

Achtsamkeit, Selbstfürsorge und Mitgefühl

Entwicklung und Evaluation einer Fortbildung
zur Integration von
Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken
in den Arbeitsalltag von Krankenhausteams

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Fakultät für Kulturwissenschaften
der Europa-Universität Viadrina Frankfurt/Oder

vorgelegt von
Claudia Lorena Orellana Ríos
aus San Pedro Sula

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefan Schmidt (Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
Zweitgutachter: Prof. Dr. Harald Walach

Januar 2019

[The Buddha said:] "Having protected oneself, one right away protects the other; when protecting the other and oneself, this is protection indeed.

[How does protecting oneself protect others]?

Becoming familiar with one's own mind, developing it, protecting it accordingly
and attaining realization

— this is called 'protecting oneself protects others.'

How does protecting others protect oneself?

By the gift of fearlessness, the gift of non-violation, the gift of harmlessness,

by having a mind of benevolence and empathy for the other —
this is called 'protecting others protects oneself'."

Gleichnis des Akrobaten, Samyukta-agama (Übersetzung aus dem Chinesischen von Analayo, 2012)

„Behüte dein Herz mit allem Fleiß;
denn daraus geht das Leben.“

Sprüche, Kap. 3, Vers 23 (Luther Übersetzung)

INHALT

Inhalt	I
Danksagung und Widmung	IV
Zusammenfassung	1
1. Theoretischer Hintergrund	5
1.1 Überblick	5
1.2 Die arbeitsbedingte Belastung in den Gesundheitsberufen	5
1.2.1 Die Belastung palliativmedizinischer Teams	8
1.2.2 Die Belastung onkologischer Pflegekräfte	9
1.2.3 Nähe, Empathie und Mitgefühl	10
1.3 Linguistische Landschaften: zur Begriffsbestimmung und Transkulturalität von Achtsamkeit und Mitgefühl	13
1.3.1 Östliche Definition von Achtsamkeit: sati oder die rechte Achtsamkeit	14
1.3.2 Übertragung östlicher Achtsamkeitskonzepte in die westliche Kultur	17
1.3.3 Das Konzept der Achtsamkeit im Westen	19
1.3.4 Fazit	21
1.3.5 Mitgefühl im Buddhismus	21
1.3.6 Meditative Praktiken zur Förderung von Liebe und Mitgefühl im Buddhismus	23
1.3.7 Übertragungen buddhistischer Konzepte des Mitgefühls in den Westen	26
1.3.8 Das Konzept des Mitgefühls im Westen	28
1.4 Alltägliche Erfahrung von Mitgefühl im deutschen Raum	33
1.4.1 Mitgefühl empfinden	33
1.4.2 Mitgefühl durch andere bekommen	34
1.5 Fazit	35
1.6 Empirie: Zur Wirkung von Achtsamkeit- und Mitgefühlspraktiken bei Gesundheitsfachkräften	36
1.6.1 Achtsamkeitsbasierte Interventionen	36
1.6.2 Mitgefühlsbasierte Interventionen	40
1.6.3 Postuliertes Wirksamkeitsmodell von <i>Tonglen</i>	42
1.7 Offene Fragen	46
1.7.1 Nutzen und Grenzen bisheriger Forschung und Ableitung des Bedarfs für die vorliegende Studie	46
1.7.2 Ziele der Doktorarbeit	47
2. Pilotuntersuchung	49
2.1 Einleitung	49
2.2 Ziele und Forschungszugang der Pilotstudie	49
2.3 Fragestellungen	50
2.4 Begründung für die Wahl des empirischen Zugangs	51
2.4.1 Der Begriff der Triangulation	51
2.4.2 Begründung für die Verwendung der Triangulationsmethode	52

2.4.3	Begründung für die Verwendung eines partizipativen Forschungsansatzes	53
2.5	Forschungsmethodik	53
2.5.1	Design	53
2.5.2	Rekrutierung der Stichprobe	53
2.5.3	Intervention	54
2.5.4	Partizipation der Teilnehmer/-innen an der Trainingsgestaltung	57
2.5.5	Überblick über die verwendeten Methoden	58
2.5.6	Datenerhebung	58
2.6	Quantitative Erhebung	59
2.6.1	Erhebungsinstrumente	59
2.6.2	Statistische Analysen	63
2.6.3	Umgang mit fehlenden Werten	64
2.6.4	Ersetzung mit SOLAS	64
2.7	Qualitative Erhebung	65
2.7.1	Teilnehmer/-innen und Sample	65
2.7.2	Erhebungsmethode: Episodische Interviews	65
2.7.3	Analysemethode – das integrative Basisverfahren	69
2.7.4	Datenaufbereitung, Auswertung und Analyse	72
2.8	Ergebnisse der quantitativen Erhebung	73
2.8.1	Übersicht über die gewonnenen Daten	73
2.8.2	Fehlende Werte	74
2.8.3	Soziodemografische Daten	75
2.8.4	Ergebnisse der quantitativen Untersuchung	76
2.9	Ergebnisse der qualitativen Erhebung	83
2.9.1	Arbeitsfeld Palliativzentrum	84
2.9.2	Erleben des Achtsamkeits- und Mitgefühlkurses	96
2.9.3	Deutungsmuster von Achtsamkeit	129
2.9.4	Wahrgenommene Wirksamkeit des Kurses	130
2.9.5	Professionelle Verbundenheit im Arbeitskontext: Im Spannungsfeld von Mitgefühl und Selbstfürsorge	135
2.9.6	Förderliche Aspekte von professioneller Verbundenheit	155
2.9.7	Die burnoutprophylaktische Wirkung professioneller Verbundenheit	158
2.10	Diskussion der Pilotstudie	160
2.10.1	Effekte des Kurses	161
2.10.2	Kursimplementierung	168
2.10.3	Professionelle Verbundenheit im Arbeitskontext: Im Spannungsfeld von Mitgefühl und Selbstfürsorge	179
2.10.4	Grenzen der Untersuchung	189
2.10.5	Praxisrelevanz	193
2.10.6	Ausblick	194
3.	Kontrollierte Untersuchung	196
3.1	Einleitung	196
3.1.1	Ziele der kontrollierten Studie	196
3.1.2	Fragestellungen und Hypothesen	197
3.1.3	Begründung für die Wahl des empirischen Zugangs	198
3.1.4	Forschungsmethodik	198

3.1.5	Intervention	200
3.1.6	Datenerhebung	204
3.1.7	Erhebungsinstrumente	204
3.1.8	Datenaufbereitung und Analyse.....	209
3.2	Ergebnisse der kontrollierten Untersuchung	212
3.2.1	Entwicklung der Stichprobe.....	212
3.2.2	Soziodemografische Merkmale	214
3.2.3	Ausprägungen in den untersuchten Variablen zu den Baseline- Messzeitpunkt und vor dem Training	215
3.2.4	Intergruppenvergleich für alle untersuchten Outcomes.....	217
3.2.5	Explorative Analysen.....	224
3.2.6	Compliance	227
3.2.7	Goal Attainment Scaling – Zielerreichung	229
3.3	Diskussion	233
3.3.1	Aufbau der Diskussion.....	233
3.3.2	Einführung und Vorbemerkung	233
3.3.3	Diskussion der Fragestellungen	234
3.3.4	Grenzen und Stärken der Studie	239
3.3.5	Zusammenfassung und Ausblick der kontrollierten Studie	240
3.3.6	Lektionen aus zwei Studien: Empfehlungen für die Evaluation von Achtsamkeitsprojekten im Gesundheitsbereich	241
3.3.7	Fazit: Einsatz von Achtsamkeitsinterventionen bei Gesundheitsfachkräften	245
	Literaturverzeichnis	247
	Tabellenverzeichnis	283
	Abbildungsverzeichnis.....	285
	Anhang.....	287

DANKSAGUNG UND WIDMUNG

Als erstes möchte ich ganz herzlich meinem Doktorvater Prof. Dr. Stefan Schmidt danken für die finanzielle und personelle Unterstützung sowie für die Möglichkeit, an den Herausforderungen und an der Schönheit dieses für mich sehr prägenden Projektes zu wachsen und in einer Atmosphäre intellektueller Freiheit wirken zu dürfen. Weiterhin möchte ich all meinen Kollegen/-innen aus der ehemaligen Abteilung für Komplementärmedizinische Evaluationsforschung an der Uniklinik Freiburg für die wundervolle Zusammenarbeit und ihre Unterstützung danken. Insbesondere möchte ich hier Britt Aldenkortt und Dr. Kathrin Simshäuser hervorheben.

Großer Dank gebührt auch unseren Kooperationspartnern/-innen: Prof. Lukas Radbruch, Martina Kern und Christian Wylegalla danke ich für ihre unschätzbare Unterstützung bei der Umsetzung der zwei Untersuchungen sowie für ihre zuverlässige Beratung in Fragen der Versorgungsforschung, der Palliativmedizin und der onkologischen Pflege. Der Maaßen-StiftungsgGmbH danke ich für die finanzielle Unterstützung während der ganzen Zeit meiner Doktorarbeit.

Yesche Udo Regel danke ich für seine Beratungen in Fragen im Zusammenhang mit dem Buddhismus. Ihm und Dr. Anette Saager sei für das Entwerfen und Vermitteln des hier untersuchten Trainings in besonderer Weise gedankt. Auch danken möchte ich Alf Martin, Kiran Hug, Elina Kramer, Jasmin Mauersberger, Malte Gutzeit und Robin Pregizer, die als wissenschaftliche Assistenten/-innen und Praktikanten/-innen die Durchführung der Projekte tatkräftig und kompetent unterstützt haben. Der qualitativen Interpretationsgruppe für Versorgungsforschung (Stephanie B. und Stephanie K., Laura, Ariane, Sabine und Jorun) und der Interpretationsgruppe der Sektion für Komplementärmedizinische Evaluationsforschung (Tam, Sarah, Andreas, Eva, Alf, Kiran und Bastian) sei auch herzlich gedankt für die schönen gemeinsamen Stunden, sequentieller und verlangsamter satzweiser Rekonstruktion. Dr. Jan Kruse der leider im Jahr 2015 von uns gegangen ist, danke ich herzlich für seine freundliche und inspirierende Beratung bei der Festlegung der Auswertungsstrategie. Ich danke auch den Experten/-innen für qualitative Forschung, die meine Arbeit begleitet haben: Dr. Stephanie Bethmann und Dr. Andreas Anton sei auch für ihre überaus kompetente Unterstützung gedankt.

Prof. Luise Reddemann und Prof. Shane Sinclair danke ich für ihre unheimlich wertvolle Unterstützung bei Fragen zu Mitgefühl in Medizin und Therapie.

Diese Dissertation konnte nur deswegen geboren werden, weil viele Menschen an mir liebevolle Arbeit geleistet haben. Ich danke meine Eltern: Lorena und Juan Ramón für ihren Glauben an mich sowie für das Mitgefühl und das Engagement, die sie mir und meinen Geschwistern stets vorgelebt haben. Sie haben wesentlich dazu beigetragen, dass ich mich für die in dieser Dissertation untersuchten Themen interessiere. Ihnen sowie dem Rest meiner Familie: Jorge Manrique, Samaria Isabel und Lucy Mariela, Zoe Alejandra und Nancy Xiomara danke ich für die Liebe und Hoffnung, die sie in schwierigen Momenten stets an mich herangetragen haben. Gracias por su amor.

Meine Freunde: Tobias Heine und Kathrin Simshäuser möchte ich von ganzem Herzen für ihre unermüdliche Unterstützung in den vergangenen Jahren danken, ohne die ich die lange Doktorarbeitstrecke sicher nicht geschafft hätte. Ich möchte ihnen und auch Waldemar Siemens für das engagierte Korrekturlesen meiner Arbeit danken. Waldemar Siemens möchte ich auch für den freundschaftlichen und überaus erfüllenden kollegialen Austausch in der Forschungsabteilung der Palliativklinik in Freiburg danken, der die letzte Etappe meiner Doktorarbeit bereicherte. Darüber hinaus möchte ich mich bei der ärztlichen Direktorin der Palliativklinik und der Leiterin der dortigen Forschungsabteilung, Prof. Gerhild Becker, für ihre freundliche Unterstützung bedanken.

Dr. Andreas Anton, Helga Jäger und Margarete Brinkmann, die die steinige Aufgabe der sprachlichen Korrekturen bei einer ausländischen Doktorandin übernahmen, danke ich auch von ganzem Herzen für ihre kompetente und unglaublich engagierte Arbeit. Schließlich danke ich Stephan Krouzek für seine unendliche Geduld und seine Hilfestellung in allen Lagen meines Lebens sowie in der Formatierung der Doktorarbeit. Josef Ulrich und Gisela Kehrl, die jahrelang eine zentrale Mentoren- und Vorbildsfunktion für mich hatten und noch immer haben, möchte ich ganz besonders für die Heiterkeit, die Verbundenheit und den geistreichen Austausch danken.

Schließlich geht ein ganz besonderer Dank an alle Mitarbeiter/-innen des Malteser Krankenhauses in Bonn und der Klinik für Tumorbologie in Freiburg, von denen ich viel gelernt habe.

Widmung

Diese Arbeit ist allen professionellen Helfern/-innen gewidmet, die trotz der Schwierigkeiten, die eine Tätigkeit im Gesundheitssystem mit sich bringt, täglich wirksame Hilfe leisten, der Menschen wegen.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine wachsende Anzahl an Studien zeigt, dass achtsamkeitsbasierte Programme sich als vorteilhaft in der Förderung der Gesundheit, der Selbstfürsorge und des psychologischen Wohlbefindens von Krankenhausmitarbeiter/-innen erweisen. Bei den gängigen Achtsamkeitsinterventionen werden in der Regel jedoch nur wenige Bemühungen unternommen, den Transfer des Erlernten in den Arbeitsalltag der Mitarbeiter/-innen zu gewährleisten. Es kann angenommen werden, dass genau dieser Punkt maßgeblich über den nachhaltigen Erfolg der Maßnahme entscheidet. Die Machbarkeit und die Effektivität einer weiteren Gruppe von achtsamkeitsbasierte Praktiken, die auf die Förderung und Aufrechterhaltung von Empathie und Mitgefühl abzielen, die sogenannten Mitgefühlspraktiken, wurden zudem bisher nur spärlich untersucht.

Diese Dissertation beschäftigt sich mit der Entwicklung und Evaluation einer Fortbildung für Krankenhausmitarbeiter/-innen, die sowohl Achtsamkeits- als auch Mitgefühlsübungen beinhaltet und direkt auf dem Arbeitsplatz implementiert werden kann. Hierfür wurde durch einen erfahrenen Meditationslehrer und eine erfahrene Meditationslehrerin ein zehn-wöchiges Programm konzipiert und auf die Bedürfnisse von Mitarbeitern/-innen im Krankenhaus ausgerichtet. Das Kernelement der Fortbildung besteht aus neun Praxistagen, in denen ein Meditationslehrer / eine Meditationslehrerin direkt im Krankenhaus die Kursinhalte vermittelt. Dabei werden den Mitarbeitern/-innen kurze Meditationen, Gespräche und Begleitungen während der Arbeit angeboten. Die Fortbildung umfasst formelle und informelle Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken (*Metta*-Meditation und *Tonglen*-Meditation). Zusätzlich werden Hilfestellungen für die Umsetzung in den Arbeitsalltag geboten. Diese Intervention wurde im Rahmen einer Pilotstudie mit Prä-Post-Design und einer kontrollierten Studie mit Stepped-Wedge-Design evaluiert.

An der Pilotstudie nahmen 28 Mitarbeiter/-innen aus dem multiprofessionellen Team eines Palliativzentrums teil. Der Fokus der Intervention lag während der Pilotphase auf den Mitgefühlspraktiken. Das primäre Ziel der Pilotuntersuchung bestand darin, die Machbarkeit dieses Ansatzes zu testen. Sekundäre Ziele waren die Exploration der Effektivität des Trainings sowie seine Einbettung in die subjektiven Perspektiven der Teilnehmer/-innen. Ein weiteres Ziel der Untersuchung war die Exploration der Bedingungen, die für die Aufrechterhaltung der Balance zwischen Mitgefühl und der eigenen Psychohygiene in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patienten/-innen förderlich sind.

Der Evaluationsansatz bestand in der Pilotstudie aus einer Mixed-Methods-Erhebung. Vor und nach dem Kurs wurden Selbstbeurteilungsverfahren eingesetzt und die Cortisol-Aufwachreaktion anhand von Speichelproben gemessen. Am Ende des Kurses wurden qualitative Interviews mit allen Teilnehmern/-innen durchgeführt.

In der Pilotstudie konnten signifikante Verbesserungen der Burnouts-Symptomatik, der Ängstlichkeit, des wahrgenommenen Stresses, der emotionalen Regulationskompetenzen sowie der Arbeitsfreude in einem kleinen bis mittleren Effektstärkenbereich festgestellt werden. Die Cortisolwerte zeigten keine statistisch signifikanten Verbesserungen auf. Zusätzlich wurden 85% der individuell gesetzten Ziele nach dem Kurs erreicht. Die Compliance und die Zufriedenheit mit der Intervention waren hoch. Was die wahrgenommene Wirksamkeit des Kurses angeht, ergab die qualitative Untersuchung eine Verbesserung der Selbstfürsorge, eine Integration von achtsamen Pausen in schwierigen Situationen auf der Arbeit, eine Verringerung von Ruminations Tendenzen, eine Verbesserung der interpersonellen Verbindungsfähigkeiten sowie der Kommunikation im Team.

Bezüglich der Implementierung des Kurses zeichnete sich innerhalb der qualitativen Untersuchung ein komplexes Bild ab: Obgleich der Kurs bei den Teilnehmern/-innen auf positive Resonanz und Offenheit stieß, war es den Mitarbeitern/-innen ein starkes Bedürfnis, sich als sehr achtsame Mitarbeiter/-innen zu positionieren. Die Interviews verdeutlichen, welche große Rolle Achtsamkeit und Mitgefühl in der Palliativmedizin spielen – gerade im Vergleich zu anderen Bereichen in der Medizin. Dies bezieht sich einerseits auf die Ausrichtung in diesem Bereich, die als stark patientenzentriert und Freiräume gewährend beschrieben wird und andererseits auf die konkrete Umsetzung dieser Ausrichtung in konkreten Arbeitsfähigkeiten und Fertigkeiten. Achtsamkeit wurde dabei als bewusstes Wahrnehmen sowie als Selbst- und Fremdfürsorge auf der Arbeit verstanden. Trotz dieser Positionierung als achtsam beschrieben die Mitarbeiter/-innen, Schwierigkeiten zu haben, die Kursübungen regelmäßig in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Befragten beschrieben eine Kluft zwischen dem „Stressmodus“ auf der Arbeit und dem, was sie in den Übungen erfuhren und umzusetzen versuchten. Der Stressmodus wurde häufig durch Druck und Fremdsteuerung charakterisiert und bspw. mit Metaphern von Einengung beschrieben, der Achtsamkeitsmodus dagegen mit Raummethaphern der Weite. Achtsamkeit als das Innehalten ohne einen triftigen Grund mitten im Arbeitsalltag zu praktizieren war oft nur möglich, wenn äußere und innere Umstände den Mitarbeitern/-innen halfen, aus dem Stressmodus auszusteigen. Äußere Umstände waren bspw. das Ertönen der Klangschale im Klinikflur, das Wahrnehmen von Pflichtterminen oder das Vorkommen von Zwangspausen wie z.B. das Warten an einer Supermarktkasse. Innere Maßnah-

men waren bspw. eine autoritäre innere Rede, welche die Mitarbeiter/-innen zum üben ermahnte.

Ein weiterer, förderlicher Umstand, der die Integration der Übungen auf der Arbeit erleichterte, war das ethisch motivierte Umsetzen der Übungen, z.B. bei der Begleitung eines emotional schwer betroffenen Angehörigen. Dies erklärt vermutlich, warum die Mitarbeiter/-innen trotz der beschriebenen Schwierigkeiten, die Übungen regelmäßig in den Arbeitsalltag zu integrieren, sich als sehr achtsame Mitarbeiter/-innen wahrnehmen: Der ethisch motivierte und anspruchsvolle Arbeitsauftrag zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität von schwerkranken und sterbenden Menschen ermöglicht den Mitarbeiter/-innen in dem Arbeitsalltag achtsam zu sein.

Das gemeinsame Element, das in allen Interviews das Gleichgewicht zwischen einer mitfühlenden Versorgung und der Erhaltung des eigenen Wohlbefindens beschrieb, war das Phänomen der professionellen Verbundenheit. Damit ist die Fähigkeit gemeint, in einem professionellen Rahmen Nähe herzustellen und zu regulieren. Professionelle Verbundenheit kann als die Fähigkeit definiert werden, sich bewusst und selbstreflektiert – wenn auch vorübergehend und im Rahmen des professionellen Auftrags – auf den Menschen, dem man hilft, einlassen zu können. Zentrale, dieser Definition zugehörige Aspekte, sind eine Begegnung auf der Ebene der geteilten Menschlichkeit im Sinne einer Zugehörigkeit zu etwas Gemeinsamem, der Respekt für die Selbstbestimmung der Patienten/-innen und Angehörigen, aber auch für die eigene Selbstbestimmung. Mitgefühl wurde dabei nur als einer neben anderen wichtigen Aspekten beschrieben, die für die Herstellung und erfolgreiche Regulation von Nähe im professionellen Kontext wichtig sind. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Mitarbeiter/-innen Mitgefühl als Synonym für Empathie verstehen und ihre Deutungsmuster von dem buddhistisches Mitgefühlskonzept als ethische Ausrichtung und als Wunsch, das Leid Anderer zu lindern, abweichen. Sie geben zwar explizit an, diese Ausrichtung zu haben, nennen sie aber nicht Mitgefühl. Diese kulturellen Unterschiede müssen in zukünftigen Projekten berücksichtigt und thematisiert werden.

In der zweiten Phase der Dissertation wurden die Ergebnisse der Pilotuntersuchung verwendet, um ein standardisiertes Manual zu erstellen. Das manualisierte Training wurde an 43 Pflegekräften aus 7 Abteilungen einer onkologischen Klinik anhand evaluiert. Die Abteilungen wurden einer von zwei Gruppen zugeteilt. Beide Gruppen bekamen zeitversetzt die Intervention, wobei den Interventionsperioden von beiden Gruppen jeweils eine Warteperiode vorgeschaltet wurde. In der zweiten Untersuchung hatte der evaluierte Kurs einen Fokus auf

Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl. Ein wöchentlicher Abendkurs und eine Fortbildungsveranstaltung wurden darüber hinaus als Trainingselemente hinzugefügt, um die Praxisintensität zu steigern. Der Vergleich der Interventionsphase von Gruppe 1 mit der Wartephase von Gruppe 2 zeigte eine signifikante Überlegenheit von Gruppe 1 in den Variablen Teamkommunikation, Freude auf der Arbeit und externale Kontrollüberzeugung. Der Prä-Post-Vergleich bezüglich der Interventionsphase von Gruppe 1 zeigt jedoch, dass diese Gruppe keine statistisch signifikanten Verbesserungen nach dem Kurs aufwies. Es muss erwähnt werden, dass das Krankenhaus während der Studienzeit Insolvenz anmeldete, was eine Interpretation der Ergebnisse erschwerte. Die Compliance in der zweiten Untersuchung war jedoch ebenfalls sehr hoch und die Mehrheit der individuell gesetzten Ziele der Teilnehmer/-innen konnte nach dem Kurs erreicht werden.

Insgesamt zeigen beide Studien, dass die Durchführung eines Achtsamkeit- und Mitgefühlkurses im Krankenhaus auch in einem Kontext mit einer hohen Belastungsdichte realisierbar ist. Auch konnten ein großes Interesse und ein hohes Maß an Motivation seitens der Teilnehmer/-innen verzeichnet werden. Die Reaktionen auf den Kurs waren am positivsten bei den Mitarbeitern/-innen des Palliativzentrums, die über eine hohe Arbeitszufriedenheit und Vertrauen in ihre Vorgesetzten berichteten. In der onkologischen Klinik dagegen konnten auch negative Reaktionen auf das Training verzeichnet werden. Einige Mitarbeiter/-innen deuteten den Kurs als einen Ersatz für ausbleibende Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen oder befürchteten, dass positive Studienergebnisse eine solche Verbesserung verhindern könnten. Diese kontextuellen Faktoren sollten bei der Implementierung von Achtsamkeitskursen auf dem Arbeitsplatz von Gesundheitsfachkräften berücksichtigt werden.

1. THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Überblick

Der theoretische Hintergrund der vorliegenden Dissertation besteht aus fünf Abschnitten. Der erste Abschnitt hat als Ziel eine Einführung in verschiedene Aspekte der berufsbedingten Belastung und Risiken, die mit einer Tätigkeit im Gesundheitssektor einhergehen, zu geben. Das Potenzial von Achtsamkeit- und Mitgeföhlpraktiken als Resilienzfördernde Maßnahmen in der klinischen Arbeit wird dabei hervorgehoben. Bevor es zu der empirischen Untermauerung dieser Praktiken kommt und um das Ausmaß ihrer Integration in den westlichen Kontext besser verstehen zu können, wird im zweiten Abschnitt der Versuch unternommen, die östlichen und westlichen Begriffe von Achtsamkeit und Mitgeföhl jeweils zu skizzieren und miteinander zu kontrastieren. Der dritte Abschnitt stellt einen kurzen Exkurs in eine der wenigen Untersuchungen zu den Erfahrungen mit Mitgeföhl in Deutschland dar. Daraufhin wird ein Überblick über die aktuelle wissenschaftliche Befundlage zu Achtsamkeits- und Mitgeföhlsinterventionen für Gesundheitsfachkräfte dargeboten. Der fünfte Abschnitt, in welchem der Bedarf für die vorliegende Studie dargestellt wird, rundet den theoretischen Hintergrund ab. An manchen Stellen des theoretischen Hintergrunds werden Erläuterungen aus den Publikationen von Orellana-Rios & Schmidt (2015) sowie von Orellana-Rios et al. (2017) aufgegriffen.

1.2 Die arbeitsbedingte Belastung in den Gesundheitsberufen

Laut dem Bericht *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland*, der vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2008) herausgegeben worden ist, haben Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen ein erhöhtes Risiko, an den Folgen ihrer Arbeitsbedingungen zu erkranken. In dieser Gruppe sind erhöhte Raten an Berufsausstieg, Burnout, Depression, Suchterkrankungen und Suiziden festzustellen. Zusätzlich erschweren die hohen Ideale und die Angst vor Stigmatisierung bei professionellen Helfern/-innen eine Erkennung und Behandlung der arbeitsbedingten Belastung (Kupper, Paulus, Gottschaldt, & Mundle, 2008). So lagen im Jahr 2014 die Berufe im Gesundheitswesen mit einem Krankenstandswert von 4.6% an der Spitze des DAK-Gesundheitsreports (DAK-Gesundheit, 2014).

Auch systematische Übersichtsarbeiten weisen auf die negativen Konsequenzen von Stress im Gesundheitswesen hin: Die Übersichtsarbeit von Lindeman, Laara, Hakko, & Lonnqvist (1996) zeigt, dass in 14 internationalen Studien die Suizidraten bei Ärzten zwischen 1.1 und

3.4 mal höher und bei Ärztinnen zwischen 2.5 und 5.7 mal höher als in der Allgemeinbevölkerung liegen. In den USA geben bis zu 60% der berufstätigen Ärzte/-innen an, an Burnout-Symptomen zu leiden (Krasner et al., 2009). Ebenso werden auch in Deutschland höhere Burnout-Werte bei Ärzten/-innen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen festgestellt (siehe z.B. Meßenzehl et al., 2006). In der Gruppe der Psychotherapeuten/-innen sind die Suizidraten um das Drei- bis Fünffache erhöht (Reimer, Jurkat, Vetter, & Raskin, 2005). Gleichermäßen ergab eine nationale Befragung deutscher Psychotherapeuten/-innen ($n = 1124$; Daniels, 2006), dass 29.1% der Befragten moderate bis schwere Symptome sekundärer Traumatisierung angeben.

Oftmals gehen Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen nach einigen Jahren zu einem anderen Berufszweig über, in dem sie weniger mit Patienten/-innen zu tun haben wie z.B. innerhalb des Verwaltungsbereiches (Cherniss, 1995). Neben dem großen Leid der Betroffenen gehen psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem durch Krankheitstage und Verlust an Leistungsfähigkeit einher (Sanderson & Andrews, 2006). Zudem sinkt die Qualität der Patientenversorgung, wenn das psychische Wohlbefinden von Gesundheitsfachkräften in Form von Fehlleistungen oder durch eine Störung der Behandler-Patienten-Beziehung beeinträchtigt ist (Angerer, Petru, Nowak, & Weigl, 2008). Arbeitsbedingte Belastungsfolgen wie Müdigkeit, Depressivität und Neigung zu Suchterkrankungen führten einer Befragung zufolge bei 36% der befragten Ärzten/-innen zu Behandlungsfehlern, darunter auch solchen mit Todesfolge (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997).

Insbesondere die arbeitspsychologischen Anforderungen an Pflegende sind komplex und anspruchsvoll. Neben umfangreichem Fachwissen in medizinischen, sozialen und rechtlichen Bereichen sind körperliche Fähigkeiten sowie hohe soziale und kommunikative Kompetenzen notwendig (Glaser & Höge, 2005). Nicht selten ist eine Folge dieser hohen Belastungen eine starke psychische und physische Beanspruchung oder sogar der Wunsch, aus dem Beruf auszusteigen (Hasselhorn, Müller, Tackenberg, Kümmerling, & Simon, 2005). Eine vermutlich maßgebliche Rolle dabei spielen Zeit- und Verantwortungsdruck sowie Rollenunsicherheit und mangelhafte Partizipation an Entscheidungsprozessen (Stolle, Gossmann, Rottländer, & Fischer, 2001).

Auch wenn zahlreiche Studien aufgezeigt haben, dass eine Tätigkeit im Gesundheitssektor mit erhöhten Belastungen einhergeht, spielt die Förderung der psychischen Gesundheit, der Arbeitszufriedenheit und des allgemeinen Wohlbefindens von Krankenhausmitarbeiter/-innen als Qualitätsmerkmal in der medizinischen Versorgung strukturell immer noch keine heraus-

ragende Rolle. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage nach möglichen Erklärungen. Cole und Carlin (2009) postulieren beispielsweise zu diesem Aspekt, dass in den letzten Jahrzehnten die Medizin zunehmend "dehumanisiert" worden ist. Dies meinen die Autoren/-innen in dem Sinne, dass immer präziser werdende technologische Prozeduren den Platz einer ganzheitlichen Behandlung der Person eingenommen haben. Vielfach wird beschrieben, dass eine enorme Erhöhung des Dokumentationsaufwands und administrativer Tätigkeiten mit einem deutlichen Personalabbau einhergehen, was sich beispielsweise in kürzeren Zeitspannen für die Kommunikation mit Patienten/-innen und Angehörigen widerspiegelt. So ergab eine Beobachtungsstudie, die in 36 Stationen der Uniklinik Freiburg durchgeführt wurde, dass von den 658.91 Minuten, aus denen der durchschnittliche Arbeitstag der Ärzte/-innen bestand, lediglich 85 Minuten in die Kommunikation mit Patienten/-innen und Angehörigen eingingen. Täglich standen den Ärzten/-innen im Durchschnitt 4 Minuten und 17 Sekunden pro Patient sowie 20 Sekunden für die Angehörigen zur Verfügung (Becker et al., 2010).

Zeitdruck ist studienübergreifend der Faktor, der die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen im Gesundheitssektor am stärksten negativ beeinflusst (siehe z.B. Linzer et al., 2000). Darunter leidet entsprechend auch die Kommunikation mit Patienten/-innen und Angehörigen (siehe z.B. Kerr, Engel, Schlesinger-Raab, Sauer, & Hölzel, 2003). Die Brisanz dieser Befunde wird besonders deutlich, wenn man die zahlreichen Studien betrachtet, die den positiven Einfluss von patientenzentrierter Kommunikation auf relevante Outcomes der Gesundheitsversorgung nahelegen. So stellte beispielsweise Stewart (2000) in ihrer Beobachtungsstudie mit 39 Allgemeinärzten/-innen und 315 ihrer Patienten/-innen fest, dass patientenzentrierte Kommunikation den Gesundheitszustand, die Patientenzufriedenheit und die Umsetzung von Therapiemaßnahmen verbessern kann, wodurch nicht zuletzt Kosten bei der Behandlung von Patienten/-innen gesenkt werden können.

Aus der sich mit den heutigen Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem kritisch auseinandersetzenden Literatur zeichnet sich also zusammengefasst das Bild, dass der Mangel an Zeit, sowie die Notwendigkeit, mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot umzugehen, Arbeitsstrukturen geschaffen haben, in denen Menschlichkeit und Mitgefühl immer weiter verdrängt worden sind. Die Folgen sind vielfach dokumentiert und ergeben ein Gesamtbild der Arbeit von Fachkräften im Gesundheitssystem, das von steigenden Arbeitsanforderungen, Veränderungen von Handlungsspielräumen, Rollenunklarheiten, mangelnder sozialer Unterstützung, Stress, persönlicher Vulnerabilität, Konflikten mit Kollegen/-innen und Führungskräften sowie körperlichen Beschwerden geprägt ist. (Hülsman, 2008; siehe auch Müller, 2000)

Diese Herausforderungen lassen es notwendig erscheinen, strukturelle und individuelle Ansätze zu entwickeln, welche diesen beschriebenen Bedingungen und ihren Folgen entgegenwirken können und sich an die jeweiligen Bedürfnisse der Mitarbeiter/-innen in verschiedenen Bereichen der Medizin orientieren. In den folgenden Kapiteln wird die Studienlage zur Belastung und zum Wohlbefinden von multidisziplinären Palliativteams und onkologischen Pflegekräften, die die Untersuchungspopulationen dieser Doktorarbeit darstellen, näher geschildert.

1.2.1 Die Belastung palliativmedizinischer Teams

Die Versorgung von chronisch kranken und sterbenden Menschen stellt aufgrund der Komplexität der Aufgaben und der notwendigen emotionalen Hinwendung eine besondere Herausforderung dar. Das erklärte Ziel der Palliativmedizin ist es, Patienten/-innen mit einer unheilbaren und fortgeschrittenen Erkrankung sowie deren Angehörigen eine möglichst hohe Lebensqualität zu gewährleisten. Dabei sollten mit Bezug auf die Empfehlungen der WHO (1996) physische und psychische Symptome gelindert sowie soziale, emotionale und spirituelle Bedürfnisse berücksichtigt werden. Trotz der Herausforderungen, die diese komplexe Art der Versorgung darstellt, geht die Arbeit im palliativen Bereich bei vielen in diesem Feld Tätigen mit Erfahrungen von persönlicher Erfüllung und einer hohen Arbeitszufriedenheit einher (Vachon, 1995). Entgegen der möglichen intuitiven Erwartung, die Laien bezüglich der Arbeit mit sterbenden Menschen haben könnten, wird von den Mitarbeiter/-innen in der palliativmedizinischen Versorgung oftmals berichtet, dass die konstante Konfrontation mit dem Tod dazu beitragen kann, ein achtsameres Leben zu führen, sinnstiftende Erfahrungen zu machen sowie Spiritualität zu kultivieren (Sinclair, 2011).

Stressoren, welche diesem Arbeitsfeld inhärent sind, können jedoch die Gesundheit und das psychologische Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen beanspruchen und zu Burnout oder anderen Arten von psychischer Belastung führen (Müller, Pfister, Markett, & Jaspers, 2009; Slocum-Gori, Hemsworth, Chan, Carson, & Kazanjian, 2013; Whitebird, Asche, Thompson, Rossom, & Heinrich, 2013). Dies wird nicht zuletzt mit der potentiell sekundärtraumatisierenden Wirkung in Zusammenhang gebracht, die mit der Arbeit mit Sterbenden einhergehen kann (Teegen & Müller, 2000). So fanden O'Mahony, Gerhart, Grosse, Abrams, & Levy (2016) heraus, dass Palliativ-Fachkräfte eine viermal höhere Lebenszeitprävalenz für eine posttraumatische Belastungsstörung aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Den Autoren zufolge ergibt sich dieses erhöhte Risiko aus der konstanten Behandlung traumatisierter Patienten/-innen, dem wiederholten Miterleben des Sterbeprozesses sowie aus der Mitverantwortung schwieriger Entscheidungen am Lebensende.

Eine große deutschlandweite Befragung (Müller et al., 2009) von multidisziplinären Teams auf Palliativstationen ($n = 873$) untersuchte belastende Faktoren in der palliativen Arbeit. Diese Studie zeigte, dass 51% der Mitarbeiter/-innen sich stark bis sehr stark belastet fühlten, wenn sie die Behandlungsansprüche der Palliativmedizin nicht erfüllen konnten wie beispielsweise die Versorgung psychosozialer oder spiritueller Bedürfnisse. Des Weiteren identifizierten 47.2% der Befragten Aspekte der Beziehung zu Patienten/-innen und Angehörigen als einen stark bis sehr stark belastenden Faktor, so beispielsweise die Regulation von Nähe und Distanz oder die Versorgung von Patienten/-innen mit Kleinkindern. Zudem empfanden 42.6% der Mitarbeiter/-innen eine Häufung von Todesfällen pro Zeiteinheit als stark bis sehr stark belastend. Als häufigste Belastungssymptome gaben die Befragten Überredseligkeit, Reizbarkeit sowie erhöhte Spannungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Team an. Ebenfalls mit der Thematik befasste sich eine kanadische Untersuchung (Fillion et al., 2014) mit palliativmedizinischer Pflegekräfte mehrerer Intensivstationen ($n = 42$). Die Autoren/-innen stellten fest, dass neben organisationalen und professionellen Faktoren emotionale Faktoren eine wichtige Belastungsquelle darstellen. Schwierigkeiten bei der Regulation von Emotionen wurden von den Befragten z.B. in Situationen berichtet, in welchen ein moralischer Konflikt bestand, sowie bei häufiger Konfrontation mit Leid.

Aus den Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass die Förderung von Resilienz und Selbstfürsorge im palliativmedizinischen Bereich eine wichtige Aufgabe ist. Dies gilt insbesondere für kritische Aspekte der Beziehungsgestaltung mit Patienten/-innen und Angehörigen, die man in der Palliativmedizin vermutlich bislang unterschätzt hat (vgl. Meier & Beresford, 2006; Müller et al., 2009)

1.2.2 Die Belastung onkologischer Pflegekräfte

Nach Duarte und Pinto-Guveia (2016) gehören onkologische Pflegekräfte zu der am meisten durch arbeitsbedingten Stress und Burnout beeinträchtigten Berufsgruppen. Wie internationale Studien zeigen (Barrett & Yates, 2002; Bram & Katz, 1989), kann die Prävalenz von Burnoutsymptomen bei onkologischen Pflegenden bis zu 70% betragen. Auch weist diese Berufsgruppe sehr hohe Raten an Erschöpfung durch Empathie (sog. *compassion fatigue*), Stress, Burnout und Symptome sekundärer Traumatisierung auf (Glaus, 2007; Najjar, Davis, Beck-Coon, & Carney Doebbeling, 2009; Quinal, Harford, & Rutledge, 2009; Sermeus et al., 2011; Toh, Ang, & Devi, 2012).

Onkologische Pflegekräfte stehen täglich im nahen Kontakt mit belasteten und oftmals traumatisierten Patienten/-innen sowie mit hilflosen und verängstigten Angehörigen. Sie werden

täglich mit komplexen Krankheitsbildern, anspruchsvollen Behandlungsregimes und ethisch-moralisch schwierigen Therapieentscheidungen konfrontiert. (Hänel, 2015)

Untersuchungen wie z.B. der DAK-BGW Gesundheitsreport (DAK, 2005) berichten ebenfalls von einer hohen Belastung von Pflegekräften in Deutschland. Darin zeigt sich, dass 38% der Mitarbeiter/-innen im Pflegebereich sehr oft unter Zeitdruck arbeiten, Pausen nicht einhalten können und häufig in ihrer Arbeit unterbrochen werden. Auffällig ist in diesem Report die hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen durch Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen in dieser Berufsgruppe. Wie Hülsman (2008, S. 66 f) anmerkt, hat sich die Berufsrolle der Pflegekräfte in Deutschland in den letzten Jahrzehnten massiv verändert: Pflegenden müssen auf zunehmende und widersprüchliche Anforderungen flexibel reagieren können und dabei die Patienten/-innen und sich selbst nicht aus dem Auge verlieren. So wird z.B. erwartet, dass sie ganzheitliche Behandlungsansätze anstreben und gleichzeitig mit der immer kürzeren Verweildauer von sehr kranken Patienten/-innen zurechtkommen. Sie sollen in Einrichtungen, die oft keine entsprechenden Ressourcenstrukturen im System bereitstellen, interdisziplinär arbeiten und an Teamkonferenzen und Fallbesprechungen teilnehmen. Schließlich sollen sie patientenzentriert arbeiten, obwohl für psychosoziale Zuwendungen meistens die Zeit fehlt (ebd.).

Auch ist die Rolle der Gefühlsarbeit, die Pflegekräfte leisten, lange unterschätzt und relativiert worden. Dabei sind Gefühle *Arbeitsgegenstand* (z.B. Gefühle von Patienten/-innen und Angehörigen), *Arbeitsmittel* (z.B. Einfühlung und Verständnis) und *Arbeitsbedingung* (z.B. Umgang mit eigenen, nicht erwünschten Emotionen wie Ekel oder Ärger) in der Pflege. Diese emotionalen Herausforderungen treten jedoch, anders als bei therapeutischen Gesprächen oder Beratungsgesprächen mit einem strukturierten Rahmen, spontan während der Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten auf. Das bedeutet, dass die Gefühlsarbeit aus dem Augenblick heraus, implizit und individuell von den Pflegenden erbracht wird. (Overlaender, 2015)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass obgleich die Belastungsschwerpunkte bei Mitarbeiter/-innen im palliativen und onkologischen Bereich unterschiedlich sind, die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden bei den Mitarbeiter/-innen dieser beiden Berufsgruppen ein wichtiges gemeinsames Ziel darstellt.

1.2.3 Nähe, Empathie und Mitgefühl

Als ein zentrales Belastungsmoment in den sozialen Berufen benennt der Soziologe Jan Kruse (2004) das Nähe-Distanz-Problem, welches zu jenen Berufsfeldern gehört, die sich an der Schnittstelle Mensch-Mensch bewegen. Gemeint ist, dass bei der Ausübung sozialer Berufe

einerseits stets eine professionelle Distanz gewahrt werden muss, während auf der anderen Seite der Aufbau von Vertrauen für die Arbeitsbeziehung von großer Relevanz ist. Hierbei kann Vertrauen wiederum nur dann entstehen, wenn manche Distanzaspekte negiert werden und Nähe vorhanden ist. Als Ergebnis benennt Kruse (ebd.) ein oft ambivalentes und delikates Beziehungsmanagement.

Das Bewahren einer professionellen Distanz ist eine weit verbreitete Empfehlung, um die Belastung durch arbeitsbedingten emotionalen Stress zu reduzieren (siehe z.B. Cherny, Werman, & Kearney, 2015; Hall, 2011). Eine überwiegend schutzorientierte Bewältigungsstrategie kann jedoch langfristig negative Folgen für die Fachkräfte haben (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Marr, 2009). So legt eine neuere Studie nahe, dass Mitarbeiter/-innen in palliativen Einrichtungen, die dazu tendieren, ihr subjektives Erleben zu vermeiden oder zu unterdrücken (engl. *experiential avoidance*), einem höheren Risiko für Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgesetzt sind (O'Mahony et al., 2016). Eine andere, kritisch beurteilte Bewältigungsstrategie für diese Anforderung ist, eine eher unempathische Haltung anzunehmen. Eine solche Schutzstrategie gegen Stress durch ungünstige Bedingungen und aus „Angst vor dem Zuviel“ stellt jedoch nicht immer eine Entlastung dar. Stolle et al. (2001) postulieren in diesem Zusammenhang, dass belastende Eindrücke, die zunächst bewusst ausgeblendet werden, aufgrund ihrer unzureichenden Verarbeitung zu intrapsychischen Spannungen führen können. Darüber hinaus kann es zu einem Mangel an notwendiger Empathie in der Begegnung mit den Patienten/-innen kommen (West, Huschka, & Novotny, 2006). Gleichwohl sind Empathie und Mitgefühl für den positiven Verlauf der Behandlung sowie für Patientenzufriedenheit und -wohlbefinden von entscheidender Bedeutung (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, & Kleijnen, 2001; Lelorain, Brédart, Dolbeault, & Sultan, 2012). Die Schlüsselfrage, die sich aus diesem Dilemma ergibt, ist folgende: Wie kann die Gratwanderung gelingen, einerseits bezogen und mitfühlend zu sein und andererseits die eigenen Grenzen und Ressourcen nicht aus den Augen zu verlieren?

Von zentraler Bedeutung sind für die Annäherung an diese Frage die Konzepte von Empathie und Mitgefühl, zu deren Differenzierung die neurowissenschaftliche Forschung der letzten Jahre stark beigetragen hat. Hier sind insbesondere die bildgebenden Untersuchungen von Tania Singer und ihrem Forschungsteam anzuführen. Singer & Lamm (2009) unterscheiden zwischen Empathie und Mitgefühl und definieren Mitgefühl als etwas, was einen Schritt über Empathie hinausgeht. Empathie kann, so die Autoren/-innen, als das *Mit-dem-anderen-fühlen* verstanden werden und ist als solches eine Voraussetzung für Mitgefühl. Mitgefühl dagegen wird als das *Fühlen-für-den-anderen* definiert. Gemäß Singer & Klimecki (2015) kann eine

übermäßige empathische Resonanz mit dem Leid anderer eine stark aversive Erfahrung, den so genannten *empathic distress*, auslösen. Damit ist eine *selbstorientierte* Emotion gemeint, die mit starken Bemühungen einhergeht, sich selbst vor den negativen Gefühlen und dem Stress zu schützen, die durch das stellvertretende Mitleiden mit anderen entstehen. Im Gegensatz dazu definieren die Autoren/-innen Mitgefühl als eine *sozialorientierte* Emotion und Motivation, bei welcher dem Leid anderer bewusst mit positiven und warmen Gefühlen begegnet wird. Beim Mitgefühl wird man demnach nicht vom Leid überwältigt und ist somit weiterhin in der Lage, absichtsvoll zu handeln. Dies weist auf eine wichtige Voraussetzung von Mitgefühl hin, nämlich auf die Fähigkeit zur emotionalen Regulation (Decety, 2011).

Weiterhin legen einer Reihe von Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren nahe, dass jeweils unterschiedliche Netzwerke im Gehirn aktiviert werden, wenn Teilnehmer/-innen entweder nach einem kurzen Empathie- oder nach einem kurzen Mitgefühlstraining in Form von Bildern oder Videos mit dem Leid anderer konfrontiert werden (Klimecki, Leiberg, Lamm, & Singer, 2013; Klimecki, Leiberg, Ricard, & Singer, 2014). In diesen Studien nahm eine Gruppe von Teilnehmer/-innen zuerst an einem Empathietraining teil, bevor sie sich einem meditationsbasierten Mitgefühlstraining unterzogen. Das bloße Trainieren der empathischen Fähigkeiten aktivierte bei diesen Teilnehmer/-innen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe Gehirnregionen, die mit negativem Affekt und Schmerzempathie assoziiert werden. Diese Effekte konnten nach der Teilnahme an einem Mitgefühlstraining rückgängig gemacht werden: Die Probanden/-innen berichteten, während der Konfrontation mit Leid positive Gefühle empfinden zu haben und zeigten zudem im Rahmen eines experimentellen Paradigmas ein signifikant erhöhtes Ausmaß an prosozialem Verhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Darüber hinaus konnte eine Aktivierung in neuronalen Netzwerken beobachtet werden, welche mit positiven Emotionen und Bindungsverhalten zusammenhängen. Die Autoren/-innen folgerten daraus, dass ein kontemplatives Training von Mitgefühl dabei helfen kann, emotionaler Erschöpfung vorzubeugen, prosoziales Verhalten zu fördern und Gefühle von Verbindung und Liebe zu stärken, wenn Menschen mit dem Leid anderer konfrontiert werden (Singer & Bolz, 2013).

Weiteres zur empirischen Beweislage von Achtsamkeit und Mitgefühlspraktiken wird in Kapitel 1.3 erläutert. Vor der empirischen Untermauerung dieser Praktiken und um das Ausmaß ihrer Integration in den westlichen Kontext besser verstehen zu können, wird im Folgenden der Versuch unternommen, die östlichen und westlichen Begriffe von Achtsamkeit und Mitgefühl jeweils zu skizzieren und miteinander zu kontrastieren.

1.3 Linguistische Landschaften¹: zur Begriffsbestimmung und Transkulturalität von Achtsamkeit und Mitgefühl

„Die Bedeutung eines Wortes
ist sein Gebrauch in der Sprache.“

Ludwig Wittgenstein (2003)

Die subjektiven Konzepte von Gesundheit, Krankheit und Heilung sind eng mit der eigenen Kultur und ihrem Ausdruck in Kommunikation und Sprache verbunden. Nach Reckwitz (2005) kann der Kulturbegriff vier verschiedenen Definitionen zugeordnet werden: einer normativen, einer holistischen, einer differenzierungstheoretischen und einer bedeutungsorientierten Definition. Mit dem normativen Begriff wird mit Kultur eine speziell ausgezeichnete Lebensweise beschrieben, die auf der Unterscheidung zwischen Kultiviertem und Nicht-Kultiviertem fußt. Der holistische Kulturbegriff hingegen versteht Kultur(en) als spezifische Lebensweise(n) einzelner Kollektive, wobei Kultur(en) hierdurch entuniversalisiert und vielmehr die Diversität menschlicher Lebensformen betont werden. Im Rahmen der differenzierungstheoretischen Kulturtheorien wiederum wird eine Kultur als ein funktionales Subsystem der Gesellschaft verstanden, welchem die Aufgabe der Tradierungen und Neuentwicklung von Weltdeutungen zukommt. Ein bedeutungstheoretisches Kulturverständnis schließlich umfasst jenen Kulturbegriff, auf den sich moderne Kulturtheorien größtenteils beziehen: Menschliches Verhalten entsteht vor dem Hintergrund symbolischer Ordnungen, Sinnsysteme und Formen der Weltinterpretation. Bedeutungstheoretische Kulturtheorien unterscheiden sich nochmals untereinander darin, dass sie Sinnsysteme entweder in mentalen Strukturen, in Diskursen und Texten oder auf der Ebene sozialer Praktiken verorten und diese jeweils darin analysieren (Reckwitz, 2005).

Auch wenn Kommunikationsprozesse sowohl in individuelle als auch kollektive Kontexte eingebettet sind, spielt gerade kollektives Wissen bzw. der daraus gestiftete Sinn eine zentrale Rolle als handlungsorientierende Instanz. Karl Mannheim (Mannheim & Wolff, 1964) unterscheidet hierbei drei Arten von Wissen. Die erste ist demnach *kommunikativ-generalisiertes*

¹ Der Begriff „Linguistic Landscapes“ wurde entlehnt und stellt keinen Verweis auf das gleichnamige Fach dar, welches sich mit dem Gebrauch von Schrift im öffentlichen Raum beschäftigt (siehe z.B. Gorter, Marten, & Mensel, 2012).

Wissen. Damit sind allgemeingültige Wissensbestände gemeint, die für die alltägliche Verständigung notwendig sind. Die zweite Art ist *konjunktives Erfahrungswissen*, das in konkreten familiären Gruppen und milieuspezifischen Räumen angeeignet wird. Die dritte Art ist *idiosynkratisches, sinnliches Wissen*, das im Rahmen individueller Erfahrungen erlangt wird (Kruse, 2015; S. 448-449).

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, Wissen über die erste Art der kommunikativ-generalisierten Deutungsmuster von Achtsamkeit und Mitgefühl in Osten und Westen zu gewinnen. Ziel ist es dabei die Transkulturalität dieser Begriffe besser verstehen zu können. Dies stellt in Anbetracht der wachsenden Popularität von Achtsamkeitskursen und -fortbildungen ein wichtiges und lohnenswertes Ziel dar. In diesem Zusammenhang betont Schröder (2010), dass ein transkultureller Wissenschaftsdiskurs nicht nur ein „Nebeneinander unterschiedlicher Konzepte“ bedeutet, sondern ein „wirkliches Miteinander“ und die Herausbildung des transkulturell Gemeinsamen (S. 530). Demzufolge erscheint hier eine Analyse der kulturgebundenen Deutungsmuster, welche die Gemeinsamkeiten wie auch Unterschiede der östlichen und der westlichen Achtsamkeit- und Mitgefühlspraktiken klar formuliert und zueinander in Bezug bringt, unerlässlich.

1.3.1 Östliche Definition von Achtsamkeit: *sati* oder die rechte Achtsamkeit

Nach Schmidt (2011) kann nach buddhistischer Auffassung Achtsamkeit als das Gewahrsein des gegenwärtigen Augenblicks mit einer gewissen geistigen Weite definiert werden, bei der der Praktizierende versucht zu beobachten, ohne einzugreifen.

Achtsamkeit ist die deutsche Übersetzung für das Pali-Wort *sati*, das wörtlich übersetzt *Erinnerung* bedeutet. Die Lehre und Praxis von *sati* spielt im Buddhismus eine fundamentale Rolle. Die spirituelle Tradition des Buddhismus ausführlich zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Dissertation sprengen. Daher werden hier lediglich jene Aspekte erläutert und diskutiert, die für das Verständnis des kulturellen Transfers von *sati* von Relevanz sind. Einführend kann gesagt werden, dass der Buddhismus mit einer Geschichte von circa 2500 Jahren eine der ältesten spirituellen Traditionen der Welt ist, in welcher die Aufhebung von Leid und die Entwicklung von Mitgefühl gegenüber allen Lebewesen angestrebt werden. Ein Schwerpunkt der buddhistischen Philosophie ist die Betonung der Verbundenheit und Interdependenz aller Dinge. Demgemäß ist das Wohlbefinden eines Menschen eng mit dem Wohlbefinden aller anderen Menschen verbunden und nicht nur als abstraktes Konzept zu verstehen (Scherwitz, Pullman, McHenry, Gao, & Ostaseski, 2006).

Das buddhistische Konzept von Leid ist viel umfassender als das westliche Pendant, in welchem Leid als das Erfahren somatischer oder psychologischer Schmerzen definiert wird. Für den Buddha (Pali = der Erwachte) ist Leid ein inhärentes Merkmal aller lebendigen Wesen, welche die eigentliche Natur des Selbst und der Wirklichkeitsphänomene noch nicht erkannt haben. Deswegen kann im Buddhismus der Begriff *Leid* mit Begriffen wie *getäuscht* oder *unwissend* ersetzt werden (Van Gordon, Shonin, Griffiths und Singh, 2015). Dementsprechend ist es im Buddhismus die *persönlich erfahrene* Einsicht, welche zur Befreiung vom Leid führt (Schmidt, 2015a). Erfahrung ist das zentrale erkenntnistheoretische Hilfsmittel im Buddhismus. Hierin spielt *sati* eine besondere Rolle, da sie zu unverzerrter, direkter Erfahrung der Dinge führen soll (Analayo, 2010). *Sati* ist ein zentraler Teil des sogenannten *Acht-fachen Pfades*, eine Anweisung des Buddhas zur Befreiung vom Leid. Älteste Hinweise auf *sati* befinden sich insbesondere in der Lehrrede der „*Grundlagen von Achtsamkeit: das Satipatthana-Sutta*“, welche Teil des Pali Kanons ist. Darin beschreibt der Buddha keine Konzepte, sondern eine Meditationspraxis, die er als den direkten Weg zum Erwachen bezeichnete.

Das *Satipatthana-Sutta* beschreibt eine Meditationspraxis, die sich auf der Betrachtung der vier *Satipatthanas* oder der vier Grundlagen gründet. Angefangen mit der Betrachtung rudimentärer Körpererfahrungen wie Atem, Haltung und Aktivitäten, geht man mit fortschreitender Praxis zu den anatomischen Aspekten der *Körpererfahrung* über. Dies bildet ein gutes Fundament für die differenzierte Beobachtung von *Empfindungen*, welche zu Beginn entsprechend ihrer Valenz bezeichnet (angenehm, unangenehm, neutral) und später nach ethischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Von dieser Praxis aus geht man zur Betrachtung von sogenannten heilsamen und unheilsamen *Geisteszuständen* über, bevor schließlich die verfeinerte Betrachtung wichtiger Lehrreden des Buddhas stattfindet. Im Fokus der Übung liegt hierbei jedoch nicht das Objekt der Betrachtung, sondern die Entwicklung einer ausgeglichenen Haltung, welche jegliche Situationen achtsam und gegenwärtig begleitet. Diese Haltung sollte an bestimmte Qualitäten geknüpft sein. (Analayo, 2010)

Um den philosophischen Kontext der *Satipatthana* Übung besser verstehen zu können, werden im Folgenden diese Qualitäten beschrieben. Hauptquelle ist das Buch von Bikkhu Analayo (ebd.), einem buddhistischen Mönch und Professor für Buddhismuskunde, der auf der Basis vergleichender Analysen verschiedener buddhistischer Texte eine anschauliche Abhandlung der Praxis von *Satipatthana* verfasst hat. Weitere Quellen werden im Text verzeichnet.

Qualitäten der *Satipatthana*-Praxis

1. Betrachtend (*anupassati*)

Mit Betrachten ist in diesem Kontext das wiederholte Ansehen oder das genaue Beobachten eines Objekts aus einer bestimmten Perspektive gemeint. Diese Art der Betrachtung ist mit bestimmten Qualitäten verknüpft: der unmittelbaren Wahrnehmung durch die Sinne, der Kontemplation der Vergänglichkeit der Meditationsobjekte und der Loslösung von Konzepten wie „Ich“ und „Mein“.

2. Unermüdlich (*atapi*)

Unermüdlichkeit bezieht sich auf die Komponenten von Anstrengung, Bestimmtheit und unerschütterlichem Engagement, welche der Buddha als notwendige Voraussetzungen für das Erwachen ansah. Jedoch ist damit nicht Anstrengung im Sinne von Belastung und Strapazen gemeint. Die Anstrengung beim Üben sollte weder übermäßig noch geringfügig, sondern in Form einer ausgewogenen Hingebung erfolgen, die sofort zum Meditationsobjekt zurückkehrt, wenn die Aufmerksamkeit abgewandert ist.

3. Wissensklar (*sampajana*)

Sampajāna ist eine Form von Bewusstsein auf der Meta-Ebene und bedeutet, dass man den Zweck, die Aktualität und die Geeignetheit dessen versteht, was man gerade tut (Wallace, 2008).

4. Achtsam (*sati*)

Das Wort *sati* ist verwandt mit dem Verb „sich erinnern“ und wird oftmals in den Lehrreden als Erinnerungsfähigkeit beschrieben. Jemand, der *sati* besitzt, wird in den Lehrreden oft als jemand bezeichnet, der in Bezug auf den gegenwärtigen Augenblick hellwach und innerlich gesammelt ist. Aufgrund dieser Art von Geistesgegenwart wird „alles, was getan oder gesagt wird, vom Geist klar erfasst, und man kann sich daher später leichter daran erinnern.“ (Analayo, 2010, S. 61).

5. Frei von Verlangen und Betrübnis (*vineyya abhijja-domanassa*).

Diese Qualität weist auf das Entwickeln von geistiger Gelassenheit sowie eines konzentrierten Geistes hin. Sie geht einher mit Qualitäten von Geistesruhe und Zufriedenheit, welche für die Meditationspraxis von zentraler Bedeutung sind und die sich außerdem als Ergebnis erfolgreichen Übens einstellen.

Insgesamt lässt sich aus den Beschreibungen der Praxis entnehmen, dass *sati* eine nicht-verstrickte, losgelöste Empfänglichkeit darstellt, welche nicht aktiv in Situationen eingreift oder mit diesen interagiert. Vielmehr bietet *sati* die Grundlage, um angemessene Handlungsschritte zu unternehmen, da sie eine unvoreingenommene und nicht-reagierende Betrachtung ermöglicht. Deswegen wird *Satipatthana* als „mittlerer Pfad“ bezeichnet, da sie *rechte* Handlungen fördert, welche nicht von den beiden Extremen des Unterdrückens auf der einen Seite oder des Reagierens auf der anderen gelenkt werden. Daher ist *sati* nicht einfach eine weitere Meditationstechnik, sondern eine ethische und geistige Haltung, eingebettet in einen reichen spirituellen Kontext. Im Folgenden wird die Übertragung dieser Praxis in westliche Kontexte dargestellt.

1.3.2 Übertragung östlicher Achtsamkeitskonzepte in die westliche Kultur

In den späten Siebzigerjahren des vorigen Jahrhunderts entwickelte der amerikanische Molekularbiologe Jon Kabat-Zinn den Wunsch, seine wohltuenden Erfahrungen während eines Meditationsretreats an Menschen fern der üblichen Meditationskreise weiterzugeben (Huxter, 2015). Aus Kabat-Zinns Erfahrungen mit buddhistischer Meditation entstand das *Mindfulness-Based-Stress-Reduction-Programm* (MBSR). Ursprünglich für Schmerzpatienten/-innen konzipiert, dient MBSR als eine verhaltensmedizinische Intervention der verbesserten Stressbewältigung. Mit der Absicht, der von ihm entwickelten Intervention einen besseren Zugang ins Gesundheitssystem zu verschaffen, löste Kabat-Zinn die darin vermittelte Praxis von ihrem buddhistischen Hintergrund und gab ihr damit eine säkulare Form. Es folgten erste Evaluationsstudien mit guten Ergebnissen auf Parameter der Schmerz- und Stressbewältigung (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985).

Auch durch die empirischen Erfolge erfolgte rasche Verbreitung von MBSR, dies auch zunehmend für unterschiedliche Patientengruppen. Bis heute hat die Praxis der Achtsamkeit enorm an Popularität gewonnen. Ihr Status in der Gesellschaft hat sich von einer heterodoxen Gesellschafterscheinung bis fast hin zu einem Mainstream-Phänomen gewandelt. Bevor Jon Kabat-Zinn das MBSR-Curriculum entwickelte, hatte es bereits zahlreiche Versuche gegeben, buddhistische Ansätze in die westliche Kultur einzuführen. So wurden buddhistische Texte bereits Anfang des 19. Jahrhunderts in Europa sehr populär. Den vermutlich größten Einfluss auf ihre Verbreitung übten jedoch die kulturellen Veränderungen in den USA im Rahmen der Hippie-Bewegung in den 60er und 70er Jahren aus (Schmidt, 2015a). Damals, stellten die buddhistische Lehren eine Methode der Selbsttransformation dar, die keiner Beachtung von theologischen oder metaphysischen Glaubenssätzen bedurfte (Puhakka, 2015). Bezüglich der

Definition von Achtsamkeit spricht Kabat-Zinn (2003) von einem Bewusstseinsmodus, bei dem die Aufmerksamkeit absichtsvoll und auf eine nicht-wertende Weise auf das gegenwärtige Erleben gerichtet wird. In dieser Definition lassen sich zwei Hauptkomponenten erkennen: *Präsenz und Akzeptanz*. Zudem benennt Kabat-Zinn als weitere Qualitäten der Übung, welche mit dieser Art der Aufmerksamkeit einhergehen sollten, Geduld, Anfängergeist, Vertrauen und Loslassen. Kabat-Zinns Beschreibung offenbart eine Mannigfaltigkeit an psychologischen Prozessen, die aus der so aufgefassten Achtsamkeit ein schwer zu operationalisierendes Konstrukt machen. Aus diesem Grund wurden weitere Bemühungen unternommen, die Definition von Achtsamkeit als psychologisches Konstrukt für den wissenschaftlichen Gebrauch zu präzisieren. Beispiel hierfür ist das Konsensustreffen in Toronto im Jahr 2004 (Schmidt, 2015a). Die verschiedenen Modelle von Achtsamkeit, die sich aus diesen Bestrebungen ergeben haben, haben vor allem zwei Aspekte gemeinsam: die *Selbstregulation der Aufmerksamkeit* durch eine Fokussierung auf den Moment und die *Orientierung an der Erfahrung*. Der zweite Aspekt beinhaltet Qualitäten wie Neugierde, Offenheit und Akzeptanz gegenüber dem, was man gerade erfährt (Bishop et al., 2004). Wenn diese Definition von Achtsamkeit mit den Praxisbeschreibungen in der *Satipatthana-Suta* verglichen wird, werden große Unterschiede sichtbar. Der erste Unterschied ist, dass die Beschreibung des vielschichtigen Gefüges, in welches *sati* eingebettet ist, in den westlichen Definitionen nur minimal angesprochen wird. Menschen, die im Westen im klinischen, pädagogischen oder betrieblichen Kontext ein Achtsamkeitstraining durchlaufen, werden mit dieser Komplexität nicht konfrontiert. In der Regel werden sie nicht darin unterwiesen, einen bestimmten ethischen Kodex einzuhalten (Stanley, 2015). Dementsprechend sehen moderne Buddhismus-Experten/-innen nur eine geringe Überlappung zwischen der westlichen, säkularen und der östlichen, spirituellen Definition von Achtsamkeit. Das psychologische Konstrukt von Achtsamkeit gleiche einem Aspekt, der im modernen Buddhismus als „reine Aufmerksamkeit“ (Pali: *manasikara*) definiert werde (Wallace, 2008, S. 60). *Manasikara* oder „geistiges Aufmerken“ bezieht sich spezifisch auf die Sekundenteile, in denen man anfängt, etwas zu erkennen und zu identifizieren. Es beinhaltet einige Aspekte von *sati*, darunter auch das Potential zur Entautomatisierung geistiger Mechanismen. Dieser kurzen Aufmerksamkeitsspanne wird erst durch *sati* Tiefe und Klarheit verliehen, weswegen *sati* als eine Weiterentwicklung von *manasikara* angesehen werden kann (Analyo, 2010). Die ethische Grundlage des Buddhismus ist für viele Experten/-innen das Fundament der Praxis, weil sie die nötige psychische Stabilität zur Erlangung von Konzentration und Einsicht verleiht (Huxter, 2015).

Ein zweiter wichtiger Unterschied ist die Motivation der Praktizierenden. Bei den Erläuterungen von *sati* wurde dargestellt, dass die Art des Bemühens, mit dem man praktiziert, zwar entschlossen, jedoch gelassen sein sollte. Die Motivation ist dabei die Erreichung von Transzendenz und Erwachen. Im westlichen Kontext ist Selbsttransformation im weiteren Sinne nur einer der vielen motivationalen Gründe, mit denen Menschen sich der Praxis der Achtsamkeit annähern. Häufig verfolgen die Menschen im Westen mit Achtsamkeitstrainings Ziele wie die Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden, den Umgang mit schwierigen Emotionen oder die eigene Selbsterkundung (Schmidt, 2014). Diese Motive wirken sich auf die Ausrichtung der Praxis aus (Shapiro, 1992). Jenseits von, oder vielleicht gerade aufgrund dieser Form von Achtsamkeit als säkularer Praxis ergibt sich das Problem der zunehmenden Funktionalisierung von Achtsamkeit als Regulationsstrategie der Gesellschaft, um mit der wachsenden Beschleunigung und Dehumanisierung in vielen Bereichen umgehen zu können. So postuliert Schmidt (2015b), dass das Konzept der Achtsamkeit sich aufgrund der wachsenden Wünsche nach Ruhe, Auszeit und Entschleunigung in den westlichen Gesellschaften gut als eine solche funktionalisierte Regulationsstrategie eignet.

1.3.3 Das Konzept der Achtsamkeit im Westen

Nach Buchheld und Walach (2004) spielt Achtsamkeit nicht nur im Buddhismus, sondern in vielen weiteren philosophischen und spirituellen Traditionen eine wichtige Rolle. Sie findet sich beispielsweise wieder in den Gotteserfahrungen christlicher Mystiker wie Thomas von Aquin oder Meister Eckhart.

In der christlichen Tradition wird jedoch hierfür oft der Begriff der *Stille* verwendet und als Verbindung mit Gott im eigenen Wesensgrund verstanden. Das kontemplative Gebet ist eines der Mittel, um die Gegenwart zu betrachten. Diese innere Präsenz wird in der christlichen Theologie als *Heiliger Geist* bezeichnet. Mystiker beschrieben sie als das vollkommene Sein und verwendeten hierfür Ausdrücke wie »näher bei mir, als ich mir selbst bin« oder »mehr als ich selbst« (Rohr, 2015).

1.3.3.1 Sprachliche Kontexte des Worts Achtsamkeit im Westen

Um den Transfer der östlichen Achtsamkeitstradition in die westliche Kultur zu verstehen, muss der Gebrauch der Übersetzungsbegriffe von *sati* in der jeweiligen Endsprache berücksichtigt werden. Dieser Schritt kann helfen zu verstehen, wie soziale Diskurse über Achtsamkeit aufgrund dieser sprachlichen Eingrenzung strukturiert werden. Auf dem Hintergrund der vorangestellten Erläuterungen kann vorerst festgehalten werden, dass die Übersetzung des Wortes *sati* als Achtsamkeit die Fülle seiner verschiedenen Aspekte nicht erschöpfend wie-

dergeben kann. Ein Grund für die Übersetzungsschwierigkeiten ist mitunter, dass Begriffe in den buddhistischen Texten an Erfahrungen gekoppelt sind und kein abstraktes System darstellen (Brauenig, 2017).

Ein zweiter Grund besteht in der kommunikativ-generalisierten Bedeutung von Achtsamkeit in der deutschen Sprache. Das Wort Achtsamkeit besaß im alltäglichen Sprachgebrauch der deutschen Sprache des 16. Jahrhunderts die Bedeutung von Ehrerbietung oder Anerkennung. Ab dem 18. Jahrhundert setzte sich die Bedeutung von Achtsamkeit als Aufmerksamkeit, Augenmerk oder Sorgfalt durch, welche bis heute in der modernen Definition des Dudens als Wachsamkeit, Vorsicht oder Sorgfalt erhalten wurde (Lammert-Türk, 2013)².

Ähnlich verhält es sich mit der englischen Übersetzung von *sati* als *mindfulness*. Dieses Wort besitzt zusätzlich Konnotationen wie ‚Beachtung schenken‘ oder - im Gegensatz zu *sati* - sich innerhalb eines deutlich bewertenden Kontexts um etwas kümmern, sodass niemand unter den Konsequenzen achtloser Verhaltensweisen zu leiden hat (Grossman & Dam, 2011).

Die deutsche Entsprechung von *sati* als Achtsamkeit geht auf den deutschstämmigen Mönch Nyanatiloka zurück, der den Pali Kanon übersetzte. In früheren Übersetzungen wie beispielsweise von Karl Eugen Neumann oder Paul Dahlke werden Begriffe wie »Verinnerung«, »Einsicht« oder »Vernunft« verwendet. Seitdem Nyanatiloka (1922) das Wort *sati* als Achtsamkeit übersetzte, wurde Achtsamkeit zu einem Sammelbegriff mit vielen Bedeutungen. Neben dem oben erwähnten alltäglichen Sprachgebrauch wird Achtsamkeit dazu verwendet, sowohl den oben beschriebenen Faktor der buddhistischen Lehre als auch die Meditationspraxis selbst zu beschreiben. Des Weiteren wird mit Achtsamkeit auch eine innere Grundhaltung gegenüber den eigenen Erfahrungen und Handlungen im Alltag bezeichnet, was mit dem Begriff der informellen Achtsamkeit belegt wird (Schmidt, 2015a).

Diese verschiedenen Wortkontexte lassen sich - trotz der wachsenden Popularität von Achtsamkeit - von Menschen ohne Berührungspunkte mit meditativer Praxis, Buddhismus oder Psychologie nicht immer unmittelbar erschließen. So zeigten Belzer und Kollegen/-innen (Belzer et al., 2012) im Rahmen einer Mixed-Methods Studie, dass es für Laien ohne Vorerfahrung mit der Praxis der Achtsamkeit sehr schwer bis gar nicht möglich war, die Items aus dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (Walach, Buchheld, Buttenmüller, & Schmidt,

² Diese Darstellung des geschichtlichen Gebrauchs des Wortes Achtsamkeit stammt von Marco Scheider, einem Germanisten und wissenschaftlichen Mitarbeiter an der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Sie wurde für die Sendung „Deutschlandradio - Kultur“ recherchiert und verfasst (persönliche Mitteilung von Herrn Scheider am 13.01.2017).

2004) korrekt zu verstehen. Diejenigen Fragen, die sich auf die Achtsamkeitseigenschaft der Gegenwärtigkeit bezogen, waren für die befragten Laien dabei besonders unzugänglich.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass auf sprachlicher Ebene eine Kluft zwischen Meditationserfahrenen und nicht-meditierenden Laien besteht. Diese Kluft verleiht der Verwendung des Wortes Achtsamkeit sowie anderer, in Verbindung mit Achtsamkeit gebrauchter Begriffe eine hohe begrifflich-referenzielle *Indexikalität*. Mit begrifflich-referenzieller Indexikalität ist gemeint, dass die Bedeutung eines Begriffs lediglich verständlich wird in einem semantischen Netzwerk von weiteren Begriffen, mit denen er in Relation steht (Kruse, 2018). Obgleich dies für alle sprachlichen Begriffe gilt, ist dies insbesondere für den Begriff Achtsamkeit der Fall. Wie die qualitative Analyse im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zeigte (Kap. 2.9), kam es trotz eingehender Erläuterung des Achtsamkeitskonzeptes bei den Teilnehmer/-innen des hier untersuchten Kurses zu einem gehäuften Gebrauch des Wortes Achtsamkeit im Sinne seines entsprechenden kulturellen Alltagsgebrauchs im deutschen Sprachraum.

1.3.4 Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass *sati* und die westliche Achtsamkeit große konzeptuelle Unterschiede aufweisen. Die Loslösung von *sati* aus dem buddhistischen Kontext birgt den Vorteil seiner Anwendung als universelle Praxis in vielfältigen Kontexten. Gleichzeitig läuft Achtsamkeit in der westlichen Gesellschaft jedoch Gefahr, als ein weiteres Instrument zum Zwecke der Selbst-Optimierung eingesetzt zu werden. Dies ist insbesondere dann zu vermuten, wenn kein wechselseitiger Dialog zwischen der Herkunfts- und der rezipierenden Kultur stattfindet, der von gegenseitiger Wertschätzung getragen wird. Ein Aspekt, welcher bislang eher vernachlässigt wurde und einem instrumentalisierten Gebrauch der Achtsamkeit entgegen wirken könnte, ist die Thematisierung und Reflexion ethischer Aspekte. Darunter fällt die Förderung von Mitgefühl im Rahmen von Achtsamkeitskursen (Grossman & Reddemann, 2016; Schmidt, 2015b). Die Förderung von Mitgefühl kann die Ausrichtung der Praxis von einer Selbstfokussierung zu einer Orientierung auf andere verändern. Wie in Kapitel 1.6.2 erläutert werden wird, beginnt die Psychologie erst jetzt mit der Exploration dieses Aspektes, dies jedoch mit bislang vielversprechenden Ergebnissen. Der folgende Abschnitt stellt einen Versuch dar, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den östlichen und den westlichen Begrifflichkeiten von Mitgefühl zu umreißen.

1.3.5 Mitgefühl im Buddhismus

Die Praxis von Achtsamkeit stellt im Buddhismus ein notwendiges Fundament für die Entwicklung von Mitgefühl dar (Lakh Dor, 2010). Gleichzeitig ist die Entwicklung von Mitge-

fühl als Motivation für die buddhistische Praxis eine tragende Säule, die die Entwicklung von Achtsamkeit unterstützt.

Das Sanskrit-Wort aus dem Buddhismus, das im Deutschen als Mitgefühl oder im Englischen als *compassion* übersetzt wird, ist das Wort *karuna*. Mitgefühl ist eine der sogenannten vier unermesslichen Qualitäten des Geistes, die immer gemeinsam praktiziert werden sollten. Diese sind Liebende Güte, Mitgefühl, Mitfreude und Gleichmut. *Metta* ist das Pali-Wort für die erste dieser vier Qualitäten, welches oft als Liebende Güte übersetzt wird (englisch: *loving-kindness*). *Metta* beschreibt eine Haltung von unparteiischem Wohlwollen oder Freundlichkeit bzw. Wohlwollen gegenüber anderen. *Metta* und *karuna* sind eng miteinander verbunden. Während man in der *Metta*-Praxis bspw. wünscht, dass andere glücklich sein mögen, wünscht man sich in der *karuna Praxis*, dass andere frei von Leid werden. (Wallace, 2001)

Nach Samdhong Rinpoche (2010), Professor des Buddhismus, ist *karuna* eine sich manifestierende geistige Haltung, die einen Menschen Leid bei sich oder anderen wahrnehmen lässt und die den starken Wunsch erweckt, dieses Leid zu beenden. Die dritte Qualität - das Erfreuen an dem Glück eines anderen - wird auf Pali mit dem Wort *mudita* übersetzt. Die vierte Qualität - Gleichmut - wird mit dem Wort *upekkha* übersetzt. In vielen der Praktiken, die sich mit der Kultivierung dieser Qualitäten beschäftigen, wird mit der Entwicklung jener Qualitäten gegenüber der eigenen Person begonnen. Daraufhin werden sie auf Freunde, neutrale Personen und zuletzt Feinde ausgeweitet (Kraus & Sears, 2008).

Das Konzept von Mitgefühl im Buddhismus wird als untrennbar von anderen wichtigen Konzepten angesehen wie Erwachen, Leere oder Erleuchtung (McKnight, 2012). Das ethische Postulat, allen Wesen bedingungslos mit Liebender Güte und Mitgefühl zu begegnen, findet sich in den Hinweisen zur *Rechten Anstrengung* als Teil des achtfachen Pfades wieder (Van Gordon et al., 2015). In manchen Schulen wie der des Mahayana Buddhismus fußen die gesamte Inspiration sowie der Wille zur Erlangung von Weisheit und Erleuchtung auf der Motivation, alle Wesen von Leid zu befreien. Generell wird im Buddhismus die Kultivierung von Mitgefühl als wesentlicher Bestandteil für das eigene spirituelle Wachstum angesehen. Dies wurzelt in der Überzeugung, dass man „durch einen Wandel von der Ich-Bezogenheit zur Bezogenheit auf Andere die Welt deutlicher sieht“ (Hangartner, 2013, S. 162).

Auch geht im Buddhismus die Entwicklung von Mitgefühl und von Weisheit Hand in Hand. Die Nähe dieser Eigenschaften ergibt sich aus der Tatsache, dass die Erlangung von Mitgefühl im Buddhismus einen starken Willen voraussetzt, Leid im weitesten Sinne beenden zu wollen. Jener Wille setzt seinerseits ein tiefgehendes Verständnis der Ursachen von Leid vo-

raus. Hierzu gehört nach buddhistischem Verständnis unter anderem das Verstehen der Impermanenz aller Phänomene sowie das Erkennen der illusorischen Natur eines Kern-Selbst. Noch nicht erwachte Menschen können dem buddhistischen Verständnis zufolge die eigentliche Tragweite von Leid nicht erkennen. Sie suchen daher lediglich nach einer temporären Erlösung von diversen Formen des Leids wie Schmerz oder psychischem Unwohlsein. Da sie das bereits erwähnte Phänomen der Interdependenz der Dinge nicht verstehen, bringen sie zudem das Leid, das sie bei anderen beobachten, nicht in Verbindung mit sich selbst oder dem Rest der Menschheit. Daher würde man als ersten Schritt zur Erlangung von *karuna* über die Gemeinsamkeiten meditieren, die man mit den anderen teilt, darunter beispielsweise der Wunsch nach Glück und die Aversion gegenüber Leid. (Samdhong, 2010)

Mitgefühl wird im Buddhismus nicht als reiner emotionaler Zustand verstanden. Die Entwicklung von Mitgefühl wird vielmehr mit der Entwicklung von Gelassenheit und Gleichgewicht verknüpft (Bornemann & Singer, 2013). Dies verdeutlicht erneut, dass *karuna* nicht isoliert von anderen Qualitäten und ethischen Prämissen betrachtet werden kann. Emotionen werden im Buddhismus als zwar nicht per se negativ, jedoch die Wirklichkeit verzerrende Faktoren betrachtet. Exemplarisch unterscheidet Dreyfus (2002) die Kultivierung von Mitgefühl bei Anfängern und Fortgeschrittenen in dem Sinne, dass nur erstere die „psychischen und körperlichen Eigenschaften zeigen, die wir üblicherweise mit Emotionen assoziieren.“ (S. 43)

1.3.6 Meditative Praktiken zur Förderung von Liebe und Mitgefühl im Buddhismus

Trotz ihrer engen Verzahnung bestehen klare Unterschiede zwischen denjenigen Praktiken, die spezifisch auf die Entwicklung von Mitgefühl abzielen und denjenigen, die Achtsamkeit kultivieren sollen. Ähnlich wie bei der Praxis von *sati* beinhalten Mitgefühlsübungen eine Betrachtung des Atems und eine Stärkung des Körperbewusstseins. Damit machen sie Mitgefühl zu einer körperlichen Erfahrung. Sie unterscheiden sich jedoch z.B. in der Qualität des Aufmerksamkeitsfokus. Während bei *sati* der Fokus der Aufmerksamkeit weitgestellt ist, gehören die Mitgefühlspraktiken zu den sogenannten *samatha*-Praktiken. Diese sind fokussierte Meditationstechniken, die die Förderung von geistiger Ruhe und Gelassenheit zum Ziel haben. Hierbei sind die Objekte, auf die die Aufmerksamkeit gerichtet werden kann, vielfältig und reichen vom eigenen Atem bis hin zu geistigen Qualitäten wie Güte und Mitgefühl (Huxter, 2015). So wird bei der *Metta*-Meditation - mithilfe von Visualisierungen des eigenen Herzens - die Entwicklung von Gefühlen der Verbundenheit und Liebe gezielt unterstützt.

1.3.6.1 *Metta*-Meditation

Die *Metta*-Meditation ist eine bekannte Form, Liebende Güte zu praktizieren. Aus den Reden des Buddha lässt sich entnehmen, dass er diese Praxis als geeignet zur Kultivierung von Wohlwollen und als Gegenmittel zu schwierigen Emotionen wie Zorn oder Groll ansah (Monteiro, 2015). In dieser Meditation werden sogenannte *Metta*-Sätze eingesetzt (z.B.: „Möge Person x frei von Leid sein“). Diese werden innerlich in Form von Wünschen, ähnlich den christlichen Fürbitten, wiederholt. Im Rahmen einer Visualisierungsübung werden die Person, der diese Wünsche gelten, sowie Freundlichkeit und positive Aspekte für sie visualisiert. Diese Qualitäten können durch Symbole wie eine Sonne oder eine andere Quelle von Wärme und Licht im Herzen repräsentiert werden. In der Adaption der *Metta*-Meditation für die Teilnehmer/-innen des hier evaluierten Trainings wurde den Übenden auch die Möglichkeit geboten, sich ein religiöses Symbol oder Bild vorzustellen.

Der Kern der Übung ist dabei nicht die Rezitation der Phrasen, sondern die bewusste Wahrnehmung der Gefühle, die damit einhergehen (Trautwein, Naranjo, & Schmidt, 2014). Das letztliche Ziel ist es, die vorurteilsfreie Haltung, die normalerweise für nahestehende Personen empfunden wird, auf alle Personen und letztendlich auf alle Lebewesen zu erweitern. Daher ist die traditionelle Reihenfolge bei der Übung wie folgt: Zuerst beginnt der Praktizierende, *Metta* für sich selbst zu kultivieren, bevor er auf Nahestehende, dann auf neutrale Personen und schließlich auf Personen, zu denen schwierige Beziehungsverhältnisse bestehen, übergeht. Im letzten Schritt der Übung sollen alle Menschen in die Meditation eingeschlossen werden. Neueren Studien gelang es, für die Erweiterung einer vorurteilsfreien Haltung gegenüber anderen Menschen ein mögliches neuronales Korrelat zu identifizieren. Trautwein, Naranjo, & Schmidt (2016) untersuchten, ob Langzeit-Praktizierende der *Metta*-Meditation eine höhere Integration der mentalen Repräsentationen von sich und anderen aufweisen. Hierfür wurden im Elektroenzephalogramm die ereigniskorrelierten Potenziale (EKP), die bei der Betrachtung eines Bildes von sich selbst und einer nahestehenden Person ausgelöst wurden, miteinander verglichen. Die Studie ergab, dass die Unterschiede beim EKP in Teilaspekten des P300³ bei Versuchspersonen, die regelmäßig *Metta*-Meditation praktizierten, geringer waren als bei der Kontrollgruppe, was für eine höhere Integration der Repräsentationen von

³ Das P300 ist eine positive Welle im Elektroenzephalogramm, die ungefähr 350 bis 450 Millisekunden nach der Darstellung eines Stimulus auftritt. Es wird vermutet, dass P300 auf kognitive Aktivität hinweist, die mit der Verteilung von Aufmerksamkeitsressourcen zusammenhängt. Studien konnten eine größere Amplitude von P300 bei selbstbezogenen Stimuli feststellen (Trautwein, 2012).

Selbst und Anderen spricht. Dieser Unterschied war umso geringer, je größer das eigene Mitgefühl, gemessen mit der Skala von Sprecher und Fehr (2005), eingeschätzt wurde.

1.3.6.2 *Tonglen*-Meditation

Der Begriff *Tonglen* stammt aus dem Tibetischen und bedeutet so viel wie „Geben und Nehmen“. Diese Praxis hat ihre Wurzeln in Indien und erfuhr eine Weiterentwicklung im tibetischen Buddhismus als Teil der sogenannten *Lojong* Praktiken. Darin wird *Tonglen* als eine Praxis für fortgeschrittene Meditierende dargestellt. (McKnight, 2012)

Die Praxis von *Tonglen* wird in der buddhistischen Tradition als ein effektiver Weg angesehen, die Fähigkeit zu Mitgefühl auch in schwierigen und schmerzvollen Situationen zu erhalten und zu fördern. Hauptziel der *Tonglen* Praxis ist es, Hindernisse von Mitgefühl abzubauen (Chödrön, 2001; Kyabgon, 2007).

Tonglen kann als eine innere Geste der Akzeptanz verstanden werden, bei der die meist natürlich auftretende Angst vor dem Leid durch eine wohlwollende Sorge bzw. Fürsorge anderen oder sich selbst gegenüber ersetzt wird. Ihre formale Praxis besteht darin, dass in der bildlichen Vorstellung und in Resonanz mit dem eigenen Atemrhythmus negative und leidvolle Erfahrungen, die sowohl von Außenstehenden als auch von der eigenen Person stammen können, vollkommen anerkannt werden (siehe z.B. Wallace, 2003). Die Visualisierung sollte dabei möglichst konkret sein. In der traditionellen Übung wird das Symbol einer dunklen Wolke für Schwierigkeiten verwendet, das Symbol des Lichts wird wiederum für die gebenden Aspekte verwendet. Die Übenden können die Visualisierung modifizieren. Auch werden im gebenden Teil der Übung *Metta*-Sätze eingesetzt.

Metta kann als eine Vorstufe von *Tonglen* angesehen werden. Sie bereitet die Meditierenden darauf vor, mit inneren Ressourcen der Wärme und der Freundlichkeit in Kontakt zu kommen und diese zu verankern. *Tonglen* vereint jedoch Liebende Güte und Mitgefühl in einem (Wallace, 2001). Der „gebende“ Teil der Übung entspricht dabei der Liebenden Güte und der „aufnehmende“ Teil entspricht dem Wunsch, andere und sich selbst von Schwierigkeiten und Kummer zu befreien. Den ursprünglichen Texten zufolge steht jedoch nicht nur die Entwicklung von Mitgefühl im Mittelpunkt der Praxis von *Tonglen*, sondern auch die Entwicklung von Weisheit (McKnight, 2012). *Tonglen* soll Tendenzen der Selbstzentrierung abbauen, indem man das Wohlbefinden der anderen über das eigene stellt und so die Illusion eines unabhängigen Selbst loslässt. Die Übung von *Tonglen* hebt auch den Aspekt der Interdependenz hervor, der das Glück und das Leid anderer als eng mit dem eigenen Glück und Leid verwoben ansieht. Die Idee der Interdependenz bzw. der Verwobenheit von der eigenen Person mit

den Mitmenschen, die durch die *Tonglen*-Praxis zum Ausdruck gebracht wird, bringt Shantideva (1979)⁴ in der folgenden Textstelle aus dem *Bodhisattvacharyavatara*, ein buddhistischer Mahayana-Text (700 n. Chr.) deutlich zum Ausdruck:

“Thus whoever wishes to quickly afford protection to both himself and other beings should practice that holy secret: The exchanging of self for others [...] Whatever joy there is in this world. All comes from desiring others to be happy, and whatever suffering there is in this world, all comes from desiring myself to be happy.” (S. 85-86)

1.3.7 Übertragungen buddhistischer Konzepte des Mitgefühls in den Westen

Das Interesse an Mitgefühl als Konzept und als potenziell trainierbare Fähigkeit ist in den letzten zehn Jahren in vielen Wissenschaftsbereichen enorm gestiegen. Eine große Rolle spielen hierbei die buddhistischen Ansätze, die mit ihrer Betonung des Mitgefühls als Schlüssel für ein glückliches Leben im Westen stetig an Popularität gewonnen haben (siehe z.B. Hanh, 1992; Salzberg, 2002). Ein Zeichen wurde beispielsweise durch die Gründung des *Center for Compassion and Altruism Research and Education* (CCARE) im Jahr 2008 an der Medizinischen Fakultät der Universität von Stanford gesetzt, zu dessen wichtigsten Förderern der Dalai Lama zählt. Auch hat vermutlich sein Einsatz für die Adaptation von buddhistischen Praktiken für Menschen aus dem westlichen Kulturkreis dazu beigetragen, dass diese in säkularen Kontexten immer größere Resonanz erfahren (Jinpa, 2016). Diese Entwicklungen haben auch angestoßen, dass immer mehr buddhistische Lehrer/-innen sich für die Vermittlung von Liebender Güte- und Mitgefühlspraktiken im Westen einsetzen. Sie betonen dabei die Universalität dieser Praktiken als grundlegende menschliche Fähigkeiten, die unabhängig von der eigenen spirituellen Ausrichtung oder Weltsicht gefördert und erweitert werden können. So hat z.B. die bekannte buddhistische Nonne Pema Chödrön mehrere Bücher über die Umsetzung von *Tonglen* im Alltag geschrieben und sich für die Verbreitung dieser Meditationsform eingesetzt (z.B. Chödrön, 2007). In Kabat-Zinns MBSR- Kursen wird das Mitgefühl lediglich minimal angesprochen. In vielen Städten Europas und Nordamerikas können hingegen Kurse absolviert werden, die sich ausschließlich mit der Praxis von *Metta* oder *Tonglen* beschäftigen.

Auch ist im Rahmen der psychologischen Forschung ein wachsendes Interesse zu vermerken, nicht nur negative emotionale Zustände zu lindern, sondern auch positive Emotionen gezielt zu kultivieren (siehe z.B. Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008). So erhöhte sich ab 2010 schlagartig die Anzahl an Zitationen von Publikationen, die den Begriff Mitgefühl (engl.

⁴ *Bodhisattvacharyavatara*, Übersetzung von 1979.

compassion) beinhalten (Jazaieri et al., 2014). Die Publikationen stammen hauptsächlich aus dem anglophonen Sprachraum, in dem auch zunehmend die zentrale Rolle von Mitgefühl und die Konsequenzen seines Mangels im Gesundheitswesen diskutiert und durch diverse Statuten betont werden. In Neuseeland wurde beispielsweise im Rahmen einer öffentlichen Kampagne der Vorstoß unternommen, Mitgefühl als ein Patienten/-innenrecht einzuführen (Sinclair et al., 2016). Im deutschen Raum ist die Forschungslage zur Förderung von Mitgefühl mithilfe buddhistisch inspirierter Ansätze hingegen eher spärlich. Hier sind die bereits erwähnten Untersuchungen von Singer und Kollegen/-innen (Kap. 1.2.3) am Leipziger Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften sowie das von ihnen initiierte *ReSource Project* von Relevanz (siehe z.B. Valk et al., 2017).

Ein buddhistisch inspiriertes Konzept, das im Westen eine immer größere Popularität genießt, ist das Konzept des Selbstmitgefühls. Dieses Konzept hat sich mittlerweile auch in der Wissenschaft erfolgreich etabliert. Entwickelt von Kristin Neff (2003) bietet dieses Konzept eine Alternative zum herkömmlichen Konzept des Selbstwertgefühls in der westlichen Psychologie. Unter dem Begriff des Selbstmitgefühls versteht man ein nach innen gerichtetes Mitgefühl, welches vor allem in Krisen und emotional schwierigen Situationen bedeutsam wird. Neff (2003) hat bezüglich dieses Konzeptes drei Kernkomponenten bzw. Kernkompetenzen herausgearbeitet:

Self-kindness bezeichnet eine verständnisvolle und liebevolle Haltung sich selbst gegenüber in Krisen und steht im Kontrast zu einem hartherzigen und selbstabwertenden Selbstverhältnis.

Common humanity bezeichnet die Einsicht, dass alle Menschen Fehler machen, in Krisen geraten und Momente des Scheiterns erleben. Aus dieser Haltung heraus entsteht ein Gefühl der Verbundenheit zu anderen Menschen im Kontrast zu Gefühlen von Isolation und Einsamkeit.

Achtsamkeit stellt die dritte Komponente von Selbstmitgefühl dar. Sie bezieht sich hier vor allem auf die Regulation schwieriger Emotionen und steht dafür, das eigene emotionale Erleben mit Wohlwollen zu beobachten und sich dessen gewahr zu sein. Diese Haltung steht im Kontrast zur Überidentifikation mit unangenehmen Emotionen.

Ein weiteres wichtiges Konzept in diesem Zusammenhang, das einen positiven Umgang mit sich selbst voraussetzt, ist das Konzept der Selbstfürsorge. Dieses Konzept wurde vor allem im Bereich der tiefenpsychologischen Psychotherapie weiterentwickelt. Reddeman (2003) definiert Selbstfürsorge als den liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden

Umgang mit sich selbst. Hier spielt das Ernstnehmen der eigenen Bedürfnisse eine zentrale Rolle. Selbstfürsorge geht dabei weit über das reine Anwenden von Bewältigungsstrategien hinaus. So handelt es sich nach Reddemann (2003) vielmehr um die Freude daran, sich selbst zu unterstützen. Selbstfürsorge und Selbstmitgefühl können als komplementäre Konzepte betrachtet werden. Der Unterschied zwischen den beiden Konzepten ist, dass Selbstmitgefühl genau wie Mitgefühl sich spezifisch auf den Umgang mit sich selbst in schwierigen Situationen bezieht. Selbstfürsorge dagegen beschreibt eine globale Haltung von Freundlichkeit und Respekt sich selbst gegenüber unabhängig davon, ob es der eigenen Person gut geht oder nicht.

Sowohl Selbstfürsorge als auch Selbstmitgefühl können gezielt geübt werden. Zahlreichen Studien zufolge kann beispielsweise die Kultivierung von Achtsamkeit eine mitfühlende Haltung sich selbst gegenüber anstoßen bzw. stärken (Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2014).

1.3.8 Das Konzept des Mitgefühls im Westen

Mitgefühl ist ein wichtiger Bestandteil vieler spiritueller Traditionen. So ist im Islam Mitgefühl einer der Namen von Allah und der Koran selbst beginnt mit einer Aussage über das Mitgefühl und die Gnade Allahs (Engineer, 2010).

Im Westen ist die Idee des Mitgefühls oder seine ursprüngliche Entsprechung als Mitleid im Bereich der Philosophie seit der Antike bekannt und wird beispielsweise bereits von Aristoteles abgehandelt (Weber, 2013). In der am meisten verbreiteten spirituellen Tradition des Westens, dem Christentum, findet sich bei Thomas von Aquin (um 1225 – 1274) eine systematische Erörterung des Begriffs der *Barmherzigkeit*, einer der christlichen Begriffe für Mitgefühl. Barmherzigkeit ist die deutsche Übersetzung des lateinischen Wortes *misericordia*, das in etwa „das Herz bei den Armen haben“ bedeutet. Thomas von Aquin orientiert sich für seine Erörterungen an Augustinus (354-430 n.Chr.), der eine semantische Differenzierung zwischen dem göttlichen Mitgefühl (*misericordia*) und dem menschlichen Mitgefühl (*compassio*) vornimmt. Ersteres dient als Vorbild und Quelle für das letztere. So wird im Neuen Testament derselbe griechische Begriff verwendet (*oiktirmon*), um das Mitgefühl Gottes und das menschliche Mitgefühl zu beschreiben und so seine eigentliche Tragweite zu offenbaren (Rombach & Seiler, 2009)

In den biblischen Texten werden mehrere Worte verwendet, um die Barmherzigkeit Gottes zu beschreiben. Eines ist das hebräische Wort *rachamim*, das aus dem Wort Mutterschoß abgeleitet wurde und eine tiefe emotionale Rührung beschreibt. Ein zweites Wort ist *chessed*, das als Liebe übersetzt wird und bedeutet, jemand anderem aus Zuneigung und tiefem Verständ-

nis etwas Gutes zu tun (Wellmann, 2016). *Chessed* beschreibt in den Kontexten, in denen es verwendet wird, die unerschütterliche Liebe Gottes, von der seine Gemeinschaft getragen ist (Communauté von Taizé, 2013). Dies wird beispielsweise an dem Vers in Jesaja 54,10 deutlich: „*Meine Liebe weicht nicht von dir*“. Im Neuen Testament wird Jesus` Mitgefühl mit den Menschen durch das griechische Wort *splanchnizomai* beschrieben, das von *splanxna*, die Eingeweide, abgeleitet wird. Die Eingeweide galten damals als Sitz der Gefühle, und somit bezeichnet dieses Wort einen tief empfundenen Schmerz und Rührung für die schwierige Situation eines anderen Menschen. Dieser Begriff wird auch im Gleichnis des Barmherzigen Samariters verwendet. (Wellmann, 2016)

Dementsprechend ähnlich definiert Augustinus *compassio* als das Mitleiden fremder Not im eigenen Herzen sowie den dadurch ausgelösten Antrieb zur Hilfeleistung. Die Emotion des Mitleidens ist für Augustinus damit nicht nur ein passives Erfahren, sondern aktiver Antrieb zu einer Handlung, die an das Urteilsvermögen gebunden bleibt. Diese ist nur insofern als positiv zu bewerten, wie sie der Gerechtigkeit dient. Dabei ist die Leidaufhebung umso effektiver, je mehr man das fremde Leid wie sein eigenes behandelt. (Rombach & Seiler, 2009)

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass im Christentum eine Ethik des Mitgefühls mit dem Mitleiden der Not eines anderen beginnt und eine Fähigkeit, verwundbar und berührbar zu sein, voraussetzt. Dies wird exemplarisch deutlich an der Parabel des Barmherzigen Samariters (Lukas, 10, 25-37). In der Geschichte des Mannes, dem – brutal niedergeschlagen – von einem Samariter in der schlimmsten Not geholfen wird, spiegeln sich die Qualitäten von Mitgefühl im neuen Testament wieder. Diese sind anfängliches Berührtwerden durch die Not des anderen sowie Handlungsorientierung trotz eigenen (möglichen) Nachteils. Durch den Umstand, dass der Samariter nach der Hilfeleistung seinen eigenen Geschäften in der Folge weiter nachgeht, spiegelt sich weiterhin die Qualität des auf sich selbst bezogenen Mitgefühls im Sinne einer positiven Aufmerksamkeit für die eigenen Bedürfnisse wieder, was eine Abgrenzung zum Konzept der Selbstaufopferung darstellt. (Zimmer, 2011; siehe auch zu diesem Aspekt Berharndt, 2010).

1.3.8.1 Sprachliche Kontexte des Wortes Mitgefühl im deutschen Sprachraum

Sowohl im Deutschen als auch im englischen Sprachraum gibt es für den Begriff des Mitgefühls im allgemeinen Sprachgebrauch keine eindeutige Definition. Hinzu kommt, dass Mitgefühl mit anderen Begriffen wie Empathie, Sympathie, Erbarmen und Mitleid synonym und mit je unterschiedlichen Konnotationen verwendet wird (Hüls, 2012).

Das Deutsche Wörterbuch der Brüder Grimm, das über einen Zeitraum von mehr als 100 Jahren (1854–1960) bearbeitet worden ist, definiert das Verb Mitfühlen als „am fühlen jemandes theilnehmen“ (‘Mitfühlen’, 1971). Dabei hängt die Etymologie des Wortes Mitgefühl eng mit der Geschichte des verwandten Wortes Mitleid zusammen, das in seiner älteren Form Mitleidung oder Mitleiden einer Lehnübersetzung durch christliche Mystiker aus dem lateinischen *compassio* entspricht. *Compassio* (Mitempfindung) und *compati* (zugleich leiden, Mitgefühl haben) sind ihrerseits Übersetzungen des griechischen Wortes *sympatheia* und *sympathein*. Ersteres bedeutet so viel wie gleiche Empfindung und das zweite Wort bedeutet „mit oder zugleich“ durch unwillkürliche Nachahmung und durch Einfühlen in den Gemütszustand anderer (Kirchner & Michaelis, 2013; ‘Mitgefühl’, 2018; Pfeifer et al., 1993).

Um die Entwicklung des Gebrauchs des Wortes Mitgefühl in der deutschen Sprache besser zu verstehen, wurde durch die Autorin der vorliegenden Dissertation eine Recherche von Texten aus mehreren Jahrhunderten durchgeführt. Die Suche wurde in zwei der digitalisierten Textkorpora des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache (Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS), 2018) durchgeführt: im Deutschen Textarchiv (1473–1927) sowie im DWDS-Kernkorpus (1900–1999). Als Auswahlkriterium mussten die Texte das Wort Mitgefühl enthalten. Nachfolgend wird eine Auswahl der analysierten Texte präsentiert und erläutert.

Das Wort Mitgefühl scheint während des 17. und 18. Jahrhunderts als gleichartig mit *Sympatheia* verstanden worden sein. So bezeichnet Johann Gottfried von Herder (1769) in seinem Werk *Kritische Wälder* Mitgefühl als eine autonome Reaktion, die allen „sympathisierende[n] Tiere[n]“ gemeinsam ist. Jene würden aufgrund natürlicher Triebe von den Leiden anderer angesteckt, ohne dass sie viel dagegen tun könnten. Dies wird in der folgenden Passage deutlich, in der von Herder sich wortgewandt über die Auswirkung äußert, die der Anblick des verwundeten Philoktetes im Drama des Sophokles auf die Zuschauer zu haben vermag:

„So bald der leidende Körper Philoktets mein Hauptaugenmerk ist, so bleibts, daß je näher der Schauspieler der Natur kommt, desto empfindlicher Augen und Ohren beleidigt werden müssen. Ein Meer unangenehmer Empfindungen wird über mich ergehen, und kein angenehmer Tropfe mischt sich dazu. [...] ich habe nichts, als den Anblick eines zückenden, mit ich beinahe mit zücke, eines Wimmernden, dessen Ach! mir das Herz durchschneidet. Es ist kein Trauerspiel mehr, es ist eine grausame Pantomime. [...] Seine Täuschung kann nur den dunkelsten Sinn, das thierische Mitgefühl erregen: die Empfindung darüber ist allemal Natur.“ (S. 66-68)

Trotz des sprachlichen Gebrauchs von Mitgefühl als einem Naturtrieb wurde jedoch bereits damals die wohltuende Wirkung von Mitgefühl verstanden und wahrgenommen. Der Dichter Christoph Martin Wieland (1815) schrieb hierzu:

„Sonst, wenn nur eine Kleinigkeit Ihr zustieß, eilte sie an ihren Kammerladen; Da fand sie stets ein Schwesterherz, bereit den kleinen Schmerz mit ihr zu theilen, und oft durch Mitgefühl zu heilen.“ (S. 160)

Es wird an der Betrachtung des deutschen Wortes Mitgefühl deutlich, dass im Gegensatz zur lateinischen Sprache, in der *passio* ausschließlich als *Leid* übersetzt wird, häufig dem Aspekt des Fühlens Rechnung getragen wird. Als solches wird Mitgefühl auch als eines unter mehreren Gefühlen bezeichnet. Gustav Schmoller (1900) schreibt entsprechend in seinem *Grundriß der Allgemeinen Volkswirtschaftslehre* im Jahr 1900:

„So erwachsen das Kraft- und das Selbstgefühl, das Mitgefühl und die Liebe, die Verbands- und Gemeinschaftsgefühle aller Art, zuletzt die moralischen und Pflichtgefühle nach und nach.“ (S. 38)

Im Zuge der Zuschreibung von Mitgefühl als Gefühl wird dieses in Kontexten, bei denen Protest oder Härte erwartet wird, oft als Sentimentalität im Sinne von Schwäche angesehen. So bringt Kurt Tucholsky (1922) in *Die weinenden Hohenzollern* das öffentliche Mitgefühl in Zusammenhang mit den „Tränendrüsen der Massen“:

“Der Kaiser als Gatte, der Kaiser als Witwer, der Kronprinz als Mensch und Sohn – verbannt, elend, einsam und allein – eine außerordentlich geschickte Mache wendet sich an das öffentliche Mitgefühl, an die stets funktionierenden Tränendrüsen der Masse -- Und hat Erfolg.“ (S. 2578)

Auch Lion Feuchtwanger (1930) setzt in seinem Roman *Erfolg* Mitgefühl in den Kontext von „Sentimentalität“:

„Nicht Mitgefühl mit den Unterdrückten oder derlei Sentimentalitäten hatten ihn hingeführt, bewahre.“ (S. 379)

Wiederum ist Mitgefühl Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts in anderen Kontexten wie z.B. im Umgang mit Trauernden geradezu sozial erwünscht. So liest man in dem Ratgeber *Das richtige Benehmen in der Familie, in der Gesellschaft und im öffentlichen Leben* von Hermine Schramm (1930):

„Auf Ankündigungen dieser Art hat der Empfänger thunlichst umgehend sein Mitgefühl auszudrücken, sei es nun in Form einer Gratulation oder Condolation“ (S. 13862).⁵

⁵ Die Seitenzahlen entstammen den Angaben in den jeweiligen Textkorpora

„Mit herzlicher Teilnahme frage man nach Ergehen, Appetit, Schlaf u. dergl. folge geduldig der eingehendsten Schilderung des Leidens und spreche sein Mitgefühl in inniger Weise aus.“ (S. 13973).

