodellen könnte zu einer Neubewertung der Methoden zur Empathiesteigerung führen. Dies könnte Gegenstand einer weiteren Arbeit sein.

#### 4. Literaturverzeichnis

- Altmann, Tobias (2010) Evaluation der Gewaltfreien Kommunikation in Quer- und Längsschnittdaten. Universität Leipzig. Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie. Institut für Psychologie II. Veröff. Diplomarbeit. Verfügbar unter: <https://www.gewaltfrei-dach.eu/sites/default/files/medium-wissenschaftliche-arbeit-altmann-tobias-diplomarbeit.pdf>  
[Letzter Zugriff: 07.06.2018].
- Altmann, Tobias (2015) Empathie in sozialen und Pflegeberufen. Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms. Wiesbaden: Springer.
- Altmann, Tobias; Schönefeld, Victoria und Roth, Marcus (2016) Empathiearbeit mit Gewaltfreier Kommunikation. In: Roth, Marcus; Altmann, Tobias und Schönefeld, Victoria (Hrsg.) Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 111–125.
- Basu, Andreas und Faust, Liane (2013) Gewaltfreie Kommunikation. 2., überarbeitete Aufl. Freiburg: Haufe.
- Bierhoff, Hans-Werner (2010) Psychologie prosozialen Verhaltens. Warum wir anderen helfen. 2., vollständig überarbeitete Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brunero, Scott; Lamont, Scott und Coates, Melissa (2010) A review of empathy education in nursing. In: *Nursing Inquiry*: Jg. 17 (1). S. 65–74.
- Davis, Marc H. (1980) A multidimensional approach to individual differences in empathy. In: *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*: Jg. 10. S. 85–103.
- Grau, Alexander (2008) Empathie. Die kurze Geschichte eines großen Gefühls. In: *tv diskurs. Verantwortung in audiovisuellen Medien*: Jg. 12 (1) S. 30–35.
- Nosek, Marcianna; Gifford, Elizabeth und Kober, Brendan (2014) Nonviolent Communication (NVC) training increases empathy in baccalaureate nursing students: A mixed method study. In: *Journal of Nursing Education and Practice*, Jg. 4 (10). Verfügbar über: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n10p1>  
[Letzter Zugriff: 07.06.2018].
- Paulus, Christoph (2009) Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF (IRI) zur Messung von Empathie. Psychometrische Evaluation der deutschen Version

- des Interpersonal Reactivity Index. Verfügbar unter: <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3343> [Letzter Zugriff: 07.06.2018].
- Rakel, David P.; Hoefl, Theresa J.; Barrett, Bruce P.; Chewning, Betty A.; Craig, Benjamin M. und Niu, Min (2009) Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. In: *Fam Med.*: Jg. 41 (7). S. 494–501.
- Rosenberg, Marshall B. (2016) *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. 12., überarbeitete und erweiterte Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Rosenberg, Marshall B. (2012) *Living Nonviolent Communication. Practical Tools to Connect and Communicate Skillfully in Every Situation*. Louisville: Sounds True.
- Roth, Marcus; Altmann, Tobias und Schönefeld, Victoria (Hrsg.) (2016) *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Sears, Melanie (2012) *Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Vogel, Ines (2007) Emotionen im Kommunikationskontext. In: Six, Ulrike; Gleich, Uli und Gammler, Roland (Hrsg.) *Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag. S. 135–154.
- Warrier, Varun; Toro, Roberto; Chakrabarti, Bhisadev; Børglum, Anders D; Grove, Jakob; Hinds, David A.; Bourgeron, Thomas und Baron-Cohen, Simon (2018) Genome-wide analyses of self-reported empathy: correlations with autism, schizophrenia, and anorexia nervosa. In: *Translational Psychiatry*: Jg. 8 (35). Verfügbar über: <https://doi.org/10.1038/s41398-017-0082-6> [Letzter Zugriff: 09.06.2018].
- Weckert, Al (2014) *Gewaltfreie Kommunikation für Dummies*. Weinheim: Wiley-Vch Verlag.
- Williams, Julia und Stickley, Theodore (2010) Empathy and nurse education. In: *Nurse Education Today*: Jg. 30 (8). S. 752–755.
- Young, Lissa Brett (2011) *The Expression of Nonviolence in Communication and its Relation to Physical and Mental Health: Development and Validation of a*

Coding System for Measuring the Expression of Nonviolence in  
Communication between Intimate Partners in Conflict Situations. Universität  
von Massachusetts Boston. Institut für Psychologie. Veröff. Dissertation.  
Verfügbar über: [https://scholarworks.umb.edu/doctoral\\_dissertations/19](https://scholarworks.umb.edu/doctoral_dissertations/19)  
[Letzter Zugriff: 07.06.2018].

## **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt sowie Zitate kenntlich gemacht habe. Ich versichere ferner, dass die Arbeit noch nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

München, den 3. Juli 2018