Diese gehäufte Verwendung des Wortes Mitgefühl im Kontext schwieriger Situationen ist bis heute erhalten. Nach Auskunft des DWDS (‘Mitgefühl’, 2018), wird Mitgefühl als die „Anteilnahme am Leid des anderen“ definiert. Damit bezieht sich der gegenwärtige Wortgebrauch im Deutschen auf die Gefühle oder Kognitionen des Mitfühlenden. Auch der Duden (‘Mitgefühl’, 2018a) definiert Mitgefühl als „die innere Beteiligung am seelischen Schmerz eines anderen.“ Er bezieht sich, zumindest im Sinne des kommunikativ-generalisierten Wissens (siehe Kap. 1.3), prinzipiell nicht auf die Anteilnahme freudiger Situationen. Auch enthält diese Definition keine Hinweise auf positive Emotionen, helfendes Verhalten oder ethische Gebote. Dieser vornehmliche Gebrauch des Wortes Mitgefühl wird auch deutlich in einer genaueren Betrachtung des Wortprofils im DWDS (‘Mitgefühl’, 2018). Das Profil eines Wortes zeigt einen Überblick über typische Wortverbindungen innerhalb einer syntaktischen Einheit (Satz) basierend auf dem Ergebnis syntaktischer und statistischer Analysen sehr großer Textkorpora. So ist die typische Kookkurrenz⁶ des Wortes Mitgefühl besonders hoch mit den Wörtern *Beileid*, *aufrichtiges*, *Anteilnahme* und *Trauer*. In der propositionalen Gruppe ist es oft in Kombinationen wie *Mitgefühl für Hinterbliebene* oder *für Opfer* anzutreffen. Dies legt erneut nahe, dass das Wort Mitgefühl eher weniger als das Hineinversetzen und Mitempfinden des Innenlebens eines anderen in jedweder Situation verstanden wird. Diese Bedeutung entspricht eher der modernen Bedeutung von Empathie, die als die „Bereitschaft und Fähigkeit“ definiert wird, „sich in die Einstellungen anderer Menschen einzufühlen“ (‘Empathie’, 2018). Beide Wörter werden dennoch oft synonym verwendet. Diese synonyme Verwendung erklärt Weber (2013, S. 59 f) mit der Tatsache, dass der ästhetisch-philosophisch inspirierte Begriff des Mitgefühls durch den Begriff der Empathie als Einfühlungsvermögen stark verdrängt worden ist.

Dass Mitgefühl sehr häufig als Akkusativ-/Dativobjekt von Wörtern wie *aussprechen*, *ausdrücken*, *bekunden*, *empfinden* und *übermitteln* fungiert, betont auch die wichtige Funktion, die Mitgefühl in kommunikativen Kontexten heute immer noch innehat. Insbesondere die Qualitäten der Echtheit oder der Tiefe des Gefühls werden von den Mitfühlenden und den empfangenden Personen bewertet. Dies verdeutlichen die sehr häufigen Verbindungen mit

⁶ Statistisches Maß: logDice. Für eine Erläuterung des logDice, siehe Didakowski & Geyken, 2013.

den Wörtern *aufrichtig*, *tiefempfunden*, *empfunden*, *geheuchelt* und *tief* als Adjektivattribute von Mitgefühl.

Im Open Thesaurus (‘Mitgefühl’, 2018b) ist das Wort Mitgefühl in zwei Synonymgruppen eingeordnet. Die erste Gruppe beinhaltet mit Synonymen wie *Bedauern* oder *Beileid* eher die Bedeutung von Anteilnahme von Leid bei Verlust, Tod oder Unglück, während die zweite Gruppe eher die Bedeutung beinhaltet, *andere zu verstehen* oder *mit anderen zu empfinden*. In dieser zweiten Gruppe finden sich auch allgemeinere Begriffe wie *Einfühlungsgabe*, *Einfühlungsvermögen* oder *Empathie*. Somit kann zusammenfassend gesagt werden, dass diese beiden dargelegten Bedeutungsfelder als die zwei Hauptaspekte der Wortverwendung angesehen werden können, wobei die erste Gruppe als die deutlich dominantere im schriftlichen Sprachgebrauch erscheint.

1.4 Alltägliche Erfahrung von Mitgefühl im deutschen Raum

1.4.1 Mitgefühl empfinden

Eine der wenigen empirischen Untersuchungen, die im deutschen Sprachraum das gegenwärtige Verständnis und Erleben von Mitgefühl untersucht hat, ist die Befragung von Renate Hüls (2012). Anhand eines selbstkonstruierten Fragebogens führte Hüls eine schriftliche Befragung zum Thema Mitgefühl an vier Teilstichproben durch. Diese waren unspezifische Erwachsene ($n = 38$), Studenten/-innen der Universität Hamburg ($n = 115$), Mitarbeiter/-innen von Großunternehmen ($n = 68$) und Patienten/-innen unterschiedlicher Ärzte ($n = 67$). Der selbstkonstruierte Fragebogen enthielt vor allem offene Fragen zum Thema Mitgefühl. Die auf diesem Wege generierten Antworten wurden zu inhaltlichen Aspekten kategorisiert. Zudem erhoben geschlossene Fragen die Häufigkeit und das Ausmaß, in welchem die Befragten Mitgefühl im Alltag, in der Kindheit, in der Schule, am Arbeitsplatz oder beim Arzt erfahren hatten.

Auf die Frage, was für sie Mitgefühl bedeute, fiel die Antwort von 46.8% der Befragten in die Kategorie „Mitgefühl als das *Hineinversetzen* in die (schwierige) Situation eines anderen“. Unter die Kategorie Mitgefühl als das Wahrnehmen und *Nachempfinden* der Gefühle anderer“ fielen 50.7% der Antworten. Insgesamt 17% der Antworten konnten unter der Kategorie „Mitgefühl als der *Wunsch zu helfen*“ gruppiert werden. In 11% der Antworten wurde Mitgefühl als *Nächstenliebe* oder Toleranz verstanden.

Als die Befragten gebeten wurden zu beschreiben, was sich in ihnen ereignet, wenn sie Mitgefühl für andere Menschen verspüren, berichtete lediglich eine Minderheit der Teilnehmer/-

innen über positive Gefühle oder über eine an dem anderen orientierte Haltung. In der Mehrheit der Antworten (39.2%) berichteten die Befragten, dass sie zuerst an ihre eigene Erfahrungen dachten, um sich in die Lage eines anderen hineinzusetzen. 32.9% der Befragten gaben an, mit der betroffenen Person mitzuleiden und Emotionen wie Schmerz, Wut und Trauer zu empfinden oder nachdenklich zu werden. Sich überfordert, hilflos oder schuldig gefühlt zu haben, berichteten 16.6% der Teilnehmer/-innen und 11.7% beschrieben spezifische körperliche Empfindungen wie ein Kloßgefühl im Hals, ein Zusammenziehen der Brust oder Herzklopfen. Nur einige wenige Teilnehmer/-innen berichteten über ein Gefühl der Wärme im Herzbereich.

Überraschend mag daher der Befund erscheinen, dass 52.7% der Teilnehmer/-innen angaben, mit dem Ausmaß ihres Mitgefühls zufrieden zu sein und nichts daran ändern zu wollen. Als Begründung für diese Aussage wurde von den Befragten entweder angegeben, dass sie ihrer Ansicht nach über genügend Mitgefühl verfügen würden, oder dass sie mit „zu viel“ Mitgefühl ausgestattet seien. Im Folgenden werden zur Illustration dieser Ansicht Beispielantworten zu dieser Kategorie auf Abbildung 1 gegeben (Hüls, 2012, S. 55).

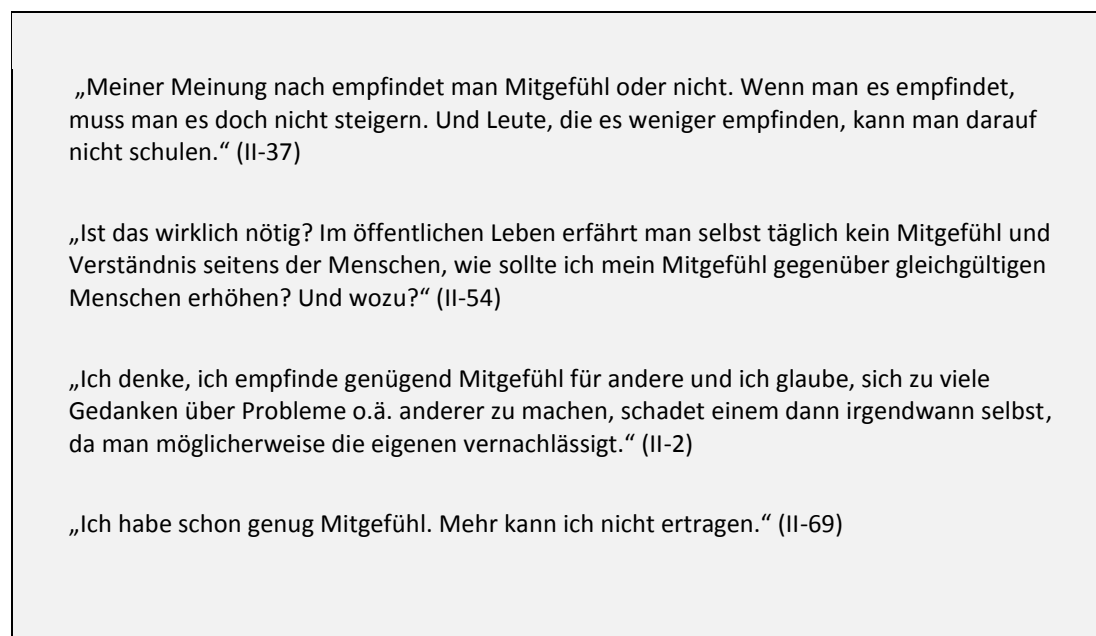


Abbildung 1: Beispielzitate aus der Befragung von Hüls (2012)

1.4.2 Mitgefühl durch andere bekommen

In 85% der Antworten der Befragung von Hüls (2012) wurde berichtet, dass das *Empfangen* von Mitgefühl durch andere bei den Befragten positive Emotionen hervorrufen würde. Beispiele für die genannten positiven Emotionen waren Dankbarkeit, Erleichterung und Beruhi-

gung sowie Trost und Stärkung. Den Aussagen der Befragten zufolge gab ihnen Mitgefühl das Gefühl, geborgen, geschützt und nicht allein zu sein. Im deutlichen Gegensatz dazu standen die berichteten Auswirkungen davon, kein Mitgefühl zu erhalten. So gaben 37.4% der Befragten an, sich klein, schlecht und traurig gefühlt zu haben, als sie in schwierigen Situationen während ihrer Schulzeit kein Mitgefühl von ihren Lehrer/-innen erhielten. 26.3% hätten sich in diesen Situationen allein gelassen und einsam gefühlt, weitere 20.2% seien sich minderwertig und zurückgesetzt vorgekommen.

Diese Ergebnisse wirken umso brisanter, wenn man anhand einer Häufigkeitsverteilung betrachtet, wie oft die Befragten nach eigenen Angaben durch Eltern und Lehrer/-innen während ihrer Kindheit und Jugend Mitgefühl erhielten. 70% der Stichprobe gaben an, dass entweder nur einzelne oder keine Lehrer/-innen Mitgefühl mit ihnen hatten, 38% gaben an lediglich manchmal oder selten ihre Eltern als mitfühlend erlebt zu haben. Ähnlich berichteten ca. 60% der studentischen Teilstichprobe, von keinem ihrer Professoren/-innen oder Dozenten/-innen Mitgefühl erhalten zu haben. Bei dieser Teilstichprobe wird weiterhin deutlich, welche negativen Auswirkungen das Fehlen von Mitgefühl verursacht: Fast 80% der befragten Studierenden gaben an, dass das wahrgenommene Fehlen von Mitgefühl einen Einfluss auf ihr psychisches Wohlbefinden gehabt habe. Konkret berichtete ein Großteil der Studierenden, dass sie sich in den entsprechenden Situationen allein gelassen und nicht wahrgenommen, verloren, hoffnungslos, enttäuscht, verzweifelt und verunsichert gefühlt hatten, wodurch auch ihr wahrgenommener Stress anstieg.

1.5 Fazit

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass es zwischen dem buddhistischen und dem westlichen Begriff des Mitgefühls durchaus Überlappungen, jedoch auch große Unterschiede gibt. Diese lassen sich im generalisierten Sprachgebrauch festmachen. Während im Buddhismus Mitgefühl als eine ethische Seinsweise gesehen wird, die mit einem komplexen Weg der Selbsttransformation einhergeht und an Aspekte wie Weisheit, Mitfreude oder Liebende Güte gebunden ist, werden zumindest im alltäglichen Gebrauch des Wortes Mitgefühl im deutschen Sprachraum vor allem die Aspekte des Fühlens bzw. des Einfühlens in das Leid eines anderen betont (siehe die sprachlichen Recherchen sowie die Befragung von Hüls aus dem Jahr 2012). Wie die obigen Erläuterungen zu dem Wortprofil von Mitgefühl andeuten, spielt Mitgefühl im Kontext von Tod und Trauer immer noch eine wichtige Rolle. Anders als in den Lehren der beiden erläuterten spirituellen Traditionen Buddhismus und Christentum, bei denen die aktive Kultivierung von Mitgefühl bzw. Barmherzigkeit eine zentrale Rolle einnimmt, gab die

Mehrheit der Befragten der oben beschriebenen Untersuchung von Hüls (2012) kein Bedürfnis an, ihr Mitgefühl in besonderer Weise zu kultivieren oder zu steigern. Dies legt den Schluss nahe, dass Mitgefühl von den Befragten vielmehr als eine inhärente emotionale Fähigkeit verstanden wurde.

Den beiden Traditionen Buddhismus und Christentum ist gemeinsam, dass sie Mitgefühl als eine Haltung und als einen Lebensweg ansehen, welche bzw. welcher eine Veränderung in der Selbst-Anderen Perspektive auslöst. Zu diesem Perspektivwechsel gehört auch die Bereitschaft, alles Nötige tun zu wollen, um andere von Leid zu befreien. Beide Traditionen unterscheiden sich darin, dass das Christentum eher eine Betonung auf die Handlungsorientierung und Verwundbarkeit zu legen scheint, während der Buddhismus eher die Wichtigkeit der mentalen Vorbereitung betont und eine emotionale Rührung als nicht unbedingt notwendig für den Ausdruck von Mitgefühl ansieht. Diese Auseinandersetzung mit den Unterschieden und Gemeinsamkeiten beider Traditionen stellt sich in Anbetracht der großen Anzahl an Gesundheitsträgern und Einrichtungen mit einem christlichen Hintergrund in Deutschland als sehr relevant heraus.

1.6 Empirie: Zur Wirkung von Achtsamkeit- und Mitgefühlspraktiken bei Gesundheitsfachkräften

1.6.1 Achtsamkeitsbasierte Interventionen

Mittlerweile belegt eine große Anzahl klinischer Studien die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen auf Variablen der psychischen Gesundheit. So wurden in mehreren Metaanalysen mittlere bis hohe Effektstärken von Achtsamkeitsinterventionen bei der Behandlung vielfältiger psychologischer Störungsbilder wie Angst und Depression sowie der Bewältigung von Stress berichtet (Collins & Kishita, 2018; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Khoury et al., 2013; Sedlmeier et al., 2012). Auch zeigen neurowissenschaftliche Untersuchungen, dass sich bereits nach einem 8-wöchigen MBSR-Training messbare Veränderungen im Gehirn der Übenden feststellen lassen. Beispielsweise untersuchten Hölzl et al. (2011) mittels Magnetresonanztomographie die Dichte der grauen Substanz von 16 Teilnehmer/-innen vor und nach einem MBSR-Training und verglichen diese mit der von 17 Kontrollpersonen. Die Autoren/-innen fanden bei den MBSR-Teilnehmer/-innen eine signifikant stärkere Zunahme an Dichte der grauen Substanz vor; dies gerade in Bereichen, die mit Lernen, emotionaler Regulation, Gedächtnis und Perspektivübernahme zusammenhängen.

1.6.1.1 Wirksamkeit hinsichtlich der gefühlten Belastung und des psychischen Wohlbefindens von professionellen Helfer/-innen

Die helfenden Berufe betreffend wurde in einem narrativen Review von Lamothe, Rondeau, Malboeuf-Hurtubise, Duval, & Sultan (2016) die Effektivität von MBSR-Kursen oder MBSR-basierten Interventionen bei Mitarbeiter/-innen oder Studenten/-innen von Professionen aus dem Gesundheitsbereich untersucht. Inkludiert wurden 39 quantitative Untersuchungen, darunter 14 randomisierte kontrollierte Studien, zehn Studien mit quasi-experimentellem Design sowie 15 Beobachtungsstudien. Die Mehrheit der Teilnehmer/-innen war weiblich (81%). Von den 39 eingeschlossenen Untersuchungen wurden 14 (48% der Studienteilnehmer/-innen) mit Studierenden durchgeführt (Medizin, Psychologie und Pflege). In diesem Review werden keine statistischen Kennwerte oder Effektstärken aus den ursprünglichen Untersuchungen berichtet. Auch wird bei den Studien, die eine Kontrollgruppe aufweisen, über den Charakter der Kontrollbedingung nicht berichtet. Diese Umstände schränken entsprechend die Interpretation der Ergebnisse ein. Der Review liefert jedoch eine Übersicht über die Häufigkeit, mit der signifikante Ergebnisse bei Outcomes, die für die jeweilige Population relevant sind, in den bisher durchgeführten Studien auftreten.

Besonders deutlich scheint der Effekt von MBSR-Interventionen auf das Ausmaß an wahrgenommenem Stress zu sein: In 18 von 19 Studien, welche diese Variable erhoben hatten, konnte eine als bedeutsam angesehene Reduktion von Stress festgestellt werden. Auch die Ausprägung von Burnout-Symptomatik wurde in 17 der inkludierten Studien erhoben. Dabei wurde in 9 Studien eine signifikante Reduktion der Burnoutwerte festgestellt. Eine Reduktion von Ängstlichkeit wurde in 9 von 10 Studien beobachtet. Bei allen sechs Studien, die das psychologische Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen erhoben hatten, konnte eine signifikante Erhöhung des Wohlbefindens festgestellt werden. Schließlich fanden zwei Studien, die die Zufriedenheit der Patienten/-innen erhoben hatten eine signifikante Erhöhung dieser über den MBSR-Kursraum. Diese Ergebnisse sind konvergent zu denen anderer narrativer Übersichtsarbeiten in diesem Bereich (Escuriex & Labbé, 2011; Irving, Dobkin, & Park, 2009; Jaffray, Bridgman, Stephens, & Skinner, 2016).

Ein weiterer Review analysierte 14 qualitative Studien, die das Erleben von 254 Gesundheitsfachkräften aus diversen beruflichen Zweigen, welche an Achtsamkeitskursen teilgenommen hatten, untersucht hatten (Morgan, Simpson, & Smith, 2014). Erneut waren 84% der Befragten Frauen. Dieser Review ergab, dass zu den Erfahrungen der Mitarbeiter/-innen folgende Hauptthemen gehörten: Herausforderungen bei der Umsetzung in die Praxis, eine Verschie-

bung des Fokus von einer Haltung der Fürsorge für andere zu einer Haltung der Selbstfürsorge sowie ein neuer Bezug zur Erfahrung als solcher. So berichteten die Teilnehmer/-innen, sich besser in ihre Patienten/-innen hineinversetzen zu können durch ein Gefühl von gemeinsamer Menschlichkeit (engl. *common humanity*). Auch berichteten sie, mehr Hoffnung zu empfinden in Bezug auf positive Veränderungen der Patienten/-innen aufgrund therapeutischer Maßnahmen.

Eine jüngst durchgeführte Metaanalyse (Dharmawardene, Givens, Wachholtz, Makowski, & Tjia, 2016) über die Effekte von meditationsbasierten Interventionen bei professionellen Gesundheitshelfern/-innen fand kleine bis mittelgroße Effektstärken bei Variablen des psychologischen Wohlbefindens. In sechs kontrollierten Studien konnten eine signifikante Reduktion emotionaler Erschöpfung ($d = 0.37$ (95% CI 0.04-0.70)) sowie eine signifikante Erhöhung von persönlicher Leistungsfähigkeit ($d = 1.19$ (95% CI 0.10-2.25)) und Lebenszufriedenheit ($d = 0.48$ (95% CI 0.15 – 0.81)) gefunden werden. Drei dieser Studien wiesen eine aktive Kontrollbedingung auf. In diesen Studien wurden die Achtsamkeitsinterventionen mit einem Führungskurs, mit Entspannungsübungen sowie mit Aerobicübungen verglichen. Die anderen Studien verglichen die Achtsamkeitsinterventionen mit Wartekontrollgruppen.

Diese Metaanalyse bietet eine gute Übersicht über die Methodik der Studien und das potenzielle Ausmaß der Effekte. Die Autoren/-innen weisen jedoch darauf hin, dass sich aufgrund der niedrigen methodischen Qualität der meisten Studien keine eindeutigen Aussagen über die Wirkung von Meditation auf die Gesundheit der professionellen Gesundheitshelfer/-innen treffen lassen. Sie betonen zudem auch den Mangel an Studien mit Mitarbeiter/-innen, die Patienten/-innen in fortgeschrittenen Erkrankungsstadien betreuen. Sie stellten fest, dass Studien mit Gesundheitsfachkräften in der Regel sehr kleine Stichproben aufweisen, ohne Kontrollgruppe auskommen und zu einem sehr großen Anteil aus weiblichen Probanden/-innen bestehen. Die Adhärenz in den Interventionsgruppen wird in der Regel unzureichend kontrolliert, negative Effekte selten exploriert und objektive Maßnahmen sowie die Patientenperspektive fast nie erfasst (Dharmawardene et al., 2016). Andere Autoren verweisen auf den Mangel an theoretischen Modellen für die Erklärung der postulierten spezifischen Wirksamkeit von Achtsamkeitsinterventionen bei Gesundheitsfachkräften (Jaffray et al., 2016). Diese Schwächen offenbaren einen großen Bedarf an hochwertigen Untersuchungen, dies vor allem im Bereich der onkologischen und palliativen Medizin.

Einer jüngst publizierten qualitativen Untersuchung zufolge erachtet das medizinische Personal darüber hinaus Achtsamkeitsschulungen mehrheitlich als sehr sinnvoll (Perez et al., 2015).

Laut dieser Studie äußerten Mitarbeiter/-innen im palliativen Bereich einen starken Bedarf danach, Übungen zu erlernen, die ihnen helfen, die Nachhaltigkeit in ihrem Beruf zu steigern. Insbesondere wurde der Wunsch geäußert, Achtsamkeitspraktiken zu erlernen, die sich während der Arbeitszeit in alltägliche Arbeitstätigkeiten integrieren lassen.

1.6.1.2 Wirksamkeit hinsichtlich Selbstmitgefühl und Empathie

Boellinghaus et al. (2014) fassen in ihrer Übersichtsarbeit die Befunde aus acht quantitativen Studien zur Wirkung von Achtsamkeitsinterventionen in Bezug auf Selbstmitgefühl und Empathie bei Gesundheitsfachkräften zusammen. Sie fanden heraus, dass sämtliche Studien, die Selbstmitgefühl erhoben hatten, eine signifikante Verbesserung in dieser Variablen aufwiesen. Was den Effekt bei Empathie angeht, waren die Ergebnisse weniger konsistent: Drei Studien konnten keine Erhöhung von Empathie feststellen, eine weitere Studie ermittelte eine Erhöhung der Empathiefähigkeit in der Größenordnung einer mittleren Effektstärke ($d = 0.45$).

Auch der Review von Lamothe et al. (2016) liefert eine Übersicht über die Wirksamkeit achtsamkeitsbasierter Interventionen in Bezug auf emotionale Regulationskompetenzen und die empathischen Fähigkeiten von professionellen Helfer/-innen. Die Autoren/-innen stellten fest, dass bis zu diesem Zeitpunkt keine Studie das Ausmaß emotionaler Regulationsfähigkeiten in dieser Gruppe gemessen hatte. Ihre Ergebnisse lassen eine Analogie zu den zuletzt genannten Ergebnissen von Boellinghaus et al. (2014) erkennen: Fünf Studien, die die JSPE-Skala zur Messung von Empathie einsetzten, stellten eine Erhöhung von Empathie fest, sämtliche Studien mit der IRI-Skala konnten hingegen keine Erhöhung feststellen. Die Autoren/-innen folgerten, dass letzteres Instrument vermutlich nicht sensitiv genug ist, um Veränderungen durch Achtsamkeitsinterventionen zu identifizieren. Es muss auch angemerkt werden, dass es sich hierbei um die selbst wahrgenommene Empathie handelte und nicht um die aus Patientenperspektive erhobene.

1.6.1.3 Wirksamkeit hinsichtlich des Behandlungsverlaufs und des Wohlbefindens von Patienten/-innen

Insgesamt drei Studien haben eine systemische Perspektive angenommen und die Wirkung von Achtsamkeitstrainings bei Krankenhausmitarbeiter/-innen mithilfe von Patienten-Outcomes gemessen. Die wichtigste Studie in diesen Zusammenhang ist die Studie von Grepmaier et al. (2007). Diese Forschungsgruppe teilte randomisiert 18 Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung (PiA) einer Intervention (IG) oder einer Kontrollgruppe (KG) zu. Die IG meditierte ein Jahr lang täglich auf der Arbeit für die Dauer von eine Stunde unter der Anleitung eines Lehrers für Zen Buddhismus, die Kontrollgruppe erhielt in diesem Zeitraum keine

Intervention. Es wurden daraufhin die Daten derjenigen Patienten/-innen (IG = 63, KG = 61) erhoben, die von beiden Therapeutengruppen über einen Zeitraum von neun Wochen behandelt worden waren. Diese waren verblindet hinsichtlich der Teilnahme ihrer Therapeuten/-innen an einem Meditationskurs. Die Untersuchung ergab, dass die Patienten/-innen von Therapeuten/-innen aus der IG die Einzelsitzungen sowie den Verlauf der gesamten Therapie signifikant besser bewerteten und zudem signifikant weniger psychopathologische Symptomatik aufwiesen als die Patienten/-innen der Therapeuten/-innen in der KG.

In den beiden weiteren Studien, die Gesundheitsfachkräfte einer stationären psychiatrischen bzw. einer chirurgischen Einrichtung einschlossen, konnte nach einem Achtsamkeitstraining jeweils eine signifikante Verbesserung der Patienten/-innen-Zufriedenheit sowie eine signifikante Reduktion der Unfälle auf Station festgestellt werden (Brady, O'Connor, Burgermeister, & Hanson, 2012; Horner, Piercy, Eure, & Woodard, 2014).

1.6.1.4 Studienlage zu Achtsamkeitsinterventionen in der Pflege

Insgesamt haben diejenigen Studien zur Wirkung von Achtsamkeitsinterventionen, die ausschließlich mit Pflegenden durchgeführt worden sind, eine Reduktion in den im obigen Abschnitt genannten Belastungsparametern sowie eine Besserung des psychologischen Wohlbefindens verzeichnen können. Bei den meisten dieser Studien handelt es sich jedoch um unkontrollierte Beobachtungsstudien mit sehr kleinen Stichproben. In der Regel werden aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen von Pflegenden überwiegend kurze Interventionen angeboten und untersucht. Auch wurde nur bei vereinzelt Studien der Versuch unternommen, die Trainings an die Bedürfnisse von Pflegekräften zu adaptieren. (siehe z.B. Gauthier, Meyer, Grefe, & Gold, 2015). In den meisten Fällen bestand die einzige vorgenommene Adaptation darin, die Intervention aufgrund des sehr hohen Arbeitspensums der Pflegekräfte zu kürzen, was entsprechend auf Kosten der Praxisintensität ging. So wurde in einer Studie beispielsweise ein telefonisches Format für die Vermittlung der Achtsamkeitsfähigkeiten gewählt, um es den Pflegekräften zu ermöglichen an der Studie teilzunehmen (Bazarko, Cate, Azocar, & Kreitzer, 2013). In Tabelle 1 wird eine Auswahl an Studien dargestellt, in denen die Wirkung von achtsamkeitsbasierten Interventionen entweder nur bei Pflegenden oder in interdisziplinären Krankenhausteams evaluiert wurde.

1.6.2 Mitgefühl basierte Interventionen

Im Gegensatz zu der mittlerweile gut evaluierten MBSR-Intervention ist die Wirkung von Mitgefühlübungen bisher nur wenig untersucht worden. Dabei scheinen gerade Mitgefühlspraktiken aufgrund ihrer Natur eine gute Passung mit der klinischen Arbeit in der Patienten-

versorgung aufzuweisen. Es wird angenommen, dass sie durch die Kultivierung von positiven Emotionen eine persönliche Ressource darstellen, dass sie als Puffer in emotional herausfordernden Situationen dienen und dass sie prosoziales Verhalten stärken. Boellinghaus et al. (2014) konnten in ihrer Übersichtsarbeit jedoch keine Studien finden, die die Wirksamkeit von Mitgefühlsmeditation spezifisch bei Gesundheitsfachkräften untersuchten. Sie fassten in der Folge die Ergebnisse der allgemeinen Wirkung von *Metta*-Meditation zusammen. Im Folgenden werden diese Studien kurz skizziert:

Frederickson et al. (2008) zeigten in einer randomisierten kontrollierten Studie, dass die Teilnehmer/-innen eines siebenwöchigen Trainings in *Metta*-Meditation auch 15 Monate nach dem Training über einen signifikanten Zugewinn positiver Emotionen und persönlicher Ressourcen wie z.B. Selbstakzeptanz, soziale Unterstützung und verbesserte Beziehungen berichteten. Darüber hinaus deuten erste Studien mit Langzeitpraktizierenden der *Metta*-Meditation darauf hin, dass diese Form der Praxis Netzwerke im Gehirn verändern kann, die eine wichtige Rolle bei der Emotionsregulation und der Empathiefähigkeit spielen (Leung et al., 2013; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008). Da prosoziales, mitfühlendes Verhalten ein hohes Maß an Emotionsregulationsfähigkeit voraussetzt (Decety, 2011), zeigt sich hierin der doppelte Nutzen von Mitgefühlspraktiken.

Im selben Jahr, als Boellinghaus et al. (2014) ihre Übersichtsarbeit publizierten, erschienen weitere einzelne Studien, die die Wirkung von Mitgefühlspraktiken bei Gesundheitsfachkräften untersuchten. Die untersuchten Trainings in diesen Studien beinhalteten Elemente der traditionellen Achtsamkeit, *Metta*-Meditation und *Tonglen*-Meditation. Über die spezifischen Effekte der *Tonglen*-Übung ist bislang relativ wenig bekannt. In einer Studie wurde ein Training, das aus Achtsamkeits- sowie *Metta*- und *Tonglen*-Übungen bestand, als professionelles Trainingselement in das Curriculum von Sozialarbeiter/-innen aufgenommen. Hierfür wurden zwei Gruppen von Studierenden jeweils einem Seminar über klinische Interviewfähigkeiten zugeteilt, welches auch Achtsamkeitspraktiken beinhaltete. Die Studierenden dieser beiden Gruppen waren jedoch diesem Aspekt gegenüber verblindet; sie selbst wussten nicht, dass sie ein achtsamkeitsbasiertes Training erhielten. Im Anschluss an das Training füllten sie Fragebögen aus, die sie zur Wirkung sämtlicher Unterrichtselemente befragten. Diese beiden Gruppen wurden mit fünf weiteren Seminargruppen verglichen, die das traditionelle Seminar zur Verbesserung von klinischen Interviewfähigkeiten ohne Achtsamkeitselemente besucht hatten. Das Training unterstützte die Studierenden in der Interventionsgruppe darin, eine prosoziale Motivation auch bei belastenden Ereignissen und emotional aufgeladenen Situationen aufzubringen und erhöhte ihre Selbstwirksamkeit hinsichtlich ihrer beraterischen Tätigkeiten

(Gockel, Burton, James, & Bryer, 2013). Diese Effekte fielen signifikant höher aus als in der Gruppe ohne Achtsamkeitselemente. Zuletzt stellten Wallmark, Safarzadeh, Daukantaitė, & Maddux (2013) im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Untersuchung ($n = 42$) mit Personen ohne Meditationsvorerfahrung fest, dass ein 8-wöchiges Training in *Metta*, *Tonglen* sowie anderen Achtsamkeitsübungen eine signifikante Erhöhung von Selbstmitgefühl und Achtsamkeit sowie eine Reduktion von wahrgenommenem Stress bewirken kann.

1.6.3 Postuliertes Wirksamkeitsmodell von *Tonglen*

Nach Auffassung einiger Buddhismus-Experten/-innen kann die systematische und regelmäßige Übung von *Tonglen* die Perspektive verändern, aus der der Praktizierende andere Menschen (darunter auch fremde Personen) in schwierigen Situationen betrachtet (Chödrön, 2001; McKnight, 2012). Der Grund hierfür liegt vermutlich in der Verankerung der Einstellung, dass alle anderen Menschen auch leiden „so wie man selbst“. Diese Einstellung wird in der Meditationsform *Tonglen* generalisiert und gefühlsmäßig erfahrbar gemacht. Hierbei geht der Übende ausgehend von belastenden Inhalten, die die eigene Person betreffen, im weiteren Verlauf auf leidvolle Erfahrungen nahestehender und neutraler Personen über, bis die Praxis zuletzt die leidvollen Erfahrungen aller Menschen umschließt, einschließlich jener Menschen, denen gegenüber eine Abneigung empfunden wird. Decety und Lamm (2011) konnten im Rahmen einer neurowissenschaftlichen Untersuchung aufzeigen, dass mentale Übungen, in denen imaginativ die Sichtweise einer anderen Person eingenommen wird, altruistisches Handeln fördern. Auch Wallmark et al. (2013) sehen *Tonglen* aufgrund der Integration motivationaler, kognitiver und emotionaler Facetten als eine geeignete Technik an, um Mitgefühl zu fördern. Als weiterer postulierter Mechanismus stößt die Praxis von *Tonglen* den Prozess einer kognitiven Umstrukturierung an. Dies ist zu sehen im Sinne einer Neubewertung von besonders kritischen oder schwierigen Erfahrungen, indem diese ausgehalten und sogar teilweise als positiv empfunden werden können (vgl. Klimecki et al., 2013).

In einem noch weiterführenden Sinne besteht das Potenzial von *Tonglen* darin, einer rein vermeidenden Bewältigungsstrategie entgegenzuwirken und vielmehr eine bewusste Verarbeitung belastender oder sogar potenziell traumatisierender Erlebnisse zu ermöglichen.

Tabelle 1: Studien-Überblick zu achtsamkeitsbasierten Interventionen für Gesundheitsfachkräfte (Interdisziplinäre Krankenteams oder Pflegekräfte)

Autoren/-innen (Jahr)	Design und Stichprobe	Intervention und erhobene Variablen	Hauptergebnisse*
Ando, Natsume, Kukihiro, Shibata, & Ito (2011)	Kontrollierte Studie; $n = 28$ weibliche <i>Pflegende auf Seniorenpflegestation</i> (IG = 15, KG = 13).	Intervention (4 Wochen): 2 Sitzungen mit Trainer, 2 Wochen selbstständiges Üben mit CD (Atemübungen, Yoga, Meditation). KG erhielt keine Intervention Messinstrumente: Allgemeine Gesundheit (GHQ), Kohärenzgefühl (SOC) und spirituelles Wohlbefinden (FACIT-Sp)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikante Reduktion ↓: (in diesem Fall als positiv zu bewerten) Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit ($t = 6.5, p < .000$) ➤ Signifikante Erhöhung ↑: Kohärenzgefühl (Sinnhaftigkeit $t = -2.30, p < .037$) in der IG im Vergleich zur KG. ➤ Keine Veränderung des spirituellen Wohlbefindens
Bazarko et al. (2013)	Beobachtungsstudie (Prä-Post + Follow-up Messung 4 Monate nach dem Kurs); $n = 36$ weibliche <i>Pflegende einer Gesundheitseinrichtung</i>	Intervention: Adaptation von MBSR (tMBSR, 8 Wochen); sechs Termine im Telekonferenzformat und zwei eintägige Retreats zu Beginn und zum Ende des Kurses Messinstrumente: Wahrgenommener Stress (PSQ), Burnout (CBI), Gesundheit (SF-12), Gelassenheit (BSC), Empathie (JSPE), Selbstmitgefühl (SCS)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikante Erhöhung ↑: psychische Gesundheit ($t(35) = 8.12, p < .001$), allgemeine Gesundheit ($t(35) = 2.58, p < .05$), Gelassenheit ($t(35) = 8.43, p < .001$) Empathie ($t(31) = 5.17, p < .001$) und Selbstmitgefühl ($t(35) = 6.53, p < .001$) ➤ Signifikante Reduktion ↓: Stress ($t(35) = 6.39, p < .001$) und Burnout ($t(37) = 3.88, p < .001$) ➤ Effekte hielten auch vier Monate nach dem Kurs an.
Brady et al. (2012)	Beobachtungsstudie (Prä-Post; $n = 16$ <i>Gesundheitsfachkräfte einer stationären psychiatrischen Einrichtung</i> (verschiedene Berufe, 13 weiblich); Mixed-Methods	Intervention: verkürztes MBSR Programm (4 Wochen) Messinstrumente: Stress (MHPSS), Intrapersonale Präsenz (SOSS), Achtsamkeit (TMS) und Burnout (MBI), Patienten/-innenzufriedenheit (5-fach gestufte Likert Skala), sicherheitsrelevante Ereignisse (Krankenhausdokumentation)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikante Erhöhung ↑: Achtsamkeit ($t(15) = 3.14, p < .01$), Intrapersonale Präsenz ($p < .02$)* und Patienten/-innenzufriedenheit (4.62% höhere Zufriedenheit mit der Pflege) ➤ Signifikante Reduktion ↓: Stress ($t(15) = 3.89, p < .01$), sicherheitsrelevante Ereignisse bei den Patienten/-innen drei Monate nach dem Kurs (76.47% weniger aggressive Vorfälle, 62.79% weniger Stürze, 100% weniger Medikationsfehler im Vergleich zu 12 Monaten davor) ➤ Keine Veränderung der Burnoutwerte ➤ Qualitativ: Verbesserte Verbindung zu sich selbst, mehr Zeit für sich, Bewusstsein über Notwendigkeit der Selbstfürsorge <p>* t-Wert nicht angegeben</p>

Gauthier et al. (2015)	Beobachtungsstudie (Prä-Post + eine Follow-up Messung 1 Monat danach); <i>n</i> = 45 <i>Pflegende einer pädiatrischen Intensivstation</i> (42 weiblich)	<p>Kurzzeitintervention (4 Wochen): 5-minütige Meditation zu Beginn der Schicht, 1 halbstündige Sitzung pro Woche, Hausaufgaben</p> <p>Messinstrumente: Stress (NSS), Burnout (MBI), Achtsamkeit (MAAS), Arbeitszufriedenheit (Single-item Likert Skala) und Selbstmitgefühl (SCS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikante Reduktion↓: Stresswerte ($F(2,74) = 5.50, p = .006$), auch 1 Monat danach ➤ Keine Veränderung bei Burnout, Achtsamkeit, Arbeitszufriedenheit und Selbstmitgefühl
Cohen-Katz et al. (2005)	Randomisierte, kontrollierte Studie (Prä-Post + Follow-Up-Messung 3 Monate danach), Mixed-Methods; <i>n</i> = 38 weibliche <i>Gesundheitsfachkräfte aus einem Krankenhaus</i> (IG = 14, KG = 13+ 2te IG Kohorte <i>n</i> = 11 (90% Pflegekräfte, auch andere Berufe)	<p>Intervention: MBSR-Kurs (8 Wochen)</p> <p>Messinstrumente: Burnout (MBI), Achtsamkeit (MAAS), psychologische Belastung (BSI)</p> <p>Qualitativ: offene Fragen</p>	<p>Quantitativ</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikate Erhöhung↑: Achtsamkeit im Vergleich zur KG ($p = .001$) ➤ Signifikante Reduktion↓: Burnout-Werte der IG im Vergleich zur KG (Emotionale Erschöpfung ($p = .050$), persönliche Leistungsfähigkeit ($p = .014$), Ausnahme: Depersonalisation ($p = .063$)). ➤ Keine Veränderungen der psychologischen Belastung <p>Qualitativ</p> <p>U.a. Verbesserung des Selbst-Bewusstseins, Verbesserung der Entspannungsfähigkeit, Zentrierung, Selbstfürsorge, Stressbewältigung, inneren Ruhe und Freude</p>
Mackenzie, Poulin, & Seidman-Carlson (2006)	Kontrollierte Studie <i>Pflegende und Pflegehilfskräfte einer geriatrischen Einrichtung</i> (IG = 16, KG = 14; 29 weiblich)	<p>Intervention: Verkürzte Version von MBSR (4 Wochen), 4 x 30-minütige Gruppentreffen, die mehrmals während der Tag- und Nachtschichten an einem Tag in der Woche angeboten wurden; CD</p> <p>Messinstrumente: Burnout (MBI), Entspannung (SRDI), Lebenszufriedenheit (SLS), Kohärenzgefühl (SWLS), Arbeitszufriedenheit (JSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signifikate Erhöhung↑: Lebenszufriedenheit ($\eta^2 = .21$)* und Entspannungsfähigkeit ($\eta^2 = .15$) bei den Teilnehmer/-innen der IG. ➤ Signifikante Reduktion↓: Burn-out-Indikatoren: Emotionale Erschöpfung ($\eta^2 = .16$), Depersonalisation ($\eta^2 = .16$) ➤ Keine Veränderungen des Kohärenzgefühls oder der Arbeitszufriedenheit <p>*<i>F</i> und <i>p</i> Werte werden nicht für alle Variablen angegeben, daher werden die η^2 Werte berichtet.</p> <p>η^2 Effektgrößen = .01 (klein), .06 (mittelgroß) und .14 (groß);</p>

Lan, Subramanian, Rahmat, & Kar (2014)	Beobachtungsstudie (Prä-Post) ; n = 37 weibliche <i>Pflegende einer Intensivstation</i>	Intervention: b-MBCT, eine aus MBSR und MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) zusammengestellte, gekürzte und adaptierte Intervention (5 Wochen), 2-stündige wöchentliche Gruppentreffen im Krankenhaus; CD Messinstrumente: Stress (PSS-10), Depression/ Ängstlichkeit (DASS-21), Achtsamkeit (MAAS) und Glück (SHS).	➤ ➤	Signifikante Erhöhung ↑ Achtsamkeit ($p = .001$; $d = 1.002$) und Glück ($p = .028$; $d = 0.57$) Signifikante Reduktion ↓ Stress ($p = .001$; $d = 1.002$), Ängstlichkeit ($p = .001$; $r = 0.38$) und Depression ($p = .001$; $r = 0.37$)
Scherwitz et al. (2006)	Longitudinale Studie (Prä-Post + Follow-up Messungen 4, 8 und 12 Monate nach dem Training mit zwei Kohorten von <i>Ehrenamtlichen eines kontemplativen Hospizes</i> (ZEN-Hospice Project); $n_1 = 24$ und $n_2 = 22$ (Meditationserfahrene: 76% Frauen: 72%)	Intervention: 40-stündiges Training durch verschiedene Experten, 4 Abende, 1 Wochenende) zu Achtsamkeit, Mitgefühl, Gelassenheit und praktischen Pflegeaufgaben; Hausaufgaben: 5 Stunden Praxis pro Woche, monatliche Treffen und Fortführung der eigene spirituellen Praxis (Yoga, Tai-Chi, Meditation, Gebet etc.). Messinstrumente: Spirituelles Wohlbefinden (FACIT-B), allgemeines Wohlbefinden (Ängstlichkeit und Depressivität (GHS)), Selbsttranszendenz (STS), Mitgefühlsmöglichkeit und Angst vor dem Sterbeprozess (Sieben-stufige Likert Skala)	➤ ➤ ➤	Signifikante Reduktion ↓ Ängstlichkeit und Depressivität ($F = 21.9$, $p < .001$), Angst vor dem Sterbeprozess ($F = 4.2$, $p < .001$) Signifikante Erhöhung ↑ Mitgefühlsmöglichkeit ($F = 32.4$, $p < .001$) Keine Veränderung der Selbsttranszendenz oder des spirituellen Wohlbefindens
van der Riet, Rossiter, Kirby, Dluzewska, & Harmon (2015)	Qualitative Untersuchung; n = 14 <i>Studentinnen der Krankenpflege und der Hebammenkunde</i>	Intervention: 7-wöchiges Training, Achtsamkeit (MBSR-basiert) und Edukation zur Stressbewältigung; 1 Stunde wöchentlich Messinstrumente: Halbstrukturierte Fokusgruppe Analysemethode: Thematische Inhaltsanalyse	➤ ➤	Hauptthemen ➤ Verbesserung von Selbstregulation, Selbstfürsorge, Schlaf, Konzentration sowie Gedankenklarheit ➤ Reduktion negativer Kognitionen

* Aus Platzgründen werden in dieser Tabelle nur die zentralen Hauptergebnisse mit ihren jeweiligen Kennwerten für die signifikanten Ergebnisse dargestellt. Für einen detaillierteren Einblick in sämtliche Kennwerte und in die Methodik der jeweiligen Studien siehe deren ursprüngliche Veröffentlichungen.

BSC (Brief Serenity Scale); BSI (Brief Symptom Inventory); CBI (The Copenhagen Burnout Inventory); DASS-21 (Depression, Anxiety, Stress Scale); FACIT-B (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Breast; GHS (General Health Scale);GHQ (General Health Questionnaire); JSS (Job Satisfaction Scale); JSPE (The Jefferson Scale of Physician Empathy); MAAS (Mindful Attention Awareness Scale); MBI (Maslach Burnout Inventory); MHPSS (The Mental Health Professionals Stress Scale); NSS (Nursing Stress Scale); PSQ (Perceived Stress Questionnaire); PSS-10 (Perceived Stress Scale- 10 Item); SCS (Self-Compassion Scale); SF-12 (SF-12v2 Health Survey); SHS (Subjective Happiness Scale);SOC (Sense of Coherence questionnaire); SOSS (the Sense of Self Scale); SRD I (Smith Relaxation Disposition Inventory) SWLS (Satisfaction with Life Scale); TMS (Toronto Mindfulness Scale); TS (The Self-Transcendence Scale).

1.7 Offene Fragen

1.7.1 Nutzen und Grenzen bisheriger Forschung und Ableitung des Bedarfs für die vorliegende Studie

Die empirischen Erhebungen zur Belastungssituation von Mitarbeiter/-innen im Krankenhaus (siehe Kap. 1.2) verdeutlichen, wie wichtig die Entwicklung von Interventionskonzepten und Fortbildungen ist, welche die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeiter/-innen berücksichtigen und ihnen helfen, arbeitsbedingten Belastungen entgegenzuwirken. Es wird damit auch das Ziel verfolgt, die Berufsfähigkeit der Mitarbeiter/-innen dauerhaft zu erhalten. Gleichzeitig verweisen erste Untersuchungen darauf, dass auch Patienten/-innen von einem erhöhten Wohlbefinden und einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsfachkräfte profitieren.

Wie die Darstellungen des vorangegangenen Kapitels nahelegen, besteht Grund zur Annahme, dass regelmäßige Mitgefühlsmeditation die prosoziale Motivation und mitfühlendes Handeln begünstigt und dabei einen protektiven Effekt auf Fachkräfte im Gesundheitswesen ausübt. Auch wird in der Literatur (siehe z.B. Chödrön, 2001) mehrfach auf das Potenzial von Mitgefühlsmeditation hingewiesen, den Einfluss von Faktoren zu mindern, die prosoziales Verhalten einschränken, worunter beispielsweise negative Erfahrungen oder emotionale Überflutung fallen. Die Frage, ob dieser postulierte *doppelte Nutzen* von Mitgefühlsübungen auch auf den realen Arbeitskontext angewendet werden kann, drängt sich somit in den Vordergrund.

Grundsätzlich lassen sich in Bezug auf das Potenzial von Mitgefühlsübungen aus der wissenschaftlichen Literatur vielversprechende Aussichten ableiten. Gleichzeitig müssen die bisherigen Untersuchungen kritisch betrachtet werden. Insgesamt wird Bedarf gesehen an:

- empirischer Evidenz über die *spezifische Wirksamkeit von Mitgefühlsübungen* bei Krankenhausmitarbeiter/-innen, dies insbesondere bei Mitarbeiter/-innen im palliativen und onkologischen Bereich
- Untersuchungen, die *objektive Erhebungsinstrumente* verwenden, um die Wirkung von Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken bei Gesundheitsfachkräften zu evaluieren und die Wirkung jener Praktiken auf die *emotionalen Regulationskompetenzen* zu untersuchen

- Belegen für die Umsetzbarkeit von Mitgeföhlpraktiken unter *realen Alltagsbedingungen*
- adaptierten Achtsamkeits- und Mitgeföhlinterventionen, die die *Kontextbedingungen* der Arbeit im Gesundheitssystem und gleichzeitig die *ethische Verwurzelung* dieser Interventionen in einer kontemplativen Tradition berücksichtigen. In diesem Zusammenhang besteht auch Bedarf an der Durchführung einer interkulturellen Analyse zur Einbettung dieser Interventionen in den westlichen (Arbeits-)Kontext.

In der Mehrheit der bislang durchgeföhrten Untersuchungen in diesem Forschungsfeld fanden die achtsamkeitsbasierten Interventionen auöerhalb des Arbeitsplatzes statt. Es wurden nur wenige Bemöhungen unternommen, eine Brücke zur Arbeitswirklichkeit der Mitarbeiter/-innen zu schlagen. Somit blieb die schwierige Aufgabe des Transfers der Übungen in den Arbeitsalltag den Mitarbeiter/-innen selbst überlassen, obwohl genau dieser Punkt maßgeblich über den nachhaltigen Erfolg der Maßnahme entscheiden dürfte (Orellana-Rios & Schmidt, 2015).

1.7.2 Ziele der Doktorarbeit

Aus den soeben erarbeiteten Limitationen der bisherigen Forschungsstudien ergibt sich die Zielsetzung für die vorliegende Arbeit. Hauptzielsetzung ist es, eine Intervention für Mitarbeiter/-innen im Gesundheitssystem zu entwickeln und zu evaluieren, die auf die spezifischen Bedürfnisse der Mitarbeiter/-innen zugeschnitten ist und die in die alltägliche Arbeit integriert werden kann. Dabei sollten die Mitarbeiter/-innen Ressourcen erhalten, die ihre Selbstregulations- und Bewältigungsstrategien stärken, so dass:

- die psychische Belastung der Mitarbeiter/-innen reduziert wird,
- wichtige Variablen der psychischen Gesundheit und Stressbewältigung sowie die emotionalen Regulationsfähigkeiten gestärkt werden
- und die Empathie und Mitgeföhlfähigkeit der Mitarbeiter/-innen gefördert wird.

In dieser Doktorarbeit wird der Frage nachgegangen, ob diese Ziele durch ein säkularisiertes Programm erreicht werden können, welches achtsamkeits- und mitgeföhlbasierte Übungen in den Arbeitsalltag integriert bzw. derartige Übungen sogar direkt im Arbeitsalltag vermittelt. Ein Programm, welches diese Anforderungen erfüllt, wurde von einem erfahrenen Meditationslehrer entwickelt, der mehrjährige Erfahrung in der Ausbildung von Krankenhaus- und Hospizmitarbeiter/-innen besitzt. Das übergeordnete Ziel dieser Doktorarbeit ist die Imple-

mentierung dieses Programms innerhalb des klinischen Arbeitskontextes und die empirische Untersuchung seiner Wirksamkeit auf relevante gesundheitsbezogene Outcomes. Zu diesem Zweck wurden zwei wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt.

1. Im Rahmen der *Pilotuntersuchung* wurde die praktische Durchführbarkeit des Programms getestet sowie erste Hinweise zu dessen klinischer Wirksamkeit erhoben. Dies geschah im Rahmen einer Pilotstudie mit Mixed-Methods-Design, welches nachfolgend erläutert werden wird. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Erhebungen dieser Pilotuntersuchung wurden dazu verwendet um ein standardisiertes Manual zu erstellen, welches die Vermittlung der Kompetenzen von Achtsamkeit und Mitgefühl im Krankenhauskontext erleichtern soll.
2. Mit dem Ziel, eine Evidenz höheren Grades über die Wirksamkeit des Trainings zu generieren, wurde als zweiter Schritt die manualisierte Intervention im Rahmen einer *Studie mit Kontrollgruppendesign* empirisch untersucht.

In den nun folgenden Kapiteln 2 und 3 werden die Fragestellungen, die Methodik und die Ergebnisse beider Untersuchungen vorgestellt. In beiden Kapiteln werden die Ergebnisse der jeweiligen Untersuchungen separat diskutiert. Schließlich werden in Kap. 3.3.6 Empfehlungen für die Evaluation von Achtsamkeitsinterventionen im Gesundheitssektor und in Kap. 3.3.7 ein Fazit über den Einsatz von Achtsamkeitsinterventionen bei Gesundheitsfachkräften gegeben.

2. PILOTUNTERSUCHUNG

2.1 Einleitung

Im Folgenden wird die Pilotuntersuchung vorgestellt. Als erstes sollen unter 2.2 und 2.3 die Ziele und Fragestellungen der Pilotstudie erläutert werden. Unter 2.4 folgt dann die Begründung der Wahl des empirischen Zugangs, gefolgt von einer Beschreibung des Forschungszugangs, einschließlich Studiendesign, Stichprobe, Datenerhebung, Erhebungsinstrumente sowie des Vorgehens bei der Datenauswertung. Weiterhin werden die Ergebnisse der quantitativen Erhebung in Kapitel 2.8 zusammengefasst. In Kapitel 2.9 werden die Ergebnisse der qualitativen Erhebung vorgestellt und mit illustrierenden Zitaten belegt. Die Ergebnisse beider Methodenzugänge werden in Abschnitt 2.10 zueinander in Beziehung gesetzt und kritisch diskutiert. Einige der Erläuterungen, die in der Beschreibung der Pilotstudie aufgegriffen werden, entstammen der Publikation von Orellana-Rios et al. (2017).

2.2 Ziele und Forschungszugang der Pilotstudie

Das Ziel der Pilotstudie war es, durch eine wissenschaftliche Evaluation die *Wirksamkeit, die Umsetzbarkeit und die Akzeptanz* des entwickelten Trainings im Krankenhauskontext zu explorieren. Die Durchführung des Kurses fand direkt im Krankenhaus statt. Daher war es für diese Studie von besonderer Relevanz, eine Untersuchungsstrategie anzustreben, bei der die Implementierung des Kurses kontextsensitiv erfasst und dokumentiert werden konnte. Aus diesem Grund wurde die *methodische Triangulation* (Flick, 2011b) als Forschungszugang gewählt, wobei qualitative und quantitative Methoden als gleichwertig angesehen wurden. Eine besondere Rolle kommt jedoch den qualitativen Daten zu, da sie für die kulturwissenschaftliche Ausrichtung dieser Arbeit wertvolle Informationen über den Zusammenfluss von östlicher Meditation und dem westlichen Krankenhauskontext, in dem sie angewandt werden, lieferten. Sie ermöglichten Prozesse auf der Mikro-Ebene näher zu betrachten sowie Merkmale und Hintergründe der Kursimplementierung im Krankenhauskontext zu berücksichtigen. Zusätzlich zur Triangulation der Methoden wurde, um den kontextsensitiven Ansatz bestärkt umzusetzen, ein *partizipativer Forschungsansatz* angestrebt. Als erstes werden nun die Forschungsfragen der Untersuchung beschrieben.

2.3 Fragestellungen

Pilotuntersuchungen haben nicht eine Hypothesentestung zum Ziel (Leon, Davis, & Kraemer, 2011). Vielmehr sollen Pilotstudien die Umsetzbarkeit einer Intervention prüfen sowie eine Abschätzung der potentiellen Effektstärken ihrer Wirksamkeit generieren. Aus diesem Grund wurden im Rahmen dieser Pilotstudie keine Hypothesen formuliert. Die zentralen Fragestellungen der vorliegenden Pilotstudie lauten:

- **Quantitative Evaluation**

- **Selbstbeurteilungsverfahren**

- Bei welchen der erhobenen Parameter von *psychologischer Belastung* und *Resilienz* treten nach dem Kurs Veränderungen auf und welche Effektstärken können zwischen Prä- und Postmesszeitpunkt gefunden werden?
 - Können individuell gesetzte *Ziele* durch den Kurs erreicht werden?

- **Durchführbarkeitsdaten**

- Ist es praktisch *umsetzbar*, eine achtsamkeits- und mitgeföhlsbasierte Intervention im Sinne eines On-the-Job-Trainings direkt in den Klinikalltag eines Palliativzentrums zu integrieren?
 - Wie ist die *Adhärenz* bezüglich der Trainingsmaßnahme? Wie häufig und für wie lange üben die Teilnehmer/-innen zu Hause und auf der Arbeit?
 - Welche *Komponenten des Kurses* werden von den Teilnehmer/-innen als sinnvoll empfunden?
 - Sind die Teilnehmer/-innen *zufrieden* mit dem Kurs?

- **Physiologische Messung:**

- Hat das Training einen Effekt auf die *physiologische Stressregulation*, gemessen anhand der Cortisol-Aufwachreaktion?

- **Qualitative Evaluation**

- Was ist die subjektiv *wahrgenommene Wirkung* des Kurses?
 - Wie werden die Kursinhalte von den Teilnehmer/-innen *im Alltag umgesetzt*?
 - Wie werden die Konzepte von Achtsamkeit und Mitgeföh in das *berufliche Selbstverständnis* der Mitarbeiter/-innen integriert?
 - Wie werden die einzelnen *Komponenten des Kurses* wahrgenommen?
 - Welche Bedingungen fördern die *Balance zwischen Mitgeföh und der eigenen Psychohygiene* in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patienten/-innen?

2.4 Begründung für die Wahl des empirischen Zugangs

Als erstes wird in diesem Abschnitt das Konzept der Triangulation definiert und diskutiert. Darauf folgend wird die Verwendung der Triangulationsmethodik sowie der angewandte partizipative Forschungsansatz begründet.

2.4.1 Der Begriff der Triangulation

Flick (2011b, S. 12) definiert den Begriff der Triangulation als die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von mindestens zwei Perspektiven aus, beispielsweise durch unterschiedliche Methoden oder Arten von Daten. Eine solche pluralistische Betrachtung, so der Autor, sollte als Ergebnis einen Erkenntniszuwachs haben, der weiter reicht als es mit einer Perspektive möglich wäre. Dabei sollten die Perspektiven soweit wie möglich als gleichberechtigt behandelt werden.

Der Triangulationsansatz wurde ursprünglich in den Sozialwissenschaften unter anderem von Campbell und Fiske (1959) als ein Weg eingeführt, methodischen Verfälschungen vorzubeugen. Man ging im Sinne der inkrementellen Validität davon aus, dass, wenn mit verschiedenen Methoden die gleichen Ergebnisse gefunden werden, die Wahrscheinlichkeit steigt, dass es sich bei diesen nicht nur um Artefakte handelt (Fielding & Schreier, 2001). Dieser epistemologische Anspruch berücksichtigt jedoch nicht die Unterschiede in den Modellen zur Erklärung der sozialen Wirklichkeit, die den unterschiedlichen Methoden zugrunde liegen. Das untersuchte Phänomen wird nämlich durch die Anwendung einer bestimmten Methode konstituiert, weswegen kongruente Ergebnisse, die aus der Verwendung von mehr als einer Methode resultieren weder als eine wechselseitige Bestätigung angesehen, noch erwartet werden können (Flick, 2011b). Mittlerweile hat sich in der Triangulations-Diskussion der Schwerpunkt verschoben von jeglichen Ansprüchen an eine erhöhte Validität zu einer Betonung des Mehrwerts bei der Generierung von Wissen über ein bestimmtes Phänomen. Verfechter der Triangulation sehen in der Anwendung unterschiedlicher Methoden die Möglichkeit, unterschiedliche Dimensionen einer komplexen sozialen Welt zu betrachten. So postuliert Udo Kelle (2008), dass es weniger um die Frage nach der ontologischen Komplexität sozialer Phänomene, als vielmehr um die Erkenntnis geht, dass soziale Wirklichkeit auf verschiedenen Ebenen operiert, nämlich auf der Ebene der Struktur und der Ebene der individuellen Akteure. Hierbei ist die Verwendung von Methoden, die sowohl die Makro-, als auch die Mikro-Ebene betrachten, für die Generierung robuster Erklärungen sozialer Phänomene essentiell (Moran-Ellis et al., 2006). Zusätzlich geht eine Mixed-Methods Studie, aufgrund der Verwendung mehrerer Methoden, mit dem Vorteil einer transparenten Klärung des epistemologischen Anspruchs an

die Daten einher. Weiterhin wird durch die Notwendigkeit, zwischen den Perspektiven zu wechseln und sich kompetent innerhalb dieser zu bewegen, eine kritische Haltung gegenüber der eigenen Untersuchung gefördert (Fielding & Schreier, 2001).

2.4.2 Begründung für die Verwendung der Triangulationsmethode

In der vorliegenden Pilotstudie wurden mehrere Forschungsmethoden nach dem Grad ihrer Adäquatheit für die Beantwortung der verschiedenen Fragestellungen ausgewählt, wobei keines der philosophischen Systeme hinter den jeweiligen methodischen Zugängen bevorzugt wurde. Erkenntnistheoretisch spricht man hier von einem pragmatischen Ansatz (Creswell, 2013; Tashakkori & Teddlie, 1998). Die Besonderheiten der jeweiligen Methodenparadigma wurden jedoch stets beachtet. Dies wird an der Beantwortung der Wirksamkeitsfragestellung folgend exemplarisch erläutert: Die Entscheidung für die eingesetzten physiologischen und quantitativen Messverfahren wurde nach theoretischen Gesichtspunkten getroffen. Hierfür wurde die Literatur zu Wirksamkeitseffekten von Achtsamkeitskursen bei professionellen Helfer/-innen durchsucht. Aus dem Pool bereits verwendeter Methoden in diesem Bereich wurden dann die Messverfahren ausgesucht. Die Hauptthemen über die Wirksamkeit des Kurses in der offen gestalteten qualitativen Untersuchung wurden dagegen anhand datenzentrierter Analysen eruiert. Die quantitativen Verfahren ermöglichten somit Aussagen über die Werteverteilung der Teilnehmer/-innen bei bekannten Belastungs- und Resilienzparametern zu treffen, während die qualitative Auswertung dabei half, unbekannte Effekte zu extrahieren.

Bei der Art der Implementierung, Reihenfolge und Priorisierung der in dieser Mixed-Methods-Studie verwendeten Methoden handelt es sich der Typologie von Creswell (2013) zufolge um eine *parallele Triangulationsstudie*, da die auf verschiedenen Methoden basierenden Untersuchungen während ihrer Durchführung unabhängig voneinander verliefen. Keine der Untersuchungen wurde durch die jeweils andere dabei beeinflusst. Eine Verbindung zwischen den Methoden bestand in der Phase der *Studienplanung*, als die Methoden für die Studie ausgewählt wurden, sowie in der Phase der *Dateninterpretation*, in welcher die Ergebnisse aller Untersuchungen bei der Erstellung von „Meta-Inferenzen“ zueinander in Bezug gesetzt wurden. Alle gewählten Methodenformen wurden als gleichwertige Datenquellen betrachtet, die nicht in Konkurrenz zueinander stehen, sondern sich im Sinne einer Wissenserweiterung („additional coverage“) ergänzen. Daraus ergibt sich ein Studiendesign mit der Notationsform QUANT + QUAL, welche die Gleichwertigkeit beider Methoden darstellt. (Kuckartz, 2014) Die Integration der Befunde fand erst während der Phase der erklärenden Interpretation und des Darlegens des theoretischen Rahmens statt (vgl. Moran-Ellis et al., 2006)

2.4.3 Begründung für die Verwendung eines partizipativen Forschungsansatzes

Partizipative Forschung ist ein Begriff für partnerschaftliche Wissenschaftsansätze, deren doppelte Zielsetzung es ist, soziale Wirklichkeit partnerschaftlich zu untersuchen und zu verändern. Als Partner/-innen sind hier alle relevanten Interessenvertreter/-innen gemeint. Sie sollen den Forschungsprozess mitgestalten. Ein solcher Ansatz zeichnet sich durch ein hohes Maß an Flexibilität aus (von Unger, 2014). Im Fall dieser Untersuchung wurden die Teilnehmer/-innen als Partner/-innen bei der Entstehung des Trainings angesehen. Um diesen Anspruch zu verwirklichen, wurden Goal Attainment Scales (GAS) und Feedback-Runden eingesetzt, um die Mitarbeiter/-innen in die Gestaltung des Projekts einzubeziehen. Am Anfang des Kurses wurde mittels GAS-Skalen eine gemeinsame Grundlage bezüglich der Ziele und Erwartungen der Teilnehmer/-innen an den Kurs geschaffen. Darüber hinaus wurde in zwei Sitzungen, die während des Trainings stattfanden, das Feedback der Teilnehmer/-innen zum Kurs eingeholt und der Kurs nach Bedarf modifiziert. Somit wurde eine Teilhabe der Akteure auf der dritten Stufe des Modells von Chung & Lounsbury (2006) zur Beteiligung an der Forschung erreicht. Diese Stufe, genannt *mutual consultation* (zu dt. gegenseitige Beratung) zeichnet sich dadurch aus, dass die Partner/-innen über einen langen Zeitraum zur Gestaltung des Projekts konsultiert werden, wobei die Entscheidungskontrolle bei den Forscher/-innen bleibt (von Unger, 2014, S. 38).

2.5 Forschungsmethodik

In diesem Abschnitt werden das Studiendesign und die Intervention sowie die Erhebungsverfahren und die Analysemethoden näher beleuchtet. Dies erfolgt getrennt für die quantitative und die qualitative Untersuchung.

2.5.1 Design

Bei der Pilotstudie handelt es sich um eine einarmige, prospektive, Mixed-Methods, Interventionsstudie (vgl. Thiese, 2014). Die Studie umfasste zwei Messzeitpunkte: kurz vor der 10-wöchigen Intervention (t0) und unmittelbar danach (t1).

2.5.2 Rekrutierung der Stichprobe

Aufgrund der zentralen Rolle der Teambildung in der palliativen Versorgung (Vachon, 1995), wurden die Teilnehmer/-innen des Pilotprojekts aus allen Bereichen des interdisziplinären Teams eines Palliativzentrums rekrutiert. Das Zentrum ist an das katholische *Malteser-Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg* in Bonn, Deutschland, angegliedert und umfasst eine stationäre Einheit, einen Konsildienst, eine Einheit für spezialisierte ambulante Pal-

liativversorgung (SAPV), eine Akademie für Palliativmedizin, eine wissenschaftliche Abteilung sowie eine Gruppe ehrenamtlicher Mitarbeiter/-innen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen wurden jedoch aus internen Gründen nicht eingeladen, an der Intervention teilzunehmen. Die Rekrutierung erfolgte anhand von Flyern (siehe Anhang B.5), interner Werbung durch den Meditationslehrer sowie durch die Stationsleitung. Die Teilnahme am Kurs war freiwillig und der Kurs wurde während der Arbeitszeit angeboten.

Alle Teilnehmer/-innen wurden im Rahmen einer Einführungsveranstaltung über Ziele und Verlauf der Studie informiert und bekamen zusätzlich eine schriftliche Zusammenfassung der Studienziele und des Studienablaufs (Anhang B.1). Darüber hinaus wurde von allen Mitarbeiter/-innen eine Einverständniserklärung unterschrieben und die Anonymität der persönlichen Daten wurde mittels eines persönlichen Codes jederzeit gewährleistet.

2.5.3 Intervention

Das in der Pilotstudie evaluierte Training wurde von Yesche Regel entwickelt und für Krankenhausmitarbeiter/-innen adaptiert und vermittelt. Yesche U. Regel ist ein ehemaliger buddhistischer Mönch und erfahrener Achtsamkeitslehrer. Er besitzt mehr als 20 Jahre Erfahrung in der Vermittlung diverser Formen von Achtsamkeit und hat in verschiedenen Hospiz- und Pflegeeinrichtungen Vorträge gehalten, sowie in Fortbildungen unterrichtet. Beispieltranskriptionen für die Anleitungen können bei der Autorin dieser Dissertation angefordert werden.

2.5.3.1 Kursaufbau

Das Training wurde als 10-wöchiges Programm konzipiert und bestand aus drei Schlüsselementen: Achtsamkeitsübungen, *Metta*-Meditation und die Praxis von *Tonglen* (siehe Kap. 1.3.6). Das Training wurde in säkularisierter Form vermittelt. Die Intervention beinhaltete diverse Praxiselemente und bestand aus einer zweistündigen Einführung und neun Praxistagen. Zusätzlich wurden drei einstündige Sitzungen mit dem gesamten Team in den Wochen 4, 6 und 10 durchgeführt.

Das Ziel der Praxistage war es, die Teilnehmer/-innen dabei zu unterstützen, die Achtsamkeits- und Mitgeföhlübungen in den Arbeitsalltag zu integrieren. Hierfür hielt sich der Lehrer an den Praxistagen für eine Dauer von 8 Stunden im Zentrum auf und bot über einen Zeitraum von jeweils 4 Stunden Meditationstrainings für die Mitarbeiter/-innen zweier Schichten an, um mehr Mitarbeiter/-innen die Möglichkeit zu bieten an dem Training teilzunehmen. Während dieses Zeitraums von vier Stunden bestand für die Mitarbeiter/-innen der jeweiligen Schicht die Möglichkeit, jeweils zur vollen Stunde an 15-minütigen Meditationen in Kleingruppen teilzunehmen. Zusätzlich hatten die Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, zur halben

Stunde persönliche Termine mit dem Meditationslehrer wahrzunehmen. Die persönlichen Termine hatten den Zweck, individuelle Anliegen beziehungsweise Fragen zum persönlichen Transfer der erlernten Übungen zu diskutieren. Die Mitarbeiter/-innen konnten selbst bestimmen, wie oft sie an den Trainingseinheiten teilnahmen. Die Teilnahme war freiwillig. Beide Angebote konnten in einem speziell dafür eingerichteten Raum auf der Station wahrgenommen werden. Dieser Raum war während der Praxistage mit Meditationskissen versehen (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2: Zwei Teilnehmer/-innen während einer der Meditationen

Die Meditationssitzungen wurden immer zur vollen Stunde durch das Ertönen einer Klangschale auf der Station angekündigt. Auch wurden in den Stationsräumen Poster an den Wänden angebracht, die die Mitarbeiter/-innen an die *Metta* und *Tonglen* Praxis erinnerten sowie daran, achtsam zu atmen und zu laufen. Die Mitarbeiter/-innen wurden instruiert, die erlernten Techniken während der Arbeit und außerhalb der Kurszeiten anzuwenden sowie täglich zu Hause zu meditieren. Diesbezüglich wurden zwei CDs mit jeweils einer langen und einer kurzen Meditationsanleitung verteilt. Sie wurden auch instruiert, mithilfe der *Metta*-Praxis Gefühle der Freundlichkeit und der Wärme bewusst zu kultivieren, wenn Gedanken über Patienten/-innen und/oder Angehörige nach Feierabend auftauchten.

2.5.3.2 Kursverlauf

Eine inhaltliche Zusammenfassung des Kurses kann Tabelle 2 entnommen werden.

Einführung (Woche 1)

Die zweistündige Einführung hatte den Zweck, Achtsamkeits- und Mitgeföhlpraktiken vorzustellen, sowie erste Übungen durchzuführen. Im Rahmen der ersten Sitzung wurden außerdem mithilfe einer GAS-Skala die Erwartungen und Bedürfnisse der Teilnehmer/-innen exploriert. Eine Beschreibung dieser Methode befindet sich in Kap. 2.6.1.2. Die Angemessenheit der Ziele und die dazugehörigen Erreichungskriterien wurden mit jedem einzelnen Teilnehmer während der Einführungssitzung diskutiert. Auch wurden die Teilnehmer/-innen darin bestärkt, ihre Ziele während der Zeit des Kurses umzusetzen und dabei den Meditationslehrer als Ansprechpartner hierfür aufzusuchen.

Tabelle 2: Aufbau des Trainingsprogramms in der Pilotstudie: Übungen und Themen

Woche	Thema der Woche	Zusammenfassung der Inhalte*
1	Einführungssitzung	Besprechung der Ziele und Erwartungen der Teilnehmer/-innen in der Gruppe; Festlegung zweier individueller Ziele (GAS Skala); Einführung in die Achtsamkeits- und Mitgeföhlpraxis.
2	Entwicklung wacher Präsenz auf der Arbeit.	Innehalten auf der Arbeit erlernen; den Atem beobachten; achtsame Pausen üben; Einen Anker für die Praxis im Alltag finden; Sitzmeditation; Gehmeditation.
3	Die eigenen Mitgeföhlressourcen finden und verankern.	Körperwahrnehmung; Vorbereitung für die <i>Metta</i> -Meditation; Visualisieren der eigenen Mitgeföhlressourcen.
4	Mitgeföhlpraktiken im Alltag umsetzen.	<i>Metta</i> -Meditation im Kontakt mit Patienten/ Zuhause üben; <i>Metta</i> -Sätze (siehe Kap. 1.3.6.1)
5, 6, 7, 8, 9 und 10	Achtsame Präsenz in schwierigen Situationen.	<i>Tonglen</i> -Meditation; <i>Tonglen</i> im Alltag/ bei schwierigen Situationen und Emotionen anwenden.

Quelle: Orellana-Rios et al. (2017); *manche der Themen und Übungen wurden in mehr als einer der wöchentlichen Sitzungen vermittelt.

Präsenz und Mitgeföhl (Woche 2 und 3)

In den darauffolgenden zwei Wochen wurde durch einen intensiven Fokus auf formelle und informelle Achtsamkeitspraxis sowie auf das Körperbewusstsein ein Grundstein für die mitgeföhlbasierten Praktiken gelegt. Dabei wurden die Teilnehmer/-innen ermutigt, die Übungen in die Arbeit zu integrieren und mit einer wachen Präsenz beim Körper und bei der Atmung zu sein. Zum Beispiel durch gelegentliches Innehalten im Sitzen, beim Gehen oder Ste-

hen. Darüber hinaus fand in der dritten Woche eine Vorbereitung für die *Metta*-Meditation statt. Unter anderem wurden die den Teilnehmer/-innen bereits zur Verfügung stehenden Mitgeföhlsressourcen in die Meditation einbezogen. Insbesondere wurde das Gewährwerden des eigenen Mitgeföhls im Körper geübt: die Teilnehmer/-innen legten dabei ihre Hand im Brustbereich auf und visualisierten auf der Höhe des Herzens ein persönliches Bild, das für sie Mitgeföhlsressourcen repräsentiert.

Metta-Meditation (Woche 4)

In der vierten Woche lag der Fokus auf der Vertiefung wacher Präsenz der *Metta*-Praxis. Weiterhin lag der Fokus auf der Körperhaltung und dem bewussten Wahrnehmen der Sinne beim Kultivieren von Mitgeföhlsressourcen. In Woche vier wurden auch die *Metta*-Sätze mit Hinweisen zu deren Anwendung vorgestellt. Außerdem fand hier das erste Gesamtgruppentreffen nach der Einführung mit einer Dauer von einer Stunde statt. Während dieser Treffen wurde der bisherige Verlauf des Kurses mit den Teilnehmer/-innen diskutiert sowie ausgedehntere Meditationen durchgeführt.

Tonglen-Meditation (Woche 5-10)

Von Woche 5 bis 10 lag der Schwerpunkt des Kurses auf der *Tonglen*-Meditation, wobei auch eine verkürzte Version der anderen Kurselemente (wache Präsenz und *Metta*-Meditation) Teil der Meditationsanleitungen waren. Obgleich es sich bei den Meditationsübungen um säkularisierte Adaptionen buddhistischer Praktiken handelte, durften die Teilnehmer/-innen ihre eigenen spirituellen Ressourcen in die Meditationen aufnehmen, wenn sie das wünschten. Sie konnten zum Beispiel eine selbstgewählte religiöse Figur in die Visualisierung ihrer Mitgeföhlsressourcen integrieren, oder aber eine neutrale Symbolik, wie beispielsweise Licht oder Farbe, einbeziehen. Ein ähnlicher Ansatz wurde mit sehr guten Ergebnissen von Oman und Kollegen/-innen (2006) implementiert.⁷

2.5.4 Partizipation der Teilnehmer/-innen an der Trainingsgestaltung

Während der ersten zwei einstündigen Sitzungen mit der gesamten Gruppe sowie während der vierten und sechsten Woche fanden neben ausgedehnten Praxiseinheiten auch Diskussionen

⁷ Im Rahmen dieser achtwöchigen, randomisierten und kontrollierten Evaluation wurde eine nicht-konfessionelle, weisheitsbasierte Intervention bei Ärzten, Pflegekräften, Seelsorger/-innen und anderen Arbeitskräften im Gesundheitswesen durchgeführt. Die 58 Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe meditierten über einen Zeitraum von 8 Wochen über inspirierende Textpassagen, die sie, in Abhängigkeit von ihrer spirituellen Haltung, aus den wichtigsten spirituellen Traditionen der Welt auswählen konnten. Die Studie ergab eine Verbesserung der berufsbezogenen Selbstwirksamkeit bei den Teilnehmer/-innen in der Interventionsgruppe.

zur Integration der Praxis in den Alltag statt, wobei die Expertise der Mitarbeiter/-innen explizit miteinbezogen wurde. In der letzten Sitzung des Kurses während Woche 10 wurden die Teilnehmer/-innen um ein globales Feedback zu dem Programm gebeten.

2.5.5 Überblick über die verwendeten Methoden

Auf *quantitativer Ebene* wurden Fragebögen vor und nach dem zehnwöchigen Training eingesetzt, um verschiedene Parameter für *Resilienz und Belastung* auf der Arbeit zu erheben. Für alle Parameter wurde neben der statistischen Signifikanz auch die Effektstärke berechnet. Die praktische Durchführbarkeit des Kurses wurde durch folgende quantitative Maßnahmen erhoben: die Anwesenheits- und Dropoutraten wurden mittels Anwesenheitslisten ermittelt. Die Teilnehmer/-innen führten ein wöchentliches Tagebuch über ihre Praxis außerhalb der Arbeitszeiten und füllten zudem am Ende der Intervention einen selbst konstruierten Fragebogen über ihre *Zufriedenheit mit dem Kurs* aus. Speichelproben wurden vor und nach der Intervention entnommen mit dem Ziel, die Cortisol-Aufwachreaktion als Indikator von *physiologischer Stressregulation* zu bestimmen. Hierzu wurden ebenfalls Berechnungen zur statistischen Signifikanz und zu den Effektstärken durchgeführt.

Auf *qualitativer Ebene* wurden halbstrukturierte Interviews mit allen Teilnehmer/-innen durchgeführt und anhand der rekonstruktiven Analyseverfahren des Integrativen Basisverfahrens von Jan Kruse (2015) analysiert.

2.5.6 Datenerhebung

Briefumschläge mit wichtigen Materialien für die Studie wurden über die dienstlichen Postfächer der Teilnehmer/-innen sowohl vor als auch nach der Intervention ausgeteilt. In den Umschlägen befand sich die Fragebogenbatterie sowie eine Tüte mit 4 Röhrchen⁸ (pro Messzeitpunkt), die für das Entnehmen von Speichelproben mit Watte versehen waren. Das Studienpaket, welches zu Beginn des Kurses ausgeteilt wurde, beinhaltete außerdem eine Beschreibung des Projekts sowie ein Dokument mit Anweisungen für das Entnehmen von Speichelproben. Die Teilnehmer/-innen füllten die Fragebögen zu Hause aus und gaben sie jeweils bei der Einführungssitzung sowie zum Zeitpunkt des qualitativen Interviews ab.

Nach dem Kurs wurden mit allen Teilnehmer/-innen halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Diese fanden während der Arbeitszeit in einem Konferenzraum auf Station statt. Am Ende des qualitativen Interviews wurde ein zusätzliches kurzes Interview durchgeführt, um den Erreichungsgrad der individuellen Ziele zu erfassen.

⁸ sogenannte Salivetten®

2.6 Quantitative Erhebung

2.6.1 Erhebungsinstrumente

2.6.1.1 Fragebogen

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Der MBI (Enzmann & Kleiber, 1989; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) für die sozialen Berufe besteht aus 22 Items, die sich auf drei Subskalen verteilen: *emotionale Erschöpfung* (EE, 9 Items), *Depersonalisation* (DE, 5 Items) und *persönliche Leistung* (PL, 8 Items). Eine erhöhte Burnout-Gefährdung liegt laut Manual vor bei Werten von ≥ 27 in der Subskala *Emotionalen Erschöpfung*, bei ≥ 10 Punkten in der Subskala *Depersonalisation*, sowie bei ≤ 33 Punkten in der Subskala *persönliche Leistung*. Bezüglich der psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version des MBIs stellten Enzmann und Kleiber (1989) eine ausreichende interne Konsistenz fest mit Werten für von $\alpha = .82$ für die Subskala emotionale Erschöpfung, $\alpha = .67$ für die Subskala Depersonalisation und $\alpha = .75$ für die Subskala persönliche Leistungsfähigkeit. Die konvergente und divergente Validität konnten ebenfalls bestätigt werden.

Perceived Stress Questionnaire (PSQ-20)

Mithilfe des PSQ-20 (Levenstein et al., 1993; Fliege et al., 2005) lässt sich die aktuelle subjektiv erlebte Stressbelastung anhand von 20 Items erheben. Aus den Subskalen *Sorgen*, *Anspannung*, *Freude* und *Anforderungen* lassen sich Unterskalenwerte sowie ein Gesamtscore berechnen. Mit einem Wert von $\alpha = .85$ gilt die an 650 Probanden validierte deutsche Version als hinreichend reliabel. Belege für die Änderungssensitivität dieses Instruments sowie Korrelationen mit Maßen zur Lebensqualität und immunologischen Stressmarkern liegen ebenfalls vor (Fliege, Rose, Arck, Levenstein & Klapp, 2001). Die Werte für die Unterskalen liegen im Bereich von $\alpha = .80$ bis $.86$.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Bestehend aus zwei Subskalen mit je 7 Items gehört die HADS-D (Herrmann-Lingen, Buss, & Snaith, 1995; Zigmond & Snaith, 1983) zu den für die Erhebung von generalisierter Angst und Depressivität am meisten verwendeten Instrumenten in der psychologischen Forschung. Die psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version wurden an einer Stichprobe von 6200 Personen validiert und können als zufriedenstellend angesehen werden. Die Reliabilität der Ängstlichkeits-Subskala beträgt $\alpha = 0.80$, während sie für die Depressivitätsskala bei

$\alpha=0.81$ liegt. Die konvergente Validität konnte bereits durch gut dokumentierte Korrelationen mit verwandten Instrumenten demonstriert werden. Bei der HADS-D werden Subskalenwerte ≤ 7 als unauffällig betrachtet (Herrmann-Lingen, Buss, & Snaith, 2011).

Symptom Checkliste von Derogatis, Somatisierungsskala (SCL-90-R-SOMS)

Die SCL-90-R (Derogatis, 1992; Franke, 2000) ist ein etabliertes Instrument für die Erfassung psychopathologischer Symptome, darunter auch somatische Beschwerden. Die SOMS-Subskala erhebt anhand von 12 Items kardiovaskuläre, gastrointestinale und neurologische Symptome, Atem- und muskuloskeletale Beschwerden sowie Schmerzen und andere somatische Beschwerden. Die Reliabilität der SOMS-Subskala variiert von $\alpha = 0.70 - 0.87$ für klinische und nicht-klinische Populationen. Die Validität dieser Subskala wird durch positive Korrelationen mit Instrumenten, die den globalen Gesundheitsstatus messen, gestützt. Zur Interpretation der Testwerte werden aus den gewonnenen Rohwerten T-transformierte Werte gewonnen, die soziodemografische Faktoren berücksichtigen und somit Aussagen über Normalität und Abweichung erlauben (Franke, 2000). T-Werte zwischen 60 und 70 zeigen eine deutlich messbare psychische Belastung an. Werte zwischen 70 und 80 (Obergrenze) indizieren eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung.

Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27)

Der SEK-27 (Berking et al., 2011; Berking & Znoj, 2008) wurde auf der Grundlage des kompetenzorientierten Modells adaptiver Emotionsregulation nach Berking (2015) entwickelt. Anhand von 27 Items werden 9 emotionale Regulationsfähigkeiten auf einer 5-stufigen Ratingskala (0 = überhaupt nicht bis 4 = fast immer) erhoben. Bei den evaluierten Fähigkeiten handelt es sich um Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Klarheit, Verstehen, Regulation, Akzeptanz und Resilienz, Selbstunterstützung sowie Konfrontationsbereitschaft. Die Errechnung eines Gesamtwerts ist möglich. Das Instrument weist insgesamt zufriedenstellende bis sehr gute psychometrische Eigenschaften auf und seine Änderungssensitivität konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (siehe z.B. Berking et al., 2008; 2011).

Arbeitssituation (NRS). Veränderungen der wahrgenommenen Arbeitssituation wurden anhand dreier numerischer Rating-Skalen (NRS) evaluiert. Die drei Items erfragen auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden), wie zufrieden die Teilnehmer/-innen mit ihrer aktuellen Arbeitssituation sind, wie gestärkt sie sich durch ihre Arbeit fühlen und wie viel Freude sie insgesamt auf der Arbeit erfahren.

2.6.1.2 Goal Attainment Scaling (GAS)

Eine GAS Skala ist ein offen konstruiertes Instrument zur Prüfung der Erreichung selbstgesteckter Ziele (Schaefer & Kolip, 2011), das in vielfältigen Evaluationssettings eingesetzt wird. Unter anderem werden GAS-Skalen auch in der Ergebnisevaluation von Achtsamkeitsinterventionen eingesetzt (Spence, Cavanagh, & Grant, 2008). Um am Ende einer solchen Intervention die Ergebnisse evaluieren zu können, werden zu Beginn der Intervention konkrete Ziele festgelegt. Die GAS Skala umfasst eine 5-stufige Tabelle, bei der aus bis zu 5 Erreichungsstufen ausgewählt werden kann. Diese Stufen reichen von -2 (viel weniger als erwartet erreicht) bis +2 (viel mehr als erwartet erreicht), wobei 0 eine adäquate Zielerreichung bedeutet. Am Ende der vorliegenden Studie wurde mit allen Teilnehmer/-innen ein kurzes Interview durchgeführt, um das Ausmaß der Zielerreichung zu bestimmen.

2.6.1.3 Durchführbarkeitsdaten

Es wurden Anwesenheitslisten eingesetzt, um die Inanspruchnahme der Kursangebote zu erfassen. Außerdem protokollierten die Teilnehmer/-innen die Häufigkeit und Dauer ihrer Achtsamkeitspraxis außerhalb der Arbeitszeiten mit Hilfe wöchentlicher Tagebücher (Anhang D.2). Die Zufriedenheit mit dem Kurs wurde durch einen selbst konstruierten Fragebogen (Anhang D.3) erhoben.

2.6.1.4 Physiologische Untersuchung

Cortisol-Aufwachreaktion

Cortisol ist ein Glukokortikoid. Glukokortikoide gehören neben den Mineralokortikoiden und Androgenen zu den drei großen Hormonengruppen, die in der Nebennierenrinde aus Cholesterin synthetisiert werden. Die Freisetzung von Cortisol hängt von der zirkadianen Periodik ab. Das bedeutet, dass ihre Freisetzung morgens am höchsten und um Mitternacht am tiefsten ist. Stress bewirkt eine erhöhte Freisetzung von Cortisol. (Birbaumer & Schmidt, 2010)

Weil die Cortisolwerte als Reaktion auf Stressoren variieren können, wird Cortisol auch als Stresshormon bezeichnet (Boggero, Hostinar, Haak, Murphy, & Segerstrom, 2017). Die Konzentration des Hormons im Speichel ist ein oft erhobener Parameter, um die Auswirkungen von Stress auf die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) zu erheben (Fekedulegn et al., 2007). Als biologischer Marker zur Messung des Effekts von Meditation und Achtsamkeit hat dieser Parameter, insbesondere die Messung der Cortisol-Aufwachreaktion (CAR), verbreitete Anwendung in der Forschung gefunden (Brand, Holsboer-Trachsler, Naranjo, & Schmidt, 2012; Matousek, Dobkin, & Pruessner, 2010). CAR beschreibt die intensive Steigung der Cortisolwerte in den ersten 30-40 Minuten nach dem mor-

gendlichen Aufwachen. Der Anstieg der Cortisolwerte kann dabei bei gesunden Erwachsenen zwischen 50% und 156% betragen. Aufgrund der dynamischen Natur von CAR muss bei deren Messung sowohl der Ausgangswert als auch die Dynamik der Steigung berücksichtigt werden. (Stalder et al., 2016)

In ihrem Übersichtsartikel über den Zusammenhang zwischen CAR und psychosoziale Faktoren stellten (Chida & Steptoe, 2009) fest, dass der Gesamt-Cortisolspiegel nach dem Aufwachen, der über eine Kombination mehrere Messungen festgestellt wird (Area under the curve, AUC), einen positiven Zusammenhang zum allgemeinen Lebensstress und einen negativen Zusammenhang zu Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufweist. Die genannte Übersichtsarbeit ergab auch, dass die Intensität der Steigung von CAR ($AUC_{\text{increment}}$) einen positiven Zusammenhang zu arbeitsbezogenem und allgemeinem Stress sowie einen negativen Zusammenhang zu Burnout, Fatigue und Erschöpfung aufweist.

Messung der Cortisol-Aufwachreaktion

Mit dem Ziel, die Cortisolkonzentration im Speichel der Probanden/-innen zu bestimmen, wurden die Teilnehmer/-innen gebeten, nach dem Erwachen 4 Speichelproben zu nehmen (0, 10, 20 und 30 min nach Erwachen), und zwar jeweils einen Tag vor Beginn sowie einen Tag nach Ende der Intervention. Sie wurden instruiert, während des Messzeitraums von 30 Minuten weder Essen noch Getränke zu sich zu nehmen. Die Teilnehmer/-innen erhielten hierfür vier Plastikröhrchen, in der sich jeweils eine synthetische Watterolle aus Polyethylen befand. Die Teilnehmer/-innen wurden angewiesen, die Watterolle in den Mund zu nehmen, leicht daran zu kauen und circa 2 Minuten im Mund zu behalten. Danach sollten sie die Watterolle wieder zurück in das Plastikgefäß geben, das Gefäß verschließen und bis zur Abgabe zuhause im Kühlschrank aufbewahren.

Die Proben wurden im Labor von Dirk H. Hellhammer an der Universität Trier, Deutschland, analysiert. Sie wurden für 10 Minuten bei 2000g zentrifugiert und die Cortisolkonzentration (nmol/l) wurde anhand eines zeitaufgelösten Fluoreszenzimmunoassay mit fluorometrischer Endpunktdetektion bestimmt (DELFI) (Dressendörfer, Kirschbaum, Rohde, Stahl, & Strasburger, 1992).

Errechnung der Cortisolwerte

Da sich aus den wiederholten Cortisolbestimmungen bei ein und derselben Person mehrere Datenwerte ergeben, entsteht die Notwendigkeit, Parameter zu berechnen, die die in den verschiedenen Datenwerten enthaltene Information zusammenfassen. Hierfür eignet sich die Be-

rechnung der Fläche unter der Kurve als Gesamtindikator der Cortisolkonzentration im Speichel (AUC). Die AUC berücksichtigt sowohl die einzelnen Cortisolkonzentrations-Werte (die Reaktionsmagnitude), als auch die Veränderungen über die Zeit (Fekedulegn et al., 2007).

Anhand der folgenden Formeln wurden drei AUC-Varianten berechnet:

$$\begin{aligned} \text{AUC total} &= (m_1+m_2/2)*10 + (m_2+m_3/2)*10 + (m_3+m_4/2)*10 \\ \text{AUC basal} &= m_1 * 30 \\ \text{AUC netto} &= \text{AUC total}-\text{AUC basal} \\ m &= \text{Messung}; 10 \text{ ist der Zeitabstand zwischen den Messungen in Minuten} \end{aligned}$$

AUC_{total} bezieht sich auf die Cortisol-Gesamtmenge in Bezug auf die Nulllinie über alle Messungen hinweg. Dieser Parameter berücksichtigt den Unterschied zwischen den Messungen sowie deren jeweilige Intensität (absoluter Wert). AUC_{basal} beschreibt die Fläche unter der Kurve in Bezug auf die Baseline und AUC_{netto} , auch $\text{AUC}_{Increment}$ genannt, beschreibt den Unterschied zwischen AUC_{total} und AUC_{basal} . AUC_{netto} weist auf das Ausmaß der Veränderungen über die Zeit in Bezug auf die Baseline hin, wobei die Distanz zur Nulllinie nicht berücksichtigt wird (relativer Wert) (Brand et al., 2012; Fekedulegn et al., 2007; Pruessner et al., 1997). Die Fläche unter der Kurve, welche jeweils diesen drei Parametern entspricht, wird auf Abbildung 3 verbildlicht.

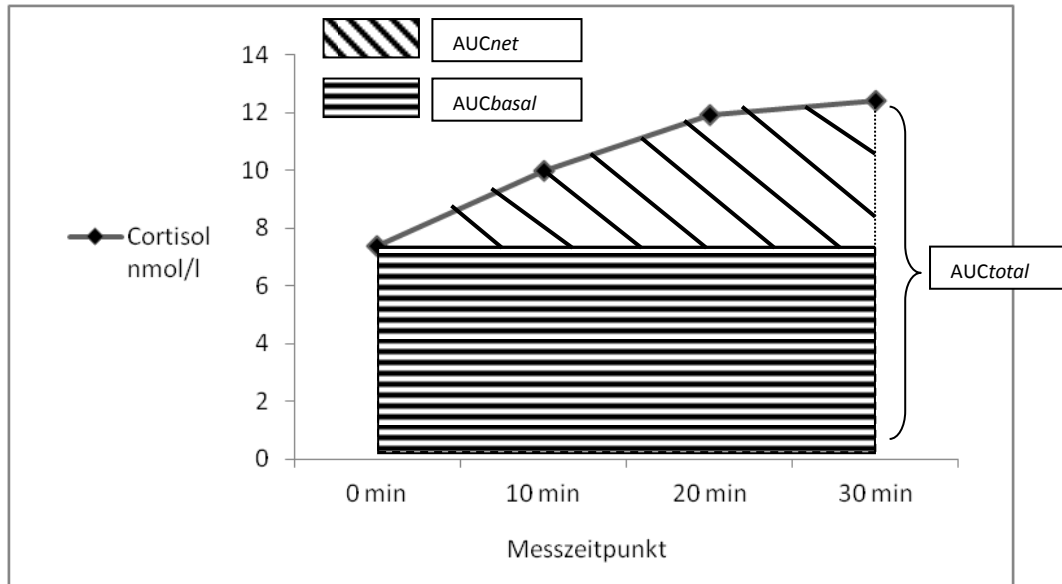


Abbildung 3: AUC_{total} , AUC_{net} und AUC_{basal} (angelehnt an Fekedulegn, 2007)

2.6.2 Statistische Analysen

Um die Prä-Post Unterschiede der Fragebogen- und Cortisolwerte zu ermitteln, wurden t-Tests für abhängige Stichproben berechnet. Wie für abhängige Stichproben empfohlen (Dunlap, Cortina, Vaslow, & Burke, 1996), wurden die Effektstärken nach Cohen anhand der For-

mel $d = t_c[2(1 - r)/n]^{1/2}$ aus den t-Werten errechnet. Der Korrelationswert für die gepaarten Messungen wird in der Formel mit r dargestellt ist und die Stichprobengröße mit n . Für alle Tests wurde ein zweiseitiges Signifikanzniveau von $\alpha=.05$ gewählt, da a priori keine gerichteten Hypothesen formuliert wurden. Die Analysen wurden mit SPSS 22 durchgeführt.

2.6.3 Umgang mit fehlenden Werten

Ein adäquater Umgang mit fehlenden Werten ist bei der Erhebung quantitativer Daten unerlässlich. Insbesondere bei kleinen Stichproben kann eine Reduktion der Datensätze die statistische Power mindern und nicht-zufällige Datenausfälle können die Repräsentativität der restlichen Daten gefährden (Rabung, 2010). Zuerst empfiehlt es sich, fehlende Daten in ihrer Struktur zu visualisieren, um herauszufinden, bei welchen Variablen und Personen gehäuft Daten fehlen (Leonhart, 2008). Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde die Struktur der fehlenden Werte mithilfe der Funktion *Analyse fehlender Werte* in SPSS angezeigt. In einem zweiten Schritt wurde inhaltlich exploriert, ob *Fehlend-Muster* (beispielsweise kontinuierliches Negativ-Beantworten der Fragen innerhalb der Antworten eines Probanden) erkennbar waren, und falls ja, welche *Fehlend-Mechanismen* dahinter stehen könnten.

Little und Rubin (1987) haben mit dem Ziel, den Ursachen für fehlende Werte auf die Spur zu kommen, unterschiedliche *Fehlend-Mechanismen* erarbeitet. Sie unterscheiden dabei zwischen *missing completely at random* (MCAR), *missing at random* (MAR) und *missing not at random* (MNAR). Im ersten Fall unterliegt das Fehlen der Daten keinen aussagekräftigen Gründen, wie zum Beispiel Dateneingabefehlern. Im zweiten Fall kann das Fehlen der Daten durch andere Informationen im Datensatz, wie beispielsweise Geschlecht, erklärt werden und im dritten Fall ist die fehlende Angabe der Daten durch die Ausprägung der Variablen selbst mitdeterminiert (Wirtz, 2004). Wenn die *Missing-Data-Analyse* dieser Studie (durchgeführt beim Post-Messzeitpunkt) den Verdacht auf eines der zwei letzteren Fehlendmechanismen nahelegte, wurden die betroffenen Teilnehmer/-innen nach den Gründen für das Auslassen befragt und wenn möglich gebeten, die Angaben zu vervollständigen. Alle fehlenden Werte, die kein systematisches Muster aufwiesen, wurden mithilfe der Software SOLAS ersetzt, wobei die Empfehlung, nicht mehr als 30% der Werte in einem Fragebogen zu ersetzen, eingehalten wurde (Wirtz, 2004).

2.6.4 Ersetzung mit SOLAS

Die kommerzielle Software SOLAS beinhaltet umfangreiche Verfahren zur Diagnostik und zum Ersetzen fehlender Werte und wurde von einer der führenden Autoritäten in diesem Bereich, Donald Rubin, mitentwickelt (Mayer, Muche, & Hohl, 2009). SOLAS bietet mehrere

Varianten zur einfachen und multiplen Imputation, wobei die multiple Imputation als das „state-of-the-art“ Verfahren betrachtet wird.

Für die Ersetzung fehlender Werte in der vorliegenden Studie wurde die *Predictive Model-based Method* verwendet, ein Multiples Imputationsverfahren, welches fehlende Werte auf der Basis von sogenannten *fixed covariates* vorhersagt. Kovariaten sind Variablen aus dem Datensatz, welche einen prädiktiven Wert haben. In dieser Studie wurden die Variablen Alter, Geschlecht und die Baseline-Werte als Kovariaten gewählt.

2.7 Qualitative Erhebung

2.7.1 Teilnehmer/-innen und Sample

Aufgrund des Interventionsformats, welches im sensiblen Setting eines Krankenhauses implementiert wurde, wurden alle 28 Teilnehmer/-innen, auch Personen, die den Kurs unterbrechen, zum Interview eingeladen. Diese Vollerhebung wurde gewählt, um das natürliche Gleichgewicht des Teams nicht zu gefährden, indem nur bestimmte Personen ausgewählt werden. Darüber hinaus wurde angestrebt, eine maximale Variation der untersuchten Phänomene in der Stichprobe abzubilden und somit keine der individuellen Perspektiven auf die Anwendung des Trainings im Arbeitsalltag außer Acht zu lassen. Um die Anonymität der Befragten zu bewahren, wurde auf eine Darstellung der Fälle verzichtet. Dieser Schritt erweist sich jedoch als nicht nötig, da aufgrund des sondierenden Charakters der vorliegenden Untersuchung die Kontrastierung der Fälle auf inhaltlicher und nicht auf beruflicher oder soziodemografischer Ebene durchgeführt wurde. Auf Kap. 2.8.3 wird eine Übersicht der soziodemografischen Daten der Gesamtstichprobe dargeboten.

2.7.1.1 Dropouts

Eine Person trat von ihrer Teilnahme am Interview zurück und eine zweite konnte aufgrund von Krankheit nicht interviewt werden. Insgesamt wurden 26 Interviews durchgeführt, wobei das kürzeste Interview eine Dauer von 27 Minuten hatte und das längste Interview 1 ½ Stunden dauerte (SD = 52 Min). Eines der Interviews konnte allerdings aufgrund von schlechter Tonqualität nicht ausgewertet werden. Alle übrigen 25 Interviews wurden in die Analyse eingeschlossen.

2.7.2 Erhebungsmethode: Episodische Interviews

Mit dem Zweck, die subjektiven Perspektiven der Teilnehmer/-innen zu explorieren, wurden mit allen Kursteilnehmer/-innen episodische Interviews durchgeführt. Die zentrale Prämisse

bei dieser Art von Interviews ist, dass Erfahrungen über einen bestimmten Gegenstand sowohl in Form narrativ-episodischen Wissens als auch in Form semantischen Wissens abgespeichert und erinnert werden. Daher wird im Rahmen episodischer Interviews abwechselnd nach konkreten Umständen und Situationen sowie nach präzisierenden Abstrahierungen und Zusammenhängen gefragt. Auf diesem Weg werden kontextbezogene Erzählungen, aber auch begriffliches, regelorientiertes Wissen, erhalten. Der Interviewpartner darf die Situationen, die für ihn relevant erscheint, und die Art der Erzählung selbst bestimmen. (Flick, 2011a)

2.7.2.1 Interviewleitfaden

Die Fragen des Interviewleitfadens wurden unter Anleitung einer Expertin im Bereich der qualitativen Forschung entwickelt (siehe Tabelle 3). Das Interview bestand aus einem monologischen Teil sowie aus einem Nachfrage- und einem Bilanzierungsteil. Bei den letzten beiden Teilen wurden abwechselnd Fragen nach konkreten Situationen und abstraktem Wissen gestellt, wobei der Fokus vor allem auf episodisches Wissen abzielte. Inhaltlich kann der Leitfaden nach den Fragestellungen in vier Blöcke unterteilt werden: auf die *Einstiegsnarrative* folgte ein Block über die *Umsetzung des Trainings* und die darin gemachten Erfahrungen, ein Block zu *Arbeitsstressoren und Copingstrategien* sowie ein Block zum Spannungsfeld zwischen *Mitgefühl und Abgrenzung*.

Die Interviewsituation begann mit einer kurzen Begrüßung, einer Frage nach der verfügbaren Zeit und die Bitte um Verständnis dafür, dass während des Interviews Notizen gemacht werden würden. Daraufhin wurde das Interview mit einer Erzählaufforderung eröffnet, bei welcher die Teilnehmer/-innen gebeten wurden, ihre Erlebnisse im Kurs ab dem Moment zu schildern, in welchem sie zum ersten Mal von diesem gehört hatten. Dabei ließ ich die Mitarbeiter/-innen erzählen, bis sie die Narrative selbst spontan beendeten. Die Einstiegsnarrativen spielten bei der Auswertung der Interviewdaten eine maßgebliche Rolle, da sie von den Befragten selbst gestaltet wurden und wichtige Hinweise auf eigene Relevanzsetzungen enthielten. Im darauffolgenden Nachfrageteil wurden einzelne, in den Einstiegsnarrativen erwähnte Aspekte aufgegriffen und vertieft. Hier wurden insbesondere solche Aspekte aufgegriffen, die auf Verläufe, Veränderungen und Entwicklungen hinwiesen. Im Bilanzierungsteil wurden weitere Fragen zu den inhaltlichen Blöcken des Interviews gestellt.

Im letzten Block des Interviews wurden die Befragten mit zwei Mitgefühlsszenarien konfrontiert. Daraufhin bat ich sie darum, mir zu jedem Szenario von einem korrespondierenden Ereignis aus ihrem Arbeitsalltag zu berichten. Dabei verwendete ich in provokativer Weise einen *präsuppositiven Stimulus*. Bei einem präsuppositiven Stimulus konfrontiert der Fragende

den Befragten mit einer Sinnvoraussetzung, d.h. mit einem Deutungsmuster, das implizit mitgeteilt wird als ob es auch für den Befragten Gültigkeit besitze (vgl. Kruse, 2007)

Bei den zwei Mitgefühlsszenarien handelte es sich um die *bestärkende* Wirkung des Mitgefühls auf der einen Seite und um dessen *erschöpfende* Wirkung auf der anderen. Ich bat die Teilnehmer/-innen, mir jeweils eine Episode, bei der sie erstere sowie eine weitere Episode, bei der sie letztere Seite erlebt hatten, zu erzählen. Die Begriffe von Empathie und Mitgefühl werden i.d.R. synonym verwendet. Bei den durchgeführten Interviews wurde bewusst keine Unterscheidung zwischen Empathie und Mitgefühl, zufolge derer nicht die Fähigkeit zu Mitgefühl, sondern vielmehr das Erleben von Empathie, zu negativen Emotionen und Erschöpfung führen kann. Diese Unterscheidung ist eher im wissenschaftlichen Kontext geläufig (siehe Kap. 1.2.3). Somit handelte es sich um eine Erzähl- und Argumentationsanregung. Ich überließ den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, selbst eine Unterscheidung zwischen Mitgefühl und Empathie zu treffen, oder mir zu widersprechen, beziehungsweise die von mir vorgeschlagenen Szenarien zu ergänzen, wenn sie es für nötig hielten. Diese Deutungsweise von Mitgefühl als etwas, das höchst unterschiedlich erlebt werden kann, wurde verwendet, um eine *thematische Fokussierung* auf Aspekte der Psychohygiene und der Abgrenzung im Mitgefühlsverständnis der Befragten zu evozieren. Trotz dieser Vorgehensweise versuchte ich, insbesondere während dieses Teils des Interviews, mich in meiner Haltung bewusst als naiv gegenüber der Arbeitswirklichkeit der Befragten zu zeigen. Vielmehr bemühte ich mich, einen *dialogischen Raum* zu eröffnen, welcher es den Befragten erlaubte, die inhaltliche Diskussion zu steuern und ihre eigenen Perspektiven offen darzulegen. Dies wurde zusätzlich dadurch verstärkt, dass ich am Anfang dieses Blocks ihren Expertenstatus hervorhob und mit der folgenden Aussage eine *klare Rollenverteilung* etablierte: „Empathie und Mitgefühl sind Eigenschaften, die Sie aus ihrer Arbeit gut kennen. Deswegen betrachte ich Sie als Expert/Expertin für dieses Thema.“ Somit kann diese präsuppositive Aussage über Mitgefühl als anregender Erzählstimulus verstanden werden.

Kruse (2007, S. 181) weist darauf hin, dass gegen die methodischen Gütekriterien qualitativer Daten verstoßen werden kann, wenn aus methodischen Gründen ein bestimmter Interaktionsaspekt erzielt werden soll. Im vorliegenden Fall wurde mit einem präsuppositiven Erzählstimulus fragetechnisch bewusst gegen das Prinzip der Offenheit verstoßen. Durch die offene Haltung der Interviewerin wurde jedoch eine nicht-theoriegeleitete Strukturierung des Forschungsgegenstandes durch die Befragten gefördert. Die letzte Frage des Interviews, in welcher gefragt wurde, wie es der persönlichen Meinung der Teilnehmer/-innen nach gelingen könne, mitfühlend zu sein, ohne dabei auszubrennen, wurde explizit an sie als Experten/-

innen gerichtet und wurde zu dem Zweck entworfen, eher Konzeptualisierungen und argumentative Inhalte hervorzurufen.

Tabelle 3: Interviewleitfaden in der Pilotuntersuchung

Interviewblock	Leitfrage/ Stimulus / Erzählaufforderung
Block I – Einstiegsnarrative	<p>Eröffnende Erzählaufforderung</p> <p>Ich möchte Sie bitten, Ihre Erlebnisse mit dem Kurs zu erzählen, wie diese nach und nach passiert sind; was hat sich da sozusagen für Sie persönlich abgespielt und zwar ab dem Moment, in dem Sie vom Kurs erfahren haben. Mich interessieren alle Details, die Ihnen wichtig erscheinen. Lassen Sie sich ruhig dafür Zeit. Jetzt am Anfang werde ich Sie nicht unterbrechen</p>
Nachfrage	<p>Fokus auf: Veränderungen, Motivation, Entwicklungen, Verläufe Schwierigkeiten, hilfreiche Elemente und Lernprozesse.</p> <p>Aufrechterhaltungsfragen: Sie haben vorhin erzählt, dass... Wie kam es dazu?/ Wie ging es da weiter? Können Sie dazu noch mehr erzählen? Wie sind Sie mit der Situation umgegangen? Können Sie anhand eines Beispiels erläutern, was Sie da meinten?</p>
Bilanzierungsteil	
Block II – Kurs	<p>1. Motivation und Vorerfahrung</p> <p>1. Motivation und Vorerfahrung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie kam es dazu, dass Sie sich dazu entschieden haben, teilzunehmen? • Hatten Sie schon Vorerfahrungen mit Achtsamkeitsmethoden? Können Sie mir mehr dazu erzählen? <p>2. Wirksamkeit des Trainings</p> <p>2. Wirksamkeit des Trainings</p> <p>Gab es für Sie im Laufe des Kurses Veränderungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Umgang mit sich selbst/ In Ihrer Fähigkeit, sich abzugrenzen? • auf der Arbeit? • im Kontakt zu Anderen: Umgang mit Patienten, Angehörigen, Kollegen? • in Ihrem Privatleben? <p>Episodisches Nachfragen: Können Sie mir dazu Erlebnisse, Beispiele schildern? Wie kam es dazu?</p> <p>3. Umsetzung des Kurses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gab es im Kurs etwas, wozu Sie am besten ein Zugang zu gefunden haben? • Gab es etwas, was Ihnen schwierig vorgekommen ist? • Gab es etwas, was sie genervt hat, oder was Sie als fremd empfunden haben / womit Sie nicht gerechnet haben? <p>Episodisches Nachfragen: Können Sie dazu Erlebnisse schildern?</p> <p>4. Trainingskomponenten</p> <p>Achtsamkeit, <i>Metta</i>- und <i>Tonglen</i>-Meditation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was haben Sie für Erfahrungen damit gemacht? • Haben Sie die Übung außerhalb der Meditation angewandt? Wie ging es Ihnen damit?
Block III - Arbeitsressourcen und Stressoren	<p>1. Wenn Sie einem Neuling erzählen müssten, woraus Ihre Aufgabe im Palliativzentrum besteht, was würden Sie ihm sagen?</p> <p>1. berufliche Rolle</p> <p>2. Arbeitsressourcen</p> <p>2. Was gefällt Ihnen an Ihrer Arbeit?</p>

-
- | | |
|-----------------------|---|
| 3. Arbeitsbelastungen | 3. Gibt es etwas in Ihrer Tätigkeit, was Sie als Belastung empfinden? |
| 4. Copingstrategien | 4. Wie gehen Sie damit um? |
-

Block IV – Mitgefühl und Selbstfürsorge / Abgrenzung **Erzählstimuli:** Empathie und Mitgefühl sind Eigenschaften, die Sie aus ihrer Arbeit gut kennen. Ich betrachte Sie als Expertin für dieses Thema. Mitfühlend zu sein kann ja sehr bestärkend sein, es kann ja aber auch belastend sein, oder einen erschöpfen.

- | | |
|--|--|
| 1. "belastende" Mitgefühlserfahrungen | 1. Können Sie mir eine Geschichte aus ihrer Arbeit erzählen, bei der Sie sich müde oder ausgelaugt fühlten, nachdem Sie besonders mitfühlend gewesen sind? |
| 2. „bestärkende“ Mitgefühlserfahrungen | 2. Und wiederum können Sie mir eine Geschichte aus ihrer Arbeit erzählen, bei der Sie sich nach einem besonders mitfühlenden Kontakt bekräftigt fühlten? |
| 3. Balance zwischen Mitgefühl und Selbstfürsorge/ Abgrenzung | 3. Wovon glauben Sie, hängt es für Sie persönlich ab, dass Sie in ihrer Arbeit mitfühlend zu Anderen sein können, ohne auszubrennen? |
-

2.7.3 Analysemethode – das integrative Basisverfahren

Die Interviews wurden mit der Methode des integrativen Basisverfahrens nach Jan Kruse (2015) analysiert. Bei dieser Methode handelt es sich um einen rekonstruktiv-hermeneutischen Analyseansatz, der eine flexible Anpassung der Analysemethode an die Daten erlaubt. Kruse verfolgt damit eine konsequente Aufrechterhaltung des Prinzips der *Offenheit* in der qualitativen Forschung: Durch die Auswahl einer Analysemethode im Vorfeld des eigentlichen Analyseprozesses verstößt man laut des Autors gegen dieses Prinzip, denn „es ist der Text, der vorgeben soll wie er analysiert werden will“ (Kruse, 2015, S. 370).

Das integrative Basisverfahren vereint daher Elemente aus der *Ethnomethodologischen Konversationsanalyse* (z.B. Heritage, 1984), aus Mannheims *Wissenssoziologischem Ansatz* (z.B. Mannheim & Wolff, 1964), aus der *Grounded Theory* (z.B. Strübing, 2008) sowie aus der *Inhaltsanalyse* (z.B. Mayring, 2008). Eine Erläuterung aller genannten Methoden würde den Rahmen dieser Doktorarbeit sprengen. Für eine Einführung kann die angegebene Beispielliteratur dienen. Aufgrund ihrer wichtigen Rolle im Analyseprozess des integrativen Basisverfahrens werden an dieser Stelle jedoch zentrale Prämissen der ersten beiden methodischen Perspektiven erläutert. Die *Ethnomethodologische Konversationsanalyse* ist ein Oberbegriff für verschiedene linguistische Analyseansätze, die vor allem nach dem „wie“ und dem „wozu“ in kommunikativen Situationen fragen. So stehen bei der Konversationsanalyse vor allem die Interaktion und die syntaktisch-grammatikalischen Wahlen im Zentrum der Aufmerksamkeit. (siehe Kruse, 2007, S. 98). Zentral für die Methode des integrativen Basisverfahrens ist auch der Begriff der *homologen Muster* von Karl Mannheim. Damit sind konsistente Sinnfiguren gemeint, die für Mannheim einen handlungsorientierenden Charakter besitzen und in alltägli-

chen Sprachhandlungen konstruiert und erworben werden. Diese Muster sozial geteilten Wissens werden laut Mannheim vor allem an Regelmäßigkeiten und Konsistenzen in den Kommunikationsprozessen sichtbar. Daraus ergibt sich der dokumentarische Charakter, den Mannheim Wörtern zuschrieb: für ihn sind Wörter immer wie ein Dokument, das auf eine bestimmte Sinnfigur hindeutet. (Kruse, 2015, S. 35-36). Das analysepraktische Ziel des Integrativen Basisverfahrens besteht darin, *Muster und Regelmäßigkeiten* im ‚WAS‘ (‚objektiver Sinn‘), im ‚WIE‘ (‚Ausdruckssinn‘) sowie im ‚dokumentarischen Sinn‘ der sprachlichen und kommunikativen Prozesse zu erkennen, um Deutungsmuster interpretativ zu rekonstruieren (Kruse, 2015, S. 534).

Im Rahmen des integrativen Basisverfahrens werden darüber hinaus die Grundprinzipien der rekonstruktiven Analyse berücksichtigt. Diese werden nachfolgend zusammenfassend erläutert. Die rekonstruktive Analyse geht davon aus, dass Versprachlichungen stets einen *weitergehenden Sinn* haben als das rein Gesagte. So werden beispielweise auch Interaktionsaspekte in der Analyse eingeschlossen. Weiterhin werden Äußerungen nie zufällig gewählt, sondern dadurch bestimmt, was für die Menschen, die sie erzeugen, *Relevanz* besitzt: sie sind symbolisch vorstrukturiert. Der Anspruch der rekonstruktiven Analyse ist es nicht, die objektive Wirklichkeit zu erfassen, sondern wirklichkeitsgenerierende *Sinnhaftigkeit* zu rekonstruieren. Dieser Sinn soll aus dem Text heraus entwickelt und nicht in dem Text hineingelegt werden (*Offenheit*). Kommunikative Regeln und sprachliche Selektionen werden dabei *sequentiell* herausgearbeitet, weil angenommen wird, dass Sinn sich sukzessive bildet. Von vorschnellen Interpretationen wird Abstand genommen (*Verlangsamung*). Schließlich sollen Deutungen datenzentriert herausgearbeitet und transparent dargestellt (*Datenzentrierung und Transparenz*), sowie das eigene Vorwissen stets reflektiert werden (*Verfremdungshaltung*). (Kruse, 2015, S. 366-390).

2.7.3.1 Auswertungsprozess des integrativen Basisverfahrens

Der Analyseprozess dieses Verfahrens ist durch *drei prozessuale Dimensionen* gekennzeichnet, die sowohl induktive als auch deduktive Elemente beinhalten:

Prozessdimension 1: Offene (mikro-) sprachliche deskriptive Analyse

In dieser Dimension werden Aspekte der linguistischen Pragmatik, der kognitiven Linguistik und der Erzähltheorie im Rahmen einer mikrosprachlichen Analyse berücksichtigt. Die offene (mikro-) sprachliche deskriptive Analyse beginnt mit der Segmentierung des Materials. Danach wird eine sequentielle Analyse jedes einzelnen Segments nach der eben genannten Auf-

merksamkeitsebenen (Interaktion, Syntaktik und Wortsemantik) vorgenommen. Ziel dabei ist, die Auswertung so datenzentriert wie möglich durchzuführen.

Die Analyse findet dabei auf drei Aufmerksamkeitsebenen statt:

1. *Interaktion, bzw. Pragmatik*: hier werden Aspekte der Interviewdynamik, der Rollenverteilung und der Gestaltung sozialer Beziehungen berücksichtigt, zum Beispiel wie andere Personen in dem Interview in Beziehung gesetzt werden
2. *Syntaktik*: hier werden *sprachlich-grammatikalische Besonderheiten* wie zum Beispiel die Verwendung von Füllwörtern, Wiederholungen, etc. berücksichtigt
3. *Wortsemantik*: damit sind Besonderheiten der *Wortwahl*, der Metaphorik, semantische Felder, etc. gemeint

Prozessdimension 2: Forschungsgegenständliche Heuristiken

Beispiele hierfür sind Analysen von kulturellen Sinnstiftungsmustern. Aber auch projektspezifische Fragestellungen können einen thematischen Rahmen bieten, dessen Inhalt die induktiv herausgearbeiteten Kategorien ergänzt.

Prozessdimension 3: Methodische Analyseheuristiken

Diese Art der Heuristiken fokussiert auf spezifische sprachlich-kommunikative Phänomene wie Perspektivierung, Positionierung, Agency, etc.

Zentrale Motive und zentrale Thematisierungsregeln

Die textabschnittsbezogene Analyse auf der Basis der drei Prozessdimensionen bildet die Basis für das Herausarbeiten von ersten konsistenten Mustern im Text. Daraus werden zuerst *Motive* (was) und *Thematisierungsregeln* (wie) eruiert, bevor in einem Schritt der schließenden Interpretation homologe Muster im Sinne Mannheims als *zentrale Motive* und *zentrale Thematisierungsregeln* formuliert werden. *Zentrale Motive* können mit dem Begriff der *zentralen Kategorien* in der Grounded Theory verglichen werden. Das Wort „Motiv“ soll dabei nicht als handlungspsychologisches „Motiv“ verstanden werden, sondern entspricht vielmehr einem Bildmotiv im künstlerischen Sinne, das konsistent im Text auftaucht (Kruse, ebd.). Ein Motiv ist „eine konsistente Sinnfigur“, die sich in einem kohärenten Bündel sprachlicher und kommunikativer Wahlen auf verschiedenen Ebenen im Textmaterial äußert. (Kruse, 2015, S. 546-553).

2.7.4 Datenaufbereitung, Auswertung und Analyse

2.7.4.1 Transkription

Aufgrund des besonderen Schwerpunkts der Analysemethode auf sprachliche Phänomene wurden die Audioaufnahmen nach den Empfehlungen von Kruse (2015, S. 354-355) transkribiert. Die berücksichtigten sprachlichen Merkmale werden in Tabelle 4 präsentiert.

Tabelle 4: Verwendete Transkriptionsnotationen

Merkmals	Notation
Pausen in Sekundenlänge	(1),(2),(3)
Verschleifungen, schnelle Anschlüsse, Stottern	=
Wort- oder Satzabbruch	-
Gleichzeitige Rede	{{gleichzeitig}...}
Primärakzent	akZENT
Besonders starker Akzent	Ak!ZENT!
Verständnissignale und Fülllaute des Interviewers	[mhm, ahja]
Unverständliche Wörter	(?vermutetes Wort?)
Außersprachliche Handlungen	((lacht)), ((hustet))
Anonymisierung	(Name, Ort)
Vermuteter Wortlaut	<<lachend>>
Auslassungen im Transkript	[...]

2.7.4.2 Vorgehen bei der Datenauswertung und Analyse

Interpretationsgruppen

Für die Auswertung wurden die von Kruse (2007, S. 87) empfohlenen Arbeitsschritte angewandt. Die Analysen wurden im Rahmen von zwei Interpretationsgruppen durchgeführt. Die erste Gruppe wurde speziell für dieses Projekt gegründet und bestand, mich miteinschließend, aus drei Psychologinnen, einem Soziologen und vier wissenschaftlichen Hilfskräften (Psychologiestudierende), die an der Sektion für Komplementärmedizinische Evaluationsforschung der Uniklinik Freiburg tätig waren. Die Gruppe wurde vom Soziologen Dr. Andreas Anton geleitet, der an der Durchführung der vorliegenden Studien nicht beteiligt war. In dieser ersten Interpretationsgruppe wurden über die Hälfte der Interviews ausführlich besprochen.

Parallel und sich aus den Analysen in der Gruppe speisend wurden von mir und einem zweiten Mitglied der Gruppe Fallexzerpte aus 11 Gesprächen erstellt, die eine umfassende Deskription der sprachlichen und kommunikativen Phänomene sowie Analysen diverser Forschungsgegenständlicher und methodischer Heuristiken enthielten. Die emergierenden Motive und Thematisierungsregeln wurden in einem iterativen Prozess in der Gruppe diskutiert und gegebenenfalls modifiziert, bevor die finale Bündelung der Motive als zentrale Motive und zentrale Thematisierungsregeln stattfand. Die restlichen Interviews wurden anhand des entstandenen Kategoriensystems kodiert und für vergleichende Analysen herangezogen. Die zweite Interpretationsgruppe wurde von der Abteilung Versorgungsforschung der Uniklinik Freiburg ins Leben gerufen. Die Gruppe wurde von der Soziologin Dr. Stephanie Bethmann geleitet. Sie war ebenfalls nicht an der Studie beteiligt. Die Teilnehmer/-innen gehörten verschiedenen medizinischen und sozialen Berufen an und promovierten oder arbeiteten als wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen an der Uniklinik. In dieser Gruppe fand vor allem eine Reflektion, Vertiefung und Bündelung der bereits herausgefundenen Ergebnisse auf höheren Abstraktionsebenen statt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Pilotstudie vorgestellt.

2.8 Ergebnisse der quantitativen Erhebung

2.8.1 Übersicht über die gewonnenen Daten

Abbildung 4 gibt eine Übersicht über die Rücklaufquoten aller Erhebungsmethoden. Von den 27 Teilnehmer/-innen, die regelmäßig am Kurs teilgenommen hatten, gaben 25 die ausgefüllten Fragebogen zum Postmesszeitpunkt zurück. Im Rahmen der Per-protokoll Analyse wurde auch der Teilnehmer, welcher den Kurs abgebrochen hatte, ebenfalls gebeten, zum Post-Messzeitpunkt die Fragebogen auszufüllen. Damit bestand die Auswertung der finalen Stichprobe aus 26 Datensätzen. Der Rücklauf für die Cortisolproben belief sich auf 24 Datensätze. Außer einer Teilnehmerin, die nicht interviewt werden wollte, und einem weiteren Teilnehmer, der kurz nach der Intervention für einen längeren Zeitraum krankgeschrieben war, wurden mit allen anderen Teilnehmer/-innen, auch mit dem Teilnehmer, der die Teilnahme zurückgezogen hatte, Interviews durchgeführt. Die Tagebücher wurden von 20 Personen regelmäßig ausgefüllt. Die Einschätzung der individuellen Zielerreichung dagegen fand unmittelbar nach jedem Interview statt und liegt für 26 Personen vor. Die Anwesenheitslisten wurden zu jedem Kurstermin eingesetzt.

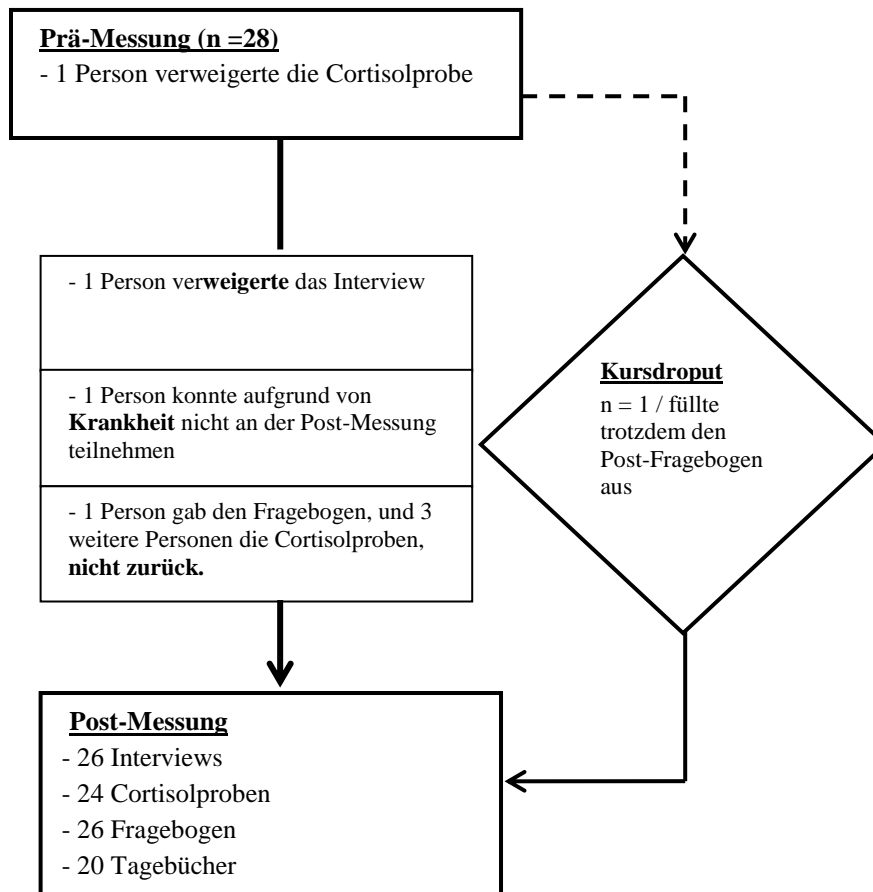


Abbildung 4: Übersicht über die Rücklaufquoten aller Erhebungsmethoden in der Pilotstudie.

2.8.2 Fehlende Werte

Wie bereits auf Abbildung 4 dargestellt, fehlten von manchen Teilnehmer/-innen trotz telefonischer Nachfrage ganze Datensätze. Ganze Datensätze wurden nicht ersetzt. Die restlichen Datensätze wurden mithilfe der Funktion *Analyse fehlende Werte* von SPSS nach potenziellen systematischen Mustern durchsucht.

Bei der Mehrzahl der fehlenden Werte handelte es sich um einzelne Items. Ein systematisches Muster konnte lediglich bei einer der Mitarbeiter/-innen gefunden werden. Sie füllte jeweils zu t1 10 Items und zu t2 8 Items des MBI Fragebogens nicht aus. Bei einer Rücksprache mit der Teilnehmerin konnte festgestellt werden, dass sie die Items aufgrund von Mangel an Kontakt mit Patienten/-innen und Angehörigen innerhalb ihrer Tätigkeit als unpassend bewertete und nicht wusste, wie sie diese beantworten sollte. Aufgrund dieses systematischen Grundes für das Fehlen, können diese Werte als *Missing not at Random* betrachtet werden. Da ihr Fragebogen aufgrund der hohen Anzahl an fehlenden Werten jedoch nicht ausgewertet werden konnte und das Imputieren der Werte in diesem Fall nicht vertretbar ist, wurde diese Teilnehmerin aus der MBI Auswertung herausgenommen. Alle anderen fehlenden Werte wurden als

missing completely at random angenommen und mit Hilfe der Software SOLAS ersetzt. Die endgültige Stichprobengröße, und somit die Anzahl der in den jeweiligen Berechnungen einbezogenen Personen, kann Tabelle 6 entnommen werden. Im Folgenden werden die Ergebnisse der quantitativen Erhebungsmethoden dargestellt.

2.8.3 Soziodemografische Daten

Tabelle 5 zeigt die soziodemographischen Merkmale der Teilnehmer/-innen.

Tabelle 5: Soziodemografische Daten der Teilnehmer/-innen der Pilotuntersuchung

Soziodemographische Merkmale der Stichprobe	
Durchschnittsalter in Jahren \pm <i>SD</i> (Range)	46.4 \pm 5.8 (Range 37-57)
Geschlecht	
Männlich	<i>n</i> = 7 (25 %)
Weiblich	<i>n</i> =21 (75 %)
Beruf (Häufigkeiten)	
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen	19
Ärzten/-innen	1
Sozialarbeiter/-innen	1
Sozialpädagogen/-innen	1
Psychologen/-innen	1
Physiotherapeuten/-innen	1
Verwaltungsmitarbeiter/-innen	1
Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen	2
Ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen	1
Familienstand %	
Ledig	53.6
Verheiratet	14.3
Geschieden	
Lebenssituation %	
Allein lebend	28.6
Mit Partner/-in / Ehepartner/-in zusammen lebend	67.9
In Wohngemeinschaft lebend	3.6
Schulabschluss %	
Mittlere Reife / Realschule	32.1
Abitur / Fachhochschulreife	67.9

Insgesamt nahmen 28 Mitarbeiter/-innen am Kurs teil, wobei eine der Mitarbeiter/-innen nach dem ersten Praxistag die Teilnahme mit der Begründung,⁹ „keine Entspannungsverfahren zu brauchen“, abbrach. Alle anderen Mitarbeiter/-innen nahmen regelmäßig am Programm teil. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer/-innen betrug 46 Jahre und der Anteil an Frauen lag bei 75%. Wie Tabelle 5 entnommen werden kann, handelt es sich beim überwiegenden Teil der Teilnehmer/-innen um Pflegende. Auch sind die meisten Mitarbeiter/-innen verheiratet und leben in einer Partnerschaft. Alle Probanden/-innen haben die Hochschulreife.

2.8.4 Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

2.8.4.1 Fragebogen

Die Mittelwerte, Standardabweichungen, Freiheitsgrade und Effektstärken sowie die Ergebnisse des inferenzstatistischen Verfahrens (t-Test) können Tabelle 6 entnommen werden. Insgesamt sprechen die niedrigen Ausgangswerte der Fragebogen, die für die Messung der psychologischen Belastung eingesetzt wurden, für eine geringe Initialbelastung der Mitarbeiter/-innen. Damit sind der MBI, der HADS-D, sowie der PSQ gemeint. Die Prä-Werte der Unterskala *Anforderungen* des PSQ bilden hier die Ausnahme: diese sind vergleichbar mit den Referenzwerten von Patienten/-innen in stationärer psychosomatischer Behandlung (Fliege et al., 2005).

Nach dem Training konnte bei den Teilnehmer/-innen eine signifikante Verringerung von Ängstlichkeit und Burnout (emotionale Erschöpfung und persönliche Leistungsfähigkeit) im kleinen Effektstärkenbereich verzeichnet werden. Für die Variablen Depressivität und Somatisierung konnte zwar keine signifikante Veränderung festgestellt werden, der Prä-Post Vergleich ergab jedoch kleine Effektstärken, die auf eine Veränderung in die erwünschte Richtung hinweisen. Hinsichtlich des wahrgenommenen Stresses zeigte sich sowohl im Gesamtwert als auch in den Subskalen *Sorgen*, *Anspannung*, *Freude* und *Anforderungen*, eine signifikante Reduktion beziehungsweise ein Anstieg der Werte in der Subskala *Freude* mit kleinen bis mittleren Effektstärken. Im Bereich der Emotionsregulation (SEK-27) zeigte sich eine signifikante Verbesserung zweier emotionaler Kompetenzen im mittleren Effektebereich, namentlich des bewussten Wahrnehmens der eigenen Emotionen (*Aufmerksamkeit*) und der Fähigkeit, belastende Emotionen aushalten zu können (*Resilienz*). Der Gesamtscore des SEK-27 ergab auch eine signifikante Veränderung im kleinen Bereich. Auch die *Freude auf der Arbeit* erhöhte sich nach dem Training signifikant.

⁹ Persönliche Mitteilung an den Meditationslehrer

Tabelle 6: Ergebnisse der quantitativen Erhebung in der Pilotuntersuchung

	Vor dem Training		Nach dem Training		<i>t</i> (<i>df</i>)	<i>p</i> *	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Burnout (MBI)							
Emotionale Erschöpfung	14.85	9.07	11.29	7.63	-3.13 (24)	.005**	0.41
Depersonalisation	2.72	2.85	2.53	2.80	0.71 (24)	.482	0.07
Persönliche Leistungserfüllung	39.27	4.88	41.22	4.03	-2.71 (24)	.012*	0.43
Stress (PSQ)							
Sorgen	0.23	0.14	0.17	0.11	2.39 (25)	.025*	0.48
Anspannung	0.39	0.22	0.26	0.14	3.51 (25)	.002**	0.69
Freude	0.65	0.21	0.73	0.19	-2.25 (25)	.033*	0.38
Anforderungen	0.43	0.23	0.36	0.16	2.20 (25)	.037*	0.33
Gesamtscore	0.35	0.18	0.27	0.12	3.08 (25)	.005**	0.52
Angst und Depression (HADS-D)							
Ängstlichkeit	5.42	2.66	4.31	3.04	2.45 (25)	.022*	0.39
Depressivität	3.31	2.21	2.77	2.14	1.59 (25)	.124	0.25
Somatisierung (SCL, t-score)							
Somatisierung	49.31	8.94	47.50	8.58	1.17 (25)	.255	0.21
Emotionale Regulation (SEK-27)							
Aufmerksamkeit	3.00	0.77	3.32	0.49	-2.87 (24)	.008**	0.45
Klarheit	3.17	0.74	3.27	0.61	-1.01 (24)	.322	0.15
Körperwahrnehmung	3.08	0.78	3.12	0.59	-0.24 (24)	.816	0.06
Verstehen	3.25	0.73	3.23	0.63	0.26 (24)	.797	0.04
Akzeptanz	3.07	0.83	3.16	0.65	-0.76 (24)	.454	0.12
Resilienz	2.77	0.97	3.16	0.80	-2.47 (24)	.021*	0.43
Selbstunterstützung	2.87	0.92	3.01	0.77	-0.96 (24)	.347	0.17
Konfrontationsbereitschaft	2.83	0.71	2.90	0.69	-0.76 (24)	.456	0.11
Regulation	2.73	0.89	2.90	0.65	-1.57 (24)	.129	0.20
Gesamtscore	2.97	0.66	3.12	0.55	-1.85 (24)	.077	0.24
Arbeitssituation (VAS)							
Zufriedenheit	7.75	1.34	8.19	1.47	-1.63 (25)	.117	0.31
Stärkung	7.83	1.81	8.15	1.46	-1.12 (25)	.274	0.2
Freude	7.62	1.44	8.35	1.06	-3.06 (25)	.005**	0.6

Quelle: Orellana-Rios et al., 2017; Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), *t*-Werte und Freiheitsgrade (*df*); *p*: *p*-Wert des *t*-Tests für abhängige Stichproben; * für signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$); ** für sehr signifikante Ergebnisse ($p \leq .01$); Cohen's *d*: $d > 0.2$ kleine Effekte, $d > 0.5$ mittelgroße Effekte und $d > 0.8$ große Effekte

2.8.4.2 Goal Attainment Scale – Zielerreichung

Die individuellen Ziele wurden anhand von summativen Techniken für die Kodierung qualitativer Daten (Hsieh & Shannon, 2005) in Kategorien gruppiert. Nachfolgend werden Beispiele für die unterschiedlichen Kategorien präsentiert, die eruiert werden konnten:

Selbstfürsorge

„Strategien entwickeln um sich „gesund“ zu fühlen“ (Person 101)

„Besser als bisher auf meine Grenzen achten und andere Ressourcen anfragen können“ (Person 111)

Mehr Achtsamkeit/Präsenz

„Übungen zu Achtsamkeit und Mitgefühl üben und verinnerlichen“ (Person 105)

„Mehr Präsenz im Augenblick, weniger spannungsreiches Tempo“ (Person 121)

Achtsamer Umgang mit Anderen

„Mitgefühl auch bei sehr schwierigen Kontakten fühlen“ (Person 123)

„Freier auf affektives Verhalten von anderen reagieren zu können“ (Person 106)

„Besseres Zuhören aufeinander im Team“ (Person 102)

Gelassenheit im Umgang mit Belastung

„Sich selbst im Arbeitsprozess zur inneren Ruhe zu bringen wenn es hektisch wird“ (Person 129)

„Entspannungsfähigkeit nach Stresssituationen“ (Person 107)

Bessere Abgrenzung von Arbeitsinhalten

„Probleme anderer nicht zu seinen machen“ (Person 124)

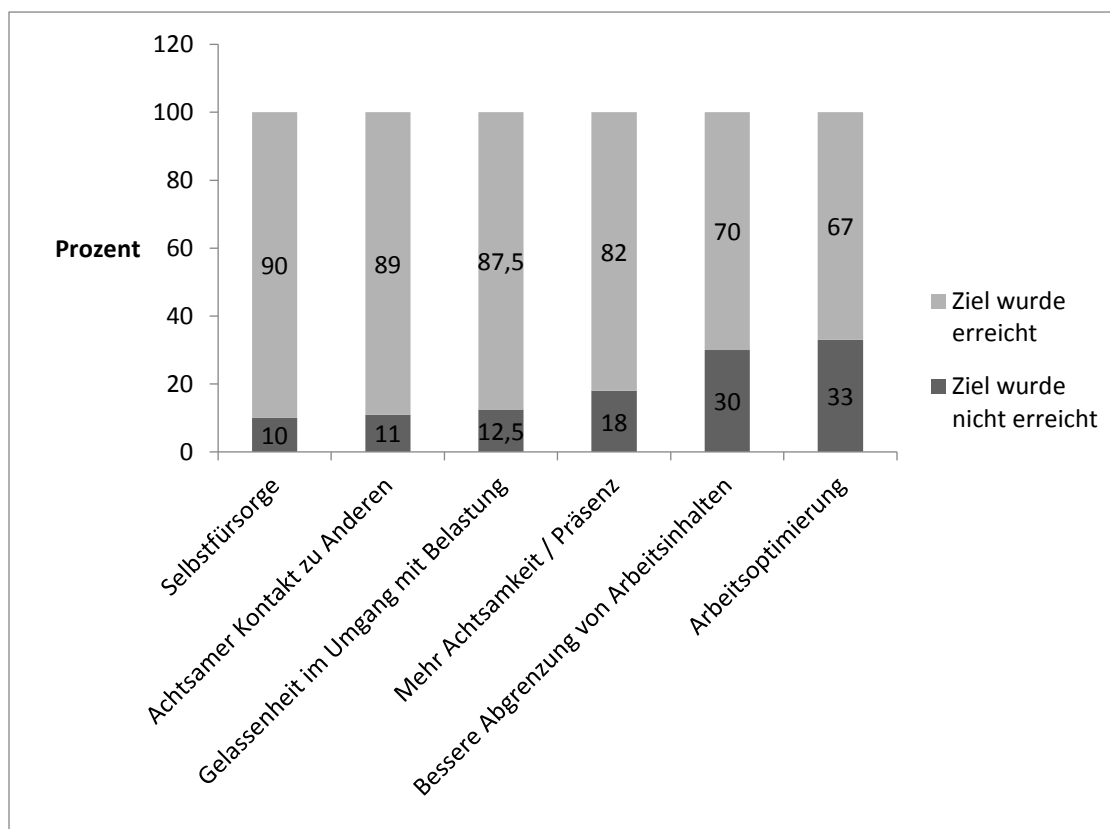
„Gedankenkreisen um die Arbeit um die Hälfte reduzieren zu können nach Dienstschluss“ (Person 108)

Arbeitsoptimierung

„Besser Prioritäten setzen zu können in der Arbeit“ (Person 106)

„In Ruhe Arbeit strukturieren und ein erreichbares Ziel für den Tag setzen“ (Person 121)

Mit Ausnahme der Kategorie Arbeitsoptimierung, die nur 6% aller Ziele ausmachte, war die Verteilung der restlichen Ziele innerhalb der Zielkategorien ähnlich und variierte zwischen 16% (*Gelassenheit im Umgang mit Belastungen*) und 22% (*Mehr Achtsamkeit/ Präsenz*). Insgesamt wurden 85% der individuellen Ziele nach der Intervention erreicht, wobei die Ziele aus der Gruppe *Selbstfürsorge* den höchsten, und die Ziele aus der Gruppe *Arbeitsoptimierung* den niedrigsten Erreichungsgrad aufwiesen (siehe Abbildung 5).



Quelle: Orellana-Rios et al., 2017

Abbildung 5: Zielkategorien in der Pilotstudie sortiert nach ihrem Erreichungserfolg in Prozente.

Der Erfolg für die Erreichung der Ziele in ihrer Gesamtheit verteilte sich wie folgt: 18% der Ziele wurden *viel mehr* als erwartet erreicht (+2); 41% *mehr* als erwartet (+1); 26% wurde *so wie* erwartet erreicht (0); 14% der Ziele wurden *weniger* als erwartet erreicht (-1) und 2% *viel weniger* als erwartet erreicht.

2.8.4.3 Durchführbarkeitsdaten

Compliance

Die durchschnittliche Praxisdauer während der Meditationstage lag bei 32 Minuten ($SD=8.2$). Aufgrund wechselnder Arbeitsschichten und unterschiedlicher Stellenprozentage konnten nicht alle Praxistage von allen Probanden/-innen wahrgenommen werden, obwohl einige von Ihnen den Kurs im Rahmen ihrer Freizeit besuchten. Insgesamt nahmen 57% der Teilnehmer/-innen an mindestens 6 der 9 Praxistagen teil. Die Einführungssitzung wurde von allen Teilnehmer/-innen wahrgenommen. Dies resultiert in eine Compliance-Rate von 70%. Die Daten der zuhause geführten Tagebücher ($n = 20$) ergaben bezüglich der Praxiszeit außerhalb der Arbeit einen Mittelwert von 3 Übungseinheiten pro Woche mit einer Gesamt-Übungszeit von 30 Minuten ($SD= 35.2$).

Zufriedenheit mit der Intervention

Dreiviertel der Befragten gaben an, zufrieden mit dem Kurs zu sein (60% = sehr zufrieden, 16% = zufrieden). Zusätzlich äußerten 96% der Mitarbeiter/-innen, die erlernten Techniken auch in Zukunft anwenden zu wollen und 88%, dass sie den Kurs an Kollegen/-innen weiter empfehlen würden.

Wenngleich keine der Mitarbeiter/-innen Unzufriedenheit mit dem Kurs ausdrückte, führten 24% der Probanden/-innen an, nur teilweise mit dem Kurs zufrieden zu sein. Die Bewertung der Kursleitung betreffend waren 69.2% der Teilnehmer/-innen *sehr zufrieden*; 15.4% gaben an, *eher zufrieden* zu sein und 11.5% wählten *teils teils*.

Bewertung der Kursbausteine

Tabelle 7 zeigt einen Überblick über die Bewertung der einzelnen Kursbausteine durch die Mitarbeiter/-innen

Tabelle 7: Bewertung der einzelnen Kurselemente in der Pilotstudie

Bewertung der Kursbausteine in %				
	Sehr hilfreich	Etwas hilfreich	Wenig hilfreich	Nicht hilfreich
Meditationsformen				
Gehmeditation	28	48	20	4
Achtsamkeitsmeditation	78	22	-	-
<i>Metta</i> -Meditation	72	16	8	4
<i>Metta</i> -Sätze	42	21	33	4
<i>Tonglen</i> -Meditation	36	48	8	8
Übungsformate auf dem Arbeitsplatz				
Anleitungen zur vollen Stunde	96	-	-	4
Persönliche Termine zu halben Stunde*	29	14	10	10
Atemübung vor dem Betreten eines Zimmers	57	38	5	-
Übungsanker auf der Arbeit	50	42	4	4
Übungsmaterialien				
Kurze Übungs-CD	74	13	9	4
Lange Übungs-CD	33	29	25	13
Poster auf Station	32	36	20	12

*Nicht alle Teilnehmer/-innen machten Gebrauch von den persönlichen Terminen.

Das hilfreichste Angebot des Kurses waren nach Angaben der Teilnehmer/-innen die Kleingruppenmeditationen zur vollen Stunde: 96% der Befragten bewerteten dieses Angebot als sehr hilfreich. Inhaltlich wurde die klassische *Achtsamkeitsmeditation* (Körper- und Atem-Achtsamkeit) am besten bewertet. Diese wurde von insgesamt 78.3% der Teilnehmer/-innen als sehr hilfreich bewertet. Die *Metta-Meditation* wurde von 72% der Befragten ebenfalls als sehr hilfreich empfunden. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer/-innen empfand die *Atemübung vor dem Betreten eines Zimmers* ebenso als sehr hilfreich. Die *Tonglen*-Übung betreffend gaben lediglich 36% der Teilnehmer/-innen an, diese als sehr hilfreich empfunden zu haben.

Am wenigsten hilfreich wurden die *persönlichen Termine* bewertet, welche jeweils zur halben Stunde angeboten worden waren. Lediglich 28.6% der Teilnehmer/-innen empfanden diese

als sehr hilfreich. In Übereinstimmung damit hatten 38% der Teilnehmer/-innen dieses Angebot während des gesamten Zeitraums der Intervention kein einziges Mal wahrgenommen.

Ein potentieller Hinweis auf die knappen Zeitressourcen ist, dass insgesamt 37.5% der Teilnehmer/-innen die lange Übungs-CD (45 Minuten) als wenig oder gar nicht hilfreich bewertet haben. Die kurze Übungs-CD mit einer Dauer von circa 7 Minuten wurde dagegen von 73.9% der Befragten als sehr hilfreich empfunden. Der gleiche Anteil an Mitarbeiter/-innen beurteilte auch die *Metta-Sätze* als wenig oder gar nicht hilfreich. In den qualitativen Interviews wurden auch Schwierigkeiten mit den *Metta Sätzen* thematisiert. Siehe hierfür Kap. 2.9.2.4

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Umsetzbarkeit des Kurses aufgrund der hohen Compliance und guten Bewertung des Kurses als sehr zufriedenstellend bewertet werden kann.

2.8.4.4 Physiologische Untersuchung

Eine signifikante Reduktion des Gesamtspiegels von CAR (AUC_{total}), des Anstiegs von CAR (AUC_{netto}) oder des Cortisolwertes in Bezug auf die Nulllinie (AUC_{basal}) konnte nach dem Training nicht festgestellt werden. Eine statistisch signifikante Reduktion der Werte hätte darauf hingewiesen, dass das Training einen potenziellen Effekt auf das physiologische Stresslevel gehabt haben könnte. Die ermittelten Werte sind nach dem Training sogar leicht erhöht mit Effektstärken im kleinen Bereich, auch wenn diese Unterschiede statistisch nicht signifikant wurden. Die deskriptiven Daten zu den Cortisolwerten werden in Tabelle 8 dargestellt, zusammen mit den Ergebnissen der dazu berechneten t-Tests zur Überprüfung möglicher Unterschiede.

Tabelle 8: Ergebnisse der physiologischen Erhebung (CAR) in der Pilotuntersuchung

	Vor dem Training				Nach dem Training		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t (df)</i>	<i>P</i>	Cohen's <i>d</i>
CAR, nmol/l							
AUC total	333.68	106.21	367.68	214.97	0.86 (23)	.396	0.19
AUC basal	250.21	103.07	292.15	117.40	-1.01 (23)	.323	-0.26
AUC netto	83.47	93.58	75.52	111.69	0.25 (23)	.806	0.08

Mittelwerte (*M*), Standardabweichungen (*SD*), *t*-Werte und Freiheitsgrade (*df*) der Cortisolmessungen; *p*: *p*-Wert des t-Tests für abhängige Stichproben; Cohen's *d*: $d > 0.2$ kleine Effekte, $d > 0.5$ mittelgroße Effekte und $d > 0.8$ große Effekte

2.9 Ergebnisse der qualitativen Erhebung

Im Folgenden werden die subjektiven Erfahrungen der Mitarbeiter/-innen des Palliativzentrums vorgestellt. Deutungsmuster, die in den Erzählungen der Befragten eine bedeutsame Rolle spielen, werden *zentrale Motive* genannt. Sie sind vergleichbar mit dem Begriff, *zentrale Kategorien* bei einem Kategoriensystem. Unteraspekte davon sind *Motive*. Die sogenannten *zentrale Thematisierungsregeln* sind sprachliche und kommunikative Selektionen, mit deren Hilfe die zentralen Motive sprachlich dargestellt werden. Um die Identität der befragten Mitarbeiter/-innen noch stärker zu schützen, wurde neben der Pseudonymisierung der Zitate (d.h. die Ersetzung von Orts- und Personennamen, Berufs- und Erkrankungsbezeichnungen sowie aller anderen Merkmale, die eine Identifikation der Befragten hätte ermöglichen können) überall in dem qualitativen Ergebnisteil das Geschlecht der Teilnehmer/-innen bei den individuellen Beschreibungen als weiblich dargestellt. Um die Lesbarkeit zu verbessern, wurden die Zitate stellenweise gekürzt und sprachlich geglättet. In den Fließtext eingebaute Zitate entstammen jeweils den zuvor oder danach eingeführten Interviewpassagen. Sämtlichen Stellen, an denen auf die Aussage eines Befragten verwiesen wird, das originale Zitat jedoch nicht angegeben wird, wird auch die exakte Segmentnummer im Transkript genannt.

Zwecks einer besseren Übersicht wurden die zentralen Motive in fünf thematische Blöcke gruppiert, die jeweils die fünf interessierenden Forschungsfragen der qualitativen Evaluation widerspiegeln. Die Gesamtgliederung der zentralen Motive wird für einen besseren Überblick auf Abbildung 6 grafisch dargestellt.

Als erstes wird die Thematisierung des Arbeitsfeldes vorgestellt. Dies geschieht aus zwei Gründen: Erstens, um die Sinndeutungen, die sich auf den Kurs beziehen, besser verstehen zu können und zweitens, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Thematisierung des Arbeitsfeldes für die Mitarbeiter/-innen in den Interviews die oberste Priorität besaß. Danach werden die Erlebnisse im Kurs und die Kursimplementierung präsentiert, gefolgt von den zentralen Deutungsmustern der Achtsamkeit, welche im Kern die Beantwortung der Frage widerspiegeln, wie die Mitarbeiter/-innen Achtsamkeit verstehen. Anschließend folgt die Darstellung der wahrgenommenen Effekte des Kurses und schließlich präsentiert das letzte Kapitel die Ergebnisse zur Fragestellung, wie man mitfühlend sein kann, ohne auszubrennen.

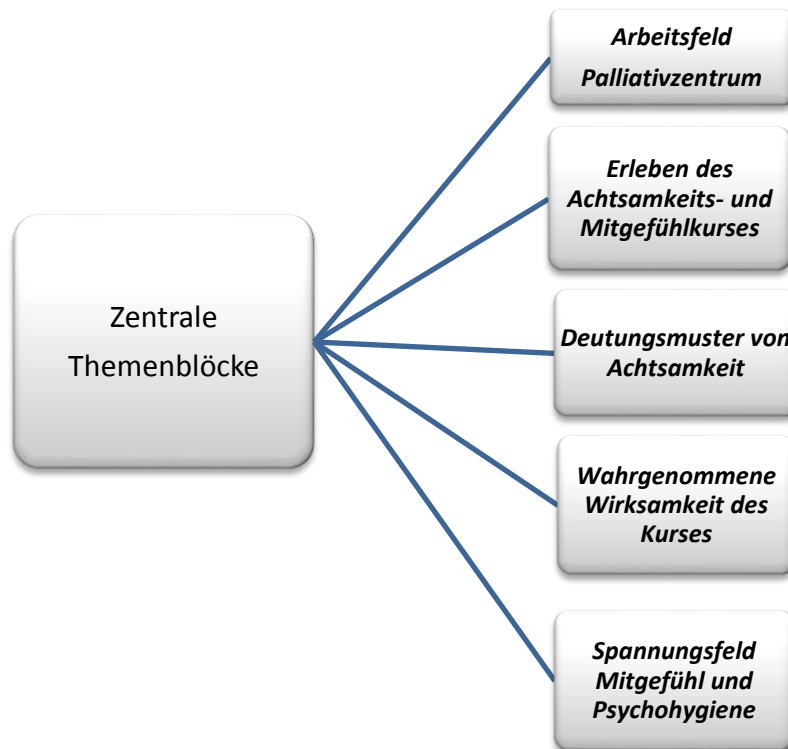


Abbildung 6: Zentrale Themenblöcke der qualitativen Interviews in der Pilotstudie

2.9.1 Arbeitsfeld Palliativzentrum

Fragen zu der Arbeitstätigkeit nahmen in dem Interviewleitfaden nur einen kleinen Raum ein. Narrative über bestimmte Aspekte der Arbeit im Palliativzentrum kommen jedoch über alle Interviews hinweg sehr häufig vor – auch an Stellen, an denen sie nicht explizit erfragt wurden, sodass angenommen werden kann, dass sie in dem Relevanzsystem der Mitarbeiter/-innen eine große Rolle spielen. Da die Beschreibung des Arbeitsfeldes jedoch nicht im Fokus der Interviews stand, kann kein Anspruch auf eine ausführliche Darstellung erhoben werden. Darüber hinaus hängen die dargestellten Aspekte stark mit den Themen zusammen, die im Fokus der Interviews standen. So dominieren in den Schilderungen über das Arbeitsfeld Themen wie Achtsamkeit, Stressregulation sowie arbeitsbezogene Be- und -Entlastung. Abbildung 7 gibt eine Übersicht der zentralen Motive in der Thematisierung des Arbeitsfeldes. Diese werden wie folgt beschrieben:

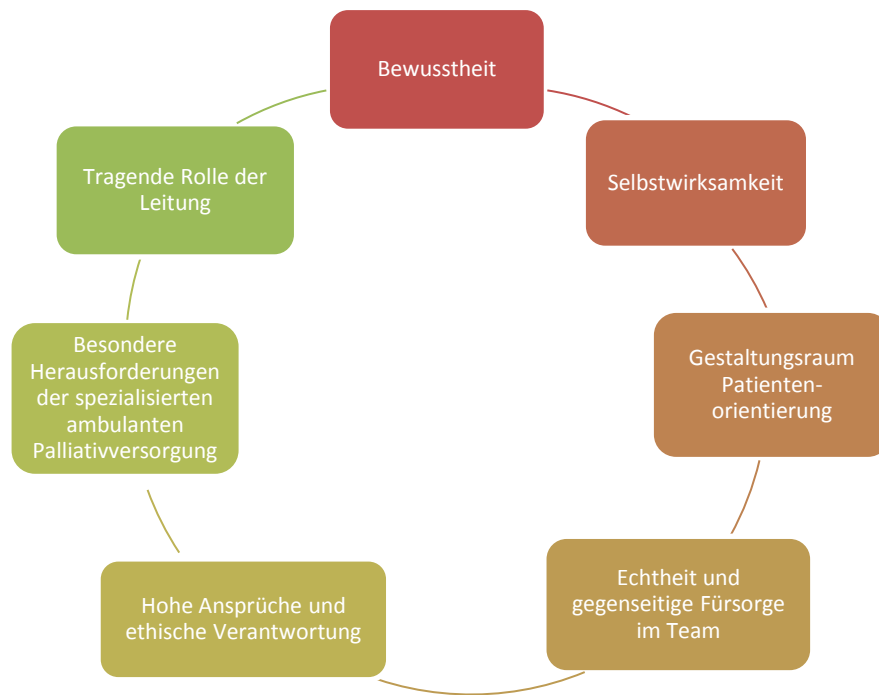


Abbildung 7: Zentrale Motive des thematischen Blocks Arbeitsfeld Palliativzentrum

2.9.1.1 Bewusstheit

Die Fähigkeit, sich selbst, seine Mitmenschen und die eigene Umgebung achtsam wahrzunehmen und darüber zu reflektieren wird in den Interviews oft als ein zentraler Aspekt der palliativen Arbeit beschrieben. Vor allem die Fähigkeit zur Selbstreflexion stellt in den Augen der Mitarbeiter/-innen ein wichtiges Arbeitswerkzeug und einen protektiven Faktor dar, der vor dem Ausbrennen schützt. Im Folgenden wird das Motiv der Bewusstheit an drei Beispielen erläutert.

Die bewusste Erfahrung der Unabwendbarkeit

Der grundlegende Ansatz der Palliativmedizin besteht in der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten/-innen und ihren Familien, die mit den Herausforderungen einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert werden, wobei physische, psychische und spirituelle Probleme frühzeitig identifiziert und behandelt werden sollen (WHO, 2002). Ein palliativer Behandlungsansatz grenzt sich von einem kurativen dadurch ab, dass eine Chance auf Heilung nicht mehr angenommen wird. Wie das folgende Beispiel verdeutlicht, erfordert dieser Umstand eine Neudefinition des Arbeitsauftrags der Helfer/-innen:

„Wir haben ganz am Anfang, es ist wirklich schon viele Jahre her, ich glaube, das hat die (Name Leitungsperson) mal irgendwann bei 'ner Besprechung gesagt, die Hal-

tung, die wir in der Palliativmedizin haben, wir können ALLES tun, um sozusagen die Situation zu verbessern und die Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern, aber wir können denjenigen nicht retten.“ (Person 125)

Trotz der vielen Möglichkeiten, etwas an der Situation der Patienten/-innen zu verbessern, ist die Bewusstwerdung der Unabwendbarkeit der jeweiligen Situation ein Kernaspekt der Tätigkeit. Person 125 beschreibt diese Kompetenz als „die Haltung, die wir in der Palliativmedizin haben“. Wie zentral diese Haltung für die Mitarbeiterin ist, zeigt sich weiterhin daran, dass deren Ursprung bis zum Beginn der gemeinsamen beruflichen Rolle zurückverfolgt werden kann und durch das Berufen auf die Leitungsperson plausibilisiert wird. Durch diese zeitliche und personelle Verortung wird die Entstehung dieser Haltung klar vom Wirkungsbereich der Achtsamkeitsintervention abgegrenzt.

Die schützende Erinnerung an dem Tod

Die immerwährende Bewusstwerdung über den bevorstehenden Tod der Patienten/-innen hat darüber hinaus eine schützende Funktion vor Belastung auf der Arbeit. Dies wird in einem Auszug aus dem Interview mit Person 125 besonders deutlich:

„Und das im Hinterkopf zu behalten. Dass man das Sterben an SICH nicht abwenden wird. Das, find ich, ist ein großer Schutz. Also, sobald sich DAS, glaub ich, irgendwie verSCHIEBT, also dass man in der Begleitung sozusagen DAS außer Acht lässt - Wir haben ja immer wieder auch Patienten, denen es lange, lange Zeit gut geht - ja, aber ich behalte immer im Hinterkopf, dass sich das auch ÄNDERN wird. Und deswegen ist es, glaub ich, für mich dann auch nicht so belastend, WENN derjenige dann auch tatsächlich sich verändert, bevor er stirbt.“ (Person 125)

Mithilfe mehrerer Metaphern stellt diese Teilnehmerin den Gedanken an die Sterblichkeit als kognitive Bewältigungsstrategie vor: sie behält die Erinnerung als Schutz „im Hinterkopf“. Dadurch wird sie auf den Tod des/der Patienten/-in und die damit einhergehenden Veränderungen vorbereitet. Sie ist sich aber auch bewusst, dass der Schutz, den diese Strategie spendet, auch mit einer gewissen Zerbrechlichkeit einhergeht. Er kann sich wie ein Riegel „verschieben“, zum Beispiel, wenn sie Patienten/-innen begleitet, denen es über eine längere Zeitspanne gut geht.

Der schützende Fokus auf die Gegenwart

Ein weiterer Aspekt von Bewusstheit ist die Fähigkeit, den Aufmerksamkeitsfokus auf die Gegenwart zu richten. Dieser Fokus schützt die Mitarbeiter/-innen davor, in der Interaktion mit dem/der Patienten/-in handlungsunfähig zu werden:

„Aber es ist für mich nicht jetzt so, dass ich da in so einer SACKgasse stecke mit Mitgefühl [...] Sackgasse wäre jetzt für mich, wenn ich dann da hilflos stehe und denke, ich kann jetzt gar nichts tun. [...] Ich hab immer eher so dieses Gefühl, ich stell mich dem Patienten zur Seite und ich kann trotzdem nichts ändern, ich kann ihn nicht gesund machen. Dieses BeWUSSTsein ist in mir schon sehr stark. Manchmal hat man ja diesen Apell: Schwester, tun sie doch was, ne, machense=helfen Sie mir doch jetzt, ne? Und ich bezieh das dann aber immer auf diese konkrete Situation, ich kann das immer gut nur auf diesen MoMENT, diesen FOKUS auf den Moment richten und nicht jetzt auf „Helfen Sie mir, dass ich wieder gesund werde, ne.“ (Person 114)

Für Teilnehmerin 114 ist dieses „Bewusstsein“ über die Komplexität der palliativen Arbeitssituation ein eindeutiger Aspekt subjektivierenden Handelns: es ist das „Gefühl“, an der Situation des/der Patienten/-in nichts ändern zu können und dennoch eine wichtige Rolle als Begleiterin spielen zu dürfen. Diese Bewusstwerdung gelingt durch die Fokussierung auf die gegenwärtigen Bedürfnisse des/der Patienten/-in, auch wenn diese dringende Hilfsappelle an sie richten. Durch eine Wiederholung der Aufrufe von Patienten/-innen („machense=helfen Sie mir doch jetzt“) baut sie in ihrer Erzählung eine intensive Spannung auf, die dem Zuhörer die Dringlichkeit der Situation vor Augen führt und die Wichtigkeit unterstreicht, in der palliativen Arbeit bewusst zu handeln.

2.9.1.2 Selbstwirksamkeit

Die Mitarbeiter/-innen erleben sich trotz der Konfrontation mit dem unvermeidbaren Tod und des voranschreitenden Abbaus der Patienten/-innen als sehr wirksame Helfer/-innen. Sie beschreiben, auch als solche von den Patienten/-innen und Angehörigen wahrgenommen zu werden. Die wiederholte Thematisierung dieses Aspekts ihrer Arbeit deutet darauf hin, dass dies für die Mitarbeiter/-innen von zentraler Bedeutung ist:

„Ja, dass ich eben weiß, dass ich an der Sache an sich - dass derjenige sterben muss, dass ich daran auf jeden Fall nichts ändern kann. Da kann ich mich anstrengen, wie ich will. Das kann ich nicht. Aber ich kann sehr viel anderes zum Besseren wenden [...] wo viele andere sich schon abgewandt haben, gesagt haben: Wir können nichts mehr für Sie tun. Und da sehe ich über die ganzen Jahre eigentlich schon, dass wir immer noch sehr, sehr viel tun können.“ (Person 125).

Teilnehmerin 125 macht sich die Grenzen ihrer Arbeit bewusst und mahnt sich selbst, keine Anstrengungen in die Rettung des/der Patienten/-in zu investieren. Gleichzeitig impliziert ihre Aussage, dass sie dennoch in anderen Versorgungsbereichen Einflussmöglichkeiten wahrnimmt. Dies wird daran deutlich, dass sie durch die deiktischen Ausdrücke „die Sache an sich“ sowie „daran“ und „da“, mit denen sie mehrmals den Tod einkreist, diesen von anderen Bereichen abgrenzt. Anhand einer Bewegungsmetapher, (die Dinge zum „Besseren zu wen-

den”), beschreibt sie ihre Tätigkeit als einen dynamischen Prozess, der den Lauf der Dinge positiv verändern kann. Um ihre Aussage zu plausibilisieren, beruft sich die Teilnehmerin auf ihre langjährige berufliche Erfahrung und auf das Kollektiv der Mitarbeiter/-innen ihrer Palliativstation. Verbesserungen in der Lebensqualität der Patienten/-innen können auch mit „bescheidenen“ Mitteln erreicht werden:

„Manchmal sind das ganz kleine Sachen. Das=DAS gibt mir enorm Auftrieb, und wenn das nur ist, dass man auf die Idee kommt, dass jemand vielleicht irgendwie ein Wassereis lutschen will oder so und dann in dem Moment das total genießt, ja. Manchmal sind das GANZ, GANZ, wirklich so MINI Sachen, die einen überhaupt nicht - die einem, ja, noch nicht mal viel Zeit rauben. Ja, wo man dem anderen wirklich sehr viel=sehr viel Gutes tun kann.“ (Person 125)

Erzählerisch-performativ bildet die Teilnehmerin hier gekonnt einen Kontrast zwischen den „kleinen Sachen“, die sie auf der Arbeit einsetzen kann und dem „enormen Auftrieb“, den sie selbst dadurch erfährt. Die Helferin ist in diesem Moment Zeuge des sinnlichen Gewahrseins eines anderen Menschen, der sich über eine Kleinigkeit freut. Die Erfahrung ihrer Wirkungskraft in einer aussichtslosen Situation versorgt sie mit Elan und Schaffenskraft. Ähnliche Erfahrungen werden von vielen anderen Befragten versprochen. So antwortet Teilnehmerin 118 (Segment 208) auf die Frage, was ihr an ihrer Arbeit gefällt, ihr gefiele, dass sie „was tun kann“ wobei das „Schöne auf der Station“ sei, dass es manchmal reiche, nur „da zu sein“. So werden die Konzepte von Helfen und Handeln im Palliativzentrum neu definiert und der achtsamen Präsenz die Rolle einer zentralen Kompetenz in der palliativen Arbeit zugewiesen.

2.9.1.3 Gestaltungsraum Patientenorientierung

Auffällig ist in den Narrativen der Teilnehmer/-innen auch die wiederholte Thematisierung einer starken personenzentrierten Haltung mit großen Spielräumen in der Versorgung von Patienten/-innen. Aus Sicht der Befragten grenzt sich das Palliativzentrum dadurch vom traditionellen Krankenhaus ab:

„Also ich bin sehr auTHENTisch, [...] Und so wie ich hIER bin, bin ich auch im PrivAten, [...] ich darf das mACHEN. Also ich sag mal frÜHER (1) hatte man auch immer so ganz klar das HAUSRECHT, also als KRANKENSCHWESTER und dann durfte man auch sagen, SO, Besuchszeit zu Ende, so, das ist hier schon anders bei uns und das ist natürlich auch was, etwas, was man geNIEßEN kann und zum Beispiel wenn Angehörige fRAGEN schonmal, wann=wie sind die BeSUCHSzeiten, wie sind die RAHMENbedingungen bei Ihnen, und wenn wir dann aus dem vOLLEN schöpfen können und sagen können, Sie dürfen hier ALLES, sie dürfen lange SchLAFen, sie dürfen immer kommen, und sowas, das ist natürlich einfach SCHÖN, da haben wir enorme VORteile.“ (Person 114)

Teilnehmerin 114 schildert, dass sie im Palliativzentrum authentisch sein darf. Diese und andere Freiheiten gewähren ihr „enorme Vorteile“. Sie verwendet die episodische Reinszenierung zweier kontrastierender Arbeitsszenarien um a) die Einzigartigkeit des palliativmedizinischen Bereichs aufzuzeigen und b) den damit verbundenen Wandel ihrer Rolle als Krankenschwester zu beschreiben. In der ersten Situation, „früher“, tritt sie als klassische Krankenschwester auf, die „ganz klar“ das „Hausrecht“, hatte. In der zweiten Situation ist ihre persönliche Rolle nun Teil des kollektiven Selbstverständnisses geworden („hier bei uns“). In dieser neuen Rolle hat sie die Legitimation, viele bekannte Krankenhausregeln nicht befolgen zu müssen. Sie kann sich dabei im Gegensatz zu früher aus einem reichhaltigen Angebot sorglos bedienen, zum Beispiel, indem sie An- und Zugehörige des/der Patienten/-in darauf hinweist, dass sie „ALLES“ dürfen.

Die wahrgenommenen Freiheitsgrade entstehen durch den Auftrag, Patienten/-innen und Angehörigen so viele individuelle Freiräume wie möglich zu schaffen. So richtet sich zum Beispiel das Bettenmachen nach dem Schlafbedürfnis der Patienten/-innen. Im Rahmen dieser flexiblen Strukturen, die festgelegte Stundenpläne verbieten, ist der achtsame Umgang mit Patienten sowie mit An- und Zugehörigen Auftrag und Versorgungseitlinie zugleich. Der achtsame Umgang mit den Patienten/-innen ist ein roter Faden, welcher den ethisch wertvollen Auftrag der Palliativzentren erkennen lässt und den Verlust des Menschen, den man gerade noch zugewandt und intensiv betreut hat, erleichtert. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Unvorhersehbarkeit des Todes und den Mangel an Richtlinien, die mit der individualisierten Versorgung einhergehen:

Diese BeWUSSTe [...] den MENschen zu achten, [...] das is ja unser AUftrag [...] also das ist sehr erLEICHTernd, das ist genau so ein Standard [...] Wir HABen VIEle Standards, aber auch wiederum wENige Richtlinien, so. Und deshalb sind unsere TAGE IMMER anders hier, es ist auch klar, liegt auch in der Sache. Die Leute sagen nicht, ich sterbe Montag um zehn Uhr [...] und dann ist es ganz SCHRECKlich für die Familie, und es ist ganz viel TraUer da, zum Beispiel und es sind dann eben auch zwei in einer NACHT, wie in der vergangenen Nacht, die versterben und deshalb ist es gerade noch mal, ist es dann so viel EINFacher, wenn ich das habe (Person 114)

Teilnehmerin 124 arbeitet erst seit wenigen Monaten im Palliativzentrum und ist somit noch im Prozess der Anpassung an die spezifische Arbeitskultur. Vergleicht man ihre Schilderungen mit den Narrativen der zuvor zitierten Teilnehmerin 114, die bereits mehrere Jahrzehnte Erfahrung in diesem Berufsfeld hat, ergibt sich ein ähnliches Bild des beruflichen Selbstverständnisses der Palliativmediziner als höchst Patienten/-innen-orientiert und mit viele Freiräumen:

„Ja, Geduld, Geduld, Geduld, ganz viel Geduld, Verständnis braucht man auch viel. Und, ja, hier erfüllt man ja fast jeden Wunsch von den Patienten [...] weil ich denke, wenn wir am Lebensende sind, ham wir alle Rechte der Welt, fast alle Rechte der Welt, und dann sollte man die Sachen dann auch erfüllen.“ (Person 124)

Die weniger erfahrene Teilnehmerin begründet die stark patienten/-innen-zentrierte Versorgung im Palliativzentrum mit der Realität des Todes. Das Lebensende gibt den Helfer/-innen die Legitimation, dies zu tun, da man am Lebensende „fast alle Rechte der Welt“ hat. Die Wünsche von Patienten sowie An- und Zugehörigen zu erfüllen ist unter diesen Umständen fast wie ein ethisches Gebot: man „sollte die Sachen dann auch erfüllen“. Dass sie dieses Gebot als einen zentralen Aspekt der eigenen Tätigkeit betrachtet, spiegelt sich in der Tatsache wider, dass sie ihn als Antwort auf die Frage anbringt, was ein Neuling auf dem Gebiet bräuchte, um seine Tätigkeit auszuführen.

2.9.1.4 Professionelle Echtheit und gegenseitige Fürsorge im Team

In den Interviews wird wiederholt der offene und bewusste Umgang mit dem eigenen Lebenshintergrund sowie mit persönlichen Gefühlen als selbstverständlicher Bestandteil der eigenen Tätigkeit thematisiert. Darüber herrscht auch Einigkeit im Team. Dieser offene Umgang wird als sehr entlastend wahrgenommen. Ein gemäßigter, aber offener Austausch der eigenen Gefühle sowie das Erkennen der eigenen Grenzen wird im Palliativzentrum als Teil der eigenen Tätigkeit nicht nur „erlaubt“, sondern „gewünscht“ und als „professionell empfunden“.

„Und das ist hIER auch erlaubt. Natürlich jetzt nicht ständig zusammen zu brechen, aber dass es hier eben auch als gewünscht, professionell empfunden wird, dass man halt auch ein Gefühl zeigt. Das ist etwas was in der (Name eines universitären Krankenhauses 1)- das sag ich halt unter uns- als UNprofessionalität ausgelegt wurde, ja? Von wegen, das ist unprofessionell, also es ist schon sehr PROfessionell sich sELber seine eigenen Grenzen zu erkennen [...] und dann au mal sagen ((atmet geräuschvoll aus)) das macht mir grad Schwierigkeiten. Könntest du da nicht reingehen?“ (Person 129)

Aber auch die Kollegen/-innen selbst initiieren aktiv den offenen Umgang mit Gefühlen, indem sie gegenseitig empathisch Belastungen ansprechen. Diese gegenseitige Fürsorge bezeichnet eine weitere Teilnehmerin, Person 104, als das „achtsame Miteinander“:

„also, das TEAM is hier was sehr Tragendes,also wenn wir das nich hätten, ja? wo man da auch immer ((stöhnt)) Och!, wenn ich aus dem Gespräch rauskomme, und mir die Kollegen dann gleich sagen, was hattest du denn da? wir haben gesehen ne, oh Gott! Ne, so, also das is ja auch dann was sehr achtsames Miteinander, ne, ja.“ (Person 104)

2.9.1.5 Hohe Ansprüche und ethische Verantwortung

Entsprechend ihrer personenzentrierten Ausrichtung, haben die Mitarbeiter/-innen hohe ethische Ansprüche. Sie sind sehr motiviert, für Patienten/-innen und ihre Angehörigen tatkräftig und zugewandt da zu sein, was sie wiederum als essentiellen Bestandteil ihres beruflichen Selbstverständnisses ansehen. Für Person 125 stellen zum Beispiel die Mitgeföhlübungen im Kurs eine Möglichkeit dar, „alles“ zu geben. Auf der Beziehungsebene alles geben zu können, steigert ihre Zufriedenheit bei der Arbeit:

„Ja, ich hatte den Eindruck, dass ich- Also, ICH bin zufriedener aus dem Gespräch gegangen. Ich hatte so das Gefühl, ich hab alle- sozusagen alles geGEBen, also, nicht nur so auf dieser Beratungs=Beratungsebene, sondern auch auf der Beziehungsebene.“ (Person 125)

Um alles zu geben, braucht Person 125 ein ausgeglichenes Innenleben, um negative Emotionen, die bei ihr die innere Harmonie ins Schwanken bringen, wieder zu beseitigen. Sie greift damit den gesellschaftlichen Diskurs des idealen Helfers als immer ausgeglichene Person auf:

„Und wenn ich aber dann SELBST sozusagen auf der persönlichen Ebene dann 'ne Störungen hab, dann muss ich natürlich sehen, wie ich das wieder, wie ich das auch wieder in- SO ins Lot bringe, dass ich auch wieder mit vollem Einsatz dann auch dabei bin, dass diese Störung dann nicht sozusagen die andern=die andern Dinge überlagert.“ (Person 125)

Die hohen Ansprüche, die die Mitarbeiter/-innen des Palliativzentrums an sich selbst stellen, werden oft im Zusammenhang mit den moralischen Verpflichtungen thematisiert, die mit der Betreuung von unheilbar Kranken und Sterbenden einhergeht. Wie ernst die Mitarbeiter/-innen das ethische Prinzip der Patienten/-innen-orientierung nehmen, wird auch deutlich, wenn sie die Belastung beschreiben, die durch die Kollision ihrer Ansprüche mit dem ökonomisch orientierten Gesundheitssystem entstehen. Der Wertewandel in der Medizin von einem humanitären zu einem ökonomischen Gebot wird von Person 119 als „Paradigmenwechsel“ bezeichnet, der gerade in der Palliativmedizin zum Tragen kommt:

„Patientenbetreuung geht für mich erstmal vor, weil ich's, a), sehr gerne mache und, b), weil es auch 'ne monetäre Sache ist, weil wenn die Patienten nicht betreut sind, fehlen auch wieder Einnahmen. [...] So DENken zu müssen, mittlerweile empfind ich als Belastung. Früher hat man das gemacht, weil man Gutmensch war und weil man's=weil man's aus seiner Helferpersönlichkeit gemacht hat. Mittlerweile muss man's machen, um Geld damit zu verdienen und diesen Wirtschaftsbetrieb aufrecht zu erhalten. Dass man das überhaupt AUSsprechen darf, dass man damit Geld verdienen MUSS. Andern Leuten, grade die im Sterben liegen oder die so viel Not haben, damit Geld zu verdienen, ist schon 'n ParaDIGmenwechsel, der nicht einfach ist.“ (Person 119)

Person 114 kommt mit verweinten Augen zum Interview, weil sich auf Station ein Konflikt zwischen ihr und einem der Ärzte ereignete. Der Konflikt entstand, als sie verhindern wollte, dass ein Verstorbener während der Vorbereitungen für seine Abholung in einen anderen Teil des Krankenhauses überführt wird. Die Verlagerung wurde vom Arzt verordnet, weil das Bett erneut belegt werden musste. Die Interviewte kommt in einen ethischen Konflikt, weil eines der strukturgebenden Prinzipien im Palliativzentrum, das Verbleiben des Verstorbenen auf Station bis zu seiner Abholung durch die Angehörigen, nicht eingehalten wird:

„Dadurch, dass wir wenige Strukturen haben, brauchen wir aber, wir brauchen aber trotzdem Strukturen. Und eine Struktur ist zum Beispiel, dass jemand möglichst hIER auf der Station abgeholt wird und zuMAL, wenn ich das versprochen habe, der Familie, dass dieser Patient nicht in die Prosektur kommt. Das sind dann eben, [...] diese wenigen Strukturen, die wir haben, die sind dann irgendwie verlassen worden.“ (Person 114)

2.9.1.6 Besondere Herausforderungen der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)

Die *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung* (SAPV), die eine umfassende Versorgung im häuslichen Umfeld bietet, geht für die Mitarbeiter/-innen mit einer Vielzahl an Herausforderungen einher, die sich deutlich von jenen in der stationären Palliativversorgung unterscheiden. Zwei häufig thematisierten Problematiken werden hier aufgrund ihrer potenziellen Relevanz bei der Erklärung von Unterschieden bei der Kursimplementierung aufgegriffen.

Der SAPV-Dienst ist 24 Stunden erreichbar und bietet zeitnahe Hausbesuche. Die Mitglieder dieses Teams organisieren, planen und koordinieren alle Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen, beraten Patienten/-innen und Angehörige zu medizinischen und sozialrechtlichen Fragen wie z.B. bei der Verfassung von Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten und unterstützen die Familien bei schwierigen familiären und sozialen Situationen (Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, 2017). Die Mitarbeiter/-innen sind häufig allein unterwegs. Dadurch ist die Möglichkeit, die Patienten/-innen unmittelbar an einen anderen Kollegen zu übergeben oder den Kontakt kurzfristig zu unterbrechen, wie es während der Arbeit auf Station meistens möglich ist, im ambulanten Setting nur selten gegeben. Dadurch kommt es in den Narrativen über belastende Aspekte der Arbeitstätigkeit bei den SAPV-Teammitgliedern zu spezifischen Schwerpunktthemen. Insbesondere zwei Schlüsselmomente, die eng miteinander verzahnt sind, werden häufig thematisiert: Das Nähe-Distanz-Dilemma und die Schwierigkeit, den eigenen Arbeitsauftrag im Rahmen von komplexen Versorgungssituationen einzugrenzen.

Motiv 1: Das Nähe-Distanz-Dilemma

Dieser Aspekt, der bereits von Kruse (2004) identifiziert wurde, offenbart sich in den Interviews der SAPV-Team-Mitglieder in besonderer Weise. Das Nähe-Distanz-Dilemma beschreibt die ambivalente Erfahrung des Aushandelns von Nähe und Distanz in Berufsfeldern, die sich an der Schnittstelle Mensch-Mensch bewegen. Für das ambulante Pflegeteam, das im Rahmen der familiären Umgebung arbeitet, ist die Regulation von Nähe und Distanz ein bedeutendes Thema. Gehäuft werden von den Teilnehmer/-innen im SAPV-Team die „Gefahren“ einer zu stark mitfühlenden (oder mitleidenden) Haltung versprochen. So merkt zum Beispiel Person 108 an, dass Mitgefühl zu haben und dieses auch zu vermitteln, die „Gefahr“ mit sich birgt, bei den betreuten Personen auf eine zu starke positive Resonanz zu stoßen, wodurch eine Abgrenzung erschwert wird:

„Wenn man Mitgefühl hat und Mitgefühl äußert und das auch benennt und so, das ist alles schön und gut, aber das BIRGT die GeFAHR auf jeden Fall, dass es zu gut ankommt, sage ich mal so salopp, ja. [...] So, und das hatte aber dann wirklich zur Folge, dass ich da jeden Tag total vereinnahmt wurde. Also, die riefen dann jeden Tag an, und, ja, es gab dann immer wieder neue Probleme.“ (Person 108)

Eine ähnliche Relevanzsetzung findet sich im Interview mit Person 110, die mehrfach betont, gegenüber der von ihr betreuten Patienten/-innen Abgrenzungsschwierigkeiten zu haben. Das Interview mit ihr beginnt direkt mit der Versprechung der Hoffnung, die sie an den Kurs herantrug, Hilfe in Form von Abgrenzungsstrategien zu erhalten (Person 110, Segment 01). Diese erhielt sie ihren Angaben zufolge durch die Formulierung von *Metta*-Sätzen im Rahmen der im Kurs erlernten Achtsamkeitspraxis. Insbesondere im Fall einer jungen Familie, die sie häuslich betreute und bei der sie sich emotional überfordert fühlte:

„Ich war da überfordert, EMOTional völlig überfordert. Deswegen hab ich es ausprobiert mit diesen Fürbitten. Und da hab ich es das erste Mal ganz bewusst erlebt, wie gut mir das tut [...] ich konnte es besser abgeben [...] Ich bin ja nicht losgefahren und hab irgendwas organisiert oder ich hab keine großen Gespräche dann geführt zu Hause, sondern ich hab einfach ihnen meine ganzen guten Gedanken und Wünsche MITgegeben [...] in der Form, dass ich so dachte, mehr KANN ich jetzt nicht tun, ich kann da noch einmal reingehen, einmal wirklich ihnen ALLES von HERZEN so GEBEN, was mir so kommt, dass die vielleicht keine Angst und dass sie vielleicht n Trost finden und dass sie, dass der Mann auch irgendwie in Ruhe gehen kann, wohlwissend, dass seine Familie gut aufgehoben ist. ALL DAS, was einen damit beschäftigt, hab ich AUSformuliert gedanklich und hatte das Gefühl, damit hab ich jetzt auch ne ganze Menge getan und kann jetzt erst mal das ruhen lassen.“ (Person 110)

Motiv 2: Schwierigkeiten bei der Definition und Eingrenzung des Arbeitsauftrags

Angesichts der ganzheitlichen Versorgung, die in der Palliativmedizin angestrebt wird, und die auch eine Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Lebensumständen, psychischem Wohlbefinden und körperlicher Symptomlast der Patienten/-innen erfordert, kann die Eingrenzung des eigenen Verantwortungsbereichs insbesondere für die Mitarbeiter/-innen im SAPV-Team, herausfordernd sein, wie etwa die Ausführungen von Person 105 demonstrieren:

„Nun muss man irgendwie sagen, dass, wenn Sie zu HAUse bei Menschen sind, bekommen Sie ganz schnell ganz viele Problem und BeziehungsDRAMEN, da sind Sie ganz schnell Teil von. Und Sie MÜssen auch ein Teil davon sein, sonst wissen Sie gar nicht, worum es GEHT, denn wir sehen ja nicht nur auf den Schmerz, sondern wir gucken: wodurch wird der vielleicht verstärkt? Was belastet die Menschen auch noch? Es ist ja auch unsere Aufgabe, diesen Aspekt ganzheitlich zu sehen, nicht nur zu sagen, wir machen die Medikamente rauf und runter. Das heißt, man muss ihn sehen, und vielfach besteht die Gefahr darin, dass man sich den im Grunde ein Stück weit auflädt. Und weil die Patienten es nicht mehr schaffen, das irgendwie zu erledigen, versuchen WIR es dann für sie zu tun. Das ist auch in einem begrenzten Rahmen unsere Aufgabe, aber es braucht halt ne, ne Achtsamkeit, das man da nicht automatisch die Dinge übernimmt.“ (Person 105)

Person 105 betont als erstes die prompte Nähe, die in der ambulanten Versorgung aufgrund des direkten und intimen Einblicks in das Leben der Patient/-innen und ihrem familiären Umfeld entsteht. Jene Nähe stellt gleichzeitig ein wichtiges Schlüsselmoment in der Planung und Einleitung der Behandlungsmaßnahmen dar. Der Helfer muss vorübergehend sogar „Teil“ der Probleme und Beziehungskonstellationen sein, die er vorfindet, um eine ganzheitliche Versorgung zu gewährleisten. Dieser Umstand ist mit der „Gefahr“ verbunden, für große Bereiche im Leben der Patienten/-innen eine persönliche Verantwortung zu übernehmen. Achtsamkeit sieht sie als eine Art ‚Gegenmittel‘, um eine unbewusste Übernahme von Verantwortung zu verhindern.

Ähnlich verbildlicht Person 110 die Belastung, die sie bei ihrer Arbeit empfindet. Mit ihrer Beschreibung des Versorgungsbedarfs der Patienten/-innen als „großes Paket“, das von ihr alleine getragen wird, spricht sie implizit die multiplen Rollen an, die sie übernehmen muss und die sie anschließend aufzählt. Es wird deutlich, dass Person 110 ihre Arbeit als die Übernahme einer schwerwiegenden Verantwortung für die Probleme der Patienten/-innen und Angehörigen sieht.

„So dieses Gefühl, ich muss dieses große Paket, was die haben, das beinhaltet nicht nur Schmerzen und Symptome, das bedeutet auch, dass man sozialrechtliche Fragen und auch psychosoziale Begleitung macht, dass man Glaubensdinge mit denen be-

spricht, dass man Ängste aufgreift von den Leuten, also so sprich diese Beziehungsarbeit, ähm, DIE finde ich sehr schwierig, also das ist so eigentlich das, was mich am meisten belastet, Beziehungsarbeit und dann eben die Verantwortung die damit einhergeht.“ (Person 110)

Für Person 119, die ebenfalls im ambulanten Pflegeteam arbeitet, ist insbesondere die Versorgung psychosozialer Bedürfnisse mit einem enormen Kraftaufwand und hohen Erwartungen an sich selbst verbunden. Die Teilnehmerin selbst schreibt sich dabei eine passive Handlungsmacht zu: die anderen Personen „ZIEHEN“ erfolgreich ihre Kraft, ohne, dass sie viel dagegen machen kann. Zu der Versorgung auf der psychosozialen Ebene können ihren Angaben zufolge auch sehr komplizierte Arbeitsaufträge gehören, wie das Vermitteln zwischen einer Patientin und ihrer Tochter, die ein konfliktreiches Verhältnis haben:

„Also, ich merke nur, es gibt Personen, die ZIEHEN meine Kraft, aber mit Erfolg. Da ist ne Stunde Zuhören, ist da NICHTS, und fühl mich nach dieser Stunde so, als hätt' ich n Marathonlauf hinter mir. Und das sind dann meistens ZWISCHEN-menschliche Sachen, wie, was weiß ich, dass die mit ihrer Tochter nicht klarkommt, wo ich dann vermitteln kann.“ (Person 119)

2.9.1.7 Tragende Rolle der Leitung

Die Leiterin des Zentrums für Palliativmedizin spielt im Relevanzsystem der Mitarbeiter/-innen eine große Rolle. Sie wird in Verbindung mit den unterschiedlichsten Themen an mehreren Stellen erwähnt und scheint als Vertrauensperson und als Rollenmodell zu fungieren. Einige Teilnehmer/-innen beschreiben ihre Führungskraft gar als eine Quelle von Resilienz auf dem Arbeitsplatz. Als beispielsweise Person 101 im Interview gefragt wurde, was sie auf der Arbeit motiviert hebt sie ohne zu zögern die Verlässlichkeit ihrer Leitung hervor, welche sich auch anhand nonverbaler Interaktionen mit ihr bemerkbar zum Ausdruck kommt:

„Die Kollegen, aber insbesondere auch meine, also die Leitung, [...] Also, da weiß ich einfach: Ich bin=ich hab da 'ne VORgesetzte, da hab=da ist das Vertrauen blind. Wir können uns ohne Worte verstehen und, wenn's dann manchmal schwer ist, dann werden wir uns noch kurz austauschen, dann ist das für mich schon gu= also, gut.“ (Person 101)

Auch Teilnehmerin 114 sieht die fürsorgliche Haltung der Leitung sowie die daraus entstandene Kommunikation als eine große Ressource auf der Arbeit an. Auch kleine, vertrauensvolle Gesten seitens der Leitung, ein „Schulterschluss“ oder „n Blick“ gelten als qualitativ wertvolle und effektive Ressourcen im Umgang mit Schwierigkeiten:

„Ich bin auch jemand, der, äh, versucht auch nicht zu viel, also nach Hause so mitzunehmen [...] I: Sie besprechen das dann ausführlich im Team? P: [...] das is, hat gar nichts mit=mit, äh, Quantität zu tun, sondern oft viel mehr mit dieser Qualität, (...) zum Beispiel heute mit der Kollegin (Name der Leitungsperson), die so ne nonverba-

le Kommunikation da so Schulterschluss, wir beide wir stemmen das jetzt hier (...) einfach so, so n Blick jetzt grade noch als ich ging, ne, wir sprechen uns noch, so, das is schon so, so HILFreich und gut, [...] da is man sehr sensibel hier.“ (Person 114)

In den Interviewpassagen, in welchen das Konzept des Mitgeföhls diskutiert wird, spielt die Leiterin oft eine wichtige Rolle als Orientierungs- und Legitimationsinstanz. So erwähnt beispielsweise Teilnehmerin 117 die Leiterin als Quelle ihres Wissens zu dem Unterschied zwischen Mitgeföhls und Mitleid.

2.9.2 Erleben des Achtsamkeits- und Mitgeföhlskurses

Im Folgenden werden die wichtigsten Motive und Thematisierungsregeln skizziert, die aus den kursbezogenen Narrativen eruiert werden konnten. Die zentrale Motive und Untermotive werden auf Abbildung 8 zusammenfassend dargestellt.

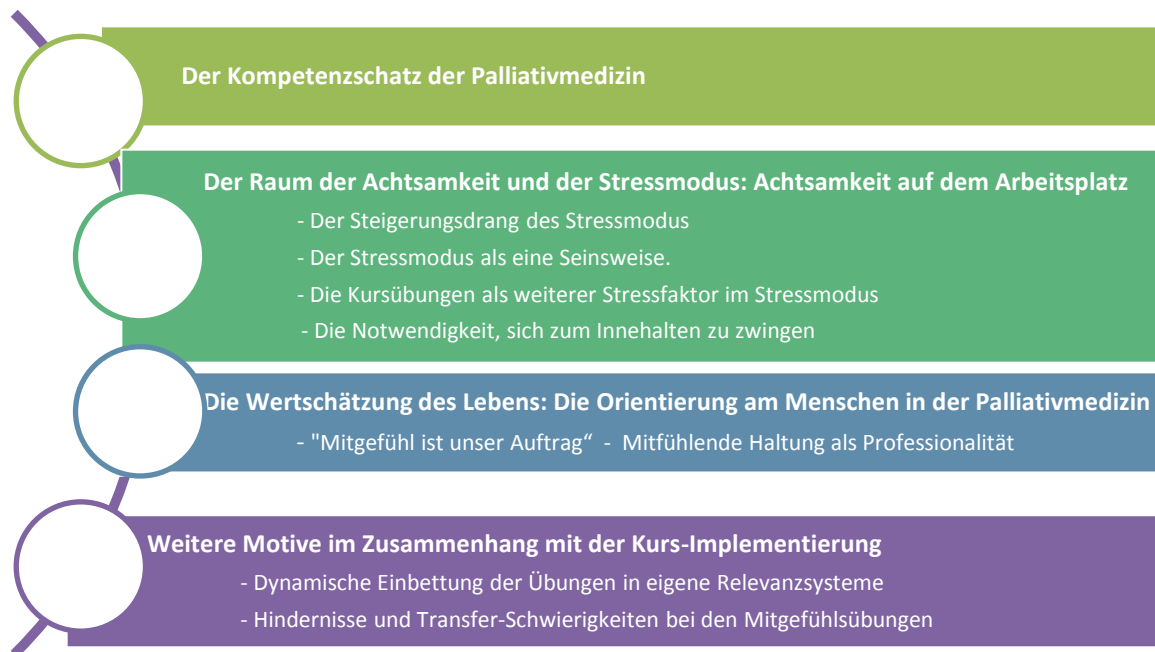


Abbildung 8: Zentrale Motive des thematischen Blocks Erleben des Achtsamkeits- und Mitgeföhlskurses

2.9.2.1 Der Kompetenzschatz der Palliativmedizin

Die erste Motivgruppe umfasst ein auf den ersten Blick überraschendes Ergebnis, weil sie suggeriert, dass Achtsamkeit und Mitgeföhls ohne ein regelmäßiges Üben von kontemplativen Verfahren, zumindest für Personen, die in dem Palliativbereich arbeiten, gleichsam ‚natürlich‘ entwickelt werden können. Unabhängig von ihren Vorerfahrungen mit Meditation oder ihrer Begeisterung für den Kurs ist es für die Mitarbeiter/-innen von höchster Priorität, ihre im palliativmedizinischen Feld gewonnenen Kompetenzen sowie ihre Haltung im Umgang mit

Menschen zu thematisieren und zu belegen. Etwa, indem sie Fragen im Rahmen der Interviews kommentieren oder in Frage stellen, die Auswirkungen des Kurses, die ihre berufliche Fähigkeiten betreffen, relativieren oder kritisch sehen, sich explizit als achtsam oder mitfühlend positionieren oder durch ein höfliches Hinterfragen der Notwendigkeit des Kurses. Fast immer wird dabei auf das „Wir“ und somit auf die Besonderheit der Arbeit im palliativen Bereich Bezug genommen. Wenn man die mannigfaltige Thematisierung des beruflichen Selbstverständnisses der Mitarbeiter/-innen in Zusammenhang mit dem Kurs aus konversationsanalytischer Sicht zusammenfasst, ergeben sich folgende kommunikative Botschaften:

- a) Sie möchten in ihrer Einzigartigkeit und Kompetenz als palliative Fachkräfte gesehen und anerkannt werden.
- b) Sie möchten aufzeigen, dass Meditation nicht der einzige Weg ist, um eine achtsame und wertschätzende Haltung gegenüber den eigenen Erfahrungen zu entwickeln.
- c) Sie möchten unser Konzept von Mitgefühl hinterfragen. Dieser Aspekt wird beim zentralen Motiv „Die Wertschätzung des Lebens“ (Kap. 2.9.2.3) vertieft.
- d) Sie möchten sich gegen die vermutete Unterstellung wehren, dass sie nicht achtsam genug in ihrer Arbeit seien, nicht gut genug auf sich aufpassen würden beziehungsweise nicht die ‚richtige‘ Haltung gegenüber Patienten/-innen und Angehörigen hätten. Wie bereits im vorigen Kapitel erläutert, wird die Fähigkeit, Erfahrungen mit einer freundlichen Haltung zu beobachten, von den Mitarbeiter/-innen als eine geschätzte Kernkompetenz ihrer Tätigkeit angesehen. So wird zum Beispiel Achtsamkeit als bereits erworbene Philosophie der Selbst-Fürsorge thematisiert, als Arbeitsmethode, um die subtilen Signale der Patienten/-innen wahrzunehmen beschrieben oder als Umgangsstrategie mit Belastungssituationen definiert.

Thematisierungsregel 1: relativierende Formulierungen, um die Kurswirkung zu beschreiben

Eine semantische Strategie der Teilnehmer/-innen, um sich als kompetent zu positionieren, ist die Kurswirkung mit relativierenden Worten zu beschreiben. Sie verwenden Verben wie „angestoßen“, „wachgerufen“, „erinnert“, oder „verstärkt“, um die Wirkung des Kurses zu schildern, womit sie auf bereits vorhandene, gleichsam reaktivierte Ressourcen verweisen. So ist es zum Beispiel für Person 101 wichtig, im Interview zu erwähnen, dass die Wirkung, die der Kurs bei ihr erzielte, an bereits vorhandene Kompetenzen anknüpft:

„Eine andere Form auch so des Innehaltens [...] sich auch nochmal bewusst mit manchen Dingen auseinanderzusetzen, die vielleicht nicht so ganz angenehm sind. [...] also das Projekt hat das bei mir verSTÄRKT.“ (Person 101)

Dass der Kurs ihr eine „andere Form“ des Innehaltens zeigte, verdeutlicht, dass sie schon davor innegehalten hatte. Der Kurs „verstärkte“ in ihr die Fähigkeit, sich bewusst mit unangenehmen Dingen auseinanderzusetzen.

Als Person 127 im Interview gefragt wurde, ob ihr Umgang mit schwierigen Situationen sich geändert hat, benutzte sie die Doppelung „leichter. Nicht anders, leichter“, um auszudrücken, dass sich durch den Kurs nicht etwas vollkommen Neues aufgetan hat, sondern die Anwendung bereits bestehender Kompetenzen leichter geworden ist. Um das Ganze noch einmal zu betonen, bringt sie explizit zum Ausdruck, dass dies etwas sei, das sie schon immer gut konnte:

„Leichter. Nicht anders, leichter. [...] und, ähm, das ist immer schon was gewesen, was ich gut aushalten kann.“ (Person 127)

Mit einer rhetorischen Frage, ob der Kurs ihr wirklich „geholfen“ hätte und der Betonung darauf, dass die während des Kurses erlernten Techniken und Übungen nur eine „zusätzliche Methode“ darstellten, die alles nur noch ein Bisschen „abgerundet“ hätten, drückt Person 125 aus, dass sie bereits kompetent ist und über Methoden verfügt, um in ihrer Arbeit zurechtzukommen:

„Ja, ich fand das- Was heißt- das hat mir geholfen? Ich fand, das hat's noch 'n bisschen=bisschen abgerundet. Also, für mich ist das irgendwie alles- ist das so 'ne zusätzliche Methode jetzt geworden.“ (Person 125)

Person 127 betont an mehreren Stellen ihre Kompetenz im Umgang mit Menschen, zum Beispiel erwähnt sie, dass sie im Rahmen ihrer Tätigkeit im Palliativzentrum eine Ausbildung als Trauerbegleiterin abgeschlossen hat:

„Und, ähm, ich hab vor jetzt fast 'nem Jahr hab ich 'ne Ausbildung noch abgeschlossen zum Trauerbegleiter.“ (Person 127)

Darüber hinaus scheint es ihr wichtig zu sein, die Mitarbeiter/-innen des Palliativzentrums vor der Interviewerin als kompetent im Bereich der Gesprächsführung darzustellen:

„Weil wie gesagt- Gesprächsführung gehört bei uns einfach auch mit dazu.“ (Person 127)

Für Person 107 ist es wichtig, ihre Arbeitserfahrung anhand der konkreten Nennung der Anzahl ihrer Arbeitsjahre im palliativen Bereich (das Wort „Jahre“ fällt viermal in diesem Satz)

zu demonstrieren und einen Zusammenhang herzustellen zwischen Arbeits-Erfahrung und der Fähigkeit, achtsam mit sich selbst umzugehen:

„Bin aber, GLAUBE ich, aufgrund meiner Arbeit in der Palliativabteilung über die ganzen Jahre, ich mach das ja jetzt schon neun Jahre, wo ich jetzt wirklich ARBeite und davor hab ich das aber schon über mindestens vier Jahre geLEBT, weil ich die ganzen Ausbildungen zu einer Zeit gemacht habe, wo ich noch im Haupthaus gearbeitet habe, also insgesamt schon, ich weiß nicht, über zehn Jahre schon das Thema täglich drin habe und ich irgendwie, glaube ich, auch gelernt habe, achtsam mit mir umzugehen.“ (Person 107)

Thematisierungsregel 3: die Positionierung als achtsamen Helfer/-innen

Wie bereits bei der Beschreibung des Arbeitsfelds erläutert, ist der Fokus auf die Gegenwart in der Arbeit mit Patienten/-innen und Angehörigen eine geschätzte Arbeitskompetenz im Palliativzentrum. Dementsprechend ist es ein Anliegen der Teilnehmer/-innen, ihre Expertise in eben dieser Fähigkeit zu beschreiben. Person 118 positioniert sich hierzu auch auf indirektem Wege, indem sie beschreibt, wie sie bereits vor dem Kurs „ein bisschen Achtsamkeit“ in ihre Arbeit integriert hatte, zum Beispiel bei der Fortbildung von Pflegeschülern/-innen:

„Und in der Zeit hab ich auch noch die Schüler angeleitet drüben ihm Haus und hab dann auch Kurse gegeben und da haben wir das auch noch s=mit integriert, so ein bisschen Achtsamkeit mit, auch für die Schüler, ne? Und auch für die Anleitenden auch noch mit da rein genommen.“ (Person 118)

Als ich Teilnehmerin 114 frage, wie sie mit Belastungen auf der Arbeit umgeht, beschreibt sie ihre Fähigkeit, im Kontakt mit den Patienten/-innen achtsam zu sein und in sich selbst zu spüren, womit sie Achtsamkeit als burnout-prophylaktische Methode definiert. Sie erklärt eindrücklich, wie sie dies konkret umsetzt. Aus ihren Ausführungen wird deutlich, dass ähnliche Methoden wie die, die in dem Kurs vermittelt wurden, um Achtsamkeit zu kultivieren, bereits feste Bestandteile der Arbeitsweise im Palliativzentrum darstellten. Diese Strategien werden dort auch unterrichtet und gehören zum Wissensschatz der Mitarbeiter/-innen:

„Dann stell ich mich auf meine Füße und versuche, mich zu erden [...] da hat man dann auch natürlich sehr viel RUhe, wenn man dann so im Zimmer ist, die Türe ist zU, [...] und dann frag ich mich, vielleicht so innerlich, was mAG hier wohl SEIN, an an Spannungen [...] da hab ich gute Strategien, da geh ich so in mich auch [...] ich kann da gut stehen und schweigen auch, ne und warten [...] und das ist jetzt NICH so geprägt von nur HANdlung, bei den Patienten, weil die sind ja auch oft ruhig und schlafen, also da geht ja eher so zu hÖren, was ist jetzt das Problem, hat der Patient jetzt Schmerzen, wirkt er angespannt, das das sind ja so Sachen, die ich so abchecke [...] also wir haben so Strategien, wenn=wenn jemand zum Beispiel Luftnot hat, ein Patient, der Luftnot hAt [...], dass man SELBER bewusst langsam atmet und auch selber geerdet steht [...] davon bin ich auch totAl überzeugt, dass das den Patienten hilft [...] Und das ist ja oft so, dass dann so Angehörige so ganz pAnisch

da rumlaufen und das auch so anzuleiten, das=das ist sowas, was wir gut, also was ich gut kann, [...] das ist das, was wir unterrichten und was wir aber auch, das ist auch sowas, was wir also wissen.“ (Person 114)

Thematisierungsregel 4: Achtsamkeit als Methode zur Selbstfürsorge und Selbstwahrnehmung (die man schon vor dem Kurs kannte)

Wie bereits erwähnt, ist ein überraschendes Ergebnis dieser Untersuchung die Auffassung vieler Teilnehmer/-innen, bereits sehr achtsame Menschen zu sein. Sie versuchen dies auf die unterschiedlichsten Arten zu verdeutlichen. Dabei werden auch verschiedene Deutungen von Achtsamkeit erkennbar, darunter das Verständnis von Achtsamkeit als einer Philosophie der Selbstfürsorge. Beispielsweise beschreibt Person 127, dass Achtsamkeit etwas sei, das ihre Person ausmacht, etwas, wonach sie ihr Leben ausrichtet und was der Kurs unterstützt hat:

„Weil ich glaube schon, dass ich im Grundsatz 'n sehr achtsamer Mensch bin und dass das einfach noch mal so ein bisschen was, ja, wachgerufen hat, da noch mal achtsamer drauf zu gucken.“ (Person 127)

Für Person 107 ist Achtsamkeit eine Form der Selbstfürsorge, die sie bereits kennt und die damit äquivalent ist, sich nicht für Andere aufzuopfern, sondern sich „seine Achtsamkeit zu nehmen“. Daher folgert sie Achtsamkeit schon zu kennen:

„Bin nicht der Mensch, der auch familiär sagt: Ich tue alles für meine Kinder und meinen Mann, damit es ihnen bloß gut geht, so nach dem Motto: Dafür bin ich ja da, sondern ich nehm mir auch schon, glaub ich, meine ACHTsamkeit. Das war mir nur nicht so bewusst. Also, von daher denk ich mal, ich bin schon so'n bisschen achtsam, und so ganz FREMD WAR es mir nicht.“ (Person 107)

Person 115 unterstreicht das neu gewonnene Bewusstsein im Hinblick auf ihre bereits vorhandene Achtsamkeits-Expertise in Verbindung mit der Praxis von Selbstfürsorge als „wesentliche Erkenntnis“:

„Ich war tief in Verbindung, tief und zufrieden in=in Verbindung, mit meinem Gefühl [...] und für mich war auch ne ganz wesentliche Erkenntnis, dass ich dachte, ja, da ist vieles in mir und das braucht dann sozusagen nur, NUR angestoßen werden.“ (Person 115)

Diese Form der Bestätigung und Verortung ihrer Fähigkeiten und Ressourcen wurden von den Teilnehmer/-innen vielfach als positiver Effekt des Trainings bezeichnet.

Thematisierungsregel 5: Achtsamkeit als gegenseitige Achtung und Fürsorge im palliativen Team (welche das Team schon vor dem Kurs besaß)

Auch der Umgang im Team wird als bereits achtsam beschrieben. Person 104 deutet beispielsweise in ihrem Interview an, dass der Kurs nur eine schwache Wirkung auf die Kommunikation im Team hatte. Sie möchten „n bisschen drauf ACHTEN“ und es ist „n bisschen mehr Kommunikation entstanden“, aber nicht auf auffällige oder bedeutsame Art und Weise. Als ich zu dieser Aussage über die Wirkung des Kurses eine Nachfrage stellen möchte, unterbricht sie mich beim Sprechen, widerspricht ihrer zuvor gemachten Aussage und unterstreicht die bereits vorhandene Kompetenz des Teams im achtsamen Miteinander. In ihrer Beschreibung wird deutlich, dass sie Achtsamkeit als eine Haltung der Aufmerksamkeit für Belastungsanzeichen konzeptualisiert. Ein „achtsames“ Miteinander bedeutet hier, dass die Belastungen der Mitarbeiter/-innen von anderen Teammitgliedern beachtet und aufgegriffen werden:

I: Also, Sie wollen achtsamer kommunizieren, haben sie gesagt, habe ich Sie verstanden? P: Nee, wir sind das schon! I: Sie haben das besprochen und- P: WIR (erhebt die Stimme) wir sind, also sage ich mal, wenn man WAHRnimmt oder, dass jemand jetzt grad gestresst ist im Team, dass man das also achtsamer einfach auch mit umgeht oder jemand grad aus einem schwierigen Gespräch kommt. [...] Also ich glaub, das wir schon, also, das TEAM is hier was sehr Tragendes, also wenn wir das nicht hätten, ja? Wo man da auch immer (stöhnt) Och!, wenn ich aus dem Gespräch rauskomme, und mir die Kollegen dann gleich sagen, was hattest du denn da? Wir haben gesehen ne, oh Gott! Ne, so, also das ist ja auch dann was sehr Achtsames miteinander, ne [...] Das ist aber, ich glaube, das funktioniert hier, das funktioniert immer schon. (Person 104)

Aus ihrer gefühlsbetonten Beschreibung (“wenn wir das nich hätten, ja?”, “Och!”) mit somatischen sprachlichen Markierern (Stöhnen) wird deutlich, welche bedeutsame Funktion das Team hat. Ihre Kollegen/-innen wirken unterstützend, weil sie Zeuge ihrer Belastung sind, “wir haben gesehen“. Sie zeigen sich betroffen und verleihen ihrem Mitgefühl Ausdruck „oh Gott!“. Diese Sensibilität, die sie den Teammitgliedern zuspricht und die sie als Achtsamkeit deutet, war jedoch etwas, was bereits vor dem Kurs funktioniert hat.

Thematisierungsregel 6: „Irgendwo auf Chirurgie“– Die Ingroup-/Outgroup-Differenzierungen

Eine weitere Thematisierungsregel, welche die Besonderheit der Arbeit im palliativen Bereich hervorheben soll und die an mehreren Stellen der Interviews vorkommt, ist die Abgrenzung der Palliativmedizin von anderen Bereichen der Medizin.

Interviewperson 127 thematisiert die Besonderheit der Palliativmedizin anhand einer Semantik des Gefühls, indem sie ihr Bedauern darüber ausdrückt, dass nicht die professionellen Helfer/-innen aus anderen Bereichen vom Kurs profitierten, die es vielmehr gebrauchen könnten. Sie bittet die Kursorganisatoren indirekt, den Kurs an einem anderen Ort durchzuführen, da das Team des Palliativzentrums dies nicht benötigen würde. Grund hierfür ist die Haltung der Selbstfürsorge und der gegenseitige Fürsorge, die ihrer Meinung nach von den Mitarbeiter/-innen im Palliativzentrum viel eher gelernt und gelebt wird als anderswo:

„Und denk dann wieder: Mein Gott, warum grade WIR, also hier, ne, warum gerade das Palliativteam von Bonn? Wir haben EH schon, ich glaube eh schon, dass in der Pallia- die Menschen, die in der Palliativmedizin arbeiten, LERNEN oder irgendjemand haben, der besser guckt auf einen als irgendwo auf Chirurgie, und ich so denke: Mensch Leute, macht det vor allen dingen mal DA!“ (Person 127)

Ein sehr eindrückliches Beispiel für diese starke Differenzierung zwischen Palliativmedizin und anderen Krankenhausbereichen findet sich in den Narrativen von Person 104. Diese Person negiert über das ganze Interview hinweg jeglichen potenziellen Nutzen des Kurses auf arbeitsbezogene Kompetenzen, wobei die Narrative gelegentlich Widersprüchlichkeiten aufweisen. Zunächst beschreibt sie die „völlige“ Kompatibilität des Achtsamkeitsbegriffs mit dem palliativen Bereich und betont, sie „fände es schön, wenn man das intensivieren kann“. Auf meine Nachfrage hin, wie sie das meint, widerspricht sie sich jedoch, indem sie einwendet, dass die Teilnehmer/-innen des Kurses bereits diese Haltung hätten. Vielmehr bräuchten Neulinge sowie vor allem die Mitarbeiter/-innen im Haupthaus Achtsamkeitspraxis:

„Mir gefällt also ehrlich gesagt auch der Begriff achtsam und präsent einfach [...], also das passt einfach völlig in palliativen Kontext, oder in in mein Verständnis davon, wie ich arbeite, und das hat mich dann angesprochen [...] also ich sag, ich fände auch schön, wenn man das eher n bisschen intensivieren kann [...] I: Sie haben gesagt, Sie würden sich wünschen, dass die Achtsamkeitspraxis intensIVIERT wird. Was was meinen Sie damit? SIE persönlich oder P: insgesamt. Also, also es ist schwierig. Also, ich denke, auf der einen Seite sind diejenigen, die TEILgenommen haben, dass die sehr also in dieser Haltung SIND. Also, das würde ich mir denn ganz stark wünschen für Menschen, die wir hier neu einarbeiten, die neu hinzukommen, [...] aber INSbesondere fürs Haupthaus (mit leichtem Lächeln in der Stimme). Also da, wenn ich DA bin mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung auf den Normalstationen, da sind WELTEN dazwischen. [...] da fehlt es meiner Meinung nach auch GANZ klar an Haltung des Personals den Patienten und den Angehörigen gegenüber. Also DIE müssten vielmehr da SENSibilisiert werden als glaube ich wir, die wir das glaube schon sehr gut tun ja? Mit allen unseren FORTbildungen, Supervisionen und Praxistagen, die wir in DER Richtung MACHEN ja? Also, wir machen da schon, also wir setzen uns da schon ein Stück weit ab.“ (Person 104)

Teilnehmerin 104 verwendet mehrere deiktische Ausdrücke, um das Haupthaus klar einzugrenzen: „Also da, wenn ich DA bin [...]Also DIE“. Zuletzt verdeutlicht die Metapher der „WELTEN“ als Bezugsgröße, welchen umfangreichen Unterschied sie zwischen dem Palliativzentrum und dem Rest des Krankenhauses wahrnimmt. Dort fehlt es auch an Fundamentalem, an „Haltung“. Erneut kommt eine Deixis zum Einsatz: „DIE“ Mitarbeiter/-innen des Haupthauses müssten sensibilisiert werden. Die Palliativstation dagegen verfügt über eine Fülle an Angeboten, womit sie sich von den anderen Stationen „absetzen“ und die Notwendigkeit einer Achtsamkeitsschulung in Frage gestellt wird.

Eine Mitarbeiterin, Person 124, die erst seit kurzer Zeit im Palliativzentrum arbeitet, erklärt die bereits von Teilnehmerin 104 angesprochenen Haltung der Palliativmedizin in Abgrenzung zu ihrer früheren Stelle auf einer anderen Station im Krankenhaus. Mit der Generalisierung „man“ wird das beschrieben, was in beiden Bereichen als normal angesehen wurde. Auf der früheren Station hat man andere Menschen schlicht als „nervig“ bezeichnet. Im Palliativzentrum wird versucht, sich in die Lage der Patienten/-innen und Angehörigen hineinzusetzen und es nicht persönlich zu nehmen, wenn diese sich beschwerten. Mit anderen mitzufühlen und nicht zu sehr auf seiner Position zu beharren, das hat sie eher auf der Palliativstation gelernt:

„Mit anderen bisschen mitzufühlen beziehungsweise nicht den Schmerz mitzufühlen, sondern zu wissen, waRUM reagiert er jetzt SO, wie er gerade reaGIERT [...] Also, das hab ich dann eher auf der Palli dann aber auch erst so verinnerlicht. Also, auf der [Stationsbezeichnung], wenn dann die anderen nervig waren, da hat man einfach nur gesagt: Die sind jetzt nervig. und hier geht man da ganz anders mit um und dann denkt man: Die machen sich Sorgen, die sind verunsichert und so halt. Da nimmt man das auch nicht so mit, so wenn sich jetzt irgendwer beschwert, bevor man sich selbst dann auch damit kaputt macht: Hab ich jetzt irgendwas falsch gemacht oder so, ne?“ (Person 124)

Dieses Narrativ entwickelte die Interviewte, als ich sie fragte, was sie unter dem Wort Mitgefühl versteht. Sie bringt ihre Arbeit im palliativen Bereich stark damit in Verbindung. Auch sehr eindrücklich ist ihre Beschreibung der Veränderungen, die sie in ihrem Wohlbefinden wahrnimmt, seitdem sie auf der Palliativstation arbeitet. Sie berichtet, sich nun wieder erfreulichen Hobbys widmen zu können:

„Jetzt kann ich wieder lesen, genau, also, ich hab jetzt wieder angefangen, das macht auch wieder Spaß, hab auch wieder Lust, was Neues zu lernen“ (Person 124).

Darüber hinaus erwähnt sie explizit ihre Freude darüber, mehr über die Palliativmedizin lernen zu dürfen:

„Da drüben in dem Palliativkurs, da wo die ganzen Sachen kommen da freu ich mich auch schon drauf“. (Person 124)

2.9.2.2 Der Raum der Achtsamkeit und der Stressmodus. Achtsamkeit auf dem Arbeitsplatz

Wie bereits bei der Charakterisierung des Arbeitsfeldes und des ersten zentralen Motivs erläutert, betrachten die Mitarbeiter/-innen Achtsamkeit als eine Kernkompetenz ihrer Arbeit und als etwas, das sie bereits im Umgang mit sich selbst sowie mit Kollegen/-innen und Patienten/-innen praktizieren. Vor diesem Hintergrund überrascht es auf den ersten Blick, dass in den Interviews eine gewisse Diskrepanz zwischen der Arbeit und den Kursübungen thematisiert wird. Ihnen fällt es schwer, die vermittelten Achtsamkeitspraktiken in ihren Arbeits- und Lebensalltag zu integrieren.

Einige Personen versprachlichen ihre Vermutung, dass, um die vermittelte Praxis der Achtsamkeit in den Arbeitsalltag integrieren zu können, eine radikal andere Lebensweise notwendig wäre. Der allgemeine „Stressmodus“, in dem die Teilnehmer/-innen sich auf der Arbeit befinden und dem sie sich ausgesetzt fühlen, unterscheidet sich in ihrer subjektiven Wahrnehmung sehr vom „Meditationsmodus“, daher geht die Integration von Achtsamkeit und Mitgefühlpraktiken im Arbeitsalltag oft mit Anstrengung einher.

Thematisierungsregel 1: Divergierende Welten. Die Arbeitsschiene und der Raum der Achtsamkeit

Ein Weg, um diese Divergenz verständlich zu machen, ist, entgegengesetzte räumliche und zeitliche Metaphern zu verwenden. Während des Erlebens in den Achtsamkeitsübungen mit räumlichen Begriffen, die auf Weite und Raum hindeuten, ist die Beschreibung des „Arbeitsmodus“ mit Begriffen der Einengung und der Fremdsteuerung verknüpft.

Person 107 zeigt sich erstaunt über ihre Erfahrung von Achtsamkeits-Meditation auf der Arbeit. Diese Erfahrung wird klar von dem Arbeitsmodus abgegrenzt: Man geht während des Meditierens „woanders“ hin mit der Aufmerksamkeit:

„Was ich grad sachte, was pasSIERT in dem Moment, wo diese KLANGschale ertönt. (I: Was passierte?) Ja, DIREKT, ne, boah, Licht aus, so abgeschaltet, ganz woanders. Also, d=die Tatsache, HIER, WÄHREND der Arbeit ganz woanders zu sein.“ (Person 107)

Person 125 schaffte es, jeden Tag vor Arbeitsbeginn die Übungs-CD in ihrem Büro anzuhören und lud dazu auch andere Kollegen/-innen ein. Dieser Versuch, die Übungen in den Arbeitsalltag zu integrieren, half ihr, sich im Rahmen von Patientenbesprechungen besser zu

konzentrieren. Die Achtsamkeitsübungen auf der Arbeit, beschreibt sie als einen inneren Raum, den sie während des Übens betritt und der positiv besetzt ist:

„Wir haben ja morgens immer so eine kurze Übergabe unten auf der Station und das ist manchmal, je nachdem, wie dicht die Informationen sind, wie die Konstellationen sind und so weiter- da ist das schon direkt morgens, find ich schon auch, eine große AUFGabe. Das fand ich für mich 'n gutes Instrument, mich da zu konzentrieren für diesen Moment dann auch in meine Achtsamkeit reinzugehen. Das war auch gut.“
(Person 125)

Person 119 verwendet ebenfalls eine räumliche Metapher, um zu erklären, warum sie während der Arbeit den Einstieg in die Achtsamkeitspraxis nicht geschafft hat. Sie verwendet Begriffe, welche die innere Einengung und das empfundene Gefühl der Fremdsteuerung auf der Arbeit illustrieren sollen. In der inneren Arbeits-„Schiene“ ist sie komplett identifiziert mit ihren Aufgaben. Sie verwendet hier paradoxerweise Worte, die in dem Achtsamkeitskurs verwendet worden sind: sie ist „präsent“ auf der Arbeit - und meint damit eine Fokussierung auf ihre Aufgaben. Konträr zu dem Achtsamkeitskonzept im Kurs wird jedoch ihre Aufmerksamkeit auf der Arbeit als eingeschränkter „Tunnelblick“ beschrieben. In diesem Tunnel denkt sie sich pausenlos und einem Takt folgend „von einer Aufgabe zur nächsten“. Dieser Modus wird sichtbar als Mangel an Freiräumen und Pausen. In diesem Zustand kommt sie zwar bei der Arbeit voran, wie die Bewegungsmetapher des Laufens verdeutlicht, aber durch das Element der vorbestimmten Bahnen wird der natürliche Akt des Laufens als entfremdetes Vorankommen dargestellt:

„Also, ich bin sehr fokussiert in der Arbeit. Ich bin dann da, bin präsent und hab dann so ein Tunnelblick. Und denke dann entsprechend von einer Aufgabe zur nächsten. Und da gibt's wenig Freiraum, und ich mach auch wenig Pausen, weil ich takte das einfach durch, und die acht Stunden sind einfach so vollgefüllt, äh und ich bin auch gedanklich so vollgefüllt, dass ich einfach äh in dieser einen Schiene laufe.“
(Person 119)

Thematisierungsregel 2: Die Maschinenmetaphern

Eine andere Form der Differenzierung zwischen Alltagsmodus und Achtsamkeitsmodus ist die Metaphorik künstlicher und natürlicher Daseinsformen. Maschinenmetaphern werden als Sinnfiguren verwendet, um das subjektive Erleben auf der Arbeit zu beschreiben. So werden psychische Vorgänge mit Wörtern wie „umschalten“, „abschalten“, „automatisiert“, „funktionieren“, etc. beschrieben. Dieser Diskursivierungs-Aspekt tritt häufig in Kombination mit Semantiken der Funktionalisierung und Fremdsteuerung auf. Meistens wird diese Art der Metaphorik dann verwendet, wenn die Mitarbeiter/-innen ihre Versuche erläutern, den Kurs im Alltag zu implementieren.

Person 119 schildert die neue Dimension, die sie hinter ihren kurzlebigen Erfahrungen von Achtsamkeit auf der Arbeit vermutet und äußert gleichzeitig den Wunsch einer Automatisierung der Achtsamkeit. Jene würde vermutlich eher dem automatisierten Arbeitsmodus entsprechen als dem konstanten Gewahrwerden des Augenblicks ohne ein triftigen Grund, das im Kurs gelehrt worden ist und – sofern auf der Arbeit praktiziert – von vielen Teilnehmer/-innen als anstrengend empfunden wird:

„Jetzt hab ich ja den Stein hier in der Tasche, da greif ich mal rein und hab dann Sekundenbruchteile das Aha-Erlebnis, dass es auch andere=anders gehen kann, aber es ist halt noch nicht, ja, es ist noch nicht automatisiert.“ (Person 119)

Um den Achtsamkeitskurs zu beschreiben, verwendet Person 119 dagegen organische und anthropomorphisierende Begriffe. Sie beobachtet, wie der Kurs auf Station ein Eigenleben entwickelte. Dabei gaben die Kollegen/-innen nicht nur vor, Achtsamkeit zu praktizieren, sondern „lebten“ die Kursinhalte. Diese Lebendigkeit, die sie von außen beobachtet, wird als etwas von ihr Unabhängiges und Unbestimmtes („das“ oder „es“) dargestellt, das sie selbst noch nicht leben kann.

„Ich fand, das hat 'ne Eigendynamik entwickelt [...] Das war präSENT. [...] ((Atmet laut ein)) Ja, es wurde also- es war lebendig hier im ZENtrum zu merken und ist nach wie vor lebendig im Zentrum zu merken [...] Ich bin- leider (2) hab ich für mich im Arbeitsalltag noch nicht den Einstieg gefunden, das wirklich zu leben.“ (Person 119)

In den privaten Bereich hingegen konnten die Kursinhalte gelangen. Hier wird der Kurs weiterhin anthropomorphisiert. Im Privaten hat „es“ Einzug gehalten:

„Aber im Privaten hat es Einzug gehalten, und da hab ich's mehrfach praktiziert und auch mit Erfolg.“ (Person 119)

Auch Person 110 beschreibt mit Hilfe mechanischer Begriffe, dass der Kurs ihr zwar gut getan hat, sie jedoch weiterhin so „funktioniert“, dass sie einen Plan im Kopf abarbeitet und sie, wenn sie „abschalten will“, lieber zu alt bewährten Mitteln wie Fernsehen oder einem Buch greift:

„Wie gesagt, das hat mir gut getan, aber ich funktioniere einfach immer noch so, dass ich denke, ich muss jetzt das und das und das und das. Und wenn ich abschalten will, dann nehme ich ein Buch oder mache mal das Fernsehen an in der Hoffnung, dass ich dann einfach meine Gedanken in andere Richtungen lenke.“ (Person 110).

Motiv 1: Der Steigerungsdrang des Stressmodus

Die interviewten Personen erwähnen oft den Stressmodus, in dem sie sich auf der Arbeit befinden und welcher sie ihrer Meinung nach daran hindert, die Übungen anzuwenden. Vor al-

lem das Innehalten inmitten einer Arbeitsaufgabe stelle eine große Hürde dar. Der zentrale Aspekt dieses Motivs ist das Erleben von Fremdsteuerung – einer Getriebenheit, die es unmöglich macht, auch nur kurzfristig aus vorgegebenen Steigerungsstrukturen auszusteigen. Person 110 vergleicht den Stressmodus eindrücklich mit einem erdrückenden Berg:

„Ich empfinde dann diesen Aufgabenberg als erdrückend und gerate in so eine innere Unruhe, so eine Getriebenheit.“ (Person 110)

Person 118 sieht sich aufgrund jener Getriebenheit in einem nicht genannten Kollektiv mit der Schwierigkeit konfrontiert, Achtsamkeit auf der Arbeit zu praktizieren. Der Stressmodus ist kollektivnormiert, etwas das „man“ hat, das auch zeitlich „immer“-während ist. Der Drang, etwas zu tun, verfolgt nicht immer ein klares Ziel. Es ist beliebig, „irgendwas“, und wird im Inneren diktiert „och jetzt kannst de noch“. In einem autoepistemischen Einschub konzeptualisiert sie dann den Drang nach Aktivität neu als eine positive persönliche Eigenschaft, womit sie ihren Verhalten erneut normiert:

„Aber so auf der Arbeit selber ist es sehr schwierig, ja, da wirklich weil man hat ja immer irgendwas, ich bin auch eher n aktiver Mensch, ich denk dann och jetzt kannst Du noch den Schrank aufräumen oder hier noch was machen, Bestellungen und also wenn ich so Ruhephasen hab, ja vielleicht ganz kurzfristig.“ (Person 118)

Motiv 2: Der Stressmodus als eine Seinsweise.

Wie bereits erwähnt, erkennt Teilnehmerin 119, dass die Integration der Übungen im Alltag eine Veränderung der eigenen Lebens- und Arbeitsweise voraussetzt, um aus dem Stressmodus auszusteigen. So ist aus den Gruppenrückmeldungen bekannt, dass für sie die wichtigste Wirkung des Kurses die Erkenntnis ist: „das anders sein ist möglich“. Diese und andere ihrer Äußerungen, wie beispielsweise die rhetorische Frage „hat's mein Sein verändert?“ und „Ich komme nicht in den SEIN Modus rein“, lassen schließen, dass sie eine persönliche Veränderung in ihrer Lebensweise als notwendig erachtet, um die Achtsamkeitspraxis dauerhaft in die Arbeit zu integrieren. Die Momente, in denen sie in Kontakt kam mit dieser veränderten Haltung, bezeichnet sie als positive Erfahrungen erkennender Natur: („helle Momente“ und „Aha-Erlebnisse“), die sich jedoch nicht verfestigen ließen:

„Aber hat's mein Sein verändert? Glaube NICHT. (3) In manchen Situationen mag es vielleicht sein, das kurzfristig daNACH sich fortgetragen hat, aber ich glaube, das hat sich nicht über den ganzen Tag hinweg-, äh, -gehalten hat [...] Also, manche- das hat ich ja- also, manche helle Momente hatte ich ja, indem ich dann einfach vom Auto so: Also, jetzt mal HANDBremse anzieh und mal sich nochmal besinnen, dass es anders geht.“ (Person 119)

Motiv 3: Die Kursübungen als weiterer Stressfaktor im Stressmodus

In dem Stressmodus, in dem sich viele Teilnehmer/-innen befinden, werden die Achtsamkeitsübungen durch ihre Natur als weitere Maßnahme zum Stressabbau zu einem weiteren Stressfaktor.

Thematisierungsregel 1 : die Zeitdrucksemantiken

Der Stressmodus ist hauptsächlich durch einen Drang nach Aktivität charakterisiert. Dabei steigern die Kursübungen in vielen Fällen paradoxerweise den inneren Druck, da bei den Teilnehmer/-innen der Eindruck entsteht, dass anstehende Aufgaben nicht erledigt werden können.

Beispielsweise instruiert sich Person 119 während eines Einkaufs im Supermarkt, eine Gehmeditation zu machen. In ihren Narrativen wird die begrenzte Übungsdauer thematisiert, die solange anhält, bis sich eine innere regulatorische Instanz einschaltete, um sie an ihre begrenzten zeitlichen Ressourcen zu erinnern („Jetzt musste aber mal wieder schneller“):

„und jetzt versuchst du mal, langsamer und bewusster zu gehen. Dann hab ich aber eben=also, dann hab ich- SCHÖN, hab ich das 'n paar Minütchen so gemacht, dann dacht ich irgendwie: Jetzt musste aber mal wieder schneller, sonst kommst Du nicht voran.“ (Person 119)

Wenn Person 117 die Meditationsübungen beschreibt, wird durch die Wiederholung temporärer Angaben deutlich, dass die Zeitdauer für sie die größte Rolle dabei spielt. Obwohl die Übungen, die in den Kurs-CDs enthalten sind, teilweise nur 7 Minuten dauern, ist für sie der innere Druck auch zuhause so groß, dass sie die Achtsamkeitsübungen als unzumutbar betrachtet. Die anstehenden Aufgaben könnten, so schildert sie, auch bei „geschlossenen Augen“ nicht „ausgeblendet“ werden:

„ich hatte zu Hause für mich nicht das Gefühl, ich nehm mir jetzt hier eine Auszeit, schon gar nicht für eine längere Zeit, und meditier hier. Also, ich hatte dann zu viel, auch wenn ich die Augen schloss, so das Gefühl, ich will das noch machen, und da steht noch was rum, und die Wäsche ist noch im Trockner, also so. Das ist dann, wenn ich zu Hause war, für mich zu schwierig, das wirklich auszublenden, vor allen Dingen für einen langen Zeitraum.“ (Person 117)

Person 107 bringt diese Thematisierungsregel auf dem Punkt. Sie sieht die Meditationsübungen als eine weitere Aufgabe, als etwas, was es „hinzukriegen“ gilt. Die große Kraftanstrengung, womit das Üben auf der Arbeit einhergeht, ruft in ihr Widerstand und Pessimismus hervor:

„Und es WIRD mir nicht gelingen und ich glaube auch, da würd ich mir total Stress machen, wenn ich jetzt versuchen will, das irgendwie alleine hinzukriegen, so jetzt hier, hier auf der Arbeit.“ (Person 107)

„und ich auch der Meinung bin, wenn ich mich dann ZWINGEN würde in dieser hektischen Zeit, das zu tun, wär's NOCH mehr Stress.“ (Person 107)

Person 118 erzählt von der anfänglichen Skepsis ihrer Kollegen/-innen dem Kurs gegenüber. Die ursprüngliche Skepsis, die sich dann in Neugierde verwandelte, führt sie vor allem auf die Unmöglichkeit zurück, aus vorgegebenen zeitlichen Strukturen auszusteigen:

„Ja, dann haben wir das hier angefangen, ich war positiv überRRASCHT über die AtmosPHÄRE und auch über die Kollegen, dass die dann doch so aufgeschlossen auch waren, weil zum Teil ja hatte ich im Vorfeld auch schon mal von Anderen gehört „Ach ja, bringt ja sowieso alles nix“, ne? „Wir ham ja gar keine Zeit dafür“ und fand das toll, dass die Kollegen da so mitgemacht haben.“ (Person 118)

Person 114 hofft ihrerseits, dass es ihr mit fortgeschrittener Achtsamkeits-Praxis nach dem Kurs besser gelingen kann, auch in Situationen, in welchen sie unter großem Druck steht und an Zeitmangel leidet, kurze, achtsame Pausen einzubauen:

„Also ich glaube das is das braucht noch Übung, dass ich das in SituatiONen äh ab-rufe, äh wo ich dann zum Beispiel, grade mit einer Arbeit beschäftigt bin, [...] oder eine Frequenz von Klingeln und alle Patienten jetzt mich brauchen, gleichzeitig, ne dann ist es schwer sich dann drauf zurückzubesinnen [...] das is beSTIMMT MACHbar.“ (Person 114)

Thematisierungsregel 2: die Leistungssemantiken

Bei den befragten Personen zeigt sich ein paradoxes Phänomen: durch den Stressmodus, in dem sie sich befinden, werden die Achtsamkeitsübungen, die eigentlich Getriebenheit und Leistungsansprüche reduzieren sollen, bei vielen Teilnehmer/-innen paradoxerweise mit Leistungsansprüchen und Anstrengung verknüpft. Hier scheinen vorgebende Strukturen einer anonymen Macht zu wirken, welche die Befragten internalisiert haben und ihnen diktieren, was sie wann leisten müssen. So bekommt der Achtsamkeitskurs die Rolle einer weiteren Methode des Stressabbaus, die nur unter Anstrengung die gewünschten Veränderungen hervorrufen kann. In der Konsequenz wird der Stressabbau zu einer weiteren Stressquelle. Paradigmatisch lässt sich dies am Beispiel von Person 110 verdeutlichen, die als einzigen belastenden Aspekt im Kurs die Tatsache nennt, dass sie nicht „genug“ geübt hat und sich „disziplinieren“ will, um regelmäßiger zu üben:

„Also, belastet hat mich immer so ein bisschen, dass ich nicht genug geübt habe, dass ich nicht genug meditiert habe.“ (Person 110)

„Insgesamt glaub ich, dass ich mich einfach mehr disziplinieren muss, auch zu Hause diese Meditationen zu machen.“ (Person 110)

In ähnlicher Weise berichtet Person 108, dass sie versucht hat, die Übungen einzuplanen wie „vorgesehen“, oder „wie MAN's MACHen sollte“:

„Ja, ich hab, wie gesagt, ich bin ja dann wie die andern auch zu den Übungen, zu den Treffen gekommen und hab dann immer versucht, die Dinge so, äh, mit einzuPLANen, wie's eigentlich vorgesehen war oder wie's=wie man's=wie MAN's MACHen sollte.“ (Person 108, Segment 9)

Ein weiteres Beispiel dieser Leistungssemantik findet sich bei Person 118. Sie beschreibt einen spezifischen Effekt des Kurses und betont dabei, dass dieser noch nicht „perfekt“ gelingt:

„Und da gelingt es mir jetzt schon besser, also es ist noch nich=nicht perfekt, um Gottes Willen, aber es gelingt mir jetzt schon besser, zu sagen pass auf, Ruhe bewahren. Konzentrier dich jetzt grade, geh und arbeite das so für=für dich ab, ja aber sei sei dann wenn du bei jemanden bist sei dann ganz bei demjenigen“ (Person 118)

Thematisierungsregel 3: Fürsorge mit Zwang – die Instrumentalisierungssemantiken

Am Beispiel von Person 108 lässt sich dieser Thematisierungsaspekt gut illustrieren. Sie versucht trotz anfänglicher Skepsis, sich auf den Kurs einzulassen in der Hoffnung, ihren hohen Leidensdruck mit Hilfe des Kurses reduzieren zu können. Ihrer Meinung zufolge leidet sie darunter, perfektionistisch veranlagt zu sein und sich gedanklich schlecht von der Arbeit abgrenzen zu können. Um diesen Belastungen entgegenzuwirken, zwingt sie sich, die Kursübungen anzuwenden, um bestimmte Ergebnisse zu erzielen. Sie unternimmt Analysen, um das richtige Werkzeug zu finden. Dabei leistet eine innere regulatorische Instanz Überzeugungsarbeit und Fürsorge mit Zwang. Diese Instanz drückt sich semantisch in einer selbstanweisenden Du-Rede aus. Sie geht ihren Problemen auf den Grund und sucht nach Instrumenten, „irgendwelchen Dingen“, die sie tiefgreifend verändern könnten, was an der von ihr verwendeten Wegmetapher besonders deutlich wird:

„hab mich ja schon länger damit beschäftigt, irgendwelche Dinge zu finden, ähm, die mich auf'n andern Weg bringen.“ (Person 108)

Sie erstellt von Anfang einen Aktionsplan und versucht die Wirkungen des Kurses, zum Beispiel mithilfe der täglichen Gehmeditation, zu steigern:

„weil ich gedacht habe da, wenn ich jetzt den BOGEN [durch den Wald] nehme, dann isses noch RUHIGER und ich kann mich noch 'n bisschen mehr besinnen und auf diese Dinge konzentrieren.“ (Person 108)

Als sie merkt, dass die Methode nicht ganz funktioniert, weil schwer abzuschaltende Gedanken trotzdem kommen, besinnt sie sich nicht mehr auf die sie umgebende Natur, diese wird nur registriert. Viel wichtiger ist, die Geschehnisse des Tages diszipliniert zu bearbeiten und wenn nötig mit Gewalt die Gedanken zu stoppen:

„aber ich mache jetzt Folgendes: Ich registriere AUCH, wie schön das Wetter ist, wie schön das ist, und das Wetter und alles so wunderbar aber ich erlaube mir noch DREI Gedanken sozusagen. So, aber auch nur kurz, und das muss auf diesem Weg abgehandelt sein, weil ich=weil ich schon gemerkt hab, zwischendurch haben mich doch noch so Sachen dann doch noch beschäftigt [...] Dann war auch Ende, ja, und wenn ich nicht zuende war, dann hab ich gesagt: Jetzt IS' aber Ende.“ (Person 108)

Eine strenge innere Instanz zwingt sie dazu, regelmäßiger zu üben. Ihr Verhalten begründet sie mit einem sachlichen Argument: Sie bekommt „die Sache“ sonst nicht in dem Griff. Also überzeugt sie sich, das regelmäßige Üben wenigstens eine Weile zu ertragen. Im schlimmsten Fall „kann man“ Achtsamkeit als wirksames Instrument ausschließen und dies allein würde einen Mindestgewinn darstellen:

„Da hab ich gedacht: Na ja, so wie eine Art: "Du MUSST das jetzt machen". Wenn du jetzt keine Lust darauf hast, darauf kommt es jetzt nicht an, das ist jetzt so wie Zähneputzen, so, und du machst das jetzt und Da musste jetzt erst mal gucken, was draus WIRD, so weil anders, hab ich gedacht, komm ich da nicht=nicht zu RANDE mit der Sache, weil=weil wenn ich das immer dann wegschiebe, dann=dann verändert sich ja nix, dacht ich mir, also du musst es jetzt einmal so durchziehen 'ne Zeit, und dann kann man zuMINdest Sagen, das KÖNNTE was für mich sein, oder NICHT, ne.“ (Person 108)

Motiv 4: Die Notwendigkeit, sich zum Innehalten zu zwingen

In Anbetracht der beschriebenen Strukturen von Fremdsteuerung und Stressempfinden erscheint es nun nachvollziehbar, dass die Befragten angeben, es koste sie viel Kraft, aus dem Stressmodus auszusteigen. Da ein unbegründetes Anhalten nicht vertretbar scheint, sind, wie bereits angedeutet, innere und äußere Zwangsinstanzen ein effektives Mittel, um dennoch Achtsamkeit üben zu können. Die Kontrastierung von Befragten, die eine hohe anfängliche Begeisterung für den Kurs versprachen und Vorwissen mitbringen versus die Mitarbeiter/-innen, die anfängliche Unlust oder Skepsis dem Kurs gegenüber äußerten, ergab, dass dieses Motiv betreffend keine Unterschiede feststellbar sind. Das heißt, bei fast allen Teilnehmer/-innen wird der Gebrauch von Zwangsinstanzen thematisiert – unabhängig davon, ob sie sich mit dem Kurs identifizieren oder nicht.

Thematisierungsregel 1: Die äußeren Zwangsinstanzen oder „Ich brauch die Klangschale“

Ein auffälliges und zentrales Motiv in den Interviews ist der Bedarf nach einer äußeren Instanz, welche die Mitarbeiter/-innen aus den Strukturen herausholt, denen sie sich ausgeliefert fühlen, um Achtsamkeit auf der Arbeit praktizieren zu können. Es scheint für sie sehr schwer, den *Raum der Achtsamkeit* aus eigenen Impulsen heraus zu betreten. Obwohl sie diese Einschränkung wahrnehmen, brauchen sie eine externe Person oder Begebenheit, eine Aufforderung von außen, um aus dem Stressmodus heraus zu kommen. Beispielsweise drückt Person 107 ihr Erstaunen darüber aus, während der Arbeit meditiert zu haben. In einem autoepistemischen Einschub kommentiert sie ihre Gewissheit darüber, sowohl eine Person mit der Stimme des Meditationslehrers sowie eine Klangschale zu benötigen, um meditieren zu können. Gleich im Anschluss prophezeit sie, dass es ihr nicht gelingen wird, alleine auf der Arbeit zu üben – wegen des großen Stresses, in den es sie bringen würde, aus eigener Kraft heraus zu üben:

„Also, d=die Tatsache, HIER, WÄHREND der Arbeit ganz woanders zu sein, und ich WEIß für mich: ICH brauche eine Person, die so eine Stimme auch hat, das sagt ja auch viel, ne, wie man das empfindet, ich brauch die Klangschale Und es WIRD mir nicht gelingen und ich glaube auch, da würd ich mir total Stress machen, wenn ich jetzt versuchen will, das irgendwie alleine hinzukriegen.“ (Person 107)

Sehr deutlich erkennt man die positive Wirkung äußerer *Zwangsinstanzen* bei Person 119, die es als „wirklich super“ beurteilt, durch festgeschriebene Gruppen-Meditationsübungen mit Gewalt aus ihrer weiter oben erwähnten Arbeitsschiene „raus gerissen“ zu werden:

„Also, auf dem Weg zur Arbeit ist man ja schon in Gedanken, also bin ICH zumindest schon in Gedanken und plan den Tag, und dann nochmal rausgerissen zu werden für eine viertel Stunde war schon wirklich super.“ (Person 119)

Auch Person 101 äußerte in der Feedbackrunde den Wunsch nach einer externen Instanz, die sie auffordert, zu den Übungen zu gehen. Ich frage sie im Interview danach und sie drückt ihre empfundene Machtlosigkeit aus, die darin besteht, den Stressmodus während der Arbeit nicht verlassen zu können. Die zwingende Instanz/Person solle sie auf der Arbeit holen und wie ein kleines Kind bei der Hand nehmen: “So, und komm“. Welche passive Rolle sie sich bei dieser Handlungskonstellation selbst zuschreibt, äußert sich auch in der Bewertung ihres Verhaltens als „kindisch“ und ihrer verallgemeinernden Aussage „aber es ist so“.

„I: Also Sie hatten ja mal gesagt, glaub ich, in der Gruppe, Sie hätten vielleicht gebraucht, dass man Sie so'n bisschen schubst sozusagen, dass man Ihnen sagt: ((lacht)) Nehmen Sie sich die Zeit, oder so! P: Ja, genau. Also, das hätt ich=also, das ist so bei mir einfach so ((lachen)) [...] Ja, so zu diesen Halbstundenterminen zum Beispiel zu

sagen: So, und komm [...] P: Ja genau, ja. KINdisch, aber ist so ((lachen)). (Person 101)

An einer weiteren Stelle wird erneut deutlich, dass innerhalb ihres Deutungsmodells Zwang eine Stütze für die Wirkung des Kurses darstellt. Sie nennt es paradigmatisch das „erzwungene Innehalten“:

„Und das mein ich auch so mit diesem erzwungenen Innehalten, dass das TÄTsächlich auch (.) eine WIRKUNG hat.“ (Person 101)

Dementsprechend sind die Pflichtveranstaltungen des Kurses für sie „ganz toll“, was sie bereits in der Einstiegsnarrative erwähnt (Person 101, Segment 13). Das innere Ringen darum, ob man aus der Stressmodus aussteigen darf oder nicht, erübrigt sich durch den von außen kommenden Zwang fester Termine. Mit dem Demonstrativpronomen „DEN“ markiert sie eine Ausnahme im eigenen Verhalten: an diesen Terminen nahm sie ausnahmsweise aktiv teil. Die Legitimation dafür wird durch den verpflichtenden Charakter der Angebote geliefert, der das Wahrnehmen der Kursangebote vertretbar macht:

„Also quasi so n festen Termin sozusagen zu haben, ähm, also DEN hab ich dann auch so, also für mich dann auch mal geNOMMen, weil ich auch gesagt hab, das ist ein Projekt, wo du zu auch JA gesagt hast.“ (Person 101)

Auch Person 118, die anhand vieler positiver Formulierungen eine sehr hohe Identifikation mit den Kursinhalten beschreibt, schildert die Wichtigkeit von festen Terminen als äußere Zwangsinstanzen. Wenn diese fehlen, fällt es ihr unheimlich schwer zu üben.

„Ich hab meine, meine ähm FESTEN Termine, wo ich mich zuhause hingesetzt hab, aber jetzt zu sagen (.), ich hab öhm hier auf der Arbeit das gemacht oder so, das ist mir unheimlich schwer gefallen.“ (Person 118)

Thematisierungsregel 2: Die Innere Zwangsinstanz oder die Du-Rede

Die innere Du-Rede, mit der die Teilnehmer/-innen oft Spannungsverhältnisse offenbaren, dient als eine weitere regulierende Instanz, als innerlich auferlegter Zwang, zu meditieren. Dieser innere Zwang hilft den Teilnehmer/-innen, Unlust oder inneren Druck zu überwinden. Person 101 wird von dieser regulierenden Instanz an die Verpflichtung erinnert, die mit der Studie einhergeht, und sie zu den festen Meditationsterminen schickt:

„Auch wenn jetzt grad dir des überHAUPT nicht in den Kram passt, aber (.) du gehst jetzt dahin und MACHST das.“ (Person 101)

Diese regulierende Instanz ist bei Person 118 wie ein innerer Meditationstrainer, der sie an der Kassenschlange dirigiert, um die Zeit für sich mit einer Meditationsübung zu „nutzen“:

„Ok jetzt bleibst du hier in der Schlange und NUTZT diese Zeit für dich.“ (Person 118).

In manchen Fällen dient die Du-Rede als Überwindungshilfe bei Unlust und Skepsis. Bei Person 108 taucht die regulatorische Du-Rede bereits beim Einstiegsnarrativ auf, in dem sie beschreibt, wie sie gegen ihre Skepsis Überzeugungsarbeit geleistet hat:

„Und hab gedacht, probierste mal, dich drauf einzulassen.“ (Person 108)

Thematisierungsregel 3: imperative Pausen nutzen um Achtsamkeit zu üben

Eine Möglichkeit, die Achtsamkeitspraxis jenseits des radikalen Einwirkens von Zwangsmaßnahmen trotzdem im Alltag zu integrieren, ist die Achtsamkeit auf jene Momente des Tages zu verlagern, an denen die Mitarbeiter/-innen durch äußere Begebenheiten sowieso gezwungen werden, ihre Aktivitäten zu reduzieren. Dies ist eine Abhilfe, um den inneren Druck zu reduzieren, der entsteht, während sie versuchen, durch die Übung zur Ruhe zu kommen. Zum Beispiel während sie an der Kassenschlange stehen, während sie Auto fahren, auf der Strecke von der Klinik ins Auto oder vor dem Einschlafen. Person 118 erzählt über die anfängliche Skepsis ihrer Kollegen/-innen gegenüber dem Kurs. Sie selber, merkt mehrmals an, wie schwer es ihr selber gefallen sei während der Arbeit zu üben. Sie berichtet jedoch über einen weiteren Austausch mit den Kollegen/-innen. Sie suchen gemeinsam nach einem Ausweg aus dieser ausweglosen Situation des andauernden Gefühls, keine Zeit zu haben, um Achtsamkeit praktizieren zu können und fragen sie – als begeisterten ‚Achtsamkeitsfan‘ – ob sie eine Ausweichmöglichkeit kennt:

„Und dann haben mir (1) ja die meisten Kollegen eigentlich auch gesagt, ja, es geht ihnen ÄHNLICH und dann hab ich halt=und dann sagten die, ja was hast denn Du für Alternativ=oder was machst du?“ (Person 118)

Daraufhin berichtet sie, welche Strategien sie anwendet, um sich zum Üben zu überlisten. Die Legitimation, die damit einhergeht, Zeiten der erzwungenen Ruhe wie die Zeit im Auto oder an der Kassenschlange produktiv für sich zu „nutzen“, ermöglicht es, ohne schlechtes Gewissen kurzfristig aus dem Stressmodus auszusteigen (Person 118, Segment 51).

Person 125 nutzt die Gelegenheit auf längeren Strecken Gehmeditation zu praktizieren:

„Ich versuch, mich immer zu erinnern, wenn ich jetzt 'ne längere Strecke gehe. Und ich hab den EINdruck, dass es irgendwie gut wäre, wenn ich mich nochmal so konzentrieren würde, achtsamer würde, dass ich das dann auch mache.“ (Person 125)

Person 127 drückt ihre Dankbarkeit über die kurze Version der Übungs-CD aus, die sie im Auto auf dem Weg zur Arbeit anhört. Auch „nutzt“ sie die langen Gänge, die sie zwischen verschiedenen Arbeitsstellen im Krankenhaus zu laufen hat, um Gehmeditationen zu machen:

„Und für mich war's 'n Segen, diese zweite CD zu bekommen, ne, und dann wirklich morgens, bevor ich hier rein komme, im Auto diese Morgensequenz und abends, bevor ich nach Hause fahre, diese Abendsequenz hören zu können.“ (Person 127)

„Ich hab mir dann wirklich von Anfang an angewöhnt, dieses achtsame Gehen auch tatsächlich zu praktizieren. Ich fange morgens um sieben Uhr an oder um halb sieben in der [Krankenhausabteilung]. Wenn ich dann so gegen halb neun hier rüber komme, hab ich n riesen langen Gang, den ich dafür immer nutze.“ (Person 127)

2.9.2.3 Die Wertschätzung des Lebens. Die Orientierung am Menschen in der Palliativmedizin

Ein zentraler Aspekt, wenn nicht der zentralste Aspekt, ist das dringende Bedürfnis der Mitarbeiter/-innen, ihre Positionierung als bereits mitfühlend zu betonen und ihre Erfahrungen mit Mitgefühl näher zu erläutern. Ähnlich wie bei der Thematisierungsregel *Positionierung als achtsame Helfer/-innen* gibt diese Motivgruppe vielfache Hinweise der Mitarbeiter/-innen auf ihre bereits vorhandenen Fähigkeiten und Kompetenzen im zwischenmenschlichen Bereich wieder. Der Unterschied ist jedoch, dass in dieser Motivgruppe das Kollektiv des Palliativzentrums, das „wir“, ausdrücklich als wertschätzendes Umfeld hervorgehoben wird. In den diesbezüglichen Narrativen wird vor allem auf zwei Aspekte hingewiesen:

- 1) Mitgefühl als persönliche Begabung im Sinne der allgemein-sprachlichen Bedeutung des Wortes Mitgefühl als Einfühlsamkeit und Anteilnahme am Leid eines anderen.
- 2) eine Haltung der Zuwendung und der Patientenorientierung, welche im Kontext der Palliativmedizin als ethische Richtschnur eine zentrale Position besitzt.

Oft werden diese zwei Aspekte von den Interviewpartnern/-innen zusammen erläutert, was auf ihre gegenseitige Bedingtheit hinweist, obwohl der zweite Aspekt eben nicht als Mitgefühl, sondern eher als „Haltung“ bezeichnet und mit der Aufzählung diverser Eigenschaften umschrieben wird. Dazu zählen zum Beispiel Eigenschaften wie Sensibilität und Respekt gegenüber den Bedürfnissen anderer, sowie eine Zugewandtheit gegenüber Menschen im Allgemeinen, was Patienten/-innen und Angehörige, aber auch Kollegen/-innen mit einschließt.

Die Bezeichnung *Wertschätzung des Lebens* fasst jene Haltung in der Palliativmedizin gut zusammen: sie besteht darin, *allen Aspekten des Lebens, einschließlich des Todes, mit Respekt und Achtung zu begegnen*. Die Komplexität des menschlichen Lebens ist im Palliativzentrum

willkommen und dementsprechend sind Empathie, Mitgefühl, Achtsamkeit und Zuwendung zentrale Arbeitsaspekte. Die Mitarbeiter/-innen sind bemüht, die Unterschiedlichkeiten in den Lebensbiografien der Patienten/-innen und ihrer Angehörigen nicht nur zu beachten, sondern diese auch wertzuschätzen und aktiv darauf einzugehen. Dies drückt sich in einem hoch personalisierten Versorgungsangebot aus.

Motiv 1: „Mitgefühl ist unser Auftrag“ –Mitfühlende Haltung als Professionalität

Das erste Motiv in dieser Gruppe ist die Positionierung der Mitarbeiter/-innen als mitfühlend. Mitgefühl wird in den Narrativen der Mitarbeiter/-innen, wie bereits an anderen Stellen erwähnt, als zentraler Teil des beruflichen Selbstverständnisses genannt. Dieses Kommunikationsmuster hängt nicht mit dem Ausmaß an Begeisterung für den Kurs oder der Identifikation mit demselben zusammen. Auch wenn die meisten Teilnehmenden versuchten, die Mitgefühlübungen in der Arbeit einzusetzen und über positive Erfahrungen damit berichten konnten, wurde die Interviewfrage, ob die Mitarbeiter/-innen durch den Kurs Veränderungen des eigenen Verhaltens im Kontakt zu anderen bemerkt hätten, von fast allen klar verneint. Meistens ging diese Verneinung mit einer Beschreibung der eigenen Kompetenzen einher. Person 118 liefert eine entschiedene Positionierung als mitfühlend. Sie identifizierte sich stark mit dem Kurs (Person 118, Segment 02) und hat schon theoretische Vorerfahrung mit dem Thema Achtsamkeit (Person 118, Segment 04). Sie beantwortet die Frage, ob der Kurs Veränderungen im Kontakt zu anderen hervorgerufen hätte, indem sie im Rahmen einer Selbstaussage identische Eigenschaften ihrer Haltung aufzählt, die sie schon vor dem Kurs hatte. Diese Haltung, die von der Wertschätzung gegenüber den Patienten getragen wird, drückt sich vor allem in Respekt, Achtung und Zuwendung aus. Es ist ihr wichtig zu betonen, dass sie dies alles vor dem Kurs bereits gemacht habe:

„Ich denk immer, ähm (1) also ich versuche ne wertschätzende Haltung dem Anderen gegenüber und und=auch den=den wirklich auch ERNST zu nehmen und den auch wirklich auch zu SEHEN, also mich auch auf den kon=zu konzenTRIEREN, das versuch ich schon, aber das hab ich vorher auch schon gemacht.“ (1). (Person 118)

Auch am Beispiel der Pflegeschüler/-innen, die sie betreut und unterrichtet, thematisiert sie im Interview wiederholt ihren Status als Mitgefühlsexpertin. Darin wird klar, dass sie diese Haltung mit Professionalität gleichsetzt. Durch eine dreifache Positionierung betont sie ihre Expertise: In der ersten positioniert sie sich in ihrer Rolle als Mentorin, die erkennen kann, welche Pflege-Schüler/-innen Fähigkeiten besitzen, die sie als zentral für ihren Beruf bewertet. Sie berichtet, beobachtet zu haben, dass viele von ihnen zwar viel theoretisches Wissen

besitzen, aber nicht fühlen können, was ein Patient „wirklich braucht“. Ihren Beschreibungen der Tätigkeits-Anforderungen im Pflegeberuf zufolge muss ein/eine Pfleger/-in in der Lage sein, die kommunikativen Botschaften hinter den Handlungen oder Aussagen des Patienten zu verstehen und gleichzeitig den Blick für sich selbst nicht zu verlieren. Die zweite Positionierung besteht darin, dass diese mangelnde Einfühlsamkeit der Schüler/-innen im Kontrast zu ihren eigenen Mitgefühlswahigkeiten steht, die sie über das gesamte Interview hinweg thematisiert.

„Aber ich hab ganz viele Schüler auch erlebt, die in der Theorie super gut waren aber am=beim Patienten (.) irgendwie, die standen vorm Patienten und haben zwar theoretisch gesehen was zu tun wäre, aber haben gar nicht gefühlt, was der Patient eigentlich grade braucht, so, in Wirklichkeit so. Und von daher denk ich mir ist Empathie und Mitgefühl, ja das wichtigste eigentlich in unserem Beruf, dass man auch sieht, was hab ich für ein Gegenüber, was braucht der jetzt grade, ne? Wie=wie kann ich den ernst nehmen, ohne mich selber zu verlieren.“ (Person 118)

Auch Person 101, die in der stationären Pflege arbeitet, positioniert sich über das gesamte Interview hinweg und auf vielfältigen kommunikativen Ebenen als bereits mitfühlend. Auf meine Frage, ob sie versucht hätte, die *Metta*-Meditation im Alltag einzusetzen, antwortet sie mit relativierenden Formulierungen, dass sie „in manchen Momenten“ und „in manchen Situationen“ versucht hätte, sich „dahin zu orientieren“. Als Effekt dieser gelegentlichen Praxismomente im Alltag verzeichnet sie, dass diese sie zur Ruhe gebracht hätten. Die Befragte berichtet, dass insbesondere der Teil der Übung, bei dem es um das Ausstrahlen von Wärme und Güte ging, auf positive Resonanz bei ihr stieß. Der Grund hierfür ist ihre berufliche Vorerfahrung. Sie erkennt darin ihre eigene Arbeitshaltung und macht mit einer zweifachen Betonung und einer körperlicher Verortung klar („von MIR, der schon in mir ist... dass ich das oft auch so SPÜRE“), dass sie eine warme, einfühlsame Haltung bereits vor dem Kurs verinnerlicht hat. An dieser Stelle stellt sie, wie viele andere Teilnehmer/-innen, die Kurskonzepte ihren eigenen Erfahrungen gegenüber und erklärt mit eigenen Worten, wie sie Mitgefühl versteht, konzeptualisiert und darüber hinaus, wie sie diese auch lebt: jemandem aus dem Herzen etwas auszustrahlen bedeutet, gerne für ihn da zu sein und gerne etwas für ihn zu machen, es bedeutet, ihn anzunehmen, wie er ist. Gleich in Anschluss und um ihre mehrfache Positionierung noch deutlicher zu unterstreichen, stellt die Teilnehmerin die Wirksamkeit des Kurses unter Verwendung des Worts „verstärkt“ heraus, was ihre bestehende Kompetenz implizit abbildet. Sie reformuliert jedoch ihre Aussage und sagt aus, durch den Kurs habe sie diese mitfühlenden Handlungen lediglich „bewusster“ durchgeführt. Diese sprachliche Relativierung bekräftigt sie mit einem klaren Schlusssatz: „aber es war letztendlich nicht so wirklich etwas Neues für mich“ (Person 101, Segmente 55-63).

Person 105 weist im Interview darauf hin, dass sie sich bereits vor dem Kurs während ihrer Freizeit bewusst mit Patienten/-innen beschäftigt hatte. Dies geschah in Verbindung mit christlich-religiösen Fürbitten, die sie den *Metta*-Sätzen gleichstellt. Dass die bewusste Beschäftigung mit den Patienten/-innen – in ihrem Fall in Form von Gebeten – eine entlastende Wirkung haben kann, anstatt zu einer zusätzlichen Belastung zu werden, sei ihr bereits zuvor bewusst geworden. Der Rahmen, die der Kurs und die begleitende Studie bot, um ihre eigenen Vorerfahrungen theoretisch und wissenschaftlich einzubetten, löste bei ihr daher große Begeisterung aus:

„und dachte mir, das ist etwas, was mich IMMER entlastet hat. Es hat mich nie belastet, an Patienten zuhause zu denken, sondern, verbunden mit sowas war es für mich immer ein Abgeben und eine Entlastung und fands aber spannend, dass es auch wirklich so ne Art von Methode ist, die man vermitteln kann und die man üben kann und die man anderen dann sagen kann.“ (Person 105)

Für Interviewte 114 hatten die Mitgeföhlübungen im Kurs einen unterstützenden und validierenden Charakter, den sie von Anfang an sehr schätzte. Es wird deutlich, dass die im Kurs verwendete Imagination eines leuchtenden Herzens, das mit seiner Wärme andere erreicht, für die Teilnehmerin die Haltung validierte, die Sie schon vor dem Kurs innehatte und verkörperte. Ihre Schilderungen drücken besonders deutlich aus, welche Tragweite Mitgeföhl für das professionelle Selbstverständnis von Palliativ-Mitarbeiter/-innen hat: Mitgeföhl ist in diesem Kollektiv auf verschiedenen Ebenen „verankert“: Mitgeföhl „zu haben“ (Föhlen) und den Patienten/-innen Mitgeföhl zu „vermitteln“ (Ausdrücken) bzw. für ihn „da zu sein“ (Handeln), ist für sie „ganz klar“ der kollektive Arbeitsauftrag der Klinik für Palliativmedizin. Zusätzlich erklärt sie, dass sowohl der professionelle Helfer als auch der Patient die Möglichkeit haben, ihre Einzigartigkeit als Menschen zu zeigen und sich so zu begegnen, wie sie sind: Person 114 ist für die Patienten/-innen in seiner „Gesamtheit“ da und tut ihnen auf „ihre“ Weise etwas Gutes. Diese Form der professionellen Verbundenheit stellt nicht das Leid, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit in den Vordergrund. Das mit dieser Haltung einhergehende ethische Handeln benennt sie sogar als Grund dafür, warum sie in der Palliativklinik arbeitet. Sowohl die innere Verbundenheit, die im nächsten Kapitel näher erklärt wird, als auch die damit einhergehenden Handlungen können als Facetten der gleichen Haltung zusammengefasst werden, welche genauso zur professionellen Rolle der Mitarbeiter/-innen gehört wie die medizinische Arbeitsbekleidung, die sie am Leib tragen und die sie immer nur als „die Haltung“ bezeichnen. Die Teilnehmerin berichtet, dass man/sie beim Anziehen der Pflegekleidung „schon ne GRUNDhaltung“ habe, welche darin bestehe, dass der/die Patient/-in und sein/ihr Umfeld im Mittelpunkt der Arbeit stehen. In diesem Sinne ist es nicht verwunderlich, dass für

sie vor allem die im Kurs verwendete Symbolik als solche hilfreich war und das Üben an sich für sie eine weniger prominente Rolle spielte. Auch in der Verortung des Einflussbereichs des Kurses wird deutlich, dass sie ihre berufliche Tätigkeit als vom Kurs getrennt sehen möchte: sie berichtet, dass der Kurs für sie wie ein Begleiter war, der sich vor allem „außerhalb“ des Krankenhauses bemerkbar machte. Was sie im Kurs gelernt hat, stelle nichts grundsätzlich Neues für ihre Arbeit dar. Vielmehr stellt sie den Kurs als eine externe Bestätigung dafür dar, dass diese Art der professionellen Verbundenheit, welche sie im Krankenhaus lebt, natürlich und richtig ist. Die Kursübungen verliehen ihrer Haltung ein anderes „Gewicht“, eine „Legitimation“ und helfen ihr dabei, diese zu verankern und zu vertiefen. Diese sei im Zuge des Kurses „selbstverständlicher“ und „leichter“ geworden.

„Das=also dieses ist, hat mich sehr stark begleitete, dieses Symbolhafte es hat für mich einfach so was, was ich, also als Begleitung auch immer wieder gut abrufen kann [...] das=is mir ganz oft in=in=in verschiedenen Begegnungen, aber FAST noch mehr jetzt drau= AUßerhalb als hier im Krankenhaus [...] also ich hab schon des Gefühl, es ist in mir anders verankert, als es vorher war, denn hIER im Krankenhaus im Kontakt mit dem Patienten, hat man ja immer, nimmt man ja auch so eine gewisse Rolle ein, wenn man sich hier so sein weißes, seine KLEIDung anzieht, ne dann hat man schon so ne GRUNDhaltung dem Patienten gegenüber, es ist ja auch unsere Professionalität, ne? Und ich hab das auch so auf diesem auch noch mal so [in den Rückmeldungsbogen], AUFgeschrieben...also der Grund, warum ich hier arbeite, is mich um den Patienten zu kümmern und IHN in seiner GeSAMtheit mit seinen IDEen auf mEIne Weise ihm Gutes zu tun. So, ne? und der Patient steht im Mittelpunkt und sein Umfeld. Und das ist in uns verankert [...] Aber durch diese Meditation, durch diesen KURS hat das vielleicht noch mal so eine ANDere GeWICHTung bekommen, is einfach NOCH mal tiefer in mir drin und hat auch noch mal eine andere Legitimation, also hat vielleicht noch mal so ein anderen also ist NOCH wichtiger geworden so, ne? Also, ich glaube schon, dass wir das, dass es ganz klar unser AUFtrag ist, das zu HABen und dem Patienten auch dieses MITgefühl, für-den-Patienten-dasein ihm zu verMITTeln, aber diesen Auftrag jetzt noch mal, das mit diese Meditation zu sehen, hab ich gesagt, das ist jetzt noch mal LEICHTer für mich, weil es jetzt vIEL selbstverständlicher nochmal da [...] Deshalb hab ich da total profitiert, gAR nicht mal so sehr durch dieses immer Üben [...] aber dieses [...], das kann ich mir so richtig gut VORstellen, dieses symbolhafte sich auch dem Patienten zuzuwenden.“ (Person 114)

Thematisierungsregel 1: Kritik der starren Mitgefühlstheorie

Die bisher ausgeführten und oft in den Interviews anzutreffenden Ausführungen und die Verweise auf die berufliche Expertise weisen darauf hin, dass die Mitarbeiter/-innen sich als erfahrene Praktiker/-innen deutlich positionieren möchten. Ein Aspekt dieser Positionierung ist eine indirekt oder direkt ausgedrückte Kritik an den Mitgefühlsübungen oder den darin verwendeten Formulierungen als zu abstrakt, zu starr oder zu leidorientiert. Vielfach möchten die Befragten das Kurskonzept durch ihre eigenen Ideen im Hinblick auf Mitgefühl erweitern. Sie

berichten dabei über andere Facetten in der Erfahrung mit den Patienten/-innen wie beispielsweise Ambivalenz, das Aushalten von Gefühlen der Ohnmacht oder Verzweiflung oder auch das Teilen von Momenten der Freude, der Dankbarkeit und des Humors. Weiterhin beschreiben die Interviewten ungefragt die personenzentrierte Haltung, die sie vertreten. In der Regel fassen sie diese Haltung nicht unter einem Begriff zusammen, sondern umschreiben sie anhand von episodischen Erzählungen und/oder einer Aufzählung von multiplen Eigenschaften, die diese Haltung charakterisieren. Bei diesen episodischen Erzählungen geht es vor allem um Zuwendung und Flexibilität im Umgang mit dem, was für Patienten/-innen, Angehörige und Kollegen/-innen relevant ist. Diese Haltung wird beispielsweise von Person 101 als ein „generelles Ziel“ und als die „Mitte“ des Teams dargestellt, als „das nahe Ziel am Patienten“, das nicht aus den Augen verloren werden darf (Person 101, Segment 154).

Interviewpartnerin 107 äußert starke Kritik an den Begriffen „Glück“ und „Leid“, die im Rahmen des Kurses verwendet wurden. Das Wort Glück wurde in den Beispielen für die Formulierung von *Metta*-Sätzen verwendet („Möge ich und mögen andere glücklich und zufrieden sein“). Diese Beispielsätze wurden im Rahmen des Kurses auf Poster gedruckt und in den Stationsräumen angebracht. Das Wort *Leid* wurde während des Kurses auch in Zusammenhang mit der Beschreibung von Mitgefühl verwendet. Person 107 bezeichnet die Verwendung des Wortes *Glück* in ihrem Arbeitskontext als „Unverschämtheit“ und möchte es nicht einmal aussprechen. Sie grenzt sich auch gegenüber dem Wort *Leid* ab, indem sie eine direkte Kontrastierung mit den komplexen und prozesshaften Erfahrungen in ihrer Arbeit unternimmt. Paradoxerweise grenzt sie ihre Arbeit mit der Verwendung von Verben wie „mitfühlen“ oder „sich einlassen können“ gegenüber der *Tonglen*-Übung ab. Auch berichtet sie, dass es in ihrer Tätigkeit lediglich darum gehe, „das Leid 'n bisschen auf[zu]nehmen“. Sich nur auf das Leid als feste Tatsache zu fokussieren, stelle einen Kontrast zum Kontinuum des „sich in Andere Reinversetzen[s]“ dar. Für sie bestehen zwischen Glück und Leid viele Nuancen. Der Leid-Begriff stimmt für die Pflegerin nicht mit dieser komplexen menschlichen Erfahrung überein: sie bewertet ihn deshalb als zu dichotom, „zu abgehackt“.

„P: Also, wenn die Sätze, ähm (6) ((seufzt)), ich hab mich, wenn ich jetzt grade auch hier diese Sätze, diese drei kopierten, die Metta-Sätze, die wir haben, muss ich sagen, hab ich mit so bestimmten Vokabeln echte Probleme. Also, ich habe, ähm, zum Beispiel das Problem, dass ich das Wort GLÜCK nicht neh=in den Mund nehmen möchte. Ich möchte auch nicht das Wort Glück denken, das muss ich GANZ ehrlich sagen. Ich finde, wenn die Patienten, die WIR haben, da ist- da MAG ich- also, ich find's 'ne UNverschämtheit, wenn ich da noch von Glück rede, muss ich ganz ehrlich sagen. Da ist nix mehr mit Glück. Und „Leid“ Ähm, LEID, ja, ich mag das Wort „Leid“ auch nicht so sehr. Es ist für mich eher so dieses Mitfühlen, Sich-Reinversetzen-Können und das so auf DIESER Ebene, ich ja, auch sicherlich so das Leid 'n biss-

chen aufnehmen oder, ja, das fällt mir irgendwie- diese WORTE stören mich dabei. Ich- es geht gar nicht mal so darum, mich nicht auf sie EINlassen zu können und auch nicht das WUNSCH- ich WÜNsche das, und das wem irgendwie so rüberzu-transportieren. Ich tu mich wirklich mit diesen beiden Vokabeln besonders schwer, weil Glück find ich völlig fehl am Platze, und mit dem Wort „Leid“, äh, ja, das ist mir zu ABGEHACKT.“ (Person 107)

Person 101, die auch für die Versorgung von stationären Patienten/-innen zuständig ist, rekapituliert die Situation, als sie den Kursflyer zum ersten Mal las und im ersten Moment eine starke Begeisterung verspürte. Diese Begeisterung schreibt sie der partiellen Überlappung zu, die sie zwischen ihrer Tätigkeit und den Kursinhalten wahrnimmt. Andererseits beschreibt sie jedoch mithilfe einer persönlichen und einer räumlichen Markierung eine Kluft zwischen Theorie und Praxis – zwischen dem Kurs und ihrer Arbeitsrealität:

„Und, äh, von dem, was er so beschrieben hatte, war ich erstmal SEHR so, ähm, hab ich=hab ich so gedacht, das PASST irgendwie so, soFORT hab ich das gedacht. Äh (1), ich ha=hatte so den Eindruck, dass es eigentlich (.) so, diese GeDANKen, die da fixiert warn, das entspricht eigentlich so (.) auch "n STÜCK weit auch MEINer Auffassung von der Arbeit, die ich unten TUE.“ (Person 101)

Mit dem Wort „unten“ verweist sie auf die Etage, in der sich die Palliativ-Station im Gebäude des Palliativzentrums befindet. In der oberen Etage fanden der Kurs und das qualitative Interview statt. Mit der Verwendung des Oben-Unten-Topos greift sie den sozialen Diskurs zum Verhältnis zwischen Theorie und Praxis auf. Durch die explizite Verortung ihrer Arbeit als „unten“ verbildlicht sie den Topos des „Sich-Erdens“ und somit der praktischen Arbeit, während das gegensätzliche „oben“, auf das nur indirekt durch die räumliche Abgrenzung hingewiesen wird, die Welt der Kognitionen und der Abstraktionen typisiert. Sie benennt diese Kognitionen auch konkret mit der Formulierung „diese Gedanken, die da fixiert waren“ als sie sich auf die Kursmaterialien bezieht. Mit dem Wort „Gedanken“ weist sie explizit auf die Welt der Abstraktionen hin, welche sich nur teilweise, "n STÜCK“ mit der Arbeit, die sie unten (geerdet, lebenswirklich) vollbringt, überlappen.

Thematisierungsregel 2: Der Mythos des belastenden Mitgefühls

In Anbetracht der Tatsache, dass die Mitgefühlsübungen als eine potentielle Entlastungshilfe im Patientenkontakt dargestellt wurden, hatten einige der Mitarbeiter/-innen aus dem stationären Bereich das Bedürfnis gezeigt, klarzustellen, dass sie den Patientenkontakt nicht zwangsläufig als belastend empfinden: es liege auch eine Schönheit darin, von anderen Menschen berührt zu werden. Person 109 beschreibt beispielsweise die Begleitung der Patienten/-innen

als „Kostbarkeit“, welche zwar ihre „Spuren“ hinterlasse, jedoch nicht solche, die sie auch in ihrer Freizeit belasten würden:

„Ne, also so den schwIERigen Patienten so in Anführungszeichen kenn ich EIgentlich nIcht (I: <<schmunzelt>>) und wenn, ist es ja vielleicht mal zwei Prozent.“ (Person 109)

„Ich glaub, es ist lange her, dass ich jetzt sO dadurch belastet war, dass die Empathie so groß war. Es bleibt so eher ähm ja in schöner und dankbarer Erinnerung (<<schmunzelt>>) Das klingt jetzt so platt, ähm aber das ist so ne Kostbarkeit. Irgendwo, wo ich das Gefühl hab, die geht jetzt irgendwo im Flug vorbei, aber sie hinterläßt ihre Spuren.“ (Person 109)

Dass der Bedarf, diese Klärung vorzunehmen, vor allem mit der Natur der Kursübungen zusammenhängt, wird am Beispiel von Person 116 deutlich. Meine Frage, ob sie versucht hätte, die Herzenswärme im Alltag wachzurufen, bejaht sie. Sie klärt mich jedoch umgehend darüber auf, dass auch schwierige Kontakte, wie beispielsweise der Erstkontakt mit einem/einer Patienten/-in, verschiedene Qualitäten aufweisen und nicht immer als „dramatisch“ oder „tragisch“ einzustufen sind:

„I: und ham sie das gemacht mal auch außerhalb der Übung? Haben Sie manchmal die Hand gelegt aufs Herz oder sich daran erinnert? Dass da was ist? Was wachgerufen sozusagen P: Also wachgerufen hab ich es [...] dieses zUhören und dieses im Erstkontakt alles mitbekommen hat ja auch verschiedene Qualitäten. Das ist ja nicht immer gleich intensiv. Es ist nicht immer die gleiche Situation. Es ist nicht immer tragisch nicht immer dramatisch.“ (Person 116)

2.9.2.4 Weitere Motive im Zusammenhang mit der Kurs-Implementierung

Im Folgenden werden drei spezifische Aspekte der Kursimplementierung erläutert, die über die Machbarkeit des untersuchten Trainings Auskunft geben. Als erstes werden die drei bedeutsamsten Thematisierungsregeln dargelegt, die mit der Einbettung des Achtsamkeitskurses im Relevanzsystem der Mitarbeiter/-innen zusammenhängen. Weiterhin wird ein Einblick in die wichtigsten Hindernisse und Transferschwierigkeiten bei den Mitgeföhlübungen (welche den Schwerpunkt des Trainings ausmachten) gegeben. Schließlich werden in aller Kürze Deutungsmuster von Achtsamkeit präsentiert, die einen Einblick darüber geben, wie die Mitarbeiter/-innen das Konzept der Achtsamkeit vor und nach dem Kurs verstanden haben.

Motiv 1: Dynamische Einbettung der Übungen in eigene Relevanzsysteme

Die Interviews zeigen, dass die Mitarbeiter/-innen für die Kursübungen aufgeschlossen waren. Vielfach betonen sie, dass sie sich mit den Ideen und der Intention dahinter identifizieren können. Teilweise berichten sie von ähnlichen Praktiken in ihrer Arbeit und im Privatleben. Aus der Analyse der Texte wird jedoch deutlich, dass die Einbettung der Achtsamkeitsübun-

gen mit ihrem buddhistischen Hintergrund ein dynamischer Prozess für sie ist. Die sprachliche Konstruktion dieses Prozesses wurde anhand bestimmter Thematisierungsregeln deutlich, die im Folgenden dargelegt werden.

Thematisierungsregel 1: Überraschung nach Skepsis

Einige Teilnehmer/-innen erwähnen eine veränderte Wahrnehmung des Kurses. Diese Veränderung äußert sich in der Thematisierung von freudiger Überraschung nach anfänglicher Skepsis. Person 107 zeigt sich zum Beispiel überrascht darüber, dass sie nach einer anfänglichen Distanzierung dem Kurs gegenüber im Laufe der Zeit die Kursübungen als ansprechender empfindet und sich intensiv mit ihnen auseinandersetzt. Ihre Erzählung beginnt mit einer Beschreibung des ersten Males, als sie den Meditationslehrer kennenlernte, er den Kurs vorstellte und ihrer Erinnerung zufolge ankündigte, „dass es so was mal geben wird“ (Person 107, Segment 03). Ihr Mangel an Identifikation äußert sich in der Beschreibung des Kurses mit der Verwendung des Indefinitpronomens „so was“ als Vagheitszeichen sowie in der passiven Handlungsmacht („geben wird“). Im Weiteren erzählt sie, wie sie am Anfang den Kurs aus ihrem Gedächtnis verbannte. Mit dem Motiv des (nicht) Googelns als Zeichen für starkes Interesse an etwas, verdeutlicht sie, wie gering ihre anfängliches Interesse für den Kurs war.

„Ja, und dann ist es völlig aus meinem Gedächtnis verschwunden, so die Zeit, bis das dann klar war, wann sie anfangen werden [...] Hm, ja, war mir dann wirklich VÖLLIG- hab dann auch NICHT von dem TAG an schon mal irgendwie geGOOGelt oder so.“ (Person 107)

Ihre Skepsis wird ferner an den Zweifeln deutlich, die sie indirekt über den Bericht eines Gesprächs mit ihrem Mann als Plausibilisierungsinstanz ausdrückt:

„Hab dann aber auch so zum Beispiel meinem Mann zu Hause erzählt: "Ah, jetzt bin ich mal gespannt, was DAS jetzt wird, ich kann mir das so gar nicht vorstellen, hier so täglich zu Hause.“ (Person 107)

Irgendwann kommt im Laufe des Kurses dann die Überraschung über die plötzliche Involviertheit an den Kursübungen. Vor allem anhand dieser Überraschung wird deutlich, dass sie am Anfang sehr skeptisch war:

„Aber dann hab ich so an mir festgestellt, durch die wöchentlichen Treffen hier, wo man jede Stunde hingehen konnte, wie ANsprechend ich das auch fand und wie sensibel ich auch für das ganze war, was mich so ein bisschen überrascht hat.“ (Person 108)

Auch Person 108 berichtet von einer anfänglichen Skepsis gegenüber der Gehmeditation, sowie von ihrer großen Überraschung, als sie sich beim Ausdehnen ihrer Gehmeditationseinheiten „ertappte“:

„und das war dann für mich am Anfang erst mit dieser Gehmeditation [...], als ich das erst mal nur gehört hab, da dacht ich: Ja, was soll das? Das kann ja gar nicht gehen oder so, da passiert nix, ne. So, aber da bin ich dann doch schnell eines Besseren belehrt worden, weil mir das GERADE SEHR gut geholfen hat, MIR GRADE sehr gut geholfen hat ((Lachen in der Stimme)) [...] Ich hab halt immer diese Stücke durch den WALD zu bewerkstelligen, Sie erinnern sich vielleicht, und hab mich dann oft dabei erTAPPT, dass ich dann mal einfach mal ne GRÖßere Runde gegangen immer bin.“ (Person 108)

Auf meine Frage hin, ob sie Entwicklungen in der *Metta*-Praxis beobachten konnte, antwortet Person 119, dass sie diese vorerst als esoterisch eingestuft hatte. Sie wurde durch den Bericht eines Kollegen jedoch „skeptisch“ und entschied sich, dem ganzen dann doch eine Chance zu geben:

„Also, ich hab's anfangs als albern empfunden, dacht: Ach, esoterisch wie auch immer und dann haben wir drüber gesprochen, und der Kollege meinte: Das fand ich richtig gut, daswar hilfreich. So bin ich skeptisch geworden und hab innegehalten und dacht mir: Komm, dann versuchst es einfach mal. Also, es gab schon ne Entwicklung, ja.“ (Person 119)

Thematisierungsregel 2: Glaube an Unsichtbares

Die zweite Thematisierungsregel in dieser Gruppe ist die Thematisierung des Glaubens an Unsichtbares in Verbindung mit den Achtsamkeits- und insbesondere mit den Mitgefühlspraktiken. Diese Kommunikationsform drückt sich in der Verwendung von religiösen oder spirituellen Begriffen aus. Person 125 liefert hierzu in ihrem Interview ein eindrückliches Beispiel. Sie verwendet in ihren Beschreibungen der *Metta*- und *Tonglen*-Übungen, Wörter wie „Glaube“ und „Vertrauen“, um zu beschreiben, dass es etwas „Unsichtbares“ gibt, was sich „überträgt“, womit sie eine Verbindung zwischen Meditation und transzendenten Weltanschauungen herstellt:

„Und darauf hab ich ein bisschen verTRAUT, dass da was dran ist und- ja, das fand ich- fand ich positiv [...] Dass ich den andern dadurch erreiche. Das setzt jetzt natürlich voraus, dass man na, wie sagt man? So ein gewisses Vertrauen darin hat, dass sich manche Dinge, auch wenn die nicht sichtbar sind, irgendwie überTRAGEN, aber das GLAUBE ich irgendwie, je älter ich werde, desto mehr glaub ich daran, dass es da irgendetwas gibt, was man- sozusagen was nicht sichtbar ist oder was sich- was sich irgendwie überträgt.“ (Person 125)

Als ich Person 119 frage, was ihr im Kurs am leichtesten fiel, erzählt sie mir, dass die Atemmeditationen für sie eine große Bedeutung hatten. Hintergrund hierfür ist die Erfahrung mit einem Schullehrer, der lange in China gelebt hatte und im Unterricht mit ihnen darüber diskutiert habe, ob der Atem eine „Seelenkraft“ sei. Obgleich sie den gesellschaftlichen Diskurs über heterodoxe Wissensbestände aufgreift, indem sie den Lehrer als „durchgeknallt“ bezeichnet, verdeutlicht sie auch, welche große Bedeutung diese Erfahrung für ihr Relevanzsystem hat: sie betont, dass jene Frage seit der Schulzeit ihr „Thema“ ist. Nach eigenen Angaben half ihr gerade diese Erfahrung aus der Schulzeit, die Kursübungen in das eigene Erleben erfolgreich einzubetten.

„I: Okay. Und was fiel Ihnen besonders leicht? Oder wo fanden Sie schnell einen Zugang zu? P: Also, zum Gehen, weil ich das durch Kabat-Zinn kannte. Durch Zugang zu Atmung, ich hatte mal einen Ph=ph- was war er? Pädagogik hat er gelehrt, Englisch und sonst noch was- Lehrer von mir, der hat lange in China gelebt. Und wir fanden ihn damals ziemlich durchgeknallt, weil wir haben bei dem in Pädagogik philosophiert über: Ist Atem eine SEELENkraft? Und seitdem beschäftigt mich das SEHR. Ich fand es damals sehr abstrakt und durchgeknallt, aber seit der Schule ist das quasi mein Thema. Und dann kam Kabat-Zinn, auch mit der Atmung, und dann Sie mit der Atmung. Insofern passte das alles gut zusammen.“ (Person 119)

Auch als sie ihre Erfahrungen mit der *Tonglen*-Übung beschreibt, ist das semantische Feld, welches sie verwendet, ein metaphysisches. Die Visualisierung des Herzens, die ein zentraler Teil der *Tonglen*-Übung ist, wird als eine Art Entität dargestellt: als „das gute Herz“, welches in der sprachlichen Darstellung mit Zauberei in Verbindung gesetzt wird: Das gute Herz wird „heraufbeschworen“.

„Aber die Erfahrung, die ich da gemacht habe, war, ähm, schon so, weil ich auch das gute Herz heraufbeSCHWOREn habe ((lachen)), erzeugen konnte oder wie auch immer, merkt ich ja bei mir schon 'ne innere Ruhe. Dass ich der Situation schon anders gegenüberstand, ja, hab ich gemerkt.“ (Person 119)

Weitere Personen bringen insbesondere die Mitgefühlübungen in Verbindung mit anderen spirituellen Praktiken, wie zum Beispiel Fürbitten in der Kirche (Person 105, Person 123). Die Teilnehmer/-innen drücken aus, dass sie dadurch eine Affinität gegenüber der Mitgefühlspraxis entwickelt hätten. Person 122 bringt beispielsweise die *Tonglen*-Übung mit dem Weitergeben des empfangenen göttlichen Segens aus der christlichen Tradition in Verbindung:

„Ich kann mit der Übung was anfangen, weil Ich spontAn dachte, das passt so auch ein bisschen zu meiner christlichen Erziehung oder zu meinem christlichen Glauben, also dieses ich kann Segen annehmen und kann dann auch wieder was davon weitergeben, also ich krieg= ich krieg Segen und der wird mir zugesprochen und den kann ich aber dann auch wieder meinem Nachbarn zusprechen. Das pAsst son bisschen dazu.“ (Person 122)

Thematisierungsregel 3: Kompatibilität mit den eigenen Vorerfahrungen

Weitere Teilnehmer/-innen empfanden den bildhaften Aspekt der Übungen als unterstützend im Alltag und als hochgradig kompatibel mit den eigenen Erfahrungen auf der Arbeit, vor allem durch die Verknüpfungen mit Symbolen und das Einbeziehen von mehreren Sinnesreizen. Person 115 gibt beispielweise an, durch die Übungen ihr eigenes Mitgefühl tiefer im Inneren verankert zu haben und nun als etwas Persönliches zu betrachten:

„Früher waren sozusagen, wenn ich (2), wenn ich dann an (1) Herzenswärme gedacht hab, waren's eher Personifizierungen, eher Menschen, und das war jetzt abstrakter und durch das Abstraktere war's aber auch, (1) glaube ich, (2) n tieferer Teil in mir, also es war nich sozusagen entliehen von einem anderen, sondern, äh, war glaub ich (2) ja, (2) meins, mehr meins so.“ (Person 115)

Ein weiteres Anzeichen für die Akzeptanz der Kursübungen wird an der Eigeninitiative einer der Mitarbeiter/-innen deutlich, die mehrmals erfolgreich eine kleine Gruppenmeditation mithilfe eines CD-Players auf Station anleitete (Person 125 Segmente 19-20).

Motiv 2: Hindernisse und Transfer-Schwierigkeiten bei den Mitgefühlsübungen

Obleich die meisten Teilnehmer/-innen sich gut auf die Übungen im Kurs einlassen konnten, berichteten einige von ihnen über Schwierigkeiten mit den Mitgefühlsübungen. Anhand von Adaptionen, die durch den Lehrer oder die Teilnehmer/-innen selbst durchgeführt wurden, fanden jedoch fast alle Teilnehmer/-innen einen Weg, die Übungen durchzuführen. Nachfolgend werden einige der geschilderten Schwierigkeiten beschrieben.

Person 118 schildert, bei der Übung von *Tonglen* anfänglich „Beklemmungen“ erlebt zu haben, die sie mit ihrer starken Fähigkeit, sich in andere hineinzusetzen, in Verbindung bringt. Diese Fähigkeit ist für sie mit einer hohen Gefühlsintensität verknüpft. Ihr gelingt es, sich „komplett in solche Situationen auch reinzudenken und dann auch so zu fühlen“ (Person 118, Segmente 122-123). Schließlich sei es ihr dennoch gelungen, sich auf die *Tonglen*-Übung einzulassen, indem sie sich selbst dazu ermutigte, den Einstieg auszuprobieren:

„aber in der Situation dann selber hab ich versucht, da auch gelassen rein zu gehen, hab mir vorher auch noch mal noch mal Kraft geholt. Und ja hab gedacht, öhm versuch's!“ (Person 118)

Person 105 äußert sich kritischer gegenüber der *Tonglen*-Übung und bringt diese in direkten Bezug zu pflegerischen Begleitungen während der Sterbebegleitungen. Diese Befürchtung begründet sie mit einer persönlichen Sensibilität gegenüber der eigenen Atmung als etwas stark „emotionales“. Sie habe schon vor dem Kurs versucht, sich bei Sterbebegleitungen in Dystonie mit den Sterbenden zu bringen, indem sie sich bewusst vom Ausatemrhythmus des

Sterbenden abgrenzte, um das Ausgeatmete nicht in sich „einzunehmen“. Eine ähnliche Empfindung spürte sie bei der *Tonglen*. Sie gibt an, Angst davor zu haben, das Leid des Anderen würde von ihr „Besitz ergreifen“, was erneut das semantische Feld des Parapsychologischen anspricht. Aufgrund dieses „emotionalen Widerstands“ adaptierte sie die Übung, indem sie die Visualisierung von ihrem Atemrhythmus und, nach eigenen Angaben, von ihren Emotionen abkoppelte und nur „geistig“ übte:

„Also mit der ATMUNG, das Schwere aufnehmen und mit der Ausatmung das Gute aussenden. Das verbindet- hat bei mir einfach so ein Bild über Atem, dass ich ganz viel von der Last des anderen in mich EINnehme. Und ich dann Sorge habe, dass ich das nicht wieder los werde. Also das ist für mich n Bild, das bekomme ich nicht gelöst, also, das hat auch viel damit zu tun, dass man, ich, bewußt wenn jemand STIRBT, nicht im A=- in der, in der Ausatemrhythmus des, des Verstorbenen mich befinde weil ich einfach da so Bilder habe, wo ich denke das möchte ich nicht in mir-in mich jetzt aufnehmen [...]. Also das hat für mich sone Sache, die, ähm, hab ich auch gemerkt, da stoß ich immer emotional auf Widerstand, das hab ich nicht getan, das konnte ich nicht. Weil das glaube ich etwas ist, was mich dann nicht unbedingt entlastet oder ich dann das Gefühl hab das dann von mir Besitz ergreift und ich das NICHT möchte [...] ich habe das auch so erlebt, dass das nicht auf der emotionalen Ebene stattfindet sondern auf der geistigen Ebene und da, da habe ich das eher vollzogen und bei, bei der Atmung hat das mehr so was emotionales bei mir, als wenn ich das so IN MICH aufnehmen, und dass konnte ICH persönlich nicht gut.“ (Person 105).

Ähnlich wird auch bei Teilnehmerin 117 die *Tonglen*-Übung mit christlichen Bildern verknüpft, welche sie als unangenehm empfindet. Ihre Assoziation des Einatmens während der *Tonglen*-Übung mit Jesus als Sinnbild eines Erlösers, der in der Lage ist, alles Schlechte auf dieser Welt auf sich zu nehmen, wirke auf sie überzogen und verhindere eine Identifikation mit der Übung:

„Also, es kamen mir auch so Jesus-Bilder und Gemälde, die man so hat, weil das auch oft mit Licht und Helligkeit so bemalt ist. Und das war mir dann zu viel [...] Ich hatte dann eher - so ist es bestimmt nicht gemeint, aber ich kam davon nicht weg, dass ich dachte, da bin ich eben, und ich werde schon alles irgendwie hier aufnehmen können, alles Schlechte dieser Welt, und werde das schon regeln - das war mir dann zu viel. Ja, kann ich jetzt auch nicht mehr zu beschreiben, weil da war dann auch so ein Punkt.“ (Person 117)

Ein weiterer, damit verbundener Widerstand gegenüber der *Tonglen*-Übung ergab sich bei dieser Teilnehmerin in Form der Meinung, die *Tonglen*-Übung würde eine implizite Intention enthalten: Schwieriges – gerade im zwischenmenschlich Bereich – solle unter allen Umständen in etwas Positives verwandelt und dadurch eine Harmonie erzwungen werden, die in manchen Situationen aber nicht herstellbar sei:

„Also, ich hab mich auch sehr so gefragt: Muss das wirklich immer alles sein? Also, manches IST einfach auch schwierig, sei es, jetzt von den Symptomen bei Patienten, oder sei es auch wirklich einfach so die Chemie [...] man kennt es mit Kollegen [...] Da kenn ich das auch, wo man so merkt: Es ist irgendwie schwierig miteinander, aber also, da hat ich dann immer auch noch versucht. Aber dann dacht ich: Nee, das ist- da=da fand ich keine Tür, keine Ebene zu.“ (Person 117)

Person 127 drückt das unangenehme Gefühl aus, das sie empfand, als sie das erste Mal der *Tonglen*-Übung beiwohnte. Sie hebt jedoch hervor, dass sie aufgrund der behutsamen Art des Lehrers einen Zugang zur Übung finden konnte:

„Ja doch, ich fand's gut. Nur im ersten- Also, ich weiß, als er das das erste Mal gemacht hat, hab ich erst mal geschluckt. Hab ich gedacht: Na, das ist so was ganz nah an sich rankommen lassen [...] Und ich konnte mich drauf einlassen, weil ich finde, es ist auch sehr vorsichtig und achtsam an uns ran getragen worden.“ (Person 127)

Andere Teilnehmer/-innen hatten weniger mit Berührungängsten zu kämpfen, als damit, die Übung als zu abstrakt zu empfinden oder gar nicht zu verstehen. Person 119 vergleicht beispielsweise die *Metta*-Sätze mit einem Kalenderspruch: sie klingen zwar schön, deren Wirkung bei der Person bleibt aber bei einer momentanen angenehmen Empfindung.

„Esoterisch, abstrakt. Ich hab da irgendwie keine Verbindung bisher zu aufbauen können. Vor allen Dingen, wenn ich's so höre, is ja wunderBAR, aber dann weiß ich nicht: Soll ich's jetzt nachsprechen? Wie soll ich sie verinnerlichen? Soll ich sie mir jetzt jeden Tag selber sagen? Ähm, ist das wie ein Kalenderspruch, den ich abreiß, mir jeden Tag vorlese? Ist für mich irgendwie nicht GREIFbar. Was sollen diese Metasätze bei mir auslösen?“ (Person 119)

Förderlich für das Einlassen der Teilnehmer/-innen wirkten sich die verschiedenen Angebote des Lehrers aus, welche die Vielfalt der Wünsche und Perspektiven der Mitarbeiter/-innen berücksichtigten:

„Das hat mir total gut gefallen, ne? Das jetzt nicht gesagt wird, stellen Sie sich doch einfach das so vor, also das es platt wird, sondern, dass es einfach n sehr behutsames, sensibles Gespür dafür, was der Andere sich vielleicht darunter vorstellen könnte.“ (Person 114)

Weitere Teilnehmer/-innen lobten die Flexibilität und Einfühlsamkeit des Lehrers als fördernden Faktor im Kurs:

„Und ich fand das total Klasse, dass er auch so unsers ja, dass wir da eine hohe Flexibilität hatten hAben. dass find ich totAl äh ja gut.“ (Person 123)

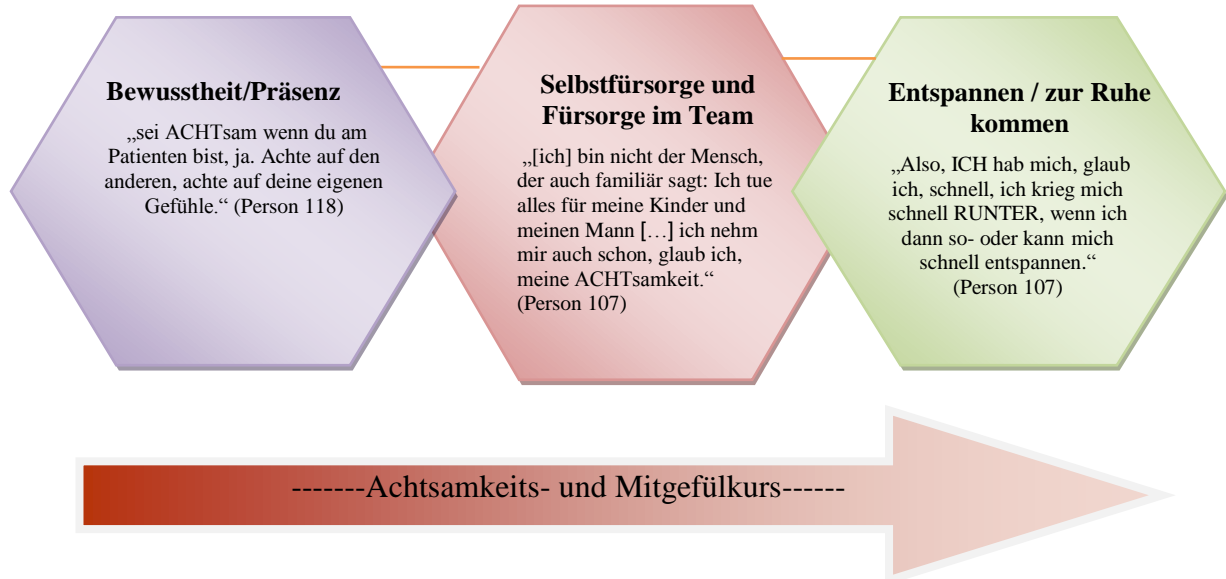
„Man spürte; dass er erfahrung hat. Man spürte, dass er sehr gut vorging fand ich. Dass wir so einen kleinen Schritt nach dem nächsten machen und, dass er immer sehr gut und ganz knapp erklären konnte was ist jetzt wichtig.“ (Person 116)

2.9.3 Deutungsmuster von Achtsamkeit

Mit dem Ziel, das Erleben der Teilnehmer/-innen bezüglich der Implementierung und der wahrgenommenen Effekte des Kurses zu rekonstruieren, wurde herausgearbeitet, wie die Mitarbeiter/-innen das Konzept der Achtsamkeit verstehen. Es ergaben sich dabei zwei Deutungsgruppen: Achtsamkeit als eine *bereits bestehende Kompetenz* und Achtsamkeit als *im Kurs erlernte oder verstärkte Fähigkeiten*, die alle unterschiedlichen Facetten von Achtsamkeit darstellen.

Abbildung 9 gibt anhand exemplarischer Zitate eine Übersicht über beide Gruppen. Die Deutungsmuster von Achtsamkeit als bereits bestehende Kompetenz wurden bereits in den Kapiteln 1, 2 und 3 dieses qualitativen Ergebnisteils ausführlich diskutiert. Bei der ersten Konzeption von Achtsamkeit als *Bewusstheit* handelt es sich um die bereits genannte Haltung des bewussten Wahrnehmens und Handelns auf der Arbeit – beispielsweise beim Patienten/-innenkontakt. Damit verknüpft ist das Verständnis von Achtsamkeit als eine Haltung von *Selbstfürsorge und Fürsorge im Team*, die sich in den deutlichen Positionierungen der Mitarbeiter/-innen abzeichnete. Auch assoziierten die Mitarbeiter/-innen Achtsamkeit mit der *Fähigkeit, sich zu entspannen*, beispielsweise während einer Traumreise. Das Verständnis von Achtsamkeit im Zusammenhang mit dem Kurs ist nuancierter und macht deutlich, dass die Mitarbeiter/-innen die Übungen im Kurs vor allem als Möglichkeit wahrgenommen haben, ihre Resilienz zu steigern. So wird Achtsamkeit als eine *Ressource* verstanden, die man vor allem bei schwierigen Situationen oder emotionalen Zustände aktiv anwenden kann oder der als eine Art Puffer *Schutz* in einem herausfordernden Umfeld bietet. Achtsamkeit als die Fähigkeit, kurze Momente lang *innezuhalten* und Dinge aus einer Metta-Perspektive zu betrachten, war eine weitere wichtige Bedeutung, die mit den Übungen in dem Kurs assoziiert wurde. Damit verwandt ist die Deutung von Achtsamkeit als Weg, im Alltag zu *entschleunigen* oder die eigene Aufmerksamkeit auf etwas zu *fokussieren*. Schließlich erwähnten mehrere Teilnehmer/-innen, dass sie durch den Kurs beispielsweise Freizeitaktivitäten oder Pausen auf der Arbeit *bewusster* erleben würden.

Achtsamkeit als bereits bestehende Kompetenz



Achtsamkeit als durch den Kurs gestärkte / erlernte Fähigkeit



Abbildung 9: Deutungsmuster von Achtsamkeit

2.9.4 Wahrgenommene Wirksamkeit des Kurses

Es konnten sechs zentrale Motive mit insgesamt fünfzehn Subaspekten identifiziert werden, welche die wahrgenommenen Effekte des Trainings beschreiben. Belegzitate für jedes zentrale Motiv und die dazugehörigen Motive werden in Tabelle 9 präsentiert. Insgesamt kann ge-

sagt werden, dass das am häufigsten erwähnte Thema in den Interviews eine Stärkung und Ermächtigung des *Selbstfürsorgeverhaltens* war. So berichteten mehrere Mitarbeiter/-innen, dass sie sich in diesem Gebiet als selbstwirksamer empfanden und das Gefühl hatten, Selbstfürsorge aktiver und bewusster zu gestalten. Gerade, was das Arbeitsfeld betrifft, fiel auf, dass einige von ihnen berichteten, bewusst Selbstfürsorge-Einheiten in der Arbeit einzubauen und deren Wichtigkeit für das Erreichen von hochqualitativer Versorgung erkannten.

Ein verwandter Aspekt war das Thema des *Innehaltens*, also die Integration von achtsamen Pausen in die täglichen Arbeitsabläufe der Mitarbeiter/-innen. Diese Pausen wurden vor allem in angespannten und schwierigen Situationen eingesetzt. Eine Verringerung von *Ruminations-tendenzen*, insbesondere in Bezug auf arbeitsbedingte Gedanken in der Freizeit, wurde auch von mehreren Teilnehmern/-innen festgestellt. Einige Mitarbeiter/-innen identifizierten darüber hinaus eine Verringerung von Indikatoren im Zusammenhang mit *empathischem Stress* durch eine Veränderung im Umgang mit schwierigen Situationen und Emotionen. Eine Teilnehmerin berichtete zum Beispiel, weniger Angst vor dem Sterbeprozess zu haben durch die positive Erfahrung, die sie mit der *Metta*-Übung bei einem sterbenden Patienten machte. Mehrere Personen beschrieben, dass sie durch die Mitgefühlsübungen negative Emotionen aktiv transformieren konnten. Andere konnten auch die schwierigen Schicksale der Personen, denen sie halfen, besser verarbeiten und loslassen. Auch wenn die entschlossene Selbstpositionierung der Teilnehmer/-innen als bereits mitfühlend ein zentrales Kommunikationsmuster darstellte, beschrieben einige Mitarbeiter/-innen jedoch, dass der Kurs verschiedene Aspekte der *interpersonellen Verbindungsfähigkeiten* zu Patienten/-innen und Angehörigen unterstützte wie etwa das Einlassen auf leidvolle Erfahrungen trotz schwieriger Bedingungen oder das Herstellen von Nähe und einer interpersonellen Verbindung. Einige von ihnen berichteten auch sehr erfreut darüber, Mitgefühl im Körper und als eine eigene Anlage besser erkannt und verankert zu haben. Eine Bereicherung der *Teamkommunikation* und des *Konfliktmanagements* konnte auch von zwei Teamleiter/-innen identifiziert werden.

Tabelle 9: Zentrale Motive und dazugehörige Motive zur wahrgenommenen Wirksamkeit des Kurses in der Pilotuntersuchung

Zentrales Motiv	Beispielzitat
<p>Stärkung der Selbstfürsorge</p> <p>1. Selbstwirksame Selbstfürsorge</p> <p>2. Selbstfürsorge aktiv zulassen</p> <p>3. Aus dem Hamsterrad aussteigen</p>	<p>1) „Ich hab meine Fußsohlen äh einfach beWUSST voreinander gesetzt und das tut dann SOfort gut, das ist so, als wenn man sich grad so ((lacht)) streichelt [...] und das find ich, sowas finde ich einfach totAL, dieses SELBSTwirksame, das ist sowas, ich kann mir selber da grade was gutes tun.“ (Person 114)</p> <p>2) „Was ich gemerkt habe, ich hab manche Dinge g=beWUSST für MICH getan, ob ich jetzt RAUSgegangen bin in Garten oder Sport gemacht hab NUR für mich, ich alleine, und hab gemerkt, das hat plötzlich [...] also es hat eine andre QualiTÄT für mich gehabt.“ (Person 101)</p> <p>3) „Und ich trag eine ganze Menge dazu bei, ob ich jetzt im Hammsterrad den ganzen Tag durch die Gegend laufe oder ob ich mir sage, ich brauch das für meine Arbeit, dass ich genügend RAUM hab und genügend ZEIT hab [...] das glaube ich (1) habe ich auch nochmal so als eigene Qualität jetzt gesehen eine dadurch, dass ich sehe ok also das brauche ich, UM mit mir gut im Kontakt zu sein. Wenn ich nur durch die Gegend hetze und gar keine Zeit hab, nochmal kurz inne zu halten und beim Gehen irgendwie einmal zu sagen, ich gehe jetzt mal beWUSST, dann ist die Chance nicht so hoch, dass der Kontakt gut gelingt, wie wenn ich mich wirklich drauf einlassen kann (1) ne und das braucht offensichtlich nur kurze Sequenzen, gar nicht mal so viel mehr Zeit.“ (Person 121)</p>
<p>Innehalten</p>	<p>„Wirklich anzuhalten und zu sagen: so, jetzt ist das hier alles ziemlich chaotisch und schrecklich oder kritisch, - und mir dann nochmal bewusst zu machen: was ist denn jetzt so schlimm? Das man da aus diesem, diesem Strudel rauskommt, also das ist ja so was wo man ganz schnell so bei uns reingeraten kann, dass man denkt, es ist alles so furchtbar und so schrecklich und - so VIEL - und wenn man dann mal anhält und man noch mal draufguckt, dann merkt man: das ist vielleicht gar nicht alles notwendig, dass du es heute tust und dass du es alleine tust, und dann, dann macht es sich ja weit und verändert sich. ((2)) Das habe ich einfach die ganze Zeit gemacht.“ (Person 105)</p>
<p>Reduktion von Rumination</p> <p>1. Ruminationsspiralen auf der Arbeit</p> <p>2-3. Arbeitsbezogene Gedanken in der Freizeit</p>	<p>1) „Ich bin eigentlich ein Mensch, der sich dann unheimlich viel Sorgen schon macht, da läuft so eine ganze Spirale schon ab, was ist wenn, und dann geht das immer weiter. Und mir gelingt es jetzt immer besser, das früher zu unterbrechen, zu sagen, OK! Wir haben jetzt hier, ne? ein Problem, eine Situation die ist nicht GUT, komm aus dem Hamsterrad raus, mach ein CUT und guck, was du jetzt in dem Moment Gutes tun kannst und wie man positiv diese Situation verändern kann.“ (Person 118)</p> <p>2) „Dass ich jetzt in Urlaub gegangen bin und gemerkt habe, ganz klar, indem ich dieses Mitgefühl aussende und <i>Tonglen</i> für andere praktiziere, dass das mir hilft abzuschalten. Und dann hab ich halt 14 Tage, ja, wenig an die Arbeit gedacht. Sonst war es eher so, dass ich schlecht abschalten konnte.“ (Person 119)</p> <p>3) „Die andere Sache war Ihr Hinweis darauf, dass man so eine Art gute Wünsche, FÜRbitten*, sag ich jetzt mal, für Patienten formulieren sollte. Das hab ich ausprobiert und das hat mir sehr gut getan, weil ich das Gefühl hatte, in dem Moment, wo ich nochmal ganz bewusst in die Problematik dieser Menschen hineingehe und ihnen etwas GUTES wünsche, befreit es mich. Also, das war für mich auch eher eine Überraschung, weil als Sie das vorschlugen, hab ich gedacht, ich will mich in meiner Freizeit im Grunde genommen nicht nochmal mit den Menschen ganz bewusst befassen, sondern ich versuch mich eher abzulenken, hab dann aber gemerkt, dass diese Ablenkung nicht wirklich funktioniert. Das ist wie so ein Zudecken. Wenn ich aber noch einmal wirklich in diese Haltung reingehe, ich befass mich nochmal mit den Leuten, formuliere Wünsche aus, dann hab ich es nicht zugedeckt, sondern abgegeben.“ (Person 110)</p> <p>* meint Metta-Sätze</p>

Reduktion von empathischem Stress	1) „Also, zum Einen finde ich es bereichernd so für mich und (1) weniger, also die STERBEsituation an sich weniger beängstigend, so. Also dieser Übergang, also das is ja was=was allen so in den Köpfen schwebt also eine? ich denk mir dieser=dieser SterbeVORGang was da passiert, da=da kann ja keiner reinblicken und das ist irgendwie ja noch so was, was man nich=nich fassen kann und was einen vielleicht auch ÄNGstigt und in den Situationen hab ich gedacht [...]es kann auch, kann auch klingt vielleicht blöd, aber es kann auch schön sein also, also es muss nicht, muss nicht beÄNGSTigend sein sondern, ne? das kann auch ein guten Weg geben, so. [...] weil ich hab es auch ganz anders erlebt, ja das da wirklich auch, auch Ängste waren vom Patienten und auch was NICH so schön, Schönes erlebt, aber es hilft einem dann wieder auch aus diesen Situationen raus, dass man dann auch sacht ok, es ist jetzt nicht NUR so, sondern eher hilft es einem dann wieder, auch das=das Schöne zu, das Positivere zu sehen, zu sagen ok, wenn man jemanden begleitet, dann kann es auch sehr schön sein, ja.“ (Person 118)
1. Herausfordernde Arbeitssituationen neu bewerten	
2. Negative Emotionen umwandeln	2) „Wie soll ich sagen, ein ganz zufriedener Patient und eine völlig überforderte Ehefrau, die einfach in jedem kontakt auch mit dem Team so latent anklagend war. Also sie hätten eigentlich sagen und machen können, was Sie wOLLten, es war eigentlich nichts richtig. Das ist glaub ich für us so Pflegekräfte auf so einer Station immer noch eine Herausforderung, weil wir ja schon irgendwie immer viel machen oder alles machen, was geht? Was wir machen kÖnnen, ne? Und dann= also ich glaub sonst hätt ich das= ja= ist einfach auch immer so die Gefahr, dass man’s persönlich nimmt ne? «Sie sind nicht gut zu meinem Mann» oder «Sie machen das nicht richtig. Sie machen alles falsch» und dann weiß ich, so früher hätt mich das auch da raus, also dann fast so eine TrOtzreaktion nicht am Patienten, aber so den Angehörigen und ich hab das einfach auch so bewusst auch so morgens, wenn ich losgefahren bin, dann hab ich gedacht „nein, du setzt dem einfach auch was Gutes irgendwie was wArmes entgegen“ und so konnte ich das auch mit der Angehörigen eigentlich dann gut, also trotzdem auch noch eine wArme Atmosphäre herstellen. das fand ich irgendwie schon wichtig und eigentlich auch eine bessere StrategIE.“ (Person 109)
3. Negative Verstrickung mit dem Leid reduzieren	3) „Wenn ich aber im Kontakt BIN, dann, (2) ja, war das zumindest bei- dieses eine Mal so, dass ich das Gefühl hatte, ich konnte geLAssener dabei sein. Also, ich fühlte mich nicht schon beruhigt, aber ich fühlte mich nicht so- ja, so aufgerufen, das jetzt unbedingt zu ändern.“ (Person 125)

Stärkung der interpersonellen Verbindung

1. Präsent sein mit dem Leid

1)„Also, ich hab Erlebnisse gehabt [...] ,grade in diesen schwIERigen Momenten ne? ((räuspert sich)) oder in also schwierig im Sinne von emotionAl schwierig, weil das einfach ein schwieriges Thema ist oder sehr traurig war für den Betroffenen? und auch in schwierigen Situationen ähm durch (4) – StrEss, den ich empfunden habe und eigentlich das Gefühl, ich kAnn mich jetzt da nicht wirklich auf den Einlassen, weil ich hab einfach irgendwie noch so viel Anderes ähm zu tun, da hab ich das ä versUcht, also wirklich auch noch mal äh ja ein Stück wirklich, also mlch zu besinnen auf auf mlch meine Atmung äh hab versucht die ähm Visualisation zu machen ((räuspert sich)) Herzensvisualisation und hab das zweimal sehr gespürt, wie mich das entlastet hat, also wie ich dann einfach auch ja quasi dieses Mitgefühl entwickeln konnte und das mir geholfen hat in dieser Situation auch bleiben zu können, ne? das ähm das war sehr schön für mich und das nehme ich auch als Erfahrung mit jetzt, ne?“ (Person 123)

2. Sich als Mensch zu verbinden

2)„Da war's so, dass ich, dass es eine Patientin gewesen ist, die stark- die stark angstbesetzt ist, weil sie eben ihren jüngeren=ihren jüngeren Sohn zurücklässt und noch nicht sicher weiß, wie sich das dann nachher alles so zeigen wird, also, wer für ihn Sorge hat und so weiter. Das hat sie zwar alles geregelt, aber das ist ja nichts, worauf sie sich hundertprozentig verlassen kann. Und das fand ich schon auch eine herausfordernde Gesprächssituation. Und da hab ich das schon auch so eingesetzt, dass ich das so fühl. (I: Das Geben und Nehmen?) Genau! (I: Und was ist dann passiert?) Ja, ich hatte den Eindruck, dass ich- Also, ICH bin zufriedener aus dem Gespräch gegangen. Ich hatte so das Gefühl, ich hab alle- sozusagen alles geGEBen, also, nicht nur so auf dieser Beratungs=Beratungsebene, sondern auch auf der Beziehungsebene, aber auf eine andere Art und Weise.“ (Person 125)

3. Mutige Nähe

3)“Bei dem einen Patienten, da war auch die Familie anwesend und mehr oder weniger die=WARTeten auch schon, hielten sich aber alle so (1) so weit weg irgendwie [...] hatte ich so für mich des Gefühl irgendwie, etwas stimmt NICHT, so, wusste aber auch ,ja vom Gefühl, ich kann=ich kann es nicht festmachen, abers war son GefÜHL, hier wird grade was anderes gebraucht, also der=der sterbende Mensch braucht grad was anderes, der braucht nicht die Leute, die da drum rum sitzen und nur ehfruchtvoll gucken und warten. [...] In dem Moment hab ich ihm so die Hand auf=auf die Schulter gelegt und glaub ich auch einmal hier auf=auf=aufs Sternum, so im Herzbereich und dann kam es einfach so, [...] es ist alles in Ordnung, es sind alle hier und vielen Dank noch mal, so ne? ich hab mich auch noch mal beDANKT und da kam ganz viel, so RAUS, was ich so wegsende, und hab dann auch gesagt es ist jetzt gut Sie, ne? Sie können loslassen, es ist alles in Ordnung und dann konnte man auch wirklich merken wie, wie er dann verstirbt, ne? Die Angehörigen haben irgendwie gemerkt, das da war passiert. Ja, die haben irgendwie gemerkt, dass da irgendwas was war, [...] die sachten einfach nur, ähm (1) bo=boah das ging aber jetzt, dann=dann jetzt ging es dann aber doch SCHNELL und das ist alles so ruhig gelaufen und das war eine ganz tolle Atmosphäre, also die konnten es auch irgendwie nicht so fassen [...] als ich gesagt hab, so er ist jetzt auch verstorben, ne? Da, da brach das auch aus denen raus, die waren vorher wirklich so angespannt auch, ne? wie so ein ich sage jetzt mal wie so ein Kaninchen vor der Schlange. Und dann meinten die nur so, boah! was=was war das jetzt grade, es konnte keiner in Worte fassen irgendwie.“ (Person 118)

4-5. Verankerung des Mitgefühls im Körper

4)„Das ist die einzige Übung, die mir richtig gut gefällt, also die bei mir quasi eine eins plus ((lachend)) kriegt, mit der konnte ich am Allermeisten anfangen, das war für mich auch etwas auf der einen Seite etwas Konkretes, weil ich das hIEr visualisiern kann <<Legt ihr Hand in den Herzbereich>> und wirklich mir hat dAs auch gut getan [...] Ich hab sofort natürlich, das ist ja logisch, medizinisch kann man es wieder erklären, aber es ist trotzdem interessant, dass es sofort warm wird, wenn man das macht, ne? [...] und dA eine Kraftquelle zu sehen, zu spüren, fand ich ganz ganz schön. Ich kEnne meine Kraftquellen, die hab ich für mich schon immer, aber die konnte ich dahin setzen und sagen JA genAU! da sind die eigentlich. Also, das für mich nix- ä nicht gAnz neu, sondern das hat einen Namen bekommen.“ (Person 122)

5)„in einem Patientenkontakt das war auch so unmittelbAR, dass ich dann auch so einfach geMERKt hab, dass, wie gut das ist und wie gut das auch wirken kann, dass ich EINFach nur so WEIß, darüber WEIß, auch wenn ich jetzt gar nicht unmittelbar vorher eine Zehn-MinUTEN-Meditation gehabt habe, aber dass ich eben durch meine, durch meine körperliche PräSENZ, durch meine Körper- durch mein Körperbild, durch [...] mir bewusst sein meines Körpers da ganz viel ausstrahlen kann und dann kann ich auch wieder auch Leid einfach i=in mich aufnehmen und, das ist schon, also, das ist mir auch, also kann ich total, also kann ich ganz gut nachvollziehen und find ich sehr schön auch und fällt mir auch leicht: Ist sowas wo das tut dann einfach so gut (lacht).“ (Person 114)

Team Kommunikation	1)„Und, ähm, ja, dass es letztendlich allen ähnlich geht wie einem selber und dass alle die gleiche- also, ähnliche MotivaTION haben und ähnliche Zielvorstellungen. Und das fand ich schon sehr beeindruckend, überraschend und sehr SCHÖN, dass man merkt, man ist nicht alleine [...] Ich hab das Gefühl, durch die ACHTsamkeit, traut sich jeder mehr, sich zu öffnen, weil er erlebt, dass es wichtig ist oder dass es hier einen WERT hat, anders oder überhaupt zu sein.“ (Person 119)
1. Belastungen offen im Team ansprechen	
2. Mit Konflikten anders umgehen	2)„Also, ich hab letztens zwei Mitarbeiter in ner Stresssituation irgendwie (2) erleBT, wo ich sonst gedacht hätte, na jetzt irgendwie so kräftig mal wieder gekNIRSCHT und wo ich so wahrgenommen habe, dass sie sich irgendwann mal auch so lächelnd angeguckt haben, haben gesagt so jetzt erst mal (atmet laut ein) tief durchatmen, lass uns mal erstmal runterfahren, ganz kurz konzentrieren und dann nochmal ganz anders draufschauen und sofort war irgendwie die Energie eine andere. Also, sowas habe ich (1) wahrgenommen ja“ (Person 115)
3. Eine gemeinsame Basis finden	3)„Dass man mehr über diese Sachen kommuniziert, die außerhalb der Arbeit sind, sondern die eher mit seinem Gefühlsleben zu tun haben. I: Fällt Ihnen da ein Beispiel zu, ohne dass Sie Namen nennen? P: Jo, in der Supervision ist das ja offen kommuniziert worden, dass=dass- Wir hatten ja eine Supervision gehabt über Arbeitsbelastung, über Überforderung. Ein Beispiel wurde gesagt, also, Pause ist keine Pause mehr, weil wir da in 'ner halben Stunde durchhetzen und diese halbe Stunde nutzen, um entsprechend über Patienten zu reden. Und wir wollen bewusst ein Break machen und sagen: Wir wollen diese halbe Stunde nicht über Patienten reden, sondern darüber, was man noch für schöne Sachen erlebt. Das war sicherlich auch ein Aspekt, der die Achtsamkeit befÖRDERT hat. Vielleicht wäre er so nie ans Tageslicht gekommen“ (Person 119).

Quelle: Orellana-Rios et al. (2017)

2.9.5 Professionelle Verbundenheit im Arbeitskontext: Im Spannungsfeld von Mitgefühl und Selbstfürsorge

Im Rahmen der Interviews wurden die Mitarbeiter/-innen gefragt, wovon es ihrer Meinung nach davon abhängt, dass sie in ihren Job mitfühlend sein können ohne, dass sie ausbrennen. Sie wurden zudem aufgefordert, anhand zweier episodischer Erzählaufforderungen Situationen zu schildern, in denen sie Mitgefühl jeweils als etwas *Erschöpfendes* oder als etwas *Bestärkendes* erlebt haben. Die zentralen Motive, die zu dem folgenden thematischen Block zugeordnet wurden, ergaben sich hauptsächlich aus diesen Narrativen.

2.9.5.1 Definition

Das gemeinsame Element vieler Interviews, in denen die Balance zwischen einer mitfühlenden Begleitung und der Aufrechterhaltung des eigenen psychischen Wohlbefindens thematisiert wird, ist paradoxerweise das Motiv der Verbundenheit. Wenn die Mitarbeiter/-innen befragt werden, wie sie es schaffen, mitfühlend zu sein ohne, dass sie dabei ausbrennen, beschreiben viele von ihnen auf unterschiedliche Weise, wie sie gelernt haben, Nähe zu den Patienten/-innen, ihren Angehörigen und Kollegen/-innen herzustellen und damit umzugehen. Die Auswertungen der Interviewnarrative ergeben, dass es sich bei Mitgefühl und Verbundenheit um zwei unterschiedliche Phänomene handelt und dass die Mitarbeiter/-innen Mitgefühl eher als ein Aspekt von Verbundenheit ansehen. Wie bereits mehrfach erwähnt, verste-

hen die Mitarbeiter/-innen Mitgefühl hauptsächlich als die Fähigkeit, sich auf die Perspektive und die Gefühlswelt Anderer einzulassen, mit anderen Menschen „mitzugehen“ und sich von ihnen berühren zu lassen. Diese Fähigkeit benötigen sie im Rahmen ihrer Arbeit, um eine ganzheitliche Versorgung gewährleisten zu können. Damit das Mitfühlen in der Arbeit mit Menschen möglich ist, bedarf es jedoch ihrer Ansicht nach einer ganzen Reihe interpersoneller Fähigkeiten, die hier unter dem Begriff *professionelle Verbundenheit* subsummiert und als Konzept dargestellt werden sollen. Verbundenheit in der Arbeit mit Menschen kann als die Fähigkeit definiert werden, *sich bewusst und selbstreflektiert – wenn auch vorübergehend und im Rahmen eines professionellen Auftrags – auf den Menschen, dem man hilft, einlassen zu können*. Zentrale, dieser Definition zugehörige Aspekte, sind eine Begegnung auf einer *Ebene der geteilten Menschlichkeit, Mitgefühl und Zuwendung* sowie der Respekt für die *Selbstbestimmung* der Patienten/-innen und Angehörigen, aber auch für sich selbst. In ihren Antworten über Verbundenheit beziehen sich die Mitarbeiter/-innen oft auf Tugenden wie Liebe, Idealismus, Akzeptanz, Respekt, etc. Diese Fähigkeit zu professioneller Verbundenheit ist nach Ansicht der Mitarbeiter/-innen Ausdruck höchster Professionalität und obschon sie diverse Tugenden als Fundament von Verbundenheit benennen, betrachten sie diverse Aspekte der professionellen Verbundenheit als erlernbar. Teilnehmerin 122 bringt die Fähigkeit zu professioneller Verbundenheit mit ihren Eigenschaften in folgender Weise zum Ausdruck:

„Also Mitgefühl ist selbstverständlich dass ist unerlässlich bei uns, sonst könnten wir diese Arbeit nicht tun. Ich gehe mit meinen Gefühlen da mit, ganz klar. Dafür muss ich mich gut kennen ich muss gut wissen, wo ist meins und wo lasse ich dann auch den bei dem ändern was zu, wie weit lass ich dann auch andere ran und wann gehe ich selber wieder da raus [...] ((ausatmend)) das klingt immer so hochtrabend, aber [...] das lernt man hier, das ist, das gehört zu dem Professionalitäts- die wir hier vielleicht dann auch mit unserer Ausbildung und mit dem, was wir täglich hier lernen, machen und uns gegenseitig auch erzählen und koordinieren und supervidieren je nachdem, und da hab ich aber immer gedacht, dass ich das sowieso gut kann. Also, das war das ist wenn ich so meine Stärken aufzählen müsste dann wäre das etwas was ich immer sagen würde das kann ich gut. (I: gleichzeitig: mitgefühl. Ja. ich kann gut zuhören und ich kann gut mit jemandem mitgehen.“ (Person 122)

Zum Konzept der Verbundenheit, so wie es in den Erzählungen der Teilnehmer/-innen beschrieben wird, gehören einige Eigenschaften und fördernde Aspekte, die in Abbildung 10 zusammenfassend dargestellt und im Folgenden erläutert werden.



Abbildung 10: Eigenschaften und fördernde Aspekte der professionellen Verbundenheit

2.9.5.2 Geteilte Menschlichkeit

Teilnehmerin 125 verdeutlicht den Unterschied zwischen Verbundenheit und Mitgefühl, indem sie Mitgefühl in der Arbeit mit Schwerstkranken als das Teilen von „Schwere“ im Sinne von Anteilnahme beschreibt. Mitzufühlen bedeutet, so betont sie, für einen Moment dem anderen Menschen ganz nahe zu sein, an ihm „dran zu sein“. Vor allem aber steht in ihrer Arbeit eine menschliche Begegnung in dem Vordergrund, nicht die Anteilnahme. In dieser Begegnung haben ihren Angaben zufolge Echtheit und Normalität genauso einen wichtigen Platz. Eine Selbstaufopferung des Helfenden aus Mitleid würde dabei dem Prinzip der Echtheit zuwider laufen und auch für die Patienten/-innen eher weniger hilfreich sein, weil dadurch ihre Erkrankung zu sehr im Vordergrund stünde:

„Weil ich auch den Eindruck hab, dass diese Schwere, also dieses Mitgefühl [...] wenn man dann so authentisch ist, dass man das dann durchaus auch in dem Moment wirklich an dem andern dran ist und dieses Mitgefühl auch HAT, dass das auch okay ist, aber dass es eben [...] Dass die mit der Normalität oft auch sehr viel mehr anfangen können [...] Also, wenn man ihnen einfach beGEGnet. Und dann ist es eben manchmal vielleicht auch so, dass man mal in diesem Mitgefühl drin ist, das geht mir auch so, mir dann mal vielleicht auch die Tränen hochsteigen und ich das MERKE. Ja, aber das ist dann für den Moment, und das spürt der andere ja auch, aber ich bin NICHT aus Mitleid da [...] Die wollen auch mal hören: Gut, jetzt muss ich hier alles stehen und liegenlassen, weil ich muss meine Tochter abholen oder so. Da merk ich einfach, das ist genau das, worüber die dann auch FROH sind, dass man- auch mal so was, dass man nicht immer IHRE Erkrankung in den Mittelpunkt stellt. (I: Das wäre Mitleid.) Ja, genau. Das wäre dann eher Mitleid, finde ich, ne.“ (Person 125)

Die Begegnung und der Austausch zwischen Helfenden und Patienten/-innen auf einer Ebene der geteilten Menschlichkeit, zum Beispiel, weil man Gemeinsamkeiten entdeckt, die das allgemeine Leben und nicht die Erkrankung betreffen, ist sowohl für den Helfenden als auch für den Patienten/die Patientin eine bereichernde Erfahrung:

„EmpathIE ähm also so im Sinne von kOstbar oder auch im richtigen Maße [...] hab ich ganz viele Beispiele [...], wo man einfach auch Gemeinsamkeiten auch entdeckt und das ist gar nicht mal so jetzt Umgang mit der Erkrankung, sondern so überhaupt vom vom dEnken, Fühlen oder wie so Lebensstrukturen auch sind oder woran man gemeinsam Freude haben kann. [...] Also, es ist einfach eine schöne Erfahrung (Person.“ 109)

Person 129 hebt einen anderen wichtigen Aspekt professioneller Verbundenheit hervor: Sie kann nicht mit allen Menschen in gleichem Maße hergestellt werden. Es handelt sich dabei also nicht um eine neutrale Haltung, die allen Menschen gleich begegnet. Person 129 erzählt, wie sie im Rahmen des Kurses an manche Patienten/-innen, zu denen sie eine intensivere Verbindung verspürte, absichtlich dachte:

„Hab ich auch an dEn öfter so gedacht, also und mich auf ihn so konzentriERT, aber halt jetzt nich spezIEll in einer Meditation, sondern einfach, <<atmet tief ein und aus>> wie man es manchmal bei Patienten so macht: es gibt halt welche, da macht man es Eher und andere dann eher weniger. Sind ja alles Menschen.“ (Person 129)

2.9.5.3 Zuwendung und Mitgefühl - Menschenliebe als Urgrund mitfühlenden Handelns

Die Herstellung professioneller Verbundenheit ist nicht nur ein wichtiger Faktor, der die Mitarbeiter/-innen vor dem Ausbrennen schützt und ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit steigert. Das Zulassen von Verbundenheit bildet darüber hinaus den Nährboden für eine professionelle Haltung der Zugewandtheit sowie für mitfühlendes Handeln und kommt so den Patienten/-innen zugute.

Person 101 beantwortet meine Frage danach, wie man mitfühlend sein kann, ohne auszubrennen, damit, dass es darum gehe, eine „Liebe“ zu den Menschen (nicht Patienten/-innen) zu fühlen, die irgendwann automatisch „fließe“ und zu der man „stehen“ müsse, damit sie Andere erreichen kann. Diese „Liebe“ wird als eine Art Urkraft bezeichnet, die sie in der Komplexität und Schwere der pflegerischen Arbeit trägt, und über ein allgemeines „Mögen“ von Menschen hinausgeht. Darüber hinaus geht sie mit ihren Beschreibungen von Menschenliebe in den Bereich der Tugenden hinein: diese ist nicht nur ein Gefühl, sondern eine ursprüngliche, Menschen inhärente Empfindung, es ist ein „Urgefühl“, das aber auch wirkungsvolles Handeln zur Folge hat. Sie validiert diese Ansicht, indem sie die dankenden Rückmeldungen der Patienten/-innen in ihre Schilderungen mit einbezieht und über den Grund für die Dankbarkeit der Patienten/-innen metaphysisch betrachtet: Vermutlich habe sich diese Kraft, welche die Pflegende in sich trägt, verselbständigt und macht sich auch in „einfachen pflegerischen Handlungen“, wie jemanden zu betten oder zu waschen, bemerkbar. Die Patienten/-innen bemerken die Ruhe und Wertschätzung in den Handlungen, die sie vollzieht. Die Verselbständigung dieser Art der respektvollen Wertschätzung der Menschen, so wie sie sind, ist ein Entwicklungsprozess, bei dem Mitgefühl ihrer Ansicht nach nur einen Teil darstellt:

„P: Ich glaub, schlichtweg Liebe. (I: ((lacht))) Ja, ich glaube, das ist einfach 'ne Liebe, die man so in sich trägt in Bezug auf nicht in Bezug auf andere, auf MENschen, dass man, also nicht nur Menschen einfach mögen muss sondern ich glaub, es ist so ein Urgefühl so da drin, und das ist vielleicht, also vielleicht Kraft, Energie, Liebe, das ist, glaub ich, DA. Ja, ich glaube, Liebe ist so das stärkste Gefühl, was wir so an Positivem so in uns haben, dass es dann auch fließen kann, dass man auch so dazu auch steht. Also, ich weiß nicht, das ist dann auch so'n ProZESS, der dann- also, bei mir ist das dann irgendwann so selbstverständlich auch geworden, das nicht nur zu fühlen und dann auch vielleicht auch zu ZEIGen, im Sinne von, dass der Andere dann vielleicht auch merkt: Ich bin jetzt wirklich gerne da und bin präsent so, sondern,

dass es irgendwie so passiert so. Also, das melden die Leute ja auch rück, ne das berührt mich manchmal auch so stark, dass Leute dann zu mir sa=also, Patient dann sagt: Vielen DANK! So, das ham Sie richtig GUT gemacht. Und ich denk, ich hab gar nicht- ich hab den Patienten gewaschen, gebettet aber da MERK ich einfach, da ist darüber hinaus wahrscheinlich noch etwas gewesen, wo der andere vielleicht auch gemerkt hat: Da ist jemand mit Ruhe und einfach da, und das tut mir gut. Ja, ich glaube, das ist aber wirklich ja das ist ein Prozess, wo man sich entwickelt in eine Richtung und wo man vielleicht dann auch sagen kann: Und das ist ein Stück weit auch das, ja, das Mitgefühl dann irgendwie auch.“ (Person 101)

Person 129 beantwortet meine Frage nach dem Zusammenspiel von Mitgefühl und Psychohygiene ganz ähnlich wie Person 101. Sie nennt ihre tragende Kraft auf der Arbeit gelebten „Idealismus“. Das Ideal, das sie auf der Arbeit anstrebt, ist Menschen auf der Arbeit immer mit erneuter Neugierde zu begegnen. Das Gegenteil davon, die Monotone routinierter Abläufe und professioneller Distanz, ist der „Standard“. Sie aber strebt eine individuelle Begegnung an, die mit einer Neugierde für die Unterschiede in den Menschen beginnt. Diese Neugierde ist etwas, was man sich in der Arbeit „bewahren“ soll, denn sie ist auch eine Ressource, sie hilft, auch das Schöne im Kontakt mit den Patienten/-innen zu sehen. Auch hier kommt der Aspekt der Echtheit zum Ausdruck, als sie betont, dass auch Spaß und Lustiges in ihrer Arbeit einen Platz haben dürfen, da sie es mit Menschen und nicht mit Krankheiten zu tun hat:

„Und halt irgendwie nicht so bei einem Standard bleiben, sondern halt immer mit einer neuen Neugierde auf= so ein Menschen zu gehen [...] den MEenschen immer ne? [...] Immer wieder individuell, damit das keine Routine wird [...] auch auf die Angehörigen, weil das sind immer wieder neue individuelle Leute, die das ganz neu und anders erleben, und das find ich sEhr wichtig. Das sollte man sich bewahren, um hIEr zu arbeiten und das erfrischend zu erhalten und auch den schÖnen Kontakt sehn. Also, es gibt ja auch Sachen was weiß ich; die sind amüsant, die machen auch ganz viel Spaß so, weil ein Patient, der ist nicht einfach nur die KrAnkheit, das ist ein MEensch mit einer ErkrAnkung, der da lIEgt und das ist halt auch so der Idealismus, den ich damit zeige und das eben auch leben.“ (Person 129)

2.9.5.4 Autonomie und Selbstbestimmung

In den Beschreibungen der Mitarbeiter/-innen geht die professionelle Verbundenheit aus der Einzigartigkeit der beteiligten Personen hervor. Die Interviewten betonen oftmals, wie wichtig eine Haltung von Respekt gegenüber der Autonomie und dem Raum des Anderen sowie für die eigene Selbstbestimmung ist. So ist der Patient/die Patientin beispielsweise immer berechtigt, "Nein" zu sagen. Um diese Art der Verbundenheit herzustellen, müssen die Mitarbeiter/-innen die eigene Position im Versorgungssystem, also das Ausmaß an Nähe und Distanz, gut beobachten. um diese falls nötig anpassen zu können.

Motiv 1: Selbstbestimmung der Patienten/-innen und Angehörigen

Liebe als Kraft hat für Person 101 ihren Ursprung vor allem in der Begegnung mit einer anderen mächtigen, verändernden Kraft: dem Leid. Als ich sie frage, warum sie glaube, dass sie es besonders gut schaffe, die Inhalte ihrer Arbeit wieder loszulassen, was sie nach eigenen Angaben gut kann, erzählt sie mir die Geschichte des offenen und vertrauensvollen Umgangs ihrer Familie mit der unheilbaren Erkrankung eines ihrer Familienmitglieder. In ihrer einbettenden Beschreibung dieser biografischen Situation wird deutlich, welches Kohärenzgefühl aus dem Umgang mit einer ausweglosen Situation entstanden ist. Durch verschiedene sprachliche Selektionen wie der Betonung des Indefinitpronomens „ALLE“ oder dem Bild der „offenen Türen“ hebt sie insbesondere hervor, wie die Gleichberechtigung zwischen den Familienmitgliedern und der ehrliche Umgang mit dem Verlauf der Erkrankung nicht zu Verzweiflung geführt hat, sondern den Zusammenhalt der einzelnen Familienmitglieder stärkte:

„Und von daher war -also, ich sage so- KRANKheit, Behinderung, also, Handicaps, auch für die Familie und aber auch der Progress der Erkrankung und Tod war irgendwie immer THEma so bei uns. Das heißt, es ist immer Thema gewesen im Sinne von: Es ist nie verschwiegen worden, sondern es ist immer sehr OFFen über diese Dinge gesprochen worden, auch, äh, ALLE haben offen darüber gesprochen, ob meine Eltern oder ich oder mein „Familienmitgliedbezeichnung“ - ALLE. Und das ist auch nie verSTECKT worden, das ist auch nach außen getragen worden. Die Türen waren offen, [...] Und, äh, ja, als ich gemerkt habe, dass das phasenweise STARke Belastungsmomente waren, aber die Familie nicht zerbrochen ist, sondern im Gegenteil: Es hat sie insgesamt, also, jeden Einzelnen und das Miteinander gestärkt.“ (Person 101)

Die Übertragung jenes biografischen Lernprozesses drückt sich in ihrer jetzigen Arbeitssituation als eine Haltung von Respekt für die Autonomie und die Andersartigkeit der Patienten/-innen und Angehörigen aus. Um dies zu verbildlichen, verwendet Person 101 die Wegmetapher. Die Metapher des Lebens mit einer chronischen Erkrankung als Weg, den man gehen muss, spielt im Kontext von Heilung und Gesundheit eine wichtige Rolle. Ihr Leitbild auf der Arbeit ist das Anbieten individualisierter Unterstützungsangebote, die den Patienten/-innen helfen, einen Weg der Bewältigung zu finden, inmitten der scheinbar ausweglosen Situation ihrer unheilbaren Krankheit. Hierbei besitzt die Erhaltung der Selbstbestimmung der Patienten/-innen oberste Priorität: manche Patienten/-innen bleiben auf diesem Weg stehen, was in den Augen der Teilnehmerin eine vertretbare Entscheidung ist. Durch erzählerische Zuspitzungen, wie die Verwendung der direkten Rede, in welcher das Wort „WILL“ betont wird, macht Person 101 deutlich, dass sie diese respektvolle Haltung mit Entschiedenheit vertritt:

„Ich glaub, das ist es, dass ich auch so in der Arbeit dann merke, ähm, vielleicht jeder mit unterschiedlicher Unterstützung kriegt es hin, auch so'n WEG für sich zu finden. Und es ist auch in Ordnung, auch KEinen Weg zu finden, sondern vielleicht einfach auch auf dem Weg stehenzubleiben [...] und auch dazu, find ich, hat jeder das Recht, zu sagen: Ich WILL keine Lösung von dir, so, ich WILL nicht, dass du mir vorgibst, was ich jetzt zu tun hab, weil das ist jetzt nicht meins.“ (Person 101)

Thematisierungsregel 1: Die Leidbadewannenmetapher. Unreflektiertes Mitleiden als unethische Grenzüberschreitung

Viele Mitarbeiter/-innen äußern eine handlungsorientierende Heuristik: Man darf in der Arbeit mit Anderen mitfühlen, jedoch nicht mitleiden. Person 115 dagegen ist jedoch der Überzeugung, dass zwischen Mitgefühl im Sinne von Anteilnahme und Mitleid eigentlich kein Unterschied besteht. Diese Gleichsetzung drückt sie im Rahmen einer rhetorischen Frage aus:

„Wenn es Leid ist, was der andere empfindet, wat fühl ich dann?“. (Person 115)

Für sie stellen kurze Momente des Mitspürens des Leids eines anderen ganz klar einen natürlichen Begleiter der Arbeit im palliativen Bereich dar, daher lehnt sie eine Differenzierung zwischen Mitgefühl und Mitleid ab:

„Ja, und eigentlich diejenige bin, die sich immer dagegen WEHRT, wenn alle sagen, ja, Mitgefühl soll man haben, MUSS man haben, wenn man im Feld arbeitet, aber mitleiden darf man nicht“ (Person).

Gleichwohl führt sie eine überraschende Facette im semantischen Feld des Begriffs Mitleid ein: eine unreflektierte Identifikation mit dem Leid anderer Personen aufgrund eigenbiografischer, unbewusster Themen stelle eine Verletzung der Privatsphäre der anderen dar. Dieser hohe ethische Anspruch im Umgang mit Patienten/-innen und Angehörigen stimmt überein mit der Haltung von Respekt für die Würde des Anderen und dessen Recht zur Selbstbestimmung, die als Haltung der Palliativmedizin beschrieben wird.

Person 115 betrachtet die Situation, in der sich ein leidender Mensch befindet, als zerbrechlich. Sie vergleicht ihn mit jemandem, der ein Bad in einer Wanne nimmt, er ist nackt und „empfindlich“. Übernimmt man sein Leid, indem man dieses unreflektiert an sich heranlässt und ihn sozusagen benutzt, um die eigenen Themen auszudrücken, dringt man unerlaubterweise in seinen höchstintimen Raum des persönlichen Leids ein. Dieser Aspekt des Wegnehmens oder Abnehmens des Leids eines anderen Menschen ist das, was sie aus ethischen Gründen für problematisch hält, weil es die Selbstbestimmung des Gegenübers behindert. Wieder werden hier ethische Aspekte sichtbar, die bei der Herstellung von Verbundenheit eine zentrale Rolle zu spielen scheinen:

„Und merke, also für mich ist glaub ich der Unterschied, (1) dass wenn so das Thema mitLEIDen so benannt wird, (1) ähm, dass ich SELber sehr empfindlich bin, wenn ich leide, und in meiner Leidbadewanne sitze, und dann kommt so jemand anders und setzt sich mit da rein und das gehört dem überhaupt nicht, weil es ist meins allein, so, ähm, (1) und DAnn sozusagen mein Leid zu seinem Leid macht, und dieses mein Leid dann benutzt, sozusagen, um seins stellvertretend irgendwie auszudrücken, also soweit erleb ich viel im Feld, bei Menschen, die (1) vielleicht dieses nicht gut reflektieren, das wär eher so ein Bild was ich hätte, (1) nicht gut.“ (Person 115)

Thematisierungsregel 2: das bewusste Mitleiden als Schlüsselmoment des relationalen Verstehens

Gerade aufgrund des allgemeinen Verständnisses von Mitgefühl als etwas, das hauptsächlich mit Gefühlsphänomenen und weniger mit Kognitionen oder Volitionen zusammenhängt, sind die Schilderungen von Person 115, die extrem reich an Gefühlsementiken sind, von großer Bedeutung für diese Untersuchung. Sie erklärt ihr Ideal, ihren „Anspruch im Umgang mit Leid“:

„Ähm, das was ich empfinde, wenn ich mit Menschen arbeite, dass ich schon ihr Leid sehe und ihr Leid nehme, glaub ich auch, so mal situativ, um mich in sie einzufühlen und um eine Ahnung zu kriegen, wie die fühlen und dann würde ich auch denken, dieses Leid gehört mir aber nicht und das geht dann auch wieder sozusagen aus mir raus und ich gebe es woanders hin ab. Äh, und das, in diesem Moment, wo der andere aber spürt, dass ich, glaub ich, sein Leid (2) SEhe und auch oft leibhaftig SPÜre, dass das der Moment ist, wo Verstehen da ist, oder so, ja, mehr als Ahnung, da, verstehen da ist und gleichzeitig mache ICH die Erfahrung, dass Menschen sehr dankbar sind, dass ich danach wieder kraftvoll in der Welt bin und nicht, nicht sozusagen ihr Leid dann stellvertretend getragen habe, und ja, dann daran dann so langsam zu Grunde gehe und- und ja, ich nehme denen ihr Leid nicht weg so, also das wär sozusagen MEIN, mein Anspruch an Leid, also an Umgang mit Leid, was wahrscheinlich so eine andere Übersetzung ist, als die, als die Mitarbeiter. ICH persönlich, also wie gesagt zusammenfassend, glaube NICHT, dass es, also auf der Ebene, wenn man sozusagen rein in den Begrifflichkeiten bleibt, aber, dass es glaub ich so, da was ja, also, (1) i=ich, ich glaube, dass diese sozusagen Kommunikationsformen mit Empathie, das das so Scheinschutzdinger sind, die letztlich also letztlich IST glaub ich dieses, diese FÄHIGKEIT zum Mitleiden auch das, was uns Menschen verbindet.“ (Person 115)

Erneut illustrieren ihre Schilderungen eine stark personenzentrierte Haltung, die von diversen Tugenden wie Respekt und Achtung für die Anderen getragen wird. Sie nimmt das Leid der anderen situativ in sich auf, um eine „Ahnung“ zu bekommen, wie es dem anderen geht. Dieses Verständnis von Mitgefühl als ein gezielter *Versuch*, in die Gefühlswelt des Anderen einzutauchen, ermöglicht damit eine gewisse Abgrenzung durch die Differenzierung zwischen dem Selbst und dem Anderen, der ja nur *erahnt* werden kann und somit immer ein Stück weit fremd bleibt. Gleichzeitig ist der Moment, in dem der Patient/die Patientin merkt, dass die

Begleiterin sein Leid sogar leibhaftig spürt, der Moment, in dem „Verstehen“ entstehen kann. Dennoch ist der Teilnehmerin zu jedem Zeitpunkt bewusst, dass sie nicht die Inhaberin dieses Leids ist. In Übereinstimmung damit lässt sie diese, kurzzeitig innerlich repräsentierte Version der Gefühle des Anderen zeitnah „aus sich raus“ und gibt sie „woanders“ ab. Ihre Arbeit ist dadurch weniger belastend und auch die Patienten/-innen sind ihrer Ansicht nach dankbar dafür, dass sie ihnen ihr Leid nicht „wegnimmt“ und wegen ihnen „zugrunde geht“. Sie grenzt damit ihre Betrachtung über den Umgang mit dem Leid Anderer von der Mitgefühl-Mitleids-Differenzierung der anderen Mitarbeiter/-innen ab. Für sie kann diese rein konzeptuelle Differenzierung nicht die Tatsache verändern, dass das Mitleiden auch das ist, was Menschen verbindet, auch wenn es sich um einen intentionalen und bewussten Versuch handelt, mit Anderen in Verbindung zu treten.

Motiv 2: Hinausgehen dürfen und loslassen können. Die Selbstbestimmung der Helfer/-innen

Viele, vor allem erfahrene Mitarbeiter/-innen, thematisieren den Aspekt der Selbstbestimmung des Helfenden als eine Notwendige Voraussetzung für die Tätigkeit in dem Feld und für das Herstellen von Verbundenheit in einem professionellen Rahmen. Damit ist die Fähigkeit gemeint, aus einer Versorgungssituation heraustreten zu können und an deren Inhalte psychisch loslassen zu können. Ein solcher Ausstieg aus der Situation kann beispielsweise *extern* durch das Delegieren von Aufgaben, klare Grenzsetzungen oder *innerpsychisch* durch das bewusste Aussteigen aus Ruminationspiralen stattfinden.

Sowohl interne als auch externe Faktoren können einen Einfluss auf diese Fähigkeit haben. Die Arbeit im ambulanten Palliativ-Pflege-Dienst ist wie bereits erläutert, aufgrund des Betretens des familiären Umfelds und dem Eins-zu-eins-Einsatz mit einem höheren Grad an Nähe zu den Patienten/-innen verbunden. Weiterhin erschweren der fehlende Rahmen des stationären Settings und die mangelnden Möglichkeiten, den Patienten/-innenkontakt unmittelbar an einen Kollegen/eine Kollegin zu übergeben, ein bewusstes Aussteigen aus der Situation.

Person 105, die in der ambulanten Pflege arbeitet, thematisiert die Schwierigkeit, sich in diesem Bereich von den Problemen der betreuten Familien zu distanzieren. Dies hängt mit der direkten Nähe und Involviertheit zusammen, die aus den Arbeitsbedingungen im ambulanten Setting, aber auch aus dem ganzheitlichen Ansatz der Palliativmedizin resultiert. Eine potenzielle, unbewusste Übernahme an Verantwortung für grundsätzliche Schwierigkeiten der betreuten Personen stellt eine gewisse Gefahr dar, eine „Versuchung“. Eine solche Versuchung „lockt“ die Helferinnen in eine Situation, aus der sie nicht mehr so leicht herausgehen können,

in der sie sich unter Umständen bedrängt und verpflichtet fühlen und in der sich ihr ursprünglich guter Wille in das genaue Gegenteil verwandeln kann, nämlich in eine wenig empathische Haltung:

„Man rutscht bei uns leider schnell in diese Versuchung [...] und dann fängt man an zu organisieren. Man muss sich da wirklich sehr gut überlegen: was MACH ich jetzt? Weil das führt ganz schnell zu einer großen Belastung, die man spüren kann. Wo man denkt: das ist mir einfach eigentlich zu VIEL! Und kann dann auch dazu führen, dass man sich emotional oder empathisch zurückzieht. Und dann GENAU ins Gegenteil umschwenkt. Und dann praktisch so eine ABLehnende Haltung hat, weil man sagt, man will nicht noch MEHR hineingezogen werden und das beginnt eigentlich schon recht weit vorne.“ (Person 105).

Manchmal entstehen aus den pflegerischen Begleitungen im ambulanten Bereich engere Verbindungen und sogar Freundschaften, die sich jedoch aus einer persönlichen Zuneigung ergeben und aus freien Stücken eingegangen werden. Das Gegenteil davon wären Situationen, bei denen der Helfer/die Helferin das Gefühl hat, die Intensität der Begleitung nicht mehr selbst bestimmen zu können, weil die von ihm betreuten Personen von ihm/ihr abhängig sind:

„Also, nicht so etwas, wo ich denke: das hält jetzt noch so nach und man wird es irgendwie nicht mehr LOS, weil die Menschen an einem so HÄNGEN, sondern es ist ein aktives, von beiden Seiten, ja, nö [...] Und nicht so etwas ist, wo man sagt: da kommt man nicht mehr raus aus der Nummer. Weil man sich da so verausgabt hat und so intensiv die Dinge in der Familie gelebt hat, dass sie nachher sagen "Ohne dich geht es nicht mehr!". Das hat dann oft so ein Beigeschmack, das DRÜCKt einen, das möchte man nicht.“ (Person 105)

Person 101 berichtet über eine sehr belastende Situation in ihrer Arbeit als Pflegende auf Station, bei der sie sich hilflos und ausgeliefert fühlte. Ein Patient mit einem Karzinom der Atemwege wurde durch Atemnot und wiederkehrende Blutungen zunehmend panischer, beanspruchte das Team, das die Blutungen nicht mehr stoppen konnte immer öfters und rannte auch aus dem Behandlungszimmer heraus. In dieser Situation, in der eine Verarbeitung erschwert wird, wird die Verbundenheit, die sie als wacher, kontaktfreudiger und tapferer Mensch zu dem Patienten herstellte, zu einer Belastung. Die Tatsache, dass sie dem Mann nicht helfen kann, ruft Gefühle der Hilflosigkeit in ihr hervor und sie hadert mit dem Schicksal des Mannes (Person 101, Segmente 202-223)

In dieser Konstellation erweist sich neben dem Austausch mit Kollegen/-innen und dem Erleben von Akzeptanz durch ihre ihr Nahestehenden zu Hause die Möglichkeit, aus dem Arbeitssetting physisch und mental bewusst herauszutreten als enorm wichtig. Sie tritt gezielt gedanklich aus dem Erlebten heraus und wendet sich den positiven Aspekten ihres Lebens be-

wusst zu. Sie *nimmt* sich diese Aspekte. Mit dem Wort „nehmen“ impliziert sie, dass dieser Vorgang etwas ist, was man sich auch erlauben muss:

„I: Wie sind Sie damit umgegangen mit dieser spezifischen Situation? P: Also, erstmal viel über das Handeln, über das Tun, Machen in dem Moment, dann Austausch mit den Kollegen, zu sagen, wie furchtbar das für mich gewesen ist, für mich oder für die anderen, aber für MICH jetzt erstmal, und dann aber auch, nachdem ich das getan hab, wegzugehen von hier, rauszufahren und dann einfach mal zu heulen, ne, einfach mal das alles so wegzugeben. Das auch=das kann ich auch, wenn das dann viel ist, das kann ich auch mal zu Hause, und dann ist da einfach auch KEIner, der dann noch genauer fragt, [...] Ich glaub, so dieses bewusst auch RAUSgehen aus den Situationen und sich DANN wirklich sagen: Jetzt bin ich da DRAUßen, und jetzt geh ich auch auf das Andre, auf das Gute und auf das Schöne auch wieder zu, um die Waage dann vielleicht auch zu halten, ne. GEHT aber auch dann, also das kann ich dann mir auch nehmen. Das ist nicht direkt so dann ein Genießen, aber zu sagen: Ja, guck, das ist nicht nur Sterben und Tod und alles furchtbar, sondern es ist beides da.“
(Person 101)

2.9.5.5 Vom richtigen Maß des Mitgefühls und vom Vertrauen der Verbundenheit. Die Regulation von professioneller Nähe durch die Herstellung von kognitiver und emotionaler Kohärenz

Wenn vorübergehende Verbundenheit im professionellen Kontakt als eine Gefahr bewertet wird, wird das Erleben von professioneller Nähe vermieden oder als eine Belastung erlebt. Eine solche Bewertung von Verbundenheit als Gefahr kann sich, so die Mitarbeiter/-innen, dadurch ergeben, dass diese sich der Versorgungssituation ausgeliefert fühlen und, wie bereits erwähnt, die Möglichkeit, bewusst aus jener Situation wieder heraustreten zu dürfen bzw. für sich und ihre Bedürfnisse einzustehen, nicht sehen. Eine andere Möglichkeit ist, dass sie nicht über die inneren Ressourcen verfügen, um die Erfahrung von Nähe im professionellen Rahmen zu verarbeiten und adäquat einzubetten.

Um Verbundenheit herzustellen, rekurren viele Mitarbeiter/-innen häufig auf ein Gefühl der Kohärenz in zwischenmenschlichen Begegnungen. Die Aspekte von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, wie von Antonovsky (1987) beschrieben, bilden in den Narrativen der Teilnehmer/-innen einen tragender Rahmen für die Zuwendung zu Patienten/-innen und Angehörige. Dies gilt sowohl für die Mitarbeiter/-innen, die einen eher emotionalen als auch für die, die einen eher kognitiven Zugang zur Regulierung von professioneller Nähe haben. Im Folgenden werden einige dieser Einbettungsstrategien der Mitarbeiter/-innen exemplarisch vorgestellt.

Person 129 gewinnt Sinnhaftigkeit in der Begleitung von sterbenden Patienten/-innen, in dem Sie diese Momente als ein „Geschenk“ betrachtet. Das Geschenk besteht darin, die Einzigartigkeit jedes einzelnen individuellen Weges zu erkennen und daran teilzunehmen:

„Sonst mach ich es eher so dass ich dann= ja schon so das als so eine Art wie soll ich sagen als so eine Art Geschenk sehe? [...] Es gibt ja ganz viele kleine Episoden mit Patienten [...] oder wenn jemand stirbt, dann ist das ja wie soll ich sagen in gewisser Hinsicht ein Geschenk, wenn man daran teil hat. Das ist ja sein ganz besonderer Weg und so und das ebenso zu sehen oder wenn jemand so seine Gedanken, die er zuletzt hat, mit einem teilt auch.“ (Person 129)

Person 106 beschreibt starre Grenzen im zwischenmenschlichen Kontakt als einen „Schutzmantel“, für dessen Aufrechterhaltung viel Kraft aufgewendet werden muss. Am anderen Ende der Regulation von Nähe und Distanz ist das radikale Einlassen auf extreme Gefühle wie Ohnmacht. Hierfür benennt sie sogar ein eigener Begriff, die „geteilte Ohnmacht“, den sie auch als eine Interventionsform, als „etwas, was man tut“, beschreibt. Durch das gemeinsame Tragen der Gefühle des Patienten/ der Patientin wird diese Form der Begegnung sogar zu etwas „Positivem“, weil der Helfer/die Helferin etwas Persönliches von sich gibt und somit eine interpersonelle Verbindung herstellt:

„Genau, also, also es, also der Schutz, den Schutzmantel zu tragen, das Leid geht trotzdem durch, aber es kostet auch Energie, es kostet viel Kraft, diesen Schutzmantel aufrecht zu erhalten. Wenn ich mich einlasse auf das, äh, Leid, mit-fühle, fühlt es sich nicht unbedingt gut an [...] also es gibt diesen schönen Begriff der geteilten Ohnmacht ne also, und das ist nicht schön, aber es ist, etwas, was man tut, also, und das ist wiederum eigentlich was Positives, weil man dem Menschen vermittelt, Sie sind nicht allein, und das kommt ja zurück, also, ne, das ist nicht direkt, man hat hinterher oft so das Gefühl, ja ich konnte ihm jetzt auch die Atemnot nicht wirklich nehmen, aber, man hat ihm was, man hat was gegeben, also, von sich.“ (Person 106)

Vielfach wird die Herstellung von Kohärenz anhand von Metaphern und Bildern beschrieben. Ein zentrales Kommunikationsmuster ist dabei die Thematisierung des Grades an gefühlsmäßiger Involviertheit auf der Arbeit anhand von Wasser-Metaphern. Verschiedene Beschreibungen von Gewässern und von Bewegungen im Wasser schildern die Verarbeitung von Gefühlen im Allgemeinen sowie unterschiedliche Stufen des Mitfühlens in der Interaktion mit Patienten/-innen und Angehörigen. Im Folgenden wird diese zentrale Thematisierungsregel näher erläutert.

Thematisierungsregel: Die Gewässer des Mit(fühlens)

Wasser, als Symbol für die bewegte Gefühlswelt, als lebenspendendes und zugleich potenziell zerstörerisches Element, dient in den Erzählungen der Teilnehmer/-innen als Sinnbild für die

Komplexität der Interaktionsprozesse im Rahmen ihrer Tätigkeit sowie für unterschiedliche Umgangsweisen damit. So ist zum Beispiel die Rede vom emotionalen *Strudel* einer Familie, die man ambulant betreut oder von den *Fahrwassern* einer ärgerlichen Situation mit Angehörigen. Dabei kann Achtsamkeit, so eine Teilnehmerin, ein *Rettungsanker* sein, um in den Gewässern der menschlichen Interaktion die eigene Stabilität aufrechtzuerhalten.

Eine Befragte vergleicht die Erfahrung, schwer leidenden Menschen zu helfen, mit der Begleitung von jemandem, der ein *Bad in eine Wanne* nimmt: Der Raum eines Menschen, der schweres Leid erlebt, muss mit besonderer Vorsicht betreten werden, denn ähnlich wie jemand, der nackt und schutzlos ein Bad in einer Wanne nimmt, braucht er eine Schutzsphäre, die die Integrität und die Würde wahrt.

An manchen Stellen fungiert Wasser als ein Medium, das eine Brücke zwischen den Kommunikations-Partnern/-innen bildet. So kann eine Mitarbeiterin, wie sie berichtet, das (Mit-) Gefühlte manchmal gut *fließen* lassen. Wiederum eine andere Person berichtet, dass sie Schwierigkeiten hat, das bei ihrer Arbeit Beobachtete nicht *kanalisiert* zu bekommen. Für manche Mitarbeiter/-innen geht es darum, zu lernen, den Prozess des Mitfühlens vermehrt aus der *kognitiven Warte*, aus einem *gut navigierten Boot*, mit mehr Distanz zu betrachten und das Ausmaß an eigener Identifikation gegebenenfalls durch kognitive Strategien zu regulieren. Für andere wiederum geht es eher darum, zu lernen, sich auf die volle Intensität des Mitgefühls, also auf die emotionalen Gewässer einzulassen und dabei ein Gefühl der *emotionalen Kohärenz* zu entwickeln, indem man lernt, auf das Gegenwärtige Erleben zu vertrauen. Nachfolgend werden verschiedene Subaspekte dieser zentralen Thematisierungsregel näher erläutert.

Thematisierungsregel 2: Die Mitgefühls-Mitleids-Quantifizierung und der gefährliche Strudel

Bei dieser Thematisierungsregel handelt es sich um die in professionellen Helferkreisen berühmte Differenzierung zwischen Mitfühlen und Mitleiden. Der Mitgefühl-Mitleid-Topos ist eine Veranschaulichung normierten Verhaltens im Umgang mit Leid anhand von quantifizierenden Begriffen, die besagt, dass die Helfer/-innen zwar „viel“ mitfühlen, aber nur „wenig oder gar nicht“ mitleiden dürfen. Anhand einer konzeptuellen Gegenüberstellung des Mitleids als eine *viel zu starke persönliche Involviertheit* in der Arbeit gegenüber Mitgefühl als die Fähigkeit, sich in die Situation eines anderen Menschen hineinzusetzen und dennoch handlungsfokussiert zu bleiben, hat die Mitgefühl-Mitleid-Quantifizierung eine mahnende und schützenden Funktion auf die Mitarbeiter/-innen, die ihnen hilft, zwischen Nähe und Distanz

zu pendeln. Diese ist eines der verschiedenen Motive, die einen Bedarf nach Schutz von Seiten der Mitarbeiter/-innen zum Ausdruck bringt.

Befragte 105 ist in der ambulanten Pflege tätig. Sie illustriert herausfordernde Situationen, bei denen die Mitarbeiter/-innen emotional überinvolviert sind, mit einem gefährlicher Strudel, in welchen man leicht hinein geraten kann:

„Das ist dann so, dass sie, ((stockt)) so hat sie mir das gesagt, von diesem Leid überrollt wird. Das Mitleiden mit Menschen, das ist auch immer ein kleiner Teil unserer Arbeit, aber bei manchen ist er vielleicht einfach viel größer. Und wenn man so MITleidet, (1) dann muss man aufpassen, dass man nicht auch noch in diesen Strudel mitreingezogen wird, also, also in meiner Haltung ist es eher so, dass ich, mitFÜHLE und auch da mitgehen kann, aber immer ein Stück außen stehen bleibe, um zu sehen, was denn passiert. Weil wenn man zu sehr mitfühlt, dann ist man IM Prozess, und erkennt gar nicht mehr wirklich, was vielleicht die Menschen dann benötigen, oder, nochmal nen anderen Ansatz dann zu vermitteln. Und diese Gefahr besteht einfach bei uns, dass, wenn sie eine Anfrage haben, dass eine junge Frau mit zwei kleinen Kindern zu Hause liegt, da ist natürlich das Leid GROSS, ne?“ (Person 105)

Sie selbst positioniert sich dabei als eine Person, die sich gut abgrenzen kann und beschreibt das problematische Gegenteil am Beispiel einer Kollegin, die zu sehr „mitleidet“. Die Mitgefühl-Mitleid-Quantifizierung heißt in ihren Worten: „Zu sehr“ mit den Patienten/-innen mitzuleiden kann viele negative Folgen für beide Beteiligte haben. Die Mitarbeiter/-innen sind dann überlastet und werden handlungsunfähig, womit sie den Bedürfnissen der Patienten/-innen weniger gerecht werden können. Laut der Teilnehmerin ist es jedoch erlaubt „ein Bisschen mitzufühlen“. Das Ausbalancieren zwischen Mitgefühl und Mitleid soll die Helfer/-innen daran erinnern, den Grad an Identifikation mit Patienten/-innen und Angehörigen in der Arbeit zu beobachten und gegebenenfalls nachjustieren. So ist das Mitleiden in der subjektiven Wahrnehmung dieser Pflegerin „nur ein kleiner Teil“ der palliativen Arbeit, der bei manchen jedoch „vielleicht einfach größer“ ist. Das Mitfühlen ist dabei nicht in Abgrenzung zum Mitleid zu verstehen, sondern als Kontinuum: zu stark mitzufühlen bedeutet, mitzuleiden. Dies belegt erneut, das Mitgefühl im allgemein-sprachlichen Gebrauch eher als eine Art empathischer Resonanz verstanden wird. Fühlt man zu sehr mit, steigt man tief in einem Identifikationsprozess ein, man ist „im Prozess“, was unter Umständen die eigene Erkenntnisfähigkeit trübt, weil man keine Distanz zum Geschehen hat. Laut dieser und anderer Teilnehmer/-innen geht es also darum, das Geschehen aus einer Metaperspektive zu betrachten, einen Schritt zurück zu treten und das richtige Maß des Fühlens zu finden. Hierfür bedarf es in den Augen von Person 105 eines gewissen Ausmaßes an Vorsicht seitens der Menschen, die „so“ mitleiden, um nicht in den „Strudel“ des Leids anderer hineingezogen zu werden. Dies kann insbesondere im ambulanten Bereich sehr leicht eintreten (siehe Kap. 2.9.1.6), worauf sie mit der

wiederholten Bezeichnung dieses Umstands mit dem Wort „Gefahr“ hinweist. In einem früheren Segment des Interviews verwendet sie das Wort „Achtsamkeit“, um diese bewusste Haltung zu beschreiben, („aber es braucht halt ne, ne Achtsamkeit, das man da nicht automatisch die Dinge übernimmt.“) womit sie Achtsamkeit als eine bewusste Desidentifikation mit schwierigen Umständen deutet.

Befragte 107 spricht über die Achtsamkeitsübungen im Kurs als einen „Rettungsanker“, der ihr, wie beim Navigieren eines Bootes oder Schiffes, dazu verhilft, nicht von der Hektik emotional aufgeladener Situationen, die sie mit dem Begriff des „Fahrwassers“ bezeichnet, weggetrieben zu werden. In solchen unangenehmen oder schwierigen Situationen stehen dabei weniger die Übungsaspekte des Kurses im Vordergrund, sondern vielmehr die Erinnerung an die Achtsamkeit als Symbol für Erdung und Ordnung:

„Aber Situationen mit gestressten oder unangenehmen- mit Angehörigen, unangenehmen Gesprächen mit Ärzten, ähm, ÄRGERlich- Ärgernisse, die man auf Station erlebt, wo man denkt: Ach, was ist DAS denn jetzt hier? Sich selbst nicht in so'n FAHRwasser zu begeben, wo sich das dann da immer wieder hochpuscht [...] Also, dieses Achtsam, wenn ich das jetzt aufführe, es ist für mich auch achtsam, mich selbst nicht zu sehr in die Hektik zu begeben, die da so ist, zu sortIEREN, das ist das hat mir schon geholfen[...] Ja, und das, ja gut, das ist für mich auch wirklich was Achtsames, mit sich selbst umgehen, ne, dass man sich erinnert. Wenn man irgendwas HAT, das kann man da doch wieder als Rettungsanker nehmen.“ (Person 107)

Thematisierungsregel 3: Das Eintauchen in das Leid

Befragte 115 hat eine der Leitungspositionen der Abteilung inne und beschreibt, wie sie im Laufe ihrer Tätigkeit als Pflegende in der Palliativmedizin lernte, sich innerlich auf den Prozess der Sterbebegleitung einzulassen. Im Gegensatz zu Person 105 verwendet Person 115 jedoch keine *quantitativen* Begriffe, um den Grad der Identifikation mit den Patienten/-innen zu beschreiben, sondern schildert eine Veränderung in der *Gefühlsqualität* der Begegnung. Anhand vieler Wassermetaphern schildert sie ihr Verständnis von Mitgefühl und Psychohygiene. Dabei vergleicht sie sterbende Menschen mit Untergehenden in einem Moor:

„Ich hatte auch da ein inneres Bild, dass ich so am Anfang das Gefühl hatte, da ist so ein Sterbender in so einem Moor, und der geht da in dem Sumpf unter, und ich hab den Rettungsring irgendwie und dann spring ich mit dem Rettungsring irgendwie rein und wir halten uns beide irgendwie daran fest, aber wir hängen beide irgendwie in dem Moor. (1) (schluckt) Und HEUTE habe ich das Gefühl, das ist immer noch dieser, so n Sumpf (1) und ich steh am Rand, ich hab immer noch den Rettungsring, aber ich spring nicht mehr mit rein, sondern ich, sozusagen, gib den- gib den von oben rein, und, (1) und merke, es macht sozusagen qualitativen Unterschied im Gefühl, aber ich glaube, so wie man Meditationen und so- und solche Strategien erlernen kann, so (1) wird man erstmal auch erlernen dieses, also sich sozusagen auf die-

ses Leid einzulassen, und das geht glaub ich am Anfang nich kontrolliert, und nich maßvoll, und nich gut geübt, sondern das geht erstmal rein bis an den tiefsten, an die tiefste Faser von SEIN, wie ich das auch immer erlebt hab.“ (Person 115)

Am Anfang ihrer Tätigkeit als Palliativpflegende war das komplette Eintauchen in die Situation des Anderen unvermeidbar: sie sprang ins Wasser, mit einem „Rettungsring in der Hand“. Der bereits zu Anfang erwähnte Topos des *Ins-Kalte-Wasser-Springens* weist auf die Unerfahrenheit der Pflegerin zu Anfang ihrer Ausbildung hin. Diese starke Identifikation mit dem Sterbenden ist lähmend und kontraproduktiv, da nun beide handlungsunfähig sind („wir hängen beide irgendwie in dem Moor“). Im-Sumpf-Landen fungiert hier als Metapher dafür, sich selbst zu verlieren aufgrund einer zu starken Identifikation mit den Patienten/-innen. Dieses starke Bild besitzt, ähnlich der Mitgefühl-Mitleid-Quantifizierung, einen warnenden und zugleich resilienzfördernden Charakter: am hilfreichsten für alle ist es, wenn sie sich zwar immer noch in der Nähe des Patienten/der Patientin aufhält, sich jedoch auf ihre unterstützende und handlungsorientierte Rolle fokussiert („und ich steh am Rand, ich hab immer noch den Rettungsring“). Dieses innere Bild verändert ihr „Gefühl“. Es geht für sie nicht darum, das Mitgefühl sozusagen zu rationieren, sondern vielmehr darum, die passende Position im System von Helfer/-in und Patient/-in zu finden, zum Wohle beider. Am Anfang des professionellen Weges, wenn man noch dabei ist, professionelle Verbundenheit zu lernen, spielen ihrer Ansicht nach Konzepte wie Menge und Maß keine zentrale Rolle. Das „Wasser“ des Einfühlens dringt vorerst unkontrolliert und ungehindert bis in die tiefsten Fasern des „Seins“ vor. Daher würde sie Mitarbeiter/-innen, die am Anfang ihrer Tätigkeit stehen, empfehlen, eine selbstmitfühlende Haltung zu kultivieren und sich nicht dafür „abzustrafen“. Dagegen ist es für sie wichtig, vorerst eine Weile zu beobachten, ob die Mitarbeiter/-innen mit der Zeit entweder weniger „permeabel“ werden oder den „Ausgang“ finden, durch den die Arbeitserlebnisse wieder „rausgehen“ können.

2.9.5.6 Auftragsklärung und professionelle Verbundenheit

Ein weiterer Aspekt von Verbundenheit im professionellen Rahmen nach den Aussagen der Mitarbeiter/-innen die Klärung des Arbeitsauftrags. Der Arbeitsauftrag dient als Orientierung und gibt der professionellen Nähe einen klaren Rahmen. Vor allem im ambulanten Bereich stellt dies, wie bereits auf erläutert, einen wichtigen Aspekt dar. Hier werden einige Beispiele präsentiert, die zeigen, welche Strategien die Mitarbeiter/-innen ergreifen, um den Arbeitsauftrag zu klären, um so empathisch und zugänglich im Kontakt mit den Patienten/-innen bleiben zu können.

Person 105 gibt gleich zu Beginn des Kontaktes an, eine Metaperspektive zu übernehmen, in der sie prüft, was sie speziell für die betreuten Personen tun und leisten kann:

„Und das ist bei mir glaube ich sehr stark (1) in mir verankert ist, da schon recht früh zu gucken, was, was ist hier am Auftrag und was kann ich davon für den Menschen tun? Und kann ich das leisten?“ (Person 105)

Darüber hinaus traut sie den Patienten/-innen und Angehörigen viel zu und versucht, deren Ressourcen zu aktivieren:

„Die Selbsthilfekompetenz und die Ressourcen von Leuten zu STÄRken und wieder zu aktivieren, die mit einzubinden und nicht denen dann das irgendwie WEGzunehmen, auch im POSitiven Sinne und es dann zu TUN für sie.“ (Person 105).

Eine weitere Mitarbeiterin, Person 122, erklärt, dass der zentrale Schritt in der Klärung des Auftrags das „Sortieren“ ist. Nach einer ersten Bestandsaufnahme werden die anstehenden Aspekte priorisiert und nach und nach abgearbeitet. Nur auf diese Weise kann die Mitarbeiterin für den Patienten/ die Patientin „hilfreich“ sein. Damit wird die Auftragsklärung als eine mitfühlende Handlung dargestellt, die von der Sorge um die Patienten/-innen motiviert wird. Aus den Erzählungen der Helferin wird auch klar, dass sie dabei ein Arbeitsbündnis zu den Patienten/-innen herstellt: sie hört aufmerksam zu, macht transparent, dass es sich um eine Arbeitsbeziehung handelt, erklärt, wie sie mit dem Patienten/ der Patientin arbeiten möchte und signalisiert, dass ihr das Wohlbefinden des Patienten/ der Patientin sehr wichtig ist:

„Ich bin ja nur dann hilfreich, wenn ich dann auch mit demjenigen sortiere und nicht nur sage, ja jetzt ist er dankbar, dass ich das alles hören durfte ((lacht)) ne? und dass ist anstrengende Arbeit [...] Also, ich hab gEstern eine Frau kennengelernt, wo die Problematik sEhr breit gestreut ist [...] Ja, hat im Grunde sitzt sie vor einem rIEsen Scherbenhaufen, hat gestern gAnz viel erzählt und hat dann gesagt und mein Sohn zu dem hab ich überhaupt gar kein Kontakt und dann kamen ganz viele Aufgaben, können Sie das nicht für mich erledigen.... und dann hab ich am Ende hab ich sie erst mal erzählen lassen und dann hab ich gesagt, ich würde gErne mit Ihnen arbeiten, aber wir mÜssen Schrittchen machen, KIEine Schrittchen. Das brAUcht ein bisschen Geduld, auch von Ihnen und mIr ist es jetzt wichtig, dass wir zuerst dIEsen Schritt machen, zuerst mal wirklich in die Symptomkontrolle gehen, dass wir jetzt gucken, haben sie alle- ham sie alle Medikamente, die sie brauchen? Wann ist der nächste Arztbesuch geplant, wer sieht Sie noch, dass wir dAs angehen? Der nächste Schritt wird sein, dass wir Ihre Finanzen angehen, dass unsre Sozialarbeiterin sich einschaltet, dass wir einmal gucken, kann man sie von der Zuzahlung für die Medikamente befreien? Weil sie kriegt schon kaum ihre Finanzen in der Apotheke sortiert und dAnn können wir irgendwann mal auch diesen Schritt angehen, dass wir gemeinsam überlegen, wer nimmt Kontakt zu ihrem Sohn auf und dann also versuch ich dann zu sortIERen.“ (Person 122)

2.9.5.7 Bewußtheit

Die Fähigkeit, sich selbst, seine Mitmenschen und die eigene Umgebung achtsam wahrzunehmen und darüber zu reflektieren, welche für das berufliche Selbstverständnis der Befragten eine wichtige Rolle spielt, wurde bereits ausführlich erläutert. Auch beim Motiv des Mitgefühls als Professionalität (Kap. 2.9.2.3) wurde diese Fähigkeit von vielen Mitarbeiter/-innen als eine wichtige Voraussetzung von Mitgefühl und Verbundenheit thematisiert, da es das Wahrnehmen der eigener und fremder Bedürfnisse ermöglicht. An dieser Stelle wird der Aspekt der Selbstreflexion vertieft.

Selbstreflexion

Wer eine intensive Verbindung eingeht, muss auch mit sich selbst in Beziehung treten können. So zumindest wurde der Aspekt der Selbstreflexion von den Befragten dargestellt. Person 122 versinnbildlicht dies mit einer Körpergeste. Sie reflektiert, dass, obgleich Mitgefühl nach eigenen Angaben etwas ist, was sie gut kann, gleichzeitig jedoch auch sehr viel Kraft kostet und grundsätzlich die Gefahr beinhaltet, sich selbst ein Stück weit zu verlieren. Viele semantische Markierer der Nähe, die sie zu den Patienten/-innen spürt, machen sich in ihrer Erzählung bemerkbar. So sagt sie beispielsweise, sie „geht mit den Menschen mit“ und „lässt“ die Menschen „zu“. Um dies näher zu erklären, setzt sie während des Interviews ihre Körpersprache ein und versprachlicht gleichzeitig ihre Geste: „wir sitzen da mit offenen Armen“. Später, als sie Mitgefühl definiert, fasst sie ihren Herzbereich an, während sie sagt, dass sie sich beim Mitfühlen dort „öffnet“. Nach dieser intensiven Öffnung, also wenn der Patienten/-innenkontakt zu Ende ist, würde es ihr gut tun, die Arme um sich zu schließen, sich zu spüren und sich klar zu machen, dass sie nicht eins ist mit den Patienten/-innen. Sie erkannte, dass diese Offenheit nur für ein gewisses Zeitfenster möglich ist. Um diesen Prozess zu verstehen, brauchte es Zeit und Selbstreflexion:

„Die Anschlussfrage, die man dann irgendwann stellen kann, wenn man immer gut mit andern mitgehen kann und andere gut zulassen kann, wo bleibt man selber dann auf Dauer. Also das war so eine Frage, die mal im Raum stand und äh auch da fand ich das Bild von einer Kollegin sehr schön, das ist kommt jetzt nicht fürs Band aber <<schmunzelnd> können Sie nur sehn> ((Macht die Arme weit auf)) wenn wir so da sitzen- nee aber wenn wir da so sitzen und wir sind ja dann wirklich offen, dann sitzen wir mit offenen Armen und sie sachte, wenn man am Schluss, wenn man raus geht, einmal grade wieder mal so macht ((Schließt die Arme ganz fest um den eigenen Körper)), also die Arme ganz eng ran nimmt, dann kann man sich selber wieder spüren und kann wieder sagen, so und das bin ich, das hab ich jetzt grade gehört und ich bin aber trotzdem noch da und mir geht's heute eigentlich gut. Ich hab keinen Kopfweh oder ich hab keine Luftnot oder ich hab nicht grade jemanden verloren oder ich hab nicht die Diagnose Krebs bekommen. Mir geht's eigentlich gut. [...] Ich

finde das passt so auch so schön auch zu dem Wort Mitgefühl [...], wenn ich mit jemandem mitfühle, dann öffne ich mich und dann mach ich hier auf ((zeigt auf dem Brustbereich – Anmerkung der Interviewerin)). Das geht nur eine gewisse Zeit. Das kostet sehr viel Konzentration und dann ist danach auch dringend eine Pause dran. Also die erste Zeit, als ich hier gearbeitet hab, habe ich mich gewundert, warum ich so erschöpft bin? wirklich KO bin als hätte ich früher acht Stunden auf einer Intensivstation gearbeitet, da ist man anders erschöpft, aber warum das so anstrengend ist und das wird einem dann bewusst mit der Zeit.“ (Person 122)

Person 106, die Kommunikationstrainings für angehende Ärzte/-innen anbietet, hebt eine andere Facette von Selbstreflexion hervor: die Kommunikation mit den Patienten/-innen und Angehörigen kann nur dann gelingen, wenn man sich von diesen berühren lässt. Dabei spielt das subjektivierende Handeln, also der Kontakt mit dem eigenen Körper und die eigene Intuition, eine wichtige Rolle. Sie verdeutlicht ihr Argument am Beispiel der Medizin-Studenten/-innen, die nicht auf ihre Intuition, auf ihren „Bauch“ hören aus Angst, dass ihre Emotionen mit ihnen durchgehen. Er berichtet, diese Studenten/-innen würden mit großer Anspannung versuchen, während der Rollenspiele im Kurs die Emotionen, die sie wahrnehmen, nicht an sich heranzulassen. Andere wiederum geraten in Übersprunghandlungen, wie einer der Studenten, der anfang zu grinsen als, die Patientenschauspielerin von ihrer kleinen Tochter erzählt und damit aus der Kommunikationssituation ausstieg:

„Dass wir eigentlich LERNen den Bauch, ne, weg mit dem Bauch, weil Lehrbuch sagt, ne, Professor sagt und so, man tut und man tut nicht [...] und beim Spielen sieht man auch, viele, die das tun, die zum Beispiel merken, jetzt gibt es eine Art kurze Berührung, und es gibt die Leute, die mit Kraftaufwand, das merkt man auch an Spannung, die da ist, das von sich weghalten, "nicht den Bauch, weil es könnte ja auch sein, dass ich mitweine mit der Patientin" [...] Aber dann gelingt auch die Kommunikation nicht [...], grade in der letzten Woche war das so, dass da, DA wo es ganz hart wurde, ist ein Student einfach ausgestiegen aus der Rolle und plötzlich an zu grinsen, [...] das war da, wo die Patientin gesagt hat, wissen Sie eigentlich, dass ich eine kleine Tochter hab? Also, wo es wirklich nochmal schwerer wurde, die Situation, ne, das war so eine Art Übersprunghandlung, ganz spannend.“ (Person 106)

Als ich Person 104 frage, wie es gelingen kann, mitfühlend zu sein, ohne auszubrennen, betont sie die Fähigkeit zur Selbstreflexion, die in ihren Augen für die Erledigung der Arbeit unabdingbar ist. Diese Fähigkeit ist für sie stark biographisch bedingt und hängt damit zusammen, wie Menschen gelernt haben, mit ihren eigenen Schwierigkeiten umzugehen:

„Grundsätzlich hat das ja mit der eigenen Biographie einfach zu tun. Damit, was hab ich für Botschaften erfahren in meinem Leben, auch da, und also wie konnte ich immer mit schwierigen Situationen umgehen, was hab ich da gelernt, was hab ich da mit auf den Weg bekommen, also, das ist das, was ich meine, es ist ja auch diese, die so, Reflexion, die ganz ursprünglich da sein muss, also das muss ich schon auch ge-

lernt haben, auch selbstkritisch mit mir da zu sein, also anders geht diese Arbeit überhaupt nicht.“ (Person 104)

2.9.6 Förderliche Aspekte von professioneller Verbundenheit

2.9.6.1 Körperbewusstsein

Person 114 betont, dass die Mitarbeiter/-innen eine bewusste Körperwahrnehmung als besonders unterstützend in der Herstellung von Nähe und Verbindung zu den Patienten/-innen und Angehörigen ansehen. In der Begleitung von Personen mit einer schwerwiegenden Erkrankung, die mit großen Veränderungen des Körpers einhergehen, spielt der eigene Körper eine zentrale Rolle. So besagt nach Angaben von Person 114 eine der palliativen „Regeln“, dass man sich nie vom Patienten/ von der Patientin abwenden soll. Auch wird der eigene Körper gezielt eingesetzt, um den Patienten/-innen Ruhe zu übertragen:

„UNsere REgeln, wir ham ja sone palliative ähm ja so REgeln, ne? Wende dich nich ab vom Patienten, also dieses hat noch mal auch für mich ne andere ähm ne wich=es is noch mal sehr dEUtlich und wichtig geworden, ne? Der Patient, der so ein verändertes Körperbild hat; der braucht vielleicht auch ganz viel von uns, ne? [...] Das hat sehr viel mit=mit=mit Körper, ähm mit=mit Körper, mit Körperhaltung zu tun und wenn ich meinen Körper dann ruhig halte, dann ist es für ihn vielleicht noch mal, dann strahlt das auch noch mal auf ihn so über, das das kann ich mir total gut, also das ist für mich so.“ (Person 114)

Auch Person 106 erläutert, wie der eigene Körper eingesetzt werden kann, um ein adäquates Maß an Nähe zu den Patienten/-innen und Angehörigen zu finden: Über den Körper lassen sich die Emotionen anderer Menschen spüren. Gleichzeitig hat die Wahrnehmung des eigenen Körpers und somit des Platzes, den man im System grade innehat, sehr viel mit dem Ausdruck von Mitgefühl zu tun. Person 106 beschreibt Mitgefühl als etwas *nicht Reaktives*, als etwas, was die Privatsphäre und das Selbstbestimmungsrecht des Anderen respektiert und ein „Angebot“ macht, „ohne Druck“ auszuüben. Ihre Erläuterungen basieren auf den Erfahrungen, die sie im Rahmen der von ihr angebotenen Kommunikationstrainings für Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, machte. In diesem Kontext bringt sie professionellen Helfer/-innen bei, wie sie mithilfe der Wahrnehmung ihres Körpers in Arbeitssituationen etwas verändern können:

„Also, dass es eben nicht das Mitgefühl ist, was das Leid sieht, hinstürzt, denjenigen in den Arm nimmt und sagt, ist schon nicht so schlimm und komm her und mach und so, sondern dass es ein Wahrnehmen ist, Abstand halten, anschauen, ein Angebot, aber ohne Druck, un=und so etwas, ne? [...] Mitgefühl spielt auch eine Rolle, da, wo ich als Aufgaben stelle, bestimmte emotionale Zustände mit Körpersprache darzustellen. Das wird erstmal neutral gemacht, zum Beispiel ängstlich sein, wie sieht das aus? Und dann, wo ist Ängstlichkeit in der Arbeit, wo gibt's die und wie sieht die da aus, und dann, dann geht's natürlich auch schon um Mitgefühl, ein Sich-Einfühlen

in, in das Gegenüber, oder was ich auch mache mit zum Thema Mitgefühl, ich, es gibt diese Geschichte vom Hiob. Einer der Gruppe spielt den Hiob, ist im Raum, am Boden, wir erzählen vorher die Geschichte, alle gehen raus und können, sollen dann nacheinander reinkommen, sich einen Platz suchen, irgendwo, in der Nähe oder Ferne zum Hiob, [...] und dann wird darüber gesprochen, wird dann gesagt, warum man jetzt da sitzt und der Hiob erzählt, was er empfunden hat, da kommen ganz tolle Sachen, also so zum Beispiel, 'ich hatte einen guten Platz an der Peripherie, weil ich vermittele zwischen denen, die nahe an ihm dran sind und draußen' und das ist so auch schön, weil man das natürlich gleich auf seine Haltung in der Arbeit, ne beziehman mUSS nich immer der Allernächste sein, also auch der Intimste oder Nächste, sondern auch, ne so. Das ist, das ist schön. Und dann, gehen wir, nach=nachdem wir da ja reflektiert haben, gehen wir wieder zurück und überlegen, wie man Körper, über den Körper etwas verändern kann an der Situation.“ (Person 106)

2.9.6.2 Achtsamkeit

An vielen Stellen dieses Ergebnisteils wurde bereits betont, welche wichtige Rolle Achtsamkeit für die Mitarbeiter/-innen spielt: beim Wahrnehmen der Bedürfnisse ihrer Patienten/-innen und Angehörigen, beim Klären des Arbeitsauftrags, im Umgang miteinander und mit sich selbst, bei Konflikten usw. An dieser Stelle wird der Aspekt von Achtsamkeit bei interpersonellen Begegnungen an zwei Beispielen illustriert.

Für Person 115, die langjährige Erfahrung als Leiterin des Zentrums besitzt, spielt Achtsamkeit eine Rolle bei der Heilung von Erfahrungen, die die Mitarbeiter/-innen im Kontakt zu anderen blockieren. Wir beschäftigten uns während des Interviews mit jenen Aspekten, die zu einem Ausbrennen durch Mitgefühl beitragen und die nicht durch Supervision oder ein gutes Coaching behoben werden können. Sie hat die Erfahrung gemacht, dass wenn ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin durch die mitfühlende Begleitung von Schwerkranken dauerhaft belastet wird, dies oft mit einer unzureichenden Verarbeitung leidvoller Erfahrungen zusammenhängt. Diese werden nicht wahrgenommen und bilden ein „Stau“ im „Kanal“ der Emotionen, der durchbrechen möchte. Achtsamkeit für sie der Weg, um jenes kumulierte Leid zu verarbeiten:

„Und vielleicht hat das mit Kanal zu tun, dass es glaub ich manchmal so ein Leid-STAU gibt und der dann über, (1) reden, reden, reden, oder, (2) ja, der irgendwo sich Bahnen bricht über irgendwelche Gefühle oder Übersprunghandlungen oder irgendwas anderes machen, und, (2) ja, ich glaube, dass diese, mit der Achtsamkeit, (1) sozusagen, da vielleicht dieser Kanal, dieser Leidstau wirklich aufgeht, und (1) ja den Platz bekommt, der ihm zusteht, und das ist nicht der Platz, dass- der dauerhaft in mir sozusagen wohnt, sondern da auch raus kann, vielleicht so.“ (Person 115)

Sie erläutert darüber hinaus, dass für sie Achtsamkeit Menschen befähigt, die Einzigartigkeit jeder interpersoneller Begegnung wahrzunehmen und aktiv zu wählen; Sie erlaubt, sich auf diese Begegnungen einzulassen. Für sie ermöglicht Achtsamkeit die Offenheit im Umgang mit unterschiedlichen Menschen in unterschiedlichen Situationen sowie das Spüren und Los-

lassen der damit einhergehenden negativen wie auch positiven Emotionen. Sie rekurriert in ihrer Erzählung auf eines der Kurselemente, nämlich das Finden eines Ankers im klinischen Alltag als Erinnerung an die Übungen. Damit erklärt sie, dass die Erinnerung an die Achtsamkeit eine Erinnerung an die eigene Selbstverantwortung darstellt sowie an die Möglichkeit, interpersonelle Begegnungen aktiv zu gestalten.

„Die Achtsamkeit dann einem, einem nochmal eine Klarheit gibt, es gibt in JEDEM Moment die neue einmalige Chance auf Begegnung, also, und das ist für MICH immer so eine entscheidende Wahlmöglichkeit dann nochmal. Und, die Wahlmöglichkeit kostet dann mal mehr mal weniger Kraft; wenn ich gut in meiner Energie bin und alles ist offen und dann geht es durch und rein und raus, ich krieg die eine Energie und die andere Energie, aber oftmals ist ja so, wenn ein Kanal verstopft ist, dann kommt nur noch negative Energie immer mehr DRAUF und das andere kann ich nicht mehr empfinden (1) ja und da ist, da ist glaub ich die, die Achtsamkeit noch mal wieder für mich die Klarheit, es liegt in DIR selber, DU kannst in JEDEM Moment entscheiden, (1) wie du mit einem Menschen umgehst und das ist, dies dann nochmal sozusagen zu, zu spüren, durch diese Anker auch, durch die Erinnerung daran, dass man sich auch nicht in diesem Strom da so ver- verstrudelt, sag ich jetzt mal.“ (Person 115)

2.9.6.3 Selbstfürsorge

Ein oft erwähntes förderndes Element professioneller Verbundenheit, ist die Praxis der Selbstfürsorge. Person 129, die mehrmals im Interview betont, dass sie bereits vor dem Kurs besonders viel von Achtsamkeit hielt und diese auch übte, erwähnt im Gespräch, dass sie sich über ein bewusstes Freuen über Kleinigkeiten im Alltag einen Ausgleich zur Arbeit schafft:

„Aber ich mach es privAt so, dass ich irgendwie schau, dass ich bewUsst lebe. ja? also ich freu mich an Kleinigkeiten, ich freu mich darüber, dass dass ich, weiß ich nicht, eine schöne Wohnung habe. Ich freu mich darüber, dass ich dass ich Freunde habe, dass ich ein Tag was Schönes machen kann oder ein schönes Bad genießen kann, dass ich alles so machen darf, dass ich essen kann, was ich will oder so und ich freu mich halt so an meinem Leben, ich kann mich auch einfach jetzt dadrüber freuen, wenn jetzt meinetwegen der Himmel besonders schön ist oder der Nachthimmel aussieht wie Night and Day oder ne?“ (Person 129)

Person 115, die die Wichtigkeit von Selbstverantwortung betont, sagt aus, dass sie sich selbst als ihre einzige „verfügbare“ Ressource ansieht und daher diese Ressource besonders fürsorglich behandeln möchte:

„Also, (2) mal auch eine tiefe Überzeugung von mir wär, IST die, das die einzige Ressource, die ich wirklich sicher verfügbar habe, ich selber bin, (1) und ich dafür sorgen muss, dass diese Ressource gut genährt und gesorgt ist.“ (Person 115)

2.9.6.4 Mentoren/-innen und unterstützende Kolleginnen

Einige der Befragten erwähnen, dass die Balance zwischen Mitgefühl und einem gesunden Kontakt zu sich selbst auch entscheidend durch die Unterstützung anderer Menschen gefördert wird. Person 118 erwähnt die Rolle von Vorbildern und fürsorglichen Kollegen/-innen, mit denen man sich über das Erlebte austauschen kann:

„Und von daher denk ich mir ist Empathie und Mitgefühl, ja das wichtigste eigentlich in unserem Beruf, dass man auch sieht, was hab ich für ein Gegenüber, was braucht der jetzt grade, ne? Wie kann ich den ernst nehmen, ohne mich selber zu verlieren. I: Und wie, wie schafft man denn diese Spagat, ohne sich selber zu verlieren also? Ja? P: Vorbilder, ich glaube schon auch. Klar jetzt ne? man muss auch gute Vorbilder haben, es muss einem auch gut vorgelebt werden, ja und man muss jemanden im Hintergrund haben, der, der achtsam ist. Ob das jetzt auf unserer Station die Kollegen sind, die einfach sagen boah! was ist heute mit dir, ne? du siehst traurig aus oder ist das wirklich so? Dass man dann auch angesprochen wird und dann auch sagen kann, ja ich hab das grade erlebt, das war nicht so schön, können wir das aufarbeiten?“ (Person 118)

Person 106 bezieht sich speziell auf die Rolle von Kollegen/-innen oder Supervision bei der Akzeptanz von Gefühlen, insbesondere von schwierigen Empfindungen wie Ekel oder Ungeduld im Kontakt zu den Patienten/-innen. Das entgegenbrachte Mitgefühl durch den Mentor oder Kollegen/-innen kann nach Ansicht von Person 106 auf diese Weise internalisiert werden und fördert das Annehmen von schwierigen Gefühlen:

„Wenn man aber lernen kann, dass Gefühle da sind und die wahrnimmt, ne, und sie dann auch erst mal nimmt, wie sie sind, dann kann man glaub ich auch besser damit umgehen und da braucht man natürlich auch eine Unterstützung, also jemand, der einem quasi auch sagt, man darf ungeduldig sein, man darf sich ekeln, das ist- Ekel ist ein großes Thema im Palliativcare, dass man das auch thematisiert und das Ekeln nicht dem Menschen gilt, sondern dem Sekret, dem Gestank oder sonst irgendwas, ja.“ (Person 106)

2.9.7 Die burnoutprophylaktische Wirkung professioneller Verbundenheit

Bisher wurden verschiedene Aspekte professioneller Verbundenheit erwähnt, welche nach Ansicht der Mitarbeiterinnen sowohl für sie als auch für die Patienten/-innen gewinnbringend sind. Einer dieser Aspekte ist die Förderung von Resilienz und die Vorbeugung von Burnout durch die Herstellung von Nähe in einem professionellen Rahmen. Diese ressourcenstärkende Wirkung von professioneller Verbundenheit wird nun anhand von einigen Beispielen erläutert.

Person 116 berichtet, dass sie durch die Übungen im Kurs an die bestärkende Wirkung menschlichen Kontaktes erinnert worden ist. Sie bezieht sich in ihren Narrativen auf den in-

terpersonellen Austausch, der ähnlich wie in den Imaginationselementen der *Metta* und der *Tonglen*-Übungen über die verbale Ebene hinausgeht, nämlich das Geben und Nehmen in menschlichen Interaktionen. Dieser interpersonelle Austausch hilft ihr, die Arbeit langfristig auszuführen und motiviert sie:

„Insgesamt fühle ich mich aber auch daran erinnert, wie es ist, mit Menschen in Kontakt zu sein bei der Arbeit und überhaupt, denn (2) ja ich denke so, ich hab schon oft das Gefühl, wenn man im Kontakt mit jemand ist, dass es mehr ist als Worte auszutauschen, dass es schon eine Beziehung entsteht, dass ein Austausch da ist, der ja der nicht nur da geht es nicht nur um die Worte, sondern es geht auch da drum, was mit den Worten so rüberkommt, ne? Und wir erleben auch, ich erlebe auch viele Patienten, die auch eine Ausstrahlung haben, die einem auch so ja, die einem selber wieder auch etwas zurückgeben, ne? das ist auch sicher ein ganz großer Punkt bei der Arbeit, dass ich selber etwas gebe und ich aber auch etwas zurückbekomme, sonst wäre es glaube ich auch ja sonst wäre es auch schwierig, also so rein auf der Sachebene etwas zu tun, das wäre das wäre JA auf Dauer nicht so gut für mich und das ist auch sicher so motivationspunkt für die Arbeit.“ (Person 116)

Als ich Person 129 frage, was ein Neuling bräuchte, um ihre Arbeit zu tun, antwortet sie, dass man Menschenliebe und Selbstfürsorge für die Ausübung ihrer Tätigkeit braucht. Gleichwohl bräuchte man auch „Achtsamkeit“, um sich Idealismus und die Vorstellungen davon, wie man seine Arbeit erledigen möchte, trotz widriger Umstände zu bewahren. Dies sei in ihre Augen der Weg, um nicht auszubrennen, um selbst was zu „bekommen“ und aus dieser Ressourcenquelle anderen etwas „weiterzugeben“:

„Idealismus? Ähm eine Menschenliebe eine Selbstliebe ((lachend)) ganz wichtig, also auch eine Selbstfürsorge und eine Neugierde, ja? Also, ne Neugierde und und ne Paarung mit dem Idealismus, ja? Eine Achtsamkeit halt insofern für sich selber, des also sich so diese, wie soll ich sagen, diesen Idealismus, diese MENSCHLICHKEIT sich innerlich bewahren, das bewahrt einen davor, so wegzubrennen irgendwie, also man hat ja so Vorstellungen so von wegen son Menschenbild, so stell ich mir Pflege vor und so find ich ist wichtig, bei sich zu bleiben, also sich da versuchen, sich nicht da so wegreißen zu lassen? Und wenn man da mit so einer Neugierde und einer, einem Idealismus und einer Menschenliebe auf einen Patienten zugeht, kann man da ganz viel draus gewinnen und weitergeben.“ (Person 129)

Zuletzt beschreibt Person 106 den Kern professioneller Verbundenheit als die Annäherung an einem anderen Menschen, der anders ist und dessen Lage man nicht vollständig verstehen kann. Diese Annäherung geht über eine reine Arbeitsverpflichtung hinaus und hat den Effekt, auch den Helfenden gut zu tun und sie „besser zu hinterlassen“ als die stetige Fokussierung auf den Schutz und die Grenze zwischen beiden Menschen, die sie als einem „Panzer“ beschreibt:

„Also, es gibt immer diesen Satz, ich verstehe, ich verstehe Sie, aber das, da würd ein Kranker sagen, sie verstehen das nicht, mein Leben ist fast zu Ende und ich habe höllische Schmerzen und Sie stehen neben dem Bett und haben keine Schmerzen, Sie können das nicht verstehen, aber eine Ahnung, man hat eine Ahnung, so, man nähert sich dem an, ähm, und das ist eben, wie soll ich, also, das ist, das ist mehr zu tun, als nur seinen Job zu machen und dann wieder raus zu gehen und deshalb ist es, ist es auch, hinterlässt es einen letztendlich glaub ich besser als [...] das ist so ein bißchen wie so ich auf meinem Panzer, und man, also man konzentriert sich dann mehr auf den Panzer, und dass der hält, und dass ich da nichts durchlasse, diesen Mantel, den ich mir anziehe, u=und wenn ich, wenn ich den, mich nicht darauf konzentriere, dann sage ich, sag jetzt mal, dass ich mit-fühle, ich zeige das.“ (Person 106)

2.10 Diskussion der Pilotstudie

Bei der vorliegenden Pilotstudie handelt es sich, nach dem Wissensstand der Autorin, um die erste Studie, bei der eine achtsamkeits- und mitgeföhlsbasierte Fortbildung, die in den Arbeitsalltag eines Krankenhauses integriert wurde, evaluiert worden ist. Oberstes Ziel der Pilotuntersuchung war es, die *Praktikabilität* des Kursformates zu testen sowie dessen *Effekte* zu explorieren. Ein weiteres Ziel bestand in der Beantwortung der Frage, wie man in der Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Patienten/-innen und ihren Angehörigen *mitfühlend* sein kann, *ohne auszubrennen*.

Zu diesem Zweck wurde eine Mixed-Methods-Evaluation eingesetzt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie diskutiert und zur aktuellen Literatur in Beziehung gesetzt. Zwecks einer besseren Übersicht wurden die Ergebnisse der Pilotstudie *inhaltlich* in drei Unterkapitel aufgeteilt und nicht mehr nach Methode. Zuerst werden die Ergebnisse diskutiert, die mit den potenziellen *Wirkbereichen* des Trainings zusammenhängen. Als zweites wird vor allem die *Umsetzung und Einbettung* des Trainings in den Arbeitsalltag der Teilnehmer/-innen diskutiert. Das dritte Unterkapitel behandelt die Ergebnisse zu dem Spannungsfeld von *Mitgeföhhl und Psychohygiene*. Auch wenn die Methoden ineinander verzahnt waren, liegt im ersten Teil der Diskussion der Schwerpunkt auf den Ergebnissen der quantitativen Evaluation. Im zweiten und dritten Teil der Diskussion kommt dagegen den Ergebnissen der qualitativen Studie eine besondere Rolle zu. Diese Teile der Diskussion dienen gleichzeitig als Zusammenfassung der Ergebnisse des qualitativen Arms der Studie. Eine Wiederholung mancher Aspekte ist durch den naheliegenden Zusammenhang zwischen Wirkbereichen und Umsetzung nicht vermeidbar. Im Abschluss an die Diskussion der Ergebnisse wird eine kritische Reflexion der Stärken und Grenzen der Studie vorgenommen, gefolgt von Anmerkungen zur Praxisrelevanz. Zuletzt erfolgt ein Ausblick. Stellenweise werden Gedanken aus der Publikation von Orella-

na-Rios et al. (2017) aufgegriffen, in welcher ein Teil der Ergebnisse dieser Dissertation bereits veröffentlicht wurden.

2.10.1 Effekte des Kurses

2.10.1.1 Belastung- und Resilienzparameter

Sowohl die Ergebnisse aus dem quantitativen als auch aus dem qualitativen Studienarm zeigen eine Verbesserung des psychischen Wohlbefindens der teilnehmenden Gesundheitsfachkräfte. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine unkontrollierte Studie handelt, können in diesem Zusammenhang allerdings keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden. Das bedeutet, dass die aufgefundenen Effekte nicht eindeutig der Intervention zugeschrieben werden können. Anhand der in der Studie gewonnenen Daten lässt sich jedoch beschreiben, wie die untersuchten Variablen sich im Verlauf des Kurses verändert haben bzw. ob und in welchen Bereichen die Teilnehmer/-innen selbst eine Wirkung wahrgenommen haben.

In Bezug auf die Belastungsindikatoren zeigte der quantitative Studienarm eine signifikante Verbesserung der Stress- ($d = 0.52$), Ängstlichkeits- ($d = 0.39$) und Burnout-Werte auf (emotionale Erschöpfung, $d = 0.41$ und persönliche Leistungsfähigkeit, $d = 0.43$) mit kleinen bis mittelgroßen Effektstärken.

Diesen Effektstärken entsprechen in etwa den in den Meta-Analysen zur klinischen Wirksamkeit von achtsamkeitsbasierten Verfahren errechneten Effektstärken. In der Meta-Analyse von Khoury et al. (2013) beispielsweise konnte eine mittlere Effektstärke für die Behandlung einer ganzen Reihe von psychologischen Symptome mittels achtsamkeitsbasierter Interventionen festgestellt werden. Für Studien mit Prä-Post-Design konnten die Autoren/-innen eine durchschnittliche Effektstärke von $d = 0.55$ konstatieren. Auch Sedlmeier et al., (2012) fanden mittelgroße Effektstärken in der Behandlung von Stress und Ängstlichkeit bei nicht-klinischen Populationen mittels achtsamkeitsbasierter Interventionen.

Die Variablen von Depressivität und Somatisierung ergaben keine statistisch signifikanten Veränderungen, obwohl kleine Effekte in der erwünschten Richtung verzeichnet werden konnten (Depressivität, $d = 0.25$; Somatisierung, $d = 0.21$). Obwohl von mehreren Teilnehmer/-innen der qualitativen Interviews eine Reduktion von Ruminationstendenzen berichtet wurde, fanden andere Aspekte von Depressivität wie Konzentrationsschwierigkeiten, Freudlosigkeit oder eben Somatisierungssymptomatiken keine Erwähnung. Ein Blick auf die Baseline-Werte zeigt jedoch, dass die Ausgangswerte bei beiden Variablen sehr gering ausfielen und der Spielraum für positive Veränderungen dadurch natürlicherweise begrenzt war. Wäh-

rend die Baseline-Werte von Ängstlichkeit nur 1.6 Punkte unter dem Cut-off (<7) lagen ($M = 5.42$), waren die mittleren Depressivitätswerte 3.5 Punkte vom Cut-off entfernt ($M = 3.31$).

Auch der Mittelwert der Somatisierungsskala liegt 11 Punkte ($M = 49.31$) unter dem Cut-off für deutlich messbare psychische Belastung (<60) und 21 Punkte unter dem Cut-Off für hohe bis sehr hohe psychische Belastung. Dementsprechend ist es denkbar, dass es sich hierbei um einen Bodeneffekt aufgrund der Untersuchung an gesunden Individuen handeln könnte.

Die Befundlage zum Einfluss von Achtsamkeitstrainings bei Depression und Lebensqualität bei Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen ist insgesamt als unzureichend anzusehen. So konnten Dharmawardene et al. (2016) im Rahmen ihrer Meta-Analyse aufgrund eines Mangels an kontrollierten Studien keine eindeutigen Aussagen treffen. Hier zeigt sich ein Bedarf an weiterer Forschung.

Ein potenzieller Wirkmechanismus des Trainings könnte in einer verstärkten Aufmerksamkeit für sich selbst (engl. *self-awareness*) gelegen haben. So ergab eine von Sansó et al. (2015) durchgeführte Befragung von Mitarbeitern/-innen im Palliativbereich ($n = 387$), dass ein höheres Ausmaß an Selbstaufmerksamkeit bzw. Selbsterkenntnis mit niedrigeren Burnoutwerten korreliert. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung unterstützt (siehe Kap. 2.9.4). Die wahrgenommenen Effekte innerhalb der Kategorien *Stärkung der Selbstfürsorge*, *Innehalten* und *Reduktion von empathischem Stress* legen nahe, dass die Mitarbeiter/-innen eine Stärkung ihrer Selbstaufmerksamkeit in unterschiedlichsten Situationen wahrgenommen haben. Sie berichteten dies z.B. beim Üben von Achtsamkeit während Freizeitaktivitäten, im Rahmen von achtsamen Pausen auf der Arbeit sowie bei der bewussten Intensivierung von Präsenz während der Kontakte mit Patienten/-innen. Zusätzlich zeigte die Auswertung des Erreichens von persönlichen Zielen mittels GAS-Skalen, dass diejenigen Ziele, die eine Erhöhung von Bewusstheit und Achtsamkeit betrafen, zu 82% von den Teilnehmern/-innen erreicht wurden.

Sansó et al. (2015) postulieren weiterhin, dass die Verstärkung von Präsenz im Allgemeinen (engl. *awareness*) als ein zentraler Mechanismus zur Stärkung der Selbstfürsorge bei Gesundheitsfachkräften angesehen werden kann. In Übereinstimmung mit dieser Beobachtung gaben die meisten Teilnehmer/-innen in den qualitativen Interviews an, dass das Training ihre *Selbstwirksamkeit bei der Implementierung von Selbstfürsorge* verstärkt habe. Sie gaben auch an, *ermutigt* worden zu sein und Selbstfürsorgepraktiken während und nach der Arbeit implementiert zu haben. Einige Mitarbeiter/-innen beschrieben darüber hinaus die *Wichtigkeit* von Selbstfürsorge auf der Arbeit besser *erkannt* zu haben. Eine gesunde Balance zwischen

fremden und eigenen Interessen wird als zentral für das Aufbauen und Aufrechterhalten von Verhaltensweisen der Selbstfürsorge angesehen (Baker, 2003). Dieser Aspekt wurde auch in dem evaluierten Training berücksichtigt: Die Mitarbeiter/-innen wurden instruiert, Mitgefühl für sich selbst und andere zu kultivieren. Zusätzlich spiegelt sich dies in der Häufigkeit wider, mit welcher die Teilnehmer/-innen die vor dem Kurs gesetzten persönlichen Zielen erreichten: Die Auswertung der GAS-Skalen ergab, dass sowohl persönliche Ziele, die der *eigenen Selbstfürsorge* entsprachen als auch solche, die eine Stärkung der *Achtsamkeit im Kontakt zu anderen* betrafen, fast gleichermaßen häufig erreicht wurden (siehe Kap. 2.8.4.2). Dies weist auf einen trainingspezifischen Effekt hin.

An dieser Stelle muss jedoch auf die in den qualitativen Interviews thematisierten Positionierungen der Teilnehmer/-innen als bereits sehr achtsame und reflektierte Gesundheitsfachkräfte hingewiesen werden. Diese selbst berichtete Expertise schrieben sie teils ihrer eigenen Veranlagung und Kompetenz zu und teils dem Arbeitsfeld Palliativmedizin. Dieser Aspekt wird im zweiten Kapitel der Diskussion vertiefend diskutiert.

Ein weiterer Wirkungsmechanismus des Trainings könnte in der Steigerung von positiven Emotionen gelegen haben. Wie die Auswertung des Fragebogens zur Arbeitssituation ergab, war die empfundene *Freude auf dem Arbeitsplatz* nach dem Training signifikant höher als vor dem Training. Dies stimmt mit den Ergebnissen der Studie von Fredrickson et al. (2008) überein, die eine ausgeprägte Erhöhung der persönlichen Ressourcen durch die Praxis der *Metta*-Meditation feststellten und die dabei generierten positiven Emotionen als den zentralen Veränderungsmechanismus dieser Praxis postulierten.

Ein neuartiger Befund der vorliegenden Untersuchung ist der wahrgenommene Link zwischen *Metta*- und *Tonglen*-Meditationen und der *Reduktion von kognitiver Irritation*, die in den qualitativen Interviews thematisiert wurde. Kognitive Irritation bezeichnet einen Zustand von mentalem Stress, der mit einer Diskrepanz zwischen spezifischen Arbeitsanforderungen und dem Nichterreichen von wichtigen persönlichen Zielen einhergeht. Die Arbeitsbelastung manifestiert sich dabei in Form von persistenter Ruminieren nach der Arbeit über bestimmte Arbeitsinhalte. Diese Form der Beanspruchung kann psychologische Regeneration verhindern und wird als Risikofaktor für Depressionen angesehen (Mohr, Müller, Rigotti, Aycan, & Tschan, 2006).

Das Phänomen der kognitiven Irritation ist, wie eine neuere qualitative Untersuchung mit palliativen Gesundheitsfachkräften herausfand, auch im palliativen Bereich prävalent (Perez et al., 2015). Die in dieser Studie befragten Mitarbeiter/-innen berichteten über einen Bedarf an

Strategien, die ihnen helfen, Rumination über die Arbeit und selbstkritische Gedanken zu reduzieren. Übertragen auf die vorliegende Pilotstudie weisen die erzielten Ergebnisse dieser Studie auf das Potenzial der Mitgefühlpraktiken hin, die spezifischen Bedürfnisse von Mitarbeiter/-innen im palliativmedizinischen Bereich zu adressieren.

Zwei der interviewten Teamleiter/-innen gaben in den qualitativen Interviews an, positive Veränderungen in ihrem Team wahrgenommen zu haben. Sie berichteten eine größere *Offenheit* der Mitarbeiter/-innen beim Ansprechen von Belastungen im Team, eine bessere *Eini-gung* des Teams bezüglich verschiedener Aspekte der Selbstfürsorge sowie eine *Besserung des Konfliktmanagements*. Schließlich weisen einige qualitative Interviews darauf hin, dass mitgefühlbasierte Praktiken wie *Metta* oder *Tonglen* dabei behilflich sein können, die potenzielle Belastung, die während des empathischen Patienten/-innenkontakts entsteht, zu bewältigen. So beschrieben einige Mitarbeiter/-innen eine *Neubewertung von leidvollen Situationen* wie beispielsweise die Begleitung des Sterbeprozesses. Auch eine *Reduktion der Überinvolviertheit mit dem Leid*, mit welchem die Mitarbeiter/-innen im Rahmen von Patienten/-innenkontakten konfrontiert wurden, wurde berichtet.

Diese Ergebnisse betonen den von Singer & Klimecki (2015) postulierten Unterschied zwischen empathischem Stress und Mitgefühl sowie die von ihnen angenommene protektive Funktion von Mitgefühl in der Begleitung von Menschen, die Schwieriges und Leidvolles erleben (siehe Kap. 1.2.3). Es muss jedoch an dieser Stelle betont werden, dass sich das alltägliche Verständnis von Mitgefühl der Befragten von der wissenschaftlichen Definition unterscheidet. Ihre sprachliche Differenzierung zwischen Mitleiden und Mitfühlen in den qualitativen Interviews kommt der Differenzierung von Singer & Klimecki (2015) jedoch sehr nahe. Diese sprachlichen Nuancen sollten im Rahmen von Mitgefühlskursen mit Mitarbeiter/-innen aus dem Gesundheitssektor berücksichtigt werden.

Schließlich zeigte sich nach dem Kurs eine signifikante Verbesserung in zwei zentralen emotionalen Regulationskompetenzen, und zwar in der *Aufmerksamkeit* für die eigenen Emotionen ($d = 0.57$) und in *Fähigkeit zum Aushalten von negativen Emotionen* ($d = 0.49$). Die vorliegende Studie ist die erste Studie, die den Effekt von achtsamkeitsbasierten Praktiken auf die emotionalen Regulationsfähigkeiten von Mitarbeiter/-innen aus dem Gesundheitssektor untersuchte. In Anbetracht der zentralen Rolle, die eine adäquate Regulation von Emotionen bei der empathischen Reaktion spielt (Decety, 2011), kann angenommen werden, dass die vorgefundene Verbesserung dieser emotionalen Regulationsfähigkeiten einen wichtigen Wirkmechanismus des Trainings darstellt.

In den Cortisolwerten (CAR) konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Die Befundlage für einen Effekt von achtsamkeitsbasierten Interventionen auf die Ausprägung von Cortisolwerten ist jedoch widersprüchlich (Brand et al., 2012; Christopher et al., 2015; Creswell, Pacilio, Lindsay, & Brown, 2014; Marcus et al., 2003; Matousek et al., 2010; Nyklíček, Mommersteeg, Van Beugen, Ramakers, & Van Boxtel, 2013). Auch besteht in dieser Studie eine Inkongruenz zwischen den unveränderten Cortisolwerten und der subjektiv wahrgenommenen Verbesserung von Stress, die sowohl in den Fragebögen als auch in den qualitativen Interviews mit den Teilnehmer/-innen dieser Studie registriert wurde. Diese Inkongruenz wird auch in anderen Untersuchungen, die die Effekte von Achtsamkeit und Mitgefühlpraktiken untersuchten, berichtet. So verglichen Engert, Kok, Papassotiriou, Chrousos, & Singer (2017) in einer Untersuchung mit 313 Probanden/-innen den Effekt von Achtsamkeit, Mitgefühl und der sozialen Fähigkeit zur Perspektivübernahme. Die Probanden/-innen wurden einer dieser drei Gruppen randomisiert zugeteilt und übten die jeweiligen Kursinhalte über einen Zeitraum von drei Monaten. In allen drei Gruppen gaben die Teilnehmer/-innen eine Verringerung des subjektiven Stressempfindens an, wobei nur bei den Teilnehmer/-innen aus dem Modul Perspektivübernahme eine signifikante Reduktion der Cortisolwerte festgestellt werden konnte.

Eine Erklärung für das Ausbleiben signifikanter Veränderungen bei den Cortisolwerten in dieser Untersuchung könnte mit den Charakteristiken der untersuchten Population zusammenhängen. Da es sich bei 70% der Teilnehmer/-innen dieser Studie um Pflegekräfte mit wechselnden Arbeitsschichten handelte, könnten konfundierende Variablen wie arbeitsbedingte Veränderungen des Tagesrhythmus die Ergebnisse beeinflusst haben. So stellten Federenko et al. (2004) in ihrer Studie mit 31 weiblichen Pflegekräften signifikante Unterschiede in der Ausprägung von CAR in Abhängigkeit von der Arbeitsschicht (Früh-, Spät- und Nachtschicht) fest. In ihrer Studie waren die CAR-Ausprägungen am höchsten ausgeprägt für Pflegekräfte in der Frühschicht. Die Autoren/-innen folgerten daraus, dass bei Personen mit einer größeren Varianz der Aufwachzeiten unterschiedliche CAR-Ausprägungen festgestellt werden können. Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangten Griefahn & Robens (2008) bei ihrer Messung von CAR-Unterschieden zwischen acht morgen- und acht nachtorientierten männlichen Probanden. Obwohl das Cortisol-Tagesprofil keine signifikanten Unterschiede aufwies, waren die Cortisol-Werte nach dem Aufwachen höher ausgeprägt bei den morgenorientierten Probanden/-innen. Eine Studie von Niu et al. (2015) mit 62 Pflegekräften ergab zudem, dass die CAR-Werte bei Pflegekräften, die während der Nachtschicht arbeiteten, in den Tagen danach geringer ausfielen als bei Pflegekräften in den Tagesschichten. Sie fanden auch heraus,

dass der circadianer Rhythmus der Pflegekräfte, die während der Nachtschicht arbeiteten in etwa vier Tage benötigte, um wieder in den normalen Ablauf zurückzukehren.

2.10.1.2 Interpersoneller Bereich

Die entschiedene Positionierung seitens der Mitarbeiter/-innen mitfühlend zu sein, die in sämtlichen Interviews vorkommt, stellt das wichtigste zentrale Motiv der qualitativen Untersuchung dar. Auch wurde die Interviewfrage, ob die Mitarbeiter/-innen durch den Kurs Veränderungen im Kontakt zu anderen bemerkt hätten, von fast allen Befragten verneint. Diese Verneinung steht im Widerspruch zu der großen Anzahl an persönlichen Zielen in der Kategorie *Achtsamkeit in Kontakt zu anderen*, die zu 89% erreicht wurden (siehe Kap. 2.8.4.2). Unter Umständen ist dieses Antwortverhalten der sehr allgemein gehaltenen Formulierung der Interviewfrage geschuldet („Gab es für Sie im Laufe des Kurses Veränderungen im Kontakt zu anderen / im Umgang mit Patienten/ Angehörigen/ Kollegen?“), die möglicherweise als Erkundigung nach grundsätzlichen Veränderungen gedeutet wurde. Einige Mitarbeiter/-innen gaben jedoch auf Nachfrage an, die Mitgeföhlpraktiken im Kontakt zu Patienten/-innen und Angehörigen eingesetzt zu haben, um die *Verbindung* und die Nähe zu den Patienten/-innen *aufrechtzuerhalten* oder zu *stärken*. Weitere Teilnehmer/-innen hoben hervor, dass das Training ihnen half, ihre Fähigkeit, mitfühlend zu sein, *im Körper* zu verorten und zu *verankern*. Auch versuchten die meisten Teilnehmer/-innen, die Mitgeföhlübungen auf der Arbeit oder im privaten Bereich einzusetzen.

Dennoch fällt in den Interviews auf, dass es für die Befragten vor allem die Veränderungen im Bereich der Selbstfürsorge waren, die die größte Relevanz besaßen. Die Narrative über eine wahrgenommene Wirksamkeit im interpersonellen Bereich wurden in den meisten Fällen nur auf Nachfragen der Interviewenden berichtet. Dies ist überraschend in Anbetracht der großen Rolle, welche dem Thema Mitgeföhl im Kurs zukam, und könnte verschiedenen Bedingungen unterliegen. Am wichtigsten erscheint in diesem Kontext der Umstand, dass die Mitarbeiter/-innen Mitgeföhl als Empathie verstehen und damit als etwas, was sie bereits gut können. Einige von ihnen verstanden Mitgeföhl als die Fähigkeit, vom Leid eines Anderen emotional berührt zu werden und an diesem Leid Anteil zu nehmen. Ethisch-moralische Aspekte von Mitgeföhl wie beispielsweise die Idee, dass dieses einer gezielten Kultivierung bedarf, kamen in der Definition der Teilnehmer/-innen nicht vor. Diese Kluft zwischen Mitgeföhl in der Alltagssprache und den spirituelle Traditionen wurde bereits im theoretischen Teil dieser Dissertation anhand diverser linguistischer Analysen ausgeführt sowie im qualitativen Ergebnisteil umfänglich berichtet und belegt. Diese Vermutung wird ferner durch den Um-

stand unterstützt, dass die einzige Person (Person 123), die im Interview explizit über die Entwicklung von Mitgefühl durch die Anwendung der *Tonglen*-Übung berichtete, einen persönlich vertieften Bezug zum Buddhismus kundtat. Eine Rekontextualisierung des Wortes Mitgefühl im Rahmen von Achtsamkeitskursen sollte daher ein wichtiges Ziel von zukünftigen Projekten darstellen.

Ein weiterer Aspekt der Positionierung der Mitarbeiter/-innen ist der Verweis auf eine globale Haltung der *Orientierung am Menschen* in der Palliativmedizin, die durch Zugewandtheit, Achtsamkeit und Wertschätzung charakterisiert wird. Dies ist wenig überraschend in Anbetracht der Tatsache, dass das Einlassen auf schweres menschliches Leid sowie der Aufbau einer heilsamen Beziehung zu Patienten/-innen und Angehörigen bedeutsame Aspekte der Arbeit im palliativen Bereich darstellen (Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, & Mount, 2009; Mount, Boston, & Cohen, 2007). Die Mitarbeiter/-innen beschrieben unaufgefordert und auf vielfältigen linguistischen und interaktionellen Ebenen, dass sie ihr Umfeld als stark mitfühlend wahrnehmen. Sie illustrierten ihre Aussagen, indem sie klare *Ingroup/Outgroup-Grenzen* zwischen dem palliativen und anderen Bereichen im Gesundheitssystem zogen oder indem sie Beispielsituationen beschrieben, in welchen diese Haltung zum Ausdruck kam. Diese Haltung wurde nicht als Mitgefühl benannt, spielte jedoch eine zentrale Rolle im Relevanzsystem der Mitarbeiter/-innen. Sie wird in dieser Dissertation als die *Wertschätzung des Lebens* gekennzeichnet.

Die Wahrnehmung der Arbeit im palliativen Bereich als einem stark personenorientierten Feld kann unter anderem auch dazu geführt haben, dass die Mitarbeiter/-innen die Übungen zum Zweck der Stärkung ihrer Fähigkeiten im *interpersonellen Bereich* von Anfang an als nicht oder wenig notwendig erachteten. Dies wurde in einigen Interviews explizit geäußert. Zu erwägen sind weiterhin Selektionseffekte. Es ist natürlicherweise anzunehmen, dass diejenigen Mitarbeiter/-innen, die sich für eine Tätigkeit im palliativen Bereich entschieden haben, aufgrund ihrer Grundkonstitution über eine ausgeprägte menschlich zugewandte Haltung sowie gute Fähigkeiten im interpersonellen Bereich verfügen (vgl. Müller et al., 2009).

Eine andere potenzielle Erklärung für den verstärkten Fokus der Teilnehmer/-innen auf die Aspekte der *Selbstfürsorge* könnte darin bestehen, dass gerade dieser Aspekt für sie am herausforderndsten ist, sie ihn als eine wichtige Voraussetzung für eine personenorientierte Haltung erkennen und sich daher darauf fokussieren wollen. Morgan et al. (2014) zielten in ihrem Review-Artikel von 14 qualitativen Untersuchungen, welche die Erfahrungen von Gesundheitsprofessionellen mit achtsamkeitsbasierten Interventionen explorierten, auf diese Frage-

stellung ab. Sie fanden heraus, dass die Umsetzung von Selbstfürsorge in Form von Achtsamkeitsübungen bei vielen Teilnehmer/-innen Schuldgefühle auslöste und zu einer neuen Verortung der Rolle von Selbstfürsorge in ihrer Tätigkeit führte. Auf ähnliche Weise thematisierten die Befragten in dieser Untersuchung, dass es ihnen schwer fiel auf der Arbeit Pausen einzulegen, innezuhalten oder aus dem Stressmodus der Arbeit auszusteigen.

Schließlich darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die qualitativen Interviews, in welchen diese Positionierungen stattfanden, wie jede andere soziale Interaktion Sinn und narrative Identität entfalten. Das Training fand auf dem Arbeitsplatz der Mitarbeiter/-innen statt, dort wurden auch die Interviews durchgeführt. Es ist anzunehmen, dass die Befragten durch diesen Umstand ein besonderes Bedürfnis verspürt haben könnten, sich und ihr berufliches Selbstverständnis zum Ausdruck zu bringen.

2.10.2 Kursimplementierung

2.10.2.1 Thematisierung des Arbeitsfelds Palliativzentrum

Obwohl Fragen über die Arbeitstätigkeit nur wenig Raum im Interviewleitfaden einnahmen, ist die Thematisierung unterschiedlicher Aspekte der Arbeit auf der Palliativstation ein wiederkehrendes Motiv in den Narrativen der Teilnehmer/-innen.

Die Analyse dieser Aspekte half dabei die Sinnstrukturen zu verstehen, in welche die Intervention eingebettet wurde. Ein zentrales Motiv in der Porträtierung des Arbeitsfeldes ist das Motiv der *Bewusstheit*. Dieses Motiv kann als das achtsame, reflektierte und akzeptierende Wahrnehmen von sich selbst und von anderen definiert werden. Dazu zählen auch verwandte Aspekte wie eine bewusste Gestaltung des eigenen Lebens. Die zentrale Rolle, die Bewusstheit in ihrer Tätigkeit einnimmt, begründen einige Mitarbeiter/-innen mit der Tatsache, dass Tod und Verlust zentrale Arbeitsaspekte darstellen: Die Begleitung von Menschen mit fortgeschrittenen und unheilbaren Erkrankungen ist ein unvorhersehbarer Prozess, weswegen eine Fokussierung auf die Gegenwart eine *schützende und unterstützende Wirkung* für die Mitarbeiter/-innen hat. Sie beschreiben die Achtsamkeit im Patienten/-innenkontakt als eine Ressource, die auch nach dem Tod der Patienten/-innen bleibt. Gleichzeitig stellt der Tod eine natürliche *Grenze* für die Bemühungen der Mitarbeiter/-innen dar (vgl. Radbruch, Nauck, & Aulbert, 2011). Daher muss diese Grenze stets im Hinterkopf behalten werden. Eine differenzierte Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit ist darüber hinaus ein wichtiger Inhalt der Ausbildung im palliativmedizinischen Bereich. Die fortwährende Präsenz des Todes auf der Arbeit holt weiterhin die Aufmerksamkeit der Mitarbeiter/-innen in das Hier und Jetzt und geht ihren Angaben zufolge mit einer bewussten Zuwendung zu kleinen Freuden des Alltags

einher. Ähnliche Ergebnisse konnten von Sinclair et al. (2011) in ihrer Untersuchung mit 30 Palliativfachkräften eruiert werden. Die Befragten berichteten, dass die permanente Konfrontation mit dem Tod dazu führen kann, die Gegenwart bewusster wahrzunehmen, sinnstiftende Erfahrungen zu machen sowie Spiritualität und eine Haltung von Neugierde dem Leben gegenüber zu kultivieren.

Die Fähigkeit zur *Selbstreflexion* stellt ein explizites und zentrales Lernziel bei palliativmedizinischen Fachkräften dar (siehe z.B. Kern, Müller, & Aurnhammer, 2007; Kern, Müller, Aurnhammer, & Uebach, 2004). Auch der aktiven Förderung von *Selbstfürsorge* im Team kommt seit den Anfängen der Hospizbewegung eine wichtige Rolle im palliativmedizinischen Bereich zu (Vachon, 1995).

Die selbst berichteten Bemühungen der Mitarbeiter/-innen, den Kontakt mit Patienten/-innen und Angehörigen so bewusst wie möglich wahrzunehmen, hängen auch mit den Zielen der Palliativmedizin zusammen. Die Mitarbeiter/-innen sind bemüht, zugewandt und tatkräftig für Patienten/-innen und Angehörige da zu sein. Ihre Selbstbestimmung und Lebensqualität aufrechtzuerhalten werden als oberste Ziele angegeben; somit spielt eine achtsame und wertschätzende Kommunikation in der Betreuung eine große Rolle (vgl. Radbruch et al., 2011). Ein oft genanntes Beispiel für die Fähigkeit im Umgang mit anderen bewusst zu handeln, ist die *Desidentifikation* von negativen Inhalten wie bspw. von Wutausbrüchen oder Beschwerden, die sich von Seiten der Angehörigen gegen die Mitarbeiter/-innen richten. Die damit einhergehende größere Gelassenheit wirkt sich nicht nur in einem respektvollen Umgang mit den Angehörigen aus, sondern hat auch eine entlastende Wirkung auf die Mitarbeiter/-innen:

„Da nimmt man das auch nicht so mit, so wenn sich jetzt irgendwer beschwert, denkt man eher, die machen sich selbst Sorgen, bevor man sich selbst dann auch damit kaputt macht: Hab ich jetzt irgendwas falsch gemacht oder so, ne?“ (Person 124).

Weiterhin sind die Erzählungen der Teilnehmer/-innen durch viele semantische Markierer von *Selbstwirksamkeit* auf der Arbeit gekennzeichnet. Obwohl ein kurativer Ansatz nicht im Fokus der palliativmedizinischen Versorgung steht, erleben sich die Mitarbeiter/-innen grundsätzlich als sehr selbstwirksam. Durch das Beitragen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität ihrer Patienten/-innen und deren Angehörigen erfahren sie ihren Angaben gemäß häufig eine tiefe Zufriedenheit, Elan und Freude. Ein Teil der Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen ergibt sich nach ihren Aussagen auch aus den großen *Gestaltungsspielräumen*, die ihnen im palliativmedizinischen Sektor gewährt werden. So richten sich beispielsweise die Versorgungsabläufe auf der Palliativstation, anders als in anderen Krankenhausbereichen, deutlich

stärker nach den Bedürfnissen der Patienten/-innen und deren Angehörigen. Diese größere Freiheit ergibt sich auch aus der Versorgungssituation selbst: Die Mitarbeiter/-innen charakterisieren die Begegnung mit den Patienten/-innen als sehr nahes und intensives Erlebnis. Die Echtheit und die Endgültigkeit, die der Tod mitbringt, gewähren den Helfern/-innen möglicherweise gerade die Freiheit, echt zu sein und gegebenenfalls auch ungewöhnliche Wege zu beschreiten, um die Bedürfnisse der Patienten/-innen zu adressieren. Person 110 verspricht diese Qualität der Begegnung wie folgt:

„Wann lernt man Menschen so kennen? [...] Die haben alle nichts mehr zu verlieren, die sind alle an 'nem Punkt, wo sie keinem mehr was vormachen müssen, weder sich selbst noch anderen, und sie öffnen sich sehr“ (Person 110).

Aus den Interviews wird zudem deutlich, dass der Austausch im Team eine große kraftspendende Ressource der Teilnehmer/-innen darstellt. Dieser wird als von *Echtheit* und *gegenseitiger Fürsorge* geprägt beschrieben. Diese Eigenschaften erweisen sich in den Augen der Teilnehmer/-innen als notwendige Voraussetzung für eine Arbeit in der Palliativmedizin. So ist zum Beispiel ein offener Austausch im Hinblick auf diverse Belastungen nicht nur erwünscht, sondern wird vielmehr auch als Ausdruck hoher Professionalität angesehen. Dies stimmt mit den Ergebnissen einer nationalen Befragung von Müller et al. (2009) überein. Nach den Angaben von 873 Mitarbeitern/-innen aus dem palliativen Bereich ergibt sich das Team als der wichtigste Schutzfaktor gegenüber arbeitsbedingten Belastungen. Die enge Verflechtung der verschiedenen Disziplinen im palliativmedizinischen Team trägt vermutlich dazu bei, dass die Prävalenz von Burnout in diesem Arbeitsbereich keinesfalls höher ist als in anderen Bereichen, teilweise sogar geringer ausfällt (siehe Parola, Coelho, Cardoso, Sandgren, & Apóstolo, 2017; Payne, 2001).

Die Mitarbeiter/-innen im palliativen Bereich sind dennoch bedeutsamen Belastungen ausgesetzt, die weiterer Aufmerksamkeit bedürfen. Wie die Auswertung der Interviews in dieser Studie zeigen konnte, können die *hohen Ansprüche*, welche die Mitarbeiter/-innen in der Versorgung an sich stellen, und die *hohe ethische Verantwortung*, die sie tragen, Quellen von Belastung darstellen. Viele Bereiche in der Palliativmedizin sind potenziell von ethischen Herausforderungen betroffen. Beispiele hierfür sind Themen wie das Durchführen einer palliativen Sedierung, der Wunsch nach assistiertem Suizid oder die Aufrechterhaltung der Autonomie der Patienten/-innen. Aber auch die Qualität der Betreuung oder die Kommunikation zwischen Behandlern/-innen und Patienten/-innen sind relevante ethische Themenfelder in der Palliativmedizin (Hermsen & Have, 2003). Wenn bestimmte Versorgungsstandards nicht er-

reicht werden können, kann dies ebenso zu belastenden äußeren oder inneren Konflikten bei den Mitarbeiter/-innen führen (Müller et al. 2009).

Ein weiteres Thema, das aus den Erzählungen der Mitarbeiter/-innen eruiert werden konnte, sind die unterschiedlichen Herausforderungen zwischen einer Tätigkeit im stationären und im ambulanten Setting. So berichteten mehr Mitarbeiter/-innen des ambulanten Dienstes über die Herausforderung, *Nähe und Distanz* im Rahmen ihres Einsatzes im häuslichen Umfeld zu regulieren. Damit hängt auch die Schwierigkeit zusammen, den *Arbeitsauftrag zu definieren*. So berichteten manche Mitarbeiter/-innen, sich manchmal für Probleme verantwortlich zu fühlen, die nicht in den Verantwortungsbereich des palliativmedizinischen Teams fallen. Dazu gehören z.B. das Aufbauen eines sozialen Netzwerks für Patienten/-innen, die völlig isoliert leben, oder das Vermitteln in familiären Angelegenheiten. Eine neuere Übersichtsarbeit von Parola et al. (2017), welche acht Querschnittuntersuchungen ($n = 1406$) einschloss, ergab, dass die Burnoutraten bei Mitarbeiter/-innen in der ambulanten Palliativpflege am höchsten ausfallen. Diese Besonderheit der Arbeit im ambulanten Bereich sollte in zukünftigen Studien näher untersucht werden.

Ein letztes zentrales Thema ist die tragende Rolle, welche *der Leiterin des Zentrums* in den Narrativen der Teilnehmer/-innen zukommt. Sie wird als orientierungsspendend und vertrauenswürdig beschrieben. Die Leiterin unterstützte aktiv die Durchführung des Kurses und nahm selbst die Angebote des Kurses wahr, womit sie auch als Rollenmodell für die Mitarbeiter/-innen fungierte. Das Vertrauen, welches die Mitarbeiter/-innen ihrer Vorgesetzten entgegenbrachten, förderte das Einlassen auf den Kurs. Auch in anderen Untersuchungen (Byron et al., 2015), die die Wirkung von Achtsamkeitstrainings auf dem Arbeitsplatz von Krankenhausmitarbeiter/-innen untersuchten, wurde die zentrale Rolle von engagierten Vorgesetzten als förderlicher Faktor für die Akzeptanz des Trainings hervorgehoben.

2.10.2.2 Der Achtsamkeitsraum und der Stressmodus: Thematisierung des Kurses

Was die Thematisierung des Kurses angeht, dominieren in den Beschreibungen der Teilnehmer/-innen Verweise auf das Arbeitsfeld. Diese zielten vor allem auf die berufliche Expertise, die sie nach ihren Aussagen bereits vor dem Kurs besaßen. Das Feld der Palliativmedizin wird hierbei als etwas Besonderes dargestellt und von den anderen Krankenhausbereichen mittels *Ingroup/Outgroup-Differenzierungen* klar abgegrenzt. Diese Unterscheidung betrifft vor allem die Haltung der Mitarbeiter/-innen, aber auch die Art der Durchführung pflegerischer und medizinischer Abläufe. Eine Teilnehmerin, die von der Intensivstation auf die Palliativstation wechselte, erörtert den Unterschied zwischen den beiden Abteilungen anhand

einer Kontrastierung der technologischen Ausrichtung auf der Intensivstation mit dem gelebten Mitgefühl auf der Palliativstation. Mitgefühl schildert sie als einen zentralen Teil ihrer Professionalität als Palliativpflegende:

„Es ging [auf der Intensivstation] nicht um Beziehung, es ging nur um die Funktionalität. Und dafür kann man viel machen, es ist viel leichter, schnell irgendwas aufzuziehen, schnell irgendetwas anzuhängen, zu wechseln, das ist viel leichter als jemandem intensiv zuzuhören und das, ja, vielleicht auch so ein bisschen anzunehmen, das LEID des ANDEREN auch so ein bisschen MITzutragen. Das ist schwer, find ich“. (Person 110)

Von einer anderen Teilnehmerin wurde die Palliativstation buchstäblich als ein „Schatz“ bezeichnet, der durch den Kurs noch mehr zu Geltung komme (Person 119). Daher trägt das erste zentrale Motiv in der Thematisierung des Kurses den Namen *Der Kompetenzschatz der Palliativmedizin*. Die Mitarbeiter/-innen positionieren sich explizit als *achtsame Helfer/-innen*, indem sie beispielsweise aussagen, dass durch den Kurs wahrgenommene Veränderungen nur an bereits bestehende Kompetenzen anknüpfen würden. Indirekt erfolgt die beschriebene Positionierung über die Verwendung von abschwächenden linguistischen Markierern wie „verstärkt“ oder „wachgerufen“, um die wahrgenommene Wirkung des Kurses sprachlich zu mindern.

Das zweite zentrale Motiv in der Thematisierung des Kurses ist die divergierende Darstellung zweier unterschiedlicher Modi in der Beschreibung der Kursimplementierung auf der Arbeit: Der *Stressmodus* und der *Achtsamkeitsmodus*. Die Schwierigkeit, die meditativen Übungen mit dem Arbeitsmodus zu vereinbaren, erschwerte nach den Aussagen der Teilnehmer/-innen eine dauerhafte Integration in den Arbeitsalltag. Der Arbeitsmodus wurde als durch Hektik, Druck und Getriebenheit geprägt charakterisiert. Sprachlich wird der Unterschied zwischen den beiden Modi beispielsweise in einer Kontrastierung von *Metaphoriken der Weite und des Raums* für die Achtsamkeitsübungen vs. *Bilder der Funktionalisierung und der Einengung* für den Stressmodus abgebildet. Bezeichnend für viele Beschreibungen des Stressmodus ist ein *Steigerungsdrang*; dies in Form eines inneren Zwanges auf der Arbeit, etwas tun zu müssen und sich nicht ausruhen zu dürfen. Mehrere Teilnehmer/-innen beschrieben den Stressmodus normativ als eine *Seinsweise*, als eine persönliche Eigenschaft. Dementsprechend geben sie an, dass die dauerhafte Integration der Kursübungen auf der Arbeit nur durch eine Veränderung basaler Angewohnheiten der jeweiligen Person selbst erfolgen könne. Systemische und gesellschaftliche Aspekte bleiben in diesen Zusammenhang unbeachtet unerwähnt. Der potenzielle Einfluss von gesellschaftlichen Phänomenen wie der sozialen Beschleunigung, dem Steigerungsdenken und dem erdrückenden Bemühen um die Erhaltung der Konkurrenzfähig-

keit, die unlängst auch die Krankenhäuser erreicht haben (Rosa, 2006), werden in diesen subjektiven Theorien über die innerpsychische Regulation von Stress- und Zeitempfinden von den Mitarbeiter/-innen nicht erwähnt. Es liegt vor allem in der Verantwortung der psychologischen Forschung, in zukünftigen Untersuchungen nicht nur individuelle Faktoren, sondern auch den Einfluss sozialer Strukturen auf die Entstehung psychischer Belastungen systematisch zu explorieren. Jener Einfluss ist bisher empirisch kaum untersucht worden (Rosa, 2011)

Die Beschreibungen der Teilnehmer/-innen ergeben weiterhin in einem Aspekt ein paradoxes Bild: Durch den Stressmodus werden die angebotenen Übungen für viele von ihnen als *weiterer Stressfaktor* empfunden. Dies äußert sich zum Beispiel in *Semantiken von Zeitdruck und Leistung*. Diese drücken das innere Empfinden der Mitarbeiter/-innen aus, durch die Achtsamkeitsübungen unter Zeitnot und -Druck zu geraten. Bei einigen von ihnen wurde der Kurs nach ihren Aussagen zu einem weiteren Bereich, in dem sie etwas *leisten* mussten, was wiederum Druck erzeugte. Bei einigen Teilnehmer/-innen war auch eine Tendenz zu beobachten, die Übungen für bestimmte Zwecke zu *instrumentalisieren*, beispielsweise um Ruminations-tendenzen oder negative Emotionen gezielt zu unterbinden. Hiermit ist nicht das Formulieren und Anstreben von persönlichen Kurszielen gemeint, sondern die explizite Anwendung der Übungen, um bestimmte Aspekte, die als belastend wahrgenommen werden, zu beseitigen.

Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Mitarbeiter/-innen die selbstständige und regelmäßige Integration der Übungen in den Arbeitsalltag, wie sie am Anfang des Kurses empfohlen wurde, und nicht das Üben an sich, als einen Stressfaktor im Stressmodus beschrieben. Das, was als belastend hervorgehoben wurde, ist demnach die Übungen *ohne einen triftigen Grund* auf der Arbeit *selbst* einleiten zu müssen. Die Erfahrungen der Teilnehmer/-innen mit den unterschiedlichen, im Kurs angebotenen Übungen wurden durchgehend als *positiv und bereichernd* beschrieben und von fast allen Teilnehmer/-innen nach ihren Aussagen an einer bestimmten Stelle in ihrem Arbeits- oder privaten Alltag verankert.

Aufgrund des inneren Drucks, welchen die Teilnehmer/-innen im Alltag verspürten und mit der Integration der Übungen im Alltag verknüpften, erscheint es nicht verwunderlich, dass ein *äußerer oder ein innerer Zwang* für viele Teilnehmer/-innen die einzige Möglichkeit darstellte, die Übungen ohne schlechtes Gewissen regelmäßig in den Alltag einzubauen. Eine Teilnehmerin äußerte zum Beispiel retrospektiv den Wunsch gehabt zu haben, auf der Station persönlich abgeholt und in den Übungsraum gebracht zu werden. Zusätzlich wurden auch die drei Pflichttermine für sie zum wichtigsten Element des Kurses. Die positive Wirkung, die sie durch den Pflichtcharakter diese Termine verspürte bezeichnete sie paradigmatisch als „das

erzwungene Innehalten“. Andere Teilnehmer/-innen hoben hervor, dass sie das Ertönen der Klangschale in den Fluren brauchten, um die Praxis zu initiieren. Die Notwendigkeit, sich zum Üben zu *zwingen*, wurde jedoch auch an *inneren Zwangsmaßnahmen* sichtbar. Diese Thematisierungsregel wird in der auffälligen Versprachlichung einer *autoritären inneren Rede* deutlich, die den Teilnehmer/-innen dabei helfen sollte, Unlust oder inneren Druck zu überwinden.

Eine Möglichkeit, den inneren Druck zu überwinden, ist für die Teilnehmer/-innen die Nutzung *imperativer Pausen*. Diese besteht darin, die Praxis auf jene Momente des Tages zu verlagern, an denen die Mitarbeiter/-innen durch äußere Gegebenheiten gezwungen werden, ihre Aktivitäten zu reduzieren oder komplett zum Erliegen zu bringen. Beispiele hierfür wären das Warten an der Kasse im Supermarkt oder in der Zeit kurz vor dem Einschlafen.

Wie lassen sich diese Ergebnisse bezüglich der Schwierigkeiten der Implementierung der Kursübungen mit der Selbsteinschätzung der Teilnehmer/-innen vereinbaren, dass sie bereits sehr achtsame Helfer/-innen seien?

In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu verstehen, wie die Teilnehmer/-innen Achtsamkeit auffassen. Ein Blick auf die Deutungsmuster von Achtsamkeit (Kap. 2.9.3) als eine *vor dem Kurs bereits bestehende Kompetenz* verrät, dass die Mitarbeiter/-innen Achtsamkeit im Wesentlichen auf drei unterschiedliche Arten auffassen. Neben der Fähigkeit sich zu *entspannen* und der Ausübung von *Selbstfürsorge/ gegenseitiger Fürsorge im Team* wird Achtsamkeit oft als eine Haltung der *Bewusstheit während der Arbeit* gedeutet. Die Deutung von Achtsamkeit als Bewusstheit umfasst sowohl die Schilderungen der Mitarbeiter/-innen über ein achtsames Wahrnehmen im Kontakt mit Patienten/-innen und Angehörigen als auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Im Gegensatz zur Praxis der Achtsamkeit, die im Kurs gelehrt wurde und für deren regelmäßige Umsetzung die Mitarbeiter/-innen selbst die Motivation aufbringen müssen, gibt es auf dem Arbeitsplatz einen immerwährenden Anlass von höchster Priorität, geduldig, offen und wertschätzend die eigene Aufmerksamkeit auf das gegenwärtige Erleben zu richten, nämlich die Begleitung sterbender und trauernder Menschen. Wie bereits beschrieben ist konstante menschliche Zuwendung ein unverzichtbarer Teil in der palliativen Begleitung, wobei die Erhaltung der Lebensqualität der Patienten/-innen die oberste Priorität besitzt. Dies beinhaltet oft Aktivitäten, die Freude, Genuss und Sinn vermitteln. Bedingt durch ihr Verständnis von Achtsamkeit als *Bewusstheit und Selbstfürsorge/ Fürsorge* ist es daher nicht verwunderlich, dass die Befragten sich zwar als sehr achtsame Mitarbeiter/-innen beschrei-

ben, jedoch gleichzeitig angeben, Schwierigkeiten zu haben die Kursübungen in den Alltag zu integrieren.

Daher wird in dieser Dissertation postuliert, dass der Arbeitsauftrag in der Palliativmedizin einen konstanten Trigger für die Kultivierung von Achtsamkeit und Präsenz darstellt, der mit dem Stressmodus *vereinbar* ist. Die alltägliche Kultivierung von Bewusstheit im Zusammenhang mit einer ethisch anspruchsvollen Tätigkeit bedarf im Gegensatz zur Implementierung der Kursübungen keiner Zwangsmaßnahmen. Grund hierfür ist, dass Achtsamkeit in der Palliativmedizin als eines der zentralsten Mittel angesehen wird, um eine qualitativ hochwertige Versorgung und Begleitung zu gewährleisten und somit den Mitarbeiter/-innen eine unanfechtbare Berechtigung gibt:

- aus dem Stressmodus auszusteigen und zu entschleunigen,
- innezuhalten und sich in Absichtslosigkeit zu üben,
- auf die anderen Teammitglieder fürsorglich zu achten,
- sich von selbstbezogenen Ansprüchen zu lösen wie z.B. bei Konflikten mit Angehörigen defensiv zu reagieren,
- die eigene Position im System zu prüfen und gegebenenfalls nachzujustieren, um eine wirksame Hilfe leisten zu können.

Somit überrascht es nicht, dass die Begleitung sterbender und trauernder Mensch von Experten/-innen in diesem Bereich gar als ein spiritueller Entfaltungsweg gesehen wird (Müller, 2004). Weiterhin zeigt sich in dem Konzept von Bewusstheit als die *Schulung einer Haltung mit dem Hintergrund einer ethisch wertvollen Motivation* eine gewisse Überlappung mit dem fernöstlichen Konzept von Achtsamkeit; im Buddhismus kann die Praxis von Achtsamkeit (*sati*) von ihrem ethischen Gerüst nicht getrennt werden (siehe Kap. 1.3.1 Durch die Prüfung der eigenen Handlungsabsichten und Motive wird Sati in einen relationalen und sozialen Rahmen eingebettet (Stanley, 2015). Aus den Lehren des Buddhas kann entnommen werden, dass ethische Aspekte auch für den Entfaltungsweg des Meditierenden selbst eine zentrale Rolle spielen. Grund hierfür ist, dass diese die Durchführung der Übungen erleichtern. Den Überlieferungen zufolge gelingt es besser die Aufmerksamkeit zu fokussieren, wenn selbstzentrierte Tendenzen durch eine Kultivierung von Werten wie Mitgefühl verringert werden (vgl. Huxter, 2015).

Dass die regelmäßige Integration der Kursübungen im Alltag durch eine altruistische Motivation unterstützt werden kann, wurde auch von den Mitarbeiter/-innen thematisiert. So gelang es beispielsweise Person 115, täglich eine Gehmeditation durchzuführen, bei der sie *Metta* für andere praktizierte. Das Meditieren zuhause ohne eine solche Motivation gelang ihr dagegen nur unregelmäßig:

„Hab ja zu dieser Zeit sowohl die [Angehörigenbezeichnung] meiner Freundin begleitet als auch so meine eigene [Angehörigenbezeichnung] und, ja so, den ein oder anderen Kursteilnehmer, wo ich wusste, da ist wohl Leid unterwegs und hab so gemerkt, so im- im Gehen, dass ich wirklich auch diese (2) ja, also da wirklich (1) tiefe Gefühle und Wünsche denen entgegenbringen konnte; also das war wirklich, ist mir glaub ich in der ganzen Zeit- bis auf einmal- jeden Tag gelungen [...] Also da bin ich sozusagen SOfort da rein gegangen [...] hab dann auch vor diesem Hintergrund, (1) ähm, m=morgens und abends zwar HIN und wieder, (1) ähm, (1) meditiert, (1) hab aber gemerkt, dass dieses mich nicht sozusagen, also das dieser Teil nicht intensiviert“ (Person 115)

Diese Ausführungen werfen die Frage auf, inwiefern eine Kontextualisierung der Achtsamkeitspraxis in einem ethischen Rahmen bei Krankenhausmitarbeiter/-innen zu einer Verstärkung der Praxis beitragen kann. Ethische Aspekte werden in westlichen Achtsamkeitskursen in der Regel nur implizit thematisiert (Grossman, 2015; Grossman & Reddemann, 2016), dies z.B. durch die Einführung von Mitgeföhlübungen. Diese beinhalten eine inhärente ethische Ausrichtung (McCown, 2013). Es kann vermutet werden, dass eine zu starke Fokussierung auf die Aspekte der Aufmerksamkeitslenkung und der Akzeptanz im Rahmen der Vermittlung von Achtsamkeit deren Veränderungspotential - beispielweise auf einer politischen und sozialen Ebene - einschränkt (Stanley, 2015). Dieser Frage sollte in zukünftigen Studien nachgegangen werden.

Was die Deutungen von Achtsamkeit der Teilnehmer/-innen dieser Studie angeht, die als *zusätzlicher Gewinn durch den Kurs* beschrieben werden, werden vor allem Aspekte von Entschleunigung, Innehalten, Schutz vor negativen Emotionen und Verfügbarkeit von Ressourcen in schwierigen Situationen benannt. Diese Deutungen der Mitarbeiter/-innen entsprechen somit dem populären, westlich geprägten Verständnis von Achtsamkeit als einer Methode zur Stressbewältigung und Förderung eines gesunden Lebensstils (vgl. Schmidt, 2015b, S. 36). Der Mehrwert des Kurses wird vor allem in dieser Hinsicht wahrgenommen. Dies weist darauf hin, dass unter Umständen eine explizite Auseinandersetzung mit den ethisch-moralischen Aspekten des Kurses zu kurz gekommen war.

2.10.2.3 Die Wertschätzung des Lebens: Einbettung der Mitgeföhlübungen in das Relevanzsystem der Befragten

Wie bereits mehrfach erwähnt verknüpfen die Mitarbeiter/-innen den Begriff des Mitgeföhls eng mit ihrem beruflichen Selbstverständnis. Allerdings wurde Mitgeföhl in keinem Fall als zentrale handlungsantreibende Kraft in der Arbeit im palliativen Bereich definiert. Einige Mitarbeiter/-innen relativierten sogar die Rolle des Mitgeföhls als nur eine der vielen Fähigkeiten, die sie für die Arbeit benötigen. Manche schrieben ihm sogar eine potenziell gefährliche Wirkung zu, sollte es zu stark ausgeprägt sein. Das ist nicht verwunderlich, wenn der alltägliche Sprachgebrauch des Begriffs Mitgeföhl als Empathie und Anteilnahme berücksichtigt wird. Im medizinischen Sektor wird Mitgeföhl teilweise als etwas Problematisches angesehen und bspw. mit Begriffen wie Last in Verbindung gebracht (siehe z.B. Das Buch „Die Last des Mitföhls“ von Overlander, 1996).

In englischsprachigen Ländern wie England oder Kanada ist das Wort Mitgeföhl (engl. *compassion*) durchaus positiver besetzt und rückt zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit von wichtigen Interessenvertretern/-innen im Gesundheitssystem (Sinclair et al., 2016). Die Unterscheidung zwischen Empathie, Mitleid und Mitgeföhl scheint zudem in der englischen Sprache klarer zu sein (siehe z.B. Soto-Rubio & Sinclair, 2018).

Anstatt über Mitgeföhl als tragende Kraft zu sprechen, verwendeten die Mitarbeiter/-innen durchgehend den Begriff der *Haltung*, um eine ethisch wertvolle Orientierung zum Menschen zu beschreiben. Es handelt sich dabei um eine annehmende Haltung, die die Einzigartigkeit menschlichen Lebens wertschätzt und Leid zwar als Teil der menschlichen Existenz akzeptiert, sich jedoch nicht nur auf diesen Aspekt fokussiert. Sie ist zugewandt und drückt sich in Wohlwollen und entsprechenden *Handlungen* aus. Diese Haltung wurde von den Mitarbeiter/-innen nicht weiter benannt und wird hier als *die Wertschätzung des Lebens* zusammengefasst. Da die Mitarbeiter/-innen diese Haltung *nicht* mit Mitgeföhl gleichsetzten, verwundert es nicht, dass sie sie von den im Kurs erlernten Inhalten abgegrenzt sehen wollten. Manche von ihnen kritisierten die Mitgeföhlsübungen wegen ihrer sprachlichen Fokussierung auf die Dichotomie von Leid und Glück als *zu starr* und leidfokussiert. Sie kontrastierten zudem die Ausrichtung des Kurses mit der Vielschichtigkeit der Begegnungen in ihrer Arbeit. Eine Teilnehmerin erweiterte den Begriff des Mitgeföhls, indem sie ausführte, die *Liebe zu den Menschen* sei die Kraft, die sie auf ihrer Arbeit tragen würde; Mitgeföhl beschrieb sie lediglich als einen „Teil“ dieser Liebe.

Auch in vielen anderen Interviews wurde deutlich, dass die Teilnehmer/-innen Verbindungen zu den Patienten/-innen und Angehörigen aufbauten, die über eine reine empathische Resonanz hinausgehen und vielmehr eine situativ flexible und positiv besetzte *Verbundenheit* widerspiegelten. Diese Art der Verbundenheit hatte für die Befragten eine bereichernde Wirkung. So wurde sie von einer Teilnehmerin als „Kostbarkeit“ und von einer anderen als „der Grund, warum ich hier arbeite“ beschrieben. Das Motiv der Verbundenheit wird in dem folgenden Unterkapitel näher beschrieben. Da die Mitarbeiter/-innen individuelle Konzepte aufwiesen und unter Mitgefühl etwas anderes verstanden, als es die buddhistische Tradition auffasst, sollte sowohl auf eine Rückbindung des Begriffes an den buddhistischen Kontext, Wert gelegt werden, wie auch auf eine Verknüpfung des Begriffes an die Verständnisweise der Kursteilnehmer/-innen von Achtsamkeitskursen in welchen auch Mitgefühlspraktiken vermittelt werden.

Jenseits der dezidierten Positionierung der Mitarbeiter/-innen als mitfühlend und wertschätzend oder ihrer Erweiterungen und Ergänzungen des Konzepts Mitgefühl muss verzeichnet werden, dass die *Mitgefühlsübungen* dennoch auf einen *großen Anklang* bei den Mitarbeiter/-innen stießen. Dies wird nicht zuletzt darin gesehen, dass viele von ihnen intuitiv ähnliche Praktiken bereits vor dem Kurs angewandt hatten. Andere Teilnehmer/-innen versprachlichten eine Identifikation mit der Symbolik der Übungen. Die Symbolik bezog sich auf das, was die Übungen auf einer übergeordneten Ebene repräsentieren, nämlich die Fähigkeit, sich Menschen gegenüber zu *öffnen*. Die Mitarbeiter/-innen berichteten sich dadurch in ihrer Arbeitsweise bestätigt zu sehen. So verglich eine Teilnehmerin die Entlastung, welche die *Metta*-Meditation mit sich brachte, mit der Auswirkung der kurzen Gebete, die sie schon immer nach ihrer Arbeit für die ihr anvertrauten Menschen aussprach. Eine andere Mitarbeiterin betonte, dass der Kurs mit seinem Schwerpunkt auf das Thema des Mitgefühls ihr eine „Legitimation“ verliehen hätte, sich weiterhin für Patienten/-innen und Angehörige engagiert einzusetzen. Vor allem die *Metta*-Meditation wurde in der Kursevaluation sehr positiv bewertet. Sie wurde von 72% der Befragten als sehr hilfreich empfunden.

Schließlich soll ein weiterer beachtenswerter Aspekt der Einbettung der Übungen in die Deutungsmuster der Teilnehmer/-innen Erwähnung finden, nämlich die Thematisierung des *Glauben an Unsichtbares*. Diese Kommunikationsform drückte sich aus in der Verwendung von religiösen oder spirituellen Begriffen, um die Auseinandersetzung mit den *Metta*- und *Tonglen*-Übungen zu beschreiben. Eine Teilnehmerin betonte beispielsweise, dass ihr beim Einlassen auf die Übungen der Glaube daran geholfen hätte, „dass es da irgendwas gibt [...] was sich irgendwie überträgt“, womit sie eine Verbindung zwischen Meditation und transzen-

zenten Weltanschauungen herstellte. Eine weitere Person brachte die *Tonglen*-Übung mit dem Weitergeben „göttlichen Segens“ in Verbindung. Diese Assoziationen knüpfen an abendländische und christliche Diskurse über Mitgefühl an und sollten bei der Vermittlung dieser Praktiken im Westen berücksichtigt und unter Umständen thematisiert werden.

Schwierigkeiten mit dem Transfer der Mitgefühlsübungen wurden vor allem in Bezug auf die *Tonglen*-Übung geäußert. Diese hingen insbesondere mit der Angst vor emotionaler Überforderung zusammen. Eine vorsichtige Herangehensweise durch den Kurslehrer erwies sich in diesem Zusammenhang als besonders hilfreich. Die Komplexität der *Tonglen*-Übung wurde ebenfalls thematisiert. Eine Teilnehmerin, die in der stationären Pflege arbeitete, wies auf die Schwierigkeit hin, die Übung in der Pflege umzusetzen in Anbetracht der gleichzeitigen Beanspruchung vielfältiger physischer, kognitiver und emotionaler Ressourcen während der pflegerischen Tätigkeit. Diese Perspektiven sollten in zukünftigen Projekten berücksichtigt werden, um einer emotionalen Überforderung von Kursteilnehmer/-innen vorzubeugen – insbesondere in Anbetracht der Tatsache, dass emotionale Herausforderungen in der Pflege anders als bei therapeutischen Gesprächen, die einen strukturierten Rahmen aufweisen, spontan während der Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten auftreten (Overlander, 2015).

Zur Anwendung im direkten Patienten/-innenkontakt kam die *Tonglen*-Übung ausschließlich im Rahmen von strukturierten Beratungsgesprächen. Unter Umständen kann eine Adaption der *Tonglen*-Übung gemeinsam mit Pflegekräften vorgenommen werden, sodass deren Anwendung während der Pflegearbeit leichter vollzogen werden kann.

2.10.3 Professionelle Verbundenheit im Arbeitskontext: Im Spannungsfeld von Mitgefühl und Selbstfürsorge

Das gemeinsame Element, das in allen Interviews das Gleichgewicht zwischen einer mitfühlenden Versorgung und der Erhaltung des eigenen Wohlbefindens beschrieb, war paradoxerweise das Phänomen der professionellen Verbundenheit. Damit ist die Fähigkeit gemeint, in einem professionellen Rahmen Nähe herzustellen und zu regulieren.

Die hier postulierte Definition von Verbundenheit in der Gesundheitsversorgung lautet: *Verbundenheit kann als die Fähigkeit definiert werden, sich bewusst und selbstreflektiert – wenn auch vorübergehend und im Rahmen des professionellen Auftrags – auf den Menschen, dem man hilft, einlassen zu können.* Zentrale, dieser Definition zugehörige Aspekte, sind eine Begegnung auf der Ebene der *geteilten Menschlichkeit* im Sinne einer Zugehörigkeit zu etwas Gemeinsamem, der Respekt für die *Selbstbestimmung* der Patienten/-innen und Angehörigen, aber auch für die eigene Selbstbestimmung. Generelle Gefühle von *Liebe und Wertschätzung*

für andere wurden darin als *Schutzfaktoren* gegen Burnout bezeichnet. Ein wichtiges Merkmal von Verbundenheit war nach den Aussagen der Mitarbeiter/-innen die Herstellung eines Gefühls von *Kohärenz*. Schließlich war ein weiterer Faktor, der den Mitarbeiter/-innen dabei half, sich nicht durch die Nähe zu Patienten/-innen und Angehörigen überwältigt zu fühlen, die *frühe Bestimmung von Arbeitsaufgaben und -rollen* in der klinischen Begegnung. Obgleich es eine sehr anspruchsvolle Form der Begegnung im klinischen Kontext darstellt, wurde die Erfahrung der Verbundenheit auf der Arbeit als höchst befriedigend beschrieben, da sie eine Form der interpersonellen Verbindung ermöglicht, die über die reine Erfüllung einer Tätigkeit hinausgeht. Im Folgenden werden die Eigenschaften professioneller Verbundenheit sowie deren förderliche Faktoren zusammenfassend geschildert und diskutiert.

Geteilte Menschlichkeit

Dieser Aspekt beschreibt *die Qualität der Nähe* im professionellen Bereich. Diese beruht auf der Zugehörigkeit zu etwas Gemeinsamem und ist geprägt von Menschlichkeit und Authentizität. So berichteten mehrere Mitarbeiter/-innen, dass sie auf die Gemeinsamkeiten zwischen ihnen und den Patienten/-innen achten, um sich mit diesen zu verbinden. Damit wird das Gefälle zwischen dem Helfer und den Patienten/-innen reduziert und eine Begegnung zwischen zwei Menschen ermöglicht, die sich in diametral gegenüberstehenden Situationen befinden. Dieses Gefühl der Zugehörigkeit zu einer gemeinsamen Gruppe erleichtert unter Umständen die Bereitschaft der Mitarbeiter/-innen, tiefe Empathie für viele ihrer Patienten/-innen zu empfinden. Eine Übersichtsarbeit von Hein und Singer (2008) legt beispielsweise nahe, dass unsere empathische Reaktion im Gehirn und auch unsere Bereitschaft anderen zu helfen von verschiedenen Faktoren moduliert wird. Dazu zählt auch die Wahrnehmung eines anderen Menschen als zugehörig zur eigenen Gruppe oder nicht (siehe hierzu Hein, Silani, Preuschoff, Batson, & Singer, 2010). Die in den Interviews versprachlichte Erweiterung des eigenen Mitgefühls von einer selektierten Gruppe auf alle Menschen im Sinne einer *“common humanity“* könnte also einen förderlichen Aspekt für die interpersonelle Arbeit darstellen. An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass diese Vorstellung von interpersoneller Begegnung als der Erweiterung des eigenen Mitgefühls auf unbekannte Personen der buddhistischen Konzeptualisierung von Mitgefühl sehr nahe steht (siehe z.B. Salzberg, 2002).

Mit Authentizität ist zudem gemeint, dass die Bedürfnisse der Helfer/-innen einen Raum in der Begegnung haben dürfen. Dies bettet die Grenzerfahrung, die der Tod darstellt, in einen Rahmen von Normalität ein, nämlich als Teil des Lebens, das weitergeht. Distanz schaffende Floskeln werden von den Mitarbeiter/-innen als fehl am Platz wahrgenommen; Echtheit er-

langt dagegen bei ihnen einen hohen Stellenwert. Auch hierin wird sichtbar, dass Verbundenheit über das reine Erfüllen einer Tätigkeit hinausgeht. Eine Teilnehmerin erklärte dies treffend mit folgenden Worten:

„Also, es gibt immer diesen Satz, ich verstehe Sie, aber da würde ein Kranker sagen, Sie verstehen das nicht, mein Leben ist fast zu Ende und ich habe höllische Schmerzen und Sie stehen neben dem Bett und haben keine Schmerzen, Sie können das nicht verstehen, aber eine Ahnung, man hat eine Ahnung, so, man nähert sich dem an und das ist eben, also, das ist mehr zu tun, als nur seinen Job zu machen und dann wieder raus zu gehen“ (Person 106)

Liebe und Wertschätzung

Eine weitere Eigenschaft von Verbundenheit ist die Orientierung am Menschen, in den Worten der Teilnehmer/-innen eine „Menschenliebe“. Mit Menschenliebe wird eine Neugierde für die Einzigartigkeit jedes einzelnen Menschen sowie eine annehmende und verstehende Haltung beschrieben. Diese wird als *antreibende Kraft* in der Herstellung von Verbundenheit sowie für dessen Ausdruck in Zuwendung und Mitgefühl beschrieben. Auch wird gerade dieser Aspekt explizit von mehreren Teilnehmer/-innen als burnoutprophylaktisch bezeichnet. Dieses Ergebnis bestätigt die Annahme von Singer & Bolz (2013), dass die Aktivierung neuronaler Netzwerke, die mit Affiliation, Liebe und menschlicher Wärme zusammenhängen, eine protektive Funktion in der Arbeit mit Patienten/-innen haben kann.

Aufgrund der Präferenz der Teilnehmer/-innen für den Begriff der Liebe oder Menschenliebe als eine antreibende Kraft eignen sich diese Begriffe unter Umständen für die kulturelle Übersetzungsleistung eines buddhistisch gefassten Begriffs des Mitgefühls – oder als Ergänzung zum diesem. Im deutschen Kulturgut findet sich ein Fundament für diese Verknüpfung. So beschrieb der deutsche Philosoph und Soziologe Max Scheler (1913), Liebe als eine Bedingung von tragfähigem Mitgefühl. Auch wenn die Liebe für die Menschen, mit denen wir mitfühlen, auf einem Gefühl der Zugehörigkeit basiert, also eine Liebe zu der Menschheit als Ganzes darstellt, erachtet er diese als notwendig, damit der Ausdruck des Mitgefühls über ein bloßes Nachfühlen hinausgeht:

„Daß wir nur in dem Maße und nur in der Tiefe mitfühlen, als wir lieben. Wo wir nicht den Gegenstand, mit dem wir fühlen, tiefer lieben, ist unser Mitgefühl bald zu Ende und geht sicher nicht bis ins Zentrum der Person. Nun soll aber unser Satz durchaus nicht besagen, wir müssten denselben Gegenstand auch schon lieben, mit dem wir mitfühlen. Wir haben oft mit einem Menschen Mitgefühl, den wir nicht lieben. [...] Aber auch in diesem Falle sind die Mitfühlensregungen durch Liebe fundiert; die fundierende Liebe ergeht dann, sei es zu einem Ganzen, dessen Teil und Glied er ist (Familie, Volk, Menschengattung), oder zu einem allgemeinen Gegenstand, für den er uns ein Beispiel ist (z.B. Volksgenosse, Familienglied, Glied der

Menschheit, ja „ein“ Lebewesen), [...] der Akt des Mitfühlens muss in einem ihn umspannenden Akt der Liebe noch eingebettet sein, soll es zu mehr als zu einem bloßen Verstehen und Nachfühlen kommen.“ (S. 43-44).

Bewusstheit und Selbstreflexion

Verbundenheit ist für die Mitarbeiter/-innen eine anspruchsvolle Fähigkeit. Das Einlassen auf andere bisher unbekannte Personen im Rahmen eines professionellen Auftrags kann sehr intensiv sein und bedarf dadurch eines hohen Grades an *Selbstreflexion* und Achtsamkeit. Die Mitarbeiter/-innen sind angehalten, *Bewusstheit*¹⁰ im Sinne einer Achtsamkeit für sich selbst und andere zu kultivieren. Diesen *regulatorischen Aspekt* erkannten die Mitarbeiter/-innen als Professionalität an. Ohne Bewusstheit ist der Helfer den „Gewässern des Mitfühlens“ (siehe Kap. 2.9.5.5) im Sinne von Empathie und Anteilnahme ausgeliefert. In diesem Zusammenhang thematisierten mehrere Befragte die Angst, sich in dem Schicksal anderer zu verlieren.

Selbstreflexion und Bewusstheit ermöglichen den Mitarbeiter/-innen, sich die eigene Position im System immer wieder zu vergegenwärtigen und zu prüfen, ob diese für den Arbeitsauftrag adäquat ist oder nicht. Darüber hinaus ermöglichen sie es, die eigene Selbstfürsorge zu kultivieren. Dieser Schritt entspricht in etwa dem, was man in den helfenden Berufen bisher als *Abgrenzung* bezeichnet hat. In dieser Arbeit wird jedoch explizit auf den Begriff der Abgrenzung verzichtet, da die Mitarbeiter/-innen diesen in ihren Versprachlichungen nur selten verwendeten. Vielmehr ergeben ihre Beschreibungen das Motiv des Suchens und Findens einer adäquaten Position im Versorgungssystem.

Respekt für die eigene und fremde Selbstbestimmung

Aus den Narrativen der Mitarbeiter/-innen wird deutlich, dass sie nicht jeden Versuch, einem Menschen zu helfen, tatsächlich auch als hilfreich erachten: Sie äußerten sich darum bemüht, ihre Handlungen zu reflektieren und zu prüfen, ob diese auch wirklich heilsam sind. Hierin zeigt sich der *ethische Charakter* von Verbundenheit, der sich in einer Sorgfalt im Umgang mit Mitgefühl und in dem Respekt für die eigene und die Selbstbestimmung des anderen ausdrückt. Person 106 beschrieb diesen Respekt als die Kerneigenschaft wahren Mitgefühls:

„Dass es eben nicht das Mitgefühl ist, was das Leid sieht, hinstürzt, denjenigen in den Arm nimmt und sagt, ist schon nicht so schlimm und komm her und mach und so, sondern dass es ein Wahrnehmen ist, Abstand halten, anschauen, ein Angebot,

¹⁰ Der Begriff der Bewusstheit wurde in dieser Dissertation absichtlich anstelle von Achtsamkeit gewählt, da das Achtsamkeit-Konzept der Mitarbeiter/-innen im Rahmen ihrer Positionierung als achtsame Menschen von der modernen Definition von Achtsamkeit abweicht. Sie verstehen unter Achtsamkeit auch Verhalten der Selbstfürsorge oder der Fürsorge für andere (siehe Kap. 2.9.1.1).

aber ohne Druck [...] man MUSS nicht immer der allernächste sein, also auch der intimste oder nächste, so“ (Person 106)

Eine weitere Teilnehmerin offenbarte in diesen Zusammenhang eine völlig neue Facette von Mitgefühl. Für sie war das stellvertretende *Wegnehmen des Leids eines anderen* eine Form der Respektlosigkeit. Sie verglich einen leidenden Menschen mit einer Person, die in einer Badewanne auf ihrem Leid sitzt: Sie sei nackt und „empfindlich“. Übernimmt man ihr Leid, indem man es zum Beispiel unreflektiert an sich heranlässt, um die eigene Not zu lindern und es sozusagen benutzt, um die eigenen Themen auszudrücken, dringt man unerlaubterweise in seinen höchst intimen Raum des persönlichen Leids ein. Dagegen ist das *bewusste Mitleiden*, das dann stattfindet, wenn man versucht, einen Menschen zu verstehen, etwas, was zwei autonome Menschen verbindet. Ein weiterer Aspekt des Respekts für die Selbstbestimmung eines anderen Menschen, den man begleitet, ist das Loslassen dieses Leids als *fremdes Leid*, nachdem man wieder aus seiner Arbeitstätigkeit heraus geht. Diese Vorstellung der Mitarbeiter/-innen impliziert, dass sie sich nicht so stark mit dem Leid identifizieren, welches sie beobachten. Diese Differenzierung zwischen dem eigenen Selbst und *dem anderen als den Leidenden* erwies sich als ein protektiver Faktor gegen übermäßige Belastung. Lamm, Batson, & Decety (2007) fanden mithilfe einer Magnet-Resonanz-Tomografie-Studie an 17 gesunden Probanden/-innen heraus, dass die Vorstellung, selbst in der Situation des anderen zu sein (engl. *imagine-self*), mit einer höheren Belastung einherging als die Vorstellung der Gefühle, welche die andere Person in dieser Situation zu empfinden vermochte (engl. *imagine-other*). Diese Form der Differenzierung wurde von vielen der Befragten explizit als ein wichtiges regulierendes Element von Empathie beschrieben.

Mitfühlende Handlungen, so die Befragten, sollen darüber hinaus danach beurteilt werden, inwiefern sie dem anderen dienlich sind, auch wenn sie im Allgemeinen gefühlvoll und anteilnehmend erscheinen. Sie sollten immer im Interesse des anderen ausgeführt werden und nicht, um die eigene Not oder Belastung zu mildern. Diese Eigenschaft greift auch einen zentralen Aspekt von Mitgefühl auf, der im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs oft vernachlässigt wird, nämlich den *Handlungsaspekt von Mitgefühl*. Dies wird zum Beispiel an der Definition von Singer & Klimecki (2015) deutlich. Die Autoren/-innen betonen in ihrer Definition vor allem die Gefühls- und Antriebsaspekte von Mitgefühl.

Dass der Handlungsaspekt von Mitgefühl für viele Patienten/-innen eine wichtige Rolle spielt, zeigte die groß angelegte, qualitative Studie von Sinclair et al. (2016) an 53 unheilbar Kranken, bei denen es sich um onkologische Patienten/-innen in Kanada handelte. Diese Studie konnte zeigen, dass Patienten/-innen Mitgefühl vor allem an der Reaktion und an den Hand-

lungen (engl. *response*) der Gesundheitsfachkräfte erkennen. Die Definition von Mitgefühl, welche die Wissenschaftler/-innen aus den Narrativen der Patienten/-innen ableiten konnten, lautet: „Mitgefühl ist eine ethisch wertvolle Reaktion oder Antwort auf das Leid eines anderen, die durch relationales Verständnis und Taten das Leid und die Bedürfnisse einer Person anzusprechen versucht“ (Sinclair et al., 2016, S. 195, eigene Übersetzung¹¹). In den Worten einer Patientin jener Studie zeichnen sich mitfühlende Gesundheitsfachkräfte dadurch aus, dass sie „über das Standardmaß und die Dinge, die man ihnen in ihrer Ausbildung beigebracht hat, hinausgehen. Sie tun Dinge, die sie nicht unbedingt tun müssen, denn sie gehören nicht zu ihren Job, aber sie tun sie trotzdem“. (Sinclair et al., 2016, S. 200, eigene Übersetzung¹²).

Für die befragten Patienten/-innen in der Studie von Sinclair et al. (2016) war die Tragweite der Begegnung mit den Behandler/-innen ein prominentes Merkmal von Mitgefühl. Diese war unabhängig von der Dauer des Kontaktes und hatte, ähnlich wie in den Beschreibungen der Mitarbeiter/-innen auf der Palliativstation, vielmehr damit zu tun, ob die Behandler/-innen ihren Patienten/-innen als Mitmenschen begegneten (siehe auch Sinclair et al., 2016).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Studie von Gilbert et al. (2014). Sie explorierten die subjektiven Perspektiven von Mitgefühl bei 12 Patienten/-innen, die aufgrund von Übergewichtsproblemen therapeutische Hilfe suchten. Die Studie zeigte, dass auch diese Patienten/-innengruppe Mitgefühl überwiegend als das Fürsorglich-Sein oder das Umsorgen anderer Menschen in leidvollen Situationen verstand. Diese Art der Fürsorge kann die unterschiedlichsten Formen annehmen je nach persönlichem Bedarf, wobei die Beschreibungen stark handlungsorientiert waren. Genannt wurden Umarmungen, Zuhören, aber auch Angebote von praktischer Unterstützung und Rat.

Hinausgehen dürfen und loslassen können: Die Selbstbestimmung der Helfer/-innen

Dass mitfühlende Handlungen als tugendhaft beschrieben werden, muss nicht bedeuten, dass Helfer/-innen sich dafür aufopfern. Ein wichtiges Merkmal bei der Herstellung von professioneller Verbundenheit ist, wie bereits erwähnt, die Echtheit oder Authentizität in der Kommunikation. In diesem Zusammenhang erachteten einige Mitarbeiter/-innen es als sehr wichtig, selbst bestimmen zu können, wann sie aus einer Arbeitssituation wieder herausgehen.

¹¹ Im Original: “Compassion is a virtuous response that seeks to address the suffering and needs of a person through relational understanding and action.”

¹² Im Original: “They’re going above and beyond and doing other things that they’ve been taught, [things they] do not necessarily have to do because it’s not their job but they’re doing it anyways.”

Interessant ist die Beobachtung der Teilnehmer/-innen, dass bei mangelnder Selbstbestimmung darüber, wie viel und unter welchen Bedingungen sie anderen helfen, die Herstellung von Verbundenheit bei ihnen erschwert wird oder sich in das Gegenteil einer unempathischen Haltung verwandeln kann. Dies scheint einen Versuch darzustellen, sich von internen oder externen Anforderungen und übertriebenen Gefühlen der Verantwortung zu schützen. So wurde von den Teilnehmer/-innen, die Schwierigkeiten hatten, Aufträge zu delegieren oder zu verweigern, Verbundenheit als etwas Gefährliches oder Belastendes beschrieben. Diese Beobachtung trat, wie bereits zuvor thematisiert, gehäuft bei den Mitarbeiter/-innen im ambulanten Bereich auf und bedarf weiterer Forschung.

Kohärenz

Eine wichtige Voraussetzung von Verbundenheit, die in den Interviews häufig thematisiert wurde, war die Herstellung von Kohärenz im zwischenmenschlichen Bereich. Damit ist die Fähigkeit gemeint, die Erfahrungen von Nähe auf der Arbeit als sinnhaft zu empfinden und als handhabbar einzustufen. Sie dient als *subjektiver Rahmen*, in welchem die Erfahrung der Verbundenheit eingebettet und bewältigt wird.

Interpersonelle Kohärenz wird von den Mitarbeiter/-innen auf kognitive und/oder emotionale Art und Weise hergestellt. Jene, die eine eher vorsichtige Herangehensweise präferierten, tendierten dazu, kognitive Strategien zu wählen. Dies taten sie z.B., indem sie Konstrukte wie die *Mitgefühl-Mitleid-Quantifizierung* („Mitfühlen darf man viel, Mitleiden nur wenig“) einsetzten, um das Ausmaß an Involviertheit in den Begegnungen mit Patienten/-innen und deren Angehörigen zu regulieren. Diese Quantifizierung fungiert als mahnende Erinnerung an die Mitarbeiter/-innen, sich nicht zu sehr mit den negativen Aspekten der Patienten/-innensituation zu identifizieren oder diese zu übernehmen. Manchmal jedoch wurde die Kohärenz mittels Bildern oder Symbolen hergestellt, die die Helfer/-innen begleiteten und tiefere emotionale Schichten berührten. Sie steht dann für ein tiefes Einlassen auf die Erfahrungen im zwischenmenschlichen Bereich, das von sehr viel Vertrauen und Zuversicht geprägt ist.

Frühe Auftragsklärung

Die frühe Klärung der Arbeitsaufgaben und/oder Rollen in der klinischen Begegnung bildet den *objektiven Rahmen*, in den die Erfahrung von Verbundenheit eingebettet wird. Sie bietet Orientierung und Struktur und fördert so die Aufrechterhaltung von Verbundenheit. Dieser Aspekt ist vor allem für die Mitarbeiter/-innen im SAPV-Bereich von Bedeutung. Die Arbeitsaufgaben rechtzeitig zu sortieren, Arbeitsziele zu eruieren und den Arbeitsprozess trans-

parent zu kommunizieren, bewahrt die Mitarbeiter/-innen aus ihrer Sicht vor der „Gefahr“, zu viel Verantwortung zu übernehmen und ihre Selbstbestimmung zu verlieren.

Einbettung des Modells der professionellen Verbundenheit in die Fachliteratur

In der Psychologie besteht die Verbundenheit als universellem Interaktionsphänomen keine einheitliche Definition (Tippenhauer, 2000). Vielmehr werden in Abhängigkeit von dem Felde, in welchem über Verbindung zu anderen oder Verbundenheit gesprochen und geschrieben wird, unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, um das Phänomen der emotionalen Nähe zu anderen Menschen zu beschreiben. So spielt das verwandte Konzept der *Bindung* in der Entwicklungspsychologie eine zentrale Rolle. In der klinischen Psychologie betont der Begriff der *sozialen Unterstützung* den Effekt von sozialen Verbindungen auf das psychische Wohlbefinden. Schließlich fokussiert die Sozialpsychologie mit dem Konstrukt der *Zugehörigkeit* das menschliche Bedürfnis nach sozialer Zusammengehörigkeit. Alle Begriffe haben gemeinsam, dass sie eine affektive Verbindung zu anderen Menschen beschreiben. (Seppala, Rossomando, & Doty, 2013).

Basierend auf den Beobachtungen des Psychoanalytikers Heinz Kohut (1984) über die Organisation des Selbst postulierten Lee & Robbins (1995) *Verbundenheit* (engl. *connectedness*), neben *Gemeinschaft* (engl. *companionship*) und *Bindung* (engl. *affiliation*), als eine der drei Komponenten von Zugehörigkeit (engl. *belongingness*). Nach Lee & Robbins (1995) ist Zugehörigkeit eines der zentralsten Bedürfnisse des Menschen. Kohut (1984) definiert Verbundenheit als die Fähigkeit, sich als „Mensch unter Menschen“ (S. 200, zitiert nach Lee & Robbins, 1995) zu fühlen sowie sich mit anderen Menschen identifizieren zu können, die jedoch als unterschiedlich von einem Selbst wahrgenommen werden. Diese Fähigkeit setze ein reifes und stabiles Selbst voraus. Ein verwandtes Konzept, das aus der systemischen Therapie stammt, ist das Konzept der bezogenen Individuation (Stierlin, 2003). Damit wird die Fähigkeit beschrieben, in Beziehungen sowohl die eigenen Bedürfnisse nach Nähe als auch die nach Selbstdifferenzierung ausleben zu können und seinem Gegenüber diese Möglichkeit ebenfalls zuzugestehen.

Eine Kernkomponente dieser Definitionen ist, dass sie die Dichotomie aus einem Gefühl der Zugehörigkeit und der Fähigkeit zu Autonomie beschreiben. Dies trifft für das hier beschriebene Konzept der professionellen Verbundenheit ebenfalls zu.

Tippenhauer (2000) führte in Freiburg eine schriftliche Befragung mit 18 Personen zu ihrem Verständnis von Verbundenheit durch. Aus der Analyse der Antworten der befragten Perso-

nen arbeitete er vier inhaltliche Kategorien heraus, die er als die Komponenten von emotionaler Verbundenheit beschrieb und die sich teilweise mit den hier postulierten Komponenten der professionellen Verbundenheit überschneiden. Diese sind Vertrauen, emotionale Nähe, Autonomie und Austausch. Unter *Vertrauen* fasst der Autor Antworten zusammen, welche Aspekte wie Ehrlichkeit, Offenheit, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit adressieren. Die Komponente *emotionale Nähe* meint die zwischenmenschliche Verbindung auf der Gefühlsebene wie zum Beispiel das Teilen von Emotionen oder das Gefühl der Vertrautheit. Die Komponente der *Autonomie* fasst Aspekte wie Eigenständigkeit und die Regulation von Nähe und Distanz zusammen. Schließlich bezeichnet der Aspekt *Austausch* den kommunikativen Aspekt, genauer den Wunsch sich verstanden zu fühlen und die andere Person verstehen zu wollen.

Förderliche Faktoren von Verbundenheit

Die Herstellung von Verbundenheit im professionellen Bereich kann nach Ansicht der Mitarbeiter/-innen zum Teil entwickelt und erlernt werden. Persönliche Ressourcen sind hier genauso erforderlich wie eine unterstützende Begleitung durch andere.

Aus den Schilderungen der Teilnehmer/-innen wird deutlich, dass sie die *Kultivierung von Achtsamkeit* als eine förderliche Ressource ansehen, um Nähe im professionellen Bereich herzustellen und zu regulieren. Zusätzlich zu der Rolle, die Achtsamkeit als Bewusstheit im Patienten/-innenkontakt spielt, glauben einige Mitarbeiter/-innen, dass die Teilnahme an einem Achtsamkeitskurs für Menschen, die nicht Teil des förderlichen Umfelds der Palliativmedizin sind, hilfreich sein könnte, um Verbundenheit zu Patienten/-innen herzustellen. Die biografische Darstellung der Laufbahn im palliativmedizinischen Bereich von Person 115 zeigt ausdrücklich, welche zentrale Rolle die Mitarbeiter/-innen Achtsamkeit bei der Herstellung von Kohärenz im zwischenmenschlichen Bereich zusprechen. Sie erklärt, dass non-verbale Qualitäten wie *Akzeptanz*, *Vertrauen* und *Sinnhaftigkeit* in ihren Augen nur durch das achtsame Wahrnehmen der Gegenwart gefördert werden können:

„Also, ich selber habe die Erfahrung gemacht, dass das erste Jahr meiner Palliativarbeit mein gefühlsintensivstes Jahr war, ich bin oft mit dem Leid nach Hause gegangen, ich hab sehr intensiv mitgeföhlt, hab manchmal auch sozusagen den Ausgang, den Kanal, wo es rausging, nicht gefunden. [...] Und da hab ich die Erfahrung gemacht, dass das der Teil war, der mit Sprache nur unzureichend erfasst wird, im Sinne von da gibt's einfach keine Lösung, sondern man hat dann darüber geredet und gemerkt, ach ja, dem anderen geht's auch so, aber das ist nicht der Weg, wodurch es aus einem rausgeht und vielleicht woanders hingegeben werden darf. [...] und ich glaube, dass die Achtsamkeit sehr den Teil der Sinnhaftigkeit mit anspricht; sozusagen die Handhabbarkeit, also diese tiefe Erkenntnis, immer wieder gespürt zu haben, Leid ist, und Leid ist in der Welt, und das ist auch Welt und auch, wenn ich den Sinn

nicht verstehe, mein Platz ist da richtig, ja, ich glaube, das macht die Achtsamkeit.“
I: Inwiefern? P: Ja, weil, ich, ähm, (5) weil, weil ich da sozusagen nochmal so die, die Erfahrung gemacht habe [...] ja, Sinn IST, (1) äh, Kraft kriege ich, (1) wir sind alle miteinander verbunden, ja und das auch nochmal dann verquickt war sozusagen mit, mit so nem Vertrauen, was jenseits von Sprache ist; (1) und auf so ner anderen Verbundenheit von Menschen, ja.“ (Person 115)

In dieser sowie in anderen Beschreibungen über die Beziehung zwischen Verbundenheit und Achtsamkeit zeigte sich darüber hinaus, dass die Befragten die Kultivierung von Achtsamkeit als sinnvoll erachteten, weil in ihren Augen Achtsamkeit die nötige *Offenheit* ermöglichte, um anderen Menschen mit *Neugierde* zu begegnen. Die Kultivierung von Achtsamkeit als Möglichkeit, für sich selbst zu sorgen und neue Kraft zu sammeln, sind positive Effekte von Achtsamkeit, die durch den Kurs als förderlich erlebt wurden.

Auch in der qualitativen Untersuchung von McCollum & Gehart (2010) mit 13 Psychotherapeuten/-innen in der Ausbildung gaben diese an, dass sie nach einem Achtsamkeitskurs eine Zunahme ihrer Empathiefähigkeit durch ein verstärktes Gefühl der geteilten Menschlichkeit mit anderen (engl. *shared humanity*) wahrnahmen.

Ein weiterer, unterstützender Aspekt von Verbundenheit ist die Kultivierung von *Körperbewusstsein*. Die Achtsamkeit für den Körper wurde von mehreren Teilnehmer/-innen als wichtige Säule in der Kommunikation mit Patienten/-innen und Angehörigen betont. Der Körper dient als Quelle von Information und gleichzeitig als Ausdrucksmittel. Insbesondere in Kontexten, in denen verbale Kommunikation eingeschränkt ist, wie im Fall von Palliativpflege, ist Berührung ein wichtiges Mittel, um Verbundenheit herzustellen.

Schließlich soll noch auf die Rolle von *Mentoren und Kollegen/-innen* hingewiesen werden. Die Unterstützung durch andere wurde vielfach als förderliches Element für die Balance zwischen Mitgefühl und dem Aufrechterhalten des eigenen Wohlbefindens benannt. Darin werden der *Austausch mit anderen*, aber auch die erlebte *Akzeptanz durch andere* als sehr hilfreich für eine erfolgreiche Verarbeitung des Erfahrenen und für die Entwicklung von Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten hervorgehoben; dies insbesondere durch Mentoren/-innen. Vor allem bei Situationen, die große interne Spannungen verursachen wie beispielsweise der Umgang mit schwierigen Emotionen wie Ekel oder Abneigung, wurde der Austausch mit erfahrenen Personen als sehr wichtig gekennzeichnet. Die förderliche Wirkung eines unterstützenden *Teams*, in welchem *Offenheit* erlaubt ist und *Einigkeit* über den Umgang mit Stress und Belastung herrscht, wurde bereits ausführlich ausgeführt. Schließlich wurde auch die Kulti-

vierung von Verhaltensweisen der *Selbstfürsorge im Arbeitsalltag* und in der Freizeit mehrfach als förderlicher Faktor genannt.

2.10.4 Grenzen der Untersuchung

Bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse sind verschiedene methodische Einschränkungen zu beachten, die sowohl durch das Studiendesign als auch durch den Prozess der Datenerhebung und -analyse bedingt sind. Im Folgenden wird auf diese Einschränkungen eingegangen.

2.10.4.1 Allgemeine Einschränkungen

Ogleich die Ergebnisse dieser Studie als vielversprechend angesehen werden können, müssen sie aufgrund vielfältiger methodischer Einschränkungen mit Vorsicht interpretiert werden. Die vermutlich größte Einschränkung dieser Untersuchung ist das Fehlen einer Kontrollgruppe. Wie bereits oben erwähnt, können die aufgefundenen Effekte dadurch nicht kausal auf die Intervention zurückgeführt werden. Darüber hinaus sind die statistische Power und die Generalisierung der Ergebnisse aufgrund der kleinen Stichprobe eingeschränkt. Im Vordergrund der Evaluation stand jedoch die Untersuchung der Machbarkeit des Ansatzes. Damit sind sowohl die Praktikabilität und Inanspruchnahme des Kurses sowie die Akzeptanz und Einbettung der Mitgefühlpraktiken bei den Krankenhausmitarbeiter/-innen gemeint.

Es muss darüber hinaus berücksichtigt werden, dass die Trainingsintensität von 15-minütigen Übungseinheiten auf der Arbeit über eine Periode von 5 Wochen¹³ für Methoden wie *Metta* und *Tonglen*, die im Buddhismus als sehr anspruchsvoll gelten (siehe z.B. Chödrön, 2001), sehr gering ist. Es ist denkbar, dass die Übungen dadurch ihr volles Potential nicht entfalten konnten. Daher sollte in einer weiteren Untersuchung diesem Umstand Rechnung getragen werden und die Realisierung längerer Praxiseinheiten gewährleistet sein. Der Wunsch nach längeren Kurseinheiten, die ein vertieftes und ruhiges Üben außerhalb der Arbeitszeit ermöglichen, war ein Verbesserungsvorschlag, der von vielen Teilnehmer/-innen in der finalen Feedbackrunde des Kurses geäußert wurde. Auch ist der Einfluss eines Hawthorne-Effekts auf die Ergebnisse durch die Aufmerksamkeit und Anwesenheit der Evaluatorin auf das Arbeitsfeld nicht auszuschließen. Eine gesteigerte Sensitivität für das Thema der Selbstfürsorge im Team könnte in dem Zuge eine Rolle bei der Verbesserung der untersuchten Parameter gespielt haben.

¹³ Die Mitgefühlpraktiken (*Metta*- und *Tonglen*-Meditation) wurden lediglich an 5 Wochen während der 10-wöchigen Kursdauer geübt.

Nachfolgestudien sollten daher insbesondere auf eine Erhöhung der internen Validität achten. Dieses Ziel wurde mit der kontrollierten Studie an der Klinik für Tumorbilogie, die auch Teil dieser Dissertation darstellt, angestrebt. Der Vorteil des hier verwendeten Designs, das auf die Untersuchung der Machbarkeit einer arbeitsalltagsnahen Implementierung von Meditation im Krankenhaus abzielte, ist eine hohe ökologische Validität (vgl. Condon, Desbordes, Miller, & DeSteno, 2013). Damit ist derjenige Aspekt der externen Validität gemeint, der die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf reale Lebenssituationen beschreibt. Diese Übertragbarkeit wird durch die Verwendung von Methoden und Interventionen erreicht, die für normale Alltagssituationen repräsentativ sind (Brewer, 2000).

2.10.4.2 Grenzen der qualitativen Untersuchung

Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die vermutlich größte methodische Einschränkung der qualitativen Evaluation ist, dass die befragte Population aufgrund des Studiendesigns aus nur einer Klinik stammt, was eine Verallgemeinerung der Ergebnisse erschwert. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme der Klinik an der Studie kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich dabei um eine Institution handelt, die ein besonderes Interesse an der Förderung von Psychohygiene bei ihren Mitarbeitern/-innen aufweist. Darüber hinaus ist die untersuchte Klinik für Palliativmedizin an ein katholisches Krankenhaus angegliedert. Dieser Umstand könnte mit einer besonderen Affinität der Teilnehmer/-innen zu den Konzepten von Achtsamkeit und Mitgefühl einhergegangen sein und die Einbettung des Kurses erleichtert haben. Um die Generalisierbarkeit der herausgearbeiteten Ergebnisse zu erhöhen, sollten in Zukunft Studien mit größeren Stichproben und aus unterschiedlichen Kontexten durchgeführt werden, um im besten Fall nach dem Prinzip der maximalen Variation eine theoretische Sättigung zu erreichen.

Insgesamt muss bei der Interpretation von qualitativen Ergebnissen stets berücksichtigt werden, dass diese lediglich Konstruktionen von Wirklichkeit aufzeigen. Auf diesem Weg können Theorien und Hypothesen über die Bedingungen, unter denen soziale und psychologische Phänomene stattfinden, generiert werden. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der *analytischen Generalisierung* ein passender Alternativbegriff, der sich besser für qualitative Forschung eignet als der Begriff der Generalisierbarkeit (Firestone, 1993). In diesem Sinne kann gesagt werden, dass mit Hilfe dieser Untersuchung ein guter Grad an analytischer Generalisierung erreicht werden konnte. Dies ist auf das verwendete rekonstruktive Analyseverfahren zurückzuführen, das es erlaubte, tiefe und nuancierte Erkenntnisse zu gewinnen und diverse Theorien über die Einbettung von Achtsamkeitskursen ins Krankenhaus wie auch über die

Beziehung zwischen Mitgefühl und Psychohygiene aufzustellen. Dadurch diene die qualitative Untersuchung der Generierung von Ideen und Anregungen für die zweite Phase der Untersuchung anhand eines kontrollierten Designs sowie für weitere Untersuchungen. Darüber hinaus konnte durch Interviews mit Teammitgliedern aus allen Berufsgruppen und Arbeitssettings eine gute Varianz der Perspektiven innerhalb des Teams erreicht werden.

Einfluss von Subjektivität auf die Datenerhebung und -analyse

Die Reflexion der eigenen Subjektivität im Rahmen des Forschungsprozesses ist in der qualitativen Forschung unerlässlich (Steinke, 2010). Daher sollen an dieser Stelle meine persönlichen Vorerfahrungen und Haltungen zu den hier behandelten Themen vorgestellt und auf einer Meta-Ebene diskutiert werden.

Die Motivation, die vorliegende Studie durchzuführen, wurde vor allem durch meine Beobachtung erzeugt, dass die Förderung der Resilienz bei Mitarbeiter/-innen in den Gesundheitsberufen sowohl in der Forschung als auch in der Praxis lediglich eine sekundäre Rolle spielt und Resilienz mehr oder weniger vorausgesetzt wird. Schon während meines Studiums wunderte es mich, dass diese Aspekte keine Bestandteile des Lehrangebots für Psychologie-Studierende waren. Ein potenzieller Bias bei der Erhebung der Daten könnte also durch meine hohe persönliche Motivation und meinen doppelten Status als Trainingskoordinatorin und Interviewende erzeugt worden sein. Um dieser potenziellen Verzerrungsquelle während der Datenerhebungsphase entgegenzuwirken, wurden die Teilnehmer/-innen explizit gebeten, auch kritische Aspekte an der Studie zu äußern und darüber aufgeklärt, dass ihre Äußerungen dazu beitragen würden, die Intervention für zukünftige Studien zu verbessern. Die Offenheit, mit der die Teilnehmer/-innen über negative Aspekte des Trainings und über ihre eigenen Kompetenzen mit mir sprachen, lässt annehmen, dass eine gute Vertrauensbasis für das Interview hergestellt werden konnte und das Zurücknehmen meines eigenen Relevanzsystems zugunsten der Perspektiven der Teilnehmer/-innen gelungen ist.

Als Honduranerin, die seit 14 Jahren in Deutschland lebt, verfüge ich über eine bikulturelle Sozialisation bezüglich des Phänomens des Mitgefühls. Die Wahrnehmungs- und Ausdrucksformen von Mitgefühl in Lateinamerika und Deutschland unterscheiden sich meines Erachtens in hohem Maße. Insbesondere, was die wahrgenommene Beziehung zwischen Empathie und psychischer Belastung angeht, lassen sich große Unterschiede in den kulturellen Deutungsmustern erkennen. Dies lässt sich beispielhaft daran verdeutlichen, dass es mir wiederholt schwerfiel, das Konzept der persönlichen Abgrenzung, das in Deutschland sowohl im privaten wie im professionellen Kontext eine sehr wichtige Rolle spielt, an Lateinamerika-

ner/-innen weiterzuvermitteln. Die Idee, dass sich Menschen vor den Emotionen oder Problemen anderer Menschen schützen sollten (oder könnten), war mir bis zu meiner Sozialisation in Deutschland nicht bekannt. In Deutschland spielt meiner Erfahrung nach zudem die Idee von Selbstfürsorge eine sinngebende und damit wichtigere Rolle als in Lateinamerika. Meiner Vermutung nach sticht in Deutschland die Idee der Selbstzuwendung aufgrund einer für mich wahrnehmbaren größeren Kluft zwischen Selbst- und Fremdkonzepten im Vergleich zu Lateinamerika, stärker hervor. In kollektivistisch geprägten Kulturen sind die Repräsentationen anderer Menschen viel enger mit dem eigenen Selbstbild verwoben (Zhu, Zhang, Fan, & Han, 2007). Diese Form des Selbstbildes wird in der kulturvergleichenden Forschung als “interdependent self“ in Abgrenzung zum “independent self“ bezeichnet (Markus & Kitayama, 1991).

Obgleich die Konzepte von Burnout und Selbstfürsorge in den sozialen Berufen mittlerweile auch in das akademische Milieu Lateinamerikas Eingang gefunden haben (siehe z.B. Morales, Perez, & Menares, 2003), bestehen große Unterschiede beispielsweise in der Gestaltung von Freizeit, die in Lateinamerika selten in Zurückgezogenheit vollbracht wird. So lässt sich auch für den deutschen Ausdruck „ich brauche meine Ruhe“ ebenfalls keine entsprechende Alltagserfahrung im honduranischen Kontext herbemühen. Dieser bikulturelle Erfahrungsraum bringt den Vorteil mit sich, dass die Leistung des Fremdverstehens in der Analyse und Auswertung der Interviews von einer reflektierenden Distanz getragen wurde.

Dass durch diesen Umstand jedoch auch die Erhebungsphase beeinflusst wurde, ist nicht auszuschließen. So ist es zum Beispiel denkbar, dass die Interviewpartner/-innen manche Aspekte gar nicht in den Interviews erwähnten in der Annahme, ich würde diese als Migrantin ohnehin nicht verstehen oder kennen. Dagegen spricht, dass ich über sehr gute Deutschkenntnisse verfüge und darüber hinaus, dass eine große Bandbreite an Aspekten aus den Interviews, insbesondere das Thema Mitgefühl betreffend, eruiert werden konnten. Überdies sind kaum sprachliche Missverständnisse oder Störungen des Gesprächsflusses in den Interviews zu verzeichnen. Schließlich kann als Chance des qualitativen Forschens in einer Fremdsprache angesehen werden, dass die Interviewpartner/-innen sich bei einem Interviewenden fremder Herkunft gezwungen sehen könnten, viele Dinge zu erklären, die sie bei einer Person gleicher Herkunft fraglos voraussetzen würden.

Darüber hinaus wurde die Analyse der Daten durch eine extensive etymologisch-historische Analyse des Mitgefühlbegriffs sowie verwandter Begriffe in großen Textkorpora und digitalen Wörterbüchern der deutschen Sprache ergänzt, wodurch ich ein kulturgerechtes Fundament für die Rekonstruktion der Sinnstrukturen der Teilnehmer/-innen aufbauen konnte.

Sprache kann jedoch nicht nur auf einer semantischen Ebene verstanden werden, sondern auch im Zusammenhang ihrer Verwendung im Kontext spezifischer Lebensformen und kultureller Praktiken (Kruse, Bethmann, Niermann, & Schmieder, 2012). Daher kam der Analyse der Daten im Rahmen von zwei Interpretationsgruppen mit Muttersprachlern/-innen für mich als Migrantin eine besondere Rolle zu. Die Interpretationsgruppen fanden in unterschiedlichen Kontexten mit Personen aus unterschiedlichen sozialen und medizinischen Berufen und von unterschiedlichem Alter statt. Diese Interpretationsgruppen waren von großem Wert, um die Spezifika der deutschen Kultur und Sprache besser begreifen zu können und die Interpretation der Daten intersubjektiv abzusichern.

2.10.5 Praxisrelevanz

Diese Studie besitzt eine Relevanz für die klinische Praxis. Sie zeigte auf, dass die Durchführung eines Achtsamkeit- und Mitgefühlkurses in einem Krankenhaus realisierbar ist. Es zeigte sich, dass durch geschickte Organisation und Unterstützung der Leitung die Dienstpläne der Mitarbeiter/-innen an die Kurstermine angepasst werden konnten, so dass die meisten von ihnen an der Mehrheit der Termine teilnehmen konnten. Auch konnten ein großes Interesse und ein hohes Maß an Motivation seitens der Teilnehmer/-innen verzeichnet werden.

Darüber hinaus verweisen die Ergebnisse der Mixed-Methods-Evaluation auf den potenziellen Nutzen des Kurses für Krankenteams sowohl auf individueller als auch auf systemischer Ebene. Die Analysen zur Einbettung des Kurses ermöglichten ein umfassendes Bild über mögliche Hindernisse und förderliche Faktoren der evaluierten Praktiken für Gesundheitsfachkräfte. Auf diesem Weg kann diese Untersuchung dazu beitragen, Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken gezielter im klinischen Setting einzusetzen.

Von praktischem Nutzen für die Umsetzung von Achtsamkeitskursen sind auch die sprachlichen Analysen zum Verständnis von Achtsamkeit und Mitgefühl, die sowohl im theoretischen Hintergrund dieser Arbeit als auch durch die qualitative Untersuchung gewonnen werden konnten. Sie machten sichtbar, dass - wie von Schröder (2010) postuliert - Praktiken zur Gesundheitsförderung, die ihre Wurzeln in anderen Kulturen haben, ohne eine Übersetzungsleistung ihr Wirkungspotential nur zum Teil entfalten können. Diese Arbeit könnte folglich dabei hilfreich sein, zukünftige Kurse zu adaptieren und die fachliche Diskussion über Mitgefühl und Psychohygiene im Gesundheitsbereich weiter anzuregen. Dies erscheint vor allem in Anbetracht des Umstandes relevant, dass dieses Thema in der Wissenschaft bislang eher ein Randthema darstellt. Wallace, Lemaire, & Ghali (2009) postulieren beispielsweise in ihrem narrativen Review, dass die Berücksichtigung des Wohlbefindens von Ärzte/-innen ein feh-

lender Qualitätsindikator in der Medizin sei. Die meisten Fachartikel und Bücher in diesem Themenfeld haben einen eher anekdotischen Charakter; der vorherrschende Diskurs fokussiert stark auf die Begriffe von Abgrenzung und Distanz (siehe z.B. Elsaesser, 1981; Pötz, 2009).

Eine zunehmende Distanzierung zu dem, was im Kontakt zu anderen Menschen an Emotionen und Leid wahrgenommen wird, kann langfristig eine Dehumanisierung zur Folge haben (Overlander, 1994). Darüber hinaus kann eine schützende und vermeidende Strategie langfristig auch die Mitarbeiter/-innen einer erhöhten Belastung aussetzen (siehe Kap. 1.2.3). Aus diesem Grund besteht ein grundlegender Bedarf an Selbstfürsorge- und Bewältigungsstrategien, die weniger schutzorientiert sind und die es den Mitarbeiter/-innen ermöglichen, in der Begegnung mit Leid und Schwierigkeiten eine offene und empathische Haltung zu bewahren. Beim Sichten der bestehenden Literatur entsteht leicht den Eindruck, dass das erfahrungsorientierte Wissen, das diesen Phänomenen zugrunde liegt, nicht erfassbar sei. Es besteht ein Professionalisierungsdefizit der Interaktionsarbeit in den Gesundheitsberufen wie beispielsweise in der Pflege. Die dazugehörigen Kompetenzen werden nicht hinreichend gestaltet und qualifiziert und deren großer Stellenwert bleibt dadurch unerkannt (Birken, Dunkel, & Herms, 2012, S. 565).

Auch wenn es Aspekte der interpersonellen Begegnung gibt, die sich der bewussten Kontrolle entziehen, konnte die vorliegende Untersuchung zeigen, dass die Kultivierung von Achtsamkeit und Selbstreflexion die Wahlmöglichkeiten von Helfern/-innen in Bezug auf die Art, wie sie mit sich und anderen umgehen, entscheidend erhöhen kann. Darüber hinaus kann angenommen werden, dass die ausgeprägte Fähigkeit zur Selbstreflexion der Mitarbeiter/-innen auf der Palliativstation es ihnen ermöglichte, nuancierte und tiefgehende Aspekte ihrer Erfahrungen in diesen Bereichen zu identifizieren und zu versprachlichen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Untersuchung aus dem Erfahrungsreichtum der Befragten Anregungen für Wissenschaftler/-innen wie auch für Praktiker/-innen generiert hat bzw. generieren wird.

2.10.6 Ausblick

Diese Untersuchung stimulierte zahlreiche Hypothesen über die Wirkung und Wahrnehmung von Mitgefühlpraktiken in einem westlichen Krankenhauskontext. Bislang gab es hierzu nur wenig Forschung, wobei entsprechende Praktiken im westlichen Kontext immer mehr an Bedeutung gewinnen (siehe Kap. 1.3.7). Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung müssten jedoch in großangelegten Studien und mithilfe validierter Verfahren auf ihre Replizierbarkeit geprüft werden. Auch die Effekte von Achtsamkeitsinterventionen im Krankenhaus auf die

Patienten/-innen- und Angehörigenebene müssten grundlegend untersucht werden. Weiterhin wurde nicht erhoben, ob die Intervention das Selbstmitgefühl der Probanden/-innen erhöhen konnte.

Darüber hinaus müsste die Machbarkeit der Intervention in Settings mit einer höheren Belastungsdichte getestet werden. Palliativstationen sind häufig mit besseren Personalschlüsseln und Ressourcen als andere Stationen ausgestattet. Das Team arbeitet eng verflochten und konsequent multidisziplinär. Achtsamkeit genießt dort, wie aufgezeigt werden konnte, einen hohen Stellenwert. Teilnehmer/-innen in anderen Settings profitieren vermutlich in anderer Weise als die Teilnehmer/-innen dieser Studie, und müssten damit auch an einer anderen Position „abgeholt“ werden.

Mit dem Ziel Evidenz höheren Grades zu generieren und einige der eben genannten Forschungslücken zu decken, wurden die Ergebnisse der Pilotuntersuchung verwendet, um ein standardisiertes Manual zu erstellen, das die Vermittlung der Kompetenzen erleichtert. In einem zweiten Schritt wurde die Wirkung des so manualisierten Trainings im Rahmen einer kontrollierten Studie mit Stepped-Wedge-Design an den Pflegenden einer onkologischen Klinik evaluiert. Diese zweite Untersuchung wird im Folgenden dargestellt.

3. KONTROLLIERTE UNTERSUCHUNG

3.1 Einleitung

Der folgende Abschnitt erläutert die kontrollierte Studie in der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg. Als erstes wird ein Überblick über die Ziele und Fragestellungen der Studie gegeben. Im Anschluss wird der gewählte empirische Zugang begründet und das Design der Studie expliziert. Darauf folgt die Darstellung der Forschungsmethodik. Diese umfasst die Rekrutierung der Stichprobe, ethische Überlegungen, die Beschreibung der Intervention, die Datenerhebung, die Erläuterungen der verwendeten Erhebungsinstrumente sowie das Vorgehen bei der Aufbereitung und Analyse der Daten. Anschließend werden die Ergebnisse der Studie vorgestellt, gefolgt von der Diskussion und der Einbettung der Ergebnisse in einen größeren Kontext. Zuletzt wird ein Fazit über beide Studien gezogen.

3.1.1 Ziele der kontrollierten Studie

Wie bereits im letzten Kapitel erläutert, wurde mit dem Ziel, Evidenz höheren Grades für die Wirksamkeit des Trainings zu generieren, eine Studie mit kontrolliertem Design und einer größeren Stichprobe durchgeführt. Um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erhöhen, wurde die Untersuchung zudem auf eine einzige berufliche Gruppe fokussiert. Aus der bestehenden Literatur zur Belastung in den helfenden Berufen wird deutlich, dass vor allem die Gruppe der Pflegekräfte große Belastungswerte aufweist. Dabei gehört vor allem die Gruppe der Pflegenden in der Onkologie zu den am meisten belasteten Gesundheitshelfer/-innen überhaupt (siehe Kap. 1.2.2). Die Klinik für Tumorbiologie war bereit, an der Studie teilzunehmen. Die evaluierte Intervention wurde hierfür anhand der Ergebnisse der Pilotstudie adaptiert und an der genannten Klinik an zwei Gruppen evaluiert. Das *primäre* Ziel der kontrollierten Studie war die empirische Überprüfung der Hypothese, dass die Teilnehmer/-innen in der Interventionsphase gegenüber denen in der Kontrollphase eine Überlegenheit in den untersuchten Zielparametern aufweisen. Die untersuchten Zielparameter wurden in drei Bereiche aufgeteilt: *Belastung*, *Resilienz* und *interpersoneller Bereich*. Die Zielvariablen wurden in allen drei Bereichen mittels Selbstbeurteilungsverfahren erhoben. Ein *sekundäres* Ziel der Studie war die Untersuchung des Erreichungsgrades von *persönlichen Zielen* der Teilnehmer/-innen. Hierfür wurden GAS-Skalen angewandt. Ein weiteres Ziel der Studie war die Prüfung der *Machbarkeit* der Intervention in einem Kontext mit einer höheren Belastungsdichte. Dies wurde anhand von Anwesenheitslisten ermittelt.

3.1.2 Fragestellungen und Hypothesen

Die Forschungsfragestellungen, die sich aus dem Design der Studie und den Ergebnissen der Pilotstudie ergeben, lauten:

Fragestellung I: Zeigen sich zum Post-Messzeitpunkt bei den Teilnehmer/-innen in der Interventionsgruppe signifikant stärkere Verbesserungen in den Zielparameter-Bereichen *Belastung, Resilienz* und *interpersoneller Bereich* als bei den Teilnehmer/-innen der Kontrollgruppe?

Es lassen sich für die erste Fragestellung folgende Hypothesen für die drei Zielparameter-Bereiche formulieren:

Belastung

Hypothese 1: Zum Post-Messzeitpunkt zeigen die Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe signifikant geringere Mittelwerte in den Maßen *Burnout-Symptome, wahrgenommener Stress, Angst* und *Depressivität*.

Resilienz

Hypothese 2: Zum Post-Messzeitpunkt zeigen die Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe signifikant höhere Mittelwerte in den Variablen *Selbstmitgefühl* und *emotionale Regulationsfähigkeiten* sowie in den relevanten Variablen der *Arbeitssituation* (Zufriedenheit, Stärkung und Freude auf der Arbeit). Zusätzlich werden höhere Werte in den Variablen *Internale Kontrollüberzeugung* und *Selbstwirksamkeit* erwartet.

Interpersoneller Bereich

Hypothese 3: Zum Post-Messzeitpunkt zeigen die Teilnehmer/-innen der Interventionsgruppe signifikant höhere Mittelwerte in den Variablen *Empathie* und *Leistungsfähigkeit des Teams*.

Fragestellung II: Können individuell gesetzte Ziele erreicht werden?

Die individuellen Ziele werden mittels GAS-Skalen erhoben. Die Analyse dieser Fragestellung erfolgt explorativ.

Fragestellung III: Lässt sich der Kurs in den Arbeitsalltag von Pflegekräften in einer onkologischen Klinik integrieren?

Aufgrund der Unterschiede zwischen dem Setting in der Pilotstudie und in der kontrollierten Studie wurden für den Machbarkeitsbereich keine Hypothesen gebildet werden. Diese Fragestellung hatte einen explorativen Charakter.

3.1.3 Begründung für die Wahl des empirischen Zugangs

Für die Untersuchung der oben genannten Fragestellung wurde eine quantitative Forschungsstrategie gewählt. Quantitative Untersuchungen verwenden theoriebasierte, hypothesengeleitete, standardisierte Erhebungen von präzise definierten Outcomes. Sie haben zum Ziel, Erkenntnisse über bestimmte Variablen und deren Beziehungen untereinander zu prüfen und zu erklären. Dadurch bieten sie den Vorteil einer großen Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse (Döring et al., 2015).

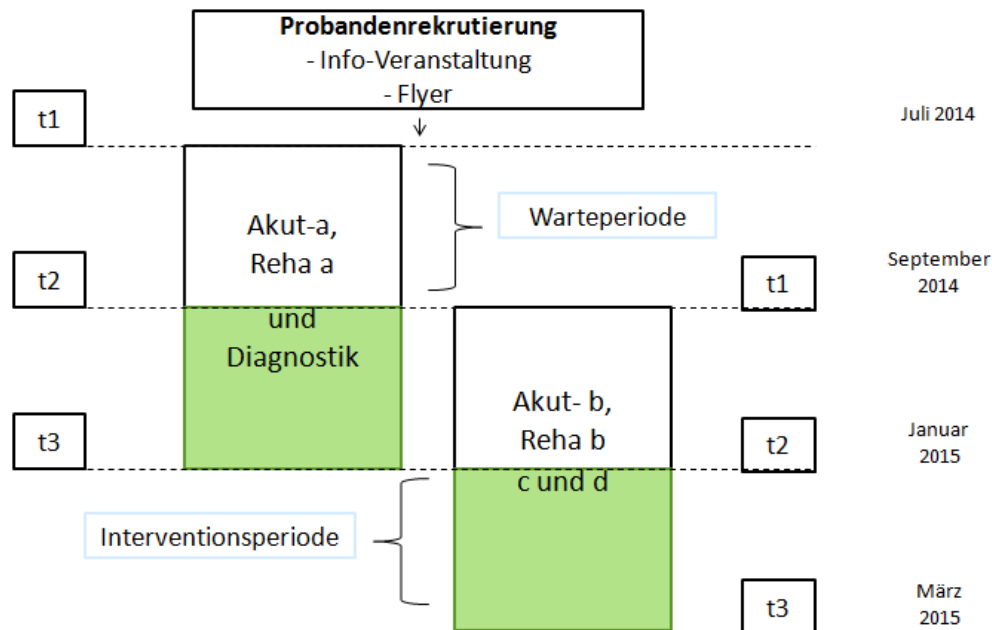
Anhand der Ergebnisse der Pilotstudie sowie der bestehenden Forschungsliteratur im Bereich der Psychohygiene von Krankenhausmitarbeiter/-innen konnte eine Einschätzung der potenziellen Wirkbereiche des Trainings generiert werden. Auf diesem Fundament erfolgte dann die Wahl der Messinstrumente für die kontrollierte Studie. Aufgrund der umfangreichen qualitativen Untersuchung in der Pilotstudie wurde aus forschungspragmatischen Gründen auf eine erneute Untersuchung mit qualitativen Verfahren verzichtet.

3.1.4 Forschungsmethodik

3.1.4.1 Design

Bei der zweiten Studie handelt es sich um eine prospektive, quasi-experimentelle Untersuchung mit Kontrollgruppe und *Stepped-Wedge-Design* (Brown & Lilford, 2006). Bei diesem Design erhalten sämtliche Gruppen, in diesem Fall 2 Gruppen, zeitversetzt die geplante Intervention. Dabei dient jede Gruppe durch eine vorangeschaltete Warteperiode als Kontrollgruppe für sich und die anderen. Daraus ergeben sich drei Messzeitpunkte für beide Gruppen: Der Baseline Messzeitpunkt (t1), eine Messung, die nach der zehnwöchigen Warteperiode vorgenommen wurde (t2) und eine Messung, die nach der zehnwöchigen Intervention stattfand (t3). Die Gruppen bestanden aus sieben Abteilungen (vier Reha-Abteilungen, zwei Akutstationen und eine Diagnostikabteilung) der Klinik für Tumorbiologie, die einer von zwei Gruppen zugewiesen wurden. Aus Gründen der Leserlichkeit werden im Folgenden immer die Begriffe *Interventionsgruppe* und *Kontrollgruppe* verwendet, um den Hauptvergleich zwischen der Interventionsphase von Gruppe 1 und der Kontrollphase von Gruppe 2 zu beschreiben. Ebenfalls aus Gründen der Leserlichkeit wird im Folgenden der Begriff der kontrollierten Studie verwendet, um sich auf die Studie in

der Tumorbiologie zu beziehen. Abbildung 11 gibt eine Übersicht über das Design und die teilnehmenden Abteilungen.



Anmerkung: Die grünen Flächen bezeichnen die Interventions-, die weißen die Warteperioden. Die eigentlichen Namen der Stationen wurden durch Buchstaben ersetzt, um die Identität der Teilnehmer/-innen zu schützen. Die Messzeitpunkte sind t1=Baseline, t2= Prä und t3= Post

Abbildung 11: Darstellung des Untersuchungsablaufs für die beiden Gruppen in der kontrollierten Untersuchung.

Auf eine Randomisierung auf individueller Ebene wurde verzichtet, um den teilnehmenden Teams die Möglichkeit zu geben, gemeinsam den Kurs zu besuchen. Diese Entscheidung basierte auf der in der Pilotstudie wahrgenommenen Wirkung auf der Teamebene. Den Mitarbeiter/-innen einen potentiellen Nutzen auf der Teamebene vorzuenthalten, erschien nicht sinnvoll. Aufgrund der hohen Belastung bei onkologischen Pflegekräften (siehe Kapitel 1.2.2) und der resilienzfördernden Rolle des Teams im Krankenhaus (Müller et al., 2009) wurde diese Option auch nicht als ethisch vertretbar erachtet. Die Reihenfolge, in der die Abteilungen das Training bekamen, wurde in Absprache mit dem Pflegedienstleiter festgelegt. So wurden die Stationen, die zum Studienstart eine hohe Mitarbeiterfluktuation aufwiesen, auf die zweite Gruppe verlegt, damit die neuen Mitarbeiter/-innen in jene Teams hinreichend eingearbeitet werden konnten. Die Studie entspricht somit dem Ansatz der Versorgungsforschung, die versucht, durch alltagsnahe Untersuchungen Ergebnisse zu

generieren, die Auskunft über die Effizienz von Interventionen und Maßnahmen in der realen Versorgungswelt geben (Bundesärztekammer, 2004).

3.1.4.2 Rekrutierung der Stichprobe

Die adaptierte Intervention wurde in der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg evaluiert, wobei nur die Berufsgruppe der Pflegenden eingeschlossen wurde. Es wurden Mitarbeiter/-innen aus sieben Abteilungen dieser onkologischen Klinik rekrutiert: vier Reha-Abteilungen, zwei Akutstationen und die Diagnostikabteilung. Die Rekrutierung erfolgte mithilfe von Flyern (siehe Anhang C.2) und internen Auftaktveranstaltungen durch die Meditationslehrer/-innen. Insgesamt nahmen 43 Pflegende an der Untersuchung teil. Alle Teilnehmer/-innen wurden über Ziele und Verlauf der Studie informiert und unterschrieben eine Einverständniserklärung.

3.1.4.3 Ethische Überlegungen

Da es sich bei der vorliegenden Studie nicht um eine klinische Intervention handelt, sondern um eine arbeitspsychologische Untersuchung mit gesunden Probanden, war die Studie nicht ethikkommissionspflichtig und es wurde kein Votum eingeholt. Dieses Vorgehen wurde mit der Ethikkommission abgeklärt. Sowohl die Lehrer/-innen als auch das Studententeam gingen mit der nötigen Sensibilität vor, um Arbeitsabläufe und Dynamiken nicht zu stören. Um potentiellen Störungen des Arbeitssystems durch den Kurs vorzubeugen, wurden zudem die Kurse dokumentiert und die Ergebnisse der Dokumentation fortlaufend im Team diskutiert.

3.1.5 Intervention

3.1.5.1 Adaption des Trainings

Anhand der in Bonn gewonnenen Erkenntnisse über die Implementierung und Wirksamkeit des Kurses (siehe Kap. 2.9.2 und 2.9.4) wurde das Programm auf die Bedürfnisse der Pflegekräfte, die bei der ersten Studie 70% der Stichprobe ausgemacht hatten, adaptiert. Das ursprüngliche zehnwöchige Format wurde beibehalten. Die allgemeine Zielsetzung dieses Kurses war vor allem das Erlernen von Kompetenzen zur eigenen *Stressbewältigung*, *Emotionsregulation* und *Selbstmitgefühl* im Sinne einer Burnout-Prophylaxe. Die Unterstützung von positiven Beziehungsqualitäten wie *Mitgefühl* im Umgang mit den Patienten/-innen hatte eine sekundäre Rolle. Folgende Veränderungen des Trainings wurden auf der Basis der Ergebnisse der Pilotstudie vorgenommen:

- Verschiebung des Fokus vom Aspekt des Mitgefühls auf die Aspekte der *Selbstfürsorge* und des *Selbstmitgefühls*: So wurden zum Beispiel *Qigong*¹⁴-Übungen zu dem Programm hinzugefügt und das Thema der Selbstfürsorge und des Selbstmitgefühls sowohl in dem theoretischen Input als auch in Übungen explizit aufgegriffen. Dies geschah aufgrund der starken Betonung der Wichtigkeit dieses Aspekts durch die Mitarbeiter/-innen auf der Palliativstation.
- Explizites Thematisieren und verstärktes Üben der *emotionalen Regulationsfähigkeiten*. Grund hierfür war die in den Interviews vielfach thematisierte Wirkung des Trainings im Bereich der Emotionsregulation sowie der mittels Fragebogen aufgefundene Effekt in ebendiesem Bereich.
- Das Hinzufügen von *Abendkursen*, um längere Übungsspannen zu gewährleisten.

3.1.5.2 Kurslehrer/-innen

Der Kurs wurde von Yesche Regel und Dr. Anette Saager durchgeführt. Anette Saager ist als Leiterin von Meditationsgruppen, Achtsamkeitstagen und *Qigong*-Gruppen tätig. Sie ist seit über 20 Jahren mit der Achtsamkeitspraxis vertraut und war aktiv beim Aufbau einer Hospizgruppe beteiligt. Der Kurs wurde zum Großteil in den bestehenden Arbeitsablauf integriert. Yesche Regel wurde auf Kap. 2.5.3 vorgestellt.

3.1.5.3 Kursbausteine

Der Kurs bestand aus einer einmaligen 4-stündigen Einführung sowie neun Praxiswochen. Folgende Kursbausteine wurden wöchentlich angeboten:

Montags: Ein 90-minütiger *Abendkurs*, der immer außerhalb der Klinik in einem hierfür vorbereiteten Raum angeboten wurde. Der Abendkurs diente der Vertiefung der Praxis. Der Abendkurs war verpflichtend für die Teilnahme an dem Kurs.

Dienstags: Ein *Praxistag* innerhalb der Klinik. Im Rahmen des Praxistages trainierte ein Meditationslehrer/eine Meditationslehrerin über den Zeitraum von acht Stun-

¹⁴ *Qigong* ist eine meditative Bewegungspraxis aus der traditionellen chinesischen Medizin, die auf dem Prinzip der Harmonisierung von Geist, Atem, Haltung und Bewegung basiert. Diese Elemente sollen durch rhythmische Bewegungs- und Atemsequenzen in Synchronie gebracht werden (siehe z.B. Van Vu, Molassiotis, Ching, & Le 2017). In China genießt *Qigong* eine große Popularität als gesundheitsfördernde und die Folgen von Stress vorbeugende Volksaktivität. Die symptomreduzierende Wirkung von *Qigong*, beispielsweise bei Ängstlichkeit oder Depressivität wird durch einige wissenschaftliche Studien untermauert (z.B. Ho et al., 2012; Zou et al., 2018). Auch Untersuchungen, die mit Krankenhausmitarbeiter/-innen durchgeführt wurden, legen nahe, dass *Qigong* bei der Reduktion von arbeitsbezogenem Stress wirksam ist (Chan et al., 2013; Griffith, et al., 2008).

den die Pflegenden von zwei Schichten direkt am Arbeitsplatz. Wie in der Pilotstudie wurden Gruppenmeditationen zur vollen Stunde und Sitzungen mit einzelnen Teilnehmer/-innen zu jeder halben Stunde angeboten. Zu diesem Zweck wurde ein kleiner Raum eingerichtet, in welchem der Lehrer aufgesucht werden konnte. Die Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen war freiwillig.

Am Dienstag wurde zudem eine wöchentliche 45-minütige *Fortbildungseinheit* in der Klinik angeboten mit dem Zweck, Input und ausgedehnte Übungseinheiten im klinischen Alltag einzubauen.

Hausaufgaben: Zusätzlich bekamen die Teilnehmer/-innen eine CD für das Üben zuhause. Anders als in der Pilotstudie wurde ein tägliches Üben zuhause nicht als verpflichtend deklariert.

Die Teilnahme an allen Kursangeboten konnte von den Mitarbeiter/-innen als bezahlte Arbeitszeit verrechnet werden. Das Training beinhaltete formelle und informelle Achtsamkeitspraktiken, ein Training in Selbstmitgefühl und Mitgefühlspraktiken (siehe Kap. 1.3.6 für eine Erläuterung), Informationen über das Konzept der Achtsamkeit und des Selbstmitgefühls sowie allgemeine Informationen zu Stress und Burnout. Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Themen und Inhalte des Kurses.

Tabelle 10: Aufbau des Trainingsprogramms in der kontrollierten Studie (Übungen und Themen)

Woche	Thema der Woche	Zusammenfassung der Inhalte und Übungen
1	Einführungssitzung	Festlegung zweier individueller Ziele (GAS-Skala); Informationen zu Stressbewältigung, Einführung in die Achtsamkeits- und Mitgeföhlpraxis; <i>Qigong</i> -Übungen; Ideen zum Innehalten auf Station; ALI Übung (Atmen, lächeln, Innehalten).
2	Körperwahrnehmung und Selbstfürsorge	Übungen zu Körperwahrnehmung; Achtsamkeitsmeditation; Übung zu achtsamer Sinneswahrnehmung; „die Atemschaukel“; <i>Qigong</i> .
3	Achtsamkeit und Mitgeföhl für den Körper	Stille Meditation; Gehmeditation; <i>Qigong</i> -Übungen; Vortrag: <i>Atemwahrnehmung und Selbstfürsorge</i> ; Körper wahrnehmen und aufrichten; Übung zu Entwicklung von wacher Präsenz.
4	Selbstmitgeföhl 1	Achtsamkeitsmeditation; <i>Qigong</i> -Übungen; Body-Scan im Sitzen; Vortrag zum Thema <i>Selbstmitgeföhl</i> , Selbstmitgeföhl im Gehen und Sitzen üben.
5	Selbstmitgeföhl 2	Achtsamkeitsmeditation; Meditation zum Thema <i>Ressourcen</i> : was ist nährend/kostet Kraft im Patientenkontakt; achtsames essen; Gehmeditation; Meditation zum Thema <i>Die Mitte finden</i> ; <i>Qigong</i> .
6	Wertschätzung	Reflexion und Meditation zum Thema <i>Wertschätzung für sich selbst</i> ; Herzvisualisierung; <i>Metta</i> und <i>Tonglen</i> Übungen; Gehmeditation; <i>Qigong</i> Übungen; Vortrag: <i>Wertschätzung in unserer Kultur</i> .
7	Umgang mit Fehlern	Meditation zur Körperwahrnehmung; Herzvisualisierung; Vortrag über den <i>Umgang mit Fehlern</i> ; Meditation zum Thema Selbstmitgeföhl; <i>Qigong</i> Übungen.
8	Umgang mit Konflikten	<i>Qigong</i> -Übungen; Meditation zum Thema <i>freundliche Körperwahrnehmung</i> ; Gehmeditation zum Thema <i>Entschleunigung</i> ; Meditation zum Thema Selbstmitgeföhl; Übung zur Körperwahrnehmung bei <i>Konflikten</i> ; <i>Metta</i> -Meditation.
9	Umgang mit schwierigen Emotionen	Gehmeditation; <i>Qi-Gong</i> ; Meditation zum Thema <i>Selbstmitgeföhl</i> ; <i>Metta</i> und <i>Tonglen</i> bei <i>schwierigen Emotionen</i> .
10	Abschlusswoche	<i>Qigong</i> -Übungen; Gehmeditation; <i>Tonglen</i> für andere; Meditation zur Verbindung von <i>Selbstfürsorge und Mitgeföhl</i> ; Transfertipps. Feedbackrunde

3.1.6 Datenerhebung

Nachdem die Rekrutierungsphase abgeschlossen war, wurden über die Postfächer aller Mitarbeiter/-innen Einverständniserklärungen verteilt. Die Mitarbeiter/-innen wurden gebeten, die Einverständniserklärungen bei Interesse an einer Teilnahme auszufüllen und zurückzugeben. Hierfür wurde ein verschlossener Karton im Pflegesekretariat der Klinik platziert. Die Fragebogen-Pakete wurden zu den jeweiligen Messzeitpunkten in die Postfächer der teilnehmende Mitarbeiter/-innen eingeworfen. Die Teilnehmer/-innen wurden gebeten, diese auszufüllen und in einem verschlossenen Kuvert in dem gesicherten Karton beim Pflegesekretariat einzuwerfen.

3.1.7 Erhebungsinstrumente

3.1.7.1 Selbstbeurteilungsverfahren

Die Wahl der Messinstrumente in der kontrollierten Studie orientierte sich an den Ergebnissen der Pilotstudie. Die Fragebögen, die auf einen potentiellen Effekt des Kurses hinwiesen, wurden auch in der vorliegenden Studie eingesetzt. Zusätzlich dienten die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung als Basis für die Annahme, dass das Training einen potenziellen Effekt auf weitere, noch nicht explorierte Variablen haben könnte, nämlich auf die *Kommunikation im Team*, die Ruminaton über arbeitsbezogene Themen in der Freizeit (*kognitive Irritation*) sowie auf das Empfinden von *Selbstwirksamkeit* und auf die *internale Kontrollüberzeugung*. Eine Testmethode zur Erhebung von *Selbstmitgefühl* wurde auch aufgenommen, um einen potenziellen Effekt auf diese Variable durch den verstärkten Fokus des Kurses auf Selbstmitgefühl zu erfassen.

Es folgt eine Darstellung sämtlicher Messinstrumente, die jeweils zum Baseline-, Prä- und Postmesszeitpunkt für die vier Outcome-Bereiche eingesetzt wurden. Insgesamt wurde eine relativ große Anzahl an Instrumenten verwendet. Bei vielen der Verfahren handelt es sich jedoch um Kurzskalen. Einige Verfahren wurden auch im Rahmen der Pilotstudie verwendet und bereits erläutert (siehe 2.6.1.1). Wenn das für die erwähnte Variable zutrifft, wird auf das jeweilige Kapitel verwiesen.

Belastung

1) Perceived Stress Questionnaire (PSQ)

Zu Erfassung von wahrgenommenem Stress (siehe Kap. 2.6.1.1).

2) Maslach Burnout Inventory (MBI)

Zu Erfassung von Burnout-Merkmalen (siehe Kap. 2.6.1.1).

3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)

Zu Erfassung von Ängstlichkeit und Depressivität (siehe Kap. 2.6.1.1).

4) Externale Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)

Siehe unten: Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung (IE-4)

5) Die Irritations-Skala.

Die Irritations-Skala (Mohr, 1986) erfasst anhand von zwei Subskalen emotionale und kognitive Beanspruchung aus dem Arbeitskontext, die als Folge einer erlebten Diskrepanz von wichtigen arbeitsbezogenen Zielen und eigenen Ressourcen entsteht. Dabei beschreibt kognitive Irritation (KI) Ruminationen über Arbeitsinhalte, die auch in der Freizeit fortgesetzt werden (sog. Nicht-Abschalten-Können) und emotionale Irritation (EI) agitierte Geiztheitsreaktionen (Mohr, Müller, & Rigotti, 2005). Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ausschließlich die Subskala zur Erfassung *kognitiver Irritation* verwendet. Die Cronbachs Alpha-Werte der Skala streuten in 15 Studien ($n = 4030$) zwischen $\alpha = .85$ und $.93$ (Für die KI Subskala zwischen $\alpha = .81$ und $.91$ (Mohr, Rigotti, & Müller, 2005)). Die branchenübergreifende Validität und Reliabilität der Skala konnte durch diese 15 Studien untermauert werden. Bezüglich der Normierungswerte der Skala berichteten die Autoren für die sozialen Berufe einen Mittelwert von $M = 11.66$ ($SD = 4.49$). Der Gesamtmittelwert über alle 15 Studien, die mit Menschen aus unterschiedlichen Berufen durchgeführt wurden, betrug $M = 10.43$ ($SD = 4.65$).

6) European Quality of Life 5 Dimensions (EQ-5D); Visuelle Analogskala (EQVAS)

Um die Selbsteinschätzung des globalen Gesundheitszustands der Pflegekräfte zu erheben, wurde die visuelle Analogskala aus dem Fragebogen EQ-5D (Brooks, 1996; EuroQol Group, 1990) verwendet. Diese vertikale 0-100 Punkte Skala ist ein etabliertes Instrument, das mit geringem Aufwand für die Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität eingesetzt werden kann. Dabei stellt 0 den schlechtmöglichen Gesundheitszustand dar, während 100 den bestmöglichen Gesundheitszustand repräsentiert.

7) Mitarbeiterbefragung Psychische Belastung und Beanspruchung (BGW-miab)

Der BGW-miab (Nickel & Kersten, 2014) erfasst gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen sowie das Risiko einer längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigung bei

Pflegekräften. In dieser Untersuchung wurde der Fragebogen zu psychischer Belastung und Beanspruchung in der stationären Krankenpflege angewandt. Dieser konnte jedoch aufgrund von Tippfehlern in den Items nicht ausgewertet werden.

Resilienz

8) Selbsteinschätzung Emotionaler Kompetenzen (SEK-27)

Zu Erfassung emotionaler Regulationskompetenzen (siehe Kap. 2.6.1.1).

9) Self-Compassion Scale (SCS-34-D)

Die SCS-Skala wurde von Kristin Neff (2003) konzipiert, um das Konzept des Selbstmitgeföhls zu erfassen. Die englische Version der SCS besteht aus sechs Subskalen: *Self-Kindness*, *Self-Judgement*, *Common Humanity*, *Isolation*, *Mindfulness* und *Over-Identification*. Es kann auch ein Summenscore gebildet werden. Die US-amerikanische Version wurde in Deutschland von Bartel (2009) adaptiert und von Spottke (2013) einer Untersuchung der Konstruktvalidität unterzogen ($n = 1178$). Bartel (2009) konnte die 6-faktorielle Struktur der US-amerikanischen Version der SCS nicht bestätigen. Die von Bartel (2009) aufgefundene 4-faktorielle Struktur der SCS-34-D (*Common Humanity*, *Isolation & Overidentification*, *Self-Judgement* und *Self-Kindness*) wurde in der Studie von Spottke (2013) bestätigt. Die Reliabilität der deutschen Version des SCS kann mit einem internen Konsistenzwert von $\alpha = .94$ als sehr gut bewertet werden.

10) Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung (IE-4)

Die IE-4 (Kovaleva, Beierlein, Kemper, & Rammstedt, 2012) stellt mit ihren vier Items eine ökonomische, reliable und valide Messmethode von Kontrollüberzeugungen dar. Sie besteht aus zwei Subskalen, die sowohl die internale (IKÜ) als auch die externale Kontrollüberzeugung (EKÜ) erheben. IKÜ beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person Ereignisse als Konsequenz ihres eigenen Verhaltens erlebt. EKÜ dagegen wird als das Ausmaß definiert, in dem das Individuum das Geschehen als Konsequenz von Schicksal, Zufall oder als unter der Kontrolle anderer betrachtet (Rotter, 1966). IKÜ weist Zusammenhänge zu einer erhöhten Selbstwirksamkeitserwartung sowie zu Lebenszufriedenheit und Optimismus auf. EKÜ geht dagegen mit negativen Zusammenhängen mit den eben genannten Variablen einher (Wirtz, 2018). Die Retest-Reliabilität der IE-4 hat sich als ausreichend erwiesen ($r_{tt} = .56$ bis $.64$) und empirische Belege für dessen Konstruktvalidität liegen vor (Kovaleva et al., 2012).

11) Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)

Die ASKU (Beierlein, Kemper, Kovaleva, & Rammstedt, 2012) stellt mit drei Items ebenfalls ein ökonomisches psychodiagnostisches Instrument zur Messung von Selbstwirksamkeit dar. Mit Selbstwirksamkeit sind die subjektiven Kompetenzerwartungen gemeint, mit Schwierigkeiten und Hindernissen im täglichen Leben umgehen zu können. Die Skala wurde auf der Basis der Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1999) erarbeitet. Die Reliabilität wurde anhand des Koeffizienten ω von McDonald berechnet, dessen Interpretation der Cronbachs α entspricht. Mit Reliabilitätswerten, die zwischen $\omega = .81$ und $\omega = .86$ streuen, kann die Reliabilität der ASKU für Gruppenuntersuchungen als ausreichend bewertet werden.

12) Arbeitssituation

Die Arbeitszufriedenheit, die Freude und die Stärkung durch die Arbeit wurden wie bei der Pilotstudie anhand von visuellen Analogskalen gemessen.

Interpersoneller Bereich

13) Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen (SPF)

Beim SPF (Paulus, 2009) handelt es sich um die deutsche adaptierte und validierte Version des Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983). Der IRI ist ein häufig verwendetes Instrument zur Messung von Empathie, wobei Empathie darin als ein zwei-Komponenten Konzept definiert wird: kognitive und affektive Empathie. Davis (1983) ging davon aus, dass bei empathischen Reaktionen sowohl affektive als auch kognitive Aspekte vorhanden sind. Der SPF hat eine 4-faktorielle Struktur: Empathic concern (EC) Fantasy-scale (FS) Perspective taking (PT) und Personal Distress (PD). PT und FS erfassen die kognitive Komponente von Empathie: PT erfasst die Fähigkeit, die Perspektive eines anderen annehmen zu können und FS die Fähigkeit, sich in die Rolle und Handlungsweise von anderen versetzen zu können. EC und PD sind Operationalisierungen der emotionalen Komponenten von Empathie: EC misst Gefühle wie Mitleid oder Sorge um Personen in Not. Die PC-Skala wurde konstruiert, um selbstbezogene Gefühle der empathischen Reaktion wie Unruhe oder Unwohlsein zu messen (Paulus, 2012). Mit einem Cronbachs $\alpha = .78$ ist die Reliabilität des SPFs zufriedenstellend (Paulus, 2009).

14) Teamdiagnose (TeamPuls®)

Der Fragebogen TeamPuls® (Wiedemann, Watzdorf, & Richter, 2004) wurde entwickelt, um die Leistungsfähigkeit von Teams zu erheben. Der Fragebogen wurde auf der Basis theoretischer Konzepte und praktischer Kenntnisse in Teambberatung von Experten/-innen entwickelt. Er besteht aus sieben Subskalen: 1) Leistungsorientierung, 2) Engagement und Verantwortung, 3) Kommunikation, 4) Teamführung, 5) Teamorganisation, 6) Arbeitsbezogene Lernaktivitäten und 7) Organisatorische Einbettung. In der kontrollierten Studie wurden die zweite und die dritte Subskala verwendet. Die Subskala *Engagement und Verantwortung* erfasst die emotionale Verbundenheit sowie das Maß gegenseitiger Unterstützung und Eigeninitiative im Team. Mithilfe der Subskala *Kommunikation im Team* werden die gegenseitigen Informationsflüsse, die Effizienz von Besprechungen und der konstruktive Umgang mit Konflikten im Team erhoben. Die Validierung des Fragebogens an einer Stichprobe von $n = 9299$ ergab Konsistenzkoeffizienten von Cronbachs $\alpha = .81$ für die Subskala *Engagement und Verantwortung* und von $.90$ für die Subskala *Kommunikation im Team*.

Persönliche Ziele

1) Goal Attainment Scale (GAS)

Dieses Verfahren wurde auch in der Pilotuntersuchung verwendet und wurde auf Kap. 2.6.1.1 bereits erläutert. Wie bei der Pilotuntersuchung wurden auch die Teilnehmer/-innen der kontrollierten Studie jeweils bei der Einführungsveranstaltung gebeten, zwei persönliche Ziele auf der GAS-Skala einzutragen. Die GAS-Skalen wurden anschließend gesammelt. Bei der letzten Veranstaltung wurden die Teilnehmer/-innen gebeten, kurz zu beurteilen, inwiefern sie glaubten, ihre Ziele erreicht zu haben, und bekamen hierfür die anfänglich ausgefüllten Skalen erneut ausgehändigt.

Machbarkeit

Die Compliance mit der Intervention wurde mittels Anwesenheitslisten ermittelt. Zusätzlich wurde die Implementierung der Kurse anhand von Feldnotizen und Audioaufnahmen ausführlich dokumentiert. Zwei studentische Assistenten/-innen waren bei jeder Sitzung dabei und dokumentierten die Kursübungen sowie die Reaktionen der Teilnehmer/-innen. Auch viele Gespräche und Dynamiken, die sich vor und nach dem Kurs im untersuchten

System ereigneten, wurden mithilfe von Feldnotizen dokumentiert und werden in der abschließenden Diskussion Erwähnung finden.

3.1.8 Datenaufbereitung und Analyse

Sämtliche in dieser Arbeit durchgeführten Analysen wurden mit dem Statistikprogramm „SPSS 22“ (IBM Corp., 2013) durchgeführt.

3.1.8.1 Datenaufbereitung

Um die Aufbereitung und Analyse der Daten transparent darzustellen, wurde eine Dokumentation- und Auswertungsstrategie festgelegt. Als erstes wurden für die Eingabe der Daten verschiedene Ordner angelegt. Im ersten Ordner (*Roh*) wurden die Rohdaten so, wie sie von einer wissenschaftlichen Hilfskraft eingegeben wurden, gespeichert. Eine mittels Häufigkeitsangaben auf Konsistenz und Plausibilität geprüfte Version der Daten wurde in einem zweiten Ordner (*Gepriift*) aufbewahrt. Die Datensätze in diesem Ordner wurden zu 20% stichprobenartig zwecks einer korrekten Eingabe der Werte von einer zweiten wissenschaftlichen Hilfskraft kontrolliert. Nach der Ersetzung der fehlenden Werte (siehe nächster Abschnitt) wurde der Datensatz in einem dritten Ordner (*Ersetzt*) deponiert. Schließlich beinhaltete der Ordner *Skalen* die Datensätze inklusive der berechneten Subskalen und Summenscores.

3.1.8.2 Ersetzen fehlender Werte

Für alle Haupt- und explorativen Auswertungen wurde eine Per-Protokoll-Analyse durchgeführt. Das bedeutet, dass alle Teilnehmer/-innen, von denen zu den jeweiligen Messzeitpunkten Datensätze verfügbar waren, in die Analyse eingeschlossen wurden. Wie bereits oben erwähnt, fand eine Ersetzung von fehlenden Werten nur auf der Ebene von einzelnen Werten statt. Mittelwerte wurden nicht imputiert. Bei allen Ergebnisdarstellungen werden die jeweiligen Stichprobenzahlen präsentiert.

Die Fragebögen wurden nach jedem Messzeitpunkt nach fehlenden Items durchsucht. In den meisten Fällen konnten die Teilnehmer/-innen gebeten werden, die fehlenden Werte einzutragen. Alle restlichen fehlenden einzelnen Werte wurden nach einer Überprüfung von nicht-zufälligen Fehlendmechanismen mit dem „Expectation maximization“- (EM) Algorithmus ersetzt (siehe z.B. Enders, 2001). Für die Ersetzung der Daten wurden die jeweiligen Empfehlungen in den Testmanualen berücksichtigt. Insgesamt wurden jedoch, angelehnt an die Empfehlungen für den Umgang mit fehlenden Werten, nicht mehr als 30% der fehlenden Werte ersetzt (vgl. Wirtz, 2004).

3.1.8.3 Voranalysen

Baseline-Unterschiede

Die Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich soziodemografischer und klinischer Variablen wurden mittels statistischen Tests für unabhängige Stichproben geprüft. Für intervallskalierte Variablen wurden t-Tests berechnet. Nominal- und ordinalskalierte Variablen wurden jeweils anhand des exakten Tests nach Fisher bzw. des Mann-Whitney-U Tests geprüft. Die Testung erfolgte zweiseitig.

3.1.8.4 Hauptanalysen

Analyse der Fragestellung I: Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

Intergruppenvergleich mit ANCOVAS

Sämtliche in dieser Studie untersuchten Zielvariablen wurden mittels univariater einfaktorieller Kovarianzanalysen (ANCOVA) auf das Vorliegen signifikanter Gruppenunterschiede zum Ende der Interventions- bzw. der Warteperiode geprüft. Die Baseline-Ausprägungen der jeweiligen Variablen wurden dabei als Kovariaten kontrolliert. Als Effektstärkemaß für die ANCOVA wird das partielle Eta² (η^2) angegeben. Zusätzlich wurde das gepoolte Cohen's d berechnet. Dieses Maß wurde anhand der adjustierten Postmittelwerte beider Gruppen, die im Rahmen der ANCOVAS eruiert werden konnten, geteilt durch deren gepoolten Standardabweichungen zum Post-Messzeitpunkt berechnet. Für die ANCOVAS wurde ein Signifikanz-Niveau von $\alpha = .05$ verwendet.

Prüfung der Voraussetzungen für die Durchführung von ANCOVAS

Die Durchführung von ANCOVAS setzt bestimmte Bedingungen voraus. Diese wurden wie folgt getestet: die Normalverteilung der Daten wurde anhand eines Shapiro-Wilk-Tests geprüft. Die Korrelation der Prä- und Postwerte kann vorausgesetzt werden, da es sich um abhängige Stichproben handelt. Die Homogenität der Varianzen wurde anhand des Levene-Tests geprüft. Schließlich wurde die sogenannte Homogenität der Regressionskoeffizienten geprüft, indem die Wechselwirkung der Kovariaten und die Zugehörigkeit zu einer der beiden Gruppen getestet wurde. Als Bedingung für die Durchführung eines non-parametrischen Verfahrens aufgrund verletzter Voraussetzungen wurde der Empfehlung von Bortz und Schuster (2011) gefolgt. Diese besagt, dass die Durchführung eines non-

parametrisches Verfahrens nur bei Verletzung aller drei Voraussetzungen erwogen werden sollte.

Analyse der Fragestellungen II und III: Zielerreichung und Durchführbarkeit.

Die deskriptive Statistik für beide Fragestellungen wurde mit „SPSS 22“ (IBM Corp., 2013) ermittelt.

3.1.8.5 Explorative Analysen

Gesamtgruppenvergleich – ANOVAS mit Messwiederholung

Das Stepped-Wedge-Design ermöglicht eine Analyse der Effekte der Intervention über alle Teilnehmer/-innen hinweg, da der Intervention eine Warteperiode vorgeschaltet ist. Durch diesen Umstand dient die Warteperiode bei allen Teilnehmer/-innen als Kontrollgruppe, die mit der Interventionsperiode verglichen werden kann. Hier war die Analyse des Zeitverlaufs für alle Teilnehmer/-innen anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung und Post-hoc-Tests geplant. Die Durchführung dieser Analysen setzt jedoch voraus, dass die Gruppen vergleichbar sind, um gepoolt zu werden. Beide Gruppen unterschieden sich zum Messzeitpunkt t1 und t2 in vier, bzw. sechs relevanten klinischen Variablen (siehe Kap. 3.2.3). Darüber hinaus konnte keine Randomisierung der Teilnehmer/-innen durchgeführt werden. Durch das zeitversetzte Design der Studie fiel zudem das Ende der Warteperiode von Gruppe 2 auf die Zeit der Insolvenzmeldung der Klinik (siehe Abbildung 12). Aufgrund der Tragweite dieses Ereignisses und dessen potentieller Wirkung auf die Daten wurde auf eine Zusammenführung der Daten zu einer gemeinsamen Kontroll- und Interventionsgruppe verzichtet.

Intragruppenvergleich

Aufgrund der beschriebenen Umstände, unter denen die Studie stattfand und dem zeitversetzten Design kommt der Prüfung nach Verbesserungen in den untersuchten Outcomes sowohl zwischen t1 und t2 als auch zwischen t2 und t3 getrennt für beide Gruppen eine besondere Rolle zu.

Warteperiode

Die Baseline-Werte würden mit den Prä-Werten (t1-t2) anhand von t-Tests für abhängige Stichproben verglichen, um zu prüfen, ob sich in den abhängigen Variablen bereits nach

der Warteperiode statistisch signifikante Unterschiede zeigen. Die Analyse wurde ebenfalls auf einem Signifikanz-Niveau von $\alpha = .05$ bei einseitiger Testung durchgeführt.

Interventionsperiode

Eine exploratorische Analyse der Prä-Post- Unterschiede (t2-t3) in den untersuchten Variablen getrennt nach Gruppen wurde veranschlagt, um einschätzen zu können, ob sich die Gruppen unabhängig voneinander nach dem Kurs verbessert hatten. Diese Analyse wurde anhand von t-Tests für abhängige Stichproben auf einem Signifikanz-Niveau von $\alpha = .05$ bei einseitiger Testung durchgeführt.

Effektstärken

Die Effektstärken nach Cohen wurden für beide Intragruppenvergleiche anhand der Formel $d = t_c = [2(1 - r)/n]^{1/2}$ berechnet, da diese Formel die Korrelation der zwei Messungen bei abhängigen Stichproben berücksichtigt (Dunlap et al., 1996). Der Korrelationswert für die gepaarten Messungen wird in der Formel mit r dargestellt ist und die Stichprobengröße mit n .

3.2 Ergebnisse der kontrollierten Untersuchung

3.2.1 Entwicklung der Stichprobe

Das in Abbildung 12 dargestellte Diagramm zeigt die Entwicklung der Stichprobe von der Rekrutierung bis zum letzten Erhebungszeitpunkt nach der Interventionsperiode von Gruppe 2. Darin werden auch die Gründe für die Dropouts gezeigt. Insgesamt kann festgestellt werden, dass in Gruppe 2 wesentlich mehr Dropouts zu verzeichnen waren. Während bei Gruppe 1 alle interessierten Personen den t1 Fragebogen ausfüllten, traten bereits vor der ersten Messung bei Gruppe 2 sechs Personen aus der Studie aus. Während bei Gruppe 1 nur eine Person vor Interventionsbeginn aus der Studie ausstieg, traten in Gruppe 2 vier Personen vor Interventionsbeginn aus der Untersuchung aus. An dieser Stelle muss ein wichtiger Umstand näher erläutert werden: die Klinik für Tumorbiologie erklärte im Dezember 2015, also kurz nach Ende der Interventionsperiode von Gruppe 1 und der Warteperiode von Gruppe 2, ihre finanzielle Insolvenz. Die Dokumentation des Kurses zeigt, dass dieser Umstand vermutlich eine gravierende Wirkung auf viele Teilnehmer/-innen hatte. Den Mitarbeiter/-innen wurde kurz vor Weihnachten angekündigt, dass es unsicher sei, ob die Dezemberlöhne ausgezahlt werden können. Die Zukunft der Arbeitsplätze der

Teilnehmer/-innen war ungewiss. Daraufhin wurde ein paar Monate später, genau gesagt während der Interventionsperiode von Gruppe 2, die Tumorbilogie von der Universitätsklinik Freiburg aufgekauft und große Umstrukturierungen, vor allem in den Akutstationen, fanden statt. Viele Mitarbeiter/-innen verloren ihre teilweise jahrelangen Arbeitsplätze.

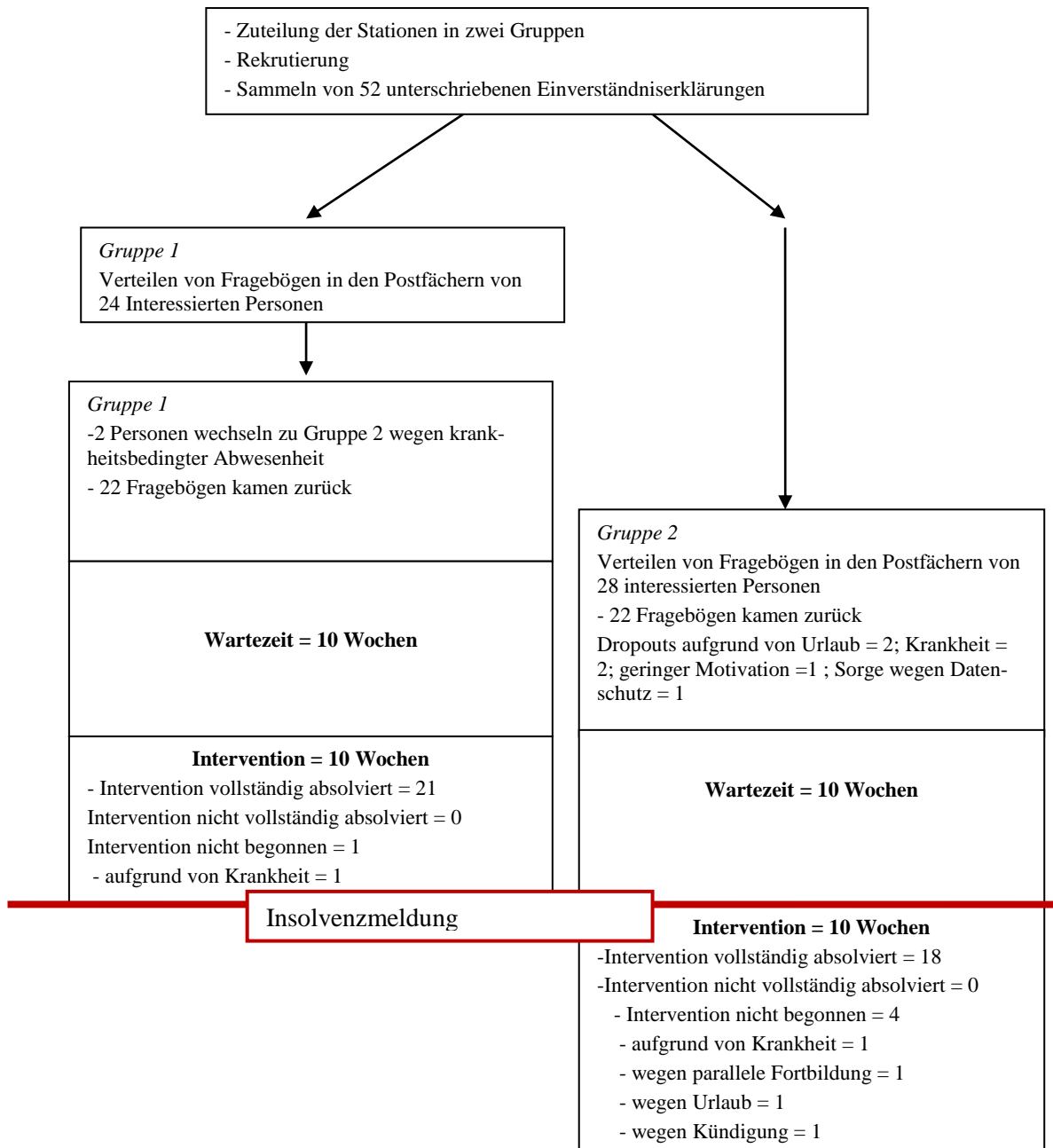


Abbildung 12: Entwicklung der Stichprobe über den Studienverlauf in der kontrollierte Untersuchung

3.2.2 Soziodemografische Merkmale

In Tabelle 11 sind die soziodemografischen Merkmale der Teilnehmer/-innen getrennt nach Gruppen dargestellt.

Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale für beide Gruppen in der kontrollierte Untersuchung

	Gruppe 1 (n = 21)	Gruppe 2 (n = 22)	Fisher's exakter Test, t-Test, Mann-Whitney Test <i>p</i>
Alter in Jahren; <i>M (SD)</i>	44.76 (10.26)	43.55 (11.74)	.720
Geschlecht in %			
Männlich	23.8	9.1	.240
Weiblich	76.2	90.9	
Schulabschluss in %			
Hauptschule	-	4.5	.313
Mittlere Reife/Realschule	19.0	27.3	
Abitur/Fachhochschulreife	81.0	68.2	
Berufserfahrung in %			
weniger als ein Jahr	9.5	13.6	.438
2 bis 5 Jahre	9.5	-	
5 bis 10 Jahre	9.5	4.5	
mehr als 10 Jahre	71.4	81.8	
Vorerfahrung mit Achtsamkeitspraktiken in %			
ja	47.6	45.5	1.00
nein	52.4	54.5	

n: Größe der Stichprobe; *p*: *p*-Wert des exakten Tests nach Fisher, *p*-Wert des t-Tests oder *p*-Wert des Mann-Whitney-U-Test auf Unterschiede zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung

Wie der Tabelle 11 entnommen werden kann, handelt es sich bei der Mehrheit der Pflegekräfte aus beiden Gruppen um Frauen, wobei in Gruppe 2 die Anzahl an männlichen Teilnehmern niedriger ist. Der hohe Anteil an weiblichen Pflegekräften in beiden Gruppen entspricht in etwa dem bundesweiten Frauenanteil in der stationären beruflichen Pflege (85% (Statistisches Bundesamt, 2007)). Die meisten Pflegekräfte haben die Hochschulreife erreicht und verfügen über mehr als 10 Jahre berufliche Erfahrung. Etwas mehr als die Hälfte von ihnen hat Erfahrung mit einer Form der achtsamkeitsbasierten Praktiken wie

Tai-Chi, Yoga oder Meditation. Die durchgeführten Tests ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der soziodemographischen Variablen.

3.2.3 Ausprägungen in den untersuchten Variablen zu den Baseline-Messzeitpunkt und vor dem Training

Tabelle 12 zeigt die Baseline-Werte der Gruppen für alle untersuchten Variablen sowie die Ergebnisse der t-Tests auf mögliche Gruppenunterschiede zum Baseline-Zeitpunkt (t1) und zum Messzeitpunkt unmittelbar vor der Intervention (t2).

Tabelle 12: Gruppenvergleich in den untersuchten Variablen zu Baseline und Prä-Messzeitpunkt in der kontrollierte Untersuchung

	t-Test								
	Baseline = t1				Prä-Messzeitpunkt = t2				
	Gruppe 1		Gruppe 2		T	P	Gruppe 1		Gruppe 2
n = 21	n = 21	n = 21¹	n = 22	M (SD)			M (SD)	T	P
Wahrgenommener Stress (PSQ)	0.34 (0.15)	0.42 (0.13)	1.851	.072	0.31 (0.16)	0.44 (0.14)	2.771	.008*	
Selbstmitgefühl (SCS)	2.80 (0.46)	3.11 (0.36)	2.448	.019*	2.91 (0.43)	3.03 (0.31)	1.043	.304	
Burnout (MBI)									
Emotionale Erschöpfung	16.30 (8.43)	20.76 (7.99)	1.737	.090	13.55 (8.02)	19.91 (8.61)	2.477	.018*	
Depersonalisation	3.10 (3.51)	6.19 (5.48)	2.160	.038*	3.00 (3.08)	6.23 (4.34)	2.798	.008*	
Persönliche Leistungsfähigkeit	38.05 (4.80)	35.67 (5.62)	1.462	.152	37.35 (6.56)	37.05 (4.29)	0.176	.861	
Angst und Depression (HADS-D)									
Depressivität	3.38 (2.31)	4.86 (3.26)	1.692	.099	3.19 (2.32)	5.05 (3.11)	2.226	.032*	
Ängstlichkeit	5.10 (3.42)	7.29 (3.30)	2.111	.041*	4.86 (3.80)	7.50 (3.49)	2.373	.022*	
Team (Team Puls)									
Kommunikation im Team	2.85 (0.48)	2.92 (0.36)	0.546	.589	2.98 (0.45)	2.76 (0.45)	1.552	.128	
Engagement und Verantwortung	2.79 (0.33)	2.87 (0.30)	0.851	.400	2.95 (0.32)	2.76 (0.34)	1.83	.075	
Emotionale Regulation (SEK-27)	75.81 (12.11)	71.81 (12.75)	1.042	.304	78.81 (15.42)	71.81 (12.75)	1.47	.207	

Internale Kontrollüberzeugung (IE-4-IKÜ)	4.43 (0.53)	3.79 (0.94)	2.722	.010*	4.21 (0.49)	3.95 (0.62)	1.536	.133
Externale Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)	2.07 (0.88)	2.48 (0.66)	1.680	.101	2.14 (0.62)	2.70 (0.68)	2.833	.007*
Selbstwirksamkeit (AS-KU)	4.06 (0.39)	3.90 (0.35)	1.388	.173	4.05 (0.53)	3.95 (0.19)	0.760	.455
Empathie (IRI)	40.71 (5.76)	42.48 (5.12)	1.047	.301	42.86 (5.22)	41.54 (5.03)	0.839	.407
Kognitive Irritation	8.29 (3.69)	9.48 (3.56)	1.064	.294	7.90 (4.12)	10.45 (4.99)	1.830	.075
Globaler Gesundheitszustand (EQ5D)	76.38 (14.82)	81.62 (12.70)	1.230	.226	84.10 (10.84)	73.68 (21.50)	2.019	.052
Arbeitszufriedenheit (VAS-1)	6.21 (2.17)	6.00 (2.02)	0.331	.743	7.43 (1.83)	5.64 (2.34)	2.802	.008*
Stärkung durch die Arbeit (VAS-2)	6.26 (2.46)	5.96 (2.19)	0.497	0.622	6.91 (2.51)	5.96 (1.91)	1.392	.172
Freude auf der Arbeit (VAS-3)	6.88 (1.91)	7.19 (1.12)	-0.640	.527	7.38 (1.94)	6.59 (1.59)	1.457	.153

n: Größe der Teilstichprobe; *T*: Wert der Teststatistik des t-Tests für unabhängige Stichproben *p*: p-Wert des t-Tests; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; ¹Für eine Person existieren keine t1 Daten, da sie die Gruppe wechselte und das rechtzeitige Ausfüllen der Fragebögen zu t1 aufgrund von Urlaub verpasste.

Die t-Tests für unabhängige Stichproben ergaben einige relevante Unterschiede zu beiden Messzeitpunkten, die nachfolgend erläutert werden.

Baseline-Werte

Insgesamt kann konstatiert werden, dass Gruppe 2 zum Messzeitpunkt t1 in mehreren Belastungsvariablen signifikant höhere Werte als Gruppe 1 erreichte. So sind die *Burnoutwerte* bei Gruppe 2 signifikant höher. Konkret ist das Erleben von *Depersonalisation* auf der Arbeit signifikant höher. Die erhöhte Belastung von Gruppe 2 zeigt sich auch bei der Variable *Ängstlichkeit*. Die Werte von Gruppe 2 waren auch hier signifikant erhöht. Kongruent damit ist das Ergebnis, dass das Ausmaß an *interner Kontrollüberzeugung* signifikant geringer bei Gruppe 2 als bei Gruppe 1 ist. Gleichzeitig gaben die Teilnehmer/-innen von Gruppe 2 erhöhte *Selbstmitgefühl*-Werte an.

Prä-Messzeitpunkt

Bei Messzeitpunkt t2 sind die Unterschiede zwischen beiden Gruppen stärker. Der wahrgenommene *Stress*, die Burnout-Komponente *Depersonalisation*, die HADS-Skalen für *Ängstlichkeit* und diesmal auch *Depressivität* sind bei Gruppe 2 signifikant höher als bei

Gruppe 1. Diese Belastungswerte übersteigen jedoch nicht den Cut-off-Wert der jeweiligen Fragebögen. Die Stresswerte sind mit einer Ausprägung von $M = 0.31$ bei Gruppe 1 mit den Stresswerten von gesunden Erwachsenen vergleichbar ($M = 0.33$). Die deutlich erhöhten Stresswerte von Gruppe 2 dagegen ($M = 0.44$) sind mit den Werten von Patienten/-innen vergleichbar, die an einer entzündlichen Darmerkrankung leiden. Diese und weitere Vergleichswerte können der Validierungsstudie der PSQ-Skala ($n = 2458$) von Fliege et al. (2005) entnommen werden. Auch die *externale Kontrollüberzeugung* ist zu t2 bei den Teilnehmer/-innen von Gruppe 2 höher, was auf eine Zunahme der Belastung hinweist. Schließlich ist beim Messzeitpunkt t2 die Variable *Arbeitszufriedenheit* deutlich niedriger als bei Gruppe 2. Es sei an dieser Stelle erneut darauf hingewiesen, dass der Messzeitpunkt t2 bei Gruppe 2 während der Insolvenzkrise der Klinik stattfand.

3.2.4 Intergruppenvergleich für alle untersuchten Outcomes

3.2.4.1 Prüfung der Voraussetzungen für die Durchführung von ANCOVAS

Insgesamt kann gesagt werden, dass keine der gemessenen Variablen eine Verletzung der drei ANCOVA-Voraussetzungen aufwies, womit keine Variable anhand eines non-parametrischen Testverfahrens getestet werden musste. Einzelne Verletzungen der statistischen Tests werden nun erläutert. Die Prüfung der *Varianzhomogenität* anhand des Levene-Tests ergab signifikante Ergebnisse für die Variablen Selbstwirksamkeit und globaler Gesundheitszustand. Die Homogenität der Regressionskoeffizienten war nur bei der internalen Kontrollüberzeugung verletzt. Die Shapiro-Wilk-Tests ergaben eine Verletzung der Normalverteilung für einige der untersuchten Variablen. Anhang A.1 zeigt die Variablen, in denen die Annahme einer Normalverteilung verletzt worden ist.

3.2.4.2 Deskriptive Statistiken für alle untersuchten Variablen

Für eine vollständige Übersicht der Daten werden als erstes in Tabelle 13 die Mittelwerte und Standardabweichungen für beide Gruppen für die untersuchten Variablen über die jeweils erhobenen Messzeitpunkte gezeigt.

Tabelle 13: Deskriptive Statistiken für alle untersuchten Variablen für beide Gruppen in der kontrollierte Untersuchung

	Gruppe 1			Gruppe 2		
	t1	t2	t3	t1	t2	t3
	<i>M (SD)</i> <i>n = 21</i>	<i>M (SD)</i> <i>n = 21</i>	<i>M (SD)</i> <i>n = 21</i>	<i>M (SD)</i> <i>n = 21</i>	<i>M (SD)</i> <i>n = 22</i>	<i>M (SD)</i> <i>n = 18</i>
Wahrgenommener Stress PSQ	0.34 (0.15)	0.30 (0.16)	0.32 (0.14)	0.42 (0.13)	0.44 (0.14)	0.44 (0.16)
Selbstmitgefühl (SCS)	2.80 (0.46)	2.91 (0.43)	2.88 (0.46)	3.11 (0.36)	3.03 (0.31)	3.08 (0.26)
Burnout						
Emotionale Erschöpfung	16.30 (8.43)	13.55 (8.02)	14.80 (7.78)	20.76 (7.99)	19.91 (8.61)	20.67 (9.66)
Depersonalisation	3.10 (3.51)	3.00 (3.07)	3.25 (3.45)	6.19 (5.48)	6.23 (4.34)	5.56 (5.16)
Persönliche Leistung	38.05 (4.80)	37.35 (6.56)	37.80 (5.74)	35.67 (5.62)	37.05 (4.29)	36.06 (4.69)
Psychologische Belastung (HADS-D)						
Depressivität	3.38 (2.31)	3.19 (2.32)	3.19 (2.60)	4.86 (3.26)	5.05 (3.11)	6.59 (2.90)
Ängstlichkeit	5.10 (3.42)	4.86 (3.80)	4.57 (3.38)	7.29 (3.30)	7.50 (3.49)	8.24 (4.15)
Team (Team-Puls®)						
Kommunikation im Team	2.85 (0.48)	2.98 (0.45)	3.05 (0.42)	2.92 (0.36)	2.76 (0.45)	2.78 (0.30)
Engagement und Verantwortung	2.79 (0.33)	2.95 (0.32)	2.98 (0.33)	2.87 (0.30)	2.76 (0.34)	2.78 (0.30)
Emotionale Regulation (SEK-27)	75.81 (12.11)	78.81 (15.42)	78.86 (16.66)	71.81 (12.75)	71.86 (12.55)	72.33 (12.96)
Internale Kontrollüberzeugung (IE-4-IKÜ)	4.43 (0.53)	4.21 (0.49)	4.21 (0.62)	3.79 (0.94)	3.95 (0.62)	3.83 (0.59)
Externale Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)	2.07 (0.88)	2.14 (0.62)	2.00 (0.69)	2.48 (0.66)	2.70 (0.68)	2.64 (0.68)
Selbstwirksamkeit (ASKU)	4.06 (0.39)	4.05 (0.53)	4.08 (0.47)	3.90 (0.35)	3.95 (0.19)	3.96 (0.30)
Empathie (IRI)	40.71 (5.76)	42.86 (5.22)	41.90 (6.19)	42.48 (5.12)	41.54 (5.03)	42.1053 (5.91)
Kognitive Irritation	8.29 (3.69)	7.90 (4.12)	8.10 (4.33)	9.48 (3.56)	10.45 (4.99)	9.94 (3.44)
Globaler Gesundheitszustand (EQ5D)	76.38 (14.82)	84.10 (10.84)	82.76 (12.95)	81.62 (12.70)	73.68 (21.50)	71.78 (18.47)

Arbeitszufriedenheit (VAS-1)	6.21 (2.17)	7.43 (1.83)	7.00 (1.92)	6.00 (2.02)	5.64 (2.34)	4.22 (2.86)
Stärkung durch die Arbeit (VAS-2)	6.26 (2.46)	6.91 (2.51)	6.67 (2.76)	5.96 (2.19)	5.96 (1.91)	4.67 (2.45)
Freude auf der Arbeit (VAS-3)	6.89 (1.91)	7.38 (1.94)	7.43 (1.60)	7.19 (1.12)	6.59 (1.59)	6.17 (1.89)

n: Größe der Teilstichprobe; M: Mittelwert; SD: Standardabweichung

3.2.4.3 Intergruppenvergleich

Tabelle 14 zeigt die Ergebnisse des Vergleichs zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 zum Ende der Interventions- bzw. der Warteperiode. Wie bereits erklärt, absolvierte Gruppe 1 ihre Interventionsperiode während der Warteperiode von Gruppe 2 (siehe Abbildung 11). Am Ende dieses Zeitraums wurde die Insolvenz der Klinik erklärt.

Tabelle 14: Ergebnisse des Vergleichs zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 anhand der ANCOVA in der kontrollierte Untersuchung

	ANCOVA					
	Gruppe 1 n = 21 Madj (SEM)	Gruppe 2 n = 21 Madj (SEM)	F	p	Par- tielles η ²	Cohen's d _{adj}
Wahrgenommener Stress (PSQ)	0.36 (0.21)	0.39 (0.021)	0.749	.392	0.019	0.19
Selbstmitgefühl (SCS)	2.95 (0.06)	2.93 (0.06)	0.091	.765	0.002	-0.07
Burnout (MBI)						
Emotionale Erschöpfung	17.50 (1.41)	17.19 (1.37)	0.022	.883	0.001	-0.04
Depersonalisation	4.27 (0.63)	5.56 (0.61)	2.048	.161	0.051	0.34
Persönliche Leistungsfähigkeit	37.43 (0.97)	37.64 (0.95)	0.025	.875	0.001	0.04
Angst und Depression (HADS-D)						
Depressivität	3.89 (0.38)	4.39 (0.38)	0.854	.36	0.021	0.17
Ängstlichkeit	5.49 (0.50)	6.61 (0.50)	2.335	.135	0.056	0.32
Team (Team Puls)						
Kommunikation im Team	3.03 (0.05)	2.81 (0.05)	8.083	.007**	0.172	0.50
Engagement und Verantwortung	2.94 (0.05)	2.82 (0.05)	3.77	.060	0.088	0.37
Emotionale Regulation (SEK-27)	76.70 (3.02)	74.87 (3.02)	0.177	.676	0.005	-0.11
Internale	4.17 (0.14)	3.98 (0.14)	0.925	.342	0.023	0.30

Kontrollüberzeugung (IE-4-IKÜ)						
Externale Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)	2.11 (0.12)	2.56 (0.12)	6.57	.014*	0.144	0.66
Selbstwirksamkeit (AS-KU)	4.07 (0.08)	3.97 (0.08)	0.828	.368	0.021	0.30
Empathie (IRI)	41.75 (0.86)	41.58 (0.86)	0.020	.889	0.001	0.03
Kognitive Irritation	8.77 (0.66)	9.28 (0.66)	0.297	.589	0.008	0.12
Globaler Gesundheitszustand (EQ5D)	81.51 (2.88)	76.06 (2.88)	1.777	.190	0.044	0.32
Arbeitszufriedenheit (VAS-1)	6.44 (0.35)	6.18 (0.35)	0.235	.630	0.006	0.12
Stärkung durch die Arbeit (VAS-2)	6.29 (0.36)	6.28 (0.36)	0.000	.988	0.000	0.00
Freude auf der Arbeit (VAS-3)	7.37 (0.27)	6.59 (0.27)	4.241	.046*	0.098	0.49

n: Stichprobe; *M_{adj}*: um die Kovariaten adjustierter Post-Mittelwert, *SEM*: Standardfehler; *F*: Wert des F-Tests für die ANCOVA; *p*: *p*-Wert der ANCOVA; partielles η^2 : Effektstärke als Anteil aufgeklärter Varianz; Cohen's *d_{adj}*: berechnet aus der Differenz der per ANCOVA adjustierten Post-Mittelwerte beider Gruppen geteilt durch deren gepoolten Standardabweichungen zum Post-Messzeitpunkt; * für signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$); ** für sehr signifikante Ergebnisse ($p \leq .01$); Cohen's *d*: $d > 0.2$ kleine Effekte, $d > 0.5$ mittelgroße Effekte und $d > 0.8$ große Effekte

An dieser Stelle werden die Ergebnisse der ANCOVA erläutert. Zusätzlich wird der Verlauf der untersuchten Variablen über alle drei Messzeitpunkte hinweg anhand der ursprünglichen Mittelwerte (keine adjustierten Mittelwerte) grafisch vorgestellt. Aufgrund der hohen Anzahl an Variablen wird die grafische Darstellung der untersuchten Variablen auf die Zielparameter eingeschränkt, die im Rahmen der Intergruppenvergleiche statistisch signifikant wurden. Der Verlauf der Werte für alle untersuchten Zielparameter kann Tabelle 13 entnommen werden

Belastungsvariablen

Externale Kontrollüberzeugung

Abbildung 13 zeigt den Verlauf der Variable externe Kontrollüberzeugung für beide Gruppen. Für ein besseres Verständnis werden die Zeitverläufe beide Gruppen parallel zueinander gezeigt. Der Pfeil in der Grafik weist darauf hin, welche Messzeitpunkte miteinander verglichen werden. Die Fehlerbalken repräsentieren den Bereich des einfachen Standardfehlers.¹⁵

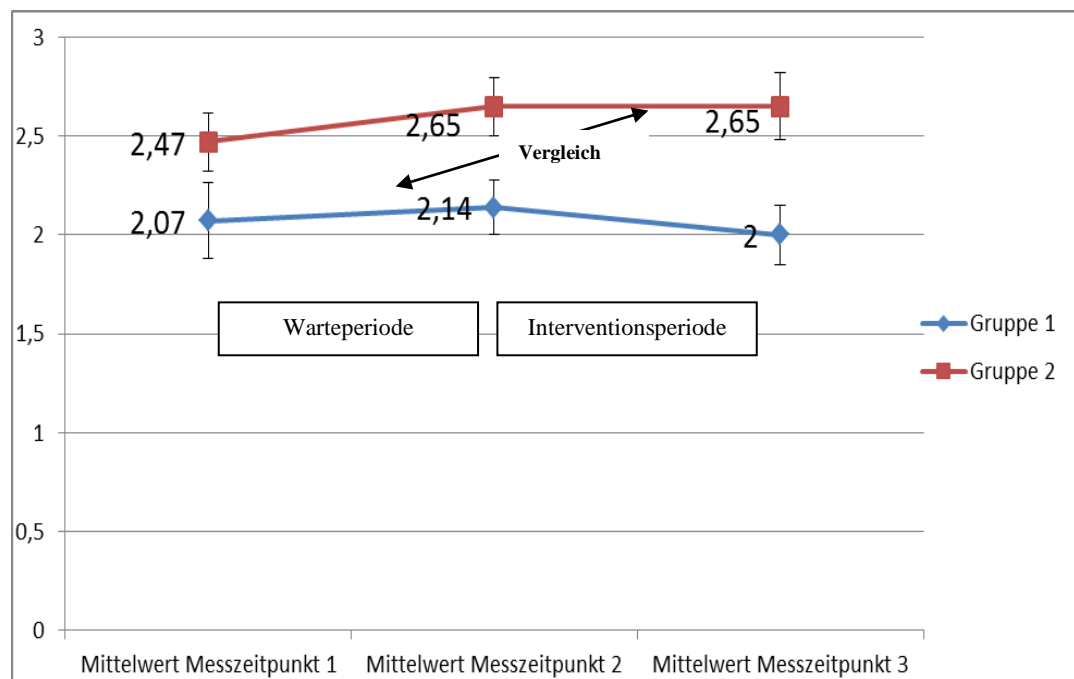


Abbildung 13: Verlauf für die Variable externe Kontrollüberzeugung für beide Gruppen über alle Messzeitpunkten hinweg.

Die berechnete ANCOVA für die Variable Kontrollüberzeugung zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen: während Gruppe 1 zum Ende der Interventionsperiode eine geringere Ausprägung an externer Kontrollüberzeugung aufwies, stiegen die Werte von Gruppe 2 nach der Warteperiode an. Der Vergleich zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 anhand der adjustierten Mittelwerte ergibt einen Unterschied von 0.45 Punkten ($p < .05$). Bei der Effektgröße handelt es sich mit $d = 0.66$ um einen mittelgroßen Effekt. Der exploratorische Prä-Post-Vergleich zeigt jedoch, dass die Senkung der Werte zum Post-

¹⁵ Dies gilt für alle Grafiken des Intergruppenvergleichs

Messzeitpunkt bei Gruppe 1 in der Variable externe Kontrollüberzeugung statistisch nicht signifikant war.

Resilienz

Abbildung 14 zeigt den Verlauf der Variable Freude auf der Arbeit für beide Gruppen.

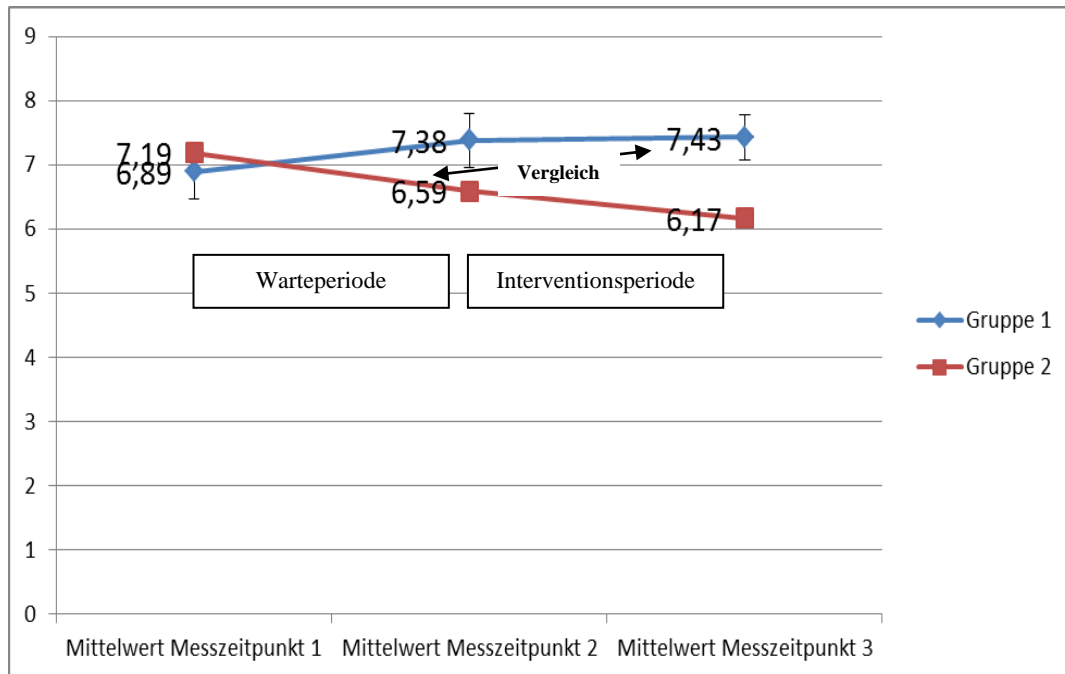


Abbildung 14: Verlauf für die Variable Freude auf der Arbeit für beide Gruppen über alle Messzeitpunkte hinweg

Die Resilienz-Variable Freude auf der Arbeit ergibt ein ähnliches Muster: obgleich Gruppe 2 mit einer erhöhten Ausprägung von Freude auf der Arbeit in der Warteperiode startet, sinken bei ihnen die Werte bis zum Messzeitpunkt t2 kontinuierlich ab. Gruppe 1 dagegen zeigt eine kontinuierliche Steigung von Freude auf der Arbeit. Die adjustierten Mittelwerte zeigen einen Unterschied von 0.78 Punkten ($p < .05$) zwischen beiden Gruppen. Bei der Effektgröße handelt es sich mit $d = 0.49$ um einen kleinen Effekt. Es muss jedoch angemerkt werden, dass sich auch bei dieser Variable keine statistisch signifikante Veränderung nach der Intervention bei Gruppe 1 ergab.

Interpersoneller Bereich

Kommunikation im Team

Die Variable *Kommunikation im Team* stieg bei Gruppe 1 während der Interventionszeit von 2.85 auf 2.98 Punkte ($M_{adj} = 3.03$), während sie bei Gruppe 2 nach der Warteperiode

von 2.9 auf 2.78 Punkte sank ($M_{adj} = 2.81$). Der Vergleich der Interventionsperiode von Gruppe 1 mit der zeitlich parallel liegenden Wartephase von Gruppe 2 Gruppe unter Berücksichtigung der Baseline als Kovariate ist mit einem Wert von $p < .01$ sehr signifikant. Bei der Effektgröße für diesen Vergleich handelt es sich um einen mittelgroßen Effekt (Cohen's $d_{adj} = 0.50$). Der Prä-Post-Vergleich der Werte bei Gruppe 1 zeigt, dass dieser ebenfalls statistisch nicht signifikant ist, jedoch einen Veränderungstrend in die erwünschte Richtung darstellt.

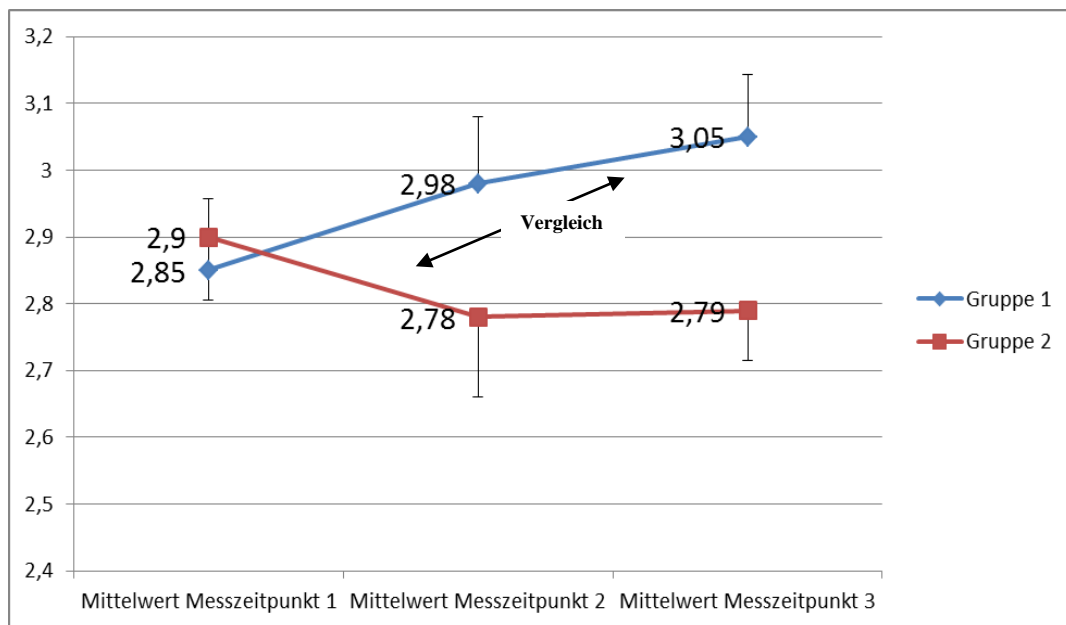


Abbildung 15: Verlauf für die Variable Kommunikation im Team für beide Gruppen über alle Messzeitpunkten hinweg.

Für alle anderen Variablen in den Zielparametern Belastung, Resilienz und interpersoneller Bereich konnten keine signifikante Unterschiede gefunden werden.

3.2.5 Explorative Analysen

3.2.5.1 Intragruppenvergleich

Baseline-Prä (Warteperiode)

Der Intragruppenvergleich zeigt für beide Gruppen ein entgegengesetztes Bild (siehe Tabelle 15). Während Gruppe 1 bis zum Ende der Warteperiode eine statistisch signifikante Verbesserung in vielen Variablen zeigt, verschlechtern sich viele der Werte bei Gruppe 2, zwei davon statistisch signifikant. Gruppe 1 zeigt nach der Warteperiode eine sehr signifikante Reduktion von emotionaler Erschöpfung, eine sehr signifikante Verbesserung der Kommunikation im Team sowie von Engagement und Verantwortung, eine signifikante Verbesserung von Empathie und Arbeitszufriedenheit und schließlich eine signifikante Verbesserung des globalen Gesundheitszustands. Gruppe 2 dagegen zeigt nach Ende der Warteperiode eine signifikante Verschlechterung der Variable Kommunikation im Team und eine sehr signifikante Reduktion der Freude auf der Arbeit.

Tabelle 15: Ergebnisse des Intragruppenvergleichs (t1 vs. t2) für die untersuchten Variablen in der kontrollierte Untersuchung

	t-Test									
	Baseline-Prä Vergleich Gruppe 1					Baseline-Prä Vergleich Gruppe 2				
	t1 <i>n</i> = 21 M (SD)	t2 <i>n</i> = 21 M (SD)	T (df)	p	Co- hen's d	t1 <i>n</i> = 21 M (SD)	t2 <i>n</i> = 21 M (SD)	T(df)	p	Co- hen's d
Wahrgenommener Stress (PSQ)	0.34 (0.15)	0.31 (0.16)	1.182	.251	0.20	0.42 (0.13)	0.41 (0.13)	-0.396	.697	0.07
Selbstmitgefühl (SCS)	2.80 (0.46)	2.91 (0.43)	-1.123	.275	0.212	3.11 (0.36)	3.00 (0.29)	1.821	.084	0.34
Burnout (MBI)										
Emotionale Erschöpfung	16.30 (8.43)	13.55 (8.02)	2.629	.017*	0.326	20.76 (7.99)	19.76 (8.80)	.710	.486	0.12
Depersonalisation	3.10 (3.51)	3.00 (3.08)	0.183	.857	0.029	6.19 (5.48)	6.52 (4.21)	-0.505	.619	0.06
Persönliche Leistungsfähigkeit	38.05 (4.80)	37.35 (6.56)	0.508	.617	0.117	35.67 (5.62)	37.29 (4.24)	-1.435	.167	0.32
Angst und Depression (HADS-D)										
Depressivität	3.38 (2.31)	3.19 (2.32)	0.349	.731	0.082	4.86 (3.26)	5.10 (3.18)	-0.539	.596	0.07
Ängstlichkeit	5.10 (3.42)	4.86 (3.80)	0.653	.521	0.064	7.29 (3.30)	7.52 (3.57)	-0.410	.686	0.07
Team (Team Puls)										
Kommunikation im Team	2.85 (0.48)	2.98 (0.45)	-2.549	.019*	0.278	2.92 (0.36)	2.78 (0.46)	2.18	.041*	0.32
Engagement und Verantwortung	2.79 (0.33)	2.95 (0.32)	-2.685	.014*	0.493	2.87 (0.30)	2.79 (0.33)	1.67	.110	0.26

Emotionale Regulation (SEK-27)	75.81 (12.11)	78.81 (15.42)	-1.260 (20)	.222	-0.209	71.81 (12.75)	72.71 (15.40)	-0.280 (20)	.782	-0.06
Internale Kontrollüberzeugung (IE-4-IKÜ)	4.43 (0.53)	4.21 (0.49)	1.826 (20)	.083	0.419	3.79 (0.94)	3.93 (0.62)	-0.616 (20)	.545	0.18
Externale Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)	2.07 (0.88)	2.14 (0.62)	-0.471 (20)	.642	0.089	2.48 (0.66)	2.67 (0.68)	-1.360 (20)	.189	0.29
Selbstwirksamkeit (ASKU)	4.06 (0.39)	4.05 (0.53)	.121 (20)	.905	0.034	3.90 (0.35)	3.95 (0.19)	-0.596 (20)	.558	0.17
Empathie (IRI)	40.71 (5.76)	42.86 (5.22)	-2.45 (20)	.023*	0.387	42.48 (5.12)	41.43 (5.12)	1.32 (20)	.202	0.20
Kognitive Irritation	8.29 (3.69)	7.90 (4.12)	.810 (20)	.428	0.096	9.48 (3.56)	9.95 (4.51)	1.319 (20)	.202	0.15
Globaler Gesundheitszustand (EQ5D)	76.38 (14.82)	84.10 (10.84)	-3.026 (20)	.007*	0.573	81.62 (12.70)	74.81 (21.35)	2.070 (20)	.052	0.34
Arbeitszufriedenheit (VAS-1)	6.21 (2.17)	7.43 (1.83)	-2.180 (20)	.041*	0.603	6.00 (2.02)	5.62 (2.40)	1.164 (20)	.258	0.17
Stärkung durch die Arbeit (VAS-2)	6.26 (2.46)	6.91 (2.51)	-1.853 (20)	.079	0.259	5.91 (2.19)	5.91 (1.95)	0.000 (20)	1.000	0.00
Freude auf der Arbeit (VAS-3)	6.88 (1.91)	7.38 (1.94)	-1.662 (20)	.112	0.26	7.19 (1.12)	6.52 (1.60)	2.646 (20)	.016*	0.46

n: Größe der Teilstichprobe; *T*: Wert der Teststatistik des t-Tests für abhängige Stichproben *p*: *p*-Wert des t-Tests; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; * für signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$); ** für sehr signifikante Ergebnisse ($p \leq .01$); Cohen's *d*: $d > 0.2$ kleine Effekte, $d > 0.5$ mittelgroße Effekte und $d > 0.8$ große Effekte; Anmerkung: Der t-Test für verbundene Stichproben berücksichtigt nur die kompletten Fälle zu beide Messzeitpunkten. Daher weicht die Stichprobenzahl bei t2 vom eigentlichen *N* ab

Prä-Post (Interventionsperiode)

Der Prä-Post-Vergleich (Tabelle 16) zeigt, dass Gruppe 1 sich in keiner der gemessenen Variablen nach Ende der Intervention verbesserte und Gruppe 2 eine hochsignifikante Verschlechterung der Arbeitszufriedenheit und der Depressivitätssymptomatik aufweist.

Tabelle 16: Ergebnisse des Intragruppenvergleichs (t2 vs. t3) für die untersuchten Variablen in der kontrollierte Untersuchung

	t-Test									
	Prä-Post Vergleich Gruppe 1					Prä-post Vergleich Gruppe 2				
	t2 n = 21 M (SD)	t3 n = 21 M (SD)	T (df)	P	Co- hen's d	t2 n = 18 M (SD)	t3 n = 18 M (SD)	T(df)	p	Co- hen's d
Wahrgenommener Stress (PSQ)	0.31 (0.16)	0.32 (0.14)	-0.616 (20)	.545	0.088	0.44 (0.14)	0.44 (0.16)	0.053 (17)	.959	0.01
Selbstmitgefühl (SCS)	2.91 (0.43)	2.88 (0.46)	0.567 (20)	.577	0.073	3.04 (0.32)	3.08 (0.26)	-0.596 (17)	.559	0.11
Burnout (MBI)										
Emotionale Erschöpfung	13.55 (8.02)	14.80 (7.78)	-0.913 (19)	.373	0.154	19.72 (9.41)	20.67 (9.66)	-0.425 (17)	.676	0.10
Depersonalisation	3.00 (3.08)	3.25 (3.45)	-0.338 (19)	.739	0.074	5.94 (4.60)	5.56 (5.16)	0.444 (17)	.662	0.08
Persönliche Leistungsfähigkeit	37.35 (6.56)	37.80 (5.74)	-0.346 (19)	.733	0.071	36.72 (4.39)	36.06 (4.70)	0.566 (17)	.579	0.15
Angst und Depression (HADS-D)										
Depressivität	3.19 (2.32)	3.19 (2.60)	0.000 (20)	1.000	0.175	5.12 (2.89)	6.59 (2.90)	-3.125 (16)	.007**	0.49
Ängstlichkeit	4.86 (3.80)	4.57 (3.38)	0.645 (20)	.526	0.078	7.47 (3.92)	8.23 (4.15)	-0.927 (16)	.368	0.18
Team (Team Puls)										
Kommunikation im Team	2.98 (0.45)	3.05 (0.42)	-1.681 (20)	.108	0.175	2.76 (0.48)	2.78 (0.30)	-0.348 (17)	.732	0.06
Engagement und Verantwortung	2.95 (0.32)	2.98 (0.33)	-0.721 (20)	.479	0.091	2.82 (0.33)	2.78 (0.23)	0.736 (17)	.472	0.11
Emotionale Regulation (SEK-27)										
Emotionale Regulation	78.81 (15.42)	78.86 (16.66)	-0.015 (20)	.988	0.002	69.94 (12.30)	72.33 (12.96)	-0.642 (17)	.529	0.19
Internale Kontrollüberzeugung	4.21 (0.49)	4.21 (0.62)	0.000 (20)	1.000	0	3.86 (0.61)	3.83 (0.59)	0.270 (17)	.790	0.05
Externale (IE-4-IKÜ) Kontrollüberzeugung (IE-4-EKÜ)	2.14 (0.62)	2.00 (0.69)	1.240 (20)	.229	0.038	2.69 (0.62)	2.64 (0.68)	0.345 (17)	.734	0.09
Selbstwirksamkeit (ASKU)	4.05 (0.53)	4.08 (0.47)	-0.237 (20)	.815	0.063	3.96 (0.19)	3.96 (0.30)	0.000 (17)	1.000	0.00

Empathie (IRI)	42.86 (5.22)	41.90 (6.19)	1.003 (20)	.328	0.163	41.50 (5.51)	42.22 (6.05)	-0.845 (17)	.410	0.12
Kognitive Irritation	7.90 (4.12)	8.10 (4.33)	-0.245 (20)	.809	0.045	10.00 (4.81)	9.94 (3.44)	0.072 (17)	.944	0.01
Globaler Gesundheitszustand (EQ5D)	84.10 (10.84)	82.76 (12.95)	0.582 (20)	.567	0.11	72.39 (20,89)	71.78 (18,47)	0.144 (17)	.887	0.03
Arbeitszufriedenheit (VAS-1)	7.43 (1.83)	7.00 (1.92)	1.162 (20)	.259	0.322	6.06 (2.31)	4.22 (2.86)	3.024 (17)	.008*	0.70
Stärkung durch die Arbeit (VAS-2)	6.91 (2.51)	6.67 (2.76)	0.611 (20)	.548	0.085	6.33 (1.88)	4.67 (2.44)	3.301 (17)	.004	0.75
Freude auf der Arbeit (VAS-3)	7.38 (1.94)	7.43 (1.60)	-0.149 (20)	.883	0.023	6.78 (1.48)	6.17 (1.89)	1.479 (17)	.158	0.36

n: Größe der Teilstichprobe; *T*: Wert der Teststatistik des t-Tests für abhängige Stichproben *p*: p-Wert des t-Tests; *M*: Mittelwert; *SD*: Standardabweichung; * für signifikante Ergebnisse ($p \leq .05$); ** für sehr signifikante Ergebnisse ($p \leq .01$); Cohen's *d*: $d > 0.2$ kleine Effekte, $d > 0.5$ mittelgroße Effekte und $d > 0.8$ große Effekte; Anmerkung: Der t-Test für verbundene Stichproben berücksichtigt nur die kompletten Fälle zu beiden Messzeitpunkten. Daher weicht die Stichprobenzahl bei t2 vom eigentlichen *N* ab

3.2.6 Compliance

3.2.6.1 Inanspruchnahme der Kursbausteine

Tabelle 17 zeigt die Inanspruchnahme der drei Kursangebote während der neun Praxiswochen für beide Gruppen (d.h. exklusive der Einführungswoche, in der die Einführungsveranstaltung stattfand). Der Tabelle kann entnommen werden, dass die Anzahl an besuchten Abendkursen bei Gruppe 2 höher war. Während bei Gruppe 1 43% der Teilnehmer/-innen mindestens 4 Abendkurse besuchten, waren es bei Gruppe 2 56%. Ein weiterer Unterschied ist, dass in Gruppe 1 vier Personen keinen der Abendkurstermine besuchten, während dies bei Gruppe 2 nur bei einer Person der Fall war. Auch bei der Anzahl der besuchten Fortbildungstermine ist Gruppe 2 überlegen: etwas mehr als ein Viertel der Teilnehmer/-innen in dieser Gruppe besuchte mehr als 6 Fortbildungstermine, bei Gruppe 1 ist dies bei keinem der Teilnehmer/-innen der Fall. In Gruppe 1 besuchte keiner der Pflegekräfte mehr als 5 Fortbildungstermine. Was die Anzahl an Wochen angeht, in welchen die Teilnehmer/-innen die Kurzmeditationsmöglichkeiten während der Arbeitsschicht aufsuchten, ähneln sich die Gruppen: bei Gruppe 1 besuchten 71.4 % der Teilnehmer/-innen die Kurzmeditationen ausschließlich an 3 Wochen (oder weniger) der gesamten Kursperiode. Bei Gruppe 2 sind es 77.8 %. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Teilnehmer/-innen von Gruppe 2 im Durchschnitt mehr Abendkurse und Fortbildungen besuchten als die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1. Die Fortbildungstermine haben die höchste und die Kurzmeditationen während der Arbeitsschichten die geringste Inanspruchnahmequote.

Tabelle 17: Inanspruchnahme der Kursangebote während der neun Praxiswochen (exklusive der Einführungsveranstaltung) in der kontrollierte Untersuchung

	Gruppe 1 (n =21)	Gruppe 2 (n =22)
Anzahl der besuchte Abendkurse in %		
0	19	5.6
1-3	38.1	38.9
4-6	38.1	50
7	4.8	5.6
Anzahl der besuchte Fortbildungen in %		
0	4.8	5.6
1-2	33.3	33.3
3-5	61.9	33.4
6-7	-	27.8
Anzahl der Wochen-Teilnahme an Kurzmeditationen in %		
0	19	16.7
1-3	52.4	61.1
4-5	28.6	22.2
6-7	14.3	-

3.2.6.2 Gesamt-Compliance-Rate

Während des Kurses wurde beobachtet, dass viele Teilnehmer/-innen sich bemühten, zumindest einen der drei Kursbausteine in Anspruch zu nehmen. Dies spiegelt sich auch in den Daten wider. Betrachtet man die Anzahl an Wochen, in denen die Teilnehmer/-innen während der 10-wöchigen Kursdauer an mindestens einer der Übungsmöglichkeiten teilnahmen (inklusive der Einführungssitzung), zeigt sich, dass die Compliance mit der Intervention relativ hoch war (Abbildung 16). Bei Gruppe 1 übten 62% der Teilnehmer/-innen an mindestens sechs von zehn Wochen im Rahmen einer der Kursbausteine. Bei Gruppe 2 ist diese Zahl sogar höher: hier waren es 72% der Teilnehmer/-innen, die mindestens in sechs der zehn Wochen Kursdauer in irgendeiner Form übten. In Anbetracht der hohen zeitlichen Belastung, der Pflegekräfte ausgesetzt sind, können diese Teilnahmeraten als sehr gut bewertet werden.

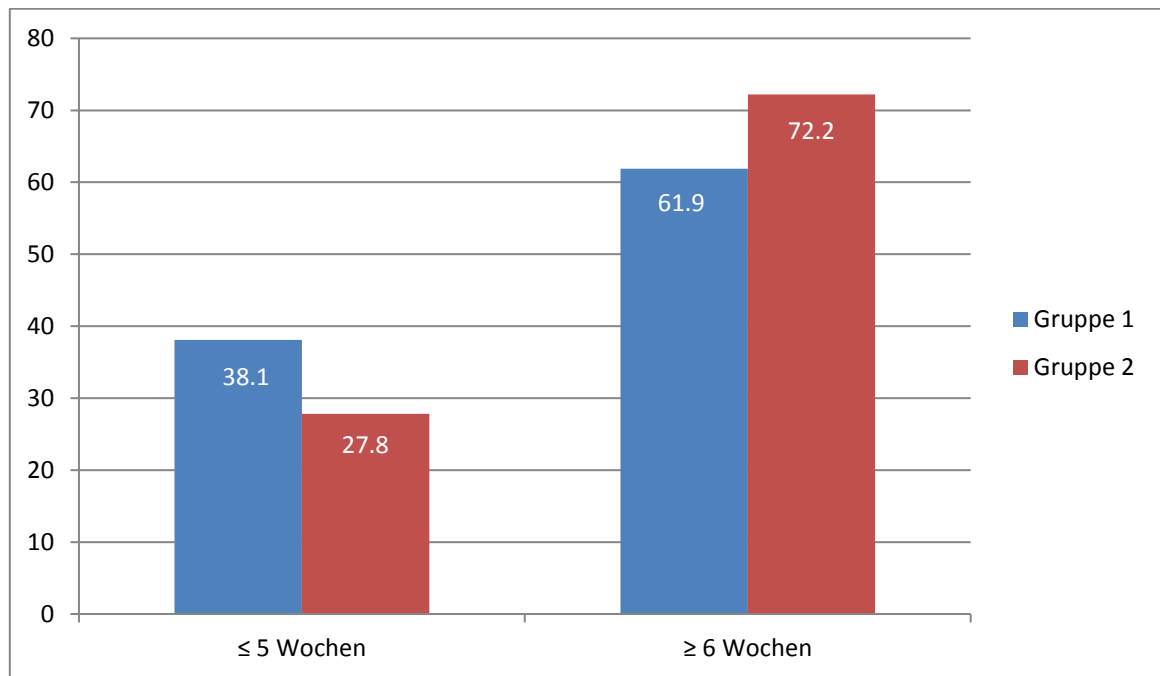


Abbildung 16: Compliance-Rate der Teilnehmer/-innen für die zehnwöchige Kursperiode (Anzahl an Wochen, an denen mindestens einer der Kursbausteine in Anspruch genommen wurde)

3.2.7 Goal Attainment Scaling – Zielerreichung

3.2.7.1 Häufigkeit der Ziele und Erreichungsgrad in den unterschiedlichen Zielkategorien

Die individuellen Ziele wurden wie in der Pilotstudie anhand von summativen Techniken für die Kodierung qualitativer Daten (Hsieh & Shannon, 2005) in Kategorien gruppiert. In Tabelle 18 werden Beispiele für die unterschiedlichen Kategorien präsentiert, die in beiden Gruppen eruiert werden konnten. Zusätzlich wird in Tabelle 18 angezeigt, wie oft die Ziele in den jeweiligen Gruppen angegeben wurden. Schließlich zeigt die Tabelle auch deren Erreichungs- bzw. Nicht-Erreichungsgrad in Prozent.

Tabelle 18: Häufigkeit und Erreichungsgrad der persönlichen Zielen mit Beispielen für jede Zielkategorie in der kontrollierte Untersuchung

	Gruppe 1 (n = 21)	Gruppe 2 (n = 18)
Resilienz und Gesundheit		
Häufigkeit in %	8.8	18.8
Erreicht in %	100	83.3
Nicht erreicht in %	0	16.7
Beispiele	„Negative Gefühle früher erkennen“	„Mich im Alltag und auf Arbeit weniger angespannt fühlen“
Selbstfürsorge		
Häufigkeit in %	17.6	21.9
Erreicht in %	83.3	71.4
Nicht erreicht in %	16.7	28.6
Beispiele	„Mich täglich um meine Energie kümmern“	„Sich trotz Zeitmangels Zeit für sich nehmen“
Entspannung und Gelassenheit		
Häufigkeit in %	44.1	31.3
Erreicht in %	75	70
Nicht erreicht in %	25	30.0
Beispiele	„Praxis erlernen, um mich in Stresssituationen runterzufahren“	„Ruhiger und gelassener in Gesprächen sein“
Abgrenzung		
Häufigkeit in %	2.9	6.3
Erreicht in %	100	0
Nicht erreicht in %	0	100
Beispiele	„Abschalten ohne Hilfsmittel“	„Bei mir bleiben“
Achtsamkeit und Präsenz		
Häufigkeit in %	20.6	15.6
Erreicht in %	62.5	40
Nicht erreicht in %	37.5	60
Beispiele	„Zeit wahrnehmen: der Tag geschieht nicht“	„Längere Konzentration ohne Ausschweifen der Gedanken“
Achtsamkeit im Umgang mit anderen		
Häufigkeit in %	5.9	6.3
Erreicht in %	0	100
Nicht erreicht in %	100	0
Beispiele	„Häufiger das Gefühl haben, ich habe mich zufriedenstellend um den Patienten kümmern können“	„Im Team achtsam agieren“

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Häufigkeit, mit der Ziele in den jeweiligen Kategorien formuliert worden sind, für beiden Gruppen ähnlich ist. Am meisten wurden in beiden Untersuchungsgruppen Ziele formuliert, die mit dem Wunsch nach *Entspannung und Gelassenheit* zusammenhängen. Ziele in dieser Kategorie wurden in ca. 70% der Fälle von den Teilnehmern/-innen in beide Gruppen erreicht. Mit einer Auftretenshäufigkeit, die zwischen 15-20% rangiert, sind die Ziele in den Kategorien *Achtsamkeit und Präsenz* sowie *Selbstfürsorge* am zweithäufigsten besetzt. Was die Ziele bezüglich Achtsamkeit und Präsenz angeht, zeigt sich ein Unterschied zwischen beiden Gruppen: Gruppe 1 erreichte damit zusammenhängende Ziele in 60% der Fälle, während Gruppe 2 dies nur in 40% tat. Ziele, die mit Selbstfürsorge zusammenhängen, wurden in 70-80% der Fälle in beiden Gruppen erreicht. Auch bei den Zielen, in denen die Teilnehmer/-innen ihren Wunsch nach einer verbesserten *Resilienz und mehr Gesundheit* äußerten, zeigt sich ein Unterschied zwischen den Gruppen: diese wurden bei Gruppe 1 zu 100% erreicht, während sie in Gruppe 2 nur in 84% der Fälle erreicht wurden. Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich erneut in der Erreichung der zwei Randkategorien *Abgrenzung* und *Achtsamkeit im Umgang zu anderen*. Ziele in diesen Kategorien wurden zwischen den Gruppen unterschiedlich häufig erreicht.

3.2.7.2 Genereller Erreichungserfolg für alle persönlichen Ziele für beide Gruppen

Die GAS-Skala hat eine fünfstufige Skalierung, die von -2 (viel weniger als erwartet erreicht) bis +2 (viel mehr als erwartet erreicht) reicht, wobei 0 eine adäquate Zielerreichung bedeutet. Die Betrachtung des generellen Erreichungserfolgs über alle Ziele hinweg anhand der 5 Erreichungsstufen zeigt, dass die Mehrheit der formulierten Ziele in beiden Gruppen erreicht wurde (Abbildung 17 und 18).

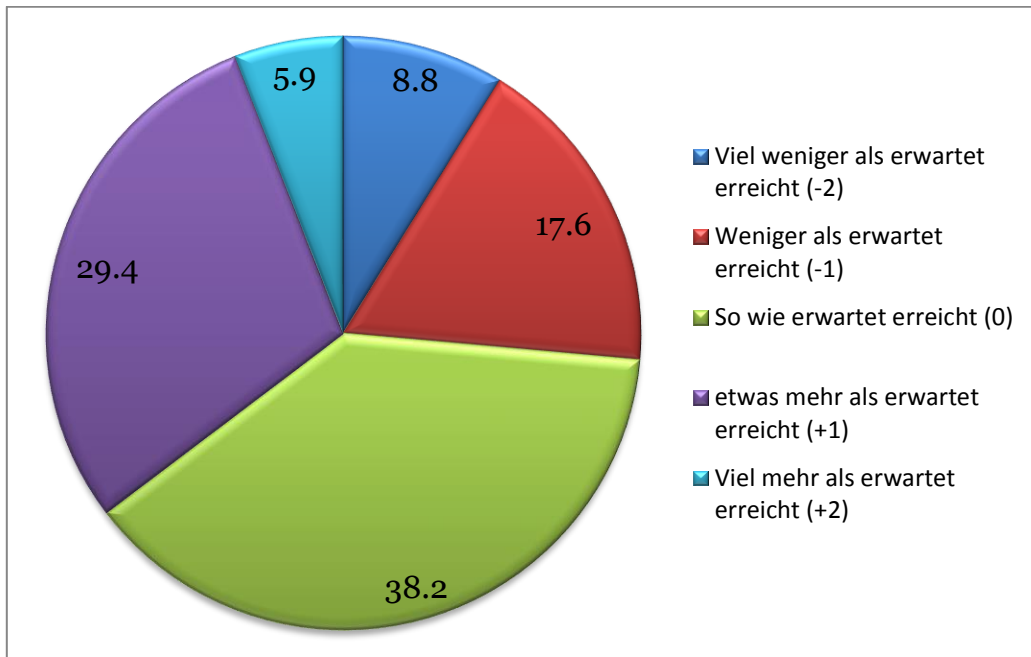


Abbildung 17: Darstellung des Erreichungsgrads aller persönlichen Ziele für Gruppe 1 in Prozente

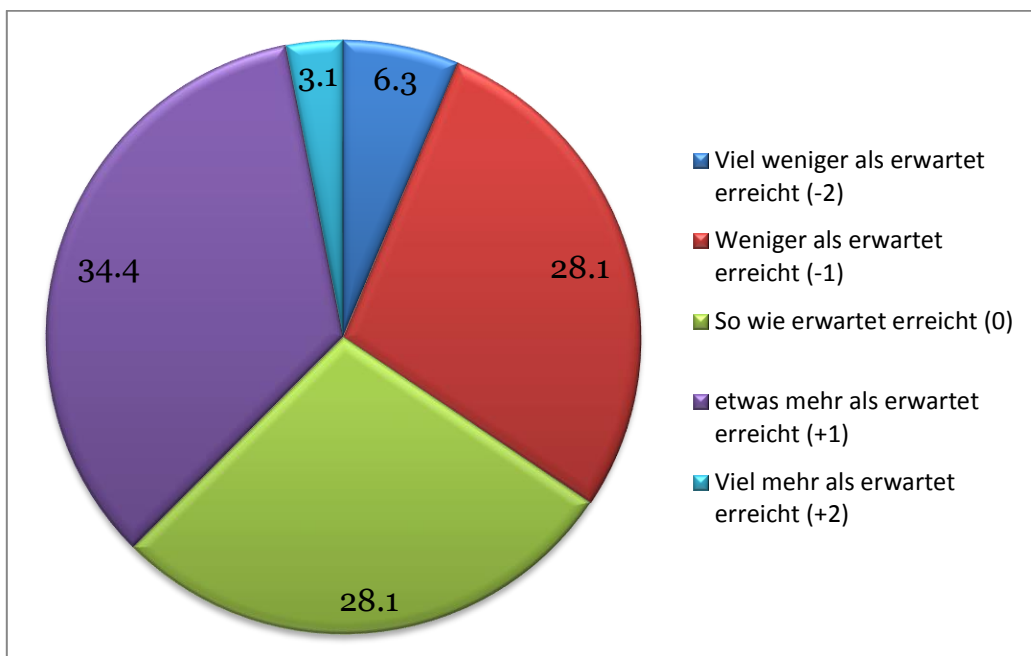


Abbildung 18: Darstellung des Erreichungsgrads aller persönlichen Ziele für Gruppe 2 in Prozente

Die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1 haben mit 73.5% gegenüber den Teilnehmern/-innen von Gruppe 2 mit 65.6% insgesamt eine etwas höhere Erreichungsquote. Diese Quote fasst die Prozente zusammen für die Ziele, die viel mehr, etwas mehr und so wie erwartet er-

reicht worden sind. Darüber hinaus fällt auf, dass die Anzahl der Ziele, die mit einer 0, also mit so wie erwartet bewertet worden sind, in Gruppe 1 höher ist als in Gruppe 2, während dort mehr Ziele etwas mehr als erwartet erreicht werden konnten.

3.3 Diskussion

3.3.1 Aufbau der Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der kontrollierten Studie zusammengefasst und diskutiert. Nachdem die Ergebnisse interpretiert und mit der bestehenden Literatur zu Achtsamkeitsinterventionen bei Pflegekräften in Verbindung gebracht werden, werden die Stärken und Schwächen der Studie dargestellt. Daran anknüpfend erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der kontrollierten Studie sowie von weitere Forschungsfragen. Im nächsten Kapitel werden, basierend auf den Erfahrungen aus beiden Studien, Empfehlungen für die Gestaltung von zukünftigen Forschungsprojekten zu Achtsamkeitsinterventionen im Krankenhaus gegeben. Schließlich rundet ein Fazit über den Einsatz von Achtsamkeitsinterventionen bei Gesundheitsfachkräften diesen Abschnitt der Dissertation ab.

3.3.2 Einführung und Vorbemerkung

Das primäre Ziel der Nachfolgestudie war es, die Effektivität des Kurses in Bezug auf die Zielparameter *Belastung*, *Resilienz* sowie Funktion- und Leistungsfähigkeit im *interpersonellen Bereich* bei onkologischen Pflegekräften zu evaluieren. Weiterhin sollte als sekundäres Ziel die Machbarkeit des Trainings in einem Umfeld mit einer hohen Belastungsdichte getestet werden. Für die Umsetzung dieser Ziele wurde eine kontrollierte Studie mit Stepped-Wedge Design und quantitativer Evaluationsstrategie angewendet. Sieben Abteilungen der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg wurden hierfür einer von zwei Gruppen zugewiesen. Beide Gruppen bekamen die Intervention zeitversetzt und nach einer jeweils vorgeschalteten Warteperiode. Das ergibt drei Messzeitpunkte für beide Gruppen: Am Anfang der Warteperiode (*Baseline* = t1), Am Ende der Warteperiode beziehungsweise vor der Interventionsperiode (*Prä* = t2) und nach der Interventionsperiode (*Post* = t3). Insgesamt nahmen 43 Pflegekräfte an der Studie teil.

Es muss angemerkt werden, dass die Interpretation der Ergebnisse der kontrollierten Studie nur bedingt möglich ist. Diese Einschränkung ist zweifach begründet:

- 1) Durch die Insolvenzmeldung der Klinik, welche kurz nach Ende der Interventionsperiode von Gruppe 1 bzw. die Warteperiode von Gruppe 2 stattfand (siehe Kap.

3.2.1), kann nur schwer eingeschätzt werden, inwiefern die Teilnehmer/-innen tatsächlich durch den Kurs profitiert haben. Äußere Stabilität und ein geschützter Rahmen müssen gegeben sein, damit die Teilnehmer/-innen von Achtsamkeitskursen sich auf die Übungen einlassen können. Die Insolvenz bedeutete für die Pflegekräfte jedoch Unsicherheit und potentiell auch eine existentielle Bedrohung, sodass Auswirkungen auf die Effekte der Intervention möglich sind.

- 2) Wie dem Ergebnisteil dieser Dissertation entnommen werden kann, bestanden zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 Unterschiede zum Baseline-Messzeitpunkt in mehreren strukturellen Kriterien und Belastungsparametern. Aus diesem Grund ist ein Vergleich beider Gruppen nur bedingt möglich. Die fehlende Randomisierung auf Teilnehmer/-innen Ebene erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass neben diesen bekannten auch unbekannte Störfaktoren und/oder ihre Interaktion, die Ergebnisse der Studie zu einer Über- oder Unterschätzung des Effektes geführt haben.

Aus diesen Gründen hat die Interpretation der Ergebnisse vielmehr einen hypothesengenerierenden Charakter und schließt kausale Erklärungen aus. Im Folgenden werden erkennbare Muster und potentielle Erklärungen für die Studienergebnisse aufgezeigt, die Ausgangspunkte für weitere Forschung in dem Feld sein können.

3.3.3 Diskussion der Fragestellungen

3.3.3.1 Fragestellung I: Überlegenheit der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe.

Der Vergleich der Zielparameter am Ende der Interventionsperiode (t3) von Gruppe 1 und der Warteperiode (t2) von Gruppe 2 anhand der berechneten ANCOVAs ergab statistisch signifikante Unterschiede für mindestens eine Variable aus jedem der drei untersuchten Bereiche. In dem Zielparameter-Bereich *Belastung* kann eine signifikant geringere externe Kontrollüberzeugung für die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1 im Vergleich zu den Teilnehmer/-innen von Gruppe 2 konstatiert werden.

In der Outcome-Gruppe *Resilienz* waren die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1 den Teilnehmer/-innen von Gruppe 2 in der Variable Freude auf der Arbeit überlegen. Was die Outcome-Gruppe *interpersoneller Bereich* angeht konnte für die Team-Variable Kommunikation im Team eine Überlegenheit von Gruppe 1 festgestellt werden. Die Effektstärken für alle Variablen reichen dabei von klein bis mittelgroß ($d = 0.49 - 0.66$). Für die zweite

Team-Variable Engagement und Verantwortung konnte ein kleiner Effekt ($d = 0.37$) festgestellt werden, der knapp nicht signifikant wurde ($p = .060$).

Diese recht positiv anmutenden Ergebnisse werden durch die Tatsache entkräftet, dass die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1 im Rahmen des t2-t3 Vergleichs sich in keinem der untersuchten Zielparameter signifikant verbesserten. Darüber hinaus offenbart der t1-t2 Vergleich von Gruppe 2, dass diese Gruppe sich nach der Warteperiode im Gegensatz zu Gruppe 1 in mehreren Variablen signifikant verschlechterte, nämlich in der *Freude auf der Arbeit* und die *Kommunikation im Team*. Der Verdacht liegt nahe, dass sowohl die mangelnde Verbesserung von Gruppe 1 als auch die Verschlechterung von Gruppe 2 mit der Insolvenzanmeldung der Klinik zusammenhängt, die sich kurz nach Ende der Interventionsperiode von Gruppe 1 wie auch kurz nach Ende der Warteperiode von Gruppe 2 ereignete. Aus dem Vergleich der Verschlechterung bei Gruppe 2 und den gleichbleibenden Ergebnissen bei Gruppe 1 ergibt sich dann der signifikante Unterschied im Intergruppenvergleich.

Wenngleich das Ausbleiben einer Verbesserung zwischen den Messzeitpunkten t2 und t3 bei Gruppe 1 die Relevanz der eben erläuterten Unterschiede schmälert, muss erneut die mögliche Auswirkung der Insolvenz bedacht werden, der beide Gruppen zu dem Zeitpunkt ausgesetzt waren. Von dieser Perspektive aus betrachtet erscheinen die Ergebnisse in einem anderen Licht: Die nach der Interventionsperiode erhobenen Werte von Gruppe 1 verbesserten sich zwar nicht, sie verbleiben jedoch stabil. Weiterhin ergab der Intragruppenvergleich, dass Gruppe 1 sich bereits nach der Warteperiode in mehreren Variablen signifikant im Vergleich zu der Baselinemessung verbesserte. Eine Verschlechterung der Werte tritt nach der Insolvenzanündigung der Klinik nicht ein.

Ein weiteres Indiz für den potentiellen Einfluss der Insolvenzanmeldung auf den Effekt der Intervention ist, dass der positive Effekt der bei Gruppe 1 während der Warteperiode auftrat, bei Gruppe 2 ausbleibt. Bei Gruppe 2 sinkt nach der Insolvenzanmeldung die Stimmung auf der Arbeit, was sich in den eben genannten Verschlechterungen der Variablen *Freude auf der Arbeit* und der *Kommunikation im Team* spiegelt.

Eine Berücksichtigung des Intragruppenvergleichs ist in diesem Fall hilfreich, um die Komplexität der Ergebnisse noch nuancierter darzustellen. Aufgrund der schlechten Vergleichbarkeit der Gruppen kommt darüber hinaus der explorativen Intragruppen-Testung eine besondere Rolle zu.

3.3.3.2 Explorative Analysen - Intragruppenvergleich

Wie bereits dargestellt, ergab der Baseline-Prä Vergleich, dass Gruppe 1 sich nach der Warteperiode in mehreren Variablen signifikant verbesserte. Die Teilnehmer/-innen von Gruppe 1 gaben nach der Warteperiode an *emotional weniger erschöpft* zu sein und sich *gesunder* zu fühlen. Auch in den interpersonellen Variablen *Kommunikation im Team*, *Engagement und Verantwortung* sowie in der Variablen *Empathie* zeigen sich nach der Warteperiode bei Gruppe 1 statistisch signifikante Verbesserungen. Eine potenzielle Erklärung für diese Effekte könnte sein, dass bereits die freudige Vorerwartung an das Training und/oder die Aufmerksamkeit durch das Studienteam innere sowie teambezogene Ressourcen bei den Teilnehmer/-innen aktivierte. Diese könnten zu einer Entlastung, einem verbesserten Wohlbefinden und zu positiven Effekten im Kontakt mit anderen geführt haben. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit ist dass die Bereitschaft der Klinikleitung ein Achtsamkeitsprojekt zur Gesundheitsförderung in die Arbeitsabläufe der Klinik einzubinden und die darin investierte Zeit als Arbeitszeit zu bezahlen, von den Mitarbeiter/-innen als Zeichen von großer Wertschätzung empfunden wurde, und dies zu eine Verbesserung der Zielparametern beitrug. Wertschätzung auf allen Ebenen, das heißt seitens der Patienten/-innen und deren Angehörigen aber auch von Kollegen/-innen und Vorgesetzten ist Studienergebnisse zufolge (Isfort, Fuchs Frohnhofen, & Wappenschmidt-Krommus, 2012) eine zentrale Variable zu Beurteilung der eigenen pflegerischen Tätigkeit bei Pflegekräften. Weiterhin wird der Diskurs über die Tätigkeit von Pflegekräften in Deutschland maßgeblich vom Mangel an Wertschätzung für die eigene Arbeitstätigkeit bestimmt (siehe z.B. Buxel, 2011). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie deuten damit auf eine potentiell große Rezeptivität von Pflegekräften für Achtsamkeitsmaßnahmen am Arbeitsplatz hin. Diese Rezeptivität von Krankenhausmitarbeiter/-innen, die sich bereits in der Pilotstudie zeigte, sollte in weiteren Studien mit einer größeren internen Validität weiter untersucht werden.

Die Verbesserung von Gruppe 1 nach Ende der Warteperiode konnte wie bereits erklärt, trotz der Insolvenzanmeldung der Klinik aufrechterhalten werden. Auch kann keine Zunahme der Belastung nach der Interventionsperiode von Gruppe 1 verzeichnet werden. Viele der gemessenen Variablen zeigen sogar geringfügige Verbesserungen, die jedoch statistisch nicht signifikant werden.

Die Daten von Gruppe 2 zeichnen ein anderes Bild als bei Gruppe 1. Am Ende ihre Interventionsperiode war klar, dass die Klinik für Tumorbiologie vom Universitätsklinikum Freiburg aufgekauft werden würde und große Umstrukturierungen bevorstanden. Einige

Mitarbeiter/-innen würden ihren Arbeitsplatz verlieren, darunter auch viele Leitungspersonen. Diese großen Umwälzungen spiegeln sich womöglich auch in den Daten wider. Gruppe 2 zeigt nach der Interventionsperiode, eine signifikant schlechtere *Arbeitszufriedenheit* sowie eine signifikante Erhöhung der *Depressionssymptomatik*. Es ist denkbar, dass die Intervention eine Verschlechterung in den Werten von Gruppe 2 aufgrund der existenziellen Veränderungen in der Arbeitsumgebung nicht mehr verhindern kann.

Dieser Befund, insbesondere die Senkung der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen korrespondiert mit einer wichtigen Theorie der Mitarbeitermotivation, nämlich mit der *Zwei-Faktoren-Theorie* von Herzberg, Mausner, & Snyderman (1959). Auf der Basis von Befragungen mehrerer Hundert Mitarbeiter/-innen stellte Herzberg fest, dass für das Entstehen von Arbeitsmotivation zwei Faktoren benötigt werden, die sogenannten *Hygienefaktoren* und die *Motivationsfaktoren*. Hygienefaktoren sorgen nicht unbedingt für Arbeitszufriedenheit. Sind sie vorhanden, ohne dass auch Motivationsfaktoren vorhanden sind, geben Mitarbeiter/-innen an, sich in einem neutralen Zustand zu befinden. Fehlen sie, herrscht jedoch Unzufriedenheit. Typische Hygienefaktoren sind ein angemessenes Gehalt, eine sichere Arbeitsstelle und ein gutes Arbeitsumfeld. Damit Mitarbeiter/-innen jedoch zufrieden sind, müssen auch Motivationsfaktoren wie Erfolgserlebnisse, Anerkennung der Leistung und Selbstverwirklichung vorhanden sein. Im Fall der vorliegenden Studie mit Pflegekräften zeigt sich, dass die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen von Gruppe 2 nicht mehr mit dem Kurs verbessert oder aufrechterhalten werden kann. Vermutlich weil adäquate Hygienefaktoren nicht mehr gegeben sind. Die Möglichkeit, dass die unvorhersehbare Insolvenz für das Scheitern der Studienanordnung verantwortlich sein könnte, birgt jedoch in sich die Chance als natürlich auftretendes Experiment über das Potential von Achtsamkeitskurse in Arbeitsumgebungen mit einer extremen Belastungsdichte, Auskunft zu geben.

Die Befunde der vorliegenden Studie legen nahe, dass Achtsamkeitskurse bei schlechten Arbeitsbedingungen und hoher Belastung keine positiven Wirkungen auf Mitarbeiter/-innen haben. Es muss an dieser Stelle erneut die Fülle der Kursangebote in der vorliegenden Studie hervorgehoben werden. Den Mitarbeiter/-innen wurden vielfältige Möglichkeiten geboten zu üben: ein neunzigminütiger Abendkurs, der jede Woche stattfand, sowie die Dienstagsfortbildung, die eine Dauer von 45 Minuten hatte. Dazu kommen auch die 8-stündigen Arbeitsbegleitungen durch den Lehrer, in welchen die Mitarbeiter/-innen die Möglichkeit hatten, mehrmals am Tag an kurzen Meditationen teilzunehmen. Diese Ange-

bote wurden auch regelmäßig besucht (siehe Kap. 3.2.6.2). Zusätzlich wurde der Kurs als normale Arbeitszeit entlohnt.

An diese Stelle könnte man argumentieren, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Gesundheitsfachkräften vielleicht generell weniger wirksam sind. Dagegen sprechen verschiedene Übersichtsarbeiten über die Wirkung von Achtsamkeitspraktiken in dieser Population, die in den letzten Jahren erschienen sind. Insbesondere auf Variablen wie Stress, Burnout und Ängstlichkeit sowie allgemeines psychologisches Wohlbefinden scheinen achtsamkeitsbasierte Interventionen eine positive Wirkung auszuüben. (siehe Dharmawardene et al., 2016; Escuriex & Labbé, 2011; Irving et al., 2009; Jaffray et al., 2016; Lamothe et al., 2016).

Auch legen einige Studien einen systemischen Effekt von achtsamkeitsbasierten Interventionen im Krankenhaus nahe. In mehreren Untersuchungen (siehe Brady et al., 2012; Grepmaier et al., 2007; Horner et al., 2014) konnte eine Reduktion der psychopathologischen Symptomatik von Patienten/-innen, eine Erhöhung der Patienten/-innen-Zufriedenheit sowie eine Reduktion von Unfällen auf Krankenhausstationen festgestellt werden. Im Rahmen dieser genannten Untersuchungen hatten die angestellten Gesundheitsfachkräfte an Meditationsgruppen und Achtsamkeitskursen teilgenommen.

Es gibt allerdings kaum Untersuchungen mit *sehr belasteten* Stichproben. Eine der zwei Achtsamkeitsstudien, die bisher mit onkologischen Pflegekräften durchgeführt worden sind, konnte bei Pflegekräften in der pädiatrischen Onkologie mit einer sehr hohen Burnout-Belastung keine Effekte finden (Moody et al., 2013). Im Rahmen jener randomisiert-kontrollierten Studie wurden 48 Pflegekräfte einer achtsamkeitsbasierten Intervention oder einer passiven Kontrollgruppe zugewiesen. Nach der Intervention konnten keine Verbesserungen in den untersuchten Variablen Burnout, Depression und Stress gefunden werden. Die Ergebnisse der Studie von Moody et al. (2013) und der vorliegenden Dissertation werfen die Frage auf, inwiefern Achtsamkeitskurse bei einem sehr hohen Belastungsgrad ihr Potential entfalten können.

Aufgrund der monozentrischen Natur der Studien in der vorliegenden Dissertation sowie der kleinen Stichprobe bleiben die hier formulierten Erklärungen nur auf einer hypothesengenerierenden Ebene, und dennoch besitzen sie Relevanz für die Umsetzung zukünftiger Studien. Dieses Thema wird bei den Empfehlungen für zukünftige Forschung vertieft. An dieser Stelle werden die Grenzen der Untersuchung diskutiert.

3.3.4 Grenzen und Stärken der Studie

Die größte Stärke der vorliegenden Studie liegt im Sinne der Versorgungsforschung in ihrer alltagsnahen Durchführung. Damit gemeint ist die Berücksichtigung der Bedingungen in der Klinik. Diese Berücksichtigung der Bedingungen in dem untersuchten Feld hatte zum Ziel, eine Einschätzung der Umsetzungserfolge von Achtsamkeitskursen auf den Arbeitsplatz unter realistischen Bedingungen vorzunehmen. Gerade im Hinblick auf den Transfer der Übungen im Arbeitsalltag. So wurden z.B. die Teilnehmer/-innen nicht durch eine Randomisierung auf der individuellen Ebene separiert, sondern haben als Team, das auch im Alltag gemeinsam Leistungen erbringen muss, den Kurs besucht. Auch wenn die Insolvenzmeldung der Klinik keine alltägliche Arbeitsbedingung von Klinikmitarbeiter/-innen darstellt, ist die Belastungsdichte für Mitarbeiter/-innen in manchen Bereichen des Gesundheitssektors wie beispielsweise in der Altenpflege enorm hoch. Aus dieser Perspektive betrachtet stellt die größte Schwäche der Studie - die Tatsache, dass die Daten aufgrund der Ausnahmesituation in der Klinik nur bedingt auswertbar und interpretierbar sind - gleichzeitig eine Stärke dar. Denn dadurch wurden Erkenntnisse über die Effektivität von Achtsamkeitskursen für Gesundheitsfachkräfte, die unter sehr belastenden Umständen arbeiten, generiert. Diese Erkenntnisse werfen die Frage nach den Grenzen von Achtsamkeitsinterventionen auf.

Weitere Einschränkungen dieser Studie sind die fehlende Randomisierung sowie die Beteiligung von nur einem Zentrum. Auch die kleinen Stichproben könnten dazu beigetragen haben, dass ein Mangel an statistischer Power das Auffinden von signifikanten Effekten verhinderte. Weiterhin kann keine Aussage über das Ausmaß der Übungsintensität während der Freizeit getroffen werden. Somit kann nicht ausgeschlossen werden, dass die teilnehmenden Pflegekräfte gar nicht oder nur wenig geübt haben und es bleibt unklar, inwiefern die Übungsintensität einen Effekt auf die Wirkung des Kurses gehabt haben könnte. Standardisierte Achtsamkeitskurse wie das MBSR stützen sich stark auf die Bereitschaft der Teilnehmer/-innen während ihrer Freizeit zu üben. Im Rahmen von MBSR Kursen werden die Teilnehmer/-innen verpflichtet, täglich zu üben. Aufgrund der hohen zeitlichen Belastung von Pflegekräften wurde in dieser Studie auf eine Erfassung der Übungszeiten sowie auf ein obligatorisches Üben während der Freizeit verzichtet.

Ein weiteres Manko der Studie ist, dass die Auswirkung der Intervention auf der Patienten/-innen und Angehörigenebene nicht untersucht worden ist. Diese Erhebung wurde aus

forschungspragmatischen Gründen nicht durchgeführt und sollte ein zentrales Ziel zukünftiger Projekte sein.

Schließlich kann die hohe Anzahl an untersuchten Variablen kritisiert werden. Die hohe Anzahl an verwendeten Instrumenten ist vielfach begründet. Erstes hängt dies mit der großen Bandbreite an Effekten, die in den qualitativen Interviews der Pilotstudie eruiert werden konnten, zusammen. Somit stieg die Anzahl der Variablen, die für die Studie von Relevanz waren. Weiterhin unterscheidet sich das Training in der kontrollierten Studie in einigen Kernkriterien von dem Training in der Pilotphase, womit sich die Notwendigkeit ergab, einige Instrumente, die potenzielle Wirkbereiche des Trainings aufdecken, aufzunehmen. Zudem liegen zu einem Achtsamkeitskurs der an den Bedürfnissen und Themen von Pflegekräften adaptiert worden ist, keine Befunde vor. Somit war der Grundcharakter der kontrollierten Studie zu einem hohen Grad explorativ. Die Bonferroni-Korrektur als Lösung zum Ausgleich multipler Testung wird vermehrt kritisiert. Eine bessere Lösung wäre gewesen, die Zielparameter in primäre und sekundäre Outcomes zu teilen und die Anzahl der primäre Outcomes gering zu halten (Schulz & Grimes, 2005).

Es kann jedoch insgesamt konstatiert werden, dass die gewählten Zielparameter eine ausgewogene Instrumenten-Batterie darstellen, die nicht nur Belastung sondern auch ressourcenorientierte und interpersonelle Aspekte erheben. Damit wurde auch der Tragweite des Trainings als komplexer Intervention Rechnung getragen.

3.3.5 Zusammenfassung und Ausblick der kontrollierten Studie

Insgesamt kann gesagt werden, dass die kontrollierte Studie trotz der erschwerenden Bedingungen unter denen sie stattgefunden hat, Erkenntnisse über die Komplexität der Implementierung von Achtsamkeitsinterventionen für Pflegekräfte geliefert hat. Die Ergebnisse zeigen, dass Achtsamkeit prinzipiell auf eine große Resonanz bei den Pflegenden stößt. Die Compliance bei der Intervention war hoch und die Mehrheit der Teilnehmer/-innen konnte die am Anfang des Kurses gesetzten persönlichen Ziele erreichen. Die Ergebnisse legen nahe, dass achtsamkeitsbasierte Interventionen bei Krankenhausmitarbeiter/-innen unter Umständen einen protektiven Effekt haben, der nur bis zu einem gewissen Belastungsgrad greift. Wenn die Belastungsintensität im Krankenhaus ein gewisses Maß überschreitet und die Hygienefaktoren auf der Arbeit nicht mehr ausreichend gegeben sind, können vermutlich auch mit Hilfe eines intensiven Achtsamkeitstrainings keine messbar positiven Effekte in Variablen der Belastung, der Resilienz und im interpersonellen Be-

reich erzielt werden. Diese Thesen müssen jedoch in weiteren Studien, die in Einrichtungen mit einer hohen Belastungsdichte durchgeführt werden, geprüft werden.

3.3.6 Lektionen aus zwei Studien: Empfehlungen für die Evaluation von Achtsamkeitsprojekten im Gesundheitsbereich

Nun werden einige Empfehlungen für die Gestaltung von Forschungsprojekten zur Evaluation von Achtsamkeits- und Mitgefühlinterventionen bei Gesundheitsfachkräften dargestellt. Zunächst kann gesagt werden, dass die mehrjährige Erfahrung in der Durchführung von Achtsamkeitskursen am Arbeitsplatz von Krankenhausteams deutlich gezeigt hat, dass diese sensible Systeme sind. Die Durchführung von Forschungsprojekten muss daher mit der notwendigen *Einfühlsamkeit* und unter *Berücksichtigung der vorherrschenden Bedingungen* erfolgen. Das bedeutet konkret Wertschätzung auszudrücken sowie die Beachtung bereits bestehender Kompetenzen wie im Fall des Palliativzentrums sowie auch von Belastungen und schwierigen Bedingungen wie im Fall der onkologischen Klinik.

Unter Umständen empfiehlt es sich, Kompetenzen und Belastungen der Mitarbeiter/-innen vor der Durchführung des Kurses zu erheben. Protokollierte Gruppendiskussionen eignen sich gut für die Erfassung der bestehenden Team-Kompetenzen. Unbedingt sollten die auf diesem Wege erhobenen Teambedingungen von den Achtsamkeitslehrer/-innen in der Durchführung der Kurse berücksichtigt und unter Umständen in den Übungen aufgegriffen werden. Darauf reagierten die Teilnehmer/-innen in den vorliegenden Studien besonders positiv.

Die Studie mit Pflegekräften hat gezeigt, dass diese eine dynamische und lebendige Studienpopulation darstellen. Auch wenn sich die meisten von ihnen positiv und interessiert gegenüber dem Kurs zeigten, rief das Vermitteln von Achtsamkeit am Arbeitsplatz widersprüchliche Gefühle bei ihnen hervor. Dies zeigt sich beispielsweise in der offenkundigen Skepsis, Misstrauen und Wut, die manche Mitarbeiter/-innen, darunter auch Teilnehmer/-innen des Kurses in der onkologischen Klinik dem Kurs gegenüber äußerten. So ereignete sich während der Rekrutierungsphase der Studie folgende Begebenheit, die von der Autorin dieser Dissertation auf einer Feldnotiz festgehalten worden ist:

Ich traf heute auf eine Pflegekraft, die während meines Besuchs auf ihrer Abteilung zwecks einer Einladung am Kurs teilzunehmen folgendes sagte: „Achtsamkeit, fuck it! Solche frommen Sprüche brauche ich nicht. [...] Wenn der [Leitungsperson] will, dass wir entlastet werden, dann soll er neue Stellen schaffen!“ (Feldnotiz 1)

Ein weiteres, sehr eindrückliches Gespräch mit eines der Leiter/-innen der teilnehmenden Stationen, in welcher sie ihre Sorge wegen der Verwendung der Studienergebnisse äußerte, wurde auch im Rahmen einer Feldnotiz festgehalten:

Frau [Name der Leitungsperson] wollte wissen ob wir die Daten an andere Forschungsabteilungen weitergeben werden und was mit den Ergebnissen passieren wird. Auch ob [Name einer übergeordneter Leitungsperson] vor hat, dem Vorstand der Klinik die Daten vorzustellen. Sie sagte anschließend: „Denn wenn es rauskommt, dass wir hinterher weniger gestresst sind, wird sich ja dann nichts an unserer schlechten Situation ändern.“ (Feldnotiz 7)

Ähnliche Szenen wiederholten sich mit mehreren Mitarbeiter/-innen, die nicht an dem Kurs teilnahmen und ihre Unzufriedenheit mit den vorherrschenden Arbeitsbedingungen sowie ihren Unmut über den Kurs als eine schwache ‘Trostmaßnahme’ empfanden.

Auch im Rahmen der Kurssitzungen kam es zu stark geladene Äußerungen über den Druck und die Belastung, sowie widersprüchliche Äußerungen über den Kurs, die die Teilnehmer/-innen an ihrem Arbeitsplatz erleben und in der sie die Erfahrung des Kurses einbetteten. So kann man der Dokumentation einer der Fortbildungseinheiten von Gruppe 1 entnehmen:

Eine Teilnehmerin sagt, dass sie heute während des Tages, als sie bei der stündlichen Meditation dabei war, gemerkt hat, wie „absurd“ der Unterschied ist, zwischen der extremen Hektik der Arbeit und der Ruhe im ‚Meditationsraum‘ („wenn ich da die Kerze [im Meditationsraum] sehe, da liegen Universen dazwischen. Eigentlich müsste man kündigen.“ (Feldnotiz 14)

Ein weiterer Teilnehmer, der während den Meditationen in den Abendkursen immer körperlich zusammensackt und einschläft, entschuldigt sich beim Meditationslehrer mit den folgenden Worten, die einem Dokumentationsausschnitt entnommen sind:

Ein Teilnehmer sagt wenn er zu den Abendkurse kommt, muss er immer einschlafen, „Aber das ist gut so. Das brauche ich. Auch wenn sich im Fragebogen nichts verändert, dafür können Sie [Meint der Meditationslehrer] nichts“. Was nicht bedeuten würde, dass er nicht schon viel vom Kurs gehabt hätte. Allein sich mit dem Thema der Achtsamkeit zu beschäftigen bringe schon etwas. Es sei jedoch schwer „runterzufahren nach dem man in der Klinik gewesen ist. Es verbraucht so viele Ressourcen.“ (Feldnotiz 27)

Viele Aussagen und Dokumentationsausschnitte zeigen, dass die Pflegenden den Kurs gerne in Anspruch nahmen und subjektive Veränderungen wahrnahmen:

Die Meditationslehrerin berichtet nach dem Kurs, dass eine Teilnehmerin eine halbe Stunde früher kam. Sie sagte zu ihr, dass sie die Stille einfach genieße. Sie

setzte sich hin und hat einfach in Stille für sich schon mal meditiert. (Feldnotiz 17)

Eine Teilnehmerin berichtet, dass sie immer Probleme hat, vollständig auszuatmen und diese Blockade, diese „Grenze“ habe sich im Laufe der Meditation aufgelöst (Feldnotiz 24)

Eine Teilnehmerin berichtet von einer „Wahrnehmungsveränderung“ durch den Kurs- sie findet es erstaunlich, was die kurzen Meditationen bei ihr ausgelöst haben- sie nimmt „alles weiter wahr“, hat das Gefühl „ganz anders, gelassener zu kommunizieren“. Sie berichtet, dass man meistens im „Hamsterrad“ gefangen sei aber durch die Meditationen passiere es, dass man „plötzlich eine Erfahrung macht“ und sich selbst, seine Umgebung und andere Menschen anders wahrnehmen kann. (Feldnotiz 24)

Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen in den Erfahrungen der Teilnehmer/-innen zeigten sich auch in der qualitativen Untersuchung der Pilotstudie. Sie sind vermutlich untrennbar mit der Durchführung eines Achtsamkeitsprojektes in einem Kontext hoher Belastung - wie in diesem Fall ein Krankenhaus - verbunden und sollten bei der Gestaltung zukünftige Projekte berücksichtigt werden. Überhaupt stellte sich in der Durchführung der Projekte die Übernahme einer systemischen Perspektive als äußerst fruchtbar dar. Die Erfahrungen in der Klinik für Tumorbilogie werfen zudem die Frage auf, inwiefern es sinnvoll ist, nur die Pflegekräfte bei Studien, welche die Wirksamkeit von Achtsamkeitsinterventionen untersuchen, einzuschließen. In der Palliativklinik präsentierte sich das Team als funktionierendes Ganzes zu dem bspw. auch die Mitarbeiter/-innen in der Verwaltung und in der Wissenschaftlichen Abteilung gehören. Der Kurs als Veranstaltung zu der alle Disziplinen eingeladen wurden, verstärkte diesen Aspekt. Zukünftige Studien könnten daher untersuchen, inwiefern eine solche Maßnahme die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Krankenhaus-Teams fördern kann. So fanden Singh, Singh, Sabaawi, Myers & Wahler (2006) heraus, dass achtsames Mentoring der Teams von drei Stationen eines psychiatrischen Krankenhauses die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern konnte.

Pflegekräfte sind eine wichtige Schaltstelle zwischen allen Teammitgliedern. Daher könnte die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit einen positiven Effekt für die Pflegekräfte selbst haben. Insgesamt drängt sich die Frage auf, inwiefern es sinnvoll ist, Achtsamkeitskurse - zumindest die, die am Arbeitsplatz stattfinden - nur mit einer Berufsgruppe durchzuführen. Es kann davon ausgegangen werden, dass, wenn eine der Professionen ein Achtsamkeitstraining wahrnimmt, dies einen indirekten Effekt auf die anderen Bereiche

hat. Dieser Aspekt wurde auch im Kurs thematisiert und dokumentiert wie folgende Notiz (Feldnotiz 8) belegt:

1. Teilnehmerin merkt an, dass auf der Station eine ganz andere Atmosphäre ist/“alle sind anders da“.
2. Die Teilnehmer/-innen berichten über die Reaktionen von anderen Mitarbeitern/-innen [die nicht an der Studie teilnehmen]:
 - „Du gehst jetzt meditieren und ich muss weiter machen“
 - „Was ist das für ein ‚komischer Gong‘ den ganzen Tag?“
 - Es gab eine flapsige Bemerkung vom Oberarzt.

Um diesen Effekt zu erfassen und dokumentieren zu können und keine Ungleichgewichte im Team zu verursachen, sollten auch die anderen Berufe einbezogen werden.

Ein weiterer Punkt, der eine zentrale Rolle in der Umsetzung der Kurse spielt, war das Verhältnis der Mitarbeiter/-innen zu ihren Vorgesetzten und das Vertrauen, das die Mitarbeiter/-innen ihnen entgegenbrachten. In der ersten Studie kristallisierte sich deutlich heraus, dass die Teammitglieder ihren Vorgesetzten stark vertrauten. Dies wurde oft in den Interviews thematisiert. In der zweiten Studie wurde das Studienteam mehrmals mit dem Unmut und dem Misstrauen, die manche Mitarbeiter/-innen ihren Vorgesetzten gegenüber empfanden, konfrontiert. Der Einfluss dieses Faktors als Mediatorvariable liegt aufgrund der wiederkehrenden Wertschätzungsthematik im Krankenhaus nahe. Zukünftige Forschungsprojekte könnten erwägen, die Variable Vertrauen in den Vorgesetzten zu erheben und sie als Kovariate zu kontrollieren oder im Rahmen einer Mediatoranalyse zu untersuchen.

Der Faktor Vorgesetzte spielte auch bei der praktischen Durchführung eine entscheidende Rolle. Es sollte daher in zukünftige Studien darauf geachtet werden, die Leitungspersonen als Motivatoren/-innen zu gewinnen.

Das evaluierte Training hatte in den beiden Studien eine unterschiedliche Fokussierung. Wenngleich beide Trainings sowohl Aspekte des Selbstmitgefühls als auch des Mitgefühls beinhalteten, richtete sich das Training in der Pilotstudie stark auf Aspekte des Mitgefühls während das Training in der kontrollierten Studie stark auf Aspekte der Selbstfürsorge abzielte. Dies wird zum Beispiel an der unterschiedlichen Gestaltung der Flyer zur Rekrutierung in beiden Studien sichtbar (siehe Anhang B.5 und C.2). Die vorliegenden Befunde

erlauben es nicht, die eine oder die andere Fokussierung als effektiver zu charakterisieren. Aufgrund der positiven Ergebnisse in der Pilotstudie kann jedoch empfohlen werden, in zukünftigen Projekten beide Aspekte explizit darzustellen und ihnen zumindest einen ähnlichen Raum zu gewähren. In Kapitel 2.10.2 befinden sich einige Empfehlungen für den Umgang mit der Mitgefühlsthematik sowie weitere Empfehlungen für die Umsetzung von Achtsamkeitskursen für Gesundheitsfachkräfte auf der Basis der Erfahrungen in der Pilotstudie.

3.3.7 Fazit: Einsatz von Achtsamkeitsinterventionen bei Gesundheitsfachkräften

Die in dieser Dissertation durchgeführten Untersuchungen zeigen insgesamt, dass die Implementierung von Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken am Arbeitsplatz von Krankenhausteams mit einer gewissen kontextuellen Ambivalenz verbunden sein kann. Insbesondere in Umfeldern mit hoher Belastung. Diese Ambivalenz erklärt sich daraus, dass eine Maßnahme, die zu Stressreduktion und Aufrechterhaltung von Gesundheit beitragen soll und die prinzipiell als ein Zeichen von Wertschätzung verstanden werden kann, unter Umständen in Einklang mit erschwerten Arbeitsbedingungen gebracht werden muss. Die Durchführung von Achtsamkeitskursen am Arbeitsplatz impliziert, dass einige dort angesiedelte Belastungsquellen damit minimiert werden können. Jedoch können Achtsamkeitskurse keinen Ausgleich für mangelndes Personal oder mangelnde Wertschätzung für die Mitarbeiter/-innen bieten. Achtsamkeitskurse können vermutlich nur dort Entlastung bieten, wo die Arbeitsbedingungen tragbar sind, wie die Ergebnisse der sehr zufriedenen Mitarbeiter/-innen in der Pilotuntersuchung nahe legen. Es liegt im Interesse der Einrichtungen, die Widerstandfähigkeit der Mitarbeiter/-innen zu stärken und dies auch durch bessere Arbeitsbedingungen zu unterstützen. Es ist davon auszugehen, dass unter diesen Bedingungen Achtsamkeitskurse eine Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeiter/-innen bewirken kann, die die Mitarbeiter/-innen auch zu Leistung für den Arbeitgeber motiviert. Die Aussage eines der Teilnehmer/-innen in der Pilotuntersuchung deutet bspw. auf den Aspekt der erhöhten Zufriedenheit hin:

Und ich glaube, hier ist der Schatz, der sowieso schon da ist, ist nochmal anders gehoben worden. Also, Wertschätzung war hier schon immer wichtig gewesen, sonst hätte auch dieses Projekt hier überhaupt nicht sein können. Ähm, aber es hat nochmal 'n anderen STELLENwert hier bekommen. Hat man mal gesehen, dass MAN als wichtig erachtet wird, weil wir als Mitarbeiter an diesem wertvollen Projekt teilnehmen können, ähm, und das auch während der Arbeitszeit. Das hat ja auch 'ne Aussagekraft. (Person 119)

Die Berücksichtigung der ethischen Aspekte, der Achtsamkeitspraxis und ihre kulturellen Äquivalente im westlichen Raum könnte helfen, ihr Instrumentalisierung als Optimierungswerkzeug zu verhindern und die Ziele, die hinter der Implementierung der Praxis stehen zu reflektieren; sowohl auf organisationaler als auch auf individueller Ebene. Weitere Bemühungen sind vonnöten um die Übersetzung und Einbettung von Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken zu gewährleisten. Diese Dissertation hofft einen Beitrag dazu geleistet zu haben.

LITERATURVERZEICHNIS

- Analayo, B. (2010). *Der direkte Weg Satipatthana*. Stammbach: Beyerlein u. Steinschulte.
- Ando, M., Natsume, T., Kukihara, H., Shibata, H., & Ito, S. (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health, 03*, 118. <https://doi.org/10.4236/health.2011.32022>
- Angerer, P., Petru, R., Nowak, D., & Weigl, M. (2008). Arbeitsbedingungen und Depression bei Ärzten. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133*(1/2), 26–29. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1017467>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Josey-Bass.
- Baker, E. (2003). *Caring for ourselves: a therapist's guide to personal and professional well-being*. Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10482-000>
- Barrett, L., & Yates, P. (2002). Oncology/haematology nurses: a study of job satisfaction, burnout, and intention to leave the specialty. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association, 25*(3), 109–121.
- Bartel, C. (2009). *Self-Compassion: Ein neues Konzept positiver Selbstzuwendung. Eine deutsche Adaptierung der "Self-Compassion Scale*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwig Universität Freiburg im Breisgau, Freiburg.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *Journal of Workplace Behavioral Health, 28*(2), 107–133. <https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518>

- Becker, G., Kempf, D. E., Xander, C. J., Momm, F., Olschewski, M., & Blum, H. E. (2010). Four minutes for a patient, twenty seconds for a relative - an observational study at a university hospital. *BMC Health Services Research*, *10*, 94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-94>
- Beierlein, C., Kemper, C. J., Kovaleva, A., & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen – Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)* (working Paper). GESIS Working Papers 2012|17). Köln: GESIS.
- Belzer, F., Schmidt, S., Lucius-Hoene, G., Schneider, J. F., Orellana-Rios, C. L., & Sauer, S. (2012). Challenging the Construct Validity of Mindfulness Assessment—a Cognitive Interview Study of the Freiburg Mindfulness Inventory. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0165-7>
- Berhardt, R. (2010). Compassion as a Core-Element of Christian Ethics. In A. Balslev & D. Evers (Hrsg.), *Compassion in the World's Religions* (S. 89–100). Berlin ; Münster: LIT Verlag.
- Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(3), 307–318. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Berking, M., & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). [development and validation of a self report measure for the assessment of emotion regulation skills (SEK-27).]. *Zeitschrift für Psychiatrie und Psychologische Psychotherapie*, *56* (2), 141-153.

-
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP). (2008). *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (Reihe: Psychologie-Gesellschaft-Politik). Berlin.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R. F. (2010). *Biologische Psychologie*. Heidelberg: Springer.
- Birken, T., Dunkel, W., & Herms, I. (2012). Interaktive Arbeit als Kern von Pflege. In R. Reichwald, M. Frenz, S. Hermann, & A. Schipanski (Hrsg.), *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalsierung – Wertschätzung – Interaktion* (S. 559–573). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boellinghaus, I., Jones, F. W., & Hutton, J. (2014). The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness*, 5(2), 129–138. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>
- Boggero, I. A., Hostinar, C. E., Haak, E. A., Murphy, M. L. M., & Segerstrom, S. C. (2017). Psychosocial functioning and the cortisol awakening response: Meta-analysis, P-curve analysis, and evaluation of the evidential value in existing studies. *Biological Psychology*, 129, 207–230. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.08.058>
- Bornemann, B., & Singer, T. (2013). A cognitive neuroscience perspective - The ReSource model. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Compassion: Bridging practice and science* (S. 453–465).
- Bortz, J., & Schuster, C. (2011). *Statistik für Human-und Sozialwissenschaftler: Limitierte Sonderausgabe*. Springer-Verlag.

- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(3), 129–137. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x>
- Bram, P. J., & Katz, L. F. (1989). A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, 16(4), 555–560.
- Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2012). Influence of mindfulness practice on cortisol and sleep in long-term and short-term meditators. *Neuropsychobiology*, 65(3), 109–118. <https://doi.org/10.1159/000330362>
- Brauenig, M. (25.01.2017). Übersetzung von Sati in der deutschen Sprache.
- Brewer, M. B. (2000). Research design and issues of validity. In H. T. Reis & C. M. Judd (Hrsg.), *Handbook of research methods in social and personality psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 37(1), 53–72.
- Brown, C. A., & Lilford, R. J. (2006). The stepped wedge trial design: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 6(1), 54. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-54>
- Buchheld, N., & Walach, H. (2004). Die Historischen Wurzeln der Achtsamkeitsmditation: Ein Exkurs in Buddhismus und Christliche Mystik. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie: ein Handbuch* (S. 25–46). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bundesärztekammer. (2004). *Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat*. Abgerufen am 15.12.2018 von http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Versorgungsforschung/Definition.pdf
- Buxel, H. (2011). Krankenhäuser: Was Pflegekräfte unzufrieden macht. *Deutsches Ärzteblatt*, 108(17), A-946-948.

- Byron, G., Ziedonis, D. M., McGrath, C., Frazier, J. A., deTorrijos, F., & Fulwiler, C. (2015). Implementation of Mindfulness Training for Mental Health Staff: Organizational Context and Stakeholder Perspectives. *Mindfulness*, 6(4), 861–872. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0330-2>
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multi-trait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56(2), 81–105. <https://doi.org/10.1037/h0046016>
- Chan, E. S., Koh, D., Teo, Y. C., Hj Tamin, R., Lim, A., & Fredericks, S. (2013). Biochemical and psychometric evaluation of Self-Healing Qigong as a stress reduction tool among first year nursing and midwifery students. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(4), 179–183. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.08.001>
- Cherniss, C. (1995). *Beyond Burnout: Helping Teachers, Nurses, Therapists and Lawyers Recover from Stress and Disillusionment* (New). New York: Routledge.
- Cherny, N. I., Werman, B., & Kearney, M. (2015). Burnout, compassion fatigue, and moral distress in palliative care. In N. Cherny, M. Fallon, S. Kaasa, R. K. Portenoy & D. C. Currow (Hrsg.), *Oxford textbook of palliative medicine*. New York: Oxford University Press.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. *Biological Psychology*, 80(3), 265–278. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.10.004>
- Chödrön, P. (2001). *Tonglen, the Path of Transformation*. Halifax, Nova Scotia: Vajradhatu Publications.
- Chödrön, P. (2007). *Es ist nie zu spät: Ein aktueller Reiseführer für den Weg des Bodhisattva*. Freiamt im Schwarzwald: Arbor.
- Christopher, M., Goerling, R., S. Rogers, B., Hunsinger, M., Baron, G., L. Bergman, A., & Zava, D. (2015). A Pilot Study Evaluating the Effectiveness of a Mindfulness-Based Intervention on Cortisol Awakening Response and Health Outcomes among Law Enforce-

- ment Officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 31(1), 15-28.
<https://doi.org/10.1007/s11896-015-9161-x>
- Chung, K., & Lounsbury, D. W. (2006). The role of power, process and relationships in participatory research for statewide HIV/AIDS programming. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2129–2140.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19(1), 26–35.
- Cole, T. R., & Carlin, N. (2009). The suffering of physicians. *The Lancet*, 374(9699), 1414–1415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61851-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61851-1)
- Collins, R. N., & Kishita, N. (2018). The Effectiveness of Mindfulness- and Acceptance-Based Interventions for Informal Caregivers of People With Dementia: A Meta-Analysis. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gny024>
- Communauté von Taizé,. (2013). Barmherzigkeit. Abgerufen am 15.12.2018 von https://www.taize.fr /de_article6827.html
- Condon, P., Desbordes, G., Miller, W. B., & DeSteno, D. (2013). Meditation Increases Compassionate Responses to Suffering. *Psychological Science*, 24(10), 2125–2127.
<https://doi.org/10.1177/0956797613485603>
- Creswell, J., Pacilio, L., Lindsay, E., & Brown, K. (2014). Brief mindfulness meditation training alters psychological and neuroendocrine responses to social evaluative stress. *Psychoneuroendocrinology*, 44, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.007>
- Creswell, J. W. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc.
- DAK. (2005). *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 – Stationäre Krankenpflege*. Hamburg.
- DAK-Gesundheit. (2014). *Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie*. Abgerufen am 22.02.2017 von

- https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2014_Die_Rushhour_des_Lebens-1374440.pdf
- Daniels, J. (2006). Sekundäre Traumatisierung : kritische Prüfung eines Konstruktes. Abgerufen am 17.12.2018 von <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2305651>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Decety, J., & Lamm, C. (2011). Empathy versus personal distress: Recent evidence from social neuroscience. In Jean Decety & W. Ickes (Hrsg.), *The social neuroscience of empathy* (S. 199–214). London: MIT Press.
- Decety, Jean. (2011). Dissecting the Neural Mechanisms Mediating Empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92–108. <https://doi.org/10.1177/1754073910374662>
- Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R Administration, scoring and procedures manual-II for the (R)evised version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Townson: Clinical Psychometric Research.
- Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 6(2), 160–169.
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2014-000819>
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 357(9258), 757–762.
- Didakowski, J., & Geyken, J. (2013). From DWDS corpora to a German Word Profile – methodological problems and solutions. In *Network Strategies, Access Structures and Automatic Extraction of Lexicographical Information. 2nd Work Report of the Academic Network "Internet Lexicog* (S. 43–52). Mannheim: Institut für Deutsche Sprache. (OPAL - Online publizierte Arbeiten zur Linguistik X/2012).

- Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS). (2018). Abgerufen am 18.12.2018 von www.dwds.de
- Döring, N., Bortz, J., Pöschl, S., Werner, C. S., Schermelleh-Engel, K., Gerhard, C., & Gäde, J. C. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Dressendorfer, R. A., Kirschbaum, C., Rohde, W., Stahl, F., & Strasburger, C. J. (1992). Synthesis of a cortisol-biotin conjugate and evaluation as a tracer in an immunoassay for salivary cortisol measurement. *The Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology*, *43*(7), 683–692.
- Dreyfus, G. (2002). Is compassion an emotion? A cross-cultural exploration of mental typologies. In R. J. Davidson & A. Harrington (Hrsg.), *Visions of compassion* (S. 31–45). Oxford: Oxford University Press.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, *64*, 98–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002>
- Dunlap, W. P., Cortina, J. M., Vaslow, J. B., & Burke, M. J. (1996). Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychological Methods*, *1*(2), 170–177. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.170>
- Elsaesser, P. S. (1981). *Wenn sie dir zu nahe kommen: Die seelische Ökonomie des Psychotherapeuten*. Weinheim; Basel: Beltz.
- Empathie (2018). *Duden online*. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.duden.de/node/678375/revisions/1760096/view>
- Enders, C. K. (2001). A Primer on Maximum Likelihood Algorithms Available for Use With Missing Data. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *8*(1), 128–141. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0801_7

- Engert, V., Kok, B. E., Papassotiriou, I., Chrousos, G. P., & Singer, T. (2017). Specific reduction in cortisol stress reactivity after social but not attention-based mental training. *Science Advances*, 3(10), e1700495. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1700495>
- Engineer, A. A. (2010). Compassion in Islam - Theology and History. In A. Balslev & D. Evers (Hrsg.), *Compassion in the World's Religions: Envisioning Human Solidarity* (S. 101–108). Berlin ; Münster: LIT Verlag.
- Enzmann, D., & Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Streß und Burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Escuriex, B. F., & Labbé, E. E. (2011). Health care providers' mindfulness and treatment outcomes: A critical review of the research literature. *Mindfulness*, 2(4), 242–253. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0068-z>
- EuroQol Group. (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199–208.
- Fekedulegn, D. B., Andrew, M. E., Burchfiel, C. M., Violanti, J. M., Hartley, T. A., Charles, L. E., & Miller, D. B. (2007). Area under the curve and other summary indicators of repeated waking cortisol measurements. *Psychosomatic Medicine*, 69(7), 651–659. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31814c405c>
- Feuchtwanger, L. (1930). *Erfolg. Drei Jahre Geschichte einer Provinz*. Berlin: Gustav Kiepenheuer. Aus dem Kernkorpus des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de>.
- Fielding, N., & Schreier, M. (2001). Introduction: On the Compatibility between Qualitative and Quantitative Research Methods. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(1). Abgerufen am 19.12.2018 von <http://www.qualitative-research.net /index.php/fqs/article/view/965>
- Fillion, L., Truchon, M., L'Heureux, M., Gelinias, C., Bellemare, M., Langlois, L., ... Robitaille, M. A. (2014). *Impact of Work Environment on Nurses' Job Satisfaction and Well-*

- Being: Improving End-of-Life Care and Services*. Montreal: IRSST. Abgerufen am 19.12.2018 von <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100782/n/work-environment-onnurses-job-r-846>
- Firestone, W. A. (1993). Alternative Arguments for Generalizing from Data as Applied to Qualitative Research. *Educational Researcher*, 22(4), 16–23. <https://doi.org/10.2307/1177100>
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine* (1982), 44(7), 1017–1022.
- Flick, U. (2011a). Das Episodische Interview. In G. Oelerich (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch* (S. 273–280). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Flick, U. (2011b). *Triangulation: Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Levenstein, S., & Klapp, B. (2001). Validierung des "Perceived Stress Questionnaire" (PSQ) an einer deutschen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 142–152. [10.1026/0012-1924.47.3.142](https://doi.org/10.1026/0012-1924.47.3.142)
- Fliege, H., Rose, M., Arck, P., Walter, O. B., Kocalevent, R.-D., Weber, C., & Klapp, B. F. (2005). The Perceived Stress Questionnaire (PSQ) reconsidered: validation and reference values from different clinical and healthy adult samples. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 78–88. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000151491.80178.78>
- Franke, G. H. (2000). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual*. Beltz: Göttingen.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kindness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045–1062. <https://doi.org/10.1037/a0013262>

- Gauthier, T., Meyer, R. M. L., Grefe, D., & Gold, J. I. (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: a pilot. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(2), 402–409. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.005>
- Gilbert, J., Stubbs, R. J., Gale, C., Gilbert, P., Dunk, L., & Thomson, L. (2014). A qualitative study of the understanding and use of ‘compassion focused coping strategies’ in people who suffer from serious weight difficulties. *Journal of Compassionate Health Care*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40639-014-0009-5>
- Glaser, J., & Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. Baa.
- Glaus, A. (2007). *The Status of Cancer Nursing: A European Perspective*. European Oncology Nursing Society (EONS). Abgerufen am 19.12.2018 von www.cancernurse.eu/documents/EONSStatusOfCancerNursing.pdf.
- Gockel, A., Burton, D., James, S., & Bryer, E. (2013). Introducing Mindfulness as a Self-Care and Clinical Training Strategy for Beginning Social Work Students. *Mindfulness*, 4(4), 343–353. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0134-1>
- Goodenough, W. (1957). Cultural anthropology and linguistics. In P. Garvin (Hrsg.), *Report of the Seventh Annual Round table Meeting on Linguistics and Language Study* (S. 167–173).
- Gorter, D., Marten, H. F., & Mensel, L. V. (Hrsg.). (2012). *Minority Languages in the Linguistic Landscape*. Palgrave Macmillan UK.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332–338. <https://doi.org/10.1159/000107560>

- Griefahn, B., & Robens, S. (2008). The cortisol awakening response: a pilot study on the effects of shift work, morningness and sleep duration. *Psychoneuroendocrinology*, *33*(7), 981–988. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.04.004>
- Griffith, J. M., Hasley, J. P., Liu, H., Severn, D. G., Conner, L. H., & Adler, L. E. (2008). Qigong stress reduction in hospital staff. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *14*(8), 939–945. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0814>
- Grossman, P. (2015). Mindfulness: Awareness Informed by an Embodied Ethic. *Mindfulness*, *6*(1), 17–22. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0372-5>
- Grossman, P., & Reddemann, L. (2016). Achtsamkeit. Wahrnehmen ohne Urteilen – oder ein Weg, Ethik in der Psychotherapie zu verkörpern? *Psychotherapeut*, *61*(3), 222–228.
- Grossman, P., & Dam, N. T. V. (2011). Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 219–239. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>
- Hall, K. (2011). Professional boundaries: building a trusting relationship with patients. *Home Health Nurse*, *29*(4), 210–217. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e318211966a>
- Hänel, P. (2015). Professionelles persönliches Ressourcen-management. *Onkologische Pflege*, *5*(1), 20–25.
- Hangartner, D. (2013). Menschliches Leid und die Vier Unermesslichen. In T. Singer & M. Bolz (Hrsg.), *Mitgefühl. In Alltag und Forschung* (S. 157–169). Max-Planck-Gesellschaft.
- Hanh, T. N. (1992). *Ich pflanze ein Lächeln: Der Weg der Achtsamkeit*. München: Arkana.
- Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (Hrsg.) (2005). *Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wiss.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral Research Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hein, G., Silani, G., Preuschoff, K., Batson, C. D., & Singer, T. (2010). Neural responses to ingroup and outgroup members' suffering predict individual differences in costly helping. *Neuron*, 68(1), 149–160. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.09.003>
- Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 18(2), 153–158. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2008.07.012>
- Herder, J. G. von. (1769). *Kritische Wällder* (1. Auflage). Riga: Hartknoch. Aus dem Kernkorpus des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von www.dwds.de.
- Heritage, J. (1984). *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge; New York, N.Y.: Polity Press.
- Hermesen, M., & Have, A. (2003). Moral problems in palliative care practice: a qualitative study. *Medical Health Care Philosophy*, 6(3), 263–272.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (1995). *Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale - deutsche Version (HADS-D)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.
- Ho, R. T. H., Chan, J. S. M., Wang, C.-W., Lau, B. W. M., So, K. F., Yuen, L. P., ... Chan, C. L. W. (2012). A randomized controlled trial of qigong exercise on fatigue symptoms, functioning, and telomerase activity in persons with chronic fatigue or chronic fatigue

- syndrome. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 44(2), 160–170. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9381-6>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006>
- Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research: ANR*, 27(3), 198–201. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hüls, R. (2012). *Das Empfinden von Mitgefühl. Förderliche und beeinträchtigende Vorgänge: Eine empirische Untersuchung*. Hamburg: Kovac, Dr. Verlag.
- Hülsman, R. (2008). *Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung in einem Krankenhaus der Maximalversorgung* (Bericht Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland) (S. 65–71). Berlin: Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).
- Huxter, M. (2015). Mindfulness and the Buddha's Noble Eightfold Path. In E. Shonin, W. Van Gordon, & N. N. Singh (Hrsg.), *Buddhist Foundations of Mindfulness* (S. 89–113). New York: Springer International Publishing.
- IBM Corp. (2013). IBM SPSS Statistics für Windows (Version 22.0). Armonk, NY: IBM Corp.

- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice, 15*(2), 61–66.
<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.01.002>
- Isfort, M., Fuchs Frohnhofen, P., & Wappenschmidt-Krommus, E. (2012). Wertschätzung in der Pflege und für die Pflege systematisch fördern- das Projekt PflegeWert. In R. Reichwald, M. Frenz, S. Hermann, & A. Schipanski (Hrsg.), *Zukunftsfeld Dienstleistungsarbeit. Professionalisierung – Wertschätzung – Interaktion* (S. 587–608). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M., & Skinner, T. (2016). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: A systematic literature review. *Palliative Medicine, 30*(2), 117–131. <https://doi.org/10.1177/0269216315600331>
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion, 38*(1), 23–35.
<https://doi.org/10.1007/s11031-013-9368-z>
- Jinpa, T. (2016). *Mitgefühl: Offen und empathisch sich selbst und dem Leben neu begegnen.* (H. Kappen, Übers.) . München: O.W. Barth.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*(2), 163–190.

- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L. S., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: 'Being connected... a key to my survival'. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, *301*(11), 1155–1164, E1. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>
- Kelle, U. (2008). *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung: Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte* (2. Aufl. 2008). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kern, M., Müller, M., & Aurnhammer, K. (2007). *Basiscurriculum Palliative Care: Eine Fortbildung für Pflegende in Palliative Care* (2., überarb.). Bonn: Pallia Med Verlag.
- Kern, M., Müller, M., Aurnhammer, K., & Uebach, B. (2004). *Basiscurriculum Palliative Care: Eine Fortbildung für psychosoziale Berufsgruppen*. Bonn: Pallia Med Verlag.
- Kerr, J., Engel, J., Schlesinger-Raab, A., Sauer, H., & Hölzel, D. (2003). Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology*, *14*(3), 421–427.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *33*(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kirchner, F., & Michaelis, C. (2013). Mitgefühl. Wörterbucheintrag in A. Regenbogen (Hrsg.), *Wörterbuch der philosophischen Begriffe*. Hamburg: Meiner Verlag.
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)*, *23*(7), 1552–1561. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhs142>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *9*(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>

- Kohut, H. (1984). *How Does Analysis Cure?* New York: International Universities Press.
- Kovaleva, A., Beierlein, C., Kemper, C. J., & Rammstedt, B. (2012). *Eine Kurzsкала zur Messung von Kontrollüberzeugung: die Skala Internale-Externale-Kontrollüberzeugung-4 (IE-4)*. GESIS Working Papers 2012|19. Köln: GESIS; 2012.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, *302*(12), 1284–1293.
<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Kraus, S., & Sears, S. (2008). Measuring the Immeasurables: Development and Initial Validation of the Self-Other Four Immeasurables (SOFI) Scale Based on Buddhist Teachings on Loving Kindness, Compassion, Joy, and Equanimity. *Social Indicators Research*, *92*(1), 169. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9300-1>
- Kruse, J. (2004). *Arbeit und Ambivalenz: Die Professionalisierung Sozialer und Informatisierter Arbeit*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Kruse, J. (2007). *Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“*. Freiburg. Abgerufen am 15.12.2018 von <http://www.soziologie.unifreiburg.de/Personen/kruse/UniHomepage/Workshops/WeitereAngebote.html>
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Kruse, J. (2018). Indexikalität. Wörterbucheintrag in M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 14.12.2018 von <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/indexikalitaet/>
- Kruse, J., Bethmann, S., Niermann, D., & Schmieder, C. (2012). *Qualitative Interviewforschung in und mit fremden Sprachen: Eine Einführung in Theorie und Praxis*. Weinheim: Beltz Juventa.

- Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods: Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Kupper, S., Paulus, H., Gottschaldt, E., & Mundle, G. (2008). Psychische Gesundheit in Gesundheitsberufen. (Bericht Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland) (S. 31–35). Berlin: Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP).
- Kyabgon, T. (2007). *The practice of lojong: cultivating compassion through training the mind*. Boston: Shambhala Publications.
- Lakh Dor, G. (2010). Compassion: a complement to wisdom. In A. Balslev & D. Evers (Hrsg.), *Compassion in the World's Religions: Envisioning Human Solidarity* (S. 21–40). Berlin; Münster: LIT Verlag.
- Lamm, C., Batson, C. D., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *19*(1), 42–58. <https://doi.org/10.1162/jocn.2007.19.1.42>
- Lammert-Türk, G. (2013). Ein bisschen Achtsamkeit - Ein missbrauchter Modebegriff. Beitrag der Radiosendung „Deutschlandradio - Kultur“. Abgerufen am 15.12.2018 von https://www.deutschlandfunkkultur.de/ein-bisschen-achtsamkeit.1278.de.html?dram:article_id=257336
- Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine*, *24*, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2015.11.001>
- Lan, H. K., Subramanian, P., Rahmat, N., & Kar, P. C. (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *31*(3), 22–31.

- Lee, R. M., & Robbins, S. B. (1995). Measuring belongingness: The Social Connectedness and the Social Assurance scales. *Journal of Counseling Psychology, 42*(2), 232–241.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.42.2.232>
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology, 21*(12), 1255–1264. <https://doi.org/10.1002/pon.2115>
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research, 45*(5), 626–629.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Leonhart, R. (2008). *Lehrbuch Statistik. Einstieg und Vertiefung*. Bern: Huber, Bern.
- Leung, M.-K., Chan, C. C. H., Yin, J., Lee, C.-F., So, K.-F., & Lee, T. M. C. (2013). Increased gray matter volume in the right angular and posterior parahippocampal gyri in loving-kindness meditators. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 8*(1), 34–39.
<https://doi.org/10.1093/scan/nss076>
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research, 37*(1), 19–32.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 168*(3), 274–279.
- Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., McMurray, J. E., Pathman, D. E., Williams, E. S., ... Rhodes, E. (2000). Managed Care, Time Pressure, and Physician Job Satisfaction: Results from the Physician Worklife Study. *Journal of General Internal Medicine, 15*(7), 441–450. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2000.05239.x>
- Little, R. J., & Rubin, D. B. (1987). *Statistical analysis with missing data*. New York: Wiley.

- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *PLOS ONE*, 3(3), e1897. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A., & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research: ANR*, 19(2), 105–109. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2005.08.002>
- Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg. (2017). Ambulanter Palliativdienst. Flyer des Malteser Krankenhauses Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg. Abgerufen am 15.12.2018 von https://www.malteser-krankenhaus-bonn.de/fileadmin/Files_sites/Kliniken/KH_Seliger_Gerhard_Bonn/Palliativ/Ambulanter_Palliativdienst_2017_WEB.pdf
- Mannheim, K., & Wolff, K. H. (1964). *Wissenssoziologie*. Luchterhand.
- Marcus, M. T., Fine, M., Moeller, F. G., Khan, M. M., Pitts, K., Swank, P. R., & Liehr, P. (2003). Change in Stress Levels Following Mindfulness-based Stress Reduction in a Therapeutic Community. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2(3), 63–68. <https://doi.org/10.1097/00132576-200302030-00001>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224–253. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- Marr, L. (2009). Can compassion fatigue? *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 739–740. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.9577>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Matousek, R. H., Dobkin, P. L., & Pruessner, J. (2010). Cortisol as a marker for improvement in mindfulness-based stress reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2009.06.004>

- Max Scheler. (1913). *Zur Phänomenologie und Theorie der Sympathiegefühle und von Liebe und Hass*. Halle a. S.: Verlag von Max Niemeyer.
- Mayer, B., Muche, R., & Hohl, K. (2009). Software zur Behandlung und Ersetzung fehlender Werte. *GMS Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie*, 5(2), Doc15.
<https://doi.org/10.3205/mibe000094>
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: a qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(3), 347–360. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- McCown, D. A. (2013). *The ethical space of mindfulness in clinical practice*. Tilburg University.
- McKnight, D. (2012). *Tonglen Meditation's Effect on Levels of Compassion and Self Compassion. A Proof of Concept Study and Instructional Guide*. Ann Arbor: ProQuest Dissertations Publishing.
- Meier, D. E., & Beresford, L. (2006). Preventing burnout. *Journal of Palliative Medicine*, 9(5), 1045–1048. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1045>
- Meßenzehl, M., Lukesch, H., Klein, H. E., Hajak, G., Schreiber, W., & Putzhammer, A. (2006). Burnout bei therapeutischem Personal in psychiatrischen Fachkliniken. *Krankenhausespsychiatrie*, 17(03), 108–113. <https://doi.org/10.1055/s-2006-932221>
- Mitfühlen. (1971). *Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm. 16 Bde. in 32 Teilbänden*. Leipzig 1854 -1961. Abgerufen am 15.12.2018 von http://woerterbuchnetz.de/cgi-bin/WBNetz/wbgui_py?sigle=DWB
- Mitgefühl. (2018). *DWDS-Wortprofil für „Mitgefühl“*, erstellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de/wb/Mitgefühl>

- Mitgeföhl. (2018a). *Duden online*. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.duden.de/node/673924/revisions/1743714/view>
- Mitgeföhl. (2018b). *Open Thesaurus*. Bereitgestellt durch das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de/wb/Mitgeföhl>.
- Mohr, G. (1986). *Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern*. Frankfurt am Main; New York: Peter Lang GmbH, Internationaler Verlag der Wissenschaften.
- Mohr, G., Müller, A., & Rigotti, T. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung¹. *Diagnostica*, 51(1), 12–20.
<https://doi.org/10.1026/0012-1924.51.1.12>
- Mohr, G., Müller, A., Rigotti, T., Aycan, Z., & Tschan, F. (2006). The assessment of psychological strain in work contexts: Concerning the structural equivalency of nine language adaptations of the irritation scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 198–206. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.3.198>
- Mohr, G., Rigotti, T., & Müller, A. (2005). Irritation - ein Instrument zur Erfassung psychischer Beanspruchung im Arbeitskontext. Skalen- und Itemparameter aus 15 Studien. *Zeitschrift Für Arbeits- Und Organisationspsychologie A&O*, 49(1), 44–48.
<https://doi.org/10.1026/0932-4089.49.1.44>
- Monteiro, L. (2015). Dharma and Distress: Buddhist Teachings that Support the Psychological Principles in a Mindfulness Program. In E. Shonin, W. Van Gordon, & N. N. Singh (Hrsg.), *Buddhist Foundations of Mindfulness* (pp. 181–216). New York: Springer International Publishing.
- Moody, K., Kramer, D., O Santizo, R., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., ... Stein, J. (2013). Helping the Helpers: Mindfulness Training for Burnout in Pediatric Oncology--A Pilot Program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 275–284.
<https://doi.org/10.1177/1043454213504497>

- Morales, F. G., Perez, J. K., & Menares, M. A. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*, *12*(1).
- Moran-Ellis, J., Alexander, V. D., Cronin, A., Dickinson, M., Fielding, J., Sleney, J., & Thomas, H. (2006). Triangulation and integration: processes, claims and implications. *Qualitative Research*, *6*(1), 45–59. <https://doi.org/10.1177/1468794106058870>
- Morgan, P., Simpson, J., & Smith, A. (2014). *Health care workers' experiences of mindfulness training: a qualitative review*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK242598/>
- Mount, B. M., Boston, P. H., & Cohen, S. R. (2007). Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*(4), 372–388. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.014>
- Müller, B. (2000). Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In U. Teske & B. Witte (Eds.), *Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen* (Vol. 1, pp. 109–161). Hamburg: VSA Verlag.
- Müller, M. (2004). *Dem Sterben Leben geben: Die Begleitung Sterbender und trauernder Menschen als spiritueller Weg*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Müller, M., Pfister, D., Markett, S., & Jaspers, B. (2009). Wie viel Tod verträgt das Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. *Schmerz*, *23*(6), 600–608. <https://doi.org/10.1007/s00482-009-0845-y>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue: a review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, *14*(2), 267–277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>

- Nickel, S., & Kersten, M. (2014). *Psychometrische Prüfung des Fragebogens zur psychischen Belastung in der stationären Altenpflege („miab“)*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – BGW.
- Niu, S.-F., Chung, M.-H., Chu, H., Tsai, J.-C., Lin, C.-C., Liao, Y.-M., ... Chou, K.-R. (2015). Differences in cortisol profiles and circadian adjustment time between nurses working night shifts and regular day shifts: A prospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1193–1201.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.001>
- Nyanatiloka. (1922). *Die Reden des Buddha. aus dem 'Anguttara-Nikaya'. Aus dem Pali zum ersten Male übersetzt und erläutert von Nyanatiloka*. München-Neubiberg, Schloss.
- Nykliček, I., Mommersteeg, P. M. C., Van Beugen, S., Ramakers, C., & Van Boxtel, G. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: a randomized controlled trial. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(10), 1110–1113.
<https://doi.org/10.1037/a0032200>
- O'Mahony, S., Gerhart, J. I., Grosse, J., Abrams, I., & Levy, M. M. (2016). Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: prevalence and vulnerability. *Palliative Medicine*, 30(2), 189–192.
<https://doi.org/10.1177/0269216315596459>
- Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., & Schmidt, S. (2017). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an 'on the job' program. *BMC Palliative Care*, 17(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0219-7>

- Orellana-Rios, C. L., & Schmidt, S. (2015). Achtsamkeit und Selbstfürsorge als Ressourcen in der Pflege. Konzeption, Studienlage und Evaluation eines in den Arbeitsalltag integrierten Ansatzes. *Onkologische Pflege*, 5(1), 40–46.
- Overlander, G. (1994). *Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Overlander, G. (2015). Supervision in der onkologischen Pflege – Luxus oder Notwendigkeit? *Onkologische Pflege*, 5(1), 36–39.
- Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burn-out in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(7), 1905–1933.
<https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003309>
- Paulus, C. (2009). *Der Saarbrücker Persönlichkeitsfragebogen SPF(IRI) zur Messung von Empathie: Psychometrische Evaluation der deutschen Version des Interpersonal Reactivity Index*. Abgerufen am 15.12.2018 von <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2009/2363/>
- Paulus, C. (2012). *Ist die Bildung eines Empathiescores in der deutschen Fassung des IRI sinnvoll?* Abgerufen am 15.12.2018 von <http://scidok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2012/4889/>
- Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), 396–405.
- Perez, G. K., Haime, V., Jackson, V., Chittenden, E., Mehta, D. H., & Park, E. R. (2015). Promoting resiliency among palliative care clinicians: stressors, coping strategies, and training needs. *Journal of Palliative Medicine*, 18(4), 332–337.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0221>
- Pfeifer, W., Braun, W., Ginschel, G., Hagen, G., Huber, A., Müller, K., ... Schröter, U. (1993). Mitgefühl. *Etymologisches Wörterbuch des Deutschen*, digitalisierte und von

- Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache, Akademie-Verlag. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de/wb/Mitgefuehl>.
- Pötz, H. (2009). Professionelle Distanz nützt Therapeut und Patient. *Physiopraxis*, 7–8, 52–54.
- Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., von Auer, K., Jobst, S., ... Kirschbaum, C. (1997). Free cortisol levels after awakening: a reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life Sciences*, 61(26), 2539–2549.
- Puhakka, K. (2015). Encountering the Psychological Research Paradigm: How Buddhist Practice Has Fared in the Most Recent Phase of Its Western Migration. In E. Shonin, W. Van Gordon, & N. N. Singh (Hrsg.), *Buddhist Foundations of Mindfulness* (S. 217–242). New York: Springer International Publishing.
- Quinal, L., Harford, S., & Rutledge, D. N. (2009). Secondary traumatic stress in oncology staff. *Cancer Nursing*, 32(4), E1-7. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31819ca65a>
- Rabung, S. (2010). Was tun bei fehlenden Werten? *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 60(12), 485–486. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1248610>
- Radbruch, L., Nauck, F., & Aulbert, E. (2011). Grundlagen der Palliativmedizin. Definition, Entwicklung und Ziele. In E. Aulbert, F. Nauck, & L. Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin: Mit einem Geleitwort von Helmut Pichlmaier* (S. 1–12). Stuttgart: Schattauer.
- Reckwitz, A. (2005). Kulturelle Differenzen aus praxeologischer Perspektive. Kulturelle Globalisierung jenseits von Modernisierungstheorie und Kulturessentialismus. In I. Srubar, J. Renn, und U. Wenzel (Hrsg.), *Kulturen vergleichen – sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen und Kontroversen* (S.92-111). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Reddemann, L. (2003). Einige Überlegungen zu Psychohygiene und Burnout-Prophylaxe von TraumatherapeutInnen. Erfahrungen und Hypothesen. *Zeitschrift Für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 1(1), 79–85.
- Reimer, C., Jurkat, H. B., Vetter, A., & Raskin, K. (2005). Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. [Quality of life in licensed psychotherapists. A comparative study of medical and psychological psychotherapists.]. *Psychotherapeut*, 50(2), 107–114. <https://doi.org/10.1007/s00278-005-0411-8>
- Rohr, R. (2015). *Stille und Mitgefühl: Gott und den Menschen finden*. Freiburg ; Basel ; Wien: Herder.
- Rombach, U., & Seiler, P. (2009). Eleos — misericordia — compassio. Transformationen des Mitleids in Text und Bild. In M. Harbsmeier & S. Möckel (Hrsg.), *Pathos, Affekt, Emotion: Transformationen der Antike* (pp. 250–276). Frankfurt am Main.
- Rosa, H. (2006). Wettbewerb als Interaktionsmodus: Kulturelle und Sozialstrukturelle Konsequenzen der Konkurrenzgesellschaft. *Leviathan, Zeitschrift Für Sozialwissenschaft*, 34, 82–104.
- Rosa, H. (2011). Beschleunigung und Depression – Überlegungen zum Zeitverhältnis der Moderne. *Psyche*, 65(11), 1041–1060.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized Expectations for Internal versus External Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1–28. <https://doi.org/doi:10.1037/h009297>
- Salzberg, S. (2002). *Lovingkindness: The Revolutionary Art of Happiness* (Revised). Boston: Shambhala.
- Samdhong, R. (2010). On Compassion: The Buddhist Approach. In A. Balslev & D. Evers (Hrsg.), *Compassion in the World's Religions: Envisioning Human Solidarity* (S. 11–20). Berlin ; Münster: LIT Verlag.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry. Re-*

vue Canadienne De Psychiatrie, 51(2), 63–75.

<https://doi.org/10.1177/070674370605100202>

Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(2), 200–207.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>

Schaefer, I., & Kolip, P. (2011). *Leitfaden Zielerreichungsskalen – Goal Attainment Scaling. Erarbeitet im Rahmen der Begleitforschung der „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“* (Initiative INFORM (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit)). Abgerufen am 02.11.2018 von https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Veranst/110705_Workshop_Zielerreichungsskalen/leitfaden_gas_endversion.pdf

Scherwitz, L., Pullman, M., McHenry, P., Gao, B., & Ostaseski, F. (2006). A contemplative care approach to training and supporting hospice volunteers: a prospective study of spiritual practice, well-being, and fear of death. *Explore (New York, N.Y.)*, 2(4), 304–313.

<https://doi.org/10.1016/j.explore.2006.04.001>

Schmidt, S. (2011). Mindfulness in East and West – Is It the Same? In H. Walach, S. Schmidt, & W. B. Jonas (Hrsg.), *Neuroscience, Consciousness and Spirituality* (pp. 23–38). Netherlands: Springer.

Schmidt, S. (2014). Opening up Meditation for Science: The Development of a Meditation Classification System. In H. Walach, S. Schmidt, & W. B. Jonas (Hrsg.), *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications. Studies in Neuroscience, Consciousness and Spirituality* (Bd. 2, S. 137–152). New York: Springer.

- Schmidt, S. (2015a). Der Weg der Achtsamkeit. Vom historischen Buddhismus zur modernen Bewusstseinskultur. In B. Hölzel & C. Brähler (Hrsg.), *Achtsamkeit mitten im Leben: Anwendungsgebiete und wissenschaftliche Perspektiven* (S. 24–42). München: O. W. Barth.
- Schmidt, S. (2015b). Vom Meditieren in der beschleunigten Leistungsgesellschaft. Kulturveränderung oder Konsumprodukt? *Buddhismus Aktuell*, 2, 22–25.
- Schmoller, G. von. (1900). *Grundriß der Allgemeinen Volkswirtschaftslehre*. Leipzig: Duncker & Humblot. Aus dem Kernkorpus des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de>
- Schramm, H. (1930). Das richtige Benehmen in der Familie, in der Gesellschaft und im öffentlichen Leben. In W. Zillig (Hrsg.), *Gutes Benehmen*. Berlin: Directmedia Publ. Aus dem Kernkorpus des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de>.
- Schröder, H. (2010). Transkulturelle Gesundheitswissenschaften: Eine kulturwissenschaftliche Neuorientierung der Medizin? In H. Schröder & U. Bock (Hrsg.), *Semiotische Weltmodelle. Mediendiskurse in den Kulturwissenschaften. Festschrift für Eckhard Höfner zum 65. Geburtstag*. (Bd. 8, S. 524–536). Münster.
- Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2005). Multiplicity in randomised trials I: endpoints and treatments. *Lancet*, 365(9470), 1591–1595. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66461-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66461-6)
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Univ.
- Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(6), 1139–1171. <https://doi.org/10.1037/a0028168>

- Seppala, E., Rossomando, T., & Doty, J. R. (2013). Social Connection and Compassion: Important Predictors of Health and Well-Being. *Social Research: An International Quarterly*, 80(2), 411–430. <https://doi.org/DOI: 10.1353/sor.2013.0027>
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... RN4CAST consortium. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nursing*, 10(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-6>
- Shantideva. (1979). *A Guide to the Bodhisattva's way of life, A translation from the Tibetan Book of the Bodhisattvacharyavatara*. (S. Bachelor, Übers.). Daramsala, India: Library of Tibetan Works and Archives. Abgerufen am 15.12.2018 von http://www.tibethouse.jp/about/buddhism/text/pdfs/Bodhisattvas_way_English.pdf
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long-term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24(1), 23–39.
- Sinclair, S, McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T., Hagen, N., McConnell, S., & Chochinov, H. (2016). Compassion in health care: an empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>
- Sinclair, S., Torres, M. B., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., McClement, S., Hagen, N. A., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion training in healthcare: what are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Medical Education*, 16,169. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0695-0>
- Sinclair, Shane. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 183(2), 180–187. <https://doi.org/10.1503/cmaj.100511>

- Singer, Tania, & Bolz, M. (2013). *Mitgefühl in Alltag und Forschung*. Max-Planck-Gesellschaft. Abgerufen am 15.12.2018 von <http://www.compassion-training.org/>
- Singer, Tania, & Klimecki, O. (2015). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Hrsg.), *Pathological altruism* (S. 368–383). New York: Oxford University Press.
- Singer, Tania, & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 81–96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
- Singh, N. N., Singh, S. D., Sabaawi, M., Myers, R. E., & Wahler, R. G. (2006). Enhancing Treatment Team Process Through Mindfulness-Based Mentoring in an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 30(4), 423–441. <https://doi.org/10.1177/0145445504272971>
- Slocum-Gori, S., Hemsworth, D., Chan, W. W. Y., Carson, A., & Kazanjian, A. (2013). Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *Palliative Medicine*, 27(2), 172–178. <https://doi.org/10.1177/0269216311431311>
- Soto-Rubio, A., & Sinclair, S. (2018). In Defense of Sympathy, in Consideration of Empathy, and in Praise of Compassion: A History of the Present. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1428–1434. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.478>
- Spence, G. B., Cavanagh, M. J., & Grant, A. M. (2008). The integration of mindfulness training and health coaching. An exploratory study. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 1(2), 145–163.
- Spotke, L. (2013). *Self-Compassion – vom wohlwollenden Umgang mit sich selbst. Validierung der deutschen Übersetzung der Self-Compassion Scale*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Bremen, Bremen.

- Sprecher, S., & Fehr, B. (2005). Compassionate love for close others and humanity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22(5), 629–651.
<https://doi.org/10.1177/0265407505056439>
- Stalder, T., Kirschbaum, C., Kudielka, B. M., Adam, E. K., Pruessner, J. C., Wüst, S., ... Clow, A. (2016). Assessment of the cortisol awakening response: Expert consensus guidelines. *Psychoneuroendocrinology*, 63, 414–432.
<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.10.010>
- Stanley, S. (2015). Sīla and Sati: An Exploration of Ethics and Mindfulness in Pāli Buddhism and Their Implications for Secular Mindfulness-Based Applications. In E. Shonin, W. Van Gordon, & N. N. Singh (Hrsg.), *Buddhist Foundations of Mindfulness* (S. 89–113). New York: Springer International Publishing.
- Statistisches Bundesamt. (2007). *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinke, I. (2010). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319–331). Reinbek: Rowohlt.
- Stewart, M. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796–804.
- Stierlin, H. (2003). *Die Demokratisierung der Psychotherapie: Anstöße und Herausforderungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stolle, F., Gossmann, D., Rottländer, M., & Fischer, G. (2001). Burnout in der Krankenpflege. *Psychotraumatologie*, 2(4), 20. <https://doi.org/10.1055/s-2001-18451>
- Strübing, J. (2008). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology: Combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

- Teegen, F., & Müller, J. (2000). Traumaexposition und posttraumatische Belastungsstörung bei Pflegekräften auf Intensivstationen. *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 50(9/10), 384–390. <https://doi.org/10.1055/s-2000-9096>
- Thiese, M. S. (2014). Observational and interventional study design types; an overview. *Biochemia Medica*, 24(2), 199–210. <https://doi.org/10.11613/BM.2014.022>
- Tippenhauer, G. (2000). *Das Konstrukt der Verbundenheit in zwischenmenschlichen Beziehungen : Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Verbundenheit*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg.
- Toh, S. G., Ang, E., & Devi, M. K. (2012). Systematic review on the relationship between the nursing shortage and job satisfaction, stress and burnout levels among nurses in oncology/haematology settings. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 10(2), 126–141. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2012.00271.x>
- Trautwein, F. M. (2012). *Decentering the Self? - Impact of Loving-kindness Meditation on Self-related Processing*. Technische Universität Dresden.
- Trautwein, F. M., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2014). Meditation effects in the social domain: self-other connectedness as a general mechanism? In S. Schmidt & H. Walach (Hrsg.), *Meditation-Neuroscientific approaches and philosophical implications*. New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-01634-4_10
- Trautwein, F. M., Naranjo, J. R., & Schmidt, S. (2016). Decentering the self? Preliminary evidence for changes in self- vs. other related processing as a long-term outcome of loving-kindness meditation. *Frontiers in Psychology*, 7, 1785. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01785>
- Tucholsky, K. (1922). Die weinenden Hohenzollern. *Deutsche Montagszeitung*. Aus Dem Kernkorpus Des Digitalen Wörterbuchs Der Deutschen Sprache. Abgerufen Am 08.10.2018. von <https://www.Dwds.de>

- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91–122. <https://doi.org/10.1177/026921639500900202>
- Valk, S. L., Bernhardt, B. C., Trautwein, F.-M., Böckler, A., Kanske, P., Guizard, N., ... Singer, T. (2017). Structural plasticity of the social brain: Differential change after socio-affective and cognitive mental training. *Science Advances*, 3(10), e1700489. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1700489>
- van der Riet, P., Rossiter, R., Kirby, D., Dluzewska, T., & Harmon, C. (2015). Piloting a stress management and mindfulness program for undergraduate nursing students: student feedback and lessons learned. *Nurse Education Today*, 35(1), 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.003>
- Van Gordon, W., Shonin, E., Griffiths, M. D., & Singh, N. N. (2015). Mindfulness and the Four Noble Truths. In E. Shonin, W. Van Gordon, & N. N. Singh (Hrsg.), *Buddhist Foundations of Mindfulness* (S. 9–27). New York: Springer International Publishing.
- Van Vu, D., Molassiotis, A., Ching, S. S. Y., & Le, T. T. (2017). Effects of Qigong on symptom management in cancer patients: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 111–121. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.09.005>
- von Unger, H. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., & Schmidt, S. (2004). Empirische Erfassung der Achtsamkeit - Die Konstruktion des Freiburger Fragebogens zur Achtsamkeit (FFA) und weitere Validierungsstudien. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie* (S. 727–770). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Wallace, B. A. (2001). Intersubjectivity in Indo-Tibetan Buddhism. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5–7), 209–230.
- Wallace, B. A. (2003). *Buddhism with an Attitude: The Tibetan Seven-Point Mind Training*. Ithaca, N.Y.: Snow Lion.

- Wallace, B. A. (2008). A mindful balance. *Tricycle*, 17(3), 60–63.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714–1721.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Wallmark, E., Safarzadeh, K., Daukantaitė, D., & Maddux, R. E. (2013). Promoting Altruism Through Meditation: An 8-Week Randomized Controlled Pilot Study. *Mindfulness*, 4(3), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0115-4>
- Weber, B. (2013). *Vernunft, Mitgefühl und Körperlichkeit: Eine phänomenologische Rekonstruktion des politischen Raumes*. Freiburg: Verlag Karl Alber.
- Wellmann, B. (2016). Barmherzigkeit – Gottes Bauchgefühl. *Bibel Heute*, (1), Katholisches Bibelwerk e.V. (Hrsg.).
- West, C. P., Huschka, M. M., & Novotny, P. J. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, 296(9), 1071–1078.
<https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
- Whitebird, R. R., Asche, S. E., Thompson, G. L., Rossom, R., & Heinrich, R. (2013). Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice Workers in Minnesota. *Journal of Palliative Medicine*, 16(12), 1534–1539. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0202>
- WHO. (1996). *Cancer, pain and palliative care*. Geneva: WHO.
- WHO. (2002). *National cancer control programmes: policies and managerial guideline*. Geneva: WHO.
- Wiedemann, J., v. Watzdorf, E. & Richter, P. (2004). TeamPuls® –Internetgestützte Teamdiagnose. Methodensammlung Band 15. Dresden: Technische Universität, Institut für Arbeits-, Organisations-und Sozialpsychologie.

- Wieland, C. M. (1815). *Gandalin oder Liebe um Liebe: Klelia und Sinibald*. Karlsruhe: Bureau der deutschen Classiker. Aus dem Kernkorpus des Digitalen Wörterbuchs der deutschen Sprache. Abgerufen am 08.10.2018 von <https://www.dwds.de>
- Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Die Rehabilitation*, 43(2), 109–115. <https://doi.org/10.1055/s-2003-814839>
- Wirtz, M. A. (2018). Kontrollüberzeugungen, internale vs. externale Kontrolle. Dorsch – Lexikon der Psychologie. Abgerufen am 25.11.2018 von <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/kontrollueberzeugungen-internale-vs-externale-kontrolle/>
- Wittgenstein, L. (2003). *Philosophische Untersuchungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Zhu, Y., Zhang, L., Fan, J., & Han, S. (2007). Neural basis of cultural influence on self-representation. *NeuroImage*, 34(3), 1310–1316. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2006.08.047>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.
- Zimmer, S. (2011, April). *Das Gleichnis vom barmherzigen Samaritaner (Lk 10,30-35)*, 1.3.12. Presented at the Vorlesung der Gleichnis-Trilogie von Worthaus 1, Weimar.
- Zou, L., Yeung, A., Li, C., Wei, G.-X., Chen, K. W., Kinser, P. A., ... Ren, Z. (2018). Effects of Meditative Movements on Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Clinical Medicine*, 7(8). <https://doi.org/10.3390/jcm7080195>

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Studien-Überblick zu achtsamkeitsbasierten Interventionen für Gesundheitsfachkräfte (Interdisziplinäre Krankenhausteams oder Pflegekräfte).....	43
Tabelle 2: Aufbau des Trainingsprogramms in der Pilotstudie: Übungen und Themen	56
Tabelle 3: Interviewleitfaden in der Pilotuntersuchung.....	68
Tabelle 4: Verwendete Transkriptionsnotationen.....	72
Tabelle 5: Soziodemografische Daten der Teilnehmer/-innen der Pilotuntersuchung	75
Tabelle 6: Ergebnisse der quantitativen Erhebung in der Pilotuntersuchung.....	77
Tabelle 7: Bewertung der einzelnen Kurselemente in der Pilotstudie.....	81
Tabelle 8: Ergebnisse der physiologischen Erhebung (CAR) in der Pilotuntersuchung.....	82
Tabelle 9: Zentrale Motive und dazugehörige Motive zur wahrgenommenen Wirksamkeit des Kurses in der Pilotuntersuchung.....	132
Tabelle 10: Aufbau des Trainingsprogramms in der kontrollierten Studie (Übungen und Themen).....	203
Tabelle 11: Soziodemografische Merkmale für beide Gruppen in der kontrollierte Untersuchung.....	214
Tabelle 12: Gruppenvergleich in den untersuchten Variablen zu Baseline und Prä-Messzeitpunkt in der kontrollierte Untersuchung.....	215
Tabelle 13: Deskriptive Statistiken für alle untersuchten Variablen für beide Gruppen in der kontrollierte Untersuchung	218
Tabelle 14: Ergebnisse des Vergleichs zwischen Gruppe 1 und Gruppe 2 anhand der ANCOVA in der kontrollierte Untersuchung.....	219
Tabelle 15: Ergebnisse des Intragruppenvergleichs (t1 vs. t2) für die untersuchten Variablen in der kontrollierte Untersuchung	224
Tabelle 16: Ergebnisse des Intragruppenvergleichs (t2 vs. t3) für die untersuchten Variablen in der kontrollierte Untersuchung	226
Tabelle 17: Inanspruchnahme der Kursangebote während der neun Praxiswochen (exklusive der Einführungsveranstaltung) in der kontrollierte Untersuchung.....	228

Tabelle 18: Häufigkeit und Erreichungsgrad der persönlichen Zielen mit Beispielen für jede Zielkategorie in der kontrollierte Untersuchung	230
Tabelle 19: Untersuchten Variablen mit Verletzungen der Normalverteilung zu t1, t2 und t3 für beide Gruppen (kontrollierte Untersuchung)	288

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Beispielzitate aus der Befragung von Hüls (2012).....	34
Abbildung 2: Zwei Teilnehmer/-innen während einer der Meditationen.....	55
Abbildung 3: AUC_{total} , AUC_{net} und AUC_{basal} (angelehnt an Fekedulegn, 2007).....	63
Abbildung 4: Übersicht über die Rücklaufquoten aller Erhebungsmethoden in der Pilotstudie.	74
Abbildung 5: Zielkategorien in der Pilotstudie sortiert nach ihrem Erreichungserfolg in Prozenze.	79
Abbildung 6: Zentrale Themenblöcke der qualitativen Interviews in der Pilotstudie.....	84
Abbildung 7: Zentrale Motive des thematischen Blocks Arbeitsfeld Palliativzentrum	85
Abbildung 8: Zentrale Motive des thematischen Blocks Erleben des Achtsamkeits- und Mitgefühlkurses	96
Abbildung 9: Deutungsmuster von Achtsamkeit.....	130
Abbildung 10: Eigenschaften und fördernde Aspekte der professionellen Verbundenheit	137
Abbildung 11: Darstellung des Untersuchungsablaufs für die beiden Gruppen in der kontrollierte Untersuchung.	199
Abbildung 12: Entwicklung der Stichprobe über den Studienverlauf in der kontrollierte Untersuchung.....	213
Abbildung 13: Verlauf für die Variable externe Kontrollüberzeugung für beide Gruppen über alle Messzeitpunkten hinweg.....	221
Abbildung 14: Verlauf für die Variable Freude auf der Arbeit für beide Gruppen über alle Messzeitpunkte hinweg.....	222
Abbildung 15: Verlauf für die Variable Kommunikation im Team für beide Gruppen über alle Messzeitpunkten hinweg.....	223
Abbildung 16: Compliance-Rate der Teilnehmer/-innen für die zehnwöchige Kursperiode (Anzahl an Wochen, an denen mindestens einer der Kursbausteine in Anspruch genommen wurde).....	229
Abbildung 17: Darstellung des Erreichungsgrads aller persönlichen Ziele für Gruppe 1 in Prozenze	232

Abbildung 18: Darstellung des Erreichungsgrads aller persönlichen Ziele für Gruppe 2
in Prozenze232

ANHANG

A	Weitere Analysen	288
A.1	Übersicht über die Verletzungen der Normalverteilung in den untersuchen Variablen (kontrollierte Untersuchung)	288
B	Informationen für die Teilnehmer/-innen der Pilotstudie	290
B.1	Projektinformationen	290
B.2	Infoblatt zum Datenschutz.....	293
B.3	Anleitung Cortisol.....	295
B.4	Einverständniserklärung.....	297
B.5	Flyer	299
C	Informationen für die Teilnehmer/-innen der kontrollierten Studie.....	301
C.1	Einverständniserklärung.....	301
C.2	Flyer	303
D	Selbsterstellte Instrumente für die Teilnehmer/-innen der Pilotstudie	305
D.1	Fragebogen zu demographischen Daten und Tätigkeitsbogen.....	305
D.2	Übungstagebuch.....	307
D.3	Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Kurs	309
E	Selbsterstellte Instrumente für die Teilnehmer/-innen der kontrollierten Studie.....	312
E.1	Fragebogen zu demographischen Daten und Tätigkeitsbogen.....	312
F	Eidesstattliche Erklärung	315

A Weitere Analysen

A.1 Übersicht über die Verletzungen der Normalverteilung in den untersuchten Variablen (kontrollierte Untersuchung)

Tabelle 19: Untersuchten Variablen mit Verletzungen der Normalverteilung zu t1, t2 und t3 für beide Gruppen (kontrollierte Untersuchung)

Zeitpunkt t1	Gruppe	W	Shapiro-Wilk	
			Df	p
Externale Kontrollüberzeugung	1	0.878	20	.016
	2	0.842	20	.004
Kognitive Irritation	1	0.862	20	.009
Internale Kontrollüberzeugung	1	0.834	20	.003
	2	0.789	20	.001
Burnout				
Depersonalisation	1	0.803	20	.001
	2	0.870	20	.012
Selbstwirksamkeit	1	0.719	20	.000
	2	0.884	20	.021
Globaler Gesundheitszustand	1	0.883	20	.020
	2	0.819	20	.002
Stärkung durch die Arbeit	1	0.858	20	.007
Arbeitszufriedenheit	2	0.861	20	.008
Zeitpunkt t2				
Externale Kontrollüberzeugung	1	0.887	20	.024
Kognitive Irritation	1	0.851	20	.006
Internale Kontrollüberzeugung	1	0.863	20	.009
Burnout				
Depersonalisation	1	0.849	20	.005
Globaler Gesundheitszustand	1	0.804	20	.001
	2	0.849	20	.005
Psychische Beeinträchtigung (HADS-D)				
Ängstlichkeit	1	0.899	20	.040
Depression	1	0.887	20	.024
	2	0.838	20	.003
Stärkung durch die Arbeit	1	0.869	20	.011
Zeitpunkt t3				

Externale Kontrollüberzeugung	1	0.889	20	.039
	2			
Kognitive Irritation	1	0.885	20	.022
	2			
Internale Kontrollüberzeugung	1	0.854	20	.006
Burnout				
Depersonalisation	1	0.826	20	.002
	2	0.847	17	.010
Selbstwirksamkeit	1	0.7951	20	.001
	2	0.720	17	.000
Globaler Gesundheitszustand	1	0.786	20	.001
Psychische Beeinträchtigung				
Ängstlichkeit	1	0.890	20	.040
Depression	1	0.839	20	.026
Stärkung durch die Arbeit	1	0.797	20	.001
Leistungsfähigkeit des Teams (Team-Puls)				
Kommunikation im Team	2	0.835	17	.006
Freude auf der Arbeit	2	0.887	17	.042

n: Größe der Stichprobe; *W*: Wert der Teststatistik des Shapiro-Wilk-Tests; *p*: *p*-Wert des Shapiro-Wilk-Tests

B Informationen für die Teilnehmer/-innen der Pilotstudie

B.1 Projektinformationen



UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg

Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Qualitätsmanagement zertifiziert nach DIN-EN-ISO 9001:2000

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. M. Wirsching

Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Tel.: 0761 270-68050
Fax: 0761 270-69430

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Tel.: 0761 270-83050
Fax: 0761 270-68850
E-Mail: stefan.schmidt
@uniklinik-
freiburg.de

Aktenzeichen:

Freiburg, 22.02.2012

Information

zum Projekt

Achtsamkeit und Mitgefühlsmeditation am Arbeitsplatz einer Palliativstation

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

zunächst einmal vielen Dank, dass Sie sich dazu entschlossen haben, an diesem spannenden Projekt teilzunehmen. Ein Teil dieses Vorhabens besteht auch darin, die Entwicklungen und Veränderungen, die durch das Projekt entstehen können, in einer Begleitforschung zu dokumentieren.

Die Anleitungen zu Achtsamkeits- und Mitgefühlsmeditation werden direkt auf der Station sowie an vier Terminen außerhalb der Arbeitszeit durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitforschung führt unser Team von der Forschungsgruppe Meditation, Achtsamkeit und Neurophysiologie am Universitätsklinikum Freiburg durch.

Mit diesem Informationsblatt möchten wir Sie über die Zielsetzung und den Ablauf des Projektes, sowie über den Datenschutz und die Freiwilligkeit Ihrer Teilnahme informieren.

Was soll untersucht werden?

Untersucht wird im Rahmen der Begleitforschung, wie sich die Teilnahme an einem Achtsamkeitstraining, auf Ihr allgemeines Wohlbefinden und auf Ihr Wohlbefinden bei der Arbeit auswirkt.

Allen TeilnehmerInnen der Studie wird im Zeitraum von 29. Februar bis zum 14. Mai 2012 eine spezielle Begleitung direkt am Arbeitsplatz angeboten. Dort werden verschiedene Techniken (Meditationstechniken sowie Achtsamkeit- und

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Theresia Bauer, Wissenschaftsministerin (Vorsitzende)
Vorstand Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. J. R. Siewert (Vorsitz), Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
Prof. Dr. Gerd Walz, Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
Anja Simon, Kaufmännische Direktorin (komm.)
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. E. Blum, Dekan
Beate Buchstor, Pflegedirektorin

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
BLZ 680 501 01 / Konto-Nr. 2004 406
IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE66
Internet www.uniklinik-freiburg.de

VERSION 001



UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Mitgefühlsbezogenen Übungen) vermittelt. Sie werden auch darum gebeten, diese Techniken während der Projektdauer wenn möglich auch zu Hause zu üben.

Kursbeschreibung

Der Kurs beginnt mit einem Einführungstag am 29. Februar 2012 Die Einführung dauert insgesamt vier Stunden und wird zwei Mal am Tag angeboten, wodurch Sie die Möglichkeit haben, zum Termin zu kommen, der für Sie zeitlich am besten geeignet ist. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde werden wir eine halbe Stunde die persönlichen Ziele und Erwartungen aller TeilnehmerInnen individuell diskutieren. Sie erhalten damit die Möglichkeit den Kurs auch mitzugestalten.

Es schließt sich eine genauere Erläuterung des Inhalts des Kurses durch Yesche Regel an, gefolgt von einem ersten Einblick in die Achtsamkeitspraxis und erste Meditationsübungen. Hierfür bitten wir Sie, bequeme Bekleidungen mitzubringen. Wenn Sie bereits Vorerfahrungen mit Meditation haben und die Übungen auf einem speziellen Meditationskissen durchführen wollen, bringen Sie bitte diese sowie eine Matte und /oder dicke Decke mit.

Die zweite Etappe des Kurses setzt sich dann im Zentrum für Palliative Medizin fort. Dabei wird Yesche Regel an folgenden Tagen in der Station für eine Dauer von 4 Stunden pro Schicht Vorort sein:

- 1.Übungstag: Mittwoch, 14.3. (11. KaWo)
- 2.Übungstag: Mittwoch, 21.3. (12. KaWo)
- 3.Übungstag Mittwoch, 28.3. (13. KaWo) + 1 Stunde außerhalb der Arbeitszeit

Osterpause

4. Übungstag Mittwoch. 11.4. (15. KaWo)
5. Übungstag Mittwoch. 18.4. (16. KaWo) + 1 Stunde außerhalb der Arbeitszeit
- 6.Übungstag Mittwoch, 25.4. (17. KaWo)
- 7.Übungstag Mittwoch, 2.5. (18. KaWo)
- 8.Übungstag Mittwoch, 9.5. (19. KaWo)
- 9.Übungstag Montag, 14.5. (20. KaWo) + 1 Stunde außerhalb der Arbeitszeit

Jeder dieser Termine beginnt mit einer 15-minütigen Einführung der Übung des Tages (z.B. eine Übung zum achtsamen Atmen). Yesche Regel bleibt in der Station zur weiteren Vertiefung der Übungen und steht für Nachfragen zur Verfügung. Für diese Zwecke wird er sich in einem dafür geeigneten Raum aufhalten, in dem er vom Team aufgesucht werden kann. Drei weitere 1-stündige Termine außerhalb der Arbeitszeiten sind auch vorgesehen, in denen die Meditations- und Achtsamkeitsübungen konsolidiert werden können. Diese finden am Mittwoch, den 28.3, Mittwoch, den 18.4. sowie Montag, den 14.5.2012 statt.

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Was umfasst die begleitende wissenschaftliche Untersuchung?

Um herauszufinden, ob dieses Angebot zu einer Veränderung führt, möchten wir zu mehreren Zeitpunkten Ihren aktuellen Befindlichkeitsstatus und die von Ihnen bemerkten Veränderungen, dokumentieren.

Dies soll zu Beginn der Studie und am Ende des Kurses geschehen. Dabei gehen wir wie folgt vor: Vor Beginn des Kurses möchten wir Sie bitten, **die beiliegenden Fragebögen** auszufüllen und diese ausgefüllt zum Einführungstag mitzubringen.

Am Ende des gesamten Kurses werden wir Ihnen dieselben Fragebögen erneut vorlegen. Die für uns jedoch zentrale Forschungsmethode in dieser Studie stellt ein individuelles Interview dar, das wir mit Ihnen am Ende des Kurses durchführen möchten. Dadurch wollen wir genauere Informationen über Ihre ganz persönliche Erfahrung mit dem Kurs erhalten. Das Interview hat eine Dauer von ca. einer halben Stunde und wird terminlich so gut wie möglich mit Ihnen vereinbart.

Außerdem möchten wir Sie bitten, in dem Zeitraum von Kursbeginn bis zum Kursende einmal pro Woche die Dauer ihrer Übungen zu Hause zu vermerken. Dafür erhalten Sie von Yesche Regel ein Kurstagebuch. Das Tagebuch sammeln wir am Ende des Kurses ein.

Datenschutz

Die von Ihnen während der Projektdauer erhobenen Daten werden von uns ausschließlich anonymisiert bearbeitet und aufbewahrt. Unser Vorgehen unterliegt und entspricht dabei den aktuellen Datenschutzbestimmungen.

Freiwilligkeit

Die Teilnahme an dieses Projekt ist freiwillig. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden.

Rückfragen

Sollten Sie jetzt oder zu irgendeinem anderen Zeitpunkt Rückfragen bezüglich der Begleitforschung haben, so stehen wir Ihnen gerne hilfreich zur Verfügung. Ihre zuständigen Ansprechpartner sind:

Claudia Orellana
Prof. Dr. Stefan Schmidt,
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Breisacher Str. 115 b
79106 Freiburg
Tel: 0761/ 270-83120
-83050

B.2 Infoblatt zum Datenschutz



Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Qualitätsmanagement zertifiziert nach DIN-EN-ISO 9001:2000

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. M. Wirsching

Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Tel.: 0761 270-68050
Fax: 0761 270-69430

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Tel.: 0761 270-83050
Fax: 0761 270-68850
E-Mail: stefan.schmidt@uniklinik-freiburg.de

Infoblatt zum Datenschutz

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

Mit diesem Schrift wollen wir Sie über die Bedingungen zum Datenschutz informieren mit den wir die erhobene Daten im Rahmen des Projektes **„Achtsamkeit und Mitgefühlsmeditation am Arbeitsplatz einer Palliativstation“** behandeln.

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmung des Bundesdatenschutzgesetzes. Das Forschungsteam unterliegt der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. und Abs. 2 StGB und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftliche Zwecken.

Wir sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- wir gehen sorgfältig mit dem in Interview Erzählten um: wir nehmen das Gespräch auf einen digitalen Diktiergerät auf. Die Aufnahme wird abgetippt und nach Abschließen der Analysen gelöscht. Wir anonymisieren, d.h. verändern alle Personen-, Orts-, Straßennamen im Transkript.
- Ihre Namen und ihre Telefonnummer werden am Ende des Projektes in unsere Unterlagen gelöscht, so dass lediglich die anonymisierte Transkript und Fragebögen existieren. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit ihrem Interview oder Fragebögen nicht mehr im Verbindung gebracht werden.
- Die Abschrift wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift wird von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In Veröffentlichungen gehen aber einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne, dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Theresia Bauer, Wissenschaftsministerin (Vorsitzende)
Vorstand Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. J. R. Siewert (Vorsitz), Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
Prof. Dr. Gerd Walz, Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
Anja Simon, Kaufmännische Direktorin (komm.)
Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. E. Blum, Dekan
Beate Buchstor, Pflegedirektorin

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
BLZ 880 501 01 / Konto-Nr. 2004 406
IBAN DE08 8805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE33
Internet www.uniklinik-freiburg.de

VERSION 001



UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Claudia Orellana
Prof. Dr. Stefan Schmidt,
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Breisacher Str. 115 b
79106 Freiburg
Tel: 0761/ 270-83120
-83050

Für die Studienleitung
Prof. Dr. phil. Stefan Schmidt, Dipl. Psych.

B.3 Anleitung Cortisol



Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik

Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Qualitätsmanagement zertifiziert nach DIN-EN-ISO 9001:2000

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. M. Wirsching

Hauptstr. 8
79104 Freiburg

Tel.: 0761 270-68050
Fax: 0761 270-69430

Prof. Dr. Stefan Schmidt

Tel.: 0761 270-83050

Fax: 0761 270-83430

E-Mail: stefan.schmidt
@uniklinik-freiburg.de**Aktenzeichen:**

Freiburg, 22.02.2012

Liebe(r) Studienteilnehmer/-in,

Nachfolgend finden Sie eine Beschreibung zur Messung der Kortisol-Aufwachreaktion. Den Tag der Messung können Sie innerhalb der nächsten Woche selbst bestimmen. Bitte hinterlegen Sie die Proben im Kühlschrank der Palliativstation bis zum **Freitag, den 25. Mai**. Bis dahin muss ihre Probe unbedingt da sein, sonst kann sie nicht ausgewertet werden.

Bei der Auswahl des Tages berücksichtigen Sie bitte:

- machen Sie die Messung nur an einem Arbeitstag
- wenn Sie Schicht arbeiten, dann wählen Sie am besten einen Tag in einer Schicht, die sie bereits am Vortag gemacht haben oder einen Tag mit einer Schicht die Sie sehr häufig machen.

Sie finden in dem Tütchen 4 Röhrchen, die auf die Nummern 1-4 enden. Am Tag der Messung, nehmen Sie bitte direkt nach dem Aufwachen, das Röhrchen mit der Endnummer 1, öffnen es, nehmen die Watte heraus und nehmen diese in den Mund. Kauen Sie bitte vorsichtig ein bis zwei Minuten auf der Watte herum, bis sich diese gut mit Speichel vollgesogen hat. Dann stecken Sie die Watte bitte zurück in das Röhrchen und verschließen den Deckel. Bitte wiederholen Sie nach 10 Minuten diesen Vorgang mit Röhrchen Nr. 2, nach weiteren 10 Minuten mit dem Röhrchen Nr. 3 und nach nochmals 10 Minuten mit Röhrchen Nr. 4. Insgesamt ergeben sich so 4 Messungen aus den ersten 30 Minuten nach dem Erwachen. Bitte nehmen Sie in dieser Zeit nichts zu sich, vor allem keine anregenden Getränke wie Kaffee, Tee oder auch Orangensaft und putzen sie auch nicht die Zähne.

Bitte stecken Sie alle 4 Röhrchen wieder zurück in die beiliegende Plastiktüte und legen Sie diese in den Medikamentenkühlschrank auf der Palliativstation. Wenn Sie Proben zu Hause für einige Stunden aufbewahren müssen, legen Sie sie bitte auch in den Kühlschrank.

Mit herzlichem Gruß

Universitätsklinikum Freiburg, Anstalt des öffentlichen Rechts, Sitz Freiburg
 Aufsichtsrat Theresia Bauer, Wissenschaftsministerin (Vorsitzende)
 Vorstand Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. J. R. Siewert (Vorsitz), Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
 Prof. Dr. Gerd Walz, Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor (komm.)
 Anja Simon, Kaufmännische Direktorin (komm.)
 Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. E. Blum, Dekan
 Beate Buchstor, Pflegedirektorin

Bank Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
 BLZ 680 501 01 / Konto-Nr. 2004 406
 IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06 / BIC FRSPDE66
 Internet www.uniklinik-freiburg.de



Kortisolmessung

ID _____

Datum _____

Uhrzeit (Aufwachzeit = 1. Messung) _____

Heutige Schicht: früh spät nacht keine

Schicht gestern: früh spät nacht keine frei

B.4 Einverständniserklärung



Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der Studie
„Achtsamkeit und Mitgefühlsmeditation in einem Palliativzentrum: eine Pilotstudie“

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die oben genannte Studie vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an der Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist.

Ich wurde darüber informiert, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass dadurch Nachteile für mich entstehen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Ich habe eine Kopie dieser Einverständniserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diese Studie.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Mitwirkenden

Unterschrift des Forschers/der Forscherin

B.5 Flyer

Die Studie
Es sollen die Effekte des Achtsamkeits- und Mitgefühls-Trainings evaluiert werden. Dafür werden die TeilnehmerInnen mit Hilfe von Fragebögen und einem Interview befragt. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Fragestellung, inwieweit man in helfenden Berufen mitführend sein kann und gleichzeitig die eigenen Grenzen und Ressourcen schützt.

Die Forschungsgruppe
Unsere Arbeitsgruppe besteht seit dem Jahr 2000 an der Universitätsklinikum Freiburg. Wir beschäftigen uns mit der Untersuchung komplementärmedizinischer Therapien und arbeiten eng mit dem Universitäts-Zentrum für Naturheilkunde zusammen. Ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit ist dabei die Forschung zu den Themen Meditation, Achtsamkeit und Neurophysiologie.

Der Achtsamkeitslehrer



Yesche Udo Regel ist Meditationslehrer und Seminarleiter und besitzt seit über 20 Jahren Erfahrung in der Vermittlung verschiedener Formen der Meditation. Er hat in verschiedenen Hospiz- und Pflegeeinrichtungen Vorträge gehalten und in Fortbildungen unterrichtet. In Bonn leitet er eine Mitgefühls-Meditationsgruppe für Menschen, die in therapeutischen, beratenden, pflegerischen und sozialen Berufen tätig sind.

Kontakt: Yesche-regel@t-online.de

Forschungsteam für diese Studie



Prof. Stefan Schmidt



Prof. Lukas Radbruch

Kontakt
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacherstraße 115b
79106 Freiburg
Tel.: 0761-270-83050
Fax.: 0761-270-83430
Email: stefan.schmidt@uniklinik-freiburg.de
claudia.orellana@uniklinik-freiburg.de

Projekt Achtsamkeit und Mitgefühlsmeditation am Arbeitsplatz eine Palliativstation





Ein Projekt der Universitätsklinikum Freiburg



**UNIVERSITÄTS
FREIBURG KLINIKUM**



Liebe MitarbeiterInnen des Zentrums für Palliativmedizin:

Zunehmend werden vom Gesundheitspersonal neben hohen medizinischen Kompetenzen auch gute kommunikative Fähigkeiten erwartet, sowie Empathie und eine Einbeziehung der Patientinnen und Angehörigen bei wichtigen medizinischen Entscheidungen. Diese Forderungen stehen im Gegensatz zu den immer knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitssystem wie engen Arbeitsplänen oder Personalmangel. Gerade die Behandlung von chronisch kranken und sterbenden Menschen stellt eine besondere Herausforderung dar. Täglich werden die Gesundheitshelfer mit Leid konfrontiert, mit voranschreitenden Symptomen und irreversiblen Schäden. Dies bedarf einer stärkeren emotionalen Hinwendung und kann zudem dazu führen, dass die eigene Tätigkeit nur noch als wenig sinnvoll empfunden wird. Es wird dann von einer so genannten „Gratifikationskrise“ gesprochen. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit auf der Arbeit ist eingeschränkt. Vielen Studien zufolge stellen diese Bedingungen Risikofaktoren für psychische Belastungen, Erschöpfung und Distanzierung zu der eigenen Tätigkeit dar. Infolgedessen kann es auch zu einem Mangel an Mitgefühl und Empathie in der Begegnung mit den Patientinnen kommen.



Dies verdeutlicht wie wichtig die Entwicklung von Interventionen ist, die MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem helfen ihre Selbstregulations- und Bewältigungsstrategien zu stärken. Meditation und Achtsamkeitsbasierte Interventionen stellen dabei eine viel versprechende Alternative dar. Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass diese eine Reduktion von Ängstlichkeit und Depressivität, eine Erhöhung von Empathie, Mitgefühl und Selbst-Mitgefühl sowie eine positive Auswirkung auf die beruflichen Fähigkeiten von MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem bewirken können.

In Zusammenarbeit mit Alpha NRW und dem Achtsamkeitslehrer Yesche Udo Regel wollen wir, eine Forschungsgruppe aus dem Universitätsklinikum Freiburg, die Wirksamkeit eines Achtsamkeits- und Mitgefühl-Trainings evaluieren. Die Übungen des Trainings finden vor Ort am Arbeitsplatz statt und können direkt in den Arbeitsalltag integriert werden.

Wir möchten Sie herzlich einladen, an diesem Training teilzunehmen!



Das Training

Dauer: 8 Wochen

Ablauf

- Einführungstag (4 Stunden)
- 8 Wochen lang: 1 wöchentlicher Mitgefühlstag am Arbeitsplatz:
 - Übung des Tages (15 Minuten)
 - 8-stündiger (4 Stunden pro Schicht) Aufenthalt des Achtsamkeitslehrers auf der Station zur Auffrischung und Besprechung der vorgestellten bzw. weiteren Übungen
 - Übungen zu Hause, wenn gewünscht mit Begleitmaterialien
- nach der ersten Hälfte des Kurses zweites 4-stündiges Treffen
- 4 weitere Mitgefühlstage auf der Station
- Abschlusstreffen zur Nachbesprechung und Interview

Der Einführungstag (29.02.2012)

An diesem Tag findet die Vorbereitung des Kurses statt. Dabei werden wir:

- die Forschungsgruppe und die Studie vorstellen (15 Minuten)
- die individuellen Wünsche, Erwartungen und Ziele der TeilnehmerInnen diskutieren (45 Minuten)
- erste Einblicke in die Achtsamkeitspraxis und erste Meditationsübungen durchführen (3 Stunden)

C Informationen für die Teilnehmer/-innen der kontrollierten Studie

C.1 Einverständniserklärung

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG
Zentrum für Psychische Erkrankungen
 Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg



Zentrum für Psychische
 Erkrankungen
 Klinik für Psychosomatische Medizin
 und Psychotherapie

**Sektion
 Komplementärmedizinische
 Evaluationsforschung**

Qualitätsmanagement zertifiziert nach
 DIN-EN-ISO 9001:2008

Kontakt:
Prof. Dr. Stefan Schmidt

Telefon 0761 270-69280
 Telefax 0761 270-68850
 stefan.schmidt@uniklinik-freiburg.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Achtsamkeit und Selbstfürsorge in der Pflege

Name:

Geburtsdatum:

Station:

Akutklinik - Paracelsus Erasmus

Rehaklinik - 1 2 3 4

Diagnostik -

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich an der Studie teilnehme. Über den Ablauf und die Durchführung der Studie wurde ich ausführlich informiert durch die schriftlichen Informationen und eine Einführungsveranstaltung, bei welcher auch ausreichend Zeit für Rückfragen vorhanden war. Im Rahmen der Untersuchung werden persönliche Daten und Untersuchungsergebnisse in pseudo-anonymisierter Form elektronisch gespeichert und weiterverarbeitet. Lagerung und wissenschaftliche Weiterverwertung erfolgen unter strikter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben des Datenschutzes:

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmung des Bundesdatenschutzgesetzes. Das Forschungsteam unterliegt der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. und Abs. 2 StGB und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Folgendes Verfahren wird zugesichert, damit meine Angaben nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können:

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG · Anstalt des öffentlichen Rechts · Sitz Freiburg
Aufsichtsrat Vorsitzender: Ministerialdirigert Clemens Benz
Vorstand Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg Rüdiger Siewert
 Stellvertretender Leitender Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Dr. Rainer Schmelzeisen
 Kaufmännischer Direktor: Dipl.-Kfm. Reinhold Kalt
 Dekan der Medizinischen Fakultät: Prof. Dr. Dr. h.c. mult. H. E. Blum
 Pflegedirektorin: Beate Buchstor

Bankverbindung
 Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau
 BLZ 680 50 1 01 · Konto-Nr. 2004 406
 IBAN DE08 6805 0101 0002 0044 06
 BIC FRSPDE33

www.uniklinik-freiburg.de





Die von mir unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass ich mit der Auswertung einverstanden bin. Sie kann mit meinen Fragebögen nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Des Weiteren wurde ich darüber informiert, dass die Zusage oder die Ablehnung der Teilnahme an der Untersuchung freiwillig erfolgt, und dass ein Widerruf der Einwilligung jederzeit möglich ist; ich brauche dazu keinerlei Gründe anzugeben; mir entsteht dadurch keinerlei Nachteil.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung sowie die schriftliche Information zur geplanten Untersuchung habe ich erhalten.

.....
Datum, Ort Unterschrift

C.2 Flyer

Die Achtsamkeitslehrer/innen



Yesche Udo Regel verfügt über 20 Jahre Erfahrung als Meditationslehrer und Seminarleiter. Er hat in verschiedenen Hospiz- und Pflegeeinrichtungen im Rahmen von Fortbildungen unterrichtet. In Bonn leitet er eine Meditationsgruppe für Menschen, die in therapeutischen, beratenden, pflegerischen und sozialen Berufen tätig sind.



Dr. med. Annette Saager, ist als Leiterin von Meditationsgruppen und Achtsamkeitstagen tätig. Sie ist seit 20 Jahren mit der Achtsamkeitspraxis von Thich Nhat Hanh vertraut und war aktiv beim Aufbau der Hospizgruppe in Müllheim beteiligt. Darüber hinaus ist sie auch eine erfahrene Übungsleiterin von Qi Gong Gruppen.

Die Forschungsgruppe

Unsere Arbeitsgruppe am Universitätsklinikum Freiburg besteht seit dem Jahr 2000. Wir beschäftigen uns mit der Untersuchung komplementärmedizinischer Therapien. Ein Schwerpunkt ist dabei die Forschung zu den Themen Meditation, Achtsamkeit und Neurophysiologie.

Forschungsteam der Studie

Prof. Dr.
Stefan Schmidt



Dipl. Psych.
Claudia L. Orellana



Projekt zur
Gesundheitsförderung

Achtsamkeit und Selbstfürsorge in der Pflege

Kontakt

Zentrum für Psychische Erkrankungen
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

UNIVERSITÄTSKLINIKUM FREIBURG

Hauptstr. 8

D-79104 Freiburg i.Br.

Teil 0761 270-68805

Fax 0761 270 68813

Email:

stefan.schmidt@uniklinik-freiburg.de

claudia.orellana@uniklinik-freiburg.de

Teilnahmebedingungen

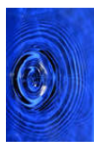
Dieser Kurs richtet sich an Pfleger/innen, der Akut- und Rehastationen. Die Teilnahme ist kostenlos, setzt jedoch auch die Teilnahme an der dazugehörigen Evaluationsstudie voraus.

Die Evaluationsstudie

Um die Veränderungen, die durch das Training hervorgerufen werden, messen zu können, werden wir Ihnen zu drei verschiedenen Zeitpunkten mehrere Fragebögen vorlegen (9 Wochen vor Trainingsbeginn, sowie kurz davor und danach).



Liebe Mitarbeiter/innen der Klinik für Tumorbiologie,



Aus Ihrem Alltag kennen Sie den schwierigen Spagat zwischen einer intensiven Hinwendung zu schwer kranken Patienten/innen und deren Angehörigen und der Anforderung, in dieser Arbeit eine professionelle Distanz zu wahren.

Aber wie kann diese Gratwanderung gelingen, einerseits mitfühlend zu sein und andererseits die eigenen Grenzen und Ressourcen nicht aus den Augen zu verlieren?

Achtsamkeit zur Gesundheitsförderung



Aus zahlreichen neuen Studien ist bekannt, dass die Praxis der **Achtsamkeit** und eine achtsame Haltung sich selbst gegenüber eine hilfreiche Methode zur Stressbewältigung und zum Umgang mit schwierigen Emotionen darstellt. So wurde in viele Studien eine Reduktion von beruflichem Stress, Burnout und psychischer Belastung bei gleichzeitiger Erhöhung von Empathie und Mitgefühl beobachtet.

Unter **Achtsamkeit** wird eine wache, präsente und akzeptierende Grundhaltung verstanden. Diese Grundhaltung kann durch verschiedene Meditationsbasierte Techniken eingeübt werden. Zentral ist dabei, dass man mit seiner Aufmerksamkeit bei der momentanen Tätigkeit ist und nicht in Gedanken abschweift.

Dabei spielt eine positive Einstellung sich selbst gegenüber eine wichtige Rolle. Wenn wir z.B. bemerken, dass wir erschöpft sind, lernen wir, diesem Zustand mit **Mitgefühl** zu begegnen. Darüber hinaus ist eine sorgende Haltung sich selbst gegenüber auch grundlegend, um mit anderen Menschen mitfühlend zu sein.

Unser Ziel ist es, einen auf diesem Ansatz beruhenden Kurs eng in ihren Arbeitskontext zu integrieren und dessen Wirksamkeit in einer wissenschaftlichen Studie zu untersuchen. Der Kurs und die Studie werden dabei von einem Team aus einer Forschungsgruppe an der Uniklinik Freiburg und aus zwei erfahrenen Achtsamkeitslehrern durchgeführt.

Die Lerninhalte dieses Kurses sollen Ihnen dabei helfen:

- Achtsamkeit und innere Entspannung während der Arbeit zu fördern
- Achtsamkeit während des Privatlebens zu kultivieren
- ihrer emotionalen Ressourcen zu stärken
- sich besser von den Arbeitsinhalten abzugrenzen

Rahmenbedingungen

Der Kurs wird zweimal in der Klinik für Tumorbiologie angeboten und hat eine Gesamtdauer von je 9 Wochen.

- o Sept. - Dez. 2014: Kurs für Gruppe 1
- o Jan. - März 2015: Kurs für Gruppe 2

Er besteht im Kern aus einer vierstündigen Einführung (für Gruppe 1, am 22. oder 23.09.2014), sowie aus wöchentlichen Praxistagen jeden Dienstag in der Klinik. An diesen Tagen wird im Rahmen der Pflegefortbildung (15:15 – 16 Uhr) ein Kursbaustein unterrichtet. Darüber hinaus stehen Ihnen die Kursleiter am Dienstag den ganzen Tag über vor Ort zur Verfügung. Hier erhalten sie die Möglichkeit an kurzen Meditationsübungen teilzunehmen, oder Einzelgespräche mit dem Kursleiter zu führen. Zur Praxisvertiefung empfehlen wir Ihnen weiterhin an den optionalen wöchentlichen Abendkursen (1½ Stunden) teilzunehmen.

Wir möchten Sie herzlich einladen, an diesem Kurs teilzunehmen!

Bitte kommen Sie zu unserer Informationsveranstaltung im Rahmen der Pflegekonferenz (Raum E 107) am 1.7.2014 um 15:15 Uhr.

Der Kurs

Inhalte

- Informationen zu Stress und Burnout
- Selbstfürsorge
- Achtsamkeit und Mitgefühl als Haltungen gegenüber sich selbst und anderen
- Umgang mit schwierigen Emotionen und Leid
- Transfer in den (Arbeits-)Alltag
- Körperwahrnehmung (Atem, Bewegung, Qi-Gong)



Methoden

- Vortrag, Diskussion
- formale und informelle Achtsamkeitspraktiken, Pausen
- wie zum Beispiel Sitzmeditation und achtsame Körperübungen
- Absprache von persönlichen Zielen

D Selbsterstellte Instrumente für die Teilnehmer/-innen der Pilotstudie

D.1 Fragebogen zu demographischen Daten und Tätigkeitsbogen

Persönliche Angaben

1. Geburtsdatum
Tag *Monat* *Jahr*
2. Alter: _____
3. Familienstand:
- verheiratet und leben mit ihrem Ehepartner zusammen....
- verheiratet und leben getrennt
- verwitwet.....
- geschieden.....
- ledig
4. Lebenssituation:
- alleine lebend
- mit Partner /Ehepartner lebend
- in Wohngemeinschaft lebend.....
- bei den Eltern lebend.....
5. Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
 Bitte nur eine Angabe – Ihren "höchsten" Schulabschluss.
- keinen
- noch in Schulausbildung
- Hauptschule
- Mittlere Reife / Realschule
- Abitur / Fachhochschulreife
6. Welchen Beruf haben Sie?
-

Kurzer Bogen zur Tätigkeitsbeschreibung

Liebe TeilnehmerIn, mit diesem kurzen Fragebogen möchten wir gerne etwas über Ihre Tätigkeiten erfahren. Bitte geben Sie ihre Betriebszugehörigkeit sowie mit wie viel Prozent Sie eingestellt sind, an. Kreuzen Sie zudem die einzelnen Bereiche an, in denen Sie tätig sind. Geben Sie dabei an, wie viel Stellenprozent Sie für jeden Ihrer genannten Bereiche zur Verfügung haben, sowie gegebenenfalls, ob Sie die den Tätigkeitsbereich ambulant oder stationär ausführen. Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Betriebszugehörigkeit seit _____ (Jahr).

Stellenprozent insgesamt

Tätigkeitsbereich

	trifft zu	Stellenprozent	stationär	
ambulant				
- Pflege	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Medizinische Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Auszubildende Tätigkeit/Lehre	<input type="checkbox"/>	_____		
- Organisation/Koordination von MitarbeiterInnen Angelegenheiten z.B. von ehrenamtlich Tätigen oder Leitung von MitarbeiterInnen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Organisation/Koordination von PatientInnen Angelegenheiten z.B. case management	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Organisation/Koordination von Angehörigen Angelegenheiten z.B. Vernetzung	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- psychologische Beratung z.B. Krankheitsbewältigung, Trauerbegleitung	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- soziale Beratung	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bürotätigkeit	<input type="checkbox"/>	_____		
- wissenschaftliche Arbeit	<input type="checkbox"/>	_____		

Ein anderer und

zwar: _____

Kurze Beschreibung der unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche in Ihren eigenen Worten:

D.2 Übungstagebuch



Vorname: _____ Nachname: _____

Kurswoche	Haben Sie in der Woche zuhause geübt?	Wie oft und für wie lange haben Sie in dieser Woche geübt? z.B. 4 Mal á 15 min	Empfanden Sie eine dieser Übungen als besonders hilfreich? Welche? Können Sie uns kurz sagen warum?	Hat Ihnen eine der Übungen Schwierigkeiten bereitet? Welche? Können Sie uns kurz sagen warum?
07.03. - 13.03.2012	Ja ___ nein ___			
14.03. - 20.03.2012	Ja ___ nein ___			
21.03. - 27.03.2012	Ja ___ nein ___			
28.03. - 04.04.2012	Ja ___ nein ___			

OSTERPAUSE					
18.04. - 24.04.2012	Ja ___ nein ___				
25.04. - 01.05.2012	Ja ___ nein ___				
02.05. - 08.05.2012	Ja ___ nein ___				
09.05. - 13.05.2012	Ja ___ nein ___				
14.05. - 20.05.2012	Ja ___ nein ___				

D.3 Fragebogen zur Zufriedenheit mit dem Kurs

Beurteilung der Kurselemente

Bitte beurteilen Sie folgende Kursinhalte, je nachdem wie hilfreich sie für Sie waren

(bitte zutreffendes Kästchen ankreuzen):

0 = nicht hilfreich 1 = wenig hilfreich 2 = etwas hilfreich 3 = sehr hilfreich	0 nicht hilf- reich	1 wenig hilf- reich	2 etwas hilf- reich	3 sehr hilf- reich
Gehmeditation				
Erste CD (längere Anleitung)				
Zweite CD (kürzere Anleitung)				
Anleitungen zur vollen Stunde				
Anleitungen zur halben Stunde (Persönliche Termine)				
Blätter zur Erinnerung an die Achtsamkeitspraxis (Atem, Metta-Sätze, etc.)				
Einen Anker auf der Arbeit für die Übungen finden (spezifischer Zeitpunkt im Arbeitsablauf)				
Übung zur achtsamen Präsenz vor dem Betreten eines Zimmers				
Besuche von Herrn Regel am Arbeitsplatz (im Büro, bei der Übergabe auf der Palliativstation, etc.)				
Meditation zur Entwicklung einer achtsamen Präsenz				
Metta-Meditation (Aussenden von Mitgefühl an sich selbst und andere)				
Geben und Nehmen Meditation (Annehmen von Leid, Aussenden von Mitgefühl)				
Herzensvisualisation				
Metta-Sätze				

Welche anderen Techniken, Erkenntnisse, Erfahrungen etc. haben Sie persönlich als hilfreich empfunden?

1.
2.
3.
4.
5.

Fragebogen zur persönlichen Kursbewertung

Zum Abschluss interessieren wir uns für Ihre persönliche Bewertung des Achtsamkeitskurses. Die Auswertung erfolgt wie bei den anderen Fragebögen anonymisiert. Wir möchten Sie auch hier darum bitten die Fragen vollständig und ehrlich zu beantworten.

1. Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit dem Kurs?

sehr unzufrieden	eher unzufrieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Würden Sie den Kurs anderen Mitarbeitern im palliativen Bereich empfehlen?

nein	eher nicht	vielleicht	eher ja	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie zufrieden waren Sie mit der Art der Kursleitung?

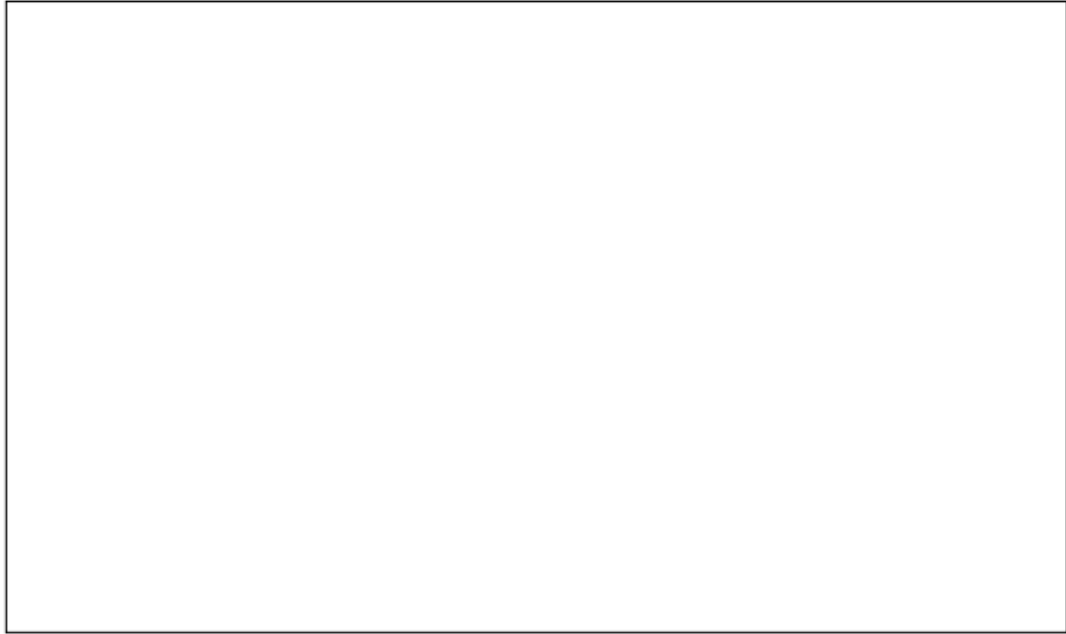
sehr	eher unzufrieden	teils/teils	eher zufrieden	sehr zufrieden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Planen Sie die im Kurs erlernten Techniken in Zukunft einzusetzen?

ja nein

Freie Äußerungen

Wenn Sie möchten, haben Sie hier die Möglichkeit uns einige persönliche Zeilen zu Ihrem Kurs und Ihren Erfahrungen damit zu schreiben.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for the user to write their free expressions. The box is currently blank.

E Selbsterstellte Instrumente für die Teilnehmer/-innen der kontrollierten Studie

E.1 Fragebogen zu demographischen Daten und Tätigkeitsbogen

Ein paar Fragen für die Statistik

1. Geburtsdatum
- Tag Monat Jahr
2. Alter: _____
3. Staatsangehörigkeit: _____
4. Muttersprache: _____
5. Familienstand:
- verheiratet und leben mit ihrem Ehepartner zusammen
- verheiratet und leben getrennt
- verwitwet
- geschieden
- ledig.....
6. Lebenssituation:
- alleine lebend.....
- mit Partner /Ehepartner lebend
- in Wohngemeinschaft lebend.....
- bei den Eltern lebend.....
7. Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?
Bitte nur eine Angabe – Ihren "höchsten" Schulabschluss.
- Keinen
- noch in Schulausbildung
- Hauptschule
- Mittlere Reife / Realschule
- Abitur / Fachhochschulreife.....

8. Welchen Beruf haben Sie?

9. Wie lange arbeiten Sie bereits in Ihrem Beruf?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr | <input type="checkbox"/> über 5 bis 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> über 2 bis 5 Jahre | |

10. Wie lange arbeiten Sie bereits für Ihren derzeitigen Arbeitgeber?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr | <input type="checkbox"/> über 5 bis 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> mehr als 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> über 2 bis 5 Jahre | |

11. Haben Sie einen unbefristeten Arbeitsvertrag?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

12. Haben Sie Führungsverantwortung?

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

13. In welchem Tätigkeitsfeld des Unternehmens arbeiten Sie? (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen, gegebenenfalls überwiegenden Tätigkeitsbereich angeben)

- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rehaklinik |
| <input type="checkbox"/> Akutklinik |
| <input type="checkbox"/> Diagnostik |

14. Wie arbeiten Sie im Moment?

- Vollzeit/ mehr als 35 Wochenstunden
 Teilzeit/ 20 bis unter 35 Stunden pro Woche
 Teilzeit/ weniger als 20 Stunden pro Woche

(Bitte in jede Zeile ein Kreuz) nie selten manchmal oft sehr oft/
Immer

14.1 Arbeiten Sie im Schichtdienst?

14.2 Arbeiten Sie nachts?

14.3 Arbeiten Sie an Wochenenden?

14.4 Leisten Sie Bereitschaftsdienst?

15. Haben sie Vorerfahrung mit Achtsamkeitspraktiken?

- ja nein

16. Bitte geben Sie an, mit welcher Form von Achtsamkeitspraktik sie bereits Erfahrung gemacht haben
(Bitte überspringen sie dies und die die nächste Frage, wenn Sie bei Frage 15 mit „nein“ geantwortet haben)

- Yoga Meditation Tai-Chi Qi-Gong

andere, und zwar _____

17. Üben Sie diese regelmäßig?

- ja, und zwar _____ nein

F Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit mit dem Thema:

Achtsamkeit, Selbstfürsorge und Mitgefühl

Entwicklung und Evaluation einer Fortbildung zur Integration von Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken in den Arbeitsalltag von Krankenhausteams

entsprechend der „Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlichen Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens“ selbstständig verfasst und keiner unzulässigen fremden Hilfe vor oder während der Abfassung der Dissertation bedient, keine anderen als die im Schriftenverzeichnis der Abhandlung angeführten Schriften benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe. Darüber hinaus versichere ich, dass ich im Promotionsfach bislang keine Doktorprüfungen endgültig nicht bestanden habe und, dass die vorliegende Dissertation an keiner anderen Universität, Hochschule oder Fakultät mit dem Ziel der Promotion eingereicht habe. Dies alles versichere ich ehrenwörtlich.

Las Piedras, Uruguay 08.01.2